



1  
2 MINISTÉRIO DA SAÚDE  
3 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

9 Aos oito e nove dias do mês de julho de dois mil e quinze, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde  
10 “Omitlon Visconde”, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar,  
11 Brasília-DF, realizou-se a Ducentésima Septuagésima Primeira Reunião Ordinária do Conselho  
12 Nacional de Saúde – CNS, que teve por objetivos: 1. Aprofundar o debate sobre o Direito à Saúde (Eixo  
13 02 da 15ª CNS) a partir da análise dos movimentos sociais e entidades representativas de usuários que  
14 tem histórico de exclusão nas políticas de saúde, qualificando as diretrizes e propostas para 15ª CNS;  
15 2. Aprofundar o debate sobre PLS 200/2015, que propõe mudanças nas regras da ética em pesquisa  
16 clínica com seres humanos, e socializar estratégias do CNS/CONEP de enfrentamento a atual  
17 conjuntura; 3. Socializar andamento dos Grupos de Trabalho da CONEP; 4. Apresentação da análise do  
18 RAG, e do relatório de prestação de contas do 1º quadrimestre; 5. Analisar e deliberar proposta acerca  
19 do processo eleitoral do CNS para o período 2016/2018; 6. Analisar e deliberar acerca dos pareceres da  
20 CIRH; 7. Analisar e deliberar acerca da prestação de contas do CNS 2014. **ITEM 01 – EXPEDIENTE –**  
21 **INFORME, APROVAÇÃO DA PAUTA DA RO 271ª E DAS ATAS 257ª, 267ª, 268ª e 269ª REUNIÕES**  
22 **ORDINÁRIAS DO CNS.** Mesa composta por **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, e  
23 **Carlos Duarte**, Mesa Diretora do CNS. Conselheiro **Carlos Duarte** começou a reunião desejando Bom  
24 Dia às pessoas que acompanhavam a discussão via internet. Logo depois repassou pauta e objetivos  
25 da reunião. Conselheiro **Clóvis Boufleur** propôs mudança no título do Item 02, de *Direito Humano à*  
26 *Saúde* para *Direito Humano à Saúde no SUS*, e o tema Órteses e Próteses não fosse apenas um  
27 Informe do Item 06, mas fosse debatido pelo Pleno. Em relação a Prestação de Contas, que ocorrerá no  
28 segundo dia de reunião, propôs alteração para ser o primeiro item de Pauta da parte da tarde do  
29 segundo dia, pois o tema já havia sido adiado da reunião anterior, de junho. Sugestões acatadas.  
30 Conselheiro **Carlos Ferrari** propôs que os *Informes* fossem feitos no início da tarde e não só no final,  
31 quando as pessoas estão se preparando para pegar os vôos de volta para suas cidades. Conselheira  
32 **Marisa Furia** propôs que os demais *Informes*, que não serão apresentados durante a manhã, fossem  
33 apresentados no período da tarde do primeiro dia, e não no período da tarde do segundo dia.  
34 Conselheiro **Carlos Duarte** explicou que isso não seria possível, pois a Pauta já está extensa.  
35 Conselheira **Maria Arindelita de Arruda** solicitou que o primeiro ponto do segundo dia da reunião seja  
36 a CIRH, pois está, costumeiramente, sendo relegada para o final, pois o item trata de abertura e  
37 validação de cursos na área médica. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** disse que era importante  
38 manter o esquema atual de reunião: no primeiro dia ocorrem os debates políticos e no segundo dia,  
39 questões de organização e encaminhamento. Disse que o problema é o esvaziamento do Plenário após  
40 as 16h430 do segundo dia. Pode começar a reunião mais cedo para garantir quórum para a CIRH e  
41 para os demais pontos da Pauta à tarde. **Conselheiro Carlos Duarte colocou a Pauta em votação,**  
42 **que foi aprovada.** Logo depois, colocou novamente em votação as Atas 257ª e 267ª, aprovadas no  
43 mês anterior, agora com o acréscimo das alterações propostas pelo conselheiro **Nelson Mussolini**, e as  
44 Atas 268ª R.O e 269ª R.O. Conselheira **Michele Ribeiro** questionou as linhas 80 e 81 da Ata 269ª.  
45 Disse que havia dito que o CNS apurasse a situação do município de Cavalcante (GO), e fizesse  
46 também visita ao local para acompanhar os desdobramentos da Conferência Municipal sobre a  
47 comunidade quilombola Kalunga. Após esclarecimento, conselheira soube que a sua solicitação havia  
48 sido anotada naquele dia e estava em *Solicitações*, na parte final do Item 01, da Ata 269ª (linhas 135 a  
49 137). Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, perguntou se a Conferência já  
50 havia ocorrido. Conselheiro **Carlos Duarte** colocou em votação as Atas 257ª, 267ª, 268ª e 269ª. **As**  
51 **quatro Atas foram aprovadas, com duas abstenções.** Logo depois, começaram os **INFORMES**:  
52 Conselheiro **Dalmare Anderson** informou sobre a *Conferência Livre de Saúde da Juventude*, etapa  
53 preparatória para a 15ª *Conferência Nacional de Saúde*, e organizada pela ANPG, em parceria com a  
54 UNE, UBES e Rede Lai Lai Apejo. Pediu às entidades que compõem o CNS que convidem seus jovens,  
55 até 29 anos, para participarem do evento, na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), no dia 15  
56 de julho, em São Paulo. Conselheiro **Clóvis Boufleur** comentou que repassará o convite para a  
57 Pastoral da Juventude e sugeriu, como subsídio para o debate, o roteiro encaminhado aos conselheiros

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

122 passaram quase 20 anos da Resolução 218 do CNS, de 2007, que reconhece as profissões da área da  
123 saúde. Mas, na semana passada, Projeto de Lei nº 3077, de 2000, altera a Lei 8080, incorporando o  
124 conteúdo desta Resolução, afirmando que o "SUS deverá prestar assistência às pessoas por intermédio  
125 de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com realização integrada das ações  
126 assistenciais executadas no âmbito de todas as profissões de saúde reconhecidas". PL já foi aprovado  
127 no Senado e nas comissões temáticas da Câmara. Está agora no Plenário. Solicitou manifestação do  
128 CNS a respeito deste PL. **Carlos Duarte** comentou que houve alteração na composição do governo na  
129 representação do CNS: Rogério Carvalho dos Santos fica na vaga de titular e Andre Luis de Oliveira  
130 passa a ser suplente; e Alfredo Boa Sorte Jr. passou a ser suplente do Marco Antonio Peres, na  
131 representação de Previdência Social. Aproveitou e agradeceu a presença dos coordenadores de  
132 Plenária Jacildo Siqueira, Nivaldo Bento, Marli Medeiros e Luis Antonio Pereira. Conselheiro **Oswaldo**  
133 **Peralta Bonetti** informou sobre o plano operativo da *Política Popular em Saúde*, com Resolução  
134 publicada em 2013, mas que havia sido suspensa; houve reunião do GT da *Comissão Intergestores*  
135 *Tripartite (CGT)* no dia anterior, quando foi repactuado este Plano. Será novamente republicado o plano  
136 operativo. Já foi encaminhada Portaria do Edital para publicação. Deseja conversar com a Comissão  
137 Organizadora para entregar a segunda edição do prêmio na *15ª Conferência*. Equipe do MS esteve  
138 acompanhando *Conferências Livres em Garanhuns (PE)*, com comunidade quilombola e com residentes  
139 de saúde em campo, e debateu sobre a *15ª Conferência* em evento do MST e as pré-Conferências no  
140 Distrito Federal. Convidou o CNS para a *Conferência Livre de Saúde das comunidades quilombolas na*  
141 *Chapada dos Veadeiros*, durante o *Encontro Nacional de Culturas Populares*, que ocorrerá em São  
142 Jorge (GO). Convidou todos também para participar da Tenda Paulo Freire no *Congresso da Abrasco*.  
143 Conselheiro **Marlonei Santos** concordou com o conselheiro Gerson Faria sobre a Resolução 368. Disse  
144 que não é apenas no Rio Grande do Norte, mas em vários estados estão ocorrendo problemas  
145 relacionados a implementação da medida. Disse ter informação não confirmada de que a Resolução  
146 havia sido revogada ou sustada no dia anterior. Disse que Resoluções que atingem diretamente a  
147 sociedade são feitas de maneira impositiva e sem discussão com quem vai executá-las. Falou que a  
148 Federação Nacional dos Médicos está de acordo com o conteúdo e os objetivos da Resolução. Na ANS  
149 disse ter representação de médicos, mas, mesmo assim, não foram chamados para discutir.  
150 Conselheiro **Carlos Duarte** lembrou o Pleno de enviar INFORMES com antecedência, por e-mail, para  
151 saber quanto tempo o Item terá dentro da Pauta, como está no Regimento Interno. Conselheira **Maria**  
152 **do Socorro de Souza** disse que era bom detalhar melhor, no dia seguinte, a programação do CNS no  
153 *Congresso da Abrasco*. Falou que o *Fórum Interconselhos* ocorrerá de 27 e 28 de julho, coincidindo com  
154 o período do Congresso. Disse que há conselheiros que participaram do primeiro Fórum. À medida que  
155 foi ampliado, foi estabelecido alguns critérios, como paridade de gênero e questões de juventude e  
156 étnico-racial, aumentando o número de conselheiros participantes. Como alguns dias os eventos vão  
157 coincidir as datas, será preciso definir quem participará de cada atividade. Disse ser preciso mais  
158 informações sobre o *Congresso do Conasems* para garantir a participação do CNS. **SOLICITAÇÕES**:  
159 Conselheiro **Clóvis Boufleur** fez três propostas: mudança no título do Item 02, de *Direito Humano à*  
160 *Saúde para Direito Humano à Saúde no SUS*; o tema Órteses e Próteses não fosse apenas um Informe  
161 do Item 06, mas fosse debatido pelo Pleno; e a Prestação de Contas fosse apresentada antes da CIRH,  
162 como primeiro item de Pauta da tarde do segundo dia. **Sugestões acatadas**. Presidente do CNS, **Maria**  
163 **do Socorro de Souza** sugeriu ao conselheiro Gerdó Faria que reapresentasse no dia seguinte a  
164 questão da violação dos direitos dos consumidores dos planos privados para o ministro da saúde Artur  
165 Chioro estar presente no momento e disse ao conselheiro Carlos Ferrari para elaborar documento como  
166 *Recomendação para direitos humanos que serão afetados com os vetos propostos pela presidente*  
167 *Dilma Rousseff à Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência*. **Deliberação: As Atas 257<sup>a</sup>,**  
168 **267<sup>a</sup>, 268<sup>a</sup> e 269<sup>a</sup> foram aprovadas, com duas abstenções, assim como foi aprovada a Pauta da**  
169 **271<sup>a</sup> R.O. ITEM 02 – DIREITO HUMANO À SAÚDE NO SUS**. Coordenação: **Maria do Socorro de**  
170 **Souza**, Presidente do CNS. Apresentação: **José Marmo**, da Rede Nacional de Religiões Afro-  
171 Brasileiras e Saúde; **Fernanda Benvenutty**, da Associação Nacional de Travestis e Transexuais e  
172 **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**, da Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia. Inicialmente  
173 estava prevista a presença de **Maria Lucia Santos Pereira da Silva**, do Movimento Nacional de  
174 População de Rua, entretanto a convidada não pôde comparecer. Antes de iniciar o item, **Maria do**  
175 **Socorro de Souza**, Presidente do CNS, convidou para compor a Mesa o conselheiro **José Araújo**, da  
176 Pastoral da Pessoa Idosa. Falou que foi pactuado anteriormente que, em cada reunião, seria  
177 aprofundado um eixo da *15ª Conferência*. Em junho foi debatido *Reforma Democrática do Estado*, com  
178 ênfase na reforma política; e encaminhamentos para Conselhos Estaduais e Municipais defenderem a  
179 reforma política. Disse reconhecer lacunas no documento nacional da conferência, porém ressaltou que  
180 o texto expressa acumulado de posições e reflexões do que a sociedade reivindica do Estado brasileiro.  
181 Texto também reconhece que vários problemas sociais não foram solucionados, e incidem sobre o  
182 direito à saúde. Item foi proposto para mostrar a violação dos direitos humanos. Mesa poderia ter  
183 representante do Ministério Público, pesquisadores e estudiosos do tema. Entretanto, Mesa Diretora do  
184 CNS decidiu dar voz aos sujeitos de direito e das políticas de saúde. Reconhece o espaço no MS e nas  
185 Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais para discutir a equidade, porém é preciso não ficar só no

186 discurso e na intenção do plano de operação. No documento da 15ª Conferência, foi colocado que, sem  
187 enfrentar reforma agrária, questão étnica-racial, sexismo, questões que criminalizam movimentos  
188 sociais ou diminuam os direitos da classe trabalhadora, reforma urbana e sem garantia de direitos  
189 trabalhistas e previdenciários, tudo vai incidir na condição de saúde da população, em especial nas  
190 pessoas que estão em situação de maior vulnerabilidade. Conselheira disse que foi decidido dar ênfase  
191 a esta “pauta invisível ou marginalizada”. Não é para se conformar aos jargões de ampliar acesso à  
192 saúde, pois é preciso informar o conteúdo político desse acesso e da qualidade do atendimento. Para  
193 **Maria do Socorro de Souza**, documento segue linha coerente na referência à questão agrária, a  
194 reforma urbana, a reforma política, a um conjunto de questões que exigiam da sociedade brasileira um  
195 novo pacto nacional. Falou também que o CNS tem posição favorável em relação a PEC 451 e contrária  
196 a PEC 171, sobre a redução da maioridade penal e ao PL 4330. Comentou que o governo brasileiro  
197 enfrentou a questão da AIDS na sua dimensão de direitos humanos, mas há também outros grupos que  
198 encontram no SUS a reafirmação dos seus direitos. Falou que transexuais, indígenas e representantes  
199 de pessoas idosas, pessoas com deficiência, e representantes dos movimentos de rua e do movimento  
200 negro sempre citam no CNS situações de violação de direitos. Intenção da Mesa é apresentar  
201 orientações para Conferências Estaduais. Objetivo é reafirmar a atenção básica e mostrar qual é o  
202 modelo de atenção à saúde que o país quer. Sugeriu incluir no debate as *Práticas Integrativas*.  
203 Palestrante **José Marmo**, da Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde, disse ter ficado feliz  
204 quando foi convidado para debater o tema. Falou que a Mesa representa toda a população brasileira.  
205 Aprovou o CNS ter documento com proposta de enfrentamento do sexismo, das questões étnico-raciais,  
206 e dos direitos trabalhista e previdenciário, assim como valoriza a importância das *Práticas Integrativas*.  
207 Disse que, quando as pessoas souberem mais sobre religiões de matriz africana, encontrarão coisas em  
208 comum com temas defendidos pelos conselheiros de saúde. Em seguida, exibiu apresentação em  
209 *Power Point* sobre as *Religiões Afro-Brasileiras e Direitos Humanos à Saúde*. Comentou que há 16  
210 religiões de matriz africana no Brasil. Citou os principais motivos que levam as pessoas a se integrarem  
211 aos terreiros: busca espiritual; tradição familiar; dificuldade financeira e problemas amorosos. E, ao  
212 serem indagadas se estes motivos tinham alguma relação, influência ou repercussão no seu estado de  
213 saúde, 80% dessas pessoas respondeu que sim. Dados da Pesquisa Projeto Ato-Ire/2003. Terreiros  
214 cuidam da saúde de seus frequentadores com escuta; acolhimento; cuidado; integralidade; perspectiva  
215 individual e coletiva, e redes de solidariedade. O perfil dos adeptos é o seguinte: maioria negra; sexo  
216 feminino; baixa renda; pouca escolaridade; população LGBT; jovens e idosos; pertencem ao mercado  
217 de trabalho informal e moram em subúrbios e na periferia. José Marmo falou que há associação  
218 negativa com as religiões afro-brasileiras, vistas como “religião do mal”, “religião de preto”, “religião do  
219 demônio”, “feitiçaria”. Isso faz com que esta tradição religiosa ocupe um lugar de menor prestígio em  
220 relação a outras tradições, ficando em desvantagem na legitimidade social conquistada por outros  
221 campos religiosos. Questionou: qual é o papel real de um conselheiro de saúde? Disse ser preciso  
222 garantir o direito a saúde a toda a população brasileira. Terminou a fala com duas questões: *Como*  
223 *garantir o direito humano à saúde em um momento onde as diversas formas de intolerâncias aumentam,*  
224 *onde podemos constatar que os princípios do SUS não são respeitados (como a universalidade,*  
225 *integralidade e equidade), e é momento de redução dos recursos financeiros, momento em que a*  
226 *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra não vem sendo implementada, momento em*  
227 *que não se consegue enfrentar o racismo institucional no SUS e se amplia a privatização da saúde?* e  
228 *Como falar de direitos humanos à saúde nesse contexto de negação de direitos?* Em seguida, o  
229 Palestrante **José Araújo** contextualizou a questão da *Cidadania*, por meio de um texto intitulado *Pessoa*  
230 *Idosa sujeito de Cidadania*. Segue abaixo o texto completo. Atualmente, 21 anos após a edição da *Lei*  
231 *de Política Nacional do Idoso (Lei Federal 8842/94 e 12 anos após o Estatuto do Idoso (Lei Federal*  
232 *10.741/03)*, ainda está em fase inicial a adoção de práticas garantidoras dos direitos do idoso no Brasil.  
233 Dados do IBGE dão conta que, no Brasil, o contingente de idosos tem crescido de forma acelerada, hoje  
234 em torno de 26 milhões. Estima-se que, até 2020, o país conte com 40 milhões de pessoas acima de 60  
235 anos, passando a ser o sexto país com mais idosos no mundo. E, dentre os principais problemas  
236 enfrentados pelos idosos, o maior deles é o da violência. No Brasil, hoje, as violências e os acidentes  
237 constituem 3,5% dos óbitos de pessoas idosas, ocupando o sexto lugar na mortalidade, depois das  
238 doenças do aparelho circulatório, das neoplasias, das enfermidades respiratórias, digestivas e  
239 endócrinas. Morrem mais de 15 mil idosos por acidentes e violências por ano, significando, por dia, uma  
240 média próxima de 40 óbitos, dos quais 66% são de homens e 34%, de mulheres. Cerca de 10% dos  
241 idosos que morrem por violência são vítimas de homicídios, sendo que na maioria dos casos, são  
242 homens. No Brasil, as informações sobre doenças, lesões e traumas provocadas por causas violentas  
243 em idosos ainda são pouco consistentes. Pesquisadores chegam a estimar que 70% das lesões e  
244 traumas sofridos pelos velhos não comparecem às estatísticas. Em nosso país, há mais de 100 mil  
245 idosos que se internam por ano por causa de quedas (53%), violências e agressões (27%) e acidentes  
246 de trânsito (20%). Mais de 95% das pessoas acima de 60 anos estão morando com seus parentes ou  
247 vivem em suas próprias casas. Em 26% de todas as famílias, existe pelo menos uma pessoa com mais  
248 de 60 anos. Estudos parciais feitos no país mostram que a maioria das queixas dos idosos é contra  
249 filhos, netos ou cônjuges, e outros 7% se referem a outros parentes. Aposentados devem mais de R\$ 71

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

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

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

442 populações, com histórico de falta de respeito à cidadania (população de rua e a que sofre privação de  
443 liberdade). Lamentou a ausência de Maria Lúcia Santos, representante das populações de rua, que não  
444 conseguiu chegar a tempo para o debate. Falou ainda do comentário do Ministro da Justiça a respeito  
445 da redução da maioridade penal, que, se ocorresse, iria condenar os jovens a praticamente contrair  
446 AIDS, pois a transmissão da doença nos presídios é de 60%. E de contrair tuberculose, de 27%, em  
447 relação à população em geral. Disse ser preciso trabalhar a questão do preconceito institucional com as  
448 populações de risco, pois as pessoas são barradas, na entrada, pela forma como estão vestidas.  
449 Enfatizou a informação de que a forma de transmissão cai quase a zero quando a pessoa infectada está  
450 sendo tratada. Falou também do aumento de casos de sífilis em mais de 1000% nas gestantes  
451 brasileiras e a transmissão vertical cresceu 153%, nos últimos dez anos, o que reflete a falta de acesso  
452 à saúde na gestação e de qualidade no serviço pré-natal. Conselheira **Fernanda Benvenutty** justificou  
453 a sua chegada após o início da Mesa, devido ao atraso do vôo. Logo depois, corrigiu a informação de  
454 que as populações vulneráveis são minorias, pois somando todas essas populações gigantescas, se  
455 tornam maioria. Entretanto, continuam sem políticas públicas. Falou que a população LGBT é imensa,  
456 mas é “invisibilizada”; assim como a população negra, ou a população de rua. Comentou que parece  
457 redundante falar em direitos humanos, porém quando se trata do setor saúde, esses direitos estão  
458 associados às populações ditas minorias. Falou que têm pessoas que pensam que existe visibilidade  
459 por conta de manifestações, como Parada Gay, mas a conselheira disse que, se houvesse políticas  
460 públicas que garantissem os direitos, não seria preciso criar manifestações. Questionou: o direito está  
461 sendo garantido ou está somente escrito em uma folha de papel? Em 2004, a cada 27 horas era  
462 assassinada uma pessoa LGBT. Aumentou em 4% o número de assassinatos, em dez anos. Não  
463 diminuiu a violência. Além da morte, tem o processo de envelhecimento, adoecimento, tratamento  
464 psicológico, saúde mental... Disse que as pessoas do serviço de saúde só pensam em AIDS para a  
465 população LGBT. A discriminação e o preconceito se agravam se a pessoa for negra, pobre, mora na  
466 periferia, é soropositiva, e é morador(a) de rua... Disse que respeitar o outro é cumprir o princípio básico  
467 do Direito Humano, enxergar o outro como um ser humano. Conselheira **Maria Laura Bicca** disse que o  
468 tema debatido na Mesa representa a razão de existir do Conselho. Falou também que gostaria de ter  
469 esperança, pois a sociedade está em um nível crescente, reparando erros, corrigindo. Disse que  
470 ninguém faz aquilo que não conhece, então é preciso informar e capacitar as pessoas. CNS, junto com  
471 o programa de humanização do MS, poderia pensar em um sistema de premiação. Enfatizou a  
472 necessidade de incentivo financeiro para melhorar as vulnerabilidades do sistema. Falou também que  
473 injustiças nos serviços de saúde não ocorrem somente no momento do parto, mas em serviços de  
474 emergências, por exemplo. Conselheiro **Marlonei Santos** citou Princípio do Código de Medicina que  
475 afirma que os médicos devem exercer a profissão sem discriminação de qualquer natureza. E se não  
476 agirem desta forma, devem ser denunciados punidos. Para o conselheiro, o problema da precariedade  
477 no atendimento é por falta de financiamento e de vontade do governo de operacionalizar as políticas  
478 públicas. Acha que o Ministro da Saúde tem boas intenções, porém é boicotado pela área econômica. E  
479 assim permanece a precariedade no atendimento. Afirmou que direitos humanos são de toda a  
480 população brasileira. Conselheiro **Alexandre Figueiredo Medeiros** disse que o debate foi “verdadeira  
481 aula de cidadania”, pois o tema transcende a saúde e está relacionada com a construção da sociedade  
482 brasileira. Espera que um dia exista só uma política pública para garantir os direitos humanos, e não  
483 várias específicas. Mas precisa-se dessas políticas especialmente neste momento de radicalização de  
484 ideias no país. Tem política de formação de médicos para modificar a realidade, mas falou que o  
485 governo não está satisfeito com mudança só “no papel”. Disse que a SGEP está trabalhando a questão  
486 do racismo institucional em um módulo que está aberto a todos. Conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira  
487 Pinheiro** se disse contemplada com as falas anteriores, e parabenizou a Mesa pelo debate. Destacou  
488 que o direito à saúde passa pelo direito à alimentação segura e adequada, resgatando as conquistas da  
489 8ª Conferência, em relação à alimentação, moradia, lazer. Conselheira **Lenir Santos** também  
490 parabenizou o debate, bem “relevante” para a sociedade brasileira. Afirmou que pessoas com  
491 deficiência intelectual são invisíveis, excluídas, dado a dificuldade de se fazerem presentes. Disse estar  
492 comprovado por pesquisas que pessoas com Síndrome de Down, aos 40 anos, começam a apresentar  
493 sinais de que terão Mal de Alzheimer. A partir dos 50 anos, 80% já estará desenvolvendo a doença.  
494 Comentou que essas pessoas têm um envelhecimento precoce mais acelerado do que as pessoas  
495 normais. Falou também da dificuldade financeira para manter as entidades que atendem as pessoas  
496 com Síndrome de Down. Comentou também do lançamento do livro *Mude o seu olhar*, durante o *Fórum  
497 Internacional de Síndrome de Down*. Conselheira **Suelen Nunes** disse ter gostado da composição da  
498 Mesa. Falou que vivemos em uma sociedade que transforma diferenças em desigualdades. Falou que a  
499 área da saúde reproduz a estrutura social, os recortes de classe, de orientação sexual, de etnia, e vários  
500 outros, por meio de hierarquia e poder. Afirmou ser preciso superar a naturalização e banalização  
501 desses recortes. O desafio é levar para a base dos serviços de saúde os debates que ocorrem no CNS,  
502 assim como levar também para as *Conferências de Saúde* e para as universidades, para a formação de  
503 profissionais na graduação e pós-graduação. Não bastam políticas públicas, pois a realidade dos  
504 serviços destoa do proposto. Como superar o racismo e o machismo no SUS? Comentou também que a  
505 população não está representada na universidade aonde estuda, pois não há negros ou pessoas trans.

