



1
2
3
4
5 MINISTÉRIO DA SAÚDE
6 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
7
8

9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
ATA DA DUCENTÉSIMA SEPTUAGÉSIMA TERCEIRA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO
NACIONAL DE SAÚDE – CNS

Aos nove e dez dias do mês de setembro de dois mil e quinze, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde “Omilton Visconde”, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar, Brasília-DF, realizou-se a Ducentésima Septuagésima Primeira Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que teve por objetivos: 1. Realizar o debate sobre o Eixo V da 15ª CNS – Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde. 2. Socializar o processo eleitoral da CONEP e preparar a Audiência Pública sobre o PLS 200/2015. 3. Apresentar e deliberar a proposta de Programação da 15ª CNS. 4. Conhecer e deliberar sobre propostas da COFIN. 5. Conhecer o PL do PPA 2016-2019, PLOA 2016, discutir o PNS e socializar a participação do CNS no lançamento da Plataforma Brasil. 6. Deliberar sobre os processos de abertura de cursos na saúde e socializar o Seminário realizado durante o Congresso do CONASEMS sobre o Eixo III da 15ª CNS – Valorização do Trabalho e da Educação em Saúde. 7. Monitorar os Projetos de Lei que tramitam no Congresso Nacional. 8. Construir estratégias para etapa nacional e pós 15ª Conferência Nacional de Saúde considerando a possibilidade de construção de uma Frente Democrática Popular em Defesa do SUS. 9. Socializar informações sobre eleições do Conselho Nacional de Saúde. **ITEM 01 – EXPEDIENTE – INFORME DOS CONSELHEIROS, APROVAÇÃO DA PAUTA DA RO 273ª E DA ATA 270ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS.** Coordenação: José João Palma, Secretário Executivo do CNS, e Maria do Socorro de Souza, Presidente do CNS. A reunião foi iniciada com a leitura dos objetivos e da Pauta. Em relação aos objetivos da reunião, **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, destacou o item 8 (**Construir estratégias para etapa nacional e pós 15ª Conferência Nacional de Saúde considerando a possibilidade de construção de uma Frente Democrática Popular em Defesa do SUS**), comentando que cerca de 30% das Conferências Estaduais já foram realizadas e que a agenda do Conselho Nacional será intensificada em setembro e outubro. Logo depois, conselheira leu a Pauta da Reunião e o conselheiro **Clovis Boufleur** disse que o Fórum dos Usuários endossou a proposta de transferir o item 10 para a manhã do dia 10 (segundo dia de reunião). E pediu mais informações sobre o Item 4 (**Discutir e Deliberar sobre a 15ª Conferência Nacional de Saúde**). Presidente do CNS explicou que as dúvidas seriam esclarecidas durante a apresentação do item. **Deliberação:** Pleno aprovou os objetivos e a alteração na ordem dos itens da Pauta, além de terem aprovado também a Ata 270º. Em seguida, começaram os INFORMES: conselheiro **Rodrigo Pinheiro de Souza** falou sobre reunião da CIADAIDS a respeito da avaliação do RAG, que ocorreu nos dias 1º e 2 de setembro. Disse que houve dificuldade para avaliar por conta das Notificações, que deveriam ser revistas, pois os casos notificados sobre as metas não condiziam com o que foi realizado. Sobre a Resolução 487 do CNS, de 2013, solicitou integração de Hepatites Virais no nome da CIADAIDS. Comentou que a Comissão ficou de fazer adequação da Resolução 441 do CNS, de 2011, que trata das prioridades da tuberculose a nível mundial. Considerou que a reunião foi bem positiva, pois os membros da Comissão conseguiram separar o debate de AIDS, hepatites e tuberculoses. Falou que depois a comissão deve apresentar as demandas no Pleno. Conselheira **Maria Arindelita Nunes de Arruda** reclamou que a apresentação da CIRH fica sempre reservada para o segundo dia, no momento em que o Plenário já está esgotado por discussões anteriores. Pediu reconsideração no horário marcado na Pauta de Reunião, pois trata de formação de profissionais de saúde até relações de trabalho. Disse que a Associação Brasileira de Enfermagem realizou o *VII Encontro de Enfermagem da Região Centro-Oeste e Tocantins* nos dias 28 e 29 de agosto, em Brasília. O evento tratou da defesa do SUS e da importância de mobilizar a sociedade para a **15ª Conferência**. Estudantes e enfermeiros solicitaram participação no evento nacional. No dia 30 de novembro a Associação promoverá vigília, que estará aberta a participação da categoria. Terá também acampamento e participação no movimento externo e no primeiro momento da Conferência. Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** disse que a Mesa Diretora analisará o pedido para alteração no horário de apresentação da CIRH. Reconheceu ser válido o apelo. Mas disse que a organização da pauta é promover reflexão política, no primeiro dia, e ser mais organizativa, no segundo dia. Comentou que participou da *XIII Conferência Iberoamericana de Educação em Enfermagem* (XIII CIENF), que ocorreu no Rio de Janeiro de 4 a 8 de setembro, reunindo

58 mais de 11 países. Conselheiro **Clóvis Boufleur** solicitou Reunião Extraordinária da CISI em outubro
59 para subsidiar o GT criado para discutir a *Política de Saúde Indígena*. Sugeriu reunião um dia antes,
60 pois parte dos membros da CISI compõem o GT. Além disso, conselheiro disse que a Comissão possui
61 três propostas de Recomendação. Pediu que o Pleno lesse as propostas com antecedência. Terminou
62 lamentando a morte do indígena Simeão Vilhalva, da tribo Guarani-Kaiowá, do Mato Grosso do Sul, no
63 dia 1º de setembro. Segundo Clóvis Boufleur, diante da omissão e da letargia do Estado, os indígenas
64 retomaram as terras reservadas para a tribo, porém, ocorreu processo de violência desigual, flechas
65 contra armas. Solicitou *Moção de Repúdio* ao fato ocorrido e *Nota de Recomendação* ao governo, ao
66 Ministério da Justiça que continue o processo de mediação dos conflitos indígenas sobre terras.
67 Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** falou para as Conferências Estaduais darem
68 visibilidade também a questão, e espaço para os povos indígenas. Disse aguardar a apresentação da
69 *Moção de Repúdio* para o dia seguinte, que depois seria distribuída nas Conferências do país.
70 Conselheira **Rosangela da Silva Santos** começou falando da *Semana Nacional de Doação de Órgãos*
71 e do *Dia Nacional*, que se comemora no dia 27 de setembro. Comentou que o CNS integra o Grupo de
72 Assessoramento Estratégico (GAE), porém o Conselho nunca foi chamado para participar. O grupo
73 cuida do monitoramento dos transplantes, dos pacientes e das pessoas na lista de espera. Falou ainda
74 que o MS veiculou peça publicitária sobre o tema, mas considerou a campanha "muito tímida" para
75 efetivar a cultura de doação de órgãos. Propôs debate sobre Segurança do Paciente nas Conferências
76 Estaduais. Solicitou também participação de representante do CNS no *I Seminário Internacional sobre*
77 *Segurança do Paciente e Direito*, pois tratará de questões do Direito, que dialogam com a Saúde.
78 Solicitou participação de trabalhador, gestor e usuário do CNS. O seminário ocorrerá na Organização
79 Pan-Americana de Saúde (OPAS), em outubro. Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** pediu
80 para a conselheira passar a programação do evento. Comentou que a pauta de Segurança do Paciente
81 está prevista na pauta de outubro do CNS, entretanto disse que seria bom pensar na composição de
82 representantes da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)
83 do Ministério da Saúde para tratar desse e de outros temas. Conselheira **Rosangela da Silva Santos**
84 esclareceu que o tema envolve a implementação dos Núcleos de Segurança do paciente, de "vital
85 importância" para o controle de infecções hospitalares. Conselheiro **Nelson Mussolini** falou de *Portaria*
86 *Interministerial nº 701/2015*, que trata do aumento de taxas da Anvisa. Afirmou que a alegação é de que
87 já deveria ter ocorrido o aumento anteriormente. Falou que isso vai refletir no consumidor. Os descontos
88 das farmácias devem começar a sumir. Cada R\$ 100 gastos na farmácia, 36% é só para imposto.
89 Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** disse que o Diretor-Presidente da Anvisa, Jarbas
90 Barbosa, foi convidado para participar da reunião de outubro. Nelson Mussolini esclareceu que o
91 problema desse aumento é que vai para os cofres da caixa, e não para a Anvisa aumentar a fiscalização
92 e controle sobre os produtos. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** disse que teria dois *Informes*:
93 primeiro seria sobre a PEC 01, que falaria depois, durante o item reservado à Cofin, e o segundo era
94 sobre a participação da Federação Nacional dos Farmacêuticos na primeira *Conferência Nacional*
95 *Popular em defesa da democracia e por uma nova política econômica*, que ocorreu em Belo Horizonte
96 (MG), com "conjunto significativo de movimentos sociais". As organizações tentaram encontrar um
97 consenso e lançaram um Documento, que segue abaixo. **Manifesto ao Povo Brasileiro** - Vivemos um
98 momento de crise. Crise internacional do capitalismo, crise econômica e política em vários países
99 vizinhos e no Brasil. Correm grave perigo os direitos e as aspirações fundamentais do povo brasileiro:
100 ao emprego, ao bem-estar social, às liberdades democráticas, à soberania nacional, à integração com
101 os países vizinhos. Para defender nossos direitos e aspirações, para defender a democracia e outra
102 política econômica, para defender a soberania nacional e a integração regional, para defender
103 transformações profundas em nosso país, milhares de brasileiros e brasileiras de todas as regiões do
104 país, cidadãos e cidadãs, artistas, intelectuais, religiosos, parlamentares e governantes, assim como
105 integrantes e representantes de movimentos populares, sindicais, partidos políticos e pastorais,
106 indígenas e quilombolas, negros e negras, LGBT, mulheres e juventude, realizamos esta Conferência
107 Nacional onde decidimos criar a Frente Brasil Popular. Nossos objetivos são: 1- Defender os direitos dos
108 trabalhadores e das trabalhadoras: melhorias das condições de vida, emprego, salário, aposentadoria,
109 moradia, saúde, educação, terra e transporte público! Lutamos contra o atual ajuste fiscal e contra todas
110 as medidas que retiram direitos, eliminam empregos, reduzem salários, elevam tarifas de serviços
111 públicos, estimulam a terceirização, ao tempo em que protegem a minoria rica. Defendemos uma
112 política econômica voltada para o desenvolvimento com distribuição de renda. Lutamos contra a
113 especulação financeira nacional e internacional, que transfere para uma minoria, por vias legais ou
114 ilegais, através da corrupção e de contas bancárias secretas, parte importante da riqueza produzida
115 pelo povo brasileiro! Lutamos por uma reforma tributária que – por meio de medidas como o imposto
116 sobre grandes fortunas e a auditoria da dívida – faça os ricos pagarem a conta da crise. 2. Ampliar a
117 democracia e a participação popular nas decisões sobre o presente e o futuro de nosso país. Lutamos
118 contra o golpismo – parlamentar, judiciário ou midiático – que ameaça a vontade expressa pelo povo
119 nas urnas, as liberdades democráticas e o caráter laico do Estado! Lutamos por uma reforma política
120 soberana e popular, que fortaleça a participação direta do povo nas decisões políticas do país, garanta a
121 devida representação dos trabalhadores, negros e mulheres, impeça o sequestro da democracia pelo

122 dinheiro e proíba o financiamento empresarial das campanhas eleitorais! Lutamos contra a
123 criminalização dos movimentos sociais e da política, contra a corrupção e a partidarização da justiça,
124 contra a redução da maioridade penal e o extermínio da juventude pobre e negra das periferias, contra o
125 machismo e a homofobia, contra o racismo e a violência que mata indígenas e quilombolas! 3. Promover
126 reformas estruturais para construir um projeto nacional de desenvolvimento democrático e popular:
127 reforma do Estado, reforma política, reforma do poder judiciário, reforma na segurança pública com
128 desmilitarização das Polícias Militares, democratização dos meios de comunicação e da cultura, reforma
129 urbana, reforma agrária, consolidação e universalização do Sistema Único de Saúde, reforma
130 educacional e reforma tributária! Lutamos pela democratização dos meios de comunicação de massa e
131 pelo fortalecimento das mídias populares, para que o povo tenha acesso a uma informação plural, tal
132 como está exposto na Lei da Mídia Democrática. 4. Defender a soberania nacional: o povo é o dono das
133 riquezas naturais, que não podem ser entregues às transnacionais e seus sócios! Lutamos em defesa da
134 soberania energética, a começar pelo Pré-Sal, a Lei da Partilha, a Petrobrás, o
135 desenvolvimento de ciência e tecnologia, engenharia e de uma política de industrialização nacional!
136 Lutamos em defesa da soberania alimentar e em defesa do meio ambiente, sem o qual não haverá
137 futuro. Lutamos contra as forças do capital internacional, que tentam impedir e reverter a integração
138 latino-americana. Convidamos a todas e a todos que se identificam com esta plataforma a somar-se na
139 construção da Frente Brasil Popular. O povo brasileiro sabe que é fácil sonhar todas as noites. Difícil é
140 lutar por um sonho. Mas sabe, também, que sonho que se sonha junto pode se tornar realidade. Vamos
141 lutar juntos por nossos sonhos! Viva a Frente Brasil Popular! Viva o povo brasileiro! Com o objetivo de
142 defender a soberania nacional, a Frente Brasil Popular fará uma atividade no dia 3 de outubro,
143 aniversário da Petrobrás. Entrou no Calendário dessa Frente, a *Marcha de Abertura da 15ª*
144 **Conferência**. Conselheira **Patrícia Augusta Alves Novo** disse que setembro é o *Mês Mundial da*
145 *Doença de Alzheimer*. Nesse período, a Associação Brasileira de Alzheimer estará discutindo, em suas
146 19 sedes regionais, a necessidade de criar política integrada sobre as questões da demência, epidemia
147 que assola o mundo todo, mas ainda é um tema menosprezado. Comentou que há impacto social e
148 custos gerados por processos demenciais. Conselheira **Lenir Santos** apresentou notícia sobre o Projeto
149 de Lei nº 13.019/2014, que era para ter entrado em vigor em julho, mas foi suspenso. O Deputado
150 Eduardo Barbosa (PSDB/MG), está propondo alteração nessa lei para que o Regime de
151 Complementariedade nos sistemas de saúde seja excluído na incidência da lei. Disse que a lei é de difícil
152 implementação e causará transtornos para entidades sem fins lucrativos. Comentou que quase a
153 metade da complementariedade dos serviços públicos é de serviços privados sem fins lucrativos. Sugeriu
154 ao CNS convidar especialista na lei para esclarecer os principais pontos. De 14 a 16 de outubro
155 ocorrerá, em Curitiba (PR), o *7º Congresso Nacional de Síndrome de Down*. Encerrou parabenizando o
156 Fantástico por série de cinco programas dedicada ao tema. Conselheira **Oriana Bezerra Lima** disse
157 que no dia 9 de setembro se comemora o *Dia do Veterinário*, que previne a saúde das pessoas no
158 controle e vigilância das zoonoses e endemias. Conselheiro **José Anibal Machado** falou sobre o *3º*
159 *Congresso Internacional de Segurança do Trabalho e Meio Ambiente, Direito e Saúde*, que ocorreu de
160 24 a 28 de agosto, na Faculdade de Direito da USP. Conselheiro foi ao evento representando os
161 usuários do CNS, além de outros conselheiros representando outros segmentos. O ministro-chefe da
162 Secretaria-Geral da Presidência Miguel Rossetto debateu Terceirização e Política Externa e o ex-
163 ministro Celso Amorim falou sobre a importância do Mercosul. Comentou que a Presidente do CNS
164 esteve também presente e falou sobre as questões defendidas pelo Conselho, além de falar também da
165 **15ª Conferência**. Como presidente do Conselho de Saúde de Caxias do Sul (RS), disse ter visitado
166 outros Conselhos de Saúde para divulgar a Conferência. Descobriu que há gestores que não levam
167 documento para os Conselhos e querem aprovar projetos do MS sem discussão com os conselheiros.
168 Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, reiterou que o evento realizado em São Paulo, na
169 USP, foi espaço de análise das condições de trabalho em várias áreas. Foi uma semana de grande
170 reflexão política, mas sem alinhamento/estratégia de intervenção. Conselheira **Verônica Lourenço**
171 comentou que participou do *II Seminário Nacional de Lésbicas Negras e Bissexuais (SENALE)*, de 28 a
172 30 de agosto, em Curitiba (PR), organizado por várias redes nacionais e que teve como anfitriã a Rede
173 de Mulheres Negras do Paraná. Falou que no dia 18 de novembro ocorrerá em Brasília a *Marcha das*
174 *Mulheres Negras contra o Racismo, a Violência e pelo Bem Viver*, que luta pelo fim do racismo e
175 sexism contra mulheres lésbicas, negras e bissexuais, e pelo fim da ditadura da estética da mulher
176 europeia branca. Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, falou que, nos dias 10 e 11 de
177 agosto, ocorreu a *5ª edição da Marcha das Margaridas*, realizada pela Contag, feita em parceria com o
178 movimento feminista e o movimento de mulheres. Vieram aproximadamente 55 mil mulheres para
179 Brasília, sendo que a maioria era camponesa. Foi importante a resposta obtida pelo governo federal de
180 que mulheres beneficiadas pelo *Minha Casa, Minha Vida* possam ter quintais produtivos. Outra resposta
181 foi o comprometimento do MS, junto ao Conass e Conasems, para ampliar o atendimento das
182 camponesas na prevenção do câncer de colo de mama e de útero. Comentou que havia *Informes* das
183 Conferências Estaduais, todavia repassaria aos conselheiros essas informações no dia seguinte,
184 durante o debate sobre a **15ª Conferência**. Conselheira **Paula Johns** disse que representa o CNS no
185 GT 1346/2014, da Anvisa sobre inclusão produtiva na agricultura familiar. Comentou que o processo

186 está sendo “muito interessante”, de aproximação de discurso entre Agricultura Familiar e Vigilância
187 Sanitária. Por último foi apresentado folheto informativo *Orienta Psici*, produzido pela Associação
188 Federal de Psicologia, distribuído em seguida para todos os conselheiros. Logo depois, Secretário
189 Executivo do CNS, **José João Palma**, avisou que todos os conselheiros receberiam uma folha para
190 colocar sugestão de data de viagem, e deveriam entregar a folha preenchida ao CNS até o dia seguinte,
191 para emissão de passagem, pois o novo prazo é de 30 dias de antecedência. SOLICITAÇÕES:
192 Conselheiro **Clóvis Boufleur** solicitou Reunião Extraordinária da CISI em outubro para subsidiar o GT
193 criado para discutir a *Política de Saúde Indígena*. Conselheiro **Rodrigo Pinheiro de Souza** solicitou
194 integração de Hepatites Virais no nome da CIADAIDS. Conselheira **Lenir Santos** Sugeriu ao CNS
195 convidar especialista para esclarecer os principais pontos do Projeto de Lei nº 13.019. Conselheira
196 **Rosangela da Silva Santos** propôs debate sobre Segurança do Paciente nas Conferências Estaduais e
197 solicitou participação de conselheiros nacionais de saúde no *I Seminário Internacional sobre Segurança*
198 *do Paciente e Direito*. Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** pediu para a conselheira
199 **Rosangela da Silva Santos** entregar à Mesa Diretora a programação do *I Seminário Internacional*
200 sobre Segurança do Paciente e Direito, e comentou que a pauta de Segurança do Paciente está
201 prevista dentro da pauta de outubro do CNS. Conselheira **Maria Arindelita Nunes de Arruda** pediu
202 reconsideração no horário marcado para a CIRH na pauta de Reunião Ordinária do Conselho.
203 Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** disse que a Mesa Diretora analisará o pedido para
204 alteração no horário de apresentação da CIRH. **ITEM 02 – EIXO V - GESTÃO DO SUS E MODELOS**
205 **DE ATENÇÃO À SAÚDE**. Mesa composta por Rogério Carvalho, Secretário de Gestão Estratégica e
206 Participativa do Ministério da Saúde - SGEP/MS; Jurandi Frutuoso Silva, Secretário Executivo do
207 Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS; Marcelo Bósio, Diretor Administrativo do
208 Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS; Gastão Wagner de Sousa
209 Campos, do Departamento de Saúde Coletiva - Unicamp, e da Abrasco. Coordenação: Maria do
210 Socorro de Souza. O item teve início com a apresentação de **Rogério Carvalho**, Secretário de Gestão
211 Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde. Falou ter sido aluno de Gastão Wagner na Unicamp
212 e que a passagem pela universidade fez com que passasse a ver os Modelos de Atenção à Saúde
213 como compostos por Universalidade, Integralidade e Descentralização, também princípios
214 constitucionais que garantem o funcionamento do SUS. Comentou que não há inocência na divisão de
215 poder dos três entes federativos, pois há autonomia administrativa e financeira. **Gestão do SUS e**
216 **Modelos de Atenção à Saúde** - Variáveis: Universalidade; Universo; Integralidade; Padrão de
217 Integralidade; Necessidades de Saúde; Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde;
218 Descentralização; Estratégia de Produção; Capacidade de Oferta e Produção; Responsabilidade
219 Sanitária; Oferta e Produção de Serviços – SUS; Contrato Organizativo de Ação Pública – COAP;
220 Avaliação de Qualidade, Efetividade e Auditoria. Universalidade = Um Direito. Universo = População
221 própria + População referenciada para cada ação no território - População beneficiária da Saúde
222 Suplementar. “Conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos & curativos, individuais &
223 coletivos, que atendem os sujeitos na integralidade.” Padrão de Integralidade - considera a localização
224 geográfica e a escala populacional; deve ser debatido com CONASS, CONASEMS, Justiça e órgãos de
225 controle, e homologado no Conselho Nacional de Saúde; deve referenciar igualmente os sistemas
226 público e suplementar – a diferença estará nos contratos; dá origem à Relação Nacional de Ações e
227 Serviços de Saúde (RENASES), que é o retrato do momento; define a entrega do SUS, permitindo o
228 Planejamento. Padrão de Integralidade X Padrão de Uso X Universo = Programação Geral de Ações e
229 Serviços de Saúde. A referência de uso de determinado Padrão de Integralidade multiplicada pelo
230 universo define a Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS), ideal para atender às
231 necessidades. Descentralização - Obriga que a produção se dê próximo ao consumo, organizada em
232 redes municipais e/ou regionais. Impacta a gestão porque cria 5.600 operadores sistêmicos (municípios,
233 estados, União e suas agências). Financiamento/Critérios de Rateio - Necessidade de Saúde.
234 Capacidade de oferta e Produção e Necessidade de Investimento. Desempenho de Efetividade (técnica
235 e financeira). Necessidades de Saúde - Índice de ajuste per capita baseado na situação
236 socioeconômica, demográfica, geográfica e epidemiológica. Capacidade de Oferta e Produção e
237 Necessidade de Investimento - Operação sistêmica expressa na responsabilidade sanitária
238 representada pela oferta disponível e pela necessidade de oferta para atender integralmente a PGASS.
239 Responsabilidade Sanitária - compromisso de Oferta/Entrega se expressará por meio da PGASS para o
240 universo de cada operador; investimento para atingir atendimento das necessidades de saúde no
241 território; compromisso com regras (acesso, financiamento, normas sanitárias, complexo regulatório;
242 Indicadores). Contrato Organizativo de Ação Pública - Expressa a complementariedade de todas as
243 responsabilidades sanitárias. **Rogério Carvalho** ressaltou ser preciso definir os objetivos a serem
244 alcançados nas ações e serviços de saúde. Em cada região, há municípios com oferta maior de serviços
245 disponível à população usuária do SUS. Afirmou que não existe saúde fora da interação trabalhador-
246 usuário-serviço. Disse que a responsabilidade sanitária é o componente que cada ente assume de
247 compromisso de entrega de ações e serviços de saúde, garantindo a atenção integral à população.
248 **Gastão Wagner de Sousa Campos** falou em seguida. Afirmou que o SUS é patrimônio nacional, não
249 pertence a partidos. Ressaltou, porém, que há problemas para repensar, como organizar melhor a Rede