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

570 problemas que surgiram na eleição passada. Apontaram problemas no Decreto nº 5839, que trata sobre  
571 a composição do CNS, assim como no Regimento Interno e na Resolução 453. Montaram o **Calendário**  
572 **Eleitoral** e fizeram revisão no Regimento. Foi enviado para todos os conselheiros, um prazo para  
573 contribuições, antes de dez dias desta reunião. Neste período, foi recebida contribuição do conselheiro  
574 José Araújo, que o grupo analisou. Ontem o Fórum dos Trabalhadores e o Fórum dos Usuários fizeram  
575 estudo a respeito. A equipe do GT se reuniu com esses fóruns, e receberam na manhã de hoje  
576 contribuições do conselheiro Geordeci Menezes de Souza, com sugestão de **Calendário**. Conselheira  
577 apresentou a proposta de **Calendário Eleitoral** feita pelo GT. Em seguida, apresentou o que o grupo  
578 elaborou para o **Regimento Eleitoral**. O *Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua 271ª*  
579 *Reunião Ordinária, realizada nos dias 08 e 09 de julho de 2015, no uso de suas competências*  
580 *regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de*  
581 *28 de dezembro de 1990, e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006. Resolve: Aprovar o*  
582 *Regimento Eleitoral para o triênio 2015/2018. Capítulo I - Dos Objetivos Art. 1º Este Regimento Eleitoral*  
583 *tem por objetivo regulamentar a eleição das entidades e dos movimentos sociais nacionais de usuários*  
584 *do Sistema Único da Saúde – SUS, das entidades nacionais de profissionais de saúde, incluídas a*  
585 *comunidade científica da área de saúde, as entidades nacionais de prestadores de serviços de saúde e*  
586 *as entidades empresariais nacionais com atividades na área de saúde, de acordo com o estabelecido no*  
587 *Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; na Resolução CNS nº 453, de 17 de julho de 2012; e no*  
588 *Regimento Interno, aprovado pela Resolução CNS nº 407, de 12 de novembro de 2008, artigos 61 a 73,*  
589 *para o mandato 2015/2018. Parágrafo Único. A eleição realizar-se-á em 05 de novembro de 2015,*  
590 *iniciando-se o processo Eleitoral a partir da publicação deste Regimento Eleitoral e do respectivo Edital*  
591 *de sua convocação no Diário Oficial da União. Capítulo II - Da Comissão Eleitoral Art. 2º A eleição será*  
592 *coordenada por uma Comissão Eleitoral composta de 12 (doze) membros indicados pelos respectivos*  
593 *segmentos e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde com a seguinte composição: I - 6 (seis)*  
594 *representantes do segmento dos usuários; II - 3 (três) representantes do segmento dos profissionais de*  
595 *saúde; e III - 3 (três) representantes do segmento do governo/prestadores de serviços de saúde; §1º As*  
596 *entidades e os movimentos sociais que indicarem pessoas para compor a Comissão Eleitoral serão*  
597 *elegíveis. §2º Constituída a Comissão Eleitoral, a mesma será divulgada na página eletrônica do*  
598 *Conselho Nacional de Saúde e afixada na Secretaria-Executiva do referido Conselho. §3º A Comissão*  
599 *Eleitoral terá um(a) Presidente, um(a) Vice-Presidente, um(a) Secretário(a) e um(a) Secretário(a)-*  
600 *Adjunto(a), que serão escolhidos entre os seus membros na primeira reunião após sua constituição. Art.*  
601 *3º Compete à Comissão Eleitoral: I – conduzir sob sua supervisão o processo Eleitoral e deliberar sobre*  
602 *tudo que se fizer necessário para o seu andamento; II - dar conhecimento público das candidaturas*  
603 *inscritas; III - requisitar ao Conselho Nacional de Saúde todos os recursos necessários para a realização*  
604 *do Processo Eleitoral; IV – instruir, qualificar, apreciar e decidir recursos, decisões do Presidente*  
605 *relativas a registro de candidatura e outros assuntos ao pleito eleitoral; V – indicar e instalar as Mesas*  
606 *Eleitorais em número suficiente, com a função de disciplinar, organizar, receber e apurar votos; VI –*  
607 *proclamar o Resultado Eleitoral; VII – apresentar ao Conselho Nacional de Saúde relatório do resultado*  
608 *do pleito, bem como observações que possam contribuir para o aperfeiçoamento do processo eleitoral,*  
609 *no prazo de até 30 (trinta) dias após a proclamação do resultado; VIII – indicar a Mesa Coordenadora*  
610 *das Plenárias dos segmentos, conforme previsto no art. 9º deste Regimento Eleitoral, composta por 1*  
611 *(um) Coordenador, 1 (um) Secretário e 1(um) Relator ; e IX – indicar 1 (um) membro da Comissão*  
612 *Eleitoral para acompanhar as discussões dos grupos de representações nas Plenárias dos segmentos,*  
613 *conforme inciso III da terceira diretriz da Resolução 453. Art. 4º - Compete ao Presidente ou à*  
614 *Presidente da Comissão Eleitoral: I – conduzir o processo eleitoral desde a sua instalação até a*  
615 *conclusão do pleito que elegerá as entidades e movimentos sociais para o Conselho Nacional de*  
616 *Saúde; II – representar a Comissão Eleitoral em atos, eventos e sempre que solicitado pelos segmentos*  
617 *que compõem o Conselho Nacional de Saúde, bem como pelo próprio Plenário do Conselho; III – decidir*  
618 *a respeito das inscrições de candidatura; e IV – recolher a documentação e materiais utilizados na*  
619 *votação e proceder a divulgação dos resultados, imediatamente após a conclusão dos trabalhos das*  
620 *Mesas Apuradoras. Capítulo III - Das Vagas Art. 5º As vagas dos representantes de entidades e dos*  
621 *movimentos sociais nacionais de usuários do SUS, das entidades nacionais de profissionais de saúde,*  
622 *incluídas a comunidade científica da área de saúde, as entidades nacionais de prestadores de serviços*  
623 *de saúde e as entidades empresariais nacionais com atividades na área de saúde, a serem eleitos para*  
624 *participarem do Conselho Nacional de Saúde, conforme previsto no art. 4º do Decreto nº 5.839, de 11*  
625 *de julho de 2006, são as seguintes: I - 24 (vinte e quatro) vagas para representantes titulares e 48*  
626 *(quarenta e oito) vagas para representantes primeiro e segundo suplentes para as entidades e os*  
627 *movimentos nacionais de usuários do SUS; II - 12 (doze) vagas para representantes titulares e 24 (vinte*  
628 *e quatro) vagas para representantes primeiro e segundo suplentes para as entidades nacionais de*  
629 *profissionais de saúde, incluída a comunidade científica da área de saúde; III - 2 (duas) vagas para*  
630 *representantes titulares e 4 (quatro) vagas para representantes primeiro e segundo suplentes para as*  
631 *entidades nacionais de prestadores de serviços de saúde; e IV - 2 (duas) vagas para representantes*  
632 *titulares e 4 (quatro) vagas para representantes primeiro e segundo suplentes para as entidades*  
633 *empresariais nacionais com atividades na área da saúde. § 1º Somente poderão participar do processo*

634 eleitoral, como eleitor ou candidato, as entidades e os movimentos sociais nacionais de que tratam os  
635 incisos I a IV do art. 5º deste Regimento que tenham, no mínimo, dois anos de comprovada existência,  
636 conforme disposto no parágrafo único, do art.4º, do Decreto nº 5.839/2006 e que atendam ao disposto  
637 nos incisos I a IV, do parágrafo segundo deste artigo, conforme o caso. § 2º Para efeito de aplicação  
638 deste Regimento Eleitoral e conforme o disposto no Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, definem-  
639 se como: I - entidades e movimentos sociais nacionais de usuários do SUS – aqueles que tenham  
640 atuação e representação em, pelo menos, um terço das unidades da federação e três regiões  
641 geográficas do país; Parágrafo único - Devido à forma de organização das entidades indígenas  
642 nacionais, a representação indígena poderá contemplar um terço das unidades da federação e uma  
643 região geográfica do país; II - entidades nacionais de profissionais de saúde, incluindo a comunidade  
644 científica da área de saúde - aquelas que tenham atuação e representação em, pelo menos, um terço  
645 das unidades da federação e três regiões geográficas do país; vedada a participação de entidades de  
646 representantes de especialidades profissionais; III - entidades nacionais de prestadores de serviços de  
647 saúde - aquelas que congreguem hospitais, estabelecimentos e serviços de saúde privados, com ou  
648 sem fins lucrativos, e que tenham atuação e representação em, pelo menos, um terço das unidades da  
649 federação e três regiões geográficas do país; e IV - entidades nacionais empresariais com atividades na  
650 área da saúde - as Confederações Nacionais da Indústria, do Comércio, da Agricultura e do Transporte  
651 que tenham atuação e representação em, pelo menos, um terço das unidades da Federação e três  
652 regiões geográficas do país. Capítulo IV - Das Inscrições Art. 6º As inscrições das entidades e dos  
653 movimentos sociais de usuários do SUS, das entidades de profissionais de saúde e das entidades de  
654 prestadores de serviços de saúde, bem como das entidades empresariais com atividade na área de  
655 saúde, na condição de eleitor e/ou candidato, para participarem da eleição, serão feitas na Secretaria-  
656 Executiva do Conselho Nacional de Saúde, situada na Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo, Ala  
657 B, 1º andar, Sala 115-B – Brasília – DF, no período de 10 de agosto de 2015 a 09 de outubro de 2015,  
658 em dias úteis, no horário das 9 às 18 horas. §1º Serão também aceitas inscrições via correio mediante  
659 Aviso de Recebimento – AR ou Sedex, observada a data da postagem prevista no caput deste artigo.  
660 §2º As inscrições deverão ser feitas por meio de requerimento dirigido à Comissão Eleitoral,  
661 expressando a vontade de participar da eleição, especificando o segmento a que pertence a entidade ou  
662 movimento e a vaga para a qual está se candidatando. §3º Somente poderão participar do processo  
663 eleitoral, como eleitor ou candidato, as entidades de que tratam os incisos I a IV do art. 5º, que tenham,  
664 no mínimo, 2 (dois) anos de comprovada existência. Capítulo V - Da Documentação Art. 7º As entidades  
665 e os movimentos sociais que forem se candidatar como eleitor e/ou candidato a vaga no Conselho  
666 Nacional de Saúde terão que observar o disposto no art.4º e 5º do Decreto nº 5.839, de 11 de julho de  
667 2006, e apresentar no ato da inscrição os seguintes documentos: I – Entidades: a) Cópia da Ata de  
668 fundação ou de eleição de diretoria registrado em Cartório; b) Cópia do estatuto e/ou regimento; c)  
669 Termo de Indicação do eleitor e respectivo suplente que representarão a entidade, subscrito pelo seu  
670 representante legal; d) Comprovante de atuação de, no mínimo, 2 (dois) anos; em, pelo menos, um  
671 terço das unidades da federação e três regiões geográficas do país; e) Cópia da cédula de identidade  
672 do eleitor e do suplente. II - Movimentos Sociais: a) Ata de fundação registrada em cartório ou  
673 comprovante de existência do movimento por meio de um instrumento público de comunicação e  
674 informação de circulação nacional de, no mínimo, 2 (dois) anos; em, pelo menos, um terço das unidades  
675 da federação e três regiões geográficas do país; b) Relatório de atividades e Relatório de reuniões do  
676 movimento com a lista de presença; c) Documento de órgãos públicos ou do próprio controle social que  
677 atestem a existência do movimento; d) Termo de Indicação do eleitor e respectivo suplente que  
678 representarão o movimento social, subscrito pelo seu representante reconhecido; e e) Cópia da cédula  
679 de identidade do eleitor e do suplente. Capítulo VI - Das Homologações das Inscrições Art. 8º Encerrado  
680 o prazo para as inscrições das entidades e dos movimentos sociais, a Comissão Eleitoral divulgará na  
681 sede da Secretaria-Executiva e na página eletrônica do Conselho Nacional de Saúde, a relação das  
682 entidades e dos movimentos sociais habilitados a concorrerem à eleição, observada a composição dos  
683 segmentos. Parágrafo Único. Os recursos para a Comissão Eleitoral deverão ser interpostos no prazo  
684 de 72 (setenta e duas) horas, considerando 3 (três) dias úteis, contados da sua divulgação feita na  
685 forma do caput deste artigo, devendo ser analisados e julgados em igual período. Capítulo VII - Da  
686 Eleição Art. 9º A eleição para preenchimento das vagas dos membros titulares no Conselho Nacional de  
687 Saúde das entidades e dos movimentos sociais de usuários do SUS, das entidades de profissionais de  
688 saúde, das entidades da comunidade científica da área de saúde, das entidades de prestadores de  
689 serviços de saúde, das entidades empresariais com atividades na área de saúde, bem como para  
690 preenchimento das suplências, dar-se-á por meio de Plenárias dos Segmentos, no dia 05 de novembro  
691 de 2015, no horário das 10 horas às 13 horas, em local a ser definido pela Comissão Eleitoral, e, se  
692 necessário, em turno único, por meio de voto secreto, na mesma data, das 14 horas às 18 horas. §1º O  
693 credenciamento dos eleitores inscritos representantes das entidades e dos movimentos sociais será na  
694 mesma data da eleição, das 8h30min às 9h30min. §2º O eleitor credenciado receberá um crachá de  
695 identificação que lhe dará direito de acesso ao local de votação, não sendo permitida a substituição ou  
696 reposição de crachá. §3º A Comissão Eleitoral fará a primeira chamada para as Plenárias dos  
697 Segmentos às 10 horas, com quórum de metade mais um dos eleitores credenciados e, em segunda

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

826 Saúde não é uma entidade, pois seria negar a diversidade existente aqui. Disse que era um órgão  
827 colegiado e o que regra o seu funcionamento é a Lei, discordando, assim, da proposta de criar uma  
828 *Carta de Intenções/Compromissos*. Conselheiro **Carlos Ferrari** concordou com o posicionamento do  
829 conselheiro Ronald Ferreira, pois há divergências entre as entidades que compõem o CNS em vários  
830 pontos. Disse que exigir *Carta de Compromissos* para participar de processo eleitoral, pode parecer que  
831 se está induzindo a entidade/movimento social a “falar o que se quer ouvir”. Como se decidiria que a  
832 entidade está apta a participar do processo? Seria a concordância com o que está escrito na Carta?  
833 Conselheira **Verônica Lourenço** disse que na *Carta de Princípio da LBL* existe o compromisso de lutar  
834 pela saúde, mas ressaltou que *Carta de Intenções* é outra coisa. Acha interessante a proposta de  
835 participação em *Plenárias Populares* para entrar no CNS, mas comentou que houve problemas em  
836 conseguir participação de movimento social em alguns lugares porque os grupos não haviam sido  
837 mobilizados. Conselheira **Fernanda Benvenutty** falou que a *Carta de Intenções* deveria ser exigida  
838 somente das entidades que nunca pleitearam vaga no CNS. Conselheiro **Haroldo Pontes** disse que  
839 estão tratando de dois assuntos: credenciamento e eleição. No primeiro caso, não cabe a proposta  
840 colocada. Mas o que foi posto pode ser exigido no momento da eleição das entidades. Conselheira  
841 **Vânia Leite** comentou da dificuldade de comprovar a existência dos movimentos sociais na última  
842 eleição, pois mandam cópias de documentos retirados da internet. Disse que seria importante definir os  
843 critérios. Conselheiro **Clóvis Boufleur** disse ser prática, no dia da eleição, representações que não  
844 consigam chegar a um consenso, se apresentem na Plenária por dois minutos, no momento do voto.  
845 Sugeriu à Comissão Eleitoral, para separar de um a três minutos para a defesa de posição da entidade  
846 no momento da votação. **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, colocou em votação a  
847 proposta do conselheiro, que foi acatada pelo Pleno. Conselheiro **Elias Rassi** acha que os movimentos  
848 sociais que conseguem articulação dentro de uma *Conferência Nacional de Saúde* conseguem  
849 legitimidade dos pares, tanto que considera mais adequado a comprovação da existência política em um  
850 evento deste tipo. Questionou: Como se comprovaria a presença em outros eventos, por meio de  
851 dezenas de fotos, dossiês, certificados? Conselheira **Denise de Freitas** falou que a participação em  
852 *Plenárias Populares* seria uma forma de comprovação da existência da entidade, porém não deveria ser  
853 um critério excluente. Logo depois, foi feita a leitura do documento com os critérios para aceitar  
854 inscrição de movimentos sociais no CNS. O texto final ficou desta forma, no Art. 7, item II. c) documento  
855 de órgãos públicos ou do próprio controle social que atestem a existência do movimento. Após mais  
856 contribuições de conselheiros ao texto, **o Regimento Eleitoral foi colocado em votação e aprovado**  
857 **pelo Pleno**. Em seguida, foi apresentado novamente o *Calendário Eleitoral*. Nos dias 8 e 9 de julho -  
858 aprovação pelo Pleno do CNS do Regimento Eleitoral 2015/2018 e do Calendário Eleitoral - dia 08 de  
859 julho. Dia 13 de julho - encaminhar o Regimento para o GM/CONJUR. Dias 14 e 15 de julho - Delegar à  
860 Mesa Diretora o recebimento dos nomes para a Comissão Eleitoral. Secretaria Executiva do CNS - dias  
861 14 e 15 de julho - Elaboração do Termo de Referência para a realização do evento (Eleições). Mesa  
862 Diretora nos dias 15 e 16 de julho - Indicação pelo Pleno do CNS dos membros da Comissão Eleitoral  
863 composta por 12 membros: 6 (seis) representantes do segmento dos usuários; 3 (três) representantes  
864 dos profissionais de saúde; 3 (três) representantes do segmento do gestor/prestador, sendo 2 (dois)  
865 representantes do governo e 1 (três) representante dos prestadores de serviços de saúde. Mesa  
866 Diretora - receber os nomes da Comissão Eleitoral e compartilhar via e-mail com Conselheiros  
867 Nacionais. Pleno do CNS, no dia 17 de julho, dar retorno à Mesa Diretora sobre a aprovação dos nomes  
868 da Comissão Eleitoral. Aprovação pelo Pleno do CNS dos Membros da Comissão Eleitoral 2015/2018.  
869 Secretaria Executiva do CNS no dia 20 de julho - Publicação do Regimento Eleitoral 2015/2018.  
870 Publicação da Portaria de Designação dos Membros da Comissão Eleitoral. Providenciar passagem  
871 para Comissão Eleitoral. Mesa Diretora no dia 30 de julho - Reunião da Comissão Eleitoral. Secretaria  
872 Executiva do CNS no dia 03 de agosto - Publicação do Edital de Convocação da Eleição do Conselho  
873 Nacional de Saúde para o Triênio 2015/2018 pela Secretaria Executiva do CNS. Publicação do Edital de  
874 Convocação da Eleição do Conselho Nacional de Saúde para o Triênio 2015/2018 pela Secretaria  
875 Executiva do CNS - Inscrições das Entidades para a eleição do CNS. Dia 16 de outubro - Publicação da  
876 Lista das Entidades Inscritas. Dia 21 de outubro - Interposição de Recursos. Dia 26 de outubro -  
877 Julgamento dos Recursos. Dia 27 de outubro - Publicação da Lista das Entidades Habilidades. **Dia 05 de**  
878 **novembro - Eleição do Conselho Nacional de Saúde**. Dia 13 de novembro - Publicação do resultado  
879 das eleições. Até o dia 25 de novembro - Indicação dos Representantes para compor o Conselho  
880 Nacional de Saúde. Dias 26 e 27 de novembro - Preparação da Portaria com os novos Membros do  
881 CNS. Dia 09 de dezembro - Publicação da Portaria de Designação dos Membros do CNS. Dia 16 de  
882 dezembro - Posse dos Novos Conselheiros (Reunião Extraordinária) e eleição da Mesa Diretora do  
883 mandato 2015/2018. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, perguntou ao Pleno  
884 se pode ocorrer reunião ordinária, no dia 15 de dezembro e, no dia seguinte, realizar reunião  
885 extraordinária para posse e eleição da mesa, em dois turnos. **Plenária aprovou o Calendário Eleitoral,**  
886 **sem abstenções**. Desta forma, Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** propôs manter a  
887 aprovação do mérito do *Calendário Eleitoral*, excluindo a data de posse, que seria apresentada no  
888 segundo dia de reunião. Conselheira **Alessandra Ribeiro** disse que o Fórum de Trabalhadores já  
889 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 Boufleur** disse que os escolhidos pelos usuários são: Adriano Macedo Félix, do ANAPAR; Carlos Alberto Duarte, do Movimento AIDS; Geordeci 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 Custos 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 Custos 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 transrito, 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**

954 **e Serviços Públicos de Saúde (LC nº 141/2012)**” O RAG 2014/MS evidencia que o valor aplicado em  
955 ASPS ficou acima do valor mínimo calculado, segundo a LC 141 (artigo 5º). É importante considerar  
956 que, para o cômputo desta aplicação, foram consideradas despesas financiadas com recursos próprios  
957 vinculados ao Ministério de Saúde (administração direta e indireta), em desacordo com o que  
958 estabelece a LC 141, assunto que será retomado posteriormente. Porém, dois aspectos devem ser  
959 destacados: a recomposição de Restos a Pagar cancelados (R\$ 344,7 milhões) não respeitou o que  
960 determina a LC 141 (artigo 24, §2º), isto é, **não houve a compensação, como aplicação adicional ao**  
961 **mínimo do valor total dos cancelamentos de Restos a Pagar ocorridos em 2013 na execução**  
962 **orçamentária de 2014. ESTA SITUAÇÃO JÁ FOI OBJETO DE RESSALVA NO RAG 2013** - Diante do  
963 procedimento imposto pela área econômica do governo de considerar a aplicação mínima legal como  
964 aplicação máxima efetiva (popularmente denominada como a lógica “**Piso=Teto**”), o dispositivo da Lei  
965 de Diretrizes Orçamentárias de 2014, que estabeleceu a execução orçamentária obrigatória das  
966 Emendas Parlamentares individuais, equivalente a 0,6% das Receitas Correntes Líquidas, **impôs ao**  
967 **Ministério da Saúde a necessidade de realocar recursos de outras programações para este fim**, o  
968 que pode ser confirmado a partir da seguinte observação extraída do RAG 2014: “...a aprovação da Lei  
969 de Diretrizes Orçamentárias para o exercício de 2014 (Lei nº 12.919, de 24 de dezembro de 2013),  
970 trouxe novos desafios para a execução do Ministério da Saúde, no sentido de aprimorar sua  
971 capacidade de gestão entre sua programação própria e as proposições do Parlamento ao  
972 Orçamento da União, por meio de Emendas Parlamentares individuais, no sentido de somar  
973 esforços para potencializar os resultados positivos da atuação setorial, diante da possibilidade  
974 conjuntural de limitações nas disponibilidades financeiras”. Assim sendo, **seria importante que o**  
975 **MS informasse quais foram as ações que não foram executadas total ou parcialmente como**  
976 **decorrência dessa realocação orçamentária para cumprir a execução obrigatórias das Emendas**  
977 **Parlamentares individuais**. A Tabela 2 apresentada na página 6 do RAG 2014/MS compara a  
978 autorização da despesa com ASPS na Lei Orçamentária somada à abertura de créditos adicionais (LOA  
979 Atualizada), no valor de R\$ 97,9 bilhões, com o valor disponibilizado para empenhos e pagamentos pelo  
980 Ministério do Orçamento, Planejamento e Gestão, no valor de R\$ 92,4 bilhões, evidenciando um  
981 elevado contingenciamento (diferença de R\$ 5,5 bilhões entre a LOA Atualizada e o valor  
982 disponibilizado para empenho). **Com isso, ficou indisponível a utilização de recursos**  
983 **orçamentários para as Ações e Serviços Públicos de Saúde, com a seguinte composição: a)** Programação  
984 **própria: R\$ 5,5 bilhões; b) Emendas (Individuais e Coletivas): R\$ 3,4 bilhões. Com esse**  
985 **contingenciamento, foi disponibilizado um valor muito próximo da aplicação mínima,**  
986 **comprovando a adoção pela área econômica do governo federal da lógica “Piso=Teto”**. O  
987 Ministério da Saúde foi mais uma vez prejudicado pelo contingenciamento orçamentário, mesmo o  
988 governo federal sabendo da necessidade de recursos adicionais para o financiamento adequado do  
989 SUS. **Porém, o RAG 2014/MS não detalhou quais foram as despesas classificadas como**  
990 **Programação Própria e Emendas que não puderam ser realizadas por causa do**  
991 **contingenciamento imposto pela área econômica do governo federal. Também não há no RAG**  
992 **2014/MS a indicação dos critérios para a escolha das despesas que não puderam ser executadas**  
993 **ou que foram executadas parcialmente, nem a classificação do que não foi executado por bloco**  
994 **de financiamento em decorrência desse contingenciamento**. À guisa de ilustração, considerando as  
995 informações da Execução Orçamentária de exercícios anteriores, a economia orçamentária (diferença  
996 entre o valor da dotação atualizada e o valor empenhado) a preços correntes (valor nominal) no período  
997 2008 a 2014 totalizou R\$ 30,5 bilhões, isto é, recursos orçamentários que não foram disponibilizados  
998 para empenho. As informações da Tabela 3 apresentam os valores empenhados na função de governo  
999 “Saúde”, segundo as subfunções, evidenciando que os valores das despesas na “Assistência Hospitalar  
1000 e Ambulatorial” representaram quase a metade do total (48,3%). Por outro lado, a Tabela A.3 a seguir,  
1001 elaborada com as informações obtidas na página 7 do RAG 2014 e nos RAG’s anteriores, **indica que a**  
1002 **razão das despesas empenhadas em “Atenção Básica – AB” em relação a “Assistência**  
1003 **Hospitalar e Ambulatorial – AHA” foi 0,42 e representou um aumento de 8,36% em relação a 2013,**  
1004 **bem como um aumento acumulado de 24,27% no período 2009 a 2014**. Do ponto de vista da  
1005 Execução Orçamentária em ASPS, o valor empenhado em 2014 foi de R\$ 92,243 bilhões, o que  
1006 representou um nível de Execução Orçamentária de 94,2% da dotação atualizada (LOA + Créditos  
1007 Adicionais). Segundo critério adotado pela COFIN/CNS, esse nível de Execução Orçamentária foi  
1008 classificado como regular (faixa entre 90% e 98%). O nível de empenhamento por unidade orçamentária  
1009 foi inadequado (inferior a 90% da dotação atualizada) para FUNASA; regular (entre 90% e 98% da  
1010 dotação atualizada) para FNS, FIOCRUZ, ANVISA e ANSS; e adequado (acima de 98% da dotação  
1011 atualizada) para o GHC. **Não há nenhuma justificativa no RAG sobre os motivos dos níveis de**  
1012 **empenho classificados como inadequados e regulares**. Além desta análise do nível de  
1013 empenhamento, outro indicador importante a ser considerado é o nível de pagamento, considerado  
1014 inadequado (abaixo de 82%) para os seguintes itens: O RAG 2014/MS apresenta os valores do Apoio  
1015 Financeiro para Aquisição e Distribuição de Medicamentos do Componente Especializado da  
1016 Assistência Farmacêutica, no exercício de 2014 por Estado, bem como os decorrentes de sentença  
1017 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 convenial 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)