250 de Atenção Básica e de Vigilância a Saúde. Falou que cerca de 60% dos países têm políticas
251 semelhantes ao Sistema Único de Saúde. E que aqui no Brasil há conflito de interesses; em nome das
252 necessidades de saúde, se defende interesses corporativos, mas deveria ser defendida a "Constituição
253 Cidadã". Afirmou ainda que os gestores têm dificuldade em ter empatia com boa parte da sociedade
254 brasileira. Há problema de sustentabilidade nas Redes de Atenção Básica e em hospitais que acabam
255 desconstruídos. Disse que o Brasil deveria ser mais solidário e dobrar os recursos do SUS. Falou ainda
256 que há consenso de que se gasta muito na Previdência Social, com trabalhador, e não com saúde
257 pública. Afirmou que a luta por mais recursos "só terá simpatia da população ao se juntar com modelos
258 de atenção". Enfatizou a importância de repensar os ambulatórios, criar Centros de Referência de
259 Especialidades e descobrir as necessidades de cada região. Comentou que existe hoje a fragmentação
260 interfederativa, e entre a administração direta e a privada porque o Estado não sofreu reforma. As que
261 ocorreram foram pontuais. Conselhos de Saúde e parcerias tripartites são formas de integração.
262 Defende a carreira do SUS sistêmico, com concursos no âmbito municipal, estadual e federal. E como
263 na maioria dos hospitais a gestão é estadual, acha que a integração deveria ser regional. Presidente do
264 CNS, **Maria do Socorro de Souza** propôs que os conselheiros revissem a Proposta de Diretrizes sobre
265 este debate no Documento sobre a **15ª Conferência** e deu boas vindas ao novo conselheiro de saúde
266 Vinícius Ximenes, diretor de Desenvolvimento da Educação em Saúde do Ministério da Educação
267 (MEC). Também agradeceu as presenças dos Coordenadores de Plenárias e Presidentes de Conselhos
268 de Saúde Raimundo Brito e José Teófilo Cavalcante, ambos do Piauí; Dhiony Lima, do Acre; Francisco
269 Silva, de Alagoas; Pedro Gonçalves, do Pará; e Lourdes Machado, de Minas Gerais. Em seguida, foi
270 dada a palavra ao convidado **Jurandi Frutuoso**, do Conass. Disse que enquanto o Conass e o
271 Conasems pensam em novas ações, os gestores têm que continuar agindo. Enfatizou que a
272 Conferência é o momento que todos têm para se "debruçar sobre o sistema de saúde que se tem e
273 aonde se quer chegar". Disse ser preciso ouvir ideias novas nas Conferências Estaduais. E que este
274 novo olhar mostra pessoas reflexivas, mais maduras e, após a realização da **15ª Conferência**, diante da
275 oportunidade, se construa novo sistema no governo brasileiro. Disse que a gestão está preocupada com
276 o momento atual, do sistema que está em regressão, em "dificuldade gritante". Mas reconhece ter
277 acompanhado a evolução do SUS, entretanto ressaltou que o modelo tem que atender o que foi posto
278 na CF. Falou que as Secretarias de Saúde devem ter governança, com reformas constitucionais fortes,
279 agregando recursos de vários municípios. Disse que os Contratos Organizativos de Ativação Pública de
280 Saúde (COAPS) só foram efetivados no Mato Grosso do Sul e no Ceará. Falou que o Sistema de
281 Regulação também não é efetivo. Afirmou que o federalismo brasileiro é "competitivo, muitas vezes, e
282 solidário, à força". Disse que o dinheiro do BNDES poderia efetivar as Regiões de Saúde do Brasil para
283 construção de bons hospitais, rede de laboratório, transporte sanitário. Deve-se dar aos entes a mesma
284 responsabilidade, e estados devem aumentar a colaboração com municípios. Mas ressaltou que no
285 cenário nacional há crise política, econômica e fiscal. Assim, o Cosems sugere federalismo competitivo
286 e interestatal, para garantir transferências fundo-a-fundo. Afirmou que o eixo sobre Gestão e Modelos de
287 Saúde é um dos mais importantes da **15ª Conferência**. Logo depois, a palavra foi dada ao **Marcelo**
288 **Bóbio**, Diretor Administrativo do Conasems. Falou ter satisfação em integrar a Mesa de Debates, pois já
289 tinha lido textos do professor Gastão Wagner e ouvido elogios a Presidente do CNS, Maria do Socorro
290 de Souza. Afirmou que a gestão é tema sempre instigante. Disse que a Constituição "acomodou o que
291 ocorria no setor saúde e o que se queria". E desde então foram feitas acomodações em todas as áreas.
292 E questionou: Por que ocorre a terceirização, o não controle sobre medicamentos, e tanta ação judicial?
293 Respondeu dizendo que isso ocorre porque nada foi alterado. Disse que o sistema deve atender
294 necessidades e dificuldades impostas no dia a dia, pois há diferenças no Brasil que mostram o "abismo
295 entre as realidades". Como se regula a formação, a indústria farmacêutica, a indústria de
296 equipamentos? Como sair de interesses particulares, de mercado, para ser justo com a população?
297 Falou que mesmo que se quadriplique o orçamento vai faltar dinheiro, pois não se chegou a
298 entendimento de como deve ser feito a distribuição da verba. Afirmou que acomodações e ajustes são
299 feitos na Constituição que ajudam o sistema a avançar, porém geram ameaças para o sistema.
300 Comentou que hoje a gestão é política. Essas questões impõem aos gestores municipais desafios,
301 inovações e criatividade para dar respostas qualificadas à população. Disse ser preciso organizar
302 sistema de saúde que atenda as necessidades, seguindo diretrizes para mudar o modelo atual.
303 Enfatizou também a importância de promover transparência e solidariedade entre gestores,
304 trabalhadores e usuários, e o compromisso de criar sistema mais equânime, para garantir o
305 cumprimento da Constituição. Em seguida, começaram as *Intervenções*. Conselheira **Lenir Santos**
306 disse que a saúde tem três F: Funcionamento, Financiamento e Futuro, com planos de longo prazo.
307 Gostou de ouvir o professor Gastão Wagner falar que um país deve se orgulhar do sistema de saúde
308 somente quando tiver a melhor atenção primária possível, com recursos suficientes. Comentou que dos
309 novos recursos que se pede para a saúde, 40% devem ser reservados para a Atenção Primária, que
310 atualmente deve ter ao redor de 15% do orçamento total. Acha que a prevenção deveria ser ação
311 prioritária, e considera Região de Saúde um grande espaço no sentido cooperativo e solidário, sem ferir
312 o sistema federativo. Propõe governança regional para facilitar os serviços de saúde. Além de
313 subfinanciamento, disse ser preciso ter planos para o futuro, debater sobre aonde se quer chegar.

314 Conselheiro **Dalmare Anderson** considerou a Mesa “positiva” para análise sobre o tema. Acha que o
315 sistema de saúde está estagnado. Considera que o principal desafio é o financiamento, e por isso
316 sugere ajuste tributário progressivo. Disse ser preciso mostrar à população que o SUS é para atender a
317 todas as classes, e não só a população mais pobre. Ressaltou a importância de colocar os profissionais
318 residentes em treinamento, fazendo especialização. Disse ser de Sergipe, como o Rogério Carvalho, e
319 que se lembrava da gestão no estado, porém comentou que tudo que foi construído não existe mais.
320 Logo depois, Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** agradeceu a presença de Ivanilson
321 Mendes Carvalho, do Conselho Municipal de Natal (RN). Conselheiro **Renato Barros** parabenizou a
322 Mesa e disse que o debate poderia ser feito durante a tarde toda, pois se trata de “dívida histórica” com
323 a organização do SUS. Gostou das provocações feitas pelos palestrantes. Considerou interessante e
324 oportun a possibilidade de carreira nacional, porém disse ser impossível quebrar o pacto federativo.
325 Acha que deveria ser criada Lei Complementar para quebrar essa estrutura. Falou que a **15ª**
326 **Conferência** tem o papel de discutir essa carreira histórica e fazer a real mudança de poder. Comentou
327 que o Sistema de Auditorias não tem funcionalidade, mas deveria ter. Como ter uma lei amparando e
328 impedindo a terceirização do sistema? Conselheiro **Marlonei Santos** disse que o discurso do professor
329 Gastão Wagner estava de acordo com 90% da opinião dos médicos. Aproveitou a ocasião e convidou o
330 professor para participar de *Seminário da FENAM*. Falou que, perpassando governo, ideologia e partido,
331 a gestão estava sendo incompetente e ignorante. Falou que médicos têm denunciado há muito tempo o
332 foco na Atenção Básica, pois “a Federação Nacional de Médicos não esquece a sua responsabilidade
333 social”. Disse ser preciso ter mais hospitais e atendimento secundário. Disse que a proposta de piso
334 para carreira médica foi vetada durante os governos Itamar Franco e Fernando Henrique Cardoso, por
335 pressão de prefeituras, e estados. Conselheira **Eurídice Almeida** disse que o tema é recorrente dentro
336 das instituições públicas, especialmente nos hospitais universitários. E, dentro da grade curricular e das
337 Residências Médicas que, mesmo com empresas para dar resolutividade, estão tendo o resultado
338 contrário e o maior prejudicado é a população brasileira. Servidores públicos federais, estaduais e
339 municipais pedem a instituição dos planos de saúde. Comentou que a FASUBRA Sindical tem
340 *Resolução* em defesa do SUS, mas ressaltou que não se refere ao SUS que está em vigor, com
341 desmandos praticados. Falou ainda que existem “apêndices que devem ser tratados” no Sistema Único
342 de Saúde. Como o CNS é órgão deliberativo, pediu que as Resoluções fossem respeitadas pelo
343 controle social. Também ressaltou a criação de projeto do SUS voltado para todos os brasileiros, a partir
344 da formação do profissional de saúde. Conselheira **Luciana Silveira Bernardes** disse que o debate é
345 oportuno, pois “defender o SUS hoje é defender a soberania nacional”. Comentou que a crise atual do
346 país é política e econômica. Disse que hoje é preciso considerar o movimento da sociedade contra o
347 SUS, financiada pelo capitalismo financeiro e manipulada pela mídia. Porém há outra força em defesa
348 da soberania e da democracia. Afirmou que o SUS só avança quanto mais democrático o país for
349 porque o “sistema é de todos e de todas”. Disse ser preciso reconhecer os avanços do SUS e das
350 políticas públicas. Falou para o movimento social focar na defesa do SUS e da democracia. Conselheira
351 **Michely Rodrigues** considera positiva a proposta de o Pleno debater mais amplamente os Eixos da **15ª**
352 **Conferência**. Acha que anular as diferenças na entrega de serviços de saúde não está correto, pois as
353 diferenças são vigentes e as pessoas da população negra não conseguem acessar o sistema com
354 regularidade. Mulheres negras morrem por estarem grávidas, sendo que não estão doentes. Há
355 dificuldades nos municípios, mas a Lei Complementar 141 é grande conquista na efetividade financeiro-
356 orçamentária, pois traz a perspectiva da equidade. Conselheira considera que a lei avança mais porque
357 trata das diferentes condições de vida das pessoas e reconhece as necessidades específicas dentro
358 das Regiões de Saúde. Comentou que os piores indicadores de saúde estão nas regiões aonde tem
359 maior contingente populacional de pessoas negras, e não ocorre o envelhecimento suficiente nesses
360 lugares para tratar da demência, por exemplo. Entretanto, reconhece investimento do governo no
361 combate às drogas, mas não em saúde mental nessas regiões. Propõe diálogo sobre ampliação da
362 Atenção Primária e para vida longa, com saúde, sem racismo. Usuários e organizações sociais
363 apresentam demandas aos gestores, e pensam juntos em estratégias para atendê-las, porém não
364 recebem muito retorno. Conselheiro **André Luís Bonifácio de Carvalho** disse que “as falas foram muito
365 importantes, pois todos os quadros fluem para um leito único, incondicionalmente a defesa do sistema e
366 respeito às conquistas constitucionais”. Disse ser preciso respeitar a “regra do jogo” em país federativo,
367 tomando cuidado ao propor mudanças em estruturas organizativas. Disse ser importante valorizar
368 conjunto de avanços fundamentais para a sociedade brasileira para não “entregar o ouro aos bandidos”.
369 E ressaltou a ousadia do governo federal de 10 anos em adotar avanços sociais como bandeira,
370 incluindo 30 milhões de brasileiros no debate sobre diferenças sociais, o que acabou “pressionando” o
371 sistema. Falou que o sistema é eficiente com o orçamento que possui, e que os pesquisadores sabem
372 disso. Afirmou que o governo teve coragem de regular as profissões, assim como promoveu Regulação
373 em Processos de Organização do Estado. Mudança do perfil epidemiológico, e aumento de obesidade e
374 da violência “pressionam o sistema”. Assim, disse não adiantar ter mais dinheiro se esses problemas
375 não forem enfrentados. Conselheira **Alessandra Ribeiro de Sousa Ribeiro de Sousa** disse ser
376 importante a discussão sobre os Modelos de Gestão nesse momento de construção da **15ª**
377 **Conferência**. Disse que, quando se fala que em 13 anos de governo aumentaram os recursos de R\$ 30

378 milhões para R\$ 100 milhões, é preciso reconhecer que aumentou também a gestão terceirizada e a
379 rotatividade dos trabalhadores. Tudo isso distancia a sociedade da possibilidade da carreira única no
380 SUS. Disse ser preciso “pegar o SUS institucional e efetivá-lo”, com mais recursos e gestão direta do
381 Estado. Questiona: Como continua o investimento nessas formas de gestão terceirizada? Conselheiro
382 **Ronald Ferreira** disse que o centro da disputa colocada na sociedade é o enfrentamento de ideias e
383 valores, permitindo avanços e recuos. Comentou que todos ficaram chocados com a imagem do garoto
384 sírio Aylan Kurdi e com a foto da cinegrafista húngara dando rasteira em criança emigrante na Europa.
385 Esses fatos representam ideias atrasadas, intolerância, ódio e falta de solidariedade, que “permeiam
386 todos os campos”. Por isso não se pode abstrair do momento vivido pelo Brasil, e pelo mundo. Esse
387 conjunto de valores ameaça o SUS. Disse ser preciso reafirmar o conjunto de construções e conquistas
388 brasileiras que estão “seriamente ameaçadas”. Conselheiro afirmou que o SUS regula, executa e
389 controla, traduzindo a responsabilidade do Estado na redistribuição de riqueza. Há necessidade de unir
390 as posições divergentes na discursão de gestão para fazer o enfrentamento na sociedade. Conselheiro
391 **Jorge Venâncio** disse que em 2015 houve aumento no pagamento de juros, e que no ano passado
392 foram pagos, “na boca do caixa”, R\$ 315 bilhões, que equivale três vezes o valor do orçamento do
393 Ministério da Saúde. Este ano a previsão é de R\$ 450 bilhões, equivalendo a 4,5 vezes o valor do
394 orçamento do MS. Em cima disso, soma-se a desoneração de R\$ 150 bilhões do orçamento da saúde,
395 que atingiu o fundo de participação dos estados e municípios. Desta forma, o SUS ficou “estrangulado”
396 financeiramente. Para o conselheiro, o objetivo central da política de ajuste fiscal é elevar o lucro dos
397 bancos. Mesmo com crise financeira, no primeiro trimestre subiu 25% o lucro dos bancos, e 40% o
398 semestre inteiro. Acredita que esta é a questão central a ser superando, dizendo que enquanto os
399 bancos governarem, não haverá democracia. Conselheira **Márcia Patrício de Araújo** disse ter sido
400 contemplada pela fala da conselheira Luciana Silveira Bernardes quando disse que existe “ameaça à
401 desconstrução do SUS”. Disse ter aprendido muito com a fala do professor Gastão Wagner sobre a
402 regionalização. Citou o Espírito Santo, aonde existe um partidarismo “muito grande” e entraves à
403 regionalização. Existe possibilidade de concurso público para contratação de gerências e o novo
404 Secretário de Saúde disse que esta questão é prioridade na agenda. Espera que o novo modelo
405 aconteça, de fato. Em relação à atenção à Rede de Cuidados com as pessoas com deficiência, disse
406 que alguns municípios não pactuaram o plano *Viver sem Limites*. Alguns recursos não foram utilizados,
407 e cerca de 14 milhões de pessoas ficaram sem ser assistidas na Atenção Básica. Gostaria de saber
408 como essa questão será tratada no novo modelo. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** comentou que
409 os palestrantes colocaram o usuário no “centro do debate”. Disse que o Brasil é Estado laico, porém
410 “sem milagre” não vai conseguir servir a toda a população. Disse que foi colocado também que a gestão
411 dos Centros de Educação Permanente de Saúde (CEPS) deve ficar a cargo dos técnicos, entretanto
412 ressaltou que não há formação de gestores nas escolas. Vive-se hoje o debate ideológico da saúde, que
413 se tornou mercadoria, como “qualquer outra”. Afirmou que a crise política é para conter os excessos da
414 classe trabalhadora, que usa a corrupção para conter o avanço dos direitos dos trabalhadores. Disse
415 que em Uberlândia (MG), o Judiciário está “a serviço de um lado”, tentando “barrar” concurso público
416 para devolver às Organizações Sociais de Saúde (OSS) o controle dos serviços de saúde. Conselheira
417 **Rosangela da Silva Santos** disse que há crise na Auditoria por envolvimento do Departamento
418 Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) e por terem poucos auditores. Além disso, ressaltou que, à
419 luz da economia da saúde, o financiamento não deve aumentar o gasto, mas reduzir os custos, com
420 metas de redução de agravo e carga de doenças, pois disse que são mais caras do que o investimento
421 na atenção básica. Comentou também sobre incentivos à produção, pedindo mais transparência ao
422 “inverso disso”, nos prejuízos gastos com hospitalizações e Assistência Farmacêutica, pois disse que ao
423 se aprovar medicamentos mais caros, “alguém vai ficar sem alguma coisa”. Disse que a regulação de
424 vagas deveria ser auditada, pois trabalhou em hospital com vários leitos vazios. Comentou que o país
425 gasta muito com importação de insumos. Ressaltou a importância da participação efetiva do usuário no
426 SUS, por meio da *Carta SUS*, que deveria ser documentada e depois apresentar os dados à sociedade.
427 Conselheiro **Vinícius Ximenes Muricy Rocha** parabenizou as falas por apontarem o lugar da saúde
428 perante os desafios políticos. Enxerga a história brasileira sofrendo o dilema de centrar ou
429 descentralizar políticas e gestão, que outros países já enfrentaram. Por isso solicitou propostas já
430 implementadas com sucesso em outros lugares. Gosta da ideia de pensar e renovar os processos,
431 seguindo o modelo da Reforma Sanitária, de propostas inovadoras agrupadas em um movimento,
432 dentro de movimento maior de democratização do país. Explicou que setores sociais se uniram em
433 movimento de contrarreforma e o controle social deve lutar para conter e diminuir a agressividade desse
434 movimento. Conselheira **Verônica Lourenço** disse que o controle social quer mexer em problemas
435 estruturais, mas é complicado porque é preciso também “apagar o fogo”. Considera ousadia as Políticas
436 dos Serviços Públicos de Saúde abandonarem os cargos de confiança e passarem a ter outra estrutura,
437 mas acha que isso será um “longo percurso”. Considera que “falta seriedade” na gestão dos recursos.
438 Acredita que o controle social deve ser mais forte em municípios menores, e isso é um passo inicial para
439 a mudança estrutural. Conselheiro **Wanderley Gomes da Silva** disse que, após a exposição da Mesa,
440 gostaria de reforçar preocupação de ordem política. Considera que está colocada na sociedade
441 brasileira a divisão entre o que temos e o que vamos ter em relação à política de saúde. Comentou que,

442 diante das contradições internas, as forças conservadoras tentam tirar do Estado a hegemonia dessa
443 política. Questionou: quem ganha a disputa: o Estado ou o mercado? Acha que a defesa do SUS passa
444 pela gestão de qualidade, pelo financiamento, e por novo Projeto Nacional de Desenvolvimento. Acha
445 que a “viés neoliberal que opera na política da saúde através do mercado” será derrotada com o
446 *Lançamento Nacional em Defesa do SUS*, reforçando o SUS como patrimônio do povo brasileiro. Acha
447 que o debate deve estar cada vez mais politizado e sintonizado com a conjuntura nacional. Afirmou que
448 a defesa do SUS passa pelo projeto de nação. Conselheiro **Haroldo Pontes** falou que o modelo do SUS
449 tem em sua estrutura ideias para serem aprofundadas e mantidas, como integralidade, equidade e
450 controle social. Falou que as mudanças ocorridas em 1988/1990 representaram ruptura nos conceitos e
451 no modo de vida do brasileiro. É preciso reconhecer os avanços, mas também as dificuldades para fazer
452 debate crítico. Acha que a **15ª Conferência** representará peça de resistência em defesa da democracia
453 e dos avanços obtidos no setor. Além disso, acredita que será oportunidade para construção de modelo
454 de monitoramento do sistema. Conselheira **Maria Laura Bicca** disse esperar que os Modelos de
455 Atenção à Saúde, apresentados durante a reunião, se concretizem na prática. As experiências que
456 foram feitas no SUS permitiram muito extravio de dinheiro, que acabou ocasionando mortes no caminho.
457 Disse ser importante encarar como meta modificar essa situação. Entretanto ressaltou que nem sempre
458 o gestor tem pleno controle do que ocorre no município. Presidente do CNS, **Maria do Socorro de**
459 **Souza** aprova a posição do MS de preferir atender a todos a limitar e atender a uma minoria, mesmo em
460 período de crise. Entrega de serviços e ações de saúde devem ser articuladas com Responsabilidade
461 Sanitária e Planejamento de Ação Pública, assim como com Contratos Organizativos de Ação Pública
462 de Saúde (COAPS). Entretanto, espera que os gestores não fiquem somente no repasse de recursos e
463 no cumprimento de Metas. Não aprova o abono por rendimento, pois têm locais que se tivessem mais
464 autonomia o resultado seria melhor, e acha que a efetividade dos serviços poderia ser avaliada de outra
465 forma, e com a participação da população. Logo depois, foi dada a palavra aos palestrantes. **Gastão**
466 **Wagner de Sousa Campos** agradeceu o convite para o debate e concorda com a posição de que é
467 preciso um projeto único para criar Plataforma Comum, como ocorreu em 1986 na **8ª Conferência**, que
468 acabou desembocando no SUS. Se ficar só na resistência, sem apresentar o que se quer, fica difícil
469 articular e conseguir apoio de quem deseja mudanças. Para o professor, fazer política é ter correlação
470 de forças. Disse que um terço da sociedade brasileira é solidária, porém essas pessoas estão dispersas
471 e os representantes no Congresso não estão “representando a sociedade”. Falou que o país avançou
472 no Modelo de Atenção de forma moderada, gradativa e incremental mas, no Modelo de Gestão, houve
473 poucos avanços, pois ainda há muitos cargos de confiança. Considera medida estratégica ter política de
474 pessoal decente no SUS. Como unificar e manter a singularidade? Quanto à construção da equidade,
475 acha que depende “da gente”, do controle social, pois afirmou que mulheres, negros e indígenas são
476 muito desrespeitados por desigualdade de poder. **Marcelo Bósio** agradeceu a oportunidade de
477 representar o Conasems na Mesa e disse que, como Secretário de Saúde de Canoas (RS), participa
478 semanalmente de reunião com a gestão do hospital, acompanhando Contratos, Diretrizes,
479 Investimentos, Protocolos e Modelos de Atendimento, pois isso tudo é estratégico. Afirmou que o gestor
480 precisa participar, mas considera um atraso a terceirização na gestão, desconstruindo avanços já
481 obtidos. Acha que a gestão municipal se qualificou e isso deve ser valorizado. Há um teto máximo de
482 financiamento na gestão nacional e estadual e teto mínimo na gestão municipal. Reconhece que é
483 preciso avançar na *Política de Recursos Humanos* para melhorar a assistência à população. No
484 **Congresso do Conasems** foi elaborada a *Carta de Goiânia*, com proposta de Diretrizes e Debates, que
485 pode ser acessada no site do Congresso. O documento completo segue abaixo. **Carta de Goiânia –**
486 **Associação Brasileira de Saúde Coletiva** - Nós, pesquisadores, docentes, estudantes, profissionais e
487 militantes da Saúde Coletiva, reunidos em Goiânia (GO) de 28 de julho a 1º de agosto de 2015, durante
488 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, reafirmamos nossos compromissos com a democracia, o
489 desenvolvimento e o desafio do SUS universal. A década anterior, de melhoria das condições de vida de
490 milhões de brasileiras e brasileiros, nos incitava a apontar os limites e a querer mais: desenvolvimento
491 sustentável, superação das desigualdades históricas, soberania nacional, democracia participativa e
492 políticas universalistas. No entanto, após as eleições de 2014, o governo, diante das pressões do
493 mercado financeiro e da mídia comercial, ao invés dos ajustes necessários para a continuidade do
494 crescimento e da redução das disparidades sociais, promoveu uma reorientação radical da Política
495 Econômica, provocando recessão, desemprego e diminuição de investimentos nas Políticas Sociais. Tal
496 orientação econômica levou ao enfraquecimento da coalizão governista e abriu espaço para facções
497 conservadoras que não se intimidam em destilar sua aversão às instituições democráticas. Na saúde,
498 em que tantas conquistas têm sido alcançadas nos 27 anos de SUS, o período recente tem sido
499 marcado por retrocessos: a derrota do Projeto de Lei de Iniciativa Popular que estabelecia o piso de
500 10% das Receitas Correntes Brutas da União para a saúde, a constitucionalização do subfinanciamento
501 com a Emenda Constitucional 86, aliadas ao reforço da mercantilização e da financeirização da
502 prestação de serviços de saúde com a legalização da abertura de capital estrangeiro, além da proposta
503 de emenda à Constituição (PEC 87/2015) que prorroga a Desvinculação de Receitas da União (DRU)
504 até 2023 e amplia de 20% para 30% o percentual das receitas de tributos federais que podem ser
505 usadas livremente. Ressalta-se ainda a drenagem de recursos para o pagamento de uma dívida pública

506 jamais auditada. O Brasil está, portanto, diante de ameaças concretas à saúde da população, aos
507 profissionais de saúde e à sustentabilidade da proteção social garantida pelo Sistema Único de Saúde
508 (SUS) desde sua criação em 1988. Apesar das inúmeras evidências demonstrando que o sistema que
509 defendemos, solidário e universal, é mais eficiente que o mercantil privado, assiste-se uma
510 reorganização das políticas e práticas em benefício de interesses econômicos particulares. O
511 acirramento da privatização do SUS estende-se à gestão dos serviços e das estruturas públicas, ao
512 crescimento dos gastos privados e aos incentivos para expansão do mercado de planos e seguros de
513 saúde. Ao diminuir os recursos, manter o subfinanciamento e reduzir a oferta pública encoraja-se o
514 privado a ocupar o lugar que o público deve preservar para garantir o direito à saúde. A privatização do
515 SUS, além de aumentar os gastos totais com saúde para a sociedade, constitui um recuo para a
516 qualidade e o acesso, acirra a fragmentação e a exclusão, aumenta as desigualdades, a
517 individualização das demandas e o consumismo de cuidados médicos. A privatização, ao abalar a
518 sustentabilidade financeira do SUS, corói os valores de igualdade, de justiça, de solidariedade que
519 nossa sociedade levou tempo para integrar nas suas instituições e que tem na saúde o maior exemplo
520 de inspiração para políticas e programas universais. Delineia-se um cenário no qual o SUS se
521 restringirá, cada vez mais, a um Sistema de Atenção Básica para os pobres e de resseguro, no caso
522 dos procedimentos de alto custo, para os planos e seguros de saúde privados. Enquanto campo
523 científico e técnico, a Saúde Coletiva cresceu e se fortaleceu desde sua fundação na segunda metade
524 da década de 1970. Temos produzido conhecimento, formado profissionais e acumulado experiências,
525 sempre com espírito crítico e compromisso social. Mas o campo também se encontra sob o risco de
526 retrocessos, a exemplo da precária sustentabilidade dos cursos de graduação em Saúde Coletiva.
527 Criados para atender a expansão dos serviços públicos de saúde, experimentam hoje os impasses de
528 uma conjuntura marcada pela escassez de concursos para sanitários, na contramão da necessidade
529 de profissionalização da gestão da saúde. Aos militantes da Reforma Sanitária, cabe se unir à luta do
530 povo pelos seus direitos. Compete a nós compartilhar com os movimentos populares, democráticos,
531 nacionalistas e socialistas um projeto de desenvolvimento soberano, sustentável e inclusivo. A 15ª CNS,
532 precedida de suas etapas municipais e estaduais, é o espaço privilegiado para a mobilização e o
533 envolvimento da sociedade nesse debate. Devemos exigir a mudança de orientação da política
534 econômica do governo federal, recusando as políticas de ajuste que comprometem as condições de
535 vida e a saúde dos trabalhadores e da população brasileira. Também com veemência, nos
536 manifestamos em defesa da legalidade democrática, contra qualquer ameaça à ordem constitucional.
537 Urge barrar os ataques ao SUS, à universalidade e à igualdade da atenção em saúde; resistir à lógica
538 privatista e reafirmar o direito à saúde como dever do Estado; exigir a extinção da DRU, a recomposição
539 do orçamento do Ministério da Saúde, o fim dos subsídios públicos aos planos privados, a fixação de
540 profissionais de saúde em todas as regiões do país e o investimento tripartite na consolidação das
541 Redes Regionais de Saúde. O documento orientador da 15ª CNS oferece um roteiro de discussões, que
542 pode ser traduzido em orientações para a mobilização popular em prol da saúde e qualidade de vida de
543 todos. Por fim, os pesquisadores e trabalhadores da Saúde Coletiva, colocam à disposição da
544 sociedade seus melhores esforços de reflexão, conhecimento e militância. Não permitiremos o
545 desmonte do SUS e a falência da democracia! Que não ousem tocar no direito à saúde! Nós
546 resistiremos! **Marcelo Bóbio** disse que a crise financeira é oportunidade para quebrar tabus e
547 paradigmas para melhorar o SUS. Secretário de Gestão Estratégica e Participativa do MS, **Rogério**
548 **Carvalho** também agradeceu a oportunidade de integrar a Mesa e logo depois contou sobre a
549 experiência como Secretário de Saúde em Sergipe, quando organizou a carreira dos servidores, com
550 plano de carreira-cargo-vencimento, quase não existiam comissionados, porém a política que foi
551 desenvolvida não conseguiu ser sustentada. Na capital, Aracaju, dois terços eram servidores
552 precarizados, foi feito concurso público, os hospitais deixaram de ser privatizados, mas o problema não
553 foi resolvido. Não é o simples fato de ter carreira e remuneração que muda as coisas. Disse ser preciso
554 algo permanente, colocar sempre os problemas na agenda. Falou que os próprios sindicatos não deram
555 conta de manter a sustentabilidade do que havia sido conquistado, pois os interesses mudam. Disse ser
556 importante legitimar os instrumentos de governança sistêmica. **Jurandi Frutuoso** disse que a crítica é
557 feita para “fortalecer as posições”. Se não for apontar as falhas, o sistema não melhora. Disse ser
558 preciso reconhecer que os gestores do SUS são “gestores da escassez”, porém foram capazes de
559 melhorar indicadores, fazer transplantes, distribuir medicamentos de alto custo, entre outras coisas. A
560 missão do controle social é defender o SUS como Política de Estado. Entretanto, Jurandi Frutuoso disse
561 ser preciso trazer à tona as ideias que forjaram o sistema e criar possibilidade de recomeço, respeitando
562 os direitos constitucionais. SOLICITAÇÕES: Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** propôs
563 que os conselheiros revissem a proposta de Diretrizes sobre o debate referente ao tema da Mesa
564 (**Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde**) no Documento sobre a 15ª Conferência.
565 Conselheira **Michely Rodrigues** Propõe diálogo sobre ampliação da Atenção Primária e para vida
566 longa, com saúde, sem racismo. Conselheira **Eurídice Almeida** pediu para as Resoluções serem
567 respeitadas pelo controle social, pois o CNS é órgão deliberativo. Conselheira **Rosângela da Silva**
568 **Santos** considera importante documentar e depois apresentar os dados à sociedade sobre a
569 participação do usuário no SUS, por meio da Carta SUS. Conselheiro **Dalmare Anderson** sugeriu

ajuste tributário progressivo, pois considera que o principal desafio do setor saúde é o financiamento.

ITEM 03 – CONEP – INFORMES: Eleição; Audiência Pública - PLS 200/2015. Mesa composta por Cláudio Fortes Garcia Lorenzo, Professor da Universidade de Brasília - UnB; Dirceu Greco, Professor da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG; Adriano Massuda, Secretário da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - SCTIE/MS; Rodrigo Stabeli, Vice Presidente de Pesquisa e Laboratórios de Referência, VPPLR/FIOCRUZ; Jorge Venâncio - Coordenador da CONEP/CNS. Coordenação: Nelly Ferreira. Coordenador da Conep/CNS, **Jorge Venâncio** iniciou o item apresentando os dados mais recentes dos Processos analisados pela Conep/CNS. **Protocolos analisados de 2014 a 2015** – Em Reunião Ordinária - Em outubro de 2014 foram 141; em março de 2015, foram 166; e em maio foram 180. Protocolos analisados no âmbito das Coordenações (Enviados erroneamente para a CONEP + *ad referendum*) – Em outubro de 2014 foram 70; em março deste ano, também 70; e em maio outros 70. Total de Protocolos Analisados – em outubro de 2014 foram 211; em março, foram 236; e em maio foram 250. Estoque de Projetos - No dia 13 de agosto - Checagem documental – 42; Aguardando Nota Técnica – 41; Aguardando parecer relator – 78; Aguardando reunião da CONEP – 14; Em finalização – 163; Tramitação em papel – 24. Total sem Devolução – 362. Em devolução – 0. Total com Devolução – 362. **Comparativo de Protocolos de 2013 a 2015** - Em Reunião Ordinária – Em setembro de 2013 foram 75; em maio de 2015 foram 180. Estoque de Projetos - setembro de 2013 – 830; maio de 2015 – 362. **Tempo médio de tramitação de maio a junho deste ano** (48 dias). Maio – 56 dias; junho – 42 dias; julho – 46 dias. Além disso, há as Resoluções Complementares à Resolução CNS 466/2012. *Resolução para regulamentar o Processo de Acreditação dos Comitês de Ética em Pesquisa que compõem o Sistema CEP/CONEP; Resolução sobre as especificidades éticas das pesquisas nas ciências sociais e humanas e de outras que se utilizam de metodologias próprias dessas áreas e Resolução para as pesquisas de interesse estratégico para o SUS.* Conselheiro **Jorge Venâncio** comentou que as duas primeiras Resoluções já passaram por Consulta Pública, quando receberam contribuições, e atualmente estão sendo analisadas nos Grupos de Trabalho. Depois serão apresentadas no 4º Encontro Nacional de Comitês de Ética - ENCEP, nos dias 15 e 16 de outubro, e depois na Plenária da Conep. A expectativa é que terminem o ano já aprovadas. A proposta é acabar com a dupla análise e deixar a análise ser feita somente em um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), ou na CONEP, mantendo a harmonização do sistema. Mas se o Projeto de Lei nº 200/2015 virar Lei, os processos serão destinados para os CEP locais, que terão liberdade para análise. Desta forma, com cerca de 700 CEPs, há possibilidade de surgirem interpretações diferentes, dificultando o trabalho do pesquisador(a), que teria que atender as exigências de cada Comitê. No projeto original o paciente para receber o benefício após a finalização do estudo deveria ter risco de morte ou piora grave, e ausência de tratamento alternativo. Mas depois o termo e foi substituído por *ou*. Segundo o conselheiro, redução de direitos não significa progresso. Ao contrário, acredita que o projeto de lei representa “um retrocesso”. **Projeto de Lei nº 200/2015: Um desserviço à sociedade brasileira** - O sistema CEP/CONEP tem por objetivo proteger os participantes das pesquisas em seus direitos e assegurar que as pesquisas sejam realizadas de acordo com princípios éticos no Brasil. Esse sistema está sendo ameaçado pelo Projeto de Lei 200/2015, proposto no Senado. Esse PL, além de extinguir o atual sistema de análise ética, coloca em risco os direitos dos participantes de pesquisa, conquistados nas duas últimas décadas, ao longo da história do sistema CEP/CONEP, e do Conselho Nacional de Saúde. Também retira dos brasileiros o controle social das pesquisas realizadas no país. Trata-se de um retrocesso sem precedentes que, em última análise, prejudica a sociedade brasileira. A seguir, alguns pontos, para reflexão, a respeito do PL 200/2015: a) perda do direito ao medicamento após o estudo. **Como é agora:** se o uso do medicamento, durante o estudo, mostrar benefício aos participantes da pesquisa, o patrocinador deve fornecer o medicamento de forma gratuita, pelo tempo que for necessário, mesmo tendo encerrado o estudo (Resolução CNN 466/12 - itens III.2.e, III.3.d e III.3.d.1). **Qual a proposta do PL 200:** após o fim do estudo, o participante da pesquisa só tem direito ao medicamento em casos excepcionais. O patrocinador se obriga a dar o medicamento após o estudo apenas na seguinte situação: se a interrupção do medicamento implicar risco de morte ou piora relevante do estado de saúde e que, também, não haja alternativa de tratamento no Brasil. Fora isso, o PL não prevê obrigação do patrocinador continuar fornecendo o medicamento do estudo em caso de benefício à saúde dos participantes da pesquisa (Art. 28). **Consequências da aprovação do PL 200:** os participantes da pesquisa perderiam o direito de receber o medicamento após o estudo, mesmo que esteja trazendo benefício à sua saúde. Apenas em casos excepcionais, o patrocinador ficaria obrigado a dar o medicamento após o estudo. Quem sai perdendo seria o participante, que se submeteria a uma pesquisa, não isenta de riscos, e não teria garantido seu direito de receber o medicamento que lhe trouxe o benefício. b) uso indiscriminado de placebo. **Como é agora:** o placebo não contém o princípio ativo do medicamento (“pílula de farinha”). Às vezes é usado em pesquisas por questões científicas. O Conselho Nacional de Saúde e o Conselho Federal de Medicina permitem o uso de placebo em pesquisas científicas no Brasil, desde que não haja tratamento disponível para determinada doença (Resolução CNS 466/12 – item III.3.b e Código de Ética Médica, art. 106). O Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina proíbe os médicos brasileiros de participarem de estudos quando há tratamento disponível para uma doença. **Qual a proposta do PL 200:** se houver justificativa científica, o

placebo pode ser usado em pesquisas, mesmo quando há tratamento conhecido para uma doença (Art. 27). **Consequências da aprovação do PL 200:** como o PL permite o uso de placebo quando houver justificativa científica, na prática isso significaria a liberação total do uso de placebos em pesquisa. Quase sempre é possível justificar cientificamente de placebo, mas raramente há justificativa ética para o seu uso. Em outras palavras, o PL permitiria a inclusão de indivíduos doentes em uma pesquisa sem oferecer tratamento, mesmo quando este estivesse disponível. Poderia haver uso indiscriminado de placebo, colocando em risco a saúde dos indivíduos. Quem perderia com a liberação irrestrita do uso do placebo, novamente, são os participantes da pesquisa. c) extinção do sistema CEP/CONEP. **Como é agora:** o Sistema de Análise Ética é formado pela Comissão Nacional em Ética em Pesquisa – CONEP (sediada em Brasília) e quase 700 Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) espalhados pelo país. O sistema CEP/CONEP está em constante evolução e aprimoramento, sendo fruto de quase 20 anos de discussão no Conselho Nacional de Saúde (Resolução CNS 466/12 – itens VII e VII.5). **Qual a proposta do PL 200:** o PL ignora a CONEP, Comissão do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde), passando o Controle da Ética em Pesquisa para as autoridades sanitárias do país (possivelmente a Anvisa). **Consequências da aprovação do PL 200:** desapareceria o sistema CEP/CONEP e, consequentemente, todas as normas emitidas pelo Conselho Nacional de Saúde referentes à Ética em Pesquisa. Com isso não haveria mais o controle social da pesquisa com seres humanos no Brasil. Quem sairia perdendo é a sociedade, por não ter mais em suas mãos o Controle da Análise Ética das pesquisas. d) fim da independência dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP). **Como é agora:** o registro e funcionamento dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) são normatizados pelo Conselho Nacional de Saúde (Resolução CNS 466/12, Resolução CNS 370/07, Norma Operacional CNS 001/13). Esta normatização garante aos Comitês de Ética em Pesquisa independência quanto às suas decisões em relação à Análise Ética dos Estudos, sem interferências externas, como, por exemplo, dos pesquisadores e diretores das instituições. Seus membros desempenham trabalho voluntário, de relevância pública. **Qual a proposta do PL 200:** o PL não determina como serão regulados os Comitês de Ética em Pesquisa. Além do mais, os próprios pesquisadores proponentes poderão participar das reuniões dos Comitês de Ética em Pesquisa como ouvintes. **Consequências da aprovação do PL 200:** os Comitês de Ética em Pesquisa perderiam sua independência, já que não haveria mais normatização para o registro e manutenção dos mesmos. Haveria risco de modificação ou substituição do CEP toda vez que alguma deliberação do CEP desagravar à direção da instituição. Além do mais, a presença dos pesquisadores nas reuniões do Comitê de Ética, durante as discussões éticas, tenderia a inibir decisões que desagradem os proponentes. e) criação de Comitês de Ética subordinados a empresas. **Como é agora:** os Comitês de Ética em Pesquisa são vinculados a alguma instituição (principalmente universidades, hospitais e Secretarias de Saúde), sendo registrados e supervisionados pela CONEP. Cabe às instituições fornecer a infraestrutura necessária ao funcionamento dos Comitês (Resolução CNS 466/12, itens VII.2 e VII.5). **Qual a proposta do PL 200:** o PL cria dois tipos de Comitês de Ética: o institucional e o independente (Art. 2, incisos VII e VIII). Os Comitês de Ética Independentes não teriam laços institucionais, sendo sua existência vinculada a recursos financeiros próprios ou externos. **Consequências da aprovação do PL 200:** as indústrias, os pesquisadores ou as associações poderiam criar os seus próprios Comitês de Ética Independentes para análise ética de suas pesquisas, ou apoiar financeiramente algum deles, o que representaria um enorme conflito de interesse (análise ética versus interesses financeiros). Quem sairia perdendo é o participante da pesquisa, que poderia se expor a pesquisas avaliadas por um Comitê de Ética Independente cujos interesses seriam guiados por aspectos financeiros, e não propriamente pela proteção do indivíduo em seus direitos e integridade. f) fim da representação dos usuários nos Comitês de Ética. **Como é agora:** todo CEP tem em sua composição os chamados “representantes dos usuários”, os quais têm a visão dos participantes da pesquisa, defendendo os seus interesses (Resolução CNS 240/97, Norma Operacional CNS 001/2013, itens 2.B e 2.B.1). É o laço mais importante do controle social nos Comitês de Ética em Pesquisa. **Qual a proposta do PL 200:** embora o PL 200 diga que o Comitê de Ética deva ter composição disciplinar, o documento ignora completamente a existência dos representantes dos usuários (Art. 2, incisos VII e VIII, Art. 7). **Consequências da aprovação do PL 200:** desapareceriam os representantes dos usuários do Sistema de Análise Ética. Tal perda enfraqueceria o controle social da pesquisa no Brasil, com consequentes perdas para o sistema de análise ética. A sociedade é que perderia. g) uso indiscriminado do material biológico humano em pesquisa. **Como é agora:** o Brasil tem normas específicas para o uso de material biológico humano em pesquisas: a Resolução CNS 441/11 e a Portaria do Ministério da Saúde 2.201/11. Estas normas estabelecem regras claras para a coleta, armazenamento e uso de material biológico humano em pesquisas. **Qual a proposta do PL 200:** uso de material biológico humano passa a ser decidido por critérios dos Comitês de Ética. Contudo, o PL ignora a existência das normas específicas no país para o uso de material biológico humano em pesquisas (Capítulo VII, Art. 30, Art. 31, Art. 32, Art. 33, Art. 34). **Consequências da aprovação do PL 200:** tornaria indiscriminado o uso de material biológico humano em pesquisas no Brasil. Além do mais, o PL não enfatiza a proibição de patenteamento e comercialização de material biológico humano no país (Constituição Federal, Art. 199, Lei nº 9.279/96). Quem sairia perdendo, mais uma vez, é o participante da pesquisa, cujo material biológico cedido poderia ser armazenado e usado de forma indiscriminada e abusiva,