1082 no período 2008 a 2014 totalizou mais de R\$ 30,0 bilhões (valor nominal), consequência direta da  
1083 adoção da lógica “Piso=Teto”. B.5) Considerando a análise da despesa empenhada por subfunção de  
1084 governo diretamente vinculada à Função Saúde, é possível inferir que a restrição orçamentária e  
1085 financeira citada anteriormente “sacrificou” principalmente as despesas empenhadas com Suporte  
1086 Profilático e Terapêutico, Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária, cujas variações anuais  
1087 percentuais foram as mais baixas na Execução Orçamentária de 2014. B.6) A razão das despesas  
1088 empenhadas em “Atenção Básica – AB” em relação a “Assistência Hospitalar e Ambulatorial – AHA” foi  
1089 0,42 e representou um aumento de 8,36% em relação a 2013, bem como um aumento acumulado de  
1090 24,27%, no período 2009 a 2014. Ficou evidenciado um crescimento lento na priorização de gasto para  
1091 a atenção básica, muito provavelmente em função do subfinanciamento histórico do SUS, agravado pela  
1092 Execução Orçamentária obrigatória das Emendas Parlamentares individuais sem a contrapartida de  
1093 recursos adicionais para este fim. B.7) Do ponto de vista da Execução Orçamentária em ASPS, o valor  
1094 empenhado em 2014, de R\$ 92,243 bilhões, representou um nível de Execução Orçamentária de 94,2%  
1095 da dotação atualizada (LOA + Créditos Adicionais), classificado como regular (faixa entre 90% e 98%).  
1096 B.8) O nível de empenhamento por unidade orçamentária foi inadequado (inferior a 90% da dotação  
1097 atualizada) para FUNASA; regular (entre 90% e 98% da dotação atualizada) para FNS, FIOCRUZ,  
1098 ANVISA e ANSS; e adequado (acima de 98% da dotação atualizada) para o GHC. B.9) Dos quinze itens  
1099 de despesas com valores empenhados acima de R\$ 1,0 bilhão, dez tiveram nível de empenho  
1100 adequado (Média e Alta Complexidade/FNS, Programa Saúde da Família/FNS, Medicamentos  
1101 Excepcionais/FNS, PAB Fixo/FNS, Incentivo Financeiro Vigilância em Saúde/FNS, Vacinas e  
1102 Vacinação/FNS, Vacinas e Vacinação/FIOCRUZ e Farmácia Básica-PAB/FNS, Pessoal Ativo, Pessoal  
1103 Inativo); um nível de empenho regular (Qualificação Profissional do SUS) e quatro tiveram nível de  
1104 empenho inadequado (Saúde Indígena/FNS Farmácias Populares/FNS, Emendas Parlamentares e  
1105 Outros Programas do FNS). B.10) Os municípios receberam 72,5% dos recursos repassados pelo  
1106 Ministério da Saúde, enquanto os estados receberam 27,5% em 2014, a maior parte na modalidade  
1107 fundo a fundo: em termos consolidados, as transferências fundo a fundo representaram 99,7% dos  
1108 valores pagos a estados e municípios, o que está de acordo com a LC 141/2012. Porém, há que se  
1109 ressaltar que o conceito legal de “Transferências Fundo a Fundo” como sendo a “transferência direta,  
1110 regular e automática” não está sendo respeitada, pois, na prática, considera-se “fundo a fundo”  
1111 quaisquer transferências financeiras do FNS para os Fundos Estaduais e Municipais, mesmo aquelas  
1112 que envolvem “vontades entre as partes”, como são os convênios. B.11) Sob a vigência da LC 141,  
1113 foram cancelados R\$ 2,5 bilhões de Restos a Pagar em 2012 (R\$ 1,2 bilhão) e 2013 (R\$ 1,3 bilhão),  
1114 valor que deveria ter sido compensado como aplicação adicional na Execução Orçamentária de 2014.  
1115 Porém, a compensação foi de apenas R\$ 344,7 milhões, restando pendente uma aplicação de R\$ 2,2  
1116 bilhões. Os pagamentos representaram menos da metade do valor total inscrito e reinscrito, restando  
1117 em 31/12/2014 um saldo a pagar de R\$ 7,1 bilhões (equivalente a 45,3% do total inscrito e reinscrito).  
1118 B.12) Deste saldo a pagar de R\$ 7,1 bilhões, R\$ 6,8 bilhões são Restos a Pagar “não processados” (ou  
1119 não liquidados), sem que o RAG 2014/MS avalie a real possibilidade de execução em 2015, fator  
1120 preocupante por se tratarem de despesas do período 2003 a 2013. B.13) Sob a ótica do Artigo 24 e  
1121 seus incisos I e II da Lei Complementar nº 141/2012, o RAG 2014/MS não evidenciou a existência de  
1122 recursos financeiros vinculados às contas do Fundo Nacional de Saúde e das demais unidades da  
1123 administração indireta do MS (em torno de R\$ 15,0 bilhões). Após o advento da LC 141, o  
1124 empenhamento da despesa é condição necessária, mas não suficiente para que se comprove a  
1125 aplicação mínima em ASPS: é preciso que as contas do Fundo Nacional de Saúde e das unidades da  
1126 administração indireta do MS tenham recursos em caixa correspondentes ao saldo a pagar dos  
1127 empenhos do exercício e ao saldo a pagar dos Restos a Pagar apurados em 31 de dezembro de 2014.  
1128 B.14) O demonstrativo das receitas próprias do Ministério da Saúde totalizaram R\$ 4,9 bilhões, cujas  
1129 despesas financiadas com esses valores não poderiam ser computadas no cálculo da aplicação mínima  
1130 legal em Ações e Serviços Públicos de Saúde, tanto porque assim exige a Lei Complementar nº  
1131 141/2012 (art.4º, Inciso X), como pelo fato de caracterizar em vários casos um processo de  
1132 retroalimentação financeira ou “dupla contagem”, como por exemplo, restituições de convênios, cujos  
1133 valores serviram para computar a aplicação em saúde nos anos anteriores. Porém, se o Ministério da  
1134 Saúde adotasse essa interpretação, não teria como empenhar despesas adicionais pelo fato da área  
1135 econômica não disponibilizar tais recursos e não teria atingido o valor da aplicação mínima. B.15) É  
1136 possível concluir que o MS tem excelente capacidade de execução para as despesas que representam  
1137 transferências a estados, DF e municípios. Portanto, se houver mais recurso para o MS executar em  
1138 Ações e Serviços Públicos de Saúde, no âmbito do SUS, a população seria beneficiada em termos  
1139 quantitativos (mais serviços) e qualitativos, principalmente porque a maioria das despesas do MS  
1140 assume a forma de transferências para os estados e municípios. Contudo, a transferência de recursos  
1141 financeiros para estados, DF e municípios foi realizada sem aprovação dos critérios pelo CNS, conforme  
1142 estabelece a LC 141. B.16) A Execução Orçamentária não pode ser considerada um indicador  
1143 automático da gestão do Ministério da Saúde, mas é imprescindível para avaliar essa gestão. Mas, seria  
1144 importante também acompanhar a Execução Orçamentária das três esferas de governo, pois o CNS é  
1145 um Conselho “Nacional”, e não “Federal”. Além disto, as Receitas Correntes (Bruta e Líquida) e Total da

1146        União deveriam ser apresentadas tanto no RAG, como nos Relatórios de Prestação de Contas  
1147        quadrimestrais, pois é ferramenta para o debate do Conselho sobre a alocação dos recursos  
1148        arrecadados pela União. B.17) Não ficou evidenciada no RAG 2014/MS a forma como a União está  
1149        prestando cooperação técnica aos municípios nos termos da LC 141. A Comissão Intergestores  
1150        Tripartite está com um Grupo de Trabalho que ainda não concluiu a discussão sobre o novo critério de  
1151        rateio dos recursos para os estados e municípios, que deverá ser submetido para aprovação do CNS. É  
1152        preciso superar a lógica vigente da produção e/ou capacidade instalada. a) As Metas PNS (2012-2015)  
1153        de números 1, 2, 4 a 8, 10, 14, 16 e 17 foram cumpridas de maneira satisfatória ou houve uma  
1154        justificativa aceitável do cumprimento parcial ou incompleto. Contudo, faz-se necessário tecer algumas  
1155        considerações sobre as Metas do PNS (2012-2015) associadas às Metas PAS 2014, em relação ao  
1156        descompasso entre o que foi programado e realizado. b) Quanto à Meta 3 (Ampliar em 33,6 mil o  
1157        número de ACS, passando de 250,6 mil agentes em dezembro de 2011 para 284,2 mil até 2015), ao  
1158        longo de 2014, houve um aumento de 7.762 ACS, totalizando 265.698 ACS no país. Com esta  
1159        informação, percebe-se que da meta global para o período de 4 anos do PNS (2012-2015), somente  
1160        44,94% foi alcançada nos últimos 3 anos. Como falta apenas um ano para completar o período  
1161        quadrienal, esta meta deveria ser priorizada em 2015, sob pena do não cumprimento em sua totalidade,  
1162        repercutindo diretamente na Atenção Básica no país. c) Em relação à Meta 9 (Implantar 416 CEOs  
1163        passando de 882 em dezembro de 2011 para 1.298 em 2015), ao longo de 2014, houve a implantação  
1164        de apenas 42 CEOs, ou seja, 28% do que estava programado para o ano. Esta situação pode repercutir  
1165        seriamente na qualidade do Programa de Saúde Bucal no país. Porém, ainda há possibilidade de  
1166        cumprimento da meta acumulada para o quadriênio. d) Em relação à Meta 11 (Requalificar 235 serviços  
1167        de saúde existentes no sistema prisional), foi informado que apenas 22 serviços foram requalificados em  
1168        2014, representando apenas 9,36% da meta global para o quadriênio. É muito preocupante tal situação,  
1169        agravando assim a situação precária dos presidiários em nosso país. e) Em relação à Meta 13  
1170        (Ampliação do tratamento do câncer, com incremento de 25% das cirurgias oncológicas e de 5% dos  
1171        procedimentos quimioterápicos no Brasil, até 2015), 70% da meta programada para o ano foi cumprida,  
1172        mas o não cumprimento na sua totalidade representou a não realização de cerca de 7.530  
1173        procedimentos cirúrgicos na oncologia, uma área tão sensível e impactante na comunidade usuária. f)  
1174        Portanto, retirar o número 115.262 e colocar 7.530 e o restante do texto permanece igual! g) Para a  
1175        Meta 15 (Concluir o novo complexo integrado do INCA), foi informado que apenas 1,02% do Complexo  
1176        foi implantado em 2014, atingindo um acumulado para o quadriênio de 14% de implantação. h) Quanto à  
1177        Meta 18 (Implantar o Plano de Expansão de Radioterapia, que contempla 80 serviços, sendo 39  
1178        ampliações de serviços já habilitados e 41 novos serviços até 2015), nada avançou ao longo de 2014, já  
1179        que os projetos básicos de ampliação propostos pela empresa vencedora da licitação estão sendo  
1180        avaliados pelo Ministério da Saúde e não houve nenhuma informação sobre a implantação de 12 novos  
1181        serviços programados para o ano. Entendemos ser de grande valia a melhora e a ampliação do número  
1182        de procedimentos cirúrgicos em pacientes oncológicos, pois apesar da Lei garantir o tratamento na rede  
1183        pública na área de oncologia em 60 dias, grande parte dos tratamentos instituídos requerem  
1184        procedimentos invasivos e assim esta meta tem que ser plenamente cumprida ou até excedida. É  
1185        extremamente preocupante que uma das principais referências na Oncologia no Brasil (INCA) não  
1186        conseguiu concluir seu novo Complexo Integrado, bem como o atendimento em Radioterapia também  
1187        está deficiente e seriamente comprometido em todo o território nacional. Desta forma, para uma  
1188        temática que representa a segunda causa de mortalidade no país, torna-se imperioso a tratativa desta  
1189        questão com muita seriedade e priorização, pois esta condição não permite adiamentos ou atrasos na  
1190        infraestrutura, comprometendo irreversivelmente a sobrevida de muitos usuários. B.20) Em relação à  
1191        Diretriz 2: “Aprimorar a rede de urgência e emergência, com expansão e adequação de UPAs, SAMU,  
1192        PS e Centrais de Regulação, articulando-a com outras redes de atenção”: a) As Metas PNS (2012-2015)  
1193        de números 1, 3 e 4 foram cumpridas de maneira satisfatória e devem ser consideradas como iniciativas  
1194        de grande impacto na qualidade da abordagem ao paciente na rede de urgência e emergência.  
1195        Contudo, faz-se necessário tecer algumas considerações sobre as Metas do PNS (2012-2015)  
1196        associadas às Metas PAS 2014, em relação ao descompasso entre o que foi programado e realizado. b)  
1197        Quanto à Meta 2 (Implantar ou expandir 64 novas centrais de regulação do SAMU até 2015), apenas  
1198        31,3% da meta programada para o ano de 2014 foi cumprida e apenas 37,5% da meta global do  
1199        quadriênio foi realizada. c) Para a Meta 5 (Implantar 500 UPAs, passando de 596 em 2011 para 1.096  
1200        até 2015), apenas 35,7% da meta do PNS foi cumprida, impactando diretamente no acesso da  
1201        população usuária a uma das mais requisitadas portas de entrada do sistema U/E. Em uma situação  
1202        específica de U/E, a população usuária necessita de um atendimento imediato e com qualidade, tendo  
1203        na UPA a real expectativa de solução de sua sintomatologia ou condição crítica. Tanto o SAMU quanto  
1204        as UPAs são importantes equipamentos de consolidação de uma política de atenção especializada e  
1205        necessária na U/E, sendo que necessitam cada vez mais de investimentos, tanto na implantação,  
1206        quanto na operacionalização de sua logística, além de incentivos no tocante à capacitação e à fixação  
1207        de profissionais, com perfis adequados e qualificados neste setor. B.21) Em relação à Diretriz 3:  
1208        “Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”,  
1209        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: “Reducir 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 205 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 quatriênio 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 (Reducir 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 (Reducir 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

1274 uma necessidade urgente de priorizar esta meta, pois apenas 77,7% foi realizada. j) A Meta 25 (Ampliar  
1275 em 25% o número de amostras de água analisadas para o parâmetro coliforme total, passando de 25%  
1276 em 2010 para 50% até 2015) e Meta 26 (Ampliar em 25% o número de amostras de água analisadas  
1277 para o parâmetro turbidez, passando de 25% em 2010 para 50% até 2015) não foram priorizadas, pois  
1278 92,0% e 68,1% das metas para 2014 foram cumpridas respectivamente. Sabendo-se da importância das  
1279 condições sanitárias que circundam o ser humano, repercutindo diretamente no bem-estar desejado a  
1280 toda população, percebe-se a necessidade de melhorar estes parâmetros em 2015, para o cumprimento  
1281 pleno destas metas. k) Para a Meta 27 (Implantar a Vigilância em Saúde de populações expostas a  
1282 agrotóxicos nas 27 UF até 2015) e Meta 28 (Ampliar o percentual de municípios prioritários realizando  
1283 notificação no SINAN dos casos de intoxicação exógena por agrotóxicos, passando de 30% em 2013  
1284 para 100% em 2015), observa-se o cumprimento de 90% e 86% das metas programadas para 2014,  
1285 respectivamente, mas pela relevância do tema, entende-se ser de suma importância o cumprimento  
1286 pleno, pois cada vez mais a população fica exposta aos efeitos nocivos dos agrotóxicos em sua  
1287 alimentação. l) Em relação à Meta 31 (Implantar técnicas de Biologia Molecular para diagnóstico de  
1288 Dengue, Influenza e meningite bacteriana em todos os 27 Laboratórios Centrais de Saúde Pública –  
1289 LACEN – até 2015), somente 68% da meta foi contemplada até o fim de 2014. Pela importância destas  
1290 enfermidades no cenário da Saúde Pública, faz-se necessário buscar a urgente correção desta situação  
1291 para melhorar o leque de opções para um diagnóstico mais preciso e precoce. m) Para a Meta 34  
1292 (Introduzir a vacina tetra viral – sarampo, rubéola, caxumba e varicela – no calendário vacinal infantil  
1293 para crianças de 1 ano de idade – a partir de 1 ano e 3 meses – alcançando a cobertura de 95% até  
1294 2015), houve o cumprimento de 75,8% da meta programada para 2014, sendo que em 2015 ainda  
1295 deverá ser prioritária a sensibilização dos pais ou responsáveis pelas crianças maiores de 15 meses,  
1296 buscando a cobertura vacinal desejada. n) Para a Meta 35 (Implantar as academias de saúde,  
1297 chegando a 4.000 unidades em 2015), foi informado que de 2011 a 2014 foram habilitados para  
1298 construção 3.790 pólos de academia da saúde, mas não houve informação de implantação. Foram  
1299 finalizadas 934 obras, sendo que apenas 275 pólos foram habilitados para custeio, repercutindo  
1300 diretamente na promoção da saúde da população. Somente 29,4% das academias de saúde  
1301 conseguiram custeio, o que pode representar um desestímulo por parte dos gestores locais em manter  
1302 tais iniciativas. B.26) Em relação à Diretriz 8: “Garantir assistência farmacêutica no âmbito do SUS”: a)  
1303 Surpreende o fato de que a diretriz que orienta a assistência farmacêutica do SUS contenha apenas 3  
1304 metas: uma relacionada a dois componentes da política de sangue e hemoderivados, outra ao número  
1305 de municípios atendidos com o programa “Aqui tem Farmácia Popular” e a terceira ao programa de  
1306 fitoterápicos. É necessário reconhecer que essas metas estão muito longe de traduzir a diretriz “Garantir  
1307 assistência farmacêutica no SUS”, tanto pela importância da diretriz, como pelo volume de recursos  
1308 atribuídos no orçamento do MS. Dadas essas metas, duas foram cumpridas parcialmente e a de  
1309 fitoterápicos não foi realizada. b) A parte descritiva não acrescenta nenhuma informação relevante sobre  
1310 a assistência farmacêutica, passando ao largo da apreciação da distribuição de recursos entre seus  
1311 diversos componentes, da população efetivamente atendida por cada um deles. As informações sobre a  
1312 visita ao Peru e a constituição de Grupo de Trabalho estão muito distantes de abordar qualquer um  
1313 desses aspectos. c) Recomenda-se fortemente que as metas para a assistência farmacêutica sejam  
1314 reelaboradas em profundidade para traduzir a diretriz a que se referem. B.27) Em relação à Diretriz 9:  
1315 “Aprimorar a regulação e a fiscalização da saúde suplementar, articulando a relação público - privado,  
1316 gerando maior racionalidade e qualidade no setor saúde”: a) As metas estão radicalmente distantes de  
1317 traduzirem a diretriz proposta. Ambas foram cumpridas. Entretanto a relevância delas é nenhuma. b) A  
1318 parte descritiva acrescenta informação relevante ao informar os montantes de ressarcimento ao SUS e  
1319 ao processo de fiscalização de operadoras. c) Recomenda-se fortemente que as metas sejam  
1320 reelaboradas em profundidade para traduzir a diretriz a que se referem. B.28) Em relação à Diretriz 10:  
1321 “Fortalecer o Complexo Industrial e de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde como vetor  
1322 estruturante da agenda nacional de desenvolvimento econômico, social e sustentável, reduzindo a  
1323 vulnerabilidade do acesso à saúde e da assistência farmacêutica no âmbito do SUS”: a) As metas foram  
1324 cumpridas. B.29) Em relação à Diretriz 11: “Contribuir para a adequada formação, alocação,  
1325 qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais e trabalhadores  
1326 de saúde”: a) As metas de números 02 a 04, 06, 07 e 10 foram cumpridas. As metas de números 05 e  
1327 08 foram cumpridas parcialmente. As metas de números 01 e 09 não foram cumpridas. b) Geralmente,  
1328 estados e municípios apresentam uma baixa execução orçamentária relacionada a esta diretriz. Uma  
1329 das metas não cumpridas refere-se à capacitação dos trabalhadores da regulação, área crucial para o  
1330 SUS. Além disto, as metas de capacitação para profissionais de nível universitário foram cumpridas;  
1331 porém, é preciso ampliar a capacitação para os profissionais que não tenham o nível universitário. B.30)  
1332 Foi detectada uma inconsistência de valores da Tabela 9 do RAG com os disponíveis na Sala de Apoio  
1333 à Gestão Estratégica do MS, exceto para os blocos de assistência farmacêutica e investimentos. Este  
1334 fato requer esclarecimentos do Ministério da Saúde, pois a existência de informações inconsistentes  
1335 dificulta o controle e acompanhamento da sociedade, comprometendo a transparência e a credibilidade  
1336 das informações disponibilizadas. B.31) A questão do subfinanciamento do SUS foi agravada pela  
1337 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 resarcimento 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 Boufleur** 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

1402 Minas Gerais. Prefeitura de Belo Horizonte divulgou Nota Técnica a respeito do assunto e o estado  
1403 também divulgou Nota para a população. Conselheiro gostaria de saber se a Cofin tem acesso a esses  
1404 dados. Disse que isso representa uma insegurança para os usuários do SUS. Conselheiro **Alexandre**  
1405 **Medeiros** disse que esta prestação de contas é parcial, representando o que foi gasto nos primeiros  
1406 meses do ano. Em relação aos hospitais universitários, o empenho foi de R\$ 230 milhões; no transcorrer  
1407 do ano as despesas vão sendo realizadas e empenhadas. Sobre a situação de Minas Gerais, vai pedir  
1408 esclarecimento no MS sobre o que ocorreu. Falou que a transferência de recursos aos estados para  
1409 assistência está sendo feita dentro do padrão habitual. O MS está se esforçando para não gerar dano à  
1410 população. Conselheiro disse que, em Minas Gerais, muitos pagamentos foram colocados como Restos  
1411 a Pagar, desde o governo anterior. E ressaltou a existência de problemas locais no uso dos recursos.  
1412 Disse que apresentará depois ao CNS informe sobre o estado. Conselheiro **Ronald Ferreira** disse que  
1413 os recursos utilizados para saúde dos servidores não são computados como gastos com saúde, mas  
1414 como efeito assistencial previdenciário, integrando a remuneração e o resultado das negociações  
1415 salariais. Isso foi materializado na Lei Complementar 141, que retirou também os gastos com Farmácia  
1416 Popular dos gastos com serviços em saúde. Sobre planos de saúde, comentou que gerou polêmica na  
1417 Plenária, pois alguns enxergam como conquista dos trabalhadores, e outros não, pois o valor para  
1418 pagamento dos planos é descontado do imposto de renda. Consultor da Cofin, **Francisco Funcia**,  
1419 esclareceu algumas dúvidas dos conselheiros. Sobre contingenciamento, disse que na reunião passada  
1420 o Subsecretário de Planejamento e Orçamento, da Secretaria Executiva, Arionaldo Bomfim Rosendo,  
1421 falou que ainda não está “desenhado” como o Ministério cuidará do contingenciamento. O MS está  
1422 fazendo execução monitorada para garantir que não faltam recursos em ações imprescindíveis. Falou  
1423 que é uma discussão de natureza política, mais do que numérica. Em relação à baixa execução de  
1424 ações da Sesai, falou que ocorreu também com outras áreas, pois despesa de exercício anterior onerou  
1425 o orçamento de 2015. Disse ser preciso impedir que no fim deste ano ocorra repetição do que ocorreu  
1426 em 2014. Prometeu trazer dados sobre a Agência Nacional de Saúde Complementar para a próxima  
1427 reunião, explicando o que significa usar recurso público para este fim. Falou para a conselheira Michele  
1428 Ribeiro especificar o que deseja saber sobre as pesquisas em um e-mail e o consultor repassaria a  
1429 solicitação a SPO. Comprometeu-se também a enviar para todos os conselheiros os gastos do MS com  
1430 assistência médica a servidores, no próximo mês. Conselheira **Marisa Furia** explicou que deseja saber  
1431 o quanto é gasto da área voltada para pessoa com deficiência em oficinas, na compra de Órteses e  
1432 Próteses, e não somente o valor total, quer um detalhamento. **Francisco Funcia** disse que, em reunião  
1433 com o MS, soube que os repasses aos estados e municípios já tinha sido equacionados. Conselheiro  
1434 **Ronald Ferreira** disse que a Cofin já consultou antes o Ministério da Saúde e agora consultará  
1435 novamente sobre pesquisas na área de Ciência e Tecnologia; gênero e raça na especificação de  
1436 Políticas Públicas; e dados sobre gastos para atendimento a pessoas com deficiência. Logo depois,  
1437 conselheiro **Clóvis Boufleur** leu proposta de **Recomendação para manutenção integral dos**  
1438 **recursos orçamentários de 2015 em áreas estratégicas como atenção básica e programas que**  
1439 **envolvam diretamente a segurança alimentar e nutricional, a saúde da mulher, da criança, do**  
1440 **adolescente e do jovem**: O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima  
1441 Sexagésima Primeira Reunião Ordinária, realizada nos dias 08 e 09 de julho de 2015, no uso de suas  
1442 competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela  
1443 Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e  
1444 considerando o disposto no artigo 41 da Lei Complementar nº 141/2012, da qual deriva a competência  
1445 do Conselho Nacional de Saúde para encaminhar as indicações de medidas corretivas decorrentes da  
1446 análise do Relatório de Prestação de Contas Quadrimestral do Ministério da Saúde (1º  
1447 Quadrimestre/2015) à Presidente da República; considerando os demais dispositivos da Lei  
1448 Complementar nº 141/2012, em especial os artigos 14 e 24; considerando o processo de “asfixia”  
1449 orçamentária a que foi submetido o Ministério da Saúde como consequência da obrigatoriedade da  
1450 execução orçamentária das emendas parlamentares individuais, nos termos estabelecidos pela Emenda  
1451 Constitucional nº 86/2015, sem a incorporação de recursos adicionais ao orçamento do Ministério da  
1452 Saúde; considerando os elevados valores de saldos a pagar dos Restos a Pagar de exercícios  
1453 anteriores a 2014, especialmente os não processados, que caracterizam despesas não liquidadas e,  
1454 portanto, ainda não efetivadas como Ações e Serviços Públicos de Saúde para o atendimento das  
1455 necessidades da população; considerando que o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS)  
1456 pelas três esferas de governo está abaixo de 4% do Produto Interno Bruto (PIB), muito abaixo do  
1457 mínimo de 7% do PIB dos padrões internacionais para sistemas públicos de saúde de caráter universal  
1458 e gratuito; considerando o debate sobre financiamento realizado na 270º Reunião Ordinária do Pleno do  
1459 Conselho Nacional de Saúde, no dia 10 de junho de 2015, que avaliou o Decreto nº 8.456, de 22 de  
1460 maio de 2015, sobre o contingenciamento orçamentário de R\$11,774 bilhões do Ministério da Saúde;  
1461 considerando que, além das Emendas Parlamentares, haverá contingenciamento nas despesas  
1462 discricionárias, não obrigatórias e realizadas, desde que existam recursos orçamentários, podendo  
1463 portanto atingir vários programas e projetos do Ministério da Saúde; e considerando que Criança é  
1464 prioridade absoluta na Constituição Federal. Recomenda: Recomenda à Presidente da República a  
1465 adoção das seguintes medidas corretivas pelos Ministérios responsáveis com o objetivo de aprimorar o

1466 desenvolvimento das Ações e Serviços Públicos de Saúde no âmbito federal: 1. Que os valores dos  
1467 Restos a Pagar cancelados em 2012 (R\$ 1,225 bilhão) e 2013 (R\$ 1,306 bilhão) sejam imediatamente  
1468 acrescidos ao orçamento 2015 do MS, como despesas de aplicação adicional ao mínimo deste ano,  
1469 com dotações específicas para esse fim, considerando que esta providência deveria ter ocorrido  
1470 respectivamente até o final de 2013 e de 2014, nos termos da Lei Complementar nº 141/2012 (artigo 24,  
1471 II, §2º). 2. Que a movimentação financeira das despesas do MS (Administração Direta) seja feita  
1472 exclusivamente por meio do Fundo Nacional de Saúde, inclusive com a transferência de recursos  
1473 financeiros compatíveis com os saldos de empenhos a pagar e com os saldos dos restos a pagar  
1474 existentes nesta data, cumprindo assim a exigência da Lei Complementar nº 141/2012, especialmente  
1475 os artigos 14 (unidade orçamentária e gestora) e 24 (comprovação da aplicação em Ações e Serviços  
1476 Públicos em Saúde); 3. O cancelamento dos Restos a Pagar (pelo menos dos não processados)  
1477 referentes a empenhos de 2013 e anos anteriores, pela inviabilidade de execução destas despesas pelo  
1478 tempo decorrido até o momento, que deverão ser compensados em 2016 como aplicação adicional ao  
1479 mínimo do próximo ano, nos termos da Lei Complementar nº 141/2012, artigo 24, II, §2º. 4. A  
1480 manutenção integral dos recursos orçamentários de 2015 em áreas estratégicas como atenção básica e  
1481 programas que envolvam diretamente a segurança alimentar e nutricional, a saúde da mulher, da  
1482 criança, do adolescente e do jovem. **Deliberação: Proposta foi aprovada pelo Pleno.**  
1483 **SOLICITAÇÕES:** Conselheiro **Renato Barros** solicitou esclarecimento sobre suspensão do repasse do  
1484 governo federal para cirurgias eletivas em Minas Gerais. Conselheira **Marisa Furia** pediu envio de  
1485 informações aos conselheiros nacionais de saúde sobre gastos com assistência médica a servidores.  
1486 **Deliberação: Pleno do Conselho aprovou Recomendação a Presidência da República, sem  
1487 abstenções. Não houve votos contrários ou abstenções.** Antes de encerrar a reunião, o conselheiro  
1488 **Ronald Ferreira dos Santos** comunicou o Pleno de que o item 05 havia sido adiado para o dia  
1489 seguinte, às 9h, antes da visita do ministro Artur Chioro ao CNS. Estiveram presentes no primeiro dia de  
1490 reunião os seguintes conselheiros: **Titulares – Ana Maria Costa**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
1491 (CEBES); **Rogério Carvalho**, Ministério da Saúde; **Carlos Alberto Ebeling Duarte**, Movimento  
1492 Nacional de Luta Contra a Aids; **Carlos Eduardo Ferrari**, Organização Nacional dos Cegos do Brasil  
1493 (ONCB); **Claudio Garcia Capitão**, Conselho Federal de Psicologia (CFP); **Cleoneide Paulo Oliveira**  
1494 **Pinheiro**, Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil (FENACELBRA); **Clóvis**  
1495 **Adalberto Boufleur**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); **Denise de Freitas**, Sociedade  
1496 Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC); **Denise Torreão Corrêa da Silva**, Conselho Federal de  
1497 Fonoaudiologia (CFFa); **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das Organizações indígenas da  
1498 Amazônia Brasileira (COIAB); **Eni Carajá Filho**, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas  
1499 pela Hanseníase (MORHAN); **Gerdo Bezerra de Faria**, Conselho Federal de Odontologia (CFO); **João**  
1500 **Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Jorge Alves de**  
1501 **Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil (CGTAMBÉM); **Lenir Santos**,  
1502 Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down (FBASD); **Luiz Carlos Saraiva Neves**,  
1503 União Nacional de Autogestão em Saúde (UNIDAS); **Márcia Patrício de Araújo**, Associação Brasileira  
1504 dos Ostomizados (ABRASO); **Maria Arindelita Nunes de Arruda**, Associação Brasileira de  
1505 Enfermagem (ABEn); **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos**, Rede Nacional Feminista de  
1506 Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; **Maria do Socorro de Souza**, Confederação Nacional  
1507 dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG); **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos  
1508 Assistentes Sociais (FENAS); **Marlonei Silveira dos Santos**, Federação Nacional dos Médicos  
1509 (FENAM); **Marisa Furia Silva**, Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Nelcy Ferreira da Silva**,  
1510 Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da  
1511 Indústria (CNI); **Patrícia Augusta Alves Novo**, Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares  
1512 (ABRAz); **Renato Almeida de Barros**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Segurança  
1513 Social (CNTSS); **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos (Fenafar);  
1514 **Rogério Carvalho**, Ministério da Saúde; **Verônica Lourenço da Silva**, Liga Brasileira de Lésbicas  
1515 (LBL); **Wanderley Gomes da Silva**, Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM).  
1516 **Suplentes – Alessandra Ribeiro de Sousa**, Conselho Federal de Serviço Social (CFESS); **Alexandre**  
1517 **Frederico de Marca**, Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC);  
1518 **Alexandre Medeiros de Figueiredo**, Ministério da Saúde; **André Luís Bonifácio de Carvalho**,  
1519 Ministério da Saúde; **Andréa Karolina Bento**, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (ABRALE);  
1520 **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá**, Associação Nacional de Pós-Graduandos (ANPG); **Elias**  
1521 **José da Silva**, Movimento Popular de Saúde (MOPS); **Elias Rassi Neto**, Associação Brasileira de  
1522 Saúde Coletiva (Abrasco); **Eurídice Ferreira de Almeida**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores  
1523 Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil (FASUBRA); **Fernanda**  
1524 **Benvenutty da Silva**, Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA); **Fernanda Lou Sans**  
1525 **Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos (FENAPSI); **Fernando Almas de Carvalho**, Associação  
1526 Brasileira de Odontologia (ABO); **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Ensino  
1527 em Fisioterapia (ABENFISIO); **Gilene José dos Santos**, Sindicato Nacional dos Aposentados,  
1528 Pensionistas e Idosos da Força Sindical (Sindnapi); **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho  
1529 Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **José Araújo da**

1530 **Silva**, Pastoral da Pessoa Idosa; **José Arnaldo Pereira Diniz**, Federação Interestadual dos  
1531 Odontologistas (FIO); **Liane Terezinha de Araújo Oliveira**, Federação Brasileira de Instituições  
1532 Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (FEMAMA); **Lorena Baía de Oliveira Alencar**, Conselho  
1533 Federal de Farmácia (CFF); **Luiz Alberto Catanoce**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas  
1534 e Idosos da Força Sindical (Sindnapi); **Luiz Anibal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de  
1535 Trabalhadores (NCST); **Luiz Felipe Coutinho Costamilan**, Confederação Nacional de Saúde,  
1536 Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS); **Marco Akerman**, Associação Brasileira Rede Unida;  
1537 **Michely Ribeiro da Silva**, Rede Nacional Lai Lai Apejo: População Negra e Aids (RLLA); **Osvaldo**  
1538 **Peralta Bonetti**, Ministério da Saúde; **Paula Johns**, Associação de Controle do Tabagismo, Promoção  
1539 da Saúde e dos Direitos Humanos (ACT/Aliança de Controle do Tabagismo); **Shirley Marshal Diaz**  
1540 **Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE); **Suelen Nunes**, Direção Executiva Nacional dos  
1541 Estudantes de Medicina (DENEM); **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da Criança e **Zaíra Tronco**  
1542 **Salerno**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN). **ITEM 05 – FILMES – 20 ANOS DE “PROJETO**  
1543 **VERÃO SEM AIDS” – VALORIZANDO A VIDA**. Coordenação: **Maria do Socorro de Souza**,  
1544 Presidente do CNS. Apresentação: **João Donizeti Scaboli**, idealizador do projeto. O segundo dia  
1545 começou com a exibição do filme em comemoração aos 20 anos do *Projeto Verão Sem Aids –*  
1546 *Valorizando a Vida*, criado pela Federação dos Trabalhadores nas Indústrias Químicas e Farmacêuticas  
1547 do Estado de São Paulo (FEQUIMFAR) e conduzido, em parceria, com a Força Sindical e Sindicatos  
1548 filiados. **João Donizeti Scaboli** comentou que foi distribuído a todos material com histórico sobre a  
1549 campanha. Em seguida, conselheiro explicou como surgiu o projeto; em 1993 foi convidado pela  
1550 Federação Nacional dos Trabalhadores da Indústria para participar de oficina criada pela DST/AIDS, do  
1551 MS. Foi um treinamento de 120 horas e todos saíram com projetos. Decidiu por realizar trabalho de  
1552 conscientização, educação e prevenção da doença e começou, em 1995, na colônia de férias da  
1553 FEQUIMFAR. Começou no “corpo a corpo”, mas logo outras instituições “abraçaram” a campanha. O  
1554 projeto cresceu e agora tem todas as estações do ano (*Projeto Inverno sem Aids*, *Projeto Primavera*  
1555 *sem Aids* e *Projeto Outono sem Aids*). Projeto já foi levado para outros estados e também para países  
1556 de língua portuguesa, e para Turim (Itália) e Genebra (Suíça). Durante o verão, distribuem de 100 a 200  
1557 mil preservativos masculinos no litoral paulista. Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**  
1558 parabenizou a iniciativa e disse que “quebrou barreiras” ao ter iniciado a campanha há 20 anos no  
1559 movimento sindical. Conselheiro **Carlos Duarte** disse que o diferencial desta campanha foi trabalhar  
1560 Aids no local de trabalho. Comentou de um caso em Santa Cruz do Sul (RS), de campanha feita pela  
1561 empresa de material escolar e escritório Mercur, que dizia: *não faça sexo com as pessoas de Santa*  
1562 *Cruz do Sul*. Comentou que as pessoas achavam que a cidade tinha o maior índice de pessoas  
1563 infectadas com AIDS, porém explicou que os dados não batem com a realidade, pois se trata de um  
1564 pólo regional, que atende a 20 municípios. Logo depois, o Ministro da Saúde Artur Chioro chegou para  
1565 iniciar o item seguinte. **ITEM 06 – INFORME SOBRE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS**  
1566 **ESPECIAIS**. Coordenação: **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS. Apresentação: **Arthur**  
1567 **Chioro**, Ministro da Saúde. Antes de iniciar o item, Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**,  
1568 resumiu as deliberações do dia anterior para o ministro: debate sobre o tema Direito Humano na Saúde,  
1569 montar agenda política mais discriminada; aprovação do **Regimento Eleitoral** e do **Calendário**  
1570 **Eleitoral**, para o período 2015-2018. Entretanto falta definir ainda o dia da reunião de posse. Houve  
1571 também aprovação da análise feita pela Cofin do Relatório de Prestação de Contas do MS, relativo ao  
1572 primeiro quadrimestre de 2015. Logo depois deste item, ocorrerá inversão da pauta; o item a ser  
1573 debatido será o PLS 200, em tramitação no CN, que trata da relação de mudança de regras nas  
1574 pesquisas clínicas com seres humanos. Presidente do CNS convidou o ministro para acompanhar o  
1575 debate deste item. Em seguida, o Ministro **Artur Chioro** começou sua fala, apresentando o resultado do  
1576 *Grupo de Trabalho Interinstitucional Órtese e Prótese*. Entregou uma cópia do **Relatório Final** para a  
1577 Presidente do CNS, Maria do Socorro de Souza. O documento completo pode ser acessado na página  
1578 do site do MS. O grupo foi criado em janeiro entre os Ministérios da Saúde, Fazenda e Justiça para dar  
1579 mais transparência para os processos envolvendo OPME (Órtese, Prótese e Materiais Especiais). Não  
1580 tem caráter investigativo, mas sim construir propostas de reestruturação de órteses e próteses. Em 180  
1581 dias, até 07 de julho, o grupo pretende: identificar os pontos críticos; fazer levantamento de ações  
1582 positivas; identificar os atores envolvidos; e identificar Projetos de Lei relativos ao tema. Depois,  
1583 realizará *Plano Estratégico* de propostas de reestruturação do setor. Até o momento foram realizadas 29  
1584 reuniões do GTI e de seus três subgrupos (padronização de nomenclatura, elaboração de protocolos de  
1585 uso e regulação econômica). Mercado nacional movimentou cerca de R\$ 19 milhões em 2014. Ciclo de  
1586 vida das tecnologias é curto, tem, em média, 24 meses. Desta forma, produtos lançados recentemente  
1587 podem se tornar obsoletos antes do conhecimento sobre seus potenciais benefícios ou malefícios. Há  
1588 assimetria de informações entre usuários e prestadores. Por exemplo, há termos duplicados, no Brasil e  
1589 no mundo; ausência de Protocolos de Uso; quem recebe o Dispositivo Médico Implantado (DMI) não é  
1590 quem escolhe; essa falta de padronização beneficia especialista, fornecedor específico, instrumentador  
1591 e administradores, induzindo comportamentos oportunistas. Há grande variação de preço por  
1592 concentração de mercado nas grandes empresas; descolamento do preço brasileiro em relação ao  
1593 mercado internacional; e reserva de mercado: há distribuidores exclusivos por região que adotam

1594 preços muito diferentes para os mesmos produtos; baixo poder de negociação (ainda mais reduzido  
1595 para hospitais de pequeno porte e municípios menores); essas práticas anticompetitivas geram preços  
1596 muito diferentes para produtos similares; agregação de margem em cada etapa da comercialização faz  
1597 com que o preço final fique muito acima do custo original; pequenas alterações do produto levam a  
1598 aumento injustificável de preço; custos com transporte, logística, oferta de instrumentos acessórios para  
1599 o uso do implante não justificam a grande variação de preço. Distintas práticas irregulares para  
1600 obtenção de vantagens: Comissão da distribuidora, inclusive com a colocação de pessoal no centro  
1601 cirúrgico; "Comissão do especialista", apesar da proibição dos Conselhos de Fiscalização do exercício  
1602 ético-profissional (CFM e CFO); Hospitais realizam compra e venda com margem de lucro entre 10% e  
1603 30% do preço; Cobrança de "taxa de rolha" por parte de alguns hospitais. Os Planos de Ações são:  
1604 Reforma Sanitária, para criar e implantar sistema nacional de gerenciamento de informação sobre  
1605 produtos, procedimentos, profissionais e pacientes nas áreas: Produção; Importação e Distribuição e  
1606 Uso. O objetivo é criar e implementar o Registro Nacional de Implantes (RNI) que conterá informações  
1607 técnicas e econômicas dos DMI. O projeto piloto já está em curso e deverá ser implementado até  
1608 maio/junho de 2016. Para padronizar a nomenclatura dos dispositivos médicos, cerca de 10 mil  
1609 registrados na Anvisa, o Brasil vai seguir o modelo adotado no mercado europeu e no mercado norte-  
1610 americano, a *Global Medical Device Nomenclature* (GMDN). Ministro Artur Chioro disse já ter  
1611 conversado com os Ministros do Mercosul para todos terem a mesma padronização. E depois ampliar  
1612 para o âmbito da Unasul, o que deve ocorrer no fim de 2017. Na Regulação Econômica, para equiparar  
1613 os preços praticados no mercado nacional aos valores praticados no mercado internacional, serão  
1614 adotadas três medidas: 1) *Elaborar proposta legislativa para aplicação do modelo de Preço de*  
1615 *Referência Externo*. Para isso foi criado um Grupo de Trabalho Interministerial (Casa Civil, Ministérios  
1616 da Saúde, Desenvolvimento, Indústria e Comércio, Justiça e Fazenda) para elaborar proposta em 30  
1617 dias para submeter à consulta pública. A primeira reunião ocorreu no dia anterior à reunião do  
1618 Conselho. Após esta ação, o projeto será enviado ao Congresso Nacional. Os demais objetivos são: 2)  
1619 *Estruturar base de dados nacionais que permita monitoramento econômico do mercado, maior*  
1620 *transparéncia e adoção de ações de redução de assimetria de informações, por meio de sistema de*  
1621 *informações para monitoramento do mercado; e ampliar a oferta de DMI e aumentar a concorrência,*  
1622 *elaborando propostas que flexibilizem a importação e, ao mesmo tempo, ampliem a produção nacional,*  
1623 *com redução de preço*. Para o ministro, a Regulação do Uso é a etapa mais importante. O objetivo é  
1624 garantir a segurança do paciente e o uso racional dos DMI, por meio da adoção de boas práticas para  
1625 aquisição, indicação e utilização. 3) *Será produzido e distribuído um Manual de Boas Práticas para*  
1626 *aquisição e utilização dos materiais. E serão qualificados profissionais e técnicos envolvidos nas*  
1627 *atividades de clínica e cirurgia e no ciclo dos processos de aquisição, acondicionamento, gestão de*  
1628 *estoque, controle e auditoria, e tecnovigilância de DMI para garantir o uso racional desses produtos*. Na  
1629 Gestão do Sistema Único de Saúde, haverá maior transparéncia e informações aos usuários do SUS  
1630 nos quais forem implantados os DMI, ampliando a qualidade e o controle pelo SUS. Será definida  
1631 agenda permanente de trabalho do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA) para a realização de  
1632 auditorias operacionais e analíticas destinadas à apuração de irregularidades no uso de DMI. Também  
1633 qualificar o acompanhamento e gerenciamento da implementação das propostas do GTI. *Proibições e*  
1634 *Penalidades*: responsabilizar civil e penalmente os agentes envolvidos em condutas irregulares e ilegais  
1635 na comercialização, prescrição ou uso de DMI; criar uma divisão especial de combate à fraude e crimes  
1636 contra a saúde no âmbito da Polícia Federal; encaminhar Projeto de Lei para o Congresso Nacional (em  
1637 regime de urgência); tipificar no Código Penal crime de estelionato praticado pelo agente responsável  
1638 por fraude e/ou obtenção de vantagem no fornecimento ou prescrição dos DMI; proibir qualquer lucro ou  
1639 vantagem ilícita na comercialização, prescrição ou uso dos DMI; coibir as infrações ético-profissionais  
1640 de médicos e dentistas na indicação e uso de DMI. *Recomendar aos CFM e CFO e aos CROs e CRMs*:  
1641 o aprimoramento das normas ético-profissionais, a uniformização em todo o país e o fortalecimento para  
1642 ações de fiscalização e a penalização das condutas irregulares dos profissionais médicos e cirurgiões-  
1643 dentistas; recomendar ao CFO a inclusão, no Código de Ética da Odontologia, da normatização do uso  
1644 de DMI. **Artur Chioro** disse que apresentou o Relatório Final à CPI da Câmara, debateu com os  
1645 deputados e, em seguida, visitou a CPI do Senado. A CPI da Câmara não terá andamento, mas a do  
1646 Senado segue até setembro. **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, disse que o CNS tem  
1647 posição contrária a indicação de José Carlos de Souza Abrahão para presidente da ANS. Conselheira  
1648 **Marisa Furia Silva** comentou que, há quatro anos, a Comissão Intersetorial da Saúde da Pessoa com  
1649 Deficiência (CISPD/CNS) fez um trabalho sobre órteses e próteses, e perceberam que muitos produtos  
1650 que eram comprados pelo Brasil não tinham comprovação de laboratório. Sugeriu ter a cópia da Nota  
1651 Fiscal do produto e bula da medicação. Pediu também ao Ministro que seja retirado o níquel da área  
1652 odontológica, pois muitas pessoas têm alergia. Conselheiro **Carlos Ferrari** disse que a bengala que usa  
1653 custou US\$ 15 fora do país e aqui no Brasil custaria US\$ 200. Disse que ser deficiente no país é  
1654 "absurdamente caro" e a desculpa que os fornecedores dão é que tem que pagar impostos. Tendo o  
1655 Ministério como aliado, disse que a classe conseguiria mais espaço. Conselheiro **Marlonei Santos**  
1656 cumprimentou o ministro pela iniciativa e disse que pode contar com o apoio da Confederação Nacional  
1657 dos Médicos. Disse que o Conselho Federal de Medicina tem algumas penalidades no Código de Ética

1658 mas é preciso atualizar mais. Tem consciência do problema da corrupção há bastante tempo. Porém  
1659 ressaltou que, se tem corrupção é porque tem os corruptores. Afirmou haver uma malha de corrupção  
1660 coordenada por multinacionais. Falou que a regulamentação deveria facilitar a concorrência e seria  
1661 preciso fiscalizar dentro dos hospitais públicos também. Conselheiro **Gerdo Faria** disse que sobre este  
1662 assunto já consta algumas medidas no Código de Ética de Odontologia, mas novas medidas poderão  
1663 ser incluídas. Pediu esclarecimento ao ministro da saúde sobre a Resolução Normativa nº 368 da ANS.  
1664 Disse que os objetivos são claros, lógicos e bem intencionados, mas no RN houve um caos. Médicos  
1665 estavam contra os planos de saúde, impedindo o direito da gestante de escolher entre parto cesariana  
1666 ou normal. Falou que a ANS disse que vai alterar o texto. Perguntou ao ministro, por fim, como vai ficar  
1667 a situação. Conselheira **Denise de Freitas** disse que esse problema de corrupção não ocorre com as  
1668 redes intraoculares. Acha que existem “verdadeira máfias” em certas áreas da Medicina. Parabenizou o  
1669 ministro pela iniciativa. Conselheira **Nelcy Ferreira** o parabenizou pelo “belíssimo trabalho” e falou que  
1670 todos deveriam entrar nesta luta. Conselheiro **Carlos Duarte** disse que alguns medicamentos usam um  
1671 tipo de insulina que não é fornecido pelo SUS, e tem variação de preço alta, de acordo com a farmácia.  
1672 Perguntou se o MS poderia diminuir esta variação de preço e aproveitou para parabenizar o ministro  
1673 pela regulação no setor de órteses e próteses. Conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** também  
1674 o parabenizou. Ressaltou a importância e a necessidade da colaboração de todos na questão da  
1675 nomenclatura. Conselheira **Lenir Santos** disse que o SUS foi criado e implementado há 27 anos e  
1676 lamentou ser preciso aparecer um “escândalo” para que o poder público cumpra o dever de fiscalizar e  
1677 regularizar as áreas da saúde. Conselheira **Márcia Patrício de Araújo** disse não ser fácil ser usuária e  
1678 fazer o controle disso tudo no SUS; parabenizou a iniciativa mas ressaltou que os equipamentos e ajuda  
1679 técnica precisam também pagar por este processo. A Secretaria de Direitos Humanos entendeu e  
1680 atendeu a reivindicação da Abraso com relação à qualidade e padronização dos produtos. E a Anvisa  
1681 ficou também de fazer este processo de padronização com bolsa coletora e outros materiais. Pediu  
1682 empenho do MS no acompanhamento da questão para que não se fique a mercê do mercado  
1683 oportunista. Conselheira **Ana Costa** elogiou a iniciativa por ser uma ação de Estado competente,  
1684 articulada e integrada no diagnóstico e no conjunto das propostas apresentadas. Colocou como reflexão  
1685 a mobilização do gestor diante da necessidade de regulação do setor, que não deve ser orientada por  
1686 escândalos. A relação público/privada deve ser uma questão de sobreaviso para a gestão da saúde.  
1687 Considera esta ação exemplar, pois mostra que o MS é, de fato, a “cabeça” da saúde pública e privada  
1688 no Brasil. Em maio de 2014 o CNS elaborou *Moção* a respeito da indicação do nome de José Carlos de  
1689 Souza Abrahão para presidente da ANS. O Conselho ficou preocupado, pois José Carlos havia sido  
1690 dirigente da Confederação Nacional dos Hospitais, entidade que questionou, por Adin, a legislação do  
1691 ressarcimento. Falou que o Pleno do Conselho tem outra *Moção* para apresentar na reunião que  
1692 repudia a atitude do MS de ter desconsiderado a *Moção* do ano passado e ter dado continuidade ao  
1693 processo para José Carlos Abrahão virar presidente da ANS. Conselheiro **Clóvis Boufleur** disse que há  
1694 tratamento diferenciado no atendimento do SUS, pois se desprende de um “valor astronômico” para  
1695 compra de próteses, enquanto há problemas sérios na atenção básica. Para o conselheiro, esta  
1696 disparidade mostra que, ao beneficiar um lado, o MS prejudica o outro; faltam medicamentos de baixo  
1697 custo enquanto há desvios milionários na outra ponta. Quando se fala na participação do usuário na  
1698 fiscalização, por meio da *Carta SUS*, disse ser preciso ação de esclarecimento e comunicação, que  
1699 pode contar com o apoio dos Conselhos Municipais e Estaduais, para divulgar novas tecnologias e  
1700 novos produtos. Propôs ao Ministério ampliar o sistema de informação com sistemas de outros países,  
1701 melhorar a própria comunicação com as áreas internas, como já está sendo feito com a Anvisa.  
1702 Conselheira **Michely Ribeiro** disse que não há dúvidas que existem diferenças nos tratamentos. Falou  
1703 de uma amiga que recebeu a *Carta SUS* em casa, após ter feito uma cesariana, passou a integrar o  
1704 Conselho local de saúde. Foi bom porque esta amiga passou a se interessar pelo SUS e quis saber o  
1705 quanto é gasto em outras áreas do Ministério; passou a se envolver com controle social. Presidente do  
1706 CNS, **Maria do Socorro de Souza**, falou do papel regulador do Estado, e disse que se não for assim, o  
1707 mercado impõe as suas regras meramente lucrativas. Perguntou como seria a equação de flexibilizar  
1708 mais a importação e ao mesmo tempo investir mais na produção local, para não existir duas políticas  
1709 concorrentes. Acha que uma ação como a que o ministro veio apresentar ao Conselho é importante  
1710 para convencer a sociedade de mais investimento em saúde. Em relação à ANS, disse que houve uma  
1711 aposta nas Agências Reguladoras para garantir melhor atendimento à população e ao direito do  
1712 consumidor. Disse que é preciso reiterar a missão da ANS. Em relação à Regulação do Uso, chamou a  
1713 atenção para a questão da segurança do paciente, e para o direito do usuário, pedindo mais  
1714 transparência no critério de acesso a esses conjuntos de procedimentos para cirurgias eletivas. Ministro  
1715 **Artur Chioro** respondeu aos questionamentos. Disse que o MS trabalharia com boas práticas e normas  
1716 de uso para todos os medicamentos médicos, incluindo a área de Odontologia; começou por ortopedia e  
1717 cirurgia cardíaca por serem áreas mais complexas, entretanto a ideia é, progressivamente, atender  
1718 todas as áreas, com a participação da sociedade da área médica e odontológica. Disse que as áreas  
1719 devem refletir o consenso, analisar as melhores evidências científicas. Afirmou que a regulamentação  
1720 de DMI vai exigir esforço de grande número de profissionais, tempo e energia, porém vai produzir  
1721 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 consensual 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 promover 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 – 15<sup>a</sup> 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 15<sup>a</sup> Conferência. Este item foi apresentado após o Item 10. Conselheiro **Haroldo Pontes** comentou sobre a **Oficina de Relatoria** da 15<sup>a</sup> 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 Saúde* 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 desencontrada. 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 CONFERÉNCIAS 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 a 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 esquecidos 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