698 como já aconteceu em um passado não muito distante. Portanto, a aprovação do PL 200/2015 seria um
699 retrocesso no processo de análise ética em pesquisa no país. Quem perde é a sociedade, que deixaria
700 de ter o controle social da pesquisa no Brasil; e também os próprios participantes das pesquisas, cujos
701 direitos passariam a ser drasticamente diminuídos, além de ficarem à mercê de experimentos sem a
702 adequada análise ética. **Violações Processuais** - Desde que a regulamentação na Índia foi alterada em
703 2005 em uma tentativa de liberar a realização de ensaios clínicos de drogas, as empresas têm se
704 direcionado para lá devido à diversidade genética da população. No entanto, os ensaios no país têm
705 sido envolvidos em escândalos. Dados do governo mostram que mais de 2.600 pacientes que
706 participaram de ensaios clínicos na Índia morreram no período entre 2005 e 2012, e quase 12 mil
707 sofreram efeitos adversos sérios. Destes, 80 mortes e mais de 500 efeitos adversos sérios foram
708 diretamente atribuídos à droga que está sendo testada. "O Setor Público e particularmente o Supremo
709 Tribunal da Índia tem tomado uma posição firme contra as empresas farmacêuticas internacionais nos
710 últimos meses, (...) Além disso, as mortes de adolescentes em testes de vacinas contra HPV criou outro
711 debate ético sobre se estes ensaios deveriam ter sido autorizados a ter lugar e se os procedimentos
712 foram meticulosamente seguidos para garantir a segurança dos seres humanos. Recentemente, em um
713 comunicado emitido pelo Ministério da Saúde e Bem-Estar Familiar, o Secretário da Saúde afirmou que
714 nos últimos sete anos 57.303 seres humanos foram incluídos em ensaios clínicos de 475 novos
715 medicamentos, 39.022 participantes concluíram os ensaios, e 11.972 eventos adversos graves
716 (excluindo óbitos) foram relatados; 2644 mortes foram relatadas, sendo que 80 podem ser atribuídas a
717 fármacos de ensaio. Estes números podem ser apenas a ponta do iceberg. As questões éticas
718 subjacentes à pesquisa clínica na Índia são muito complexas e raramente tem sido discutido na
719 literatura." Os pais dessas meninas não estavam sequer cientes de que elas eram parte da pesquisa e
720 de que estavam recebendo uma vacina experimental. Talvez os IEC pensassem que a vacinação, por
721 ser parte de um ensaio clínico de fase IV não era um risco substancial e que era, portanto, suficiente
722 obter o consentimento do dono da pousada, em vez de entrar em contato com os pais das meninas, que
723 poderiam ser analfabetos e, portanto, incapazes de compreender a natureza da pesquisa. Ou talvez
724 eles tenham pensado que se aproximar dos pais pedindo consentimento para a vacina contra HPV
725 podia ser culturalmente inadequado e problemático, já que implicava a atividade sexual entre as
726 adolescentes (e mulheres), o que é um assunto tabu na Índia, o que significaria que os pais não
727 estariam dispostos a dar tal consentimento. Secretário da SCTIE/MS, **Adriano Massuda**, disse que a
728 pauta é relevante e tem "variados interesses, dependendo da visão de cada um". Chegou há menos de
729 um mês na Secretaria, mas teve a oportunidade de conversar com os autores do PL 200. Disse que a
730 fala do Jorge Venâncio mostra os riscos extremos que o PL pode enfrentar. Porém, disse que em
731 conversas com a Conep e com pesquisadores, percebeu que ninguém defende o PL da forma como
732 está. Comentou que o ministro pediu para ser construído um consenso, pois o PL já passou pela
733 Comissão de Assuntos Legislativos, pela CCJ, e está agora na Comissão de Ciência e Tecnologia. As
734 pesquisas realizadas no Brasil devem atender o Princípio da Bioética. Não quer que o país fique
735 "atrasado" em relação às pesquisas. O MS quer um sistema que seja célere, mas que garanta a
736 segurança. Disse não ser possível defender sistema que apresente deficiência na capacidade de
737 análise dos projetos. Pretende discutir o aperfeiçoamento do sistema, que esteve vinculado ao CNS por
738 mais de 20 anos. Como exige conhecimento bem específico, explicou que é necessário maior
739 investimento para melhorar a capacidade de análise. Disse que a ninguém interessa suspender as
740 pesquisas no Brasil, nem que se coloque a população em risco. SCTIE fez sugestões ao PL, e
741 encaminhou esses pontos à Conep. Ressaltou que não existe substitutivo encaminhado pelo Ministério,
742 mas, na eventualidade de se conseguir um acordo com a Conep e os pesquisadores que querem
743 aprimorar o sistema, seria elaborado um texto substitutivo ao PL 200. Disse que em relação a
744 composição do Sistema Nacional de Avaliação, ninguém se manifestou nas conversas favorável a
745 Comitê de Ética independente. Não seria viável ter essa condição disponível para 700 CEPs. Os
746 Comitês que forem reconhecidos e credenciados poderão analisar projetos de instância nacional, que
747 representaria 2% do total. A utilidade do placebo só é admitida quando inexistir tratamento convencional
748 para pesquisa clínica. Disse que estará garantido ao participante da pesquisa o fornecimento do
749 medicamento experimental pós-pesquisa, nos casos de risco de morte ou piora grave e ausência de
750 tratamento alternativo. Entretanto disse que ainda precisam corrigir algumas coisas no texto, como no
751 caso de medicações que depois serão adotadas pelo SUS; quando o(a) participante poderá continuar a
752 receber a medicação do Sistema Único de Saúde. Mas o secretário acredita que é possível se chegar a
753 um consenso. Segue abaixo o texto apresentado pelo Secretário. **Histórico do PL 200/2015** - Em maio
754 de 2015 os senadores Ana Amélia (PP/RS), Waldemir Moka (PMDB/MS) e Walter Pinheiro (PT/BA)
755 apresentaram o Projeto de Lei 200/2015, que "dispõe sobre Princípios, Diretrizes e Regras para a
756 condução de pesquisas clínicas em seres humanos por instituições públicas ou privadas". Em julho de
757 2015 a SCTIE/MS fez uma proposta de texto em relação aos principais pontos divergentes e
758 encaminhou à Conep. Em agosto de 2015 a SCTIE/MS e a Conep acordaram um texto comum em
759 relação às questões divergentes, entre as quais se destacam: 1. Composição do Sistema Nacional de
760 Avaliação Ética em Pesquisa. 2. Placebo. 3. Acesso ao medicamento pós- término do estudo.
761 Composição do Sistema Nacional de Avaliação Ética em Pesquisa. Substituir: "Comitê de Ética

762 *Independente (CEI): organização independente constituída por colegiado interdisciplinar, que inclui*
763 *profissionais médicos, cientistas e membros não médicos e não cientistas, responsável por assegurar a*
764 *proteção dos direitos, da segurança e do bem-estar dos sujeitos da pesquisa clínica, mediante a revisão*
765 *ética dos protocolos de pesquisa;" Por: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. CEP credenciados e*
766 *certificados. Placebo Substituir o texto: "A utilização de placebo só é admitida quando inexistir*
767 *tratamento convencional para a doença objeto da pesquisa clínica ou para atender exigência*
768 *metodológica justificada." Por: "A utilização de placebo só é admitida quando inexistir tratamento*
769 *convencional para a doença objeto da pesquisa clínica, do ensaio clínico ou estudo pós-registro,*
770 *comparando-o com os melhores métodos profiláticos, diagnósticos e terapêuticos atuais. Isso não exclui*
771 *o uso de placebo ou nenhum tratamento em estudos nos quais não existam métodos provados de*
772 *profilaxia, diagnóstico ou tratamento." Acesso ao Medicamento pós-término do Estudo. Substituir o*
773 *texto: "Ao término da pesquisa, o promotor ou o investigador promotor garantirá aos sujeitos da*
774 *pesquisa o fornecimento gratuito do medicamento experimental com maior eficácia terapêutica ou*
775 *relação risco/benefício mais favorável, presentes as seguintes situações: I – risco de morte ou de*
776 *agravamento clinicamente relevante da doença; II – ausência de alternativa terapêutica satisfatória no*
777 *país para a condição clínica do sujeito da pesquisa." Por: "Ao término da pesquisa, deverá ser*
778 *assegurado a todos os participantes, por parte do patrocinador, acesso gratuito e por tempo*
779 *indeterminado, aos melhores métodos profiláticos, diagnósticos e terapêuticos que se demonstraram*
780 *eficazes. O acesso também será garantido no intervalo entre o término da participação individual e o*
781 *final do estudo, podendo, nesse caso, esta garantia ser dada por meio de estudo de extensão, de*
782 *acordo com análise devidamente justificada do médico assistente do participante." Logo depois, foi dada*
783 *a palavra ao professor da Fiocruz **Rodrigo Stabeli**, que agradeceu a oportunidade de discutir um tema*
784 *que agrega valor e ajuda no desenvolvimento do bem estar social. Afirmou que a Fiocruz é instituto de*
785 *pesquisa com orgulho de participar de discussões que trazem à tona o desenvolvimento social, voltadas*
786 *para melhoria de qualidade de vida do brasileiro. Disse que a Ciência no Brasil é bem jovem,*
787 *regulamentada nos anos 40/50. Antes havia regulamentação científica infralegal ou política*
788 *governamental que "morria" quando terminava os governos. Isso fez com que se debatesse a criação de*
789 *Código Nacional de Ciência e Tecnologia. Houve movimentação dos pesquisadores e da sociedade civil*
790 *em torno desse Código, colocando Ciência, Tecnologia e Inovação como preceito constitucional. Espera*
791 *que ocorra a mesma movimentação com o PL 200, para tornar a lei justa e célere, preservando os*
792 *direitos adquiridos pela sociedade. Comentou que a Fiocruz analisou exaustivamente o PL e elaborou*
793 *Proposta de Emenda, que seguem abaixo. **PLS 200/2015 - Proposta de Emenda da Fiocruz - Temas***
794 *principais: Revisão ética dos ensaios clínicos e controle social; Uso do placebo; Acesso ao produto*
795 *investigacional após o término do estudo; Armazenamento e uso de amostras de material biológico*
796 *humano; Tempo de análise de propostas. PL200/2015 - Título: Dispõe sobre a pesquisa clínica; ensaios*
797 *clínicos e estudos pós-registro. Revisão ética dos ensaios clínicos e controle social (Capítulos II e III).*

798 *PLS 200/2015 - Criação de Comitê de Ética Independente (CEI). Fim do Sistema CEP/CONEP (Comitê*
799 *de Ética em Pesquisa/Comitê Nacional de Ética Pesquisa) vigente. Não inclusão de representantes dos*
800 *usuários na avaliação ética. Proposta de Emenda da Fiocruz: Não criação dos CEIs. (veto); Manutenção*
801 *do Sistema CEP/CONEP; Manutenção do controle social, garantindo a participação de representantes*
802 *dos usuários na avaliação ética pelos CEPs e CONEP; Certificação, pela CONEP, de CEPs específicos*
803 *(já credenciados) para a análise de Protocolos de risco elevado; Agilidade "sustentável" na avaliação*
804 *ética para go, not go, do projeto (Cap. II) – 90 dias. Revisão Ética dos ensaios clínicos e controle social.*

805 *Justificativas para Proposta da Emenda da Fiocruz: A criação dos CEIs caracteriza a possível*
806 *subordinação dos Comitês de Ética às empresas de interesse lucrativo, ao ficarem sujeitos a possíveis*
807 *conflitos de interesses, tornando iminente o risco dos membros do CEP não atuarem de forma*
808 *voluntária, autônoma ou independente no exercício de sua função, que é de elevado interesse público;*
809 *A avaliação ética e regulatória dos projetos de pesquisa em apenas uma única instância desconsidera o*
810 *sistema CEP/CONEP, um dos mais avançados do mundo no que diz respeito a garantia do controle*
811 *social, incluindo, para tanto, a participação de representantes dos usuários nos Comitês de Ética em*
812 *Pesquisa (o que não está previsto nos CEIs); A robustez desse sistema garante ainda a credibilidade na*
813 *comunidade científica internacional dos resultados produzidos em pesquisas clínicas envolvendo seres*
814 *humanos realizadas no Brasil; A certificação de CEPs para a análise de protocolos de risco elevado*
815 *permitirá a celeridade das avaliações éticas sem comprometer a qualidade destas. Uso do placebo*

816 *(Capítulo V). PLS 200/2015 - Prevê o uso de placebo para atender necessidades metodológicas do*
817 *Protocolo de Ensaio Clínico. Proposta de Emenda da Fiocruz: Ensaios clínicos para a avaliação de*
818 *produtos investigacionais deverão utilizar, para fins de comparação, os melhores métodos profiláticos,*
819 *diagnósticos e terapêuticos comprovados, de acordo com o consenso ético existente atualmente no*
820 *Brasil; Utilização de placebo ou a não intervenção em ensaios clínicos só admitida quando não existir*
821 *métodos provados de profilaxia, diagnóstico ou tratamento para o agravio da saúde objeto do ensaio*
822 *clínico, sendo que os benefícios, riscos, dificuldades e efetividade da intervenção deverão ser avaliados.*

823 *Ou uso do placebo de exclusão (quando é utilizada composição com outro medicamento, e etc. mais*
824 *placebo). Quando do uso do placebo, tão logo seja constatada superioridade significativa da intervenção*
825 *sobre o placebo, deverá ser avaliada a necessidade de adequar ou suspender o estudo em curso,*

826 visando oferecer a todos os benefícios do melhor regime. **Justificativas para Proposta da Emenda da**
827 **Fiocruz:** O uso do placebo no Brasil atualmente só é permitido em avaliações de intervenções
828 diagnósticas/terapêuticas/profiláticas em doenças para as quais o tratamento é inexistente. Uma
829 emblemática conquista do Brasil foi não aderir as versões da Declaração de Helsinque, da Associação
830 Médica Mundial de Seul/Coréia do Sul (2008) e Fortaleza/Brasil (2013), que alteram substancialmente
831 este conceito; É necessário assegurar que o grupo de participantes em uso de placebo não seja
832 colocado em risco de subtratamento para o benefício teórico, em potencial, de um grupo hipotético de
833 pacientes, ou mesmo da população em geral. Nesse sentido, a Fiocruz concorda com o consenso ético
834 exercido atualmente no Brasil que, em casos de utilização de placebo, “os benefícios, riscos,
835 dificuldades e efetividade de um novo método terapêutico devem ser testados, comparando-o com os
836 melhores métodos profiláticos, diagnósticos e terapêuticos atuais”; A negação de intervenções
837 diagnósticas/terapêuticas/profiláticas disponíveis com justificativas científicas restringe o direito dos
838 participantes da pesquisa à saúde. Acesso ao produto investigacional após o término do estudo
839 (Capítulo VI). PLS 200/2015 - Fornecimento gratuito, porém limitado, aos participantes da pesquisa, do
840 medicamento experimental que apresentou resultados clínicos favoráveis de acordo com a avaliação
841 médica; Previsão deste fornecimento gratuito quando presentes as seguintes situações: risco de morte
842 ou de agravamento clinicamente relevante da doença; ausência de alternativa terapêutica satisfatória no
843 país para a condição clínica do sujeito da pesquisa. Acesso ao produto investigacional após o término
844 do estudo (Capítulo VI). Propostas de Emenda da Fiocruz: Assegurar a todos os participantes, por parte
845 do patrocinador, acesso gratuito e por tempo indeterminado, aos métodos profiláticos, diagnósticos e
846 terapêuticos avaliados durante o ensaio clínico, que sejam comprovadamente eficazes por meio do
847 melhor nível de evidencia científica atualmente disponível; O acesso também será garantido no intervalo
848 entre a conclusão da participação individual e o encerramento do estudo, podendo, nesse caso, a
849 garantia ser dada por meio de estudo de extensão, de acordo com análise devidamente justificada do
850 pesquisador responsável pelo estudo; O fornecimento do medicamento deverá ser garantido por meio
851 dos programas de acesso expandido, uso compassivo e fornecimento de medicamento pós-estudo, nos
852 termos da regulamentação vigente. Acesso ao produto investigacional após o término do estudo
853 (Capítulo VI). **Justificativas para proposta da Emenda da Fiocruz (I):** Pretende-se evitar a situação
854 em que o participante precisará ter sua condição de saúde agravada, incluindo risco de morte, para
855 poder requerer o acesso ao medicamento para cuja experimentação ele se voluntariou; Ao descrever
856 como necessária a presença simultânea das situações (“risco de morte ou de agravamento clinicamente
857 relevante da doença; ausência de alternativa terapêutica satisfatória no país para a condição clínica do
858 sujeito da pesquisa”), o PLS restringe o direito ao fornecimento gratuito do medicamento teste, pois este
859 passará de regra à exceção e, sobretudo, implicará em impacto na qualidade de vida do participante; O
860 fornecimento pós-estudo faz parte da proteção do participante de pesquisa que deve ser garantida pela
861 lei, e inclui o acesso não somente a medicamentos, mas também a outros métodos terapêuticos,
862 profiláticos e diagnósticos testados na pesquisa. Acesso ao produto investigacional após o término do
863 estudo (Capítulo VI). **Justificativas para Proposta da Emenda da Fiocruz (II):** Ao aprovar o texto sem
864 emendas, poderíamos passar a enfrentar um processo de "judicialização da saúde" para todos os casos
865 onde seja necessário que o participante goze seu direito constitucional de acesso à justiça para requerer
866 o acesso ao produto investigacional. Neste caso, haverá a transferência do ônus de fornecimento de
867 medicamento pós-estudo para Sistema Único de Saúde (SUS), seja por inclusão no elenco de
868 medicamentos oferecidos pelo SUS, seja pela via judicial; Com a premissa de um "agravamento
869 clinicamente relevante", será limitado o acesso a um método terapêutico, profilático, ou diagnóstico
870 quando este tenha se mostrado favorável, e a lei resultará falha na proteção do sujeito de pesquisa, e
871 mais uma vez transferirá o ônus da pesquisa ao SUS, considerando o alto custo das internações
872 hospitalares; Ademais, é sabida a dificuldade encontrada pela população brasileira para obter acesso a
873 tratamento médico pela rede pública de saúde, de modo que não se considera ético exigir um
874 "agravamento clinicamente relevante" para que este participante possa ter acesso ao método
875 terapêutico, profilático, ou diagnóstico quando este tenha se mostrado favorável; O Brasil não é
876 signatário da Declaração de Helsinque (2008/2013), justamente para garantir a manutenção do acesso
877 pós-estudo aos participantes de pesquisa. Armazenamento e uso de amostras de material biológico
878 humano (Capítulo VII). PLS 200/2015 - Desconsidera as Diretrizes de guarda e uso de amostras de
879 material biológico humano existente, inclusive no que respeita ao envio de amostras biológicas humanas
880 ao exterior; Coloca a responsabilidade do armazenamento da amostra no patrocinador da pesquisa.
881 Proposta de Emenda da Fiocruz: Em caso de pesquisas com instituições do exterior, as Emendas
882 permitem garantias legais para que o pesquisador e instituição brasileiros tenham o direito ao acesso e
883 à utilização, em pesquisas futuras, do material biológico humano armazenado no exterior, garantida, no
884 mínimo, a proporcionalidade da participação, e que obriguem a instituição destinatária no exterior a
885 comprometer-se a respeitar a legislação brasileira, em especial a vedação do patenteamento e da
886 utilização comercial de material biológico humano; Coloca a responsabilidade do armazenamento da
887 amostra na instituição; Reintroduz as definições de biorrepositório e biobanco como estabelece a
888 legislação atual e define prazos diferentes de armazenamento de amostras para biobancos e
889 biorrepositórios. Armazenamento e uso de amostras de material biológico humano. **Justificativas para**

Proposta da Emenda da Fiocruz: O PLS é conflitante com as Diretrizes de guarda e uso de amostras de material biológico humano existente, inclusive no que respeita ao envio de amostras biológicas humanas ao exterior, e dá oportunidade para que o material genético da população brasileira seja utilizado indiscriminadamente, inclusive comercialmente e no exterior. A inclusão das Emendas sugeridas possibilita mecanismos de controle para essas situações e contempla a regulamentação nacional vigente (Lei de Patentes 9279/1996, Portaria MS 2201/2011, Res CNS 441/2011 e Res CNS 466/2012), que está em consonância com as Diretrizes Internacionais; A responsabilidade do armazenamento de material biológico humano pela instituição onde está sendo conduzido o ensaio clínico é justificada porque o vínculo entre o participante do ensaio clínico é com a instituição, e não com o promotor. Isto não exime o investigador da responsabilidade de gerenciar o material biológico humano cedido pelos participantes, no caso de biorrepositórios, como reconhecido pela Res CNS 441/2011; A diferenciação entre biorrepositório e biobanco é importante na definição de responsabilidades sobre o material biológico humano destinado a pesquisa e, inclusive, nos prazos de armazenamento. **Rodrigo Stabeli** acredita que a área de Ciência e Tecnologia traz desenvolvimento sustentável a um país. A Fiocruz deseja que o sistema CEP/Conep continue na Regulação Ética e Avaliação de Protocolos no país. Não quer "travar" a pesquisa no país, mas ter uma celeridade sustentável, preservando os direitos dos voluntários participantes das pesquisas. Disse que o Brasil não é mais signatário da Declaração de Helsinque (Finlândia), porque tem posição contrária a exclusão de métodos eficazes para ter prova de teste de Pesquisa Comparativa. Após sua fala, conselheira **Nelcy Ferreira**, que mediava a Mesa, explicou que o Item 04 foi adiado para o dia seguinte, e deu a palavra ao professor da UFMG **Dirceu Greco**, que integra também a Sociedade Brasileira de Bioética e a Câmara Técnica de Bioética. O palestrante disse que em todos esses lugares houve discussão sobre o Projeto de Lei 200/2015. Logo depois, apresentou texto com informações que antecederam a elaboração do PL.

A PLS 200 e o Sistema CEP-CONEP - De Nuremberg a Belmont (1947-1978) - De Helsinque ao Brasil – Perspectivas - Bioética – antecedentes. 1974 - Após a interrupção do Projeto Tuskegee em 1972, o Congresso dos EUA instituiu a "Comissão Nacional para a Proteção de Sujeitos Humanos na Pesquisa Biomédica e Comportamental". 1978 - Resultado da Comissão: Relatório Belmont. Com três princípios fundamentais a serem observados: O respeito pelas pessoas (autonomia, consentimento), beneficência e justiça. Bioética como postura. Normatização internacional. O Código de Nuremberg (1947). A Declaração de Helsinki (1964) – ultima versão 2013. CIOMS – International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects (1982-2002). UNESCO – Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos (2005). UNAIDS – Considerações Éticas em Pesquisas Biomédicas de Prevenção do HIV (2007) e Boas Práticas Participatórias em Pesquisas Biomédicas de Prevenção do HIV (2007). **As normas éticas brasileiras para pesquisa biomédica.** Justiça e Equidade. Resolução 196/96 do CNS – Equidade. III.3 – A pesquisa em qualquer área do conhecimento, envolvendo seres humanos deverá observar as seguintes exigências: p) Assegurar aos sujeitos da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa; Helsinque - parágrafo 19 – Pesquisa médica só se justifica se houver perspectiva razoável que as populações com quais a pesquisa é desenvolvida serão beneficiadas pelos resultados da pesquisa. Bioética como postura. Diretrizes Brasileiras relacionadas com Pesquisas Biomédicas: 1988 Res. 01/88 - Regulamenta o credenciamento de Centros de Pesquisa no país e recomenda a criação de um CEP em cada centro; 1995 – Res. 170/95 – Estabelece Grupo Executivo de Trabalho, com pesquisadores, representantes do MS e MCT, CFM, OAB, CNBB, representantes de usuários do SUS, ONGs, para revisão da 01/1988; 1996 - Res. 196/96 – com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, e estabelece o Sistema CEP/CONEP; 1997 – Res. 240/97 – Define representação do usuário nos CEPs e orienta o processo de escolha; 1997 – Res. 251/97 – normas para área especial de novos fármacos, vacinas e testes diagnósticos, delegando aos CEPs a análise final; 1999 – Res. 292/99 – Normas específicas para aprovação de pesquisas com cooperação estrangeira, mantendo a aprovação final pela CONEP; 2000 – Res. 301/00 – Posiciona o CNS/CONEP contrário às modificações da Declaração de Helsinque (DH); 2002 – Regulamentação da Res. 292/99 (cooperação estrangeira); 2008 – Res. 404/08 - Propõe a retirada da DH das notas de esclarecimento dos itens relacionados a acesso pós-estudo e ao uso de placebo; 2012 – Res. 466/2012 – Aprova as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (revogada a 196/96). **Antecedentes da PLS 200** - As pressões sobre as Diretrizes Internacionais. Histórico das tentativas recentes de modificação da Declaração de Helsinque. Outubro 1997: Placebo para grávidas HIV + NEJM (Lurie, Wolfe); editorial M. Angell. Fevereiro 1999: - disponibilizada oficiosamente proposta de modificação da DH, que diminui os requisitos éticos; Setembro 1999 - após pressões internacionais a Associação Médica Mundial (AMM) descarta a proposta de 1999, amplia a discussão internacional e adia a decisão de modificação para a 52ª Assembléia (Edimburgo, 2000). Uso de placebo em ensaio com mulheres vivendo com HIV/AIDS, grávidas. Outubro 1997: NEJM (Lurie, Wolfe); editorial M. Angell. Declaração de Helsinque - Assembléia Geral da Associação Médica Mundial. Seoul, 18 de outubro de 2008. **Uso do Placebo** - Proposta aprovada em 2008. O uso de placebo é aceitável em pesquisas quando não existe tratamento comprovado atual; ou quando, por razões metodológicas convincentes e cientificamente sólidas o uso

954 do placebo for necessário para determinar a eficiência ou segurança de uma intervenção; e o paciente
955 que o recebe não estará sujeito a qualquer risco sério ou dano irreversível. Texto da Declaração de
956 Helsinque – 2000 (Edimburgo). Os benefícios, riscos, ônus e efetividade de um novo método devem ser
957 testados em comparação aos melhores cuidados comprovados, exceto na seguinte circunstância: O uso
958 do placebo ou nenhum tratamento, é aceitável em estudos onde não existe um método eficaz
959 comprovado. Seoul, 18 de outubro de 2008. **Acesso Pós-Estudo** - Proposta aprovada em 2008. Na
960 conclusão da pesquisa, os pacientes voluntários participantes do estudo devem ser informados sobre os
961 resultados e têm o direito a compartilhar qualquer benefício que dela resulte, por exemplo, o acesso a
962 intervenções identificadas como benéficas ou outros cuidados apropriados e benefícios. Texto da
963 Declaração de Helsinki – 2000 (Edimburgo). Todos os pacientes que entram em um estudo devem ter
964 assegurados acesso aos melhores métodos provados profiláticos, diagnósticos e terapêuticos
965 identificados pelo estudo. Antes do inicio do ensaio, todos os responsáveis pela pesquisa devem
966 concordar através de processos participatórios nos mecanismos para prover e sustentar tais cuidados e
967 tratamentos. **Proposta do FDA de retirar a Declaração de Helsinque para o registro de novos**
968 **medicamentos** (Set. 2004). Resumo: O FDA está propondo revisar suas Diretrizes relacionadas à
969 aceitação de estudos realizados fora dos EUA e não conduzidos sob uma IND (Investigational New
970 Drug), como base para uma IND ou como aplicação para comercialização de um medicamento ou
971 produto biológico. Estamos propondo substituir o requisito que estes estudos sejam conduzidos de
972 acordo com os Princípios Éticos estabelecidos na Declaração de Helsinque, pelo requisito que sejam
973 conduzidos de acordo com as Boas Normas Clínicas (GCP), incluindo avaliação e aprovação por um
974 Comitê de Ética em Pesquisa Independente. Esta nova proposta tem a intenção de atualizar os padrões
975 de aceitação de estudos realizados fora dos EUA (não IND) e de assegurar a qualidade e a integridade
976 dos dados obtidos de tais estudos. **E como respondeu o Brasil a estas tentativas?** Resolução CNS
977 Nº 404 - 1º de agosto de 2008. Propor a retirada das Notas de Esclarecimento dos itens relacionados
978 com cuidados de saúde a serem disponibilizados aos voluntários e ao uso de placebo, uma vez que elas
979 restringem os direitos dos voluntários à assistência à saúde, mantendo os seguintes textos da versão
980 2000 da Declaração de Helsinque: a) Sobre o acesso aos cuidados de saúde: No final do estudo, todos
981 os pacientes participantes devem ter assegurados o acesso aos melhores métodos comprovados
982 profiláticos, diagnósticos e terapêuticos identificados pelo estudo; b) Utilização de placebo: Os
983 benefícios, riscos, dificuldades e efetividade de um novo método devem ser testados comparando-os
984 com os melhores métodos profiláticos, diagnósticos e terapêuticos atuais. Isto não exclui o uso de
985 placebo ou nenhum tratamento em estudos onde não existam métodos provados de profilaxia,
986 diagnóstico ou tratamento. Que seja expandida a discussão sobre acesso a cuidados de saúde e aos
987 produtos que se mostrem eficazes para todos que deles necessitem. Resolução CFM Nº 1.885. 23 de
988 outubro de 2008 - DOU 27.10.2008. É vedado ao médico participar de pesquisa envolvendo seres
989 humanos utilizando placebo, quando houver tratamento disponível eficaz já conhecido. Considerando o
990 decidido em sessão plenária de 23 de outubro de 2008, resolve: Art. 1º É vedado ao médico vínculo de
991 qualquer natureza com pesquisas médicas envolvendo seres humanos, que utilizem placebo em seus
992 experimentos, quando houver tratamento eficaz e efetivo para a doença pesquisada. Art. 2º Esta
993 resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário. Esta
994 decisão foi incorporada no Código de Ética Médica 2010. Resolução 466/2012 CNS - III.3 - As
995 pesquisas que utilizam Metodologias Experimentais na área biomédica, envolvendo seres humanos,
996 além do preconizado no item III.2, deverão ainda: b) ter plenamente justificadas, quando for o caso, a
997 utilização de placebo, em termos de não maleficência e de necessidade metodológica, sendo que os
998 benefícios, riscos, dificuldades e efetividade de um novo método terapêutico devem ser testados,
999 comparando-o com os melhores métodos profiláticos, diagnósticos e terapêuticos atuais. Isso não exclui
1000 o uso de placebo ou nenhum tratamento em estudos nos quais não existam métodos provados de
1001 profilaxia, diagnóstico ou tratamento; d) assegurar a todos os participantes ao final do estudo, por parte
1002 do patrocinador, acesso gratuito e por tempo indeterminado, aos melhores métodos profiláticos,
1003 diagnósticos e terapêuticos que se demonstraram eficazes: d.1) o acesso também será garantido no
1004 intervalo entre o término da participação individual e o final do estudo, podendo, nesse caso, esta
1005 garantia ser dada por meio de estudo de extensão, de acordo com análise devidamente justificada do
1006 médico assistente do participante. Norberto Bobbio - Fundamentos dos Direitos Humanos, 1964. “o
1007 problema mais grave dos nossos tempos, em relação aos Direitos Humanos, não é estabelecer seus
1008 fundamentos mas protegê-los.” Vulnerabilidade - 75% dos eleitores ganham menos de dois salários
1009 mínimos; 50% não terminaram o primeiro grau; 20% não sabem sequer o nome da Presidente da
1010 República; 90% não são sindicalizados - Maioria dos Voluntários de nossos Ensaios Clínicos. **PLS 200 -**
1011 **As pressões sobre as Diretrizes Nacionais.** PLS 200/2015 - apresentado pela senadora Ana Amélia
1012 (PP-RS) e pelos senadores Waldemir Moka e Walter Pinheiro (PT-BA). Segundo a página da senadora
1013 (Fonte: Agência Senado e Assessoria de Imprensa), a iniciativa tem por objetivo criar um Marco
1014 Regulatório para análise e registro de novos medicamentos no tratamento do câncer, Alzheimer,
1015 diabetes e outras doenças. Pretende, sobretudo, desburocratizar o sistema e agilizar a liberação de
1016 novos testes, retirando o Brasil da incômoda posição de um dos países mais atrasados (sic) na
1017 aprovação de Protocolos de Pesquisa (ênfase adicionada). Mudanças propostas no PLS 200 -

1018 *Eliminação de todo o sistema CEP/CONEP; Eliminação do controle social; Eliminação do acesso pós-*
1019 *estudo; Flexibilização do uso do placebo; Utilização e armazenamento de dados e material biológico;*
1020 *Criação de Comitês de Ética subordinados a empresas; Análise única e em 30 dias; Acesso Pós-*
1021 **Estudo - Resolução 466/2012: 3 - As pesquisas que utilizam Metodologias Experimentais na área**
1022 *biomédica, envolvendo seres humanos, além do preconizado no item III.2, deverão ainda: d) assegurar*
1023 *a todos os participantes ao final do estudo, por parte do patrocinador, acesso gratuito e por tempo*
1024 *indeterminado, aos melhores métodos profiláticos, diagnósticos e terapêuticos que se demonstraram*
1025 *eficazes: d.1) o acesso também será garantido no intervalo entre o término da participação individual e o*
1026 *final do estudo, podendo, nesse caso, esta garantia ser dada por meio de estudo de extensão, de*
1027 *acordo com análise devidamente justificada do médico assistente do participante. Proposta do PL-200 -*
1028 *Art. 18: Ao término da pesquisa, o promotor ou o investigador promotor garantirá aos sujeitos da*
1029 *pesquisa o fornecimento gratuito do medicamento experimental com maior eficácia terapêutica ou*
1030 *relação risco/benefício mais favorável, presente as seguintes situações: I – Risco de morte ou de*
1031 *agravamento clinicamente relevante da doença; II – Ausência de alternativa terapêutica satisfatória no*
1032 *País para a condição clínica do sujeito da pesquisa. Uso do Placebo - III.3 - As pesquisas que utilizam*
1033 *Metodologias Experimentais na área biomédica, envolvendo seres humanos, além do preconizado no*
1034 *item III.2, deverão ainda: b) ter plenamente justificadas, quando for o caso, a utilização de placebo, em*
1035 *termos de não maleficência e de necessidade metodológica, sendo que os benefícios, riscos,*
1036 *dificuldades e efetividade de um novo método terapêutico devem ser testados, comparando-o com os*
1037 *melhores métodos profiláticos, diagnósticos e terapêuticos atuais. Isso não exclui o uso de placebo ou*
1038 *nenhum tratamento em estudos nos quais não existam métodos provados de profilaxia, diagnóstico ou*
1039 *tratamento. PLS 200/2015 – Art. 27. A utilização de placebo só é admitida quando inexistir tratamento*
1040 *convencional para a doença objeto da pesquisa clínica ou para atender exigência metodológica*
1041 *justificada. Os participantes de pesquisa serão certamente atingidos pela liberação quase irrestrita do*
1042 *uso de placebo. Como justificar a suspensão ou a não disponibilização de produtos eficazes existentes*
1043 *para que sejam comparados com o produto em teste? Realmente os riscos inerentes a esta prática*
1044 *estão claramente comprovados em publicações internacionais. Um exemplo seminal foi a grande*
1045 *discussão dos ensaios clínicos relacionados à transmissão vertical do HIV no final dos anos 90, quando*
1046 *os serviços de saúde norte- americanos patrocinaram ensaios com uso de placebo em países do 3º*
1047 *mundo. Angell M. N Engl J Med 337:847, September 18, 1997 Editorial; Lurie, P, Wolfe, S. Unethical*
1048 *trials of interventions to reduce perinatal transmission of the Human Immunodeficiency Virus in*
1049 *Developing Countries. NEJM 1997; 337 (12): 853-856). Utilização e armazenamento de dados e*
1050 **material biológico.** PLS 200 - Artigo 30 – O material biológico e os dados obtidos na Pesquisa Clínica
1051 *serão utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no respectivo protocolo, exceto quando, no*
1052 *TCLE, for concedida autorização expressa para que eles possam ser utilizados fora do contexto da*
1053 *pesquisa, para fins exclusivamente científicos, e desde que observadas as exigências éticas constantes*
1054 *desta Lei. O projeto define que sua utilização ficará a critério dos novos Comitês de Ética. Este será um*
1055 *grande retrocesso, quando todo o mundo discute Normas Nacionais para este bem cada vez mais*
1056 *estratégico. E o Brasil já possui Resoluções e Portarias sobre o assunto. Comitês de Ética em*
1057 **Pesquisa ligados a empresas.** Resolução 466/2012 (Res. CNS 370/07, Norma Operacional CNS
1058 *001/13): Os CEPs devem ser vinculados a alguma instituição (principalmente universidades, hospitais e*
1059 *Secretarias de Saúde), sendo registrados e supervisados pela CONEP. A PLS 200/2015: Art. 2, Incisos*
1060 *VII e VIII: propõe dois tipos de CEPs: um Institucional (CEI) e outro Independente (CEI). Os Comitês de*
1061 *Ética Independentes não teriam laços institucionais, sendo estabelecidos com recursos próprios. Se*
1062 *aprovado o PLS 200, as indústrias ou outros interessados poderão criar ou apoiar financeiramente a*
1063 *criação de Comitês Independentes, sem qualquer supervisão externa e com esperado conflito de*
1064 *interesse. Mais uma vez, haverá a possibilidade de aprovação de projetos prejudiciais ao participante da*
1065 *pesquisa e à saúde pública brasileira. Justificação do PLS 200. A Resolução 196/96 do CNS aprovou*
1066 *as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Esta norma,*
1067 *segundo as orientações internacionais, introduziu a exigência de avaliação prévia do Protocolo de*
1068 *Pesquisa que envolva seres humanos por um Comitê de Ética Independente. No entanto, a regulação*
1069 *desta importante matéria por norma infralegal é frágil. Além do vácuo legislativo sobre a matéria, o*
1070 *processo de revisão ética adotado no país tem sido apontado por diversos pesquisadores nacionais*
1071 *como ineficiente, anacrônico e eivado de graves distorções. Segundo dados apresentados por*
1072 *especialistas da área, o tempo médio para aprovar uma pesquisa clínica no Brasil é de um ano,*
1073 *podendo chegar a quinze meses, enquanto na maioria dos países desenvolvidos ele varia de 3 a 6*
1074 *meses. Outros fatores que contribuem para a ineficiência do sistema também foram identificados, como*
1075 *a dupla, ou tripla, análise dos protocolos de pesquisa e a injustificada falta de isonomia no processo de*
1076 *análise, observada entre projetos de pesquisa nacionais e os multicêntricos internacionais. Todos os*
1077 *argumentos são operacionais e alguns não comprovados. Conclusões, Perspectivas 1. A manutenção*
1078 *do Sistema CEP/CONEP, público, com controle social. Vale enfatizar que a UNESCO tem utilizado o*
1079 *exemplo brasileiro para que outros países estabeleçam sistemas nacionais. 2. Evidentemente os*
1080 *problemas operacionais do atual sistema podem e devem ser enfrentados e resolvidos – entre eles,*
1081 *financiamento específico e adequado, facilitar a qualificação dos membros (e valorizá-los), simplificar*

procedimentos (e.g., a melhoria da Plataforma Brasil, a qual é uma ótima idéia), mais contato com os pesquisadores, e a possibilidade de regionalizar o Sistema de Avaliação. 3. Se o sistema for destruído cairemos num sistema provavelmente privado, com estabelecimento de diversos CEPs privados, inclusive financiados pela indústria, os quais realmente terão todos os problemas de conflito de interesse (situação que já ocorre nos EUA, onde há publicações criticando este sistema, inclusive pelas pressões externas para a aprovação de projetos). 4. Além disto, PLS 200 só se refere a ensaios clínicos! Se aprovada, além da eliminação do Sistema CEP/CONEP, todas as outras pesquisas não serão normatizadas, seja na área biomédica, ou seja, nas outras áreas do conhecimento e que não utilizam medicamentos. 5. A transformação em lei do Sistema de Normatização Ética será um engessamento de todo o processo, que, por definição, é dinâmico, será muito difícil ter mudanças para seu aperfeiçoamento. Em síntese, transformar em lei um processo dinâmico como por definição é a bioética, tornará muito difícil qualquer mudança que será necessária no futuro. Além disto, a aprovação como está hoje proposta trará danos não só à pesquisa no Brasil e aos participantes, mas principalmente à saúde pública brasileira que utiliza os resultados para sua tomada de decisão na incorporação de novos medicamentos e insumos pelo SUS. Para terminar, como será que foi desenvolvido o PLS 200. Na verdade, ele é praticamente cópia e cola do documento Boas Práticas Clínicas, documento que nunca foi definido como diretrizes éticas e sim, diretrizes para a indústria para harmonização operacional de ensaios clínicos. **Exemplo do PLS 200 - Capítulo VII - Comitê de Ética Independente (CEI):** organização independente constituída por colegiado interdisciplinar, que inclui profissionais médicos, cientistas e membros não médicos e não cientistas, responsável por assegurar a proteção dos direitos, da segurança e do bem-estar dos sujeitos da pesquisa clínica, mediante a revisão ética dos protocolos de pesquisa; **Boas Práticas Clínicas - Conferência Internacional de Harmonização (ICH):** Na década de 1990, em um esforço para evitar duplicação de trabalho, surgiu a necessidade de facilitar a aceitação de dados dos ensaios clínicos, mesmo embora estes tenham sido conduzidos em países diferentes. Por meio da Conferencia Internacional de Harmonização (ICH), a Comunidade Européia, os EUA e o Japão (bem como o Canadá e a OMS, como observadores) elaboraram Diretrizes padronizando critérios em diferentes áreas relativas a medicamentos. Dentro da estrutura da ICH, surgiram as Diretrizes para Boas Práticas Clínicas, que estabelecem série de critérios para planejamento, implementação, auditoria, conclusão, análise e relato de ensaios clínicos, de forma a assegurar sua confiabilidade. **Dirceu Greco** comentou que o PLS 200 foi praticamente copiado das Diretrizes Operacionais da indústria. Além disso, alertou que, se o PL se transformar em lei, haverá danos à pesquisa e aos participantes, como também à saúde pública, pois os resultados nas pesquisas são usados para incorporação. Ressaltou que, quando se compara placebo com medicação, fica difícil calcular quanto é o valor, pois a medicação não existe. Falou ainda que o governo deveria retirar os "jabutis" incluídos no PL porque é impossível fazer a "matação do jabuti". Em seguida, a palavra foi dada ao professor da UnB **Cláudio Fortes Garcia Lorenzo**. Falou que era preciso analisar o que se pode salvar do PL para avançar nas pesquisas clínicas. O discurso da indústria farmacêutica é que o país está atrasando o desenvolvimento. O que foi produzido nos últimos 30 anos em ensaios clínicos? Afirmou que não se trata de Ciência, mas de produção industrial e comércio, onde o "corpo e a história das pessoas fazem parte do processo produtivo". Existe tensão entre a atividade industrial e o país querendo melhorar a produção científica. Comentou que a indústria farmacêutica oscila entre o primeiro e o quarto lugar em rentabilidade industrial. Desde que foi regularizada a Lei da Patente, há dados mostrando que a indústria, nos últimos 30 anos, tem repetido molécula para renovar patente. Apenas 10% das substâncias testadas em animais chegam ao mercado. Realmente é necessário muitas pesquisas ou seria melhor analisar quais tipos de moléculas não dão certo no mercado? Integra grupo internacional de professores para pressionar a indústria a mostrar dados negativos. Explicou não ser possível garantir a eficiência de medicamento com uma só pesquisa. O que assegura o lançamento de medicamentos é a meta-análise, que une dados positivos e negativos de série de estudos com dados estatísticos rigorosos para ver o que funciona (ou não). Percebe-se que a meta-análise feita pela indústria é 80% favorável a nova droga, porém, quando é independente e feita por universidades, o diagnóstico favorável ao lançamento cai para 50%. Afirmou existir crise de produção de moléculas, pois de 1974 a 2004, 21 moléculas produzidas eram para doenças em países em desenvolvimento. Se tirar malária e tuberculose desse grupo, cai para 10 o número. Entre 2004 e 2010, só 45% eram moléculas novas. Do ponto de vista de saúde coletiva, não há avaliação de impacto do que está sendo produzido no país. De 1997 a 2003, foram apenas 32% novas entidades moleculares. Entretanto esse número não significa que seja inovação mesmo, que represente melhora na saúde do paciente ou reduza os sintomas negativos. Nesse caso, cai de 8% a 14% a produção de medicamentos que representem inovação verdadeira. Então 86% das vezes das pessoas com vulnerabilidade se submetem para substituir patente vencida ou para lançar medicação para competir com outra no mercado. Questionou: por que o Brasil não segue as decisões de Helsinque? O placebo não é importante para fazer economia? Disse que não há interesse em placebo para não "interromper a linha de produção". Em 2002 foram gastos US\$ 200 bilhões, só nos Estados Unidos. Do ponto de vista financeiro, disse que a indústria "investe mais em drogas que serão usadas durante anos do que nas medicações que serão usadas somente por 14 dias". Como oferecer controle e saber de efeitos adversos nas pesquisas? Disse