1914 Estaduais já disponíveis, a partir de julho; dividir equipes pelos oito eixos; registrar as expressões livres  
1915 no site da 15<sup>a</sup> CNS. **ITEM 08 – COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA – CONEP; PLS**  
1916 **200.** Mesa Composta por: **Nelcy Ferreira da Silva**, Mesa Diretora do CNS; **Jorge Alves de Almeida**  
1917 **Venâncio**, Coordenador da Conep e **Alessandra Ribeiro de Sousa**, membro da Conep. O conselheiro  
1918 **Jorge Venâncio**, Coordenador da Conep, começou apresentando dados da comissão. O total de  
1919 protocolos analisados em outubro passado foi 211; em março, 236; e em maio, 250, representando uma  
1920 “curva ascendente”. Há dois anos, a Conep analisava de 70 a 80 protocolos por mês, o que significa que  
1921 praticamente triplicou o número de processos analisados. Conselheiro apontou que o tempo de  
1922 devolução está abaixo de 60 dias, pois, há 15 dias, havia 380 protocolos para análise. Após apresentar  
1923 o balanço das atividades, coordenador da Conep falou das três **Resoluções Complementares à**  
1924 **Resolução CNS 466/2012**, que trata das Especificidades Éticas das Pesquisas nas Ciências Sociais e  
1925 Humanas e de outras que se utilizam de metodologias próprias destas áreas. São elas: *Resolução para*  
1926 *regulamentar o Processo de Acreditação dos Comitês de Ética em Pesquisa que compõem o Sistema*  
1927 *CEP/CONEP; Resolução sobre as especificidades éticas das pesquisas nas ciências sociais e humanas*  
1928 *e de outras que se utilizam de metodologias próprias dessas áreas; e Resolução para as pesquisas de*  
1929 *interesse estratégico para o SUS*. Além disso, comentou que a **Minuta para a Consulta à Sociedade**  
1930 **da primeira Resolução** já está em andamento, com prazo para ser encerrado no dia 15 de julho. Esta  
1931 primeira Resolução trata da descentralização do sistema, da certificação dos *Comitês de Ética* nos  
1932 principais centros do país, mas mantendo a harmonia, com Coordenação Geral. Em seguida, o GT vai  
1933 preparar a versão final, com a inclusão das contribuições públicas, e apresentar na reunião do ENCEP,  
1934 previsto para os dias 15 e 16 de outubro. Depois volta a Conep e ao Plenário do CNS para aprovação  
1935 final. Assim que for aprovada a segunda Resolução, deverá também entrar em processo de Consulta  
1936 Pública, com prazo de 45 dias, pois o GT percebeu que a maioria das contribuições chega nos 15 dias  
1937 finais. Na terceira Resolução, foi ampliado o leque de problemas a serem avaliados. Serão ouvidos  
1938 diversos segmentos ligados a pesquisas dentro do SUS antes de elaborar o documento. Talvez não  
1939 fique pronto antes da reunião do ENCEP. Coordenador da Conep destacou alguns pontos da análise  
1940 técnica detalhada que a comissão realizou do Projeto de Lei nº 200/2015, em tramitação no Senado  
1941 Federal. O documento alerta para os prejuízos das mudanças propostas na legislação sobre pesquisas  
1942 clínicas em seres humanos. O texto foi anteriormente apresentado ao Pleno do Conselho na reunião de  
1943 maio. Jorge Venâncio ressaltou que, além de tentar extinguir o atual sistema de análise ética, o PL nº  
1944 200/2015 coloca em risco os direitos dos participantes de pesquisa conquistados nas últimas duas  
1945 décadas e “retira dos brasileiros o controle social das pesquisas que acontecem no país”. Para o  
1946 conselheiro, trata-se de retrocesso sem precedentes que prejudica a sociedade brasileira. A **Análise**  
1947 **Técnica da Conep sobre o PL nº 200/2015** segue abaixo, na íntegra. O sistema CEP/CONEP tem por  
1948 objetivo proteger os participantes das pesquisas em seus direitos e assegurar que as pesquisas sejam  
1949 realizadas de acordo com princípios éticos no Brasil. Esse sistema está sendo ameaçado pelo Projeto  
1950 de Lei 200/2015, proposto no Senado. Esse PL, além de extinguir o atual sistema de análise ética,  
1951 coloca em risco os direitos dos participantes de pesquisa, conquistados nas duas últimas décadas, ao  
1952 longo da história do sistema CEP/CONEP, e do Conselho Nacional de Saúde. Também retira dos  
1953 brasileiros o controle social das pesquisas realizadas no país. Trata-se de um retrocesso sem  
1954 precedentes que, em última análise, prejudica a sociedade brasileira. A seguir, alguns pontos, para  
1955 reflexão, a respeito do PL 200/2015: a) perda do direito ao medicamento após o estudo. **Como é agora:**  
1956 se o uso do medicamento, durante o estudo, mostrar benefício aos participantes da pesquisa, o  
1957 patrocinador deve fornecer o medicamento de forma gratuita, pelo tempo que for necessário, mesmo  
1958 tendo encerrado o estudo (Resolução CNN 466/12 - itens III.2.e, III.3.d e III.3.d.1). **Qual a proposta do**  
1959 **PL 200:** após o fim do estudo, o participante da pesquisa só tem direito ao medicamento em casos  
1960 excepcionais. O patrocinador se obriga a dar o medicamento após o estudo apenas na seguinte  
1961 situação: se a interrupção do medicamento implicar risco de morte ou piora relevante do estado de  
1962 saúde e que, também, não haja alternativa de tratamento no Brasil. Fora isso, o PL não prevê obrigação  
1963 do patrocinador continuar fornecendo o medicamento do estudo em caso de benefício à saúde dos  
1964 participantes da pesquisa (Art. 28). **Consequências da aprovação do PL 200:** os participantes da  
1965 pesquisa perderiam o direito de receber o medicamento após o estudo, mesmo que esteja trazendo  
1966 benefício à sua saúde. Apenas em casos excepcionais, o patrocinador ficaria obrigado a dar o  
1967 medicamento após o estudo. Quem sai perdendo seria o participante, que se submeteria a uma  
1968 pesquisa, não isenta de riscos, e não teria garantido seu direito de receber o medicamento que lhe  
1969 trouxe o benefício. b) uso indiscriminado de placebo. **Como é agora:** o placebo não contém o princípio  
1970 ativo do medicamento (“pílula de farinha”). Às vezes é usado em pesquisas por questões científicas. O  
1971 Conselho Nacional de Saúde e o Conselho Federal de Medicina permitem o uso de placebo em  
1972 pesquisas científicas no Brasil, desde que não haja tratamento disponível para determinada doença  
1973 (Resolução CNS 466/12 – item III.3.b e Código de Ética Médica, art. 106). O Código de Ética Médica do  
1974 Conselho Federal de Medicina proíbe os médicos brasileiros de participarem de estudos quando há  
1975 tratamento disponível para uma doença. **Qual a proposta do PL 200:** se houver justificativa científica, o  
1976 placebo pode ser usado em pesquisas, mesmo quando há tratamento conhecido para uma doença (Art.  
1977 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, consequentemente, 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) fim da  
2020 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 consequentes 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

2042 de ter o controle social da pesquisa no Brasil; e também os próprios participantes das pesquisas, cujos  
2043 direitos passariam a ser drasticamente diminuídos, além de ficarem à mercê de experimentos sem a  
2044 adequada análise ética. Logo depois, o conselheiro comparou a situação da Índia com o Brasil. O país  
2045 asiático passou por uma desregulamentação ética em 2005. Em 2012 o governo constatou que 2.600  
2046 mortes em pesquisas clínicas, sendo 80 por terem ingerido o medicamento do estudo. De 2013 a 2014  
2047 morreram 370 pessoas, sendo que só 21 parentes conseguiram indenização, segundo o maior jornal da  
2048 Índia (*The Times of India*). A Suprema Corte suspendeu as pesquisas clínicas e só retomaria após  
2049 regulamentação adequada do setor. Mostrou também dados de revistas indianas sobre o caso. Em  
2050 seguida, **Jorge Venâncio** comentou sobre as visitas que a Conep fez a algumas autoridades para tratar  
2051 do PL 200 nesses últimos dois meses: Jarbas Barbosa, Diretor da Anvisa, anteriormente no comando da  
2052 Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do MS; Paulo Gadelha, Presidente da  
2053 FIOCRUZ e o Fórum de CEP da FIOCRUZ; Hospital Albert Einstein, aonde a comissão foi bem recebida  
2054 e o Presidente conseguiu agendar um encontro com a Secretaria de Relações Institucionais do Senado.  
2055 A comissão visitou também o INCOR, em reunião com o Pró-Reitor da USP, José Eduardo Krieger, e  
2056 ele atestou a queda dos prazos da Conep. Comentou que havia pesquisadores a favor e contra o PL  
2057 200, porém duas pesquisadoras falaram que a questão do prazo da Conep já foi resolvida e até o final  
2058 do ano estará finalizado o aperfeiçoamento do sistema de pesquisa clínica, já em Consulta Pública. Ou  
2059 seja, deram bons argumentos para convencer o grupo para ser contrário ao PL 200. Representantes da  
2060 Conep se encontraram duas vezes com o senador Eduardo Amorim (PSC/SE), relator do PL na CCJ, e  
2061 solicitou inclusão no Parecer para que a Comissão de Direitos Humanos possa ser ouvida também;  
2062 senador Waldemir Moka (PMDB/MS), com a presença de Gyselle Saddi Tanous (ex-Coordenadora da  
2063 CONEP); senador Paulo Paim (PT/RS), presidente da Comissão de Direitos Humanos, que se  
2064 comprometeu para fazer o requerimento para a comissão ser ouvida; visitaram também a Comissão de  
2065 Bioética da CNBB, e Gyselle Saddi esteve presente durante a última Reunião Ordinária da Conep.  
2066 Houve visita também ao Fórum dos Conselhos Federais da Área da Saúde (FCFAS), quando estiveram  
2067 presentes os 14 Conselhos, e ao Conselho Federal de Medicina, Conselho Federal de Enfermagem,  
2068 Conselho Federal de Fonoaudiologia, Conselho Federal de Química; ao Subprocurador Geral da  
2069 República Humberto Jacques e ao Chefe de Gabinete da Secretaria de Relações Institucionais, Rodrigo  
2070 Rocha Loures; também ocorreram visitas a UNB, a Cátedra de Bioética, ao professor Volnei Garrafa e a  
2071 UFRJ. Também está agendada visita ao Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras (CRUB) e  
2072 visita na próxima semana ao Hospital das Clínicas (HC). **Jorge Venâncio** falou ainda que a Fiocruz se  
2073 manifestação contrariamente ao projeto; criou Nota Pública e fez Parecer Técnico condenando o PL  
2074 200, que foi aprovado no Conselho da Fiocruz. Comentou também que a Associações de Portadores de  
2075 Patologias farão Ato Público em São Paulo, no dia 13 de agosto, em agradecimento à CONEP. Disse  
2076 que em todos os lugares que visitou, percebeu a argumentação da Conep com “força muito grande”.  
2077 Acha que quanto mais debate ocorrer, mais se acumula experiência para lutar contra o PL 200. Senador  
2078 Eduardo Amorim (PSC/SE) fez Relatório ontem e a Conep ainda vai analisar. Melhorou um pouco em  
2079 relação à primeira versão mas ainda tem muitos problemas. O PL ainda vai passar pela CCJ, então dará  
2080 tempo da Conep apresentar ao Pleno a análise que fizerem deste Relatório. Em seguida, conselheira  
2081 **Alessandra Ribeiro de Sousa** falou que o PL 200 representa um “ataque” ao direito dos participantes  
2082 de pesquisas clínicas mas, em compensação, a proposta de Minuta do Grupo de Humanas Sociais,  
2083 representa um grande avanço na Conep. Comentou que, no âmbito das Ciências Sociais e Humanas,  
2084 por mais que se reconheça que a Resolução 466 não dá conta das pesquisas sociais e humanas, e é  
2085 preciso uma legislação específica, é importante ressaltar que a Conep tem papel crucial na defesa dos  
2086 direitos humanos. Está no servidor o **Abaixo Assinado** contrário ao PL 200, para as entidades do CNS  
2087 que queiram participar. Foi criado Grupo de Trabalho, com representantes de 18 entidades, agregando  
2088 diversas profissões, para montar esta Resolução, nos últimos dois anos. A proposta é que a Resolução  
2089 entre na página do CNS para Consulta Pública até o dia 15 de julho; o GT trabalhe o texto final, com as  
2090 contribuições recebidas; e possa ser apreciado até setembro, antes do encontro do ENCEP. Este GT,  
2091 em consenso com o GT da Acreditação, retirou a questão do risco do texto. Depois será elaborado um  
2092 novo texto que abordará o tema. A **Resolução** segue abaixo. O **PLENÁRIO DO CONSELHO**  
2093 **NACIONAL DE SAÚDE**, em sua 271<sup>a</sup> Reunião Ordinária, realizada nos dias 08 e 09 de julho, no uso de  
2094 suas atribuições conferidas pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e Considerando que a ética  
2095 é uma construção humana, portanto histórica, social e cultural; Considerando que a ética em pesquisa  
2096 implica o respeito pela dignidade humana e a proteção devida aos participantes das pesquisas  
2097 científicas envolvendo seres humanos; Considerando que o agir ético do pesquisador demanda ação  
2098 consciente e livre do participante; Considerando que a pesquisa em ciências humanas e sociais exige  
2099 respeito e garantia do pleno exercício dos direitos dos participantes, devendo ser concebida, avaliada e  
2100 realizada de modo a prever e evitar possíveis danos aos participantes; Considerando que as ciências  
2101 humanas e sociais têm especificidades nas suas concepções e práticas de pesquisa, na medida em que  
2102 nelas prevalece uma acepção pluralista de ciência da qual decorre a adoção de múltiplas perspectivas  
2103 teórico-metodológicas, bem como lidam com atribuições de significado, práticas e representações, sem  
2104 intervenção direta no corpo humano, com natureza e grau de risco específico; Considerando que a  
2105 relação pesquisador-participante se constrói continuamente no processo da pesquisa, podendo ser

2106 redefinida a qualquer momento no diálogo entre subjetividades, implicando reflexividade e construção  
2107 de relações não hierárquicas; Considerando os documentos que constituem os pilares do  
2108 reconhecimento e da afirmação da dignidade, da liberdade e da autonomia do ser humano, como a  
2109 Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, e a Declaração Interamericana de Direitos e  
2110 Deveres Humanos, de 1948; Considerando a existência do Sistema dos Comitês de Ética em Pesquisa  
2111 e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa; Considerando que a Resolução 466/12, no artigo XIII.3,  
2112 reconhece as especificidades éticas das pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais e de outras que se  
2113 utilizam de metodologias próprias dessas áreas, dadas suas particularidades; Considerando que a  
2114 produção científica deve implicar benefícios atuais ou potenciais para o ser humano, para a comunidade  
2115 na qual está inserido e para a sociedade, possibilitando a promoção da qualidade de vida e o respeito  
2116 aos direitos civis, sociais e culturais, e da defesa e preservação do meio ambiente, para as presentes e  
2117 futuras gerações; Considerando a importância de se construir um marco normativo claro, preciso e  
2118 plenamente compreensível por todos os envolvidos nas atividades de pesquisa em Ciências Humanas e  
2119 Sociais, resolve: Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências  
2120 Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente  
2121 obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores  
2122 do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. Parágrafo único. Não serão  
2123 registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP: I – a pesquisa de opinião pública com  
2124 participantes não identificados; II – a pesquisa que utilize informações de acesso público ou de domínio  
2125 público; III - pesquisas censitárias do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e  
2126 equivalentes; IV - pesquisas com bancos de dados, cujas informações são agregadas, sem  
2127 possibilidade de identificação individual; e V - pesquisas realizadas exclusivamente com artigos  
2128 científicos para revisão da literatura científica. Capítulo I - DOS TERMOS E DEFINIÇÕES Art. 2º Para  
2129 os fins desta Resolução, adotam-se os seguintes termos e definições: I - assentimento livre e  
2130 esclarecido: anuência do participante da pesquisa, criança, adolescente ou legalmente incapaz, na  
2131 medida de sua compreensão e respeitadas suas singularidades, após esclarecimento sobre a natureza  
2132 da pesquisa, sua justificativa, seus objetivos, os métodos, os potenciais benefícios e os riscos. Trata-se  
2133 de um processo pautado na construção de relação de confiança entre pesquisador e participante da  
2134 pesquisa, em conformidade com a cultura destes e continuamente aberto ao diálogo e ao  
2135 questionamento, não sendo o registro da obtenção do assentimento necessariamente escrito; II -  
2136 assistência ao participante da pesquisa: é a que será devida sempre que por procedimento da pesquisa  
2137 houver superveniência de dano ao participante; III - consentimento livre e esclarecido: anuência do  
2138 participante da pesquisa ou de seu representante legal, livre de simulação, fraude, erro ou intimidação,  
2139 após esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, sua justificativa, seus objetivos, métodos, potenciais  
2140 benefícios e riscos. Nos casos especificados nesta Resolução e excepcionalmente, pode ser autorizada  
2141 a realização de pesquisa sem a concessão do consentimento pelo participante da pesquisa ou pelo seu  
2142 representante legal; IV - dano material: lesão que atinge o patrimônio do participante da pesquisa em  
2143 virtude das características ou dos resultados do processo de pesquisa, impondo uma despesa  
2144 pecuniária ou diminuindo suas receitas auferidas ou que poderiam ser auferidas; V - dano imaterial:  
2145 lesão em direito ou bem da personalidade, tais como integridades física e psíquica, saúde, honra,  
2146 imagem, e privacidade, ilicitamente produzida ao participante da pesquisa por características ou  
2147 resultados do processo de pesquisa; VI - esclarecimento: processo de apresentação clara e acessível  
2148 da natureza da pesquisa, sua justificativa, seus objetivos, métodos, potenciais benefícios e riscos,  
2149 concebido na medida da compreensão do participante, a partir de suas características sociais,  
2150 econômicas e culturais, e em razão das abordagens metodológicas aplicadas. Todos esses elementos  
2151 determinam se o esclarecimento dar-se-á por documento escrito, por imagem ou de forma oral,  
2152 registrada ou sem registro; VII - etapas preliminares de uma pesquisa: são assim consideradas as  
2153 atividades que o pesquisador tem que desenvolver para averiguar as condições de possibilidade de  
2154 realização da pesquisa, incluindo investigação documental e contatos diretos com possíveis  
2155 participantes, sem sua identificação e sem o registro público e formal das informações assim obtidas;  
2156 não devendo ser confundidas com “estudos exploratórios” ou com “pesquisas piloto”, que devem ser  
2157 consideradas como projetos de pesquisas. Incluem-se nas etapas preliminares as visitas às  
2158 comunidades, aos serviços, as conversas com liderança comunitárias, entre outros; VIII – dados e  
2159 informações de acesso público e de domínio público: materiais que podem ser utilizados na produção de  
2160 pesquisa e na transmissão de conhecimento e que se encontram disponíveis sem restrição ao acesso  
2161 dos pesquisadores e dos cidadãos em geral, não estando sujeitos a limitações relacionadas à  
2162 privacidade, à segurança ou ao controle de acesso, podendo ser usados livremente pelo público. Essas  
2163 informações podem estar processadas, ou não, e contidas em qualquer meio, suporte e formato  
2164 produzido ou gerido por órgãos públicos ou privados. São exemplos de dados de domínio público as  
2165 bases de dados disponibilizadas pelo DATASUS (Departamento de Informática do SUS) e pelo IBGE  
2166 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) em seus sítios eletrônicos, material divulgado na mídia,  
2167 entre outros. Cabe enfatizar que dados publicados nem sempre são de domínio público, podendo estar  
2168 protegidos por direitos autorais; XI - medidas reparatórias: reparações, que incluem a possibilidade de  
2169 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 – resarcimento: 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

2234 **ESCLARECIDO** Art. 4º O processo de consentimento livre e esclarecido envolve o estabelecimento de  
2235 relação de confiança entre pesquisador e participante, continuamente aberto ao diálogo e ao  
2236 questionamento, podendo ser obtido ou registrado em qualquer das fases de execução da pesquisa,  
2237 bem como retirado a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ao participante. Art. 5º O processo de  
2238 comunicação do consentimento livre e esclarecido pode ser realizado por meio de sua expressão oral,  
2239 escrita, ou de outras formas que se mostrem adequadas, devendo ser consideradas as características  
2240 sociais, econômicas e culturais da pessoa ou grupo de pessoas participante da pesquisa e as  
2241 abordagens metodológicas aplicadas. § 1º O processo de comunicação do consentimento livre e  
2242 esclarecido deve ocorrer de maneira espontânea, clara e objetiva, e evitar modalidades excessivamente  
2243 formais, num clima de mútua confiança, assegurando uma comunicação plena e interativa. § 2º No  
2244 processo de comunicação do consentimento livre e esclarecido, o participante deverá ter a oportunidade  
2245 de esclarecer suas dúvidas, bem como dispor do tempo que lhe for adequado para a tomada de uma  
2246 decisão autônoma. Art. 6º O pesquisador deverá buscar o momento, condição e local mais adequado  
2247 para que os esclarecimentos sobre a pesquisa sejam efetuados, considerando, para isso, as  
2248 peculiaridades do convidado a participar da pesquisa, a quem será garantido o direito de recusa. Art. 7º  
2249 O pesquisador deverá assegurar espaço para que o participante possa expressar seus receios ou  
2250 dúvidas durante o processo de pesquisa, evitando qualquer forma de imposição ou constrangimento,  
2251 respeitando sua cultura. Art. 8º As informações sobre a pesquisa devem ser transmitidas de forma  
2252 acessível e transparente para que o convidado a participar de uma pesquisa possa se manifestar, de  
2253 forma autônoma, consciente, livre e esclarecida. Art. 9º São direitos dos participantes: I – desistir a  
2254 qualquer momento de participar da pesquisa; II – ser informado sobre a pesquisa; III – ter sua  
2255 privacidade respeitada; IV – ter garantida a confidencialidade das informações pessoais; V – a  
2256 indenização pelo dano decorrente da pesquisa, nos termos da Lei; e VI – o resarcimento das despesas  
2257 diretamente decorrentes de sua participação na pesquisa. **Seção I - Da obtenção do Consentimento**  
2258 Art. 10. O pesquisador deve esclarecer o potencial participante, na medida de sua compreensão, e  
2259 respeitadas suas singularidades, sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, riscos e  
2260 potenciais benefícios. Art. 11. O consentimento do participante da pesquisa deverá ser particularmente  
2261 garantido àquele que, embora plenamente capaz, esteja exposto a condicionamentos específicos, ou  
2262 sujeito a relação de autoridade ou de dependência, caracterizando situações passíveis de limitação da  
2263 autonomia. Art. 12. Deverá haver justificativa da escolha de crianças, de adolescentes e de pessoas em  
2264 situação de diminuição de sua capacidade de decisão no protocolo a ser aprovado pelo sistema  
2265 CEP/CONEP. Parágrafo único. Nos casos previstos no caput deverão ser obtidos o assentimento do  
2266 participante e o consentimento livre e esclarecido, por meio dos representantes legais do participante da  
2267 pesquisa, preservado o direito à informação e à autonomia do participante, de acordo com a sua  
2268 capacidade. Art. 13. Em comunidades cuja cultura reconheça a autoridade do líder ou do coletivo sobre  
2269 o indivíduo, como é o caso de algumas comunidades religiosas ou populares, por exemplo, a obtenção  
2270 da autorização para a pesquisa deve respeitar tal particularidade, sem prejuízo do consentimento  
2271 individual, quando possível e desejável. Art. 14. A dispensa do consentimento justifica-se nos seguintes  
2272 casos: I - pesquisas que envolvam indícios de prática de ilícito, por parte de pessoas vinculadas à  
2273 instituição em que será realizada a investigação, ou aquela em que há evidente relevância pública e que  
2274 possa implicar a revelação de fatos inconvenientes ao participante ou a sua instituição; como por  
2275 exemplo, pesquisa realizada em clínicas geriátricas, psiquiátricas ou outras instituições fechadas, que  
2276 podem identificar tratamento inadequado das pessoas que nela residem, avaliações de serviços,  
2277 pesquisas sobre corrupção em instituições públicas ou privadas, entre outros; e II - pesquisas cujo  
2278 objeto envolva agrupamentos transitórios de pessoas aproximadas por motivações ou atividades  
2279 comuns, sem vínculo prévio entre si, e cujos comportamentos coletivos podem ser pesquisados sem  
2280 identificação individual dos participantes. Inclui-se a pesquisa com multidões, tal como a pesquisa que  
2281 investiga o comportamento das torcidas em estádios de futebol, o que não isenta de submissão.  
2282 Parágrafo único. No caso do inciso I a dispensa do consentimento deverá ser avaliada e aprovada pelo  
2283 sistema CEP/CONEP. **Seção II - Do Registro do Consentimento** Art. 15. O Registro do  
2284 Consentimento é o meio pelo qual é explicitado o consentimento livre e esclarecido do participante ou  
2285 de seu responsável legal, sob a forma escrita, sonora, imagética, ou em outras formas que atendam às  
2286 características da pesquisa e dos participantes, incluindo testemunha que não componha a equipe de  
2287 pesquisa; devendo conter informações em linguagem clara e de fácil entendimento para o suficiente  
2288 esclarecimento sobre a pesquisa. Parágrafo único. Quando não houver registro de consentimento, o  
2289 pesquisador deverá apresentar documento ao participante que contemple as informações previstas para  
2290 o consentimento livre e esclarecido sobre a pesquisa. Art. 16. O pesquisador deverá justificar o meio de  
2291 registro mais adequado, considerando, para isso, o grau de risco envolvido, as características do  
2292 processo da pesquisa e do participante. § 1º Os casos em que seja inviável o Registro de  
2293 Consentimento ou do Assentimento Livre e Esclarecido ou em que este registro signifique riscos  
2294 substanciais à privacidade e confidencialidade dos dados do participante ou aos vínculos de confiança  
2295 entre pesquisador e pesquisado, a dispensa deve ser justificada pelo pesquisador responsável ao  
2296 sistema CEP/CONEP. § 2º A dispensa do registro de consentimento ou de assentimento não isenta o  
2297 pesquisador do processo de consentimento, salvo nos casos previstos nesta Resolução. § 3º A

2298 dispensa do Registro do Consentimento deverá ser avaliada e aprovada pelo sistema CEP/CONEP. Art.  
2299 17. O Registro de Consentimento Livre e Esclarecido deverá conter esclarecimentos suficientes sobre a  
2300 pesquisa incluindo: I - a justificativa, os objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa,  
2301 com informação sobre métodos a serem utilizados, em linguagem clara e acessível, aos participantes da  
2302 pesquisa, respeitada a natureza da pesquisa; II - a explicitação dos possíveis danos decorrentes da  
2303 participação na pesquisa, além da apresentação das providências e cautelas a serem empregadas para  
2304 evitar situações que possam causar dano, considerando as características do participante da pesquisa;  
2305 III - a garantia de plena liberdade do participante da pesquisa para decidir sobre sua participação,  
2306 podendo retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo algum; IV - a garantia  
2307 de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa seja pessoa ou grupo de  
2308 pessoas, durante todas as fases da pesquisa, exceto quando houver sua manifestação explícita em  
2309 sentido contrário, mesmo após o término da pesquisa; V - informação sobre a forma de  
2310 acompanhamento e a assistência a que terão direito os participantes da pesquisa, inclusive  
2311 considerando benefícios, quando houver; VI - garantia aos participantes o acesso aos resultados da  
2312 pesquisa, sobretudo quando se refletirem em benefícios aos participantes e comunidades envolvidas;  
2313 VII - explicitação da garantia ao participante de resarcimento e a descrição das formas de cobertura  
2314 das despesas realizadas pelo participante decorrentes da pesquisa, quando houver; VIII - o endereço, e-  
2315 mail e contato telefônico, dos responsáveis pela pesquisa, do CEP local e, quando for o caso, da  
2316 CONEP; IX - breve explicação sobre o que é o CEP, bem como endereço, e-mail e contato telefônico  
2317 dos responsáveis pela pesquisa, do CEP local e, quando for o caso, da CONEP; e X - a informação de  
2318 que o participante terá acesso ao registro do consentimento sempre que solicitado. Parágrafo único.  
2319 Nos casos em que o Consentimento ou o Assentimento Livre e Esclarecido for registrado por escrito  
2320 uma via, assinada pelo participante e pelo pesquisador responsável, deve ser entregue ao participante.  
2321 Capítulo IV - DOS RISCOS Art. 18. Nos projetos de pesquisa em Ciências Humanas e Sociais, a  
2322 definição e a graduação do risco resultam da apreciação dos seus procedimentos metodológicos e do  
2323 seu potencial de causar danos maiores ao participante do que os existentes na vida cotidiana, em  
2324 consonância com o caráter processual e dialogal dessas pesquisas. Art. 19. O pesquisador deve estar  
2325 sempre atento aos riscos que a pesquisa possa acarretar aos participantes em decorrência dos seus  
2326 procedimentos, devendo para tanto serem adotadas medidas de precaução e proteção, a fim de evitar  
2327 dano ou atenuar seus efeitos. § 1º Quando o pesquisador perceber qualquer possibilidade de dano ao  
2328 participante, decorrente da participação na pesquisa, deverá discutir com os participantes as  
2329 providências cabíveis, que podem incluir o encerramento da pesquisa e informar o sistema  
2330 CEP/CONEP. § 2º O participante da pesquisa que vier a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua  
2331 participação na pesquisa, previsto ou não no Registro de Consentimento Livre e Esclarecido, tem direito  
2332 à indenização. Art. 20. O pesquisador deverá adotar todas as medidas cabíveis para proteger o  
2333 participante quando criança, adolescente, ou qualquer pessoa cuja autonomia esteja reduzida ou que  
2334 esteja sujeita a relação de autoridade ou dependência que caracterize situação de limitação da  
2335 autonomia, reconhecendo sua situação peculiar de vulnerabilidade, independentemente do nível de  
2336 risco da pesquisa. Art. 21. O risco previsto no protocolo será graduado nos níveis mínimo, baixo,  
2337 moderado ou elevado, considerando sua magnitude em função de características e circunstâncias do  
2338 projeto, conforme definição de Resolução específica sobre tipificação e graduação de risco e sobre  
2339 tramitação dos protocolos. § 1º A tramitação dos protocolos será diferenciada de acordo com a  
2340 graduação de risco. § 2º A graduação do risco deve distinguir diferentes níveis de precaução e proteção  
2341 em relação ao participante da pesquisa. Capítulo V - DO PROCEDIMENTO DE ANÁLISE ÉTICA NO  
2342 SISTEMA CEP/CONEP Art. 22. O protocolo a ser submetido à avaliação ética somente será apreciado  
2343 se for apresentada toda a documentação solicitada pelo Sistema CEP/CONEP, tal como descrita, a  
2344 esse respeito, na norma operacional do CNS em vigor, no que couber e quando não houver prejuízo no  
2345 estabelecido nesta Resolução, considerando a natureza e as especificidades de cada pesquisa. Art. 23.  
2346 Os projetos de pesquisa serão inscritos na Plataforma Brasil, para sua avaliação ética, da forma prevista  
2347 nesta Resolução e na Resolução específica de graduação, tipificação de risco e tramitação dos  
2348 protocolos. Art. 24. Todas as etapas preliminares necessárias para que o pesquisador elabore seu  
2349 projeto não são alvo de avaliação do sistema CEP/CONEP. Art. 25. A avaliação a ser feita pelo Sistema  
2350 CEP/CONEP incidirá sobre os aspectos éticos dos projetos, considerando os riscos e a devida proteção  
2351 dos direitos dos participantes da pesquisa. § 1º A avaliação científica dos aspectos teóricos e  
2352 metodológicos dos projetos submetidos a essa Resolução compete às instâncias acadêmicas  
2353 específicas, tais como comissões acadêmicas de pesquisa, bancas de pós-graduação, instituições de  
2354 fomento à pesquisa, dentre outros. § 2º Os projetos de pesquisa que não são propostos e avaliados por  
2355 instituições de pesquisa deverão ser submetidos, pelo CEP, à avaliação científica dos aspectos teóricos  
2356 e metodológicos, por um pesquisador da área de Ciências Humanas e Sociais. Este parecerista,  
2357 preferencialmente, deverá ter a titulação de Doutor, sendo membro interno ou ad hoc do CEP. Art. 26. A  
2358 análise ética dos projetos de pesquisa de que trata esta Resolução só poderá ocorrer nos Comitês de  
2359 Ética em pesquisa que comportarem representação significativa de pesquisadores das ciências  
2360 humanas e sociais, devendo os relatores serem escolhidos dentre os membros qualificados nessa área  
2361 de conhecimento. Art. 27. A pesquisa realizada por alunos de graduação, que é parte de projeto do

2362 orientador já aprovado pelo sistema CEP/CONEP será apresentada como emenda ao projeto aprovado.  
2363 Capítulo VI - DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL Art. 28. A responsabilidade do pesquisador é  
2364 indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe: I - apresentar o  
2365 protocolo devidamente instruído ao sistema CEP/CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética,  
2366 antes de iniciar a pesquisa, conforme definido em resolução específica de tipificação e graduação de  
2367 risco; II - conduzir o processo de Consentimento Livre e Esclarecido; III - apresentar dados solicitados  
2368 pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; IV - manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou  
2369 digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 anos após o término da  
2370 pesquisa; e V - apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado,  
2371 justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção. Capítulo VII - DAS DISPOSIÇÕES  
2372 TRANSITÓRIAS Art. 29. Será instituída instância, no âmbito da CONEP, para implementação,  
2373 acompanhamento, proposição de atualização desta Resolução e do formulário próprio para inscrição  
2374 dos protocolos relativos a projetos dessas ciências na Plataforma Brasil, bem como para a proposição  
2375 de projetos de capacitação na área. Parágrafo único. A instância prevista no caput será composta por  
2376 membros titulares das Ciências Humanas e Sociais integrantes da CONEP, representantes das  
2377 associações científicas nacionais de Ciências Humanas e Sociais, membros dos CEP de Ciências  
2378 Humanas e Sociais e de usuários. Art. 30. Deverá ser estimulada a formação de CEP dedicados a  
2379 projetos de pesquisa da área de ciências humanas e sociais. Parágrafo único. Os aspectos relacionados  
2380 às modificações necessárias na Plataforma Brasil entrarão em vigor quando da atualização do sistema.  
2381 Capítulo VIII - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS Art. 31. Aplica-se o disposto nos itens VII, VIII, IX e X, da  
2382 Resolução CNS nº 466, de 12/12/2012, no que couber e quando não houver prejuízo ao disposto nesta  
2383 Resolução. Art. 32. A CONEP terá composição equitativa dos membros titulares e suplentes indicados  
2384 pelos CEP entre a área de Ciências Humanas e Sociais e as demais áreas que a compõem, garantindo  
2385 a representação equilibrada das diferentes áreas na elaboração de normas e no gerenciamento do  
2386 Sistema CEP/CONEP. Art. 33. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação. **Maria do**  
2387 **Socorro de Souza**, Presidente do CNS, disse que, em relação à estratégia do CNS de enfrentar a  
2388 conjuntura existente no Senado, esta Resolução é determinante. Falou que inicialmente a proposta da  
2389 Conep é derrubar o PL 200 e manter a regra atual. E estabelecer os prazos para seguir esta estratégia.  
2390 Coordenador da Conep, **Jorge Venâncio**, falou que o posicionamento atual é ser contra o PL 200.  
2391 Porém, ressaltou que não ficará o tempo todo no "ou tudo ou nada", pois a situação pode evoluir e  
2392 requerer negociações para minimizar os problemas. A proposta do PL 200 levaria os projetos para um  
2393 local que apresenta problemas de tramitação, ao contrário da Conep, que está conseguindo analisar os  
2394 projetos dentro do prazo. Disse que a reação é favorável a tese do CNS. Acha que, se multiplicar as  
2395 iniciativas, tem possibilidade de crescer bastante o processo. Conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira**  
2396 disse que vários atores devem atuar nesse apoio a pesquisas. Em São Paulo, no dia 13 de agosto,  
2397 ocorrerá um evento em agradecimento pela defesa dos participantes de pesquisa, por iniciativa de  
2398 entidades de doenças raras. No fim de agosto, em Fortaleza (CE), também haverá um evento de  
2399 agradecimento. Cabe a todos os conselheiros participarem desta luta nas redes, na comunicação do dia  
2400 a dia, ações que impactam positivamente os participantes das pesquisas. Membros da Conep que são  
2401 conselheiros nacionais estão traçando ações para barrar o PL 200, como uma ida a Câmara dos  
2402 Deputados. Conselheira **Maria Laura Bicca** parabenizou os membros da Conep, pois considera esta  
2403 'luta árdua'. Sugeriu elaboração de Documento de uma página com principais informações sobre o  
2404 tema, para o conselheiro levar consigo quando visitar o Congresso ou outros ambientes, como forma de  
2405 ampliar a discussão com outros públicos. Falou que é coordenadora-adjunta da Comissão de Patologias  
2406 e poderia se envolver nisso para ajudar na militância. Sugeriu a ida de parlamentares para a reunião do  
2407 ENCEP. Conselheiro **Renato Barros** falou que as Medidas Provisórias (MP) 664 e 665 foram frutos de  
2408 debate no Pleno, na reunião de junho. Sobre a MP 664, que trata de perícia médica, o Pleno decidiu por  
2409 Recomendação à Presidente da República Dilma Rousseff. Tem ações sendo feitas no Congresso mas o  
2410 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  
2411 algumas *Conferências Municipais* aonde foi aprovada a ideia de criar um *Dia Nacional em Defesa do*  
2412 *SUS*. Sugeriu uma data em agosto para lutar por todos os projetos em tramitação; movimentos sociais  
2413 se organizariam para irem ao Congresso pressionar os parlamentares a defenderem o SUS.  
2414 Conselheiro **Eni Carajá** disse que a luta contra o PL 200 tem que ser entendida como um patrimônio do  
2415 controle social. Uma das dificuldades em *Conferências Estaduais e Municipais* é o eixo que defendem  
2416 Ciência e Tecnologia. Sugeriu como indutor deste eixo nestes eventos a preservação da Conep em  
2417 manter sob sua responsabilidade as pesquisas clínicas. Citou o caso da demarcação das terras  
2418 indígenas, que continua em tramitação no Congresso, com o risco de ser aprovada. Conselheiro **Elias**  
2419 **Rassi Neto** disse que chama a sua atenção, na PL 200, a exclusão da Conep e do controle social para  
2420 uma autoridade sanitária genérica. E a delegação dos Comitês, a deliberação final, pode ir para  
2421 qualquer tipo de pesquisa clínica, retirando a experiência do controle social, impedindo a sociedade de  
2422 interferência durante o processo, somente posterior e por meio de medidas legais. Considera excelente  
2423 o trabalho que a comissão realiza, pois conseguiu aglutinar e intensificar debates em 14 Conselhos.  
2424 Sugeriu que os conselhos profissionais presentes colaborassem no processo de comunicação no CNS  
2425

2426 com informativos, jornais, páginas na internet (site, Facebook), para o Conselho não ficar dependendo  
2427 só de ações no Congresso. Conselheira **Michely Ribeiro** enfatizou a exclusão do controle social com o  
2428 PL 200. Disse ter posicionamento afirmativo sobre a Consulta Pública da nova Resolução. Na  
2429 Resolução de 1996, sobre ética e pesquisa com seres humanos, havia informações sobre os sujeitos da  
2430 pesquisa, como idade, sexo e cor, por exemplo. Porém, na Resolução 466, de 2012, esses dados foram  
2431 retirados. Entretanto a conselheira considera esses dados significativos, pois, por meio desses dados, é  
2432 possível reconhecer as maiores vulnerabilidades. Comentou que isso ocorreu com a participação do  
2433 controle social; quando este controle for retirado, com a PL 200, será mais difícil ter acesso a essas  
2434 informações. Enfatizou também a importância da sociedade participar de forma efetiva da tomada de  
2435 decisão da pesquisa com seres humanos. Conselheiro **Clóvis Boufleur** percebeu consenso do Pleno  
2436 em reconhecer o papel da Conep nas pesquisas clínicas como um patrimônio do controle social. Por  
2437 isso, sugeriu emissão de um posicionamento favorável unindo os argumentos apresentados. Comentou  
2438 que considerou não muito clara a linguagem do texto da *Nota Técnica* da Conep a quem não é do meio.  
2439 Disse que é bom dar maior visibilidade as ações da Conep mas com uma linguagem mais fácil de ser  
2440 compreendida por acadêmicos e usuários, e com a sociedade, em geral. CNBB se coloca como possível  
2441 colaboradora da Conep. Falou que é preciso desenvolver e amadurecer frente de parceria com grandes  
2442 instituições. Sugeriu ainda construção de relação com Congresso de forma mais sistemática para apoiar  
2443 ações já em curso. Conselheira **Denise de Freitas** comentou que, da primeira vez que o CNS debateu o  
2444 PL 200, não quis fazer juízo de valor da Lei e disse que a comunidade científica estava bem insatisfeita  
2445 com a Conep. Mudou de opinião depois de ter tido acesso a dados do trabalho que está sendo  
2446 desenvolvido pela comissão. Concorda que tem que falar com parlamentar e divulgar a posição no  
2447 Facebook, mas, acredita que o trabalho maior de diálogo deve ser feito com os pesquisadores. **Maria**  
2448 **do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, disse que há uma série de ações a realizar: divulgar o  
2449 posicionamento até conversar com pesquisadores, mas ressaltou que se trata de disputa de poder e  
2450 grupos de interesse, principalmente após o PL 200 já estar em tramitação no Congresso. Falou que é  
2451 bom explicar a gravidade do efeito se o PL for aprovado, mas isso não pesa na hora da votação dos  
2452 parlamentares. Se o governo não virar aliado do CNS nesta questão, a “queda de braço” é desigual com  
2453 grupos de interesse que dominam o lugar. Toda pauta do Congresso que afronta o SUS tem  
2454 representação do CNS, mas falou que não é preciso ter a presença dos 48 conselheiros lá, ou algum  
2455 representante toda semana na Câmara ou Senado. Disse que o Congresso tem dinâmica que “dá as  
2456 costas” para a sociedade. Explicou ao Pleno que o CNS está fazendo o seu papel. Coordenando a  
2457 Mesa, a conselheira **Nelcy Ferreira** colocou em votação a Minuta de Recomendação da Conep.  
2458 **Deliberação: Plenário se manifestou a favor da Minuta apresentada.** Conselheira **Alessandra**  
2459 **Ribeiro de Sousa** comentou que havia dito no GT que o Pleno do CNS seria coerente e reconheceria a  
2460 importância da Resolução, entendendo a necessidade de aprofundar a discussão e respeitar os prazos.  
2461 Propôs que os conselheiros participem de forma ampla da reunião ENCEP. Desta forma, quando a  
2462 comissão apresentar o texto final, em novembro, o debate será mais qualificado. **Jorge Alves de**  
2463 **Almeida Venâncio**, Coordenador da Conep, explicou que a comissão optou por produzir dois textos  
2464 sobre o PL 200: *Carta Aberta da Conep à sociedade*, documento simplificado, voltado para a sociedade,  
2465 e a *Nota Técnica* da comissão, documento mais profundo, respondendo aos problemas que estão no  
2466 projeto de lei. Se houver sugestão de aperfeiçoamento no texto, disse estar aberto ao diálogo, mas o  
2467 link da *Carta Aberta* está disponível a todos. Acha que o caminho é combinar conversa com mobilização  
2468 para ampliar a discussão. Como iria sair mais cedo da reunião, a conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira**  
2469 **Pinheiro** adiantou o **Informe** sobre a reabertura da *Frente Parlamentar da Segurança Alimentar e*  
2470 *Nutricional*, que tinha ocorrido no dia anterior. Saudou a iniciativa, mas lamentou a ausência do CNS.  
2471 **Sugestões:** Conselheiro **Clóvis Boufleur** sugeriu construir relação com Congresso de forma mais  
2472 sistemática para apoiar ações já em curso e elaboração de texto em apoio a Conep, afirmando a  
2473 importância da comissão nas pesquisas clínicas como um patrimônio do controle social. Conselheiro  
2474 **Elias Rassi Neto** sugeriu que os conselhos profissionais presentes na reunião do CNS colaborassem  
2475 no processo de comunicação no Congresso com informativos, jornais e páginas na internet, para o CNS  
2476 não ficar dependendo só de ações no Congresso. Conselheiro **Eni Carajá** sugeriu colocar como indutor  
2477 do eixo de Ciência e Tecnologia em *Conferências Estaduais e Municipais*, a manutenção de pesquisas  
2478 clínicas sob o comando da Conep. Conselheira **Maria Laura Bicca** fez duas sugestões: elaboração de  
2479 Documento de uma página com principais informações sobre o tema para conselheiros distribuírem em  
2480 visitas ao Congresso ou a outros lugares, e ida de parlamentares para a reunião do ENCEP.  
2481 Conselheiro **Renato Barros** sugeriu criação de *Dia Nacional em Defesa do SUS*, em agosto. Nesta  
2482 data, os conselheiros iriam ao Congresso lutar por todos os projetos que estão em tramitação nas duas  
2483 Casas, junto a *Frente Parlamentar em Defesa da Saúde e do SUS*. **Deliberação: Plenário se**  
2484 **manifestou a favor da Minuta apresentada pela Conep para a segunda Resolução Complementar**  
2485 **sobre à Resolução CNS 466/2012 (Resolução sobre as especificidades éticas das pesquisas nas**  
2486 **ciências sociais e humanas e de outras que se utilizam de metodologias próprias dessas áreas).**  
2487 **ITEM 09 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS – CIRH - Discussão e votação**  
2488 **de pareceres.** Coordenação: **Nelcy Ferreira da Silva**, Mesa Diretora do CNS. Apresentação: **Maria**  
2489 **Arindelita de Arruda**, Coordenadora da CIRH. Os trabalhos da tarde começaram com a convidada da

2490 Mesa do dia anterior, **Maria Lucia Santos Pereira da Silva**, do Movimento Nacional de População de  
2491 Rua, que integraria a Mesa do *Item 02 – Direito Humano à Saúde no SUS*. Disse que no horário do  
2492 debate estava em reunião com o Conselho Nacional do Ministério Público. Solicitou o apoio do CNS  
2493 para coibir as violações de direito que a população de rua sofre, como violência e assassinatos. Em  
2494 março, ocorreu *Seminário de Saúde* com 150 pessoas, e a participação da Presidente do CNS, Maria do  
2495 Socorro de Souza, além de oito conselheiros que depois repassaram o que foi debatido em  
2496 *Conferências Municipais e Estaduais*. Ofereceu o Relatório do Seminário aos membros do Conselho e  
2497 entregou em mãos da conselheira Nely Ferreira. Pediu também ao CNS que prestasse atenção a  
2498 quatro temas: Saúde Mental, Doença Calciforme, HIV/AIDS e Tuberculose da população de rua. Logo  
2499 depois, conselheira **Maria Arindelita de Arruda**, coordenadora da CIRH, deu início ao item 09. Disse  
2500 que a Comissão está conferindo o número de representantes de trabalhadores de saúde nas  
2501 *Conferências Estaduais e Municipais* e solicitou a implementação de CIRH nos Conselhos Estaduais.  
2502 Disse que a CIRH avalia abertura/renovação de cursos de Psicologia, Odontologia e Medicina, pois a  
2503 formação é uma das “bases de sustentabilidade” do SUS. O objetivo da Comissão é que a grade  
2504 curricular tenha aproximação com o SUS, e que a formação seja voltada para as necessidades da  
2505 população. A CIRH analisou 12 processos. Quatro Cursos foram considerados *Insatisfatórios*, sendo  
2506 que três solicitavam autorização para cursos de Psicologia e um pedia renovação de reconhecimento.  
2507 Os demais processos foram considerados *Satisfatórios, com Recomendações*. Desses oito processos,  
2508 um era para reconhecimento de curso de Medicina, e três para reconhecimento de cursos de Psicologia;  
2509 um solicitava renovação de reconhecimento para curso de Psicologia e três solicitavam autorização para  
2510 cursos de Odontologia. Em seguida, foram apresentados os quatro pareceres da considerados  
2511 *Insatisfatórios* pela comissão. **Processo 201400807 – Centro Universitário Christus - Unichristus –**  
2512 **Fortaleza (CE) - Autorização para curso de Psicologia – Insatisfatório. Fundamentos do Parecer:**  
2513 a) Não houve indicativos de articulação da IES com a gestão local do SUS e de sua participação na  
2514 construção do PPC do curso, conforme exigido no item 4, subitem b, da Resolução CNS Nº 350/2005;  
2515 b) Não existe alinhamento entre as qualidades do perfil profissional apresentadas no PPC e a proposta  
2516 de formação curricular sugerida. No que diz respeito às *Ênfases Curriculares*, estas estão apresentadas  
2517 de forma desarticulada e não transversalizam com o conteúdo das disciplinas obrigatórias do curso  
2518 havendo, em sua maioria, uma bifurcação entre teoria e prática, configurando uma separação entre  
2519 conhecimentos, habilidades e as competências em desacordo com as DCN de Psicologia; c) Não há  
2520 descrição clara do modo de inserção do aluno desde o início do curso na comunidade, não havendo  
2521 assim a valorização da sua dedicação na Atenção Básica conforme Artigo 27 da Lei Nº 8.080/90; d) Não  
2522 há descrição clara do modo de inserção do aluno desde o início do curso na comunidade, não havendo  
2523 assim a valorização da sua dedicação na Atenção Básica conforme Artigo 27 da Lei Nº 8.080/90; e) Não  
2524 está descrito na Proposta da IES a capacidade de atendimento e disposição dos alunos, física e  
2525 numericamente nos cenários de prática, o que não assegura a absorção dos discentes conforme  
2526 esperado, principalmente, no que se refere à rede SUS existente na região; f) A solicitação de 140  
2527 vagas diurnas e 140 noturnas pode comprometer a capacidade da rede local e a inserção dos alunos  
2528 nos cenários de prática e a proposta não configura uma demanda social relevante para a abertura de  
2529 curso. Em Fortaleza são ofertadas 1.465 vagas/ano e a rede de saúde local disponibiliza 14 CAPS,  
2530 sendo somente 02 CAPS, ad 24h, como possíveis cenários de prática (Item 4, subitem c, da Resolução  
2531 Nº 350/2005 e Parágrafo único do Art. 27 da Lei Nº 8080/90); g) Não há diferenciação no PPC nem na  
2532 matriz curricular quanto às turmas diurno e noturno no que se refere à forma como o aluno do curso  
2533 noturno irá se inserir nos estágios e como será o uso da rede de serviços para este turno; h) O número  
2534 de bancadas no Laboratório de Fisiologia é insuficiente para o número de vagas pretendidas pela IES.  
2535 Outrossim, não há computadores e mobiliário suficientes na sala dos professores para comportar uso  
2536 simultâneo por um número mais significativo de docentes em horários de grande circulação (item 4,  
2537 subitem a, da Resolução CNS Nº 350/2005). **Processo 201400887 – Faculdade Sudoeste Paulista –**  
2538 **FSP – Itapetininga (SP) - Autorização para curso de Psicologia – Insatisfatório. Fundamentos do**  
2539 **Parecer:** a) Não há menção dos campos de prática dos alunos quanto à relação número de alunos por  
2540 professor-supervisor nas turmas das disciplinas de Estágios Supervisionados e não há inclusão da  
2541 capacidade de atendimento e disposição dos alunos física e numericamente nos cenários de prática  
2542 extramuros; b) O PPC da IES apresenta as *Ênfases Curriculares* (“Psicologia e Processos Clínicos” e  
2543 “Psicologia e Processos Educativos”) de forma bifurcada, a partir do sétimo semestre. Na forma como  
2544 está, o curso configura-se como especialização precocemente estabelecida, distanciando-se do perfil de  
2545 formação generalista, conforme preconizado pelas Diretrizes Curriculares e a Resolução CNS Nº  
2546 350/2005. Estão caracterizadas como terminalidades nos dois últimos anos do curso, justamente o que  
2547 não se deseja em relação às Diretrizes Curriculares; c) O PPC da IES demonstra desequilíbrio entre as  
2548 disciplinas no que diz respeito aos diferentes níveis de atenção em saúde: primário, secundário e  
2549 terciário. No PPC há grande concentração das disciplinas nos dois últimos níveis; d) A estrutura do PPC  
2550 em relação aos Eixos Estruturantes (articulações horizontais e verticais ao longo do curso) e em relação  
2551 às *Ênfases Curriculares*, não os configura como especializações já na graduação; e) Não há  
2552 diferenciação no PPC nem na matriz curricular quanto às turmas (diurno e noturno) no que se refere à  
2553 forma como o aluno do curso noturno irá se inserir nos estágios e como será o uso da rede de serviços

2554 para este turno; f) O número de cursos na vizinhança é muito grande, não se configurando em demanda  
2555 social relevante para a abertura do mesmo; g) Recomenda-se avaliar a importância da entrada de  
2556 estudantes na composição do NDE. **Processo 201403036 – Faculdade Regional Riachão do Jacuípe**  
2557 – FARJ – Riachão do Jacuípe (BA) - Autorização para curso de Psicologia – Insatisfatório.  
2558 **Fundamentos do Parecer:** a) Não há indicativos de articulação da IES com a gestão local do SUS e de  
2559 sua participação na construção do PPC do curso, conforme exigido no item 4, subitem b, da Resolução  
2560 CNS Nº 350/2005; b) Não há descrição clara do modo de inserção do aluno desde o início do curso na  
2561 comunidade, não havendo a valorização da sua dedicação na Atenção Básica conforme Art. 27 da Lei  
2562 Nº 8.080/90; c) A matriz curricular não deixa suficientemente claro sobre a carga horária do Estágio  
2563 Supervisionado a ser ofertado. A explicação declarada na Minuta de Diligência encaminhada à SERES,  
2564 não está de acordo com a matriz curricular disponibilizada no sistema e-MEC; d) O PPC não assegura a  
2565 possibilidade de trocas interprofissionais visando a construção prática da interprofissionalidade na  
2566 formação do aluno, conforme item 4, subitem c, da Resolução CNS Nº 350/2005, visto ser curso isolado  
2567 na área de saúde; e) O número de professores pretendidos atualmente pode comprometer a capacidade  
2568 didático-pedagógica nos anos subsequentes do curso conforme o item 4, subitem a, da Resolução CNS  
2569 Nº 350/2005; f) A rede de saúde instalada mostra-se insuficiente para comportar o nº de vagas  
2570 pretendidas pela IES. **Processo 201407606 – Faculdade Boa Viagem – FBV – Recife (PE) -**  
2571 **Renovação de reconhecimento de curso de Psicologia – Insatisfatório. Fundamentos do Parecer:**  
2572 a) Não há documentação anexa ao Processo no Sistema e-MEC, como Termos de  
2573 Compromisso/Convênio, com a rede pública de saúde que comprovem e assegurem a utilização da  
2574 rede de serviços do SUS e de outros equipamentos sociais existentes na região. Não há relatos dos  
2575 avaliadores do INEP de que tais documentos existam; b) Não há relação da PPC com os Eixos  
2576 Estruturantes. Há horizontalidade na proposta, mas o fluxo da matriz curricular em sua verticalidade se  
2577 distancia dos Eixos Estruturantes preconizados pelas Diretrizes Curriculares Nacionais; c) Não está  
2578 clara a relação entre os Estágios Básicos e os Estágios Específicos. A localização dos Estágios Básicos  
2579 a partir do sétimo módulo corre o risco de não possibilitar sua configuração como Estágio Básico,  
2580 transformando-se em fase inicial do Estágio Específico; d) Não há, também, menção dos campos de  
2581 prática dos alunos quanto à relação número de alunos por professor-supervisor nas turmas das  
2582 disciplinas de Estágios Supervisionados e não há inclusão da capacidade de atendimento e disposição  
2583 dos alunos física e numericamente nos cenários de prática extramuros; e) A carga horária de Estágios  
2584 (básico e específico), de acordo com o artigo 22, parágrafo 3º das DCNs, devem ter, no mínimo, 15% da  
2585 carga horária total do curso. O curso possui 4040 horas. Neste sentido a carga horária mínima de  
2586 estágio deve ser de 606 horas; f) Não há diferenciação no PPC, nem na matriz curricular, quanto aos  
2587 cursos diurno e noturno no que se refere à forma como o aluno do curso noturno irá se inserir nos  
2588 estágios e como será o uso da rede de serviços para este turno. g) Não está explícita a relação das  
2589 PEX's com a inserção dos alunos na rede de saúde logo nos primeiros módulos do curso. Antes de  
2590 colocar para votação os pareceres considerados *Insatisfatórios* pela comissão, conselheiros  
2591 questionaram o item g da avaliação do curso de Psicologia da Universidade Sudoeste Paulista:  
2592 *Recomenda-se avaliar a importância da entrada de estudantes na composição do NDE.* Como  
2593 normalmente Recomendações ocorrem dentro de um parecer *Satisfatório, com Recomendações*, pois a  
2594 comissão acompanha o que ocorre e os processos retornam para avaliação. Além disso, alguns  
2595 Núcleos Docentes Estruturantes (NDE) já aceitam a participação de alunos. Após este questionamento,  
2596 a comissão decidiu excluir esta última Recomendação relacionada à Universidade Sudoeste Paulista.  
2597 Logo depois, foram colocados para votação os Pareceres e o Plenário aprovou. **Deliberação: Pleno do**  
2598 **CNS aprovou os quatro processos considerados Insatisfatórios pela CIRH.** Coordenadora da  
2599 CIRH, conselheira **Maria Arindelita de Arruda** comentou que estava presente na reunião um professor  
2600 do curso de Odontologia da Unidade de Ensino Superior Dom Bosco, de São Luís (MA), e agradeceu a  
2601 presença do docente em nome de todos. Em seguida, foram apresentados os oito processos  
2602 considerados *Satisfatórios, com Recomendações*, pela CIRH. **Processo 201357208 – Universidade**  
2603 **Federal do Rio de Janeiro – UFRJ – Rio de Janeiro (RJ) - Reconhecimento de curso de Medicina –**  
2604 **Satisfatório com Recomendações. Recomendações para a IES nos próximos ciclos avaliativos:**  
2605 a) Apresentar indicativos de articulação da IES com a gestão local do SUS e de sua participação na  
2606 construção do PPC do curso, conforme exigido no item 04, subitem b, da Resolução CNS Nº 350/2005;  
2607 b) Apresentar os documentos que comprovem os convênios nos próximos ciclos avaliativos; c)  
2608 Esclarecer a relação número de alunos por professor-supervisor, preceptor nas turmas das disciplinas  
2609 de Estágios Supervisionados e indicação da inclusão da capacidade de atendimento e disposição dos  
2610 alunos física e numericamente nos cenários de prática; d) O curso está baseado nas Diretrizes  
2611 Curriculares Nacionais de 2001, e deve se adequar às novas Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014;  
2612 e) Deve ser esclarecido o número de docentes, pois os números apresentados no sistema não conferem  
2613 com os números apresentados pelos avaliadores do MEC; f) Estabelecer metodologias ativas de ensino  
2614 centradas no estudante com a inclusão de aulas em pequenos grupos, problematizadoras, revendo-se a  
2615 metodologia que prevalece hoje no referido curso; g) Abertura de Residências Médicas em áreas  
2616 básicas articuladas ao desenvolvimento do internado com maior articulação com a rede de atenção à  
2617 saúde local. **Processo 201403670 – Unidade de Ensino Superior Dom Bosco – São Luís (MA) -**