1146 ter recebido denúncia de pesquisa sobre vacina na Argentina que matou 12 bebês. As mães nem
1147 sabiam que os filhos estavam participando de estudo clínico. Afirmou que os pesquisadores deveriam
1148 apresentar à população dados de ensaios clínicos dos últimos dez anos para mostrar o impacto, a que
1149 se dirigiram e o que foi obtido. Acha que deveria haver regulação sobre o que se produz, pois "remédio
1150 não é sapato". Falou que a Conep deveria abrir os arquivos, mostrar as pesquisas que foram feitas e
1151 apontar o que foi feito e quais problemas apareceu. Disse também que as "drogas mais novas não são
1152 tão boas quanto aparecem nos artigos científicos". Disse estar colecionando denúncias relacionadas a
1153 pesquisas enquanto a indústria defende bem o que acredita ser certo. Depois, conselheira **Nelcy**
1154 **Ferreira** passou a palavra para os conselheiros fazerem considerações e perguntas sobre o tema.
1155 Conselheira **Paula Johns** parabenizou a Mesa, pois considera o debate fundamental. Disse que
1156 relações de poder influenciando a produção na Ciência é "um clássico". Disse que da área de Controle
1157 do Tabagismo isso já foi revelado, há ferramentas para evitar, porém ainda acontece. Acha que o
1158 desafio é o debate com o público, mostrar como as pesquisas são feitas e o porquê estar contra o PL
1159 200. Quando o usuário do SUS e está doente ouve um argumento favorável a pesquisas, a pessoa
1160 gosta da ideia de participar de pesquisas clínicas porque quer um resultado positivo. Perguntou como se
1161 deve explicar a questão para o público, como deve ocorrer o enfrentamento? Conselheira **Patrícia**
1162 **Augusta Alves Novo** disse que acompanha há um ano o processo de elaboração das *Resoluções*
1163 *Complementares à Resolução CNS 466/2012* pela Conep. Percebeu nesse tempo que houve evolução
1164 na emissão de Pareceres, com tempo menor de devolução. Considera como ponto importante o
1165 esclarecimento aos usuários do SUS da desestruturação gerada pelo PL 200/2015. Espera que cheguem
1166 a um consenso e mantenham o papel da Conep na Proteção da Ética em Pesquisa. Conselheira
1167 **Rosangela da Silva Santos** comentou que é a representante do CNS na Comissão Nacional de
1168 Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec) e que, ao analisar medicamentos,
1169 vive-se "momentos angustiantes no órgão" ao notar que determinadas drogas não trazem mudanças
1170 para os medicamentos que o SUS já oferece. Por outro lado, há pacientes que necessitam de
1171 medicamentos pela vulnerabilidade da doença. Defende a pesquisa com drogas associadas, pois há
1172 pacientes que tomam muitas drogas e seria bom que soubessem quais as consequências para o
1173 organismo no futuro (outras doenças ou complicações), após tomarem várias drogas associadas. Outro
1174 problema sério da Conitec é a obrigatoriedade de aprovar medicamentos "para tapar buracos", sem ter a
1175 certeza se a droga seria eficaz a médio e em longo prazo. Representante da Fiocruz, **Rodrigo Stabeli**
1176 agradeceu a participação no debate e disse que se concentraria em um ponto: no esclarecimento da
1177 população brasileira, "suscetível a escândalos". Falou que cabe ao controle social e aos pesquisadores
1178 mudarem a visão da Ciência, de "cientistas carrancudos que fazem mal a população, meio professor
1179 Pardal". Comentou o caso de denúncia na Rede Globo de uma pessoa que participava de pesquisa de
1180 composto químico de combate ao câncer pelo Instituto de Química de São Carlos (SP) e comentaram
1181 na matéria que a Fiocruz não quis produzir a molécula porque queria a patente. Falou que a Fiocruz não
1182 tem condições de fazer grande campanha para mostrar a importância da Ciência para a população.
1183 Disse que a Fiocruz aceita participar de campanha com o Conep em defesa do SUS e da população
1184 brasileira. Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, questionou: o que tem de legislação
1185 nacional de responsabilidade do Estado brasileiro? Comentou que o CN está tentando regulamentar o
1186 setor, como se o país estivesse desprotegido, em termos de lei. Acha importante contar com o apoio da
1187 Fiocruz no compromisso de defesa da ética em pesquisa e do desenvolvimento nacional. Conselheira
1188 disse que é preciso lutar para que o Legislativo não faça algo pouco qualificado, que não interessa ao
1189 controle social. Conselheiro **Ronald Ferreira** disse que, há dez anos, no conjunto de iniciativas públicas
1190 e privadas, na área do desenvolvimento científico e tecnologia, não existia grande volume de problemas
1191 relacionados à proteção dos participantes de pesquisas clínicas, pois era insignificante a produção nesta
1192 área. Porém, o país passou desde então a ser um mercado interessante para as pesquisas. Na questão
1193 de regularizar a Ética em Pesquisa, conselheiro questiona: prevalecerá o interesse público ou o
1194 interesse do capital? Disse que nos anos 90 o Senado Federal aprovou medida que dispensaria a
1195 atuação dos farmacêuticos na orientação dos clientes, pois os medicamentos já chegavam
1196 industrializados nas farmácias. Falou que os farmacêuticos têm outra tese que deve ser apresentada à
1197 sociedade, pois "medicamento não é um produto qualquer, mas um insumo essencial para garantia do
1198 direito à saúde". Falou ainda que a Política Nacional da Indústria Farmacêutica foi construída com a
1199 contribuição da academia e do CNS. Conselheira **Denise Torreão** disse que as apresentações foram
1200 "extremamente esclarecedoras", porém disse que em outras ocasiões no CNS sempre tinha alguém
1201 para falar a favor e alguém para falar contra o tema proposto, mas desta vez não tinha ninguém
1202 representando a assessoria dos senadores autores do PL 200. Acha que o PL tem "uma série de
1203 falhas". Entretanto disse que havia problema na operacionalização da Conep, que um Parecer demorou
1204 415 dias para ficar pronto, por isso ocorreu insatisfação dos pesquisadores e frustração para engajar
1205 uma pesquisa. Solicitou mais transparência e melhor atuação da Conep. Conselheira **Francisca Rêgo**
1206 gostou da fala de todos, porém disse ter se emocionado com a fala do professor Dirceu Greco na defesa
1207 do SUS. Disse que a Conep está se esforçando para melhorar a atuação, mas eventualmente ainda
1208 pode ter protocolos que demorem bastante para ficar pronto. Falou que o compromisso dos
1209 representantes do controle social é serem simples e francos na arte de informar à sociedade o que está

ocorrendo. Elogiou a Resolução 466 da CNS, porém falou que o PL 200 não contempla a grande quantidade de pesquisas clínicas que são realizadas no Brasil. Se virar lei, será "um desmonte" do trabalho desenvolvido pelo CNS. Este projeto tem interesses pontuais. Espera que as autoridades que estiveram presentes na Mesa possam se alinhar ao CNS para fortalecer o trabalho da Conep. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** agradeceu a Mesa pelas "brilhantes explanações". Questionou: qual é a origem dos elementos usados em pesquisa, vegetal, mineral ou animal? O conhecimento popular do brasileiro é levado em consideração durante as pesquisas? Para quem se produz os medicamentos? Comentou que se gasta dinheiro pesquisando medicamentos que devem ser tomados durante toda a vida, que não curam as pessoas, mas são paliativos. Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** disse que a Mesa foi montada para "descortinar o problema", preparando os conselheiros para a audiência pública e para o debate político. Disse ser possível avançar no debate para saber qual é papel da Conep, além da análise do Protocolo de Pesquisa. Mas ressaltou que também não é só o direito do usuário. Teme que o controle social esteja referendando direitos "não tão legítimos assim". Se o problema for a produção em escala de medicamentos com uso e abuso de corpos humanos para outros fins que não o direito à saúde ou ao medicamento, acha que cabe discussão sobre o direito ao usuário. Percebeu ausência de regulação na legislação brasileira; existem apenas Acordos Internacionais e posição do governo. Mas reconhece avanço após encontro entre CNS, MS e outros atores políticos, desde a última Reunião Ordinária. Ressaltou ser importante defender a posição que o país quer, em nível de Ciência e Tecnologia, o que é importante o SUS ter, e quais são as regras regulamentadoras. Questionou: se estudo clínico tem várias fases, se fizer só ensaio clínico não resolverá o problema. As demais fases ficarão descobertas? Também defende a Conep permanecer no controle público das pesquisas clínicas. Secretário da SCTIE/MS, **Adriano Massuda**, achou o trabalho apresentado pela Mesa e o debate que ocorreu em seguida "extremamente rico". Disse que é bom saber que o país tem médicos e pesquisadores interessados na defesa do SUS. Considerou as propostas apresentadas por Claudio Fortes boas para promover avanços no funcionamento de sistema nacional, que avalie e monitore as pesquisas. Falou que a assistência farmacêutica brasileira evoluiu muito nos medicamentos mais básicos, para hipertensão e diabetes, com cobertura semelhante ao da vacinação. Disse que não basta olhar apenas para um viés da pesquisa, mas avaliar o todo, o Complexo Industrial, o cuidado com a saúde, a Indústria Farmacêutica... Comentou que grande parte da população que tem acesso à medicação, usa de forma errada. Disse ser importante direcionar as pesquisas para o que o país precisa, assim como fortalecer e reorganizar os CEPs. Afirmou que o governo "não está se furtando ao debate", mas disposto a debater a questão com pesquisadores e senadores. Comentou que não tem ainda regulamentação no setor. Disse ser preciso ter ação estratégica e coordenada, melhorando a proposta e utilizando a experiência acumulada pela Conep para firmar e avançar o sistema. Logo depois, comentou que sairia mais cedo da reunião, pois acompanharia o ministro da Saúde Artur Chioro em audiência com o ministro do STF Ricardo Lewandowski sobre judicialização, que virou uma das estratégias da indústria para inserir no mercado medicamentos experimentais, porém ressaltou que o problema não ocorre só no Brasil. Professor **Dirceu Greco** disse que está na expectativa de criação da Campanha com a Fiocruz e o governo. Comentou que a operacionalização do sistema está melhor mas ainda não é a ideal. Acha que o papel do governo é mexer na operacionalização e o papel do controle social é defender os direitos já conquistados. Falou ainda que se deve envolver os usuários na Campanha e "colocar pressão" nos senadores conhecidos dos conselheiros. Sugeriu parceria entre Conitec e Conep. Falou que o deputado Colbert Martins (PMDB/BA) apresentou proposta de transformar o papel desempenhado pela Conep em um processo legal. Porém ressaltou que a senadora Ana Amélia (PP/RS) está levando o PL 200 como uma cruzada, pois não aceitou texto substitutivo. Professor **Cláudio Fortes Garcia Lorenzo** disse que gostou bastante do debate. Falou que um dos problemas dos ensaios clínicos é saber quem financia, pois 95% ocorrem por meio da iniciativa privada. Assim não há interesse nem verba para fazer pesquisa sobre todas as doenças. Comentou que ouviu uma vez um representante da indústria, participando de Mesa no CNS, falar que não tinha problema usarem placebo em pesquisa se o paciente tivesse glicemias de 250 ml a 350 ml por três meses, dizendo que não havia nada comprovando que faz mal. Afirmou que dizem o mesmo para quem sofre de hipertensão. Cada vez defendem mais o uso de placebo para quem tem pressão de 13 por 9. Não há estudo que comprove que hipertensão aumenta a mortalidade, mas afirmou que não há estudo porque não há interesse em se fazer esse estudo. Falou que a indústria farmacêutica quase não investe em pesquisa e desenvolvimento. Disse que a cruzada que possui é pela produção de dado. Quanto a indústria lucra no Brasil e quanto investe em pesquisa de molécula? Com essas informações em mãos, acredita que será possível saber aonde o sistema precisa avançar. Ressaltou que ainda há problemas a se resolver na Conep, pois já sofreu muito com atrasos na análise de Protocolos. Disse que o controle social deve ocupar os espaços de mídia nesse "momento político difícil". Disse que é bom descobrir estratégia política para se reconstruir o sistema. Coordenador da Conep, **Jorge Venâncio** disse que o discurso feito no CNS é o mesmo que realizou junto a outros públicos, e em nenhum lugar se defendeu o PL, da forma como está atualmente. Acha que os "adversários" estão se esquivando da discussão real, em cima do PL em tramitação no Senado Federal. Disse que não tem dúvidas que as pesquisas beneficiam quem precisa de medicamento, mas não

1274 podem ocorrer sem acompanhamento nem cuidado. Sistema de regulação sério evita a situação que
1275 ocorreu na Índia. Reconhece que o sistema não é perfeito e precisa de avanços, em médio prazo. Acha
1276 que há muita coisa para debater e aperfeiçoar. Entretanto, afirmou que a Conep não tem dificuldade
1277 técnica para analisar projetos, pois a qualificação técnica é altíssima, formada por professores doutores
1278 de todo o país. Comentou que o tempo médio por tramitação está atualmente em 48 dias, e que se
1279 informaria a respeito do caso citado pela conselheira Denise Torreão. Em relação ao pós-estudo seguir
1280 até a aprovação do medicamento pela Conitec, e depois a medicação passar a ser usada no SUS, não
1281 considera muito positiva a proposta, pois isso transferiria um gasto dos patrocinadores para o SUS.
1282 Acha boa ideia propor debate sobre o tema em vários lugares. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro**
1283 **de Souza** passou ao Pleno o aviso da equipe de Comunicação de que seriam produzidas matérias
1284 sobre os itens 2 e 3 da Pauta (**Modelos de Gestão e Conep**). Além disso, será feito um vídeo e serão
1285 escritas Notas para as redes sociais. Conselheira falou também para o Pleno acompanhar o processo
1286 de discussão da eleição da Conep. Conselheira **Nelcy Ferreira** falou das entidades do Pleno se
1287 apropriarem do tema, escreverem Resumos com os principais pontos. Comentou que existe uma
1288 síntese do posicionamento da Conep na página da Comissão. Conselheira **Denise Torreão** disse ter
1289 tido experiência singular quando participou da Conep em 2009/2010. Disse que os conselheiros
1290 poderiam se voluntariar para acompanhar uma reunião. Conselheira **Nelcy Ferreira** reforçou o convite
1291 para participação de conselheiros nos Encontros Nacionais de CEPs (ENCEPs), que ocorrem
1292 anualmente. Conselheiro **Clóvis Boufleur** quis deixar registrado que a CNBB apóia a proposta da
1293 Campanha contra o PL 200/2015. Havia sido pedido antes que as entidades que integram o CNS
1294 dessem o apoio explícito nas redes sociais/meios de comunicação, e em suas redes de articulação.
1295 **Encaminhamentos**: professor **Cláudio Fortes Garcia Lorenzo** propôs Campanha contra o PL 200, a
1296 partir dos dados apresentados pela Conep, com apoio da Fiocruz e pesquisadores. Também propôs
1297 criar Sistema Nacional de Pesquisa, que monitore as pesquisas em andamento. Porém, considera
1298 necessário dar tempo para construir alternativas e definir qual será o papel do CNS no Parlamento.
1299 Envolver as entidades na proposta da Conep de impedir a aprovação da PL 200. Pesquisador da
1300 Fiocruz, **Rodrigo Stabeli** disse que aceita participar de Campanha contra o PL 200, em defesa do SUS
1301 e de melhorias para a população brasileira. Professor **Dirceu Greco** sugeriu parceria entre Conitec e
1302 Conep. Conselheira **Denise Torreão** solicitou mais transparência e melhor atuação da Conep.
1303 Conselheira **Nelcy Ferreira** reforçou o convite para participação de conselheiros nos Encontros
1304 Nacionais de CEPs (ENCEPs). Conselheira **Nelcy Ferreira** falou das entidades do Pleno se
1305 apropriarem do tema, talvez trabalhando em cima de resumo com os principais pontos. Conselheiro
1306 **Jorge Venâncio** aprova proposta de debate sobre o PL 200 em vários lugares. Presidente do CNS,
1307 **Maria do Socorro de Souza** falou para o Pleno acompanhar o processo de discussão da eleição da
1308 Conep. **ITEM 04 – DISCUTIR E DELIBERAR SOBRE A 15ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**:
1309 Encontro Latino-Americano; Programação; Vagas de convidados; Frente Democrática Popular em
1310 Defesa do SUS. Coordenação: conselheiro Haroldo Pontes, Presidente da Comissão Organizadora da
1311 **15ª Conferência**. Item adiado para o dia seguinte. **Haroldo Pontes** comentou que a Comissão
1312 Organizadora trouxe dois itens para deliberação no Pleno: proposta de programação para a *Mesa*
1313 *Principal*, *Diálogo Temático* e *Seminário*, para ocorrer um dia antes da Conferência. Além disso,
1314 Pleno também terá que decidir o número de convidados dos estados, dos delegados e
1315 prazos de regulamento. Proposta propõe que a *Mesa Principal* inicie o primeiro dia às 8h,
1316 e, em seguida, a proposta é realizar seis *Mesas de Diálogos Temáticos*, das 10h às 13h.
1317 **Propostas, Mesas e Diálogos Temáticos para a 15ª CNS** - Dia 2 de dezembro - 8h-10h. **Palestra**
1318 **Inicial da 15ª CNS**: As Reformas Democráticas do Estado Brasileiro e a Defesa do SUS. 10h às 13h -
1319 **Diálogos Temáticos sobre Avanços e Desafios do SUS**: 1. *Participação Democrática e Controle Social*
1320 do SUS; 2. *Valorização do Trabalho e a Formação no SUS*; 3. *Acesso a Saúde com Qualidade e*
1321 *Equidade – Cuidar Bem das Pessoas*; 4. *Direito Universal à saúde e financiamento do SUS*; 5. *Ciência,*
1322 *Tecnologia e Inovação no SUS*; 6. *A gestão do SUS e os modelos de atenção à saúde*. Presidente da
1323 Comissão Organizadora da Conferência, **Haroldo Pontes** comentou que o período da tarde terá início
1324 com os *Grupos Temáticos*, que estenderão os trabalhos até o dia seguinte (dia 03 de
1325 dezembro), às 17h. Logo depois, às 18h, terá início a *Plenária Final*, que também
1326 ocorrerá no dia seguinte, durante a manhã e a tarde (dia 04 de dezembro). **Deliberação**:
1327 **Pleno concordou com a programação proposta**. Outro item a ser debatido é a realização de
1328 *Seminário Internacional* nos dois dias que antecedem a **15ª Conferência Nacional de Saúde**. Os
1329 objetivos são: fortalecer a Conferência, com lideranças de movimentos sociais e trabalhar articulação
1330 com esses movimentos. A proposta da Comissão Organizadora é que a abertura ocorra no domingo. Na
1331 segunda-feira tenha *Mesa Redonda sobre Democracia na América Latina* e à tarde *Democracia e*
1332 *Acesso Universal à Saúde*. Todos os conselheiros nacionais (titulares e suplentes) poderão participar
1333 do evento, que deverá contar com 50 representantes de movimentos sociais da América Latina e do
1334 Caribe e 50 representantes de movimentos do Brasil. Se o Pleno aprovar a proposta, o CNS terá diálogo
1335 com a Associação Latino-Americana de Medicina Social (Alames), que desde o fim de 2014 é presidida
1336 pela conselheira de saúde Ana Costa. Conselheiro **José Anibal Machado** perguntou se os
1337 Coordenadores de Plenária, que não conseguirem vaga como delegados, poderão participar do evento

1338 como convidados. Acha que deveriam participar, pois trabalharam na preparação para a 15ª
1339 **Conferência** em seus estados, mesmo que não tenham sido escolhidos como delegados. **Haroldo**
1340 **Pontes** disse que esse debate será feito “no momento oportuno”, mas achou que foi bem colocado pelo
1341 conselheiro José Anibal Machado. Porém ressaltou que há critérios para a escolha dos convidados.
1342 Conselheiro **Edmundo Aimoré** pediu para os indígenas não serem esquecidos. Após questionamento
1343 do conselheiro **João Rodrigues Filho**, **Haroldo Pontes** esclareceu que nesse momento estão em
1344 discussão os critérios para o *Seminário Internacional*. Depois será colocada em discussão a Resolução
1345 que sugere que os convidados do Seminário sejam convidados também da 15ª **Conferência**.
1346 Conselheiro **João Rodrigues Filho** perguntou também quantos convidados terão de cada entidade do
1347 controle social e se haverá alteração no número de convidados das *Conferências Livres*. Conselheiro
1348 **Dalmare Anderson** disse ter ficado “entusiasmado” com a proposta do Seminário, porém perguntou se
1349 conselheiros de saúde não estariam sobrecarregados com a organização da Conferência e talvez não
1350 estivessem focados como deveriam no Seminário. Conselheiro **Haroldo Pontes** explicou que o
1351 Seminário foi organizado para ter o maior número possível de conselheiros de saúde participando dos
1352 debates. Porém, se for adiado para outra data, não servirá como evento preparatório da 15ª
1353 **Conferência**. Conselheiro **Clóvis Boufleur** questionou se o convite seria para os 144 conselheiros.
1354 **Haroldo Pontes** confirmou a informação. **Deliberação: Pleno concordou com a realização do**
1355 **Seminário Internacional dois dias antes da 15ª Conferência**. Logo depois, **Haroldo Pontes**
1356 apresentou ao Pleno a planilha com distribuição de vagas para a Conferência. Em três estados (RJ, MG
1357 e RS) houve redução de quatro delegados, em relação ao percentual da 14ª **Conferência**. Por isso, a
1358 Comissão Organizadora realizou ajuste nesse número. O total de participantes passou de 4.320 para
1359 3.338, pois cada um desses estados receberá quatro delegados a mais. Assim, o número de delegados
1360 sobe de 3.248 para 3.260. E como o número de convidados deve ser equivalente a 30% do número de
1361 delegados, os(as) convidados(as) passarão de 974 para 980. Conselheiro **Geordeci Menezes** alertou
1362 que alterando o número de delegados, altera-se o de convidados, assim como o de representantes das
1363 *Conferências Livres*, que devem representar 10% do total de convidados. Conselheiro **Haroldo Pontes**
1364 explicou que não houve alteração, pois antes já havia sido feito arredondamento para 98 participantes
1365 livres, e agora com a alteração no número de convidados, ficou exatamente equivalendo a 10% do total
1366 (980). Comissão Organizadora sugere que desses convidados, 30% sejam escolhidos pelos estados
1367 (294 pessoas). E desse total, a regra para convidá-los é seguir os critérios de equidade regional,
1368 previsto no Regimento da Conferência: 40% fixo e 60% populacional. Entretanto, ressaltou ser difícil
1369 cumprir com a paridade de segmentos no preenchimento das vagas para convidados dos estados. No
1370 Regimento já aprovado pelo Pleno, não há nenhum item que obrigue os estados a selecionar os
1371 convidados dessa maneira. Porém, se o CNS quiser que a paridade seja feita, o número de convidados
1372 dos estados passará de 294 para 336, com estados recebendo zero, um, dois ou até três convidados a
1373 mais. Conselheiro **Clóvis Boufleur** disse ter lido a nova Tabela e percebeu as alterações no número de
1374 convidados de alguns estados. Porém, ressaltou que, se depender da decisão dos Conselhos
1375 Estaduais, e sem a garantia de ter paridade nos estados, pode não ter representação de usuários. Acha
1376 que não teria problema em fazer o ajuste com múltiplos de quatro. Conselheiro **Geordeci Menezes**
1377 comentou que o CNS deve enviar correspondência aos estados especificando que as indicações devem
1378 atender a paridade, garantindo assim a presença de usuários. Depois, deve-se definir prazo para os
1379 estados se manifestarem e enviarem a lista final de convidados para o CNS analisar, garantindo a “mais
1380 ampla participação”. Logo depois, conselheiro **Haroldo Pontes** propôs ampliar o número de convidados
1381 dos estados, subir de 294 para 336 e colocou a questão em votação. Conselheiro **Abrahão Nunes**
1382 comentou que na leitura que realizou do Parágrafo terceiro do Artigo 26 do Regimento, percebeu que a
1383 representação de usuários deverá ser paritária com os demais segmentos. Então, em sua opinião, o
1384 Regimento já definiu a paridade dos convidados, não precisando, assim, do Pleno do CNS definir essa
1385 questão. Conselheiro **Haroldo Pontes** disse que o entendimento do Pleno foi exatamente nesse sentido
1386 e já encaminhará a questão para deliberação. Repetiu a proposta: 980 convidados, sendo 30%
1387 destinados a indicação dos Conselhos Estaduais, o que representa 294 convidados, com critério de
1388 divisão de 40% fixo e 60% populacional e número final sendo arredondado para múltiplos de quatro.
1389 **Deliberação: Plenário aprovou a proposta de alteração no número de convidados**. Na sequência,
1390 Conselheiro **Haroldo Pontes** apresentou a proposta de retificação da Resolução CNS n.º 500, de 12 de
1391 fevereiro de 2015, no ponto referente ao calendário do Regulamento da Conferência. Havia sido
1392 decidido pelos conselheiros que o Regulamento seria posto em consulta virtual por um mês, e que seria
1393 homologado pelo Pleno em outubro. Porém, como será posto em consulta em outubro, a Comissão
1394 Organizadora sugeriu alterar a data para deliberação do CNS em novembro. Conselheiro **Clóvis**
1395 **Boufleur** lamentou não ser possível aprovar o Regulamento em outubro, pois quando havia sido
1396 fechada a data, o objetivo era avisar com mais antecedência os delegados. Gostaria de condicionar esta
1397 alteração na data ao compromisso da Comissão Organizadora fazer chegar o Regulamento “o mais
1398 rápido possível” aos delegados. Conselheiro **Ronald Ferreira**, da Comissão de Comunicação da
1399 Conferência, se predispondo a avisar com tempo os delegados. Conselheiro **Renato Barros** falou que, na
1400 *Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais*, no primeiro e no segundo dia, quase não houve o
1401 evento, pois tinha três mil pessoas discutindo o Regulamento. Concorda com a alteração proposta e a

1402 necessidade de deixar bem explicadas as regras do Regulamento. **Resolução**. O Plenário do Conselho
1403 Nacional de Saúde (CNS), em sua Ducentésima Septuagésima Terceira Reunião Ordinária, realizada
1404 nos dias 09 e 10 de setembro de 2015, no uso de suas competências regimentais e atribuições
1405 conferidas pela Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de
1406 1990, e pelo Decreto n.º 5.839, de 11 de julho de 2006, Resolve: *Retificar a Resolução CNS n.º 500 de*
1407 *12 de fevereiro de 2015 nos seguintes termos: Onde se lê: "Art. 12 [...] § 3º O Regulamento da Etapa*
1408 *Nacional, sistematizado pela Comissão Organizadora após consulta virtual, será apreciado e aprovado,*
1409 *em caráter definitivo, pelo Pleno do CNS até outubro de 2015." Leia-se: "Art. 12 [...] § 3º O Regulamento*
1410 *da Etapa Nacional, sistematizado pela Comissão Organizadora após consulta virtual, será apreciado e*
1411 *aprovado, em caráter definitivo, pelo Pleno do CNS até novembro de 2015." Onde se lê: "Art. 26. A*
1412 *Etapa Nacional da 15ª Conferência Nacional de Saúde contará com 4.320 (quatro mil trezentos e vinte)*
1413 *participantes, sendo 3.248 (três mil duzentos e quarenta e oito) delegadas e delegados, 974*
1414 *(novecentos e setenta e quatro) convidadas e convidados e 98 (noventa e oito) por credenciamento*
1415 *livre, nos termos deste Regimento". Leia-se: "Art. 26. A Etapa Nacional da 15ª Conferência Nacional de*
1416 *Saúde contará com 4.338 (quatro mil trezentos e trinta e oito) participantes, sendo 3.260 (três mil*
1417 *duzentos e sessenta) delegadas e delegados, 980 (novecentos e oitenta) convidadas e convidados e 98*
1418 *(noventa e oito) por credenciamento livre, nos termos deste Regimento." O anexo I da Resolução CNS*
1419 *n.º 500/2015 passa a vigorar conforme a seguinte tabela: Trinta por cento (30%) das vagas de*
1420 *convidados e convidadas para a 15ª Conferência Nacional de Saúde, serão destinadas aos estados nos*
1421 *termos do Artigo 31 da Resolução nº 500/2015 do CNS, cuja divisão manterá os critérios de equidade*
1422 *regional previstas no Regimento da 15ª Conferência Nacional de Saúde, conforme tabela. Um total de*
1423 *100 (cem) vagas de convidados e convidadas para a 15ª Conferência Nacional de Saúde serão*
1424 *destinadas a participantes do 1º Encontro Latino Americano de Entidades e Movimentos Populares de*
1425 *saúde, que precederá a 15ª Conferência Nacional de Saúde. Deliberação: Pleno aprovou a alteração*
1426 *proposta na Resolução*. Por último, conselheiro **Haroldo Pontes** apresentou a proposta de alterar o
1427 item 04 do Regulamento sobre os cem convidados para participar do 1º Encontro Latino Americano de
1428 Entidades e Movimentos Populares de saúde, que deve ocorrer dois dias antes da Conferência. A
1429 proposta é que os cinquenta convidados dos movimentos sociais brasileiros e os cinquenta
1430 representantes dos movimentos sociais da América Latina sejam também convidados para a **15ª**
1431 **Conferência Nacional de Saúde**. Deliberação: Pleno aprovou a proposta de distribuição das cem
1432 vagas para o Seminário Internacional, assim como de convidar essas pessoas para a **15ª**
1433 **Conferência**. Conselheiro **Geordeci Menezes** disse que era bom explicar para o Pleno o aumento no
1434 número de vagas de convidados, de 294 para 336, e mais cem vagas para o Seminário Internacional.
1435 Esses convidados também serão convidados para a Conferência, e quantas vagas sobrarem para serem
1436 debatidas pelo Pleno. Conselheiro **Haroldo Pontes** disse que a Comissão Organizadora deverá se
1437 reunir no dia 21 de setembro e depois terá nova reunião em outubro, quando definirão as vagas
1438 restantes, e depois apresentarão o resultado ao Pleno do CNS. Conselheiro **Clóvis Boufleur** sugeriu
1439 antecipar a discussão dos delegados nacionais para adiantar passagens e organizar a agenda dessas
1440 pessoas. **Haroldo Pontes** esclareceu que os temas colocados em debate durante essa reunião já
1441 haviam sido decididos anteriormente pela Comissão Diretora. Em relação à sugestão do conselheiro
1442 Clóvis Boufleur, o tema ainda não foi debatido pela Comissão. Porém, colocou em votação a proposta
1443 de debate do ponto dos delegados. Conselheiro **Clóvis Boufleur** disse que o Fórum dos Usuários
1444 debateu o tema na terça-feira, dia 08 de agosto. Conselheiro **Renato Barros** perguntou se ficou
1445 acertado o número de coordenadores de Plenária. **Haroldo Pontes** esclareceu que a discussão das
1446 demais vagas seria feita em breve pela Comissão Organizadora. Logo depois, perguntou se o Pleno
1447 optava pela manutenção da pauta original. Conselheiro **Alexandre Medeiros** comentou que estava
1448 preocupado com a pauta da CIRH, que seria em seguida, pois eram muitos pontos para serem
1449 debatidos pelo Pleno. Além disso, os pontos, para serem aprovados, precisariam contar com o quórum
1450 dos conselheiros. Deliberação: Pleno optou por manter a programação original. Conselheiro
1451 **Ronald Ferreira** apresentou a ideia de criação da *Frente Nacional em Defesa do SUS*. O lançamento
1452 ocorreria durante a passeata do dia 1º de dezembro, com o objetivo de mobilizar os políticos, os
1453 movimentos sociais e a sociedade, em geral. Para dar consequência ao trabalho da Frente, precisa-se
1454 de ações concretas, além das realizadas durante a abertura nas Conferências. Conselheiro sugere
1455 reunião em outubro da Comissão Organizadora com representantes de movimentos sociais para definir
1456 os principais compromissos. Ideia é colocar de 40 a 50 mil pessoas nesta passeata/marcha.
1457 Deliberações: Conselheiros aprovaram a proposta da criação da *Frente Nacional em Defesa do*
1458 *SUS*, com unanimidade. Além disso, o Pleno concordou com a programação proposta para a
1459 Conferência, assim como com a realização do Seminário Internacional nos dias 29 e 30 de
1460 novembro, antes da **15ª Conferência**. Plenário aprovou ainda a proposta de ampliação no número
1461 de convidados; a alteração proposta na Resolução e a proposta de distribuição das cem vagas
1462 para o Seminário Internacional, assim como com a proposta de convidar essas pessoas para
1463 participar da **15ª Conferência**. **ITEM 05 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE ORÇAMENTO E**
1464 **FINANCIAMENTO – COFIN**. Coordenação: Ronald Ferreira dos Santos, coordenador da Cofin/CNS.
1465 Apresentação: Francisco Funcia, consultor da Cofin e Marcos Moreira, representante da Subsecretaria

1466 de Planejamento e Orçamento da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde - SPO/SE/MS. Este item
1467 foi apresentado ao Pleno logo após o item 03, no primeiro dia de reunião. Coordenador da Cofin,
1468 **Ronald Ferreira** iniciou a fala apresentando o que seria debatido em seguida: Discutir a avaliação da
1469 Cofin para o *Relatório Anual de Gestão* (RAG) de 2014. Comentou que em junho, julho e agosto havia
1470 sido decidido que os coordenadores das Comissões se debruçariam nas metas e ações estabelecidas
1471 no Plano Nacional de Saúde para subsidiar o Parecer Final da Cofin. Porém, somente dois
1472 coordenadores e três conselheiros contribuíram para o texto. Por isso, a Comissão trouxe para esta
1473 reunião dados obtidos pela análise preliminar da Cofin, acrescidos das poucas contribuições dos
1474 conselheiros que foram recebidas. Consultor da Comissão, **Francisco Funcia** elaborou Informações
1475 importantes a respeito da **Análise da planilha de execução orçamentária e financeira do MS de**
1476 **janeiro a julho de 2015 – Revisada com as Contribuições dos Membros da COFIN/CNS**. Cenário
1477 Macroeconômico da Execução Orçamentária e Financeira de Jan-Julho/2015 - Expectativa de Inflação:
1478 2015 (entre 9,2% e 9,5%). Elevação das Taxas de Juros encarece o crédito e aumenta a despesa
1479 pública com os encargos da dívida. Desvalorização cambial. Recessão Econômica em 2015, com forte
1480 queda da atividade industrial. A taxa de desemprego está aumentando. Receitas em queda na União,
1481 estados e municípios. Restrição Orçamentária e Financeira (Contingenciamento). Abandono da meta de
1482 superávit primário, inicialmente fixada. Consulta ao Ministério da Saúde para esclarecimentos referentes
1483 à execução orçamentária e financeira até julho/2015. 1. Verificar as diferenças dos valores de pessoal
1484 ASPS entre os slides 3 e 6, bem como as inconsistências no slide 10. 2. Solicitar esclarecimentos a
1485 respeito de qual será a destinação dos R\$ 3,1 bilhões adicionais ao valor da aplicação mínima de 2015,
1486 anunciado pela área econômica do governo durante a apresentação do Decreto 8456, de 22 de maio de
1487 2015. 3. Solicitar informações a respeito de qual foi o valor considerado como aplicação adicional ao
1488 mínimo na LOA 2015 (atualizada) referente à compensação dos Restos a Pagar cancelados até o final
1489 de 2014, nos termos da LC 141/2012. Este valor faz parte dos R\$ 3,1 bilhões citados no item anterior?
1490 4. Solicitar esclarecimentos a respeito dos critérios técnicos que serão utilizados pelo governo federal e
1491 pelo Ministério da Saúde para a avaliação da possibilidade de atendimento das Emendas Parlamentares
1492 individuais de execução orçamentária obrigatória, prevista pela EC 86/2015, à luz das Diretrizes para o
1493 estabelecimento de prioridades para 2015, definidas pelo Conselho Nacional de Saúde e pelo Plano
1494 Nacional de Saúde 2012-2015, também aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, conforme
1495 determina a LC 141/2012. 5. A projeção de despesas para o ano de 2015, tomando por base a
1496 liquidação da despesa, resultou num valor consolidado abaixo do mínimo para ASPS, bem como em
1497 valores abaixo da execução de 2014 para muitos itens de despesa, especialmente para os itens:
1498 FNS/Combate às carências nutricionais; Hospitais próprios; Datasus; Outros programas; Qualificação
1499 profissional do SUS; Fomento à pesquisa em ciência e tecnologia; PROESF; Reestruturação Hospitalar
1500 Universitários; Prevenção das DST/AIDS; Atenção à Saúde da Mulher, Criança, Adolescente e Jovem;
1501 Vigilância Sanitária - PAB; Farmácia Básica - PAB; Ações de Vigilância Epidemiológica;
1502 Reaparelhamento Unidades SUS; ANVISA – Vigilância sanitária e de produtos; FUNASA; PAC;
1503 Saneamento Básico (De mais ações); FIOCRUZ – Vacinas e vacinação. Esta situação pode ser
1504 entendida como consequência do contingenciamento orçamentário e limitação de pagamentos, tendo
1505 estas despesas sua execução postergada? Quais foram as consequências disto? 6. Solicitar avaliação
1506 da SPO/MS a respeito da situação orçamentária do MS à luz do contingenciamento e dos limites de
1507 pagamento, bem como das despesas de 2014 que oneraram as dotações do orçamento de 2015 (cerca
1508 de R\$ 3,5 bilhões). Quais estão sendo os efeitos para a execução orçamentária e financeira do MS das
1509 programações de 2015? 7. Solicitar avaliação do MS a respeito da situação orçamentária (suficiência ou
1510 insuficiência dos valores da dotação autorizada e/ou disponível) para todos os itens de despesa com
1511 níveis adequados muito elevados de empenho e/ou liquidação (acima de 57%). 8. Solicitar
1512 esclarecimentos do MS para todos os itens inadequados de empenho e/ou liquidação. Observação: o
1513 esclarecimento deve abranger também as consequências negativas para os serviços prestados à
1514 população decorrentes dessa baixa execução orçamentária e/ou financeira. 9. Qual é a projeção de
1515 pagamentos de Restos a Pagar (RP) em 2015, considerando que ainda resta um saldo a pagar
1516 equivalente a 68,7% do total inscrito e reinscrito, bem como uma elevada proporção de “não
1517 processados” (92,3%)? Quais são as principais despesas com o saldo a pagar de RP do FN Sena
1518 FUNASA? 10. Solicitar a inclusão da coluna “Dotação Disponível” (valor liberado para empenho a partir
1519 do Decreto de Contingenciamento) ao lado da coluna “Dotação Atualizada” (Lei + Créditos) na planilha
1520 de julho/2015 (e manter nos próximos meses). 11. Verificar se estão corretos os valores que constam na
1521 coluna “Dotação Inicial”. 12. Solicitar informações a respeito do impacto orçamentário da desvalorização
1522 cambial sobre os custos de aquisição de medicamentos e insumos pelo Ministério da Saúde. 13.
1523 Solicitar avaliação do gestor federal do SUS, responsável pela consolidação das informações e
1524 articulação Agenda Brasil – Senado Federal provocada pela recessão. 14. Solicitar avaliação do gestor
1525 federal do SUS a respeito do impacto do crescimento real do gasto tributário nos últimos anos para o
1526 financiamento do SUS nas três esferas de governo (afinal, a renúncia de receitas que integram o Fundo
1527 de Participação dos estados e o Fundo de Participação dos municípios reduzem capacidade de
1528 financiamento do SUS nestas esferas de governo). O prazo final para finalizar a Análise Conclusiva será
1529 no dia 15 de outubro e depois será apresentada ao Pleno na reunião de novembro. Logo depois,

1530 Francisco Funcia apresentou o *Parecer Técnico* elaborado pela comissão. Foi feito com base legal
1531 (CF; Lei nº 8080/900; Lei nº 8142/90 e Lei Complementar nº 141/2012). A análise do RAG 2014/MS
1532 permitiu a COFIN/CNS avaliar a gestão do Ministério da Saúde sob a ótica orçamentária e financeira,
1533 procurando verificar o cumprimento da LC 141. Em termos gerais, quanto à estrutura, a Cofin considera
1534 que o RAG 2014/MS atende aos requisitos legais e infralegais estabelecidos para esse documento.
1535 **Parecer Técnico do Relatório Anual de Gestão de 2014 do Ministério da Saúde, em conjunto com**
1536 **a Avaliação do Relatório de Prestação de Contas do 3º Quadrimestre/2014 do Ministério da**
1537 **Saúde.** Base Legal: Constituição Federal; Lei 8080/90; Lei 8142/90; Lei Complementar 141/2012; Lei
1538 4320/64; Lei Complementar 101/2000; Lei Complementar 131/2009. Processo de Planejamento,
1539 Execução Orçamentária e Prestação de Contas. Conselho Nacional de Saúde (CNS) avalia e/ou
1540 delibera sobre: Plano de Saúde (PNS); Programação Anual de Saúde (PAS); Plano Plurianual (PPA);
1541 Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO); Lei Orçamentária Anual (LOA). **Relatório de Prestação de**
1542 **Contas Quadrimestral (RPCQ).** **Relatório de Gestão (RG) – Emite Parecer Conclusivo.** Parecer
1543 Técnico - A análise do RAG 2014/MS permitiu a COFIN/CNS avaliar a gestão do Ministério da Saúde
1544 sob a ótica orçamentária e financeira, procurando verificar o cumprimento da LC141. **Em termos**
1545 **gerais, quanto à estrutura, o RAG 2014/MS atende aos requisitos legais e infralegais**
1546 **estabelecidos para esse documento.** Quanto ao conteúdo analisado, alguns aspectos puderam ser
1547 destacados (positivos com fonte verde e negativos/ressalvas com fonte vermelha), conforme seguem de
1548 B.1a: Destaques do Parecer – B.1 - As comparações quantitativas deste Relatório Anual deveriam
1549 priorizar a execução de 2014 em relação ao ano anterior. Essa Metodologia não foi adotada pelo MS
1550 para a avaliação do cumprimento das metas físicas, foram apresentadas as comparações das metas
1551 atingidas em 2014 em relação às programadas ou previstas, mas não foram apresentadas as
1552 comparações com as realizadas em 2013 para avaliação do nível de execução de um ano para o outro,
1553 à luz da restrição orçamentária e financeira estabelecida pela área econômica do governo. Destaques
1554 do Parecer – B.2 – Na introdução do RAG 2014/MS, consta que o Relatório trata da “consolidação dos
1555 desempenhos das três esferas de gestão”, quando na verdade refere-se somente ao desempenho da
1556 União. Ainda que cerca de 2/3 dos recursos do MS sejam transferidos para o Distrito Federal, estados e
1557 municípios, o RAG 2014/MS não avalia o desempenho das demais esferas de gestão. A avaliação do
1558 cumprimento das metas estabelecidas na PAS e no PNS não possibilita conhecer o desempenho dos
1559 estados, Distrito Federal e municípios. Destaques do Parecer – B.3 – A LDO 2014 estabeleceu que as
1560 Emendas Parlamentares individuais são de execução orçamentária obrigatória no montante de 0,6%
1561 das Receitas Correntes Líquidas, sem a destinação de recursos adicionais para este fim. Diante da
1562 lógica imposta pela área econômica do governo de considerar a aplicação mínima legal como aplicação
1563 máxima efetiva (popularmente denominada como a lógica “Piso = Teto”), seria importante que o MS
1564 informasse quais foram as ações que não foram executadas total ou parcialmente como decorrência
1565 desta exigência, o que não ocorreu. Destaques do Parecer – B.4 e B.5. A economia orçamentária
1566 (diferença entre o valor da dotação atualizada e o valor empenhado) a preços correntes (valor nominal)
1567 no período 2008 a 2014 totalizou mais de R\$ 30,0 bilhões (valor nominal), consequência direta da
1568 adoção da lógica “Piso = Teto”. Considerando a análise da despesa empenhada por subfunção de
1569 governo diretamente vinculada à Função Saúde, é possível inferir que a restrição orçamentária e
1570 financeira citada anteriormente “sacrificou” principalmente as despesas empenhadas com Suporte
1571 Profilático e Terapêutico, Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária, cujas variações anuais
1572 percentuais foram as mais baixas na execução orçamentária de 2014. Destaques do Parecer – B.6. A
1573 razão das despesas empenhadas em “Atenção Básica – AB” em relação a “Assistência Hospitalar e
1574 Ambulatorial – AHA” foi 0,42 e representou um aumento de 8,36% em relação a 2013, bem como um
1575 aumento acumulado de 24,27% no período 2009 a 2014. Ficou evidenciado um crescimento lento na
1576 priorização de gasto para a Atenção Básica, muito provavelmente em função do subfinanciamento
1577 histórico do SUS, agravado pela execução orçamentária obrigatória das Emendas Parlamentares
1578 individuais sem a contrapartida de recursos adicionais para este fim. Destaques do Parecer – B.7. Do
1579 ponto de vista da execução orçamentária em ASPS, o valor empenhado em 2014 de R\$ 92,243 bilhões
1580 representou um nível de execução orçamentária de 94,2% da dotação atualizada (LOA + Créditos
1581 Adicionais), classificado como regular (faixa entre 90% e 98%). Obs 1: Houve um crescimento do nível
1582 de execução em comparação a 2013 e 2012. Obs 2: Houve uma redução do nível de saldo a pagar
1583 (empenhos a pagar) para 7,7%, menor nível do período 2008-2014. Destaques do Parecer – B.8 e B.9.
1584 O nível de empenhamento por unidade orçamentária foi inadequado (inferior a 90% da dotação
1585 atualizada) para FUNASA, regular (entre 90% e 98% da dotação atualizada) para FNS, FIOCRUZ,
1586 ANVISA e ANSS e adequado (acima de 98% da dotação atualizada) para o GHC. Dos quinze itens de
1587 despesas com valores empenhados acima de R\$ 1,0 bilhão, dez tiveram nível de empenho adequado
1588 (Média e Alta Complexidade/FNS, Programa Saúde da Família/FNS, Medicamentos Excepcionais/FNS,
1589 PAB Fixo/FNS, Incentivo Financeiro Vigilância em Saúde/FNS, Vacinas e Vacinação/FNS, Vacinas e
1590 Vacinação/FIOCRUZ e Farmácia Básica, PAB/FNS, Pessoal Ativo, Pessoal Inativo), um nível de
1591 empenho regular (Qualificação Profissional do SUS) e quatro tiveram nível de empenho inadequado
1592 (Saúde Indígena/FNS, Farmácias Populares/FNS, Emendas Parlamentares e Outros Programas do
1593 FNS). Destaques do Parecer – B.18. Da análise do nível de pagamento dos principais itens de despesas