2618 **Autorização de curso de Odontologia – Satisfatório com Recomendações. Recomendações para**  
2619 **a IES nos próximos ciclos avaliativos:** a) Inclua a participação dos gestores locais do SUS na  
2620 construção do PPC, conforme recomendação da Resolução CNS Nº 350/2005 e o Caput do Artigo 27  
2621 da Lei Nº 8.080/90; b) Explicite no PDI como são desenvolvidas as reflexões e ações a cerca da  
2622 questão étnico-racial. **Processo 2014042753 – Instituto Cenecista de Ensino Superior de Santo**  
2623 **Ángelo – Santo Ângelo (RS) - Autorização de curso de Odontologia – Satisfatório com**  
2624 **Recomendações. Recomendações para a IES nos próximos ciclos avaliativos:** a) Inclua a  
2625 participação dos gestores locais do SUS na construção do PPC, conforme recomendação da Resolução  
2626 CNS Nº 350/2005 e o Caput do Artigo 27 da Lei Nº 8.080/90; b) Explicite no PPC a inserção dos  
2627 estudantes na comunidade desde o primeiro ano do curso, conforme preconiza a Resolução CNS Nº  
2628 350/2005; c) Adapte o PPC (com estrutura muito fragmentada) ao perfil pretendido para o egresso  
2629 (generalista, humanista, crítico e reflexivo). **Processo 201404672 – Faculdade Paulo Picanço - FPP –**  
2630 **Fortaleza (CE) - Autorização de curso de Odontologia – Satisfatório com Recomendações.**  
2631 **Recomendações para a IES nos próximos ciclos avaliativos:** a) Recomenda-se a abertura de outros  
2632 novos cursos de graduação na saúde no sentido de garantir o preconizado no item 04, subitem c, da  
2633 Resolução CNS Nº 350/2005; b) Demonstrar nos próximos ciclos avaliativos a articulação da Faculdade  
2634 Paulo Picanço com a gestão local do SUS e de sua participação na construção do PPC do curso; c)  
2635 Esclarecer a relação número de alunos por professor-supervisor nas turmas das disciplinas de Estágios  
2636 Supervisionados e Estágio Supervisionado Extra Muros, e indicar a inclusão da capacidade de  
2637 atendimento e disposição dos alunos física e numericamente nos cenários de prática extramuros; d)  
2638 Reavaliar o quantitativo de materiais a ser disponibilizado para as aulas de anatomia de cabeça e  
2639 pescoço assegurando o amplo acesso dos alunos nessa prática, bem como o acervo da bibliografia  
2640 básica do curso adequando-os à capacidade didático-pedagógica, conforme item 04, subitem a, da  
2641 Resolução CNS Nº 350/2005; e) Atentar à inserção do aluno na comunidade, a qual ocorre somente no  
2642 segundo ano do curso; f) Diferenciar no PPC e na matriz curricular quanto aos cursos diurno e noturno  
2643 no que se refere à forma como o aluno do curso noturno irá se inserir nos estágios e como será o uso  
2644 da rede de serviços para este turno; g) Recomenda-se a abertura de residência em área da saúde e  
2645 multiprofissional. **Processo 201405555 – Universidade Anhembi Morumbi - UAM – São Paulo (SP) -**  
2646 **Reconhecimento de curso de Odontologia – Satisfatório com Recomendações. Recomendações**  
2647 **para a IES nos próximos ciclos avaliativos:** a) Defina explicitamente as Secretarias envolvidas na  
2648 integração ensino-serviço no SUS como também, a forma de inserção do estudante: carga horária,  
2649 integração teoria-prática e em que momentos durante o curso a inserção e a integração entre estes  
2650 conhecimentos acontecem; b) Apresente documentação que certifique o comprometimento dos gestores  
2651 locais do SUS com o desenvolvimento do curso de Psicologia, de acordo como recomendado pela  
2652 Resolução CNS Nº 350/2005 e o Caput do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90; c) Descreva como ocorre a  
2653 inserção do estudante, de maneira explícita, nos campos de prática junto à comunidade desde o início  
2654 do curso, quais são os campos de prática, em que momento da formação há esta inserção e como  
2655 acontece a integração da teoria com a prática, com atenção especial nos serviços de saúde do SUS, e  
2656 como se operacionaliza para o turno vespertino e para o noturno; d) A inserção explícita do aluno no  
2657 SUS e em que rede e níveis de atenção estão acontecendo, além da proporção de alunos por serviço e  
2658 como ocorre a supervisão e integração com os profissionais da rede do SUS; e) Esclareça sobre o  
2659 quantitativo de vagas anuais ofertadas, visto que foram autorizadas 120 e os avaliadores do INEP  
2660 informam que são 150 vagas em curso. **Processo 201405908 – Centro Universitário Nossa Senhora**  
2661 **do Patrocínio - UAM – Itaú (SP) - Reconhecimento de curso de Psicologia – Satisfatório com**  
2662 **Recomendações. Recomendações para a IES nos próximos ciclos avaliativos:** a) Apresente  
2663 comprovação da construção de parceria para desenvolvimento do curso de Psicologia com os gestores  
2664 locais do SUS e demonstre os compromissos assumidos, considerando as necessidades sociais no  
2665 contexto em que se insere, por meio de documentação celebrada entre as partes envolvidas; b)  
2666 Apresente proposta dirigida ao corpo discente de implantação de serviço de apoio ao estudante, apoio à  
2667 participação em eventos científicos, incentivo à produção científica, baseada nas necessidades sociais  
2668 de saúde, que considere os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença e as  
2669 diversidades demográficas, epidemiológicas, sanitárias, sociais, ambientais e econômicas da região e  
2670 do país; c) Apresente a integração ensino-serviço na rede pública de saúde (SUS) como campo de  
2671 estágio, comprovando por meio de Termo de Convênio/Termo de Compromisso entre a IES e a  
2672 Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, a garantia da utilização da rede de serviços instalada e de  
2673 outros equipamentos sociais existentes na região, demonstrando a coerência entre a oferta de vagas  
2674 com a capacidade instalada para a prática; d) Explicite os campos de estágio, estabelecendo a carga  
2675 horária relacionada às ações de planejamento coletivo entre o curso e projetos interdisciplinares e  
2676 integradores de estágio, pesquisa e extensão; e) Descreva os campos de prática na rede pública de  
2677 saúde, incluindo capacidade de atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente, visando  
2678 identificação da situação de aprendizado dos mesmos e garantia de sua qualidade, comprovando  
2679 número de docentes, tutores e/ou e preceptores relacionados ao número de discentes; f) Apresente a  
2680 composição de CEP na CEUNSP. **Processo 201407697 – Faculdade Anhaguera de Anápolis - FAAA**  
2681 **– Anápolis (GO) – Renovação de Reconhecimento de curso de Psicologia – Satisfatório com**

2682 **Recomendações. Recomendações para a IES nos próximos ciclos avaliativos:** a) Apresente os  
2683 Termos de Convênios ou Termos de Compromisso, tendo em vista que o PDI descreve articulação em  
2684 rede para o atendimento da comunidade; b) Indique documento comprobatório da articulação da IES  
2685 com a gestão local do SUS, descrevendo a participação no desenvolvimento do PPC do curso conforme  
2686 exigido no item 4, subitem b, da Resolução CNS Nº 350/2005; c) Descreva de modo explícito a inserção  
2687 do aluno desde o início do curso na comunidade, destacando a dedicação do aluno na Atenção  
2688 Básica, conforme Art. 27 da Lei Nº 8.080/90; d) Prever no PPC mais momentos onde ocorram as  
2689 trocas interprofissionais, visando a construção prática da interprofissionalidade na formação do aluno,  
2690 conforme item 4, subitem c, da Resolução CNS Nº 350/2005; e) Descreva no PPC como se dá a  
2691 inserção dos estudantes nos campos de prática nos estágios curriculares, quanto ao número de  
2692 estudantes por equipe, capacidade de atendimento, disposição dos alunos, física e numérica nestes  
2693 cenários; f) Crie Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da instituição; g) Inclua no NDE um  
2694 membro discente. **Processo 201415227 – Faculdade Regional de Alagoinhas - FARAL/UNIRB –**  
2695 **Alagoinhas (BA) - Reconhecimento de curso de Psicologia – Satisfatório com Recomendações.**  
2696 **Recomendações para a IES nos próximos ciclos avaliativos:** a) Comprovar, através da indexação  
2697 de documentos no sistema e-Mec, a existência de Termos de Convênios ou Termos de Compromisso  
2698 entre a IES e a Secretaria Municipal e Estadual de Saúde para uso da rede de atenção a saúde do SUS  
2699 e outros equipamentos; b) Descrever claramente o modo de inserção do aluno desde o início do curso  
2700 na comunidade, valorizando sua inserção na Atenção Básica, conforme Artigo 27 da Lei Nº 8.080/90; c)  
2701 Diferenciar no PPC e na matriz curricular quanto aos cursos diurno e noturno no que se refere à forma  
2702 como o aluno do curso noturno irá se inserir nos estágios e como será o uso da rede de serviços para  
2703 este turno; d) Esclarecer na matriz curricular sobre a carga horária do Estágio Supervisionado que  
2704 deverá ser de no mínimo 15% da carga horária total do curso; e) Dispor no PPC a capacidade de  
2705 atendimento e a disposição dos alunos fisicamente nos cenários de prática extramuros; f) Adequar o  
2706 laboratório de anatomia, pois o mesmo atende no limite inferior de sua capacidade para o nº de alunos e  
2707 possui escassez de material, conforme exigido no item 4, subitem a, da Resolução CNS Nº 350/2005; g)  
2708 Esclarecer no PPC a possibilidade de trocas interprofissionais visando a construção prática da  
2709 interprofissionalidade na formação do aluno, conforme item 4, subitem c, da Resolução CNS Nº  
2710 350/2005. Conselheiro **Claudio Garcia Capitão** disse que, se o Pleno acha que o NDE deva ser  
2711 ampliado, fez a proposta de que esta condição seja colocada como Recomendação a todas estas  
2712 avaliações. Conselheiro **Haroldo Pontes** disse que entende que só pode ser exigido como  
2713 Recomendação o que já foi definido pelo CNS por Resolução, anteriormente. Se os processos  
2714 retornarem e não conseguirem cumprir a Recomendação, o parecer pode se transformar em  
2715 *Insatisfatório*. Tem que estar circunscrita ao que o CNS pode cobrar. Conselheira **Suelen Nunes**  
2716 questionou a inserção de Metodologias Ativas para o curso de Medicina de Macaé (RJ), da  
2717 Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ: *Estabelecer metodologias ativas de ensino centradas*  
2718 *no estudante com a inclusão de aulas em pequenos grupos, problematizadoras, revendo-se a*  
2719 *metodologia que prevalece hoje no referido curso*. Conselheira pediu mais informações a respeito desta  
2720 proposta da CIRH. Soube que esta faculdade apresentou problemas no passado e melhorou graças à  
2721 mobilização estudantil. Falou que ainda há resquícios antidemocráticos dentro das universidades, e que  
2722 muitas ainda limitam a participação de estudantes em processos decisórios. Em relação ao debate  
2723 sobre inserção de alunos no NDE, considera bom o CNS amadurecer a ideia, pois representaria um  
2724 avanço para qualquer curso. Conselheira **Maria do Espírito Santo** (Santinha) pediu esclarecimento  
2725 sobre a Recomendação pedida pela CIRH para o curso de Odontologia da Unidade de Ensino Superior  
2726 Dom Bosco, de São Luís (MA), a respeito do item: *Explicito no PDI como são desenvolvidas as*  
2727 *reflexões e ações a cerca da questão étnico-racial*. Coordenadora da CIRH, **Maria Arindelita de Arruda**  
2728 disse que a comissão achou interessante explicar melhor a questão racial ao colocar no currículo como  
2729 ocorre a atividade pedagógica e são feitas essas reflexões. Conselheiro **Gerdo Bezerra de Faria** disse  
2730 que nos *Planos de Desenvolvimento Institucionais (PDI)*, há explicações sobre as questões étnico-  
2731 raciais. Neste curso, em especial, o PDI desenvolve ações a respeito do tema. Por isso foi solicitado que  
2732 o curso explicitasse quais são essas ações. Concorda com a opinião da conselheira Suelen Nunes de  
2733 discutir a inclusão de discentes no NDE. Por ora, porém, é preciso seguir a legislação atual, e não pode  
2734 exigir ou solicitar que os cursos incluam alunos nesses Núcleos. Após questionamento do conselheiro  
2735 **Gilson Silva**, de um curso ser considerado *Satisfatório*, mas com Recomendações, a coordenadora da  
2736 CIRH, **Maria Arindelita de Arruda** explicou que Recomendação não é Pendência, mas um pedido para  
2737 o curso explicar melhor certos aspectos de seu curso, que já foi aprovado pela comissão. Entretanto,  
2738 ressaltou que a CIRH só faz Recomendações do que é legal, do que está sendo exigido por lei.  
2739 Conselheiro **Haroldo Pontes** explicou que o ciclo avaliativo retorna para a comissão se o parecer  
2740 receber o parecer *Satisfatório*, com Recomendações, e a base de avaliação da CIRH é feita com base  
2741 na Resolução 350. Conselheiro **Gerdo Bezerra Faria** explicou para o conselheiro Gilson Silva que  
2742 existem ciclos avaliativos e espera-se que no próximo ciclo as Recomendações estejam cumpridas. E,  
2743 se não forem cumpridas, pode receber o parecer de *Insatisfatório*. Conselheiro **Haroldo Pontes**  
2744 explicou que há Recomendações que, se não forem cumpridas, desautorizam todo o trabalho, mas há  
2745 outras que podem ser esquecidas. Há diferenças e nuances entre uma Recomendação e outra. Logo

2746 depois, como coordenadora da Mesa, conselheira **Nelcy Ferreira** colocou em votação a proposta de  
2747 pareceres futuros serem analisados com base na Resolução 350. **Deliberação: proposta aprovada.**  
2748 Em seguida, conselheira colocou em votação os pareceres considerados **Satisfatórios, com**  
2749 **Recomendações**, pela CIRH. **Deliberação: Pleno aprovou os processos considerados**  
2750 **Satisfatórios, com Recomendações.** SOLICITAÇÕES: Conselheira **Maria Arindelita de Arruda** pediu  
2751 a implementação de CIRH nos Conselhos Estaduais. **Deliberações: Pleno aprovou a análise da CIRH**  
2752 **para 12 cursos: quatro cursos foram considerados Insatisfatórios e oito foram considerados**  
2753 **Satisfatórios, com Recomendação, assim como a proposta de, no futuro, os pareceres serem**  
2754 **analisados com base na Resolução 350 do CNS.** Logo depois o item foi encerrado e em seguida a  
2755 Pauta passou para o *Item 11 – Informes e Indicações*. **ITEM 10- PRESTAÇÃO DE CONTAS DO CNS.**  
2756 Coordenação: **João Palma**, Secretário Executivo do CNS e **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do  
2757 CNS. **ITEM 10- PRESTAÇÃO DE CONTAS DO CNS.** Coordenação: **João Palma**, Secretário Executivo  
2758 do CNS e **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS. **João Palma**, Secretário Executivo do  
2759 CNS, deu início a Prestação de Contas logo após ser encerrado o *Item 07 – 15ª Conferência Nacional*  
2760 de Saúde: *Conferências Municipais de Saúde, Oficinas*. Disse que o detalhamento dos gastos de 2014  
2761 já está publicado na internet, na página da SGEP/MS. Comparou o volume dos gastos de 2014. A  
2762 dotação planejada foi de R\$ 11 milhões e foi executado cerca de R\$ 9,5 milhões. Foram realizadas 73  
2763 reuniões de comissões no ano passado, sendo 32 permanentes e 41 temáticas, ao gasto de R\$ 2  
2764 milhões. Em 2015 foram 11 Reuniões Ordinárias e 2 Extraordinárias, ao custo total de R\$ 1.428 milhões.  
2765 Também ocorreram 15 eventos, com diárias e passagens, no valor de quase R\$ 409 milhões. O valor  
2766 planejado para gastos em 2015 está avaliado em R\$ 10.560 milhões, e executado até 1º de julho a  
2767 quantia de R\$ 1.272 milhões. A previsão de eventos é maior este ano, então o valor para 20 eventos é  
2768 R\$ 697 milhões. Para as reuniões, oficinas e eventos relacionados a 15ª Conferência o valor é  
2769 relativamente pequeno (cerca de R\$ 1,5 bilhão), para um número de 82 eventos, e há ainda R\$ 15  
2770 milhões para serem gastos com infraestrutura e outras despesas. **João Palma** afirmou que o ministro  
2771 garantiu que nenhum centavo da saúde seria perdido este ano. Conselheira **Nelcy Ferreira** questionou  
2772 o Secretário dos recursos que já foram executadas até o momento para a 15ª Conferência. De onde  
2773 saem esses recursos, da rubrica CNS ou da rubrica da Conferência? Secretário João Palma respondeu  
2774 que antes havia saído da rubrica CNS, mas nas duas últimas semanas já passou a sair da conta da  
2775 Conferência. Conselheiro **Osvaldo Peralta Bonetti** observou que foi um processo vitorioso, pois o  
2776 orçamento para o CNS, no início do governo Lula, não chegava a R\$ 1 milhão. Acha que isso  
2777 demonstra a importância da gestão do espaço e do emprego dos recursos. Conselheiro **Elias Silva**  
2778 falou do *Fórum Interconselhos*, que ocorrerá nos dias 27, 28 e 29 de julho. **João Palma** lembrou o Pleno  
2779 de que ainda faltava o *Item 12 - Informe Parlamentar*. Comentou que, no dia anterior à reunião, foi  
2780 aprovada a flexibilização da *Lei de Responsabilidade Fiscal* em uma Comissão Especial. Seria bom  
2781 acompanhar as PECs sobre saúde. Disse que vai colocar no site o *Informe Parlamentar* para os  
2782 conselheiros poderem acompanhar o que está ocorrendo. **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do  
2783 CNS, disse para enviar a informação da aprovação da Lei para os conselheiros via e-mail. Disse para o  
2784 conselheiro Elias Silva que a data do *Fórum Interconselhos* ia coincidir com dois dias do Congresso da  
2785 Abrasco (Abrascão). Logo depois se despediu dos conselheiros presentes e encerrou a reunião. O *Item*  
2786 *12 – Informe Parlamentar* foi adiado para a reunião seguinte. **ITEM 11 – INFORMES E INDICAÇÕES.**  
2787 Coordenação: **Carlos Duarte** – Mesa Executiva do CNS. Este item foi apresentado antes do Item 10.  
2788 Conselheiro **Clóvis Boufleur** perguntou se as *Recomendações* pendentes poderiam ser avaliadas logo,  
2789 enquanto havia quórum para votação. Coordenando a Mesa, conselheiro **Carlos Duarte** disse que  
2790 apresentaria o *Calendário Eleitoral*, para os conselheiros definirem os planos de vôo e, logo depois,  
2791 seguiria com as *Recomendações Pendentes*. Informou que a reunião do Conselho no próximo mês  
2792 ocorrerá nos dias 05 e 06 de agosto, e, no dia 06, à noite, ocorrerá abertura do *Congresso do*  
2793 *Conasems*. No dia seguinte, haverá espaço no evento para o CNS trabalhar eixos da 15ª Conferência  
2794 dentro de Oficina. Então, os conselheiros que queiram participar da reunião do CNS e deste evento  
2795 devem se programar para voltar a seus estados a partir do dia 08 de agosto, quando termina o  
2796 *Congresso do Conasems*. Conselheiro **Clóvis Boufleur** explicou que há comissões do CNS que foram  
2797 convidadas pelo Conasems para participar de painéis e, por isso, gostaria de solicitar três vagas para  
2798 membros da Comissão Intersetorial da Saúde da Criança, do Adolescente e do Jovem (CIASAJ) para  
2799 organizar a participação em dois painéis: sobre Criança, e sobre Adolescente e Jovem. O próprio  
2800 conselheiro e a conselheira Fernanda Lou Sans Magano já estarão presentes no Congresso.  
2801 Conselheira **Clarice Baldotto** fez a leitura do *Calendário Eleitoral*. Disse que todas as datas foram  
2802 mantidas, inclusive a reunião de posse, no dia 16 de dezembro. Entretanto a reunião ordinária, que a  
2803 precede, foi transferida para os dias 15 e 16 de dezembro (terça e quarta-feira). As demais datas foram  
2804 mantidas, conforme havia sido apresentado no dia anterior. Conselheiro **Clóvis Boufleur** apresentou  
2805 *Recomendação a Presidência da República a respeito da Lei nº 11.265, sobre alimentos a*  
2806 *lactantes e crianças da primeira infância*. Comentou que, na outra ocasião que o assunto foi debatido  
2807 no Pleno, o ministro Artur Chioro havia dito que já estava pronta uma Minuta sobre o tema. Conselheiro  
2808 disse ter a informação de que essa Minuta já está na Casa Civil. Entretanto, a Lei já existe há nove anos  
2809 mas não há um Decreto que a regulamente; por isso solicita a publicação imediata do Decreto de

2810 Regulamentação da Lei nº 11.265/2006. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua  
2811 Ducentésima Septuagésima Primeira Reunião Ordinária, realizada nos dias 08 e 09 de julho de 2015, no  
2812 uso de suas atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela nº 8.142, de 28  
2813 de dezembro de 1990, e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e Considerando que a Lei  
2814 11.265, de 03 de janeiro de 2006, que regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e  
2815 crianças de primeira infância e de produtos de puericultura correlatos (bicos, chupetas e mamadeiras),  
2816 ainda não foi regulamentada pelo Poder Executivo; Considerando que a minuta de Decreto de  
2817 Regulamentação passou por várias áreas técnicas do Ministério da Saúde (MS) e foi encaminhado à  
2818 Casa Civil no segundo trimestre de 2015. Recomenda: À Presidenta do Brasil Dilma Rousseff a  
2819 publicação imediata do Decreto de regulamentação da Lei 11.265/2006 que prevê legislação protetora  
2820 da amamentação. **Deliberação: Minuta de Recomendação aprovada pelo Pleno.** Logo depois,  
2821 Clovis Boufleur apresentou nova proposta de **Recomendação ao Ministério da Saúde sobre a**  
2822 **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)**, aprovada no CNS no ano  
2823 passado e já compactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). O Plenário do Conselho Nacional  
2824 de Saúde, em sua Ducentésima Septuagésima Primeira Reunião Ordinária, realizada nos dias 08 e 09  
2825 de julho de 2015, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990,  
2826 pela nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e  
2827 Considerando que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) foi aprovada  
2828 no Conselho Nacional de Saúde no dia 5/11/2014 e que a construção da proposta da política contou  
2829 com a participação de dezenas de instâncias de representação da criança, incluída a Comissão de  
2830 Atenção à Saúde da Criança, Adolescente e Jovem, do Conselho Nacional de Saúde; Considerando  
2831 que houve a pactuação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança na reunião da  
2832 Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 11 de dezembro de 2014. Recomenda: Ao Ministro de  
2833 Estado da Saúde, Arthur Chioro, a publicação da Portaria que institui a Política Nacional de Atenção  
2834 Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), aliada a uma  
2835 estratégia para dar publicidade e informar os conselhos, gestores e a população de mais esta conquista  
2836 no Sistema Único de Saúde. **Deliberação: Recomendação aprovada pelo Pleno do Conselho.** Em  
2837 seguida, conselheiro **Carlos Ferrari** citou documento **elaborado pela Organização Nacional de Cegos**  
2838 **do Brasil (ONCB) em relação a vetos praticados pela Presidência da República a dispositivos da**  
2839 **Lei Brasileira da Inclusão (Estatuto da Pessoa com Deficiência)**. Conselheiro destacou os vetos  
2840 feitos no texto: o primeiro refere-se aos 10% de reserva de vagas nos processos seletivos de  
2841 universidades, no Art. 29. Governo alega que existem dados demográficos para definir esta situação.  
2842 Porém, na visão da ONCB, tal medida afirmativa mostra conquista do movimento e do movimento  
2843 afrodescendente; luta conjunta de movimentos socialmente discriminados. Além disso, maioria das  
2844 escolas de ensino fundamental e médio não têm suporte nem metodologia adequada. Comentou que os  
2845 movimentos ficaram 15 anos discutindo para chegar a esta proposta e virar Lei. O segundo veto se  
2846 refere ao Art. 32, que fala de projetos e construções do *Programa Minha Casa, Minha Vida* para  
2847 considerar os princípios do desenho universal. Governo alegou que já está previsto no programa  
2848 mecanismo que garante a acessibilidade das unidades habitacionais, inclusive com as devidas  
2849 adaptações ao uso por pessoas com deficiência. O que foi alegado, segundo o conselheiro, é a  
2850 possibilidade de adaptar *kits* a casas já construídas. Porém, disse que a medida não beneficiaria  
2851 somente as pessoas com deficiência, mas também idosos e pessoas com mobilidade reduzida. O  
2852 próximo artigo vetado foi o Art. 101, em que propõe modificações na Lei 8.213, o Art. 93, caput e  
2853 incisos, sobre a reserva de cotas nas empresas com 50 até 99 empregados, com uma vaga destinada a  
2854 pessoas com deficiência. O governo alegou que a medida poderia gerar impacto relevante no setor  
2855 produtivo. No Art. 106, o voto recaiu sobre o à isenção do IPI na compra de veículos. A razão apontada  
2856 para o voto foi que a medida pode resultar em alto impacto econômico. E o voto ao Art. 109 refere-se às  
2857 modificações do Código Nacional de Trânsito. A cada 20 veículos de Centro de Formação de  
2858 Condutores, deve se oferecer um veículo adaptado para o aprendizado de pessoas com deficiências.  
2859 Governo alegou que o Conselho Nacional de Trânsito deve definir as medidas a respeito e pode esperar  
2860 por novas tecnologias antes de fazer a adaptação nos carros. Comentou que há mais dois vetos da  
2861 Presidência da República, porém a ONCB não está questionando esses vetos. Segue abaixo, na  
2862 íntegra, o **Posicionamento Institucional da Organização Nacional de Cegos do Brasil com respeito**  
2863 **a Vetos praticados pela Presidência da República a dispositivos da Lei Brasileira de Inclusão da**  
2864 **Pessoa com Deficiência**. Desde a redemocratização do país e da promulgação da Constituição Cidadã  
2865 de 1988, o Brasil tem avançado na conquista de melhores e maiores patamares de civilidade. As leis  
2866 orgânicas da Saúde, da Previdência e da Assistência Social, o Estatuto da Criança e do Adolescente, a  
2867 Lei de Diretrizes e Base da Educação, o Estatuto do Idoso, dentre tantos outros diplomas legais, tiraram  
2868 milhões de brasileiros e brasileiras da invisibilidade, assegurando a essas pessoas a condição de  
2869 sujeitos de direito. O segmento das pessoas com deficiência vivenciou e atuou de maneira substantiva  
2870 durante todo esse caminho, fazendo do lema *Nada sobre nós sem nós*, um princípio estruturante de  
2871 todas as lutas encampadas pelo segmento. Nestas últimas décadas, muito se avançou, e hoje podemos  
2872 ver por meio de adequações arquitetônicas, comunicacionais e atitudinais, uma série de pequenas  
2873 grandes transformações, fruto da implementação de leis como 10.098 - Lei da Acessibilidade, e da

2874 Convenção Internacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, documento que no Brasil ganhou  
2875 força de emenda constitucional. Ter um Estatuto, com a prerrogativa de consolidar, e trazer tantos  
2876 outros direitos até aqui negligenciados e violados, há muito tem sido uma perspectiva debatida pelo  
2877 segmento, que foi ganhando corpo a partir de um Projeto de Lei apresentado pelo Senador Paulo Paim,  
2878 em 2003. De lá para cá, câmaras técnicas foram constituídas, grupos de trabalho criados, e uma série  
2879 de encontros setoriais nas cinco regiões do Brasil foram organizados. Os esforços dessa construção  
2880 trataram desde a nomenclatura do futuro documento até as tantas demandas e possibilidades que se  
2881 poderia inserir em uma lei com essa envergadura. O resultado desta construção culminou em uma  
2882 aliança suprapartidária que mobilizou parlamentares da Câmara e do Senado em torno da aprovação do  
2883 PL, sinalizando para os mais de quarenta e cinco milhões de brasileiros(as) e seus familiares, um  
2884 grande salto no sentido de resgatar perdas históricas resultantes de enorme exclusão social. No último  
2885 dia 06 de julho, em meio a uma grande celebração, a Presidenta da República sancionou o documento  
2886 que recebeu do Legislativo. Contudo, apontou vetos que nos faz lamentar e se posicionar para que  
2887 futuramente consigamos ter tais conquistas de alguma forma asseguradas por lei. Essa manifestação  
2888 não tem por intuito ofuscar o brilho de uma conquista com tamanha relevância. Trata-se de um chamado  
2889 para que possamos nos mobilizar diante da perda de avanços civilizatórios que já dávamos como  
2890 certos. Vetar artigos de uma lei encaminhada para o Executivo é direito constitucional da Presidência  
2891 da República e alguns pontos, inclusive, reconhecemos como legítimos. Contudo, é inaceitável  
2892 retrocedermos diante de ações afirmativas já pactuadas e amplamente discutidas pela sociedade,  
2893 principalmente se considerarmos os motivos apontados para tanto. Abaixo apontamos os vetos com os  
2894 quais discordamos, os motivos apontados pelo governo e pequenas considerações que entendemos  
2895 poder explicar o porquê dessa manifestação. **Veto de todo o Art. 29:** Art. 29. As instituições de  
2896 educação profissional e tecnológica, as de Educação, Ciência e Tecnologia e as de educação superior,  
2897 públicas federais e privadas, são obrigadas a reservar, em cada processo seletivo para ingresso nos  
2898 respectivos cursos de formação inicial e continuada ou de qualificação profissional, de educação  
2899 profissional técnica de nível médio, de educação profissional tecnológica e de graduação e pós-  
2900 graduação, no mínimo, 10% (dez por cento) de suas vagas, por curso e turno, para estudantes com  
2901 deficiência. § 1º No caso de não preenchimento das vagas segundo os critérios estabelecidos no caput  
2902 deste artigo, as remanescentes devem ser disponibilizadas aos demais estudantes. § 2º Os cursos  
2903 mencionados neste artigo não poderão excluir o acesso da pessoa com deficiência, sob quaisquer  
2904 justificativas baseadas na deficiência. § 3º Quando não houver exigência de processo seletivo, é  
2905 assegurado à pessoa com deficiência atendimento preferencial na ocupação de vagas nos cursos  
2906 mencionados no caput deste artigo. **Razões apontadas para o veto:** "Apesar do mérito da proposta,  
2907 ela não trouxe os contornos necessários para sua implementação, sobretudo a consideração de critérios  
2908 de proporcionalidade relativos às características populacionais específicas de cada unidade da  
2909 Federação onde será aplicada, aos moldes do previsto pela Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012.  
2910 Além disso, no âmbito do Programa Universidade para Todos – PROUNI, o governo federal concede  
2911 bolsas integrais e parciais a pessoas com deficiência, de acordo com a respectiva renda familiar."  
2912 **Nossas considerações:** Estamos tratando aqui de uma ação afirmativa que amplia sob maneira as  
2913 possibilidades de acesso de um público historicamente excluído dessas formações. Pessoas com  
2914 deficiência para ingressar em um curso profissionalizante e em formações em nível superior, precisam  
2915 de acordo com o atual cenário, superar um vácuo histórico de ausência do Estado em toda sua  
2916 formação. Não temos escolas acessíveis, não existem materiais didáticos adaptados do tamanho da  
2917 demanda, tampouco suportes específicos como cuidadores e professores especialistas que possam  
2918 atender às demandas de alunos no ensino fundamental e médio. Vетar o artigo 29 significa fechar as  
2919 portas para uma oportunidade histórica, que faria das instituições de ensino superior, ambientes mais  
2920 diversos, plurais e inclusivos. Conquista semelhante já foi assegurada por companheiros do movimento  
2921 negro, e claramente podemos perceber os ganhos proporcionados por essa vitória. **(Veto do inciso II**  
2922 **do Art. 32):** Art. 32. Nos programas habitacionais, públicos ou subsidiados com recursos públicos, a  
2923 pessoa com deficiência ou o seu responsável goza de prioridade na aquisição de imóvel para moradia  
2924 própria, observado o seguinte: II – definição de projetos e adoção de tipologias construtivas que  
2925 considerem os princípios do desenho universal. **Razões apontadas para o veto:** "Da forma ampla  
2926 como prevista, a medida poderia resultar em aumento significativo dos custos de unidades habitacionais  
2927 do Programa Minha Casa, Minha Vida, além de inviabilizar alguns empreendimentos, sem levar em  
2928 conta as reais necessidades da população beneficiada pelo Programa. Além disso, no âmbito do próprio  
2929 Minha Casa, Minha Vida, é previsto mecanismo para garantia da acessibilidade das unidades  
2930 habitacionais, inclusive com as devidas adaptações ao uso por pessoas com deficiência. **Nossas**  
2931 **considerações:** Colocar o aspecto custo como sendo motivador para vetar tal inciso é reafirmar a ideia  
2932 de que o que se destina para acessibilidade é gasto e não investimento. Ter casas projetadas na  
2933 perspectiva do desenho universal significa não apenas qualidade de vida digna para seus moradores  
2934 com deficiência e/ou mobilidade reduzida. Também se trata da possibilidade de melhor acolhida de  
2935 familiares nesta condição, além é claro de se ter um ambiente adequado para eventuais limitações de  
2936 curto prazo, as quais todos brasileiros(as) estão sujeitos. Atualmente os atuais mecanismos pensados a  
2937 partir do programa Minha Casa Minha Vida, são paliativos que estão longe de contemplar

2938 verdadeiramente as necessidades vivenciadas pelas pessoas com deficiência e seus familiares. **Veto**  
2939 **No Art. 101 do Estatuto, em que propõe modificações na Lei 8.213, o Art. 93, caput e incisos:** "Art.  
2940 93. As empresas com 50 (cinquenta) ou mais empregados são obrigadas a preencher seus cargos com  
2941 pessoas com deficiência e com beneficiários reabilitados da Previdência Social, na seguinte proporção: I  
2942 – de 50 (cinquenta) a 99 (noventa e nove) empregados, 1 (um) empregado. **Razões apontadas para o**  
2943 **veto:** "Apesar do mérito da proposta, a medida poderia gerar impacto relevante no setor produtivo,  
2944 especialmente para empresas de mão-de-obra intensiva de pequeno e médio porte, acarretando  
2945 dificuldades no seu cumprimento e aplicação de multas que podem inviabilizar empreendimentos de  
2946 ampla relevância social." **Nossas considerações:** Cabe lembrar que atualmente a Lei 8213 assegura a  
2947 contratação de pessoas com deficiência e reabilitados pelo INSS por empresas com quadro a partir de  
2948 cem funcionários. Ampliar essa obrigatoriedade para empresas com quadro a partir de cinquenta  
2949 funcionários, significaria uma possibilidade de triplicar o pouco mais de um por cento de pessoas com  
2950 deficiência em condições de trabalho, que hoje conseguiram acessar o mercado formal. Em nossa  
2951 visão, pior que o veto é a justificativa, que coloca pessoas com deficiência como sendo um fardo para  
2952 empreendimentos de ampla relevância social. **Veto do Art. 106 do Estatuto, refere-se à isenção do**  
2953 **IPI na compra de veículos: Razões apontadas para o veto:** "A medida traria ampliação dos  
2954 benefícarios e das hipóteses de isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados - IPI, o que  
2955 resultaria em renúncia de receita, sem apresentar as estimativas de impacto e as devidas  
2956 compensações financeiras, em violação ao que determina a Lei de Responsabilidade Fiscal. **Nossas**  
2957 **Considerações:** O veto acima relatado desmonta a concretização de um direito há muito pleiteado por  
2958 pessoas surdas. Se pessoas com outras deficiências já tem esse direito, a lei traria uma correção  
2959 histórica de uma violação de direitos de um segmento legítimo da sociedade Brasileira. A justificativa  
2960 apoiada unicamente nos aspectos econômicos reafirma uma postura totalmente alheia a compromissos  
2961 históricos firmados por esse governo e afronta mais de 9 milhões de pessoas deste país. **Veto do Art.**  
2962 **109 do Estatuto, referente às modificações do Código Nacional de Trânsito, a proposta de**  
2963 **acréscimo de parágrafos no Art. 154 do CNT:** "Art. 154. .... § 1º  
2964 ..... § 2º O Centro de Formação de Condutores (CFC) é obrigado,  
2965 para cada conjunto de 20 (vinte) veículos de sua frota, a oferecer 1 (um) veículo adaptado para o  
2966 aprendizado de pessoa com deficiência. § 3º O veículo adaptado deverá ter, no mínimo, câmbio  
2967 automático, direção hidráulica, vidros elétricos e comandos manuais de freio e de embreagem." (NR).  
2968 **Razões apontadas para o veto:** "As regras relativas a carros adaptados para fins de aprendizagem e  
2969 habilitação devem acompanhar as necessidades reais da população, assim como os avanços técnicos.  
2970 Desta forma, é mais adequado deixar que tal matéria seja regulada pelo Conselho Nacional de Trânsito  
2971 - CONTRAN, nos termos do que prevê o art. 12, inciso X, do Código de Trânsito Brasileiro." **Nossas**  
2972 **considerações:** Com essa justificativa o poder executivo demonstra desconsiderar todo o debate  
2973 construído com vistas a que se qualifique a habilitação de motoristas com deficiência. Empurrando a  
2974 questão para o Contran se protela uma questão que há muito já poderia ter sido observada. Muitas  
2975 pessoas com deficiência física, em todo o território nacional, deparam-se com a seguinte dificuldade:  
2976 para obter a isenção do ICMS na compra de um veículo adaptado, necessita comprovar sua habilitação  
2977 de condutor. Por outro lado, para obter sua Carteira Nacional de Habilitação, ao se dirigir a um Centro  
2978 de Formação de Condutores, não consegue se submeter aos testes práticos se não possuir veículo  
2979 adaptado, pois os CFCs não dispõem de veículo adequado a sua deficiência. Assim, esse público não  
2980 consegue adquirir um veículo adaptado com a isenção do tributo por não possuir CNH e também não  
2981 consegue obter sua CNH por não possuir o veículo adaptado. Brasília, 08 de julho de 2015, Moisés  
2982 Bauer Luiz - Presidente da ONCB e Conselheiro Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência.  
2983 Prof. Ms. Carlos Eduardo Ferrari - Secretário Geral da ONCB e Conselheiro Nacional de Saúde. Para o  
2984 conselheiro, os vetos apontados mostram "caráter político" e o "desconhecimento" do governo com a  
2985 luta de 15 anos do movimento das pessoas com deficiência. Em seguida, **Carlos Ferrari** solicitou  
2986 **Moção de Apoio do CNS ao documento da ONCG.** O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em  
2987 sua Ducentésima Septuagésima Primeira Reunião Ordinária, realizada nos dias 08 e 09 de julho de  
2988 2015, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de  
2989 setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de  
2990 julho de 2006, e, Considerando todo histórico de exclusão vivenciado e enfrentado por pessoas com  
2991 deficiência e seus familiares em diferentes períodos da humanidade e na história recente do Brasil;  
2992 Considerando a mudança de paradigma que boa parte da sociedade mundial se propôs a construir a  
2993 partir da declaração internacional dos direitos humanos de 1948, posicionando a dignidade humana e a  
2994 justiça social, como sendo valores que devem ser cultivados e reconhecidos pelos povos; Considerando  
2995 o reconhecimento pela Constituição Cidadã de 1988, de todos os brasileiros como sendo cidadãos de  
2996 direitos; Considerando os avanços legais e civilizatórios, decorrentes da aprovação e implementação de  
2997 inúmeros instrumentos normativos ao longo das últimas décadas; Considerando os compromissos e  
2998 responsabilidades assumidas pelo Brasil ao ratificar enquanto emenda constitucional a Convenção  
2999 Internacional da ONU que trata dos direitos das pessoas com deficiência; Considerando os princípios  
3000 éticos e políticos consolidados por este conselho ao longo de sua história de atuação. **Vem a público:**  
3001 Manifestar apoio incondicional ao posicionamento da Organização Nacional de Cegos do Brasil – ONCB

3002 contrário aos vetos praticados pela Presidência da República aos dispositivos da Lei Brasileira da  
3003 Inclusão, também denominada Estatuto da Pessoa com Deficiência. Solicitamos ao Congresso Nacional  
3004 e a toda sociedade brasileira que nos permitam que as perdas apontadas no documento em anexo,  
3005 sejam de fato reparadas. Para tanto, clamamos que sejam derrubados os vetos apontados. Reiteramos  
3006 nosso compromisso enquanto instância de controle social, para com todo o movimento de pessoas com  
3007 deficiência, historicamente atuante neste conselho e assumimos a partir dessa manifestação os pleitos  
3008 apontados pelo segmento como sendo a luta de todos nós. Conselheira **Maria Laura Bicca**, disse que a  
3009 análise do conselheiro Carlos Ferrari não poderia ser mais perfeita. Disse que acompanha a luta do  
3010 movimento há muitos anos e considerou “um absurdo” o que a área econômica fez com a *Lei Brasileira*  
3011 de *Inclusão*. Propôs para as entidades escrevessem Cartas em apoio as denúncias da ONCB. Logo em  
3012 seguida, **Carlos Duarte** colocou em votação a *Moção de Apoio*. **Deliberação: Moção de Apoio**  
3013 **aprovada pelo Pleno**. Logo depois, conselheira **Alessandra Ribeiro** apresentou denúncia de  
3014 criminalização do controle social em *Conferências de Saúde*, incluindo o Conselho Municipal de Joinville  
3015 (SC). Passou a palavra para a conselheira **Suelen Nunes**, que relatou o caso que ocorreu no município.  
3016 Havia sido aprovada *Moção de Repúdio contra a Organização Social Hospital Nossa Senhora das*  
3017 *Graças e o Hospital Infantil Dr. Jeser Amarante*. Entretanto a trabalhadora que redigiu a Nota recebeu  
3018 um documento vindo do Conselho Municipal de Joinville para esclarecer as informações em 15 dias.  
3019 Disseram a essa trabalhadora que sofreria processo judicial se não prestasse os esclarecimentos.  
3020 Soube de um caso semelhante em Porto Alegre (RS). Então a conselheira propôs *Moção de Repúdio* ao  
3021 assédio a trabalhadores e usuários que denunciaram situações de abuso no SUS. **Alessandra Ribeiro**  
3022 explicou que queria uma *Moção de Repúdio à criminalização do controle social*. Em seguida, leu a  
3023 proposta para o Pleno. Conselheiro **Clóvis Boufleur** disse que o CNS tem tradição de ouvir as duas  
3024 partes para entender o problema. Disse que seria o caso do CNS questionar o Conselho Municipal de  
3025 Joinville (SC); ouvir a versão do Conselho antes de aprovar a *Moção*. Conselheiro **Haroldo Pontes**  
3026 disse que era bom agir com cuidado e cautela em caso de denúncia, para não alimentar a disputa local.  
3027 Disse que nesta semana havia recebido denúncia de um Conselho Municipal onde os delegados só  
3028 poderão ser eleitos entre conselheiros; o CNS vai apurar o caso. Conselheiro **Eni Carajá** sugeriu que  
3029 não fosse aprovada a *Moção*, mas sugeriu que o CNS designasse alguém para acompanhar este e  
3030 outros casos semelhantes. Conselheira **Maria do Espírito Santo** (Santinha) questionou se a *Moção*  
3031 seria contra a postura do Conselho de Joinville com a trabalhadora, mas a conselheira **Alessandra**  
3032 **Ribeiro** explicou que a *Moção* seria destinada a todos os Conselhos de Saúde. Conselheiro **Renato**  
3033 **Barros** não vê problema nesta *Moção*, pois em alguns conselhos existem conflitos parecidos. Além  
3034 disso, a proposta é genérica e assegura o que está na CF, o direito de expressão. Para o conselheiro, a  
3035 *Moção* deveria ser aprovada. Entretanto solicitou maiores informações do Conselho de Joinville. **Carlos**  
3036 **Duarte**, coordenador da Mesa, falou que o Conselheiro Haroldo Pontes fez um Encaminhamento para  
3037 pedir esclarecimentos ao Conselho de Joinville, designar uma pessoa para cuidar do caso, via  
3038 Comissão Organizadora da Conferência. Disse que era melhor avaliar o caso primeiro antes de colocar  
3039 a *Moção* para aprovação. Comentou ainda o caso de Porto Alegre (RS); se chegar denúncia do próprio  
3040 conselho da cidade, o CNS vai investigar o caso. E em relação ao caso de criminalização do controle  
3041 social, conselheiro acha que o assunto mereceria um ponto de pauta para o CNS debater o assunto,  
3042 antes de fazer qualquer manifestação. Conselheiro **José Araújo** disse estar preocupado com a grande  
3043 quantidade de *Moção de Repúdio* que o CNS está fazendo, pois pode “cair em descrédito”. Sugeriu  
3044 *Recomendação* aos Conselhos Estaduais e Municipais a respeito do tema. Presidente do CNS, **Maria**  
3045 **do Socorro de Souza**, disse que o maior instrumento para responsabilizar os Conselhos de Saúde é o  
3046 Regimento do CNS. Comentou que a *Comissão Organizadora* da Conferência se reunirá nos dias 16 e  
3047 17 de julho e poderá discutir os problemas políticos que surgiram nos eventos municipais e estaduais.  
3048 Sugeriu realizar *Videoconferência* com os Conselhos Estaduais e as Mesas Diretoras. Conselheiro  
3049 **Haroldo Pontes** disse que é delicado dirigir mensagem a um Conselho sem o devido levantamento,  
3050 assim como é delicado generalizar e enviar mensagem a todos, pois os que agem de forma correta não  
3051 reagem muito bem. Conselheira **Suelen Nunes** explicou que em nenhum momento houve intenção de  
3052 direcionar a *Moção* para o Conselho de Joinville, pois queria que o caso fosse investigado junto ao  
3053 Conselho. Sugeriu parecer do CNS afirmando ser contra a criminalização do controle social. Os  
3054 cidadãos devem saber que tem o apoio para falar abertamente nos Conselhos de Saúde e não serem  
3055 penalizados por expor a sua opinião. Conselho **Haroldo Pontes** disse que a proposta de Suelen Nunes  
3056 se encaixa com o que foi definido até o momento. Disse que a *Comissão de Comunicação* da  
3057 Conferência poderia escrever uma Nota esclarecendo estes pontos. E o site do CNS poderia reafirmar o  
3058 texto, publicando o conteúdo. Conselheiro **Clóvis Boufleur** disse para colocar no site do CNS um  
3059 documento sobre denúncias que já foi elaborado há quatro anos, que mostra o encaminhamento das  
3060 denúncias. Explicou que toda denúncia tem que se fundamentada, pois senão a pessoa pode ser  
3061 processada por calúnia; deve usar o palavreado certo; se houver acusações deve haver provas. O  
3062 Ministério Público também pode ser acionado em casos de denúncia. **Carlos Duarte** disse que a  
3063 *Comissão Organizadora* da 15<sup>a</sup> Conferência se compromete a levantar informações com o Conselho de  
3064 Joinville e apresentar a versão do Conselho na próxima reunião. Em relação ao Conselho se manifestar  
3065 em relação à criminalização do controle social, concorda com a proposta do Haroldo Pontes de ser

3066 elaborado documento pela *Comissão de Comunicação* da Conferência. **Deliberação: Pleno aprovou a**  
3067 **proposta.** Conselheira **Liane Oliveira** disse que a situação de Porto Alegre é diferente. O Conselho  
3068 Municipal já se manifestou porque o ex-Secretário de Saúde entrou com processo criminal contra dois  
3069 conselheiros e um servidor público. Essas pessoas apresentaram no Conselho denúncias de  
3070 irregularidade. Conselheira disse que se dispôs a ser testemunha de um desses colegas. O Secretário  
3071 atual é testemunha também no caso. **Deliberações: Todas as Recomendações apresentadas foram**  
3072 **aprovadas pelo Pleno, assim como a proposta de ouvir a versão do caso pelo Conselho de**  
3073 **Joinville e apresentar o resultado na próxima reunião do CNS e a Comissão de Comunicação da**  
3074 **15ª Conferência elaborar Nota a respeito da criminalização do controle social.** Logo após encerrar  
3075 este Item, a Mesa foi recomposta com o conselheiro Haroldo Pontes e o Secretário Executivo do CNS,  
3076 João Palma, para tratarem do *Item 07 – 15ª Conferência Nacional de Saúde: Conferências Municipais*  
3077 *de Saúde, Oficinas. ITEM 12 – INFORME PARLAMENTAR* - Coordenação: **João Palma**, Secretário  
3078 Executivo do CNS. Este item não foi apresentado durante a reunião e foi adiado para o mês seguinte.  
3079 No segundo dia de reunião estiveram presentes os seguintes conselheiros: **Titulares** – **Ademar Arthur**  
3080 **Chioro dos Reis**, Ministério da Saúde; **Ana Maria Costa**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
3081 (CEBES); **Carlos Alberto Ebeling Duarte**, Movimento Nacional de Luta Contra a Aids; **Carlos Eduardo**  
3082 **Ferrari**, Organização Nacional dos Cegos do Brasil (ONCB); **Claudio Garcia Capitão**, Conselho  
3083 Federal de Psicologia (CFP); **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação Nacional das Associações  
3084 de Celíacos do Brasil (FENACELBRA); **Clóvis Adalberto Boufleur**, Conferência Nacional dos Bispos  
3085 do Brasil (CNBB); **Denise de Freitas**, Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC);  
3086 **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira  
3087 (COIAB); **Eni Carajá Filho**, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase  
3088 (MORHAN); **Gerdo Bezerra de Faria**, Conselho Federal de Odontologia (CFO); **João Rodrigues Filho**,  
3089 Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Jorge Alves de Almeida Venâncio**,  
3090 Central Geral dos Trabalhadores do Brasil (CGTAMBÉM); **Lenir Santos**, Federação Brasileira das  
3091 Associações de Síndrome de Down (FBASD); **Luiz Carlos Saraiva Neves**, União Nacional de  
3092 Autogestão em Saúde (UNIDAS); **Maria Arindelita Nunes de Arruda**, Associação Brasileira de  
3093 Enfermagem (ABEn); **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos**, Rede Nacional Feminista de  
3094 Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; **Maria do Socorro de Souza**, Confederação Nacional  
3095 dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG); **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos  
3096 Assistentes Sociais (FENAS); **Marlonei Silveira dos Santos**, Federação Nacional dos Médicos  
3097 (FENAM); **Marisa Furia Silva**, Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Nelcy Ferreira da Silva**,  
3098 Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); **Renato Almeida de Barros**, Confederação Nacional dos  
3099 Trabalhadores em Seguridade Social (CNTSS); **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos  
3100 Farmacêuticos (Fenafar); **Verônica Lourenço da Silva**, Liga Brasileira de Lésbicas (LBL); **Wanderley**  
3101 **Gomes da Silva**, Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM). **Suplentes** –  
3102 **Alessandra Ribeiro de Sousa**, Conselho Federal de Serviço Social (CFESS); **Alexandre Frederico de**  
3103 **Marca**, Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC); **André Luiz de**  
3104 **Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); **Clarice Baldotto**, Associação de  
3105 Fisioterapeutas do Brasil (AFB); **Dulcilene Silva Tiné**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais,  
3106 Estabelecimentos e Serviços (CNS); **Elias José da Silva**, Movimento Popular de Saúde (MOPS); **Elias**  
3107 **Rassi Neto**, Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco); **Eurídice Ferreira de Almeida**,  
3108 Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior  
3109 Públicas do Brasil (FASUBRA); **Fernanda Benvenutty da Silva**, Associação Nacional de Travestis e  
3110 Transexuais (ANTRA); **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos (FENAPSI);  
3111 **Gilson Silva**, Força Sindical; **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de Secretários  
3112 de Saúde (CONASS); **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **José Araújo da Silva**, Pastoral da  
3113 Pessoa Idosa; **José Arnaldo Pereira Diniz**, Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO); **Liane**  
3114 **Terezinha de Araújo Oliveira**, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da  
3115 Mama (FEMAMA); **Lorena Baía de Oliveira Alencar**, Conselho Federal de Farmácia (CFF); **Luiz**  
3116 **Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores (NCST); **Luiz Felipe Coutinho**  
3117 **Costamilan**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS); **Michely**  
3118 **Ribeiro da Silva**, Rede Nacional Lai Lai Apejo: População Negra e Aids (RLLA); **Osvaldo Peralta**  
3119 **Bonetti**, Ministério da Saúde; **Paula Johns**, Associação de Controle do Tabagismo, Promoção da  
3120 Saúde e dos Direitos Humanos (ACT/Aliança de Controle do Tabagismo); **Suelen Nunes**, Direção  
3121 Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM) e **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da  
3122 Criança.  
3123