1594 do MS, a maior parte foi classificada como inadequado (abaixo de 82%), sendo que os itens com níveis
1595 inferiores a 60% foram: 45/FNS, 63/FUNASA, 76/FIOCRUZ e 87/GHC – Emendas Nominativas,
1596 58/FUNASA – Saneamento Básico (Demais ações), 41/FNS – Reaparelhamento de Unidades do SUS,
1597 53/FUNASA – Programa de Aceleração do Crescimento, 6/FNS – Combate às Carencias Nutricionais,
1598 32/FNS – Atenção à Saúde da Mulher, Criança, Adolescente e Jovens, 23/FNS – PROESF, 19/FNS,
1599 71/FIOCRUZ e 80/ANS – Outros Programas, 21/FNS – Fomento à Pesquisa, Ciência e
1600 Tecnologia, 15/FNS – Programa Sangue e Hemoderivados, 24/FNS – Reestruturação de Hospitais
1601 Universitários Federais e 37/FNS – Ações de Vigilância Epidemiológica. O Ministério da Saúde precisa
1602 esclarecer os impactos para a atenção à saúde da população e para as ações e serviços de saúde
1603 decorrentes destes baixos níveis de pagamento. Como exemplo, a última parcela de transferência de
1604 recursos para os hospitais universitários. Destaques do Parecer – B.10. Os municípios receberam
1605 72,5% dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde, enquanto os estados receberam 27,5% em
1606 2014, a maior parte na modalidade fundo-a-fundo: em termos consolidados, as transferências fundo-a-
1607 fundo representaram 99,7% dos valores pagos a estados e municípios, o que está de acordo com a LC
1608 141/2012. Porém, há que se ressaltar que o conceito legal de “Transferências Fundo-a-Fundo” como
1609 sendo a “transferência direta, regular e automática” não está sendo respeitada, pois, na prática,
1610 considera-se “fundo-a-fundo” quaisquer transferências financeiras do FNS para os fundos estaduais e
1611 municipais, mesmo aquelas que envolvem “vontades entre as partes”, como são os convênios.
1612 Destaques do Parecer – B.15 e B.32. É possível concluir que o MS tem excelente capacidade de
1613 execução para as despesas que representam transferências a estados, DF e municípios. Portanto, se
1614 houver mais recursos para o MS executarem ações e serviços públicos de saúde, no âmbito do SUS, a
1615 população seria beneficiada em termos quantitativos (mais serviços) e qualitativos, principalmente
1616 porque a maioria das despesas do MS assume a forma de transferências para os estados e municípios.
1617 Contudo, a transferência de recursos financeiros para estados, DF e municípios foi realizada sem
1618 aprovação dos critérios pelo CNS, conforme estabelece a LC 141. Foi observada uma grande variação
1619 entre os valores per capita mínimo e máximo de empenho (de R\$ 223,30 a R\$ 442,42 ou 98%) e
1620 liquidação (de R\$ 211,60 a R\$ 369,81 ou 75%) por Unidade da Federação, bem como ainda não houve
1621 definição dos critérios de transferência de recursos pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT),
1622 considerando a necessidade de deliberação pelo CNS nos termos da Lei Complementar nº 141/2012.
1623 Destaques do Parecer – B.30. Foi detectada uma inconsistência de valores da Tabela 9 do RAG
1624 (Desembolso Financeiro Fundo-a-Fundo por Bloco – páginas de 18 a 20) com os disponíveis na Sala de
1625 Apoio à Gestão Estratégica do MS os valores, exceto para os blocos de Assistência Farmacêutica e
1626 Investimentos. Este fato requer esclarecimentos do Ministério da Saúde, pois a existência de
1627 informações inconsistentes dificulta o controle e acompanhamento da sociedade, comprometendo a
1628 transparência e a credibilidade das informações disponibilizadas. Obs.: ASPO/MS já encaminhou os
1629 esclarecimentos a respeito deste destaque. Destaques do Parecer – B.17. Não ficou evidenciada no
1630 RAG 2014/MS a forma como a União está prestando cooperação técnica aos municípios nos termos da
1631 LC 141. A Comissão Intergestores Tripartite está com um Grupo de Trabalho que ainda não concluiu a
1632 discussão sobre o novo critério de rateio dos recursos para os estados e municípios, que deverá ser
1633 submetido para aprovação do CNS. É preciso superar a lógica vigente da produção e/ou capacidade
1634 instalada. Destaques do Parecer – B.11 e B.12. Sob a vigência da LC 141, foram cancelados R\$ 2,5
1635 bilhões de Restos a Pagar, em 2012 foi de R\$ 1,2 bilhão, e em 2013 foi de R\$ 1,3 bilhão, valor que
1636 deveria ter sido compensado como aplicação adicional na execução orçamentária de 2014. Porém, a
1637 compensação foi de apenas R\$ 344,7 milhões, restando pendente uma aplicação de R\$ 2,2 bilhões. Os
1638 pagamentos representaram menos da metade do valor total inscrito e reinscrito, restando em
1639 31/12/2014 um saldo a pagar de R\$ 7,1 bilhões (equivalente a 45,3% do total inscrito e reinscrito). Deste
1640 saldo a pagar de R\$ 7,1 bilhões, R\$ 6,1 bilhões são Restos a Pagar “não processados” (ou não
1641 liquidados), sem que o RAG 2014/MS avalie a real possibilidade de execução em 2015, fator
1642 preocupante por se tratarem de despesas do período 2003 a 2013. Destaques do Parecer – B.13. Sob a
1643 ótica do artigo 24 e seus incisos I e II da Lei Complementar nº 141/2012, o RAG 2014/MS não
1644 evidenciou a existência de recursos financeiros vinculados às contas do Fundo Nacional de Saúde e das
1645 demais unidades da administração indireta do MS (em torno de R\$ 15 bilhões). Após o advento da LC
1646 141, o empenhamento da despesa é condição necessária, mas não suficiente para que se comprove a
1647 aplicação mínima em ASPS: é preciso que as contas do Fundo Nacional de Saúde e das unidades da
1648 administração indireta do MS tenham recursos em caixa correspondentes ao saldo a pagar dos
1649 empenhos do exercício e ao saldo a pagar dos Restos a Pagar apurados em 31 de dezembro de 2014.
1650 Destaques do Parecer – B.14. O demonstrativo das receitas próprias do Ministério da Saúde totalizaram
1651 R\$ 4,9 bilhões, cujas despesas financiadas com esses valores não poderiam ser computadas no cálculo
1652 da aplicação mínima legal em ações e serviços públicos de saúde, tanto porque assim exige a Lei
1653 Complementar nº 141/2012 (art. 4º, Inciso X), como pelo fato de caracterizarem em vários casos um
1654 processo de retroalimentação financeira ou “dupla contagem”, como por exemplo, restituições de
1655 convênios, cujos valores serviram para computar a aplicação em saúde nos anos anteriores. Porém, se
1656 o Ministério da Saúde adotasse essa interpretação, não teria como empenhar despesas adicionais pelo
1657 fato da área econômica não disponibilizar tais recursos e não teria atingido o valor da aplicação mínima.

1658 Destaques do Parecer – B.16. A execução orçamentária não pode ser considerada um indicador
1659 automático da gestão do Ministério da Saúde, mas é imprescindível para avaliar essa gestão. Mas, seria
1660 importante também acompanhar a execução orçamentária das três esferas de governo, pois o CNS é
1661 um conselho “nacional”, e não “federal”. Além disto, as Receitas Correntes (bruta e líquida) e Total da
1662 União deveriam ser apresentadas tanto no RAG, como nos Relatórios de Prestação de Contas
1663 Quadrimestrais, pois é ferramenta para o debate do conselho sobre a alocação dos recursos
1664 arrecadados pela União. Destaques do Parecer – B.31. A questão do subfinanciamento do SUS foi
1665 agravada pela restrição orçamentária e financeira imposta ao Ministério da Saúde pela área econômica
1666 do governo pelos seguintes motivos: Destaques do Parecer – B.31.(a). Pela não liberação de todos os
1667 recursos autorizados na lei orçamentária (contingenciamento), limitando a aplicação em ações e
1668 serviços de saúde a um valor muito próximo da aplicação mínima estabelecida pela Lei Complementar
1669 nº 141, caracterizando uma situação que se observa nos últimos 14 anos (exceto para o ano da
1670 epidemia da Influenza) de que o valor mínimo tornou-se o valor máximo (PISO = TETO), fazendo com
1671 que a aplicação federal ficasse estagnada em torno de 1,7% do PIB neste período, diferentemente do
1672 que ocorreu nos estados e, principalmente, nos municípios. Destaques do Parecer – B.31.(b). Pela não
1673 incorporação integral, no orçamento de 2014, dos valores dos Restos a Pagar cancelados em 2012 e
1674 2013, conforme exige a Lei Complementar nº 141/2012, que representariam uma aplicação adicional ao
1675 mínimo de 2014 de cerca de R\$ 2,2 bilhões. É oportuno lembrar que o MS deixou de repassar para os
1676 estados e municípios cerca de R\$ 4 bilhões no final de 2014, regularizando esta situação no início de
1677 2015, com orçamento de 2015, fato que poderia ter sido parcialmente evitado e a área econômica
1678 tivesse alocado em 2014 os recursos legalmente estabelecidos como compensação dos Restos a Pagar
1679 cancelados. Destaques do Parecer – B.31.(c). Por não estar disponível nas contas do Fundo Nacional
1680 de Saúde os valores correspondentes aos empenhos não pagos em 2014 e ao saldo de Restos a Pagar
1681 de exercícios anteriores, conforme preconiza a Lei Complementar nº 141/2012: não basta empenhar a
1682 despesa para verificar o cumprimento da aplicação mínima; é preciso que os valores empenhados, mas
1683 que não foram pagos até o final do exercício, fiquem depositados nas contas do Fundo Nacional de
1684 Saúde. Se isto não ocorrer, o valor correspondente deve ser deduzido do cômputo da aplicação, cujo
1685 resultado faria com que o Ministério não atingisse o valor mínimo da aplicação em ASPS, descumprindo
1686 assim a Lei Complementar nº 141/2012: Destaques do Parecer – B.31.(c) Piso 2014 = Empenhado 2013
1687 X Variação Nominal do PIB. Piso 2014 = R\$ 83.053.255.549 X 1,10308 = R\$ 91.614.259.623. Aplicação
1688 Legal em 2014 deveria ser: Piso 2014 + Restos a Pagar cancelados em 2013 = R\$ 91.614.259.623 + R\$
1689 1.305.666.573 = R\$ 92.919.926.196. Valor Aplicado em 2014 foi: R\$ 92.243.191.171. O valor aplicado
1690 foi acima do Piso 2014, mas abaixo do valor da aplicação legal (não compensou os Restos a Pagar
1691 cancelados em 2013 como determina a LC 141/2012) Justificativa apresentada pela SPO/MS referente
1692 ao Destaque B.31.(c): A área econômica do governo federal entende que a compensação prevista para
1693 o cálculo da aplicação legal deve considerar apenas e de forma combinada os Restos a Pagar
1694 cancelados em 2013 e (cujos) empenhos tenham sido emitidos a partir da data da vigência da Lei
1695 Complementar nº141/2012 (13/janeiro/2012). A COFIN/CNS entende que esta interpretação restritiva
1696 não encontra amparo na citada lei e é prejudicial ao SUS, agravando o quadro de subfinanciamento.
1697 Destaques do Parecer B.19 a B.29. Páginas 22 a 30: A partir dos Indicadores e Metas para 2014, os
1698 membros da COFIN/CNS analisaram preliminarmente os resultados à luz do que foi estabelecido para
1699 cada uma das Diretrizes do Plano Nacional de Saúde, como objetivo de subsidiar a análise do RAG
1700 2014 pelas Comissões Temáticas (com exceção da Comissão Intersetorial de Trauma e Violência, cuja
1701 contribuição está contemplada no RAG). Destaques do Parecer – B.33. Este foi o parecer técnico da
1702 COFIN/CNS referente tanto à análise dos aspectos orçamentários e financeiros do RAG 2014, como à
1703 avaliação preliminar da Execução das Diretrizes do Ministério da Saúde – Indicadores e Metas para
1704 subsidiar a análise das demais comissões do CNS. **Francisco Funcia** comentou que a Cofin recebeu
1705 sugestões da Comissão Intersetorial de Trauma e Violência (CITV) e da Comissão Intersetorial de
1706 Saúde Indígena (CISI). Conforme solicitação do Conselho Nacional de Saúde, na reunião de 05 e 06 de
1707 novembro de 2014, também foi elaborado Quadro Comparativo das Ressalvas dos Pareceres do CNS
1708 referentes aos RAGs 2008 a 2013, que se repetem em grande número neste Parecer Técnico do RAG
1709 2014. Em relação aos aspectos orçamentários e financeiros, as Ressalvas repetidas em 2014 estão
1710 sintetizadas a seguir: **Repetição de Ressalvas** – Os valores dos empenhos a pagar, inclusive do saldo
1711 a pagar dos Restos a Pagar, não estavam depositados na conta do Fundo Nacional de Saúde, em 31 de
1712 dezembro. A OMS deverá apresentar ao CNS o que está sendo feito para cumprir com a movimentação
1713 financeira dos recursos do SUS exclusivamente pelo Fundo Nacional de Saúde, de modo que, a partir
1714 de 31/12/2012, o FNS tenha nas respectivas contas bancárias os recursos financeiros para pagar as
1715 despesas empenhadas e não pagas. Os Restos a Pagar cancelados num ano não são compensados
1716 como aplicação adicional no exercício subsequente. OMS deverá apresentar ao CNS propostas de
1717 compensação dos Restos a Pagar cancelados e de outras despesas que não poderiam ser
1718 caracterizadas como ações e serviços públicos de saúde. A participação da União está estagnada em
1719 torno de 1,7% do PIB, enquanto estados e, principalmente, os municípios tem alocado parcelas
1720 crescentes de seus orçamentos. Novamente, o contingenciamento orçamentário estabeleceu que a
1721 aplicação mínima legal tornou-se a aplicação máxima definida pelo Ministério do Planejamento,

1722 *Orçamento e Gestão. Não pode existir contingenciamento orçamentário e financeiro em relação aos*
1723 *recursos destinados para as ações e serviços de saúde. Foram utilizadas despesas financiadas com*
1724 *receitas próprias (DPVAT, etc.), inclusive de pagamento de medicamentos e de serviços pelos usuários,*
1725 *para o cômputo da aplicação mínima constitucional. OMS deverá apresentar ao CNS as metas de*
1726 *ampliação de alocação de recursos para fortalecer o financiamento da Atenção Básica. A transferência*
1727 *fundo-a-fundo se caracteriza como sendo aquela que obedece ao critério de ser direta, regular e*
1728 *automática, conforme legalmente estabelecida. O fato de depositar de um fundo (federal) para outro*
1729 *fundو (municipal ou estadual) não assume a característica de ser transferência direta, regular e*
1730 *automática nos termos da lei. OMS deverá apresentar ao CNS os critérios que serão utilizados para a*
1731 *transferência de recursos para estados e municípios na modalidade fundo-a-fundo, bem como o*
1732 *montante previsto. É preciso superar a lógica vigente da produção e/ou capacidade instalada. OMS*
1733 *deverá apresentar ao CNS proposta de mudança de procedimentos administrativos para simplificar e*
1734 *agilizar as transferências financeiras para estados e municípios, de modo a reduzir a formação de*
1735 *Restos a Pagar (fixar meta de redução de RP). Nos termos do RAG, gestão participativa está associada*
1736 *a uma Secretaria, quando na verdade, sob a lógica do SUS, deveria estar presente nos processos de*
1737 *planejamento e gestão desenvolvidos por todas as Secretarias e Unidades do Ministério da Saúde. A*
1738 *interface desses processos como Conselho Nacional de Saúde (CNS) não ficou claramente identificada,*
1739 *exceto para uma ou outra menção referente às Resoluções do CNS. As comparações quantitativas de*
1740 *um Relatório Anual deveriam priorizar o ano anterior, bem como em relação à meta prevista para o*
1741 *exercício da execução. Na introdução do RAG, consta que o Relatório trata da “consolidação dos*
1742 *desempenhos das três esferas de gestão”, quando na verdade refere-se somente ao desempenho da*
1743 *União. A receita da União deveria ser apresentada tanto no RAG, como nos Relatórios de Prestação de*
1744 *Contas Quadrimestrais, pois é ferramenta para o debate do Conselho sobre a alocação dos recursos*
1745 *arrecadados pela União. Não ficou evidenciado como a União está prestando cooperação técnica aos*
1746 *municípios, nos termos da LC 141. Logo depois, conselheiro **Ronald Ferreira** avisou ao Pleno que*
1747 *essas informações apresentadas já haviam sido repassadas aos conselheiros em reuniões anteriores.*
1748 *Conselheiro **Clóvis Boufleur** começou agradecendo a apresentação de Francisco Funcia. Depois*
1749 *propôs fazer Pacto com o MS para receber respostas até outubro a respeito das Ressalvas feitas pela*
1750 *Cofin, especialmente as relacionadas com os Restos a Pagar. Acha que Resolução do CNS poderia*
1751 *“dar força a interpretação” do que o grupo de conselheiros deseja emitir como opinião da legislação, de*
1752 *que os Restos a Pagar fazem parte do orçamento do SUS. Conselheiro acha que a pactuação deveria*
1753 *servir como critério para aprovação das contas do MS no ano seguinte. Considera que o Relatório 2015*
1754 *deveria ser automaticamente desaprovado pelo Conselho, se não houvesse esse Pacto (e o não*
1755 *cumprimento do combinado). Enfatizou que a Lei 141 exige que o CNS assuma posições concretas em*
1756 *situações semelhantes, pois há cinco anos se repete o mesmo processo. Conselheiro **André Luís***
1757 ***Bonifácio de Carvalho** parabenizou a Cofin pelo trabalho apresentado, que exige conhecimento*
1758 *técnico e linguagem complexa. Depois disse que a análise sobre o Relatório de Gestão deveria ir “além*
1759 *da leitura financeira”; não avaliar somente o que foi feito, mas verificar quais mudanças aconteceram na*
1760 *saúde no período. Disse que aprovou no texto o destaque a não observância legal das normas*
1761 *(Ressalvas) e o que está adequado à lei (sob a execução orçamentária). Mas acha que deveriam ser*
1762 *apontadas as mudanças ocorridas, segundo os indicadores que o plano apresenta. E o Relatório não*
1763 *deveria ficar restrito ao contingenciamento. Comentou que não se deve concentrar a crítica apenas na*
1764 *falta de recursos federais, pois senão nas Conferências Estaduais as contribuições/leituras realizadas*
1765 *sobre o Orçamento serão restritas. Entretanto reconheceu a importância do governo em ler as*
1766 *Ressalvas apontadas pela Cofin e apresentá-las depois ao Pleno do CNS. Conselheiro **Carlos Ferreira***
1767 *gostou da apresentação “verbalizada e detalhada” do Francisco Funcia. Comentou que se fosse alguém*
1768 *que não soubesse o “comprometimento histórico das pessoas que estão no Ministério”, a leitura do*
1769 *Relatório seria bem mais dura. Acha “constrangedor” perceber que se trata de estratégia econômica do*
1770 *governo. Porém ressaltou que isso não ocorre só na saúde, mas em todas as políticas, traduzindo em*
1771 *não execução, acumulação em Restos a Pagar, e em déficit “lá na ponta”. Disse para ficar atento, pois*
1772 *se trata de prática que se repete. Acha que o olhar não deve se restringir somente à área da saúde.*
1773 *Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** comentou que alguns apontam a crise econômica*
1774 *como decorrência da opção do governo em investir em Políticas Sociais. Mas tem economistas que*
1775 *dizem que não ocorreu grande crise em 2008 porque se conseguiu fomentar o mercado interno com*
1776 *investimentos. O método de análise do RAG já possui uma concepção, porém acha que o controle*
1777 *social poderia incluir outras formas de avaliar as contas do governo. Mas acha que esta necessidade*
1778 *deveria ser colocada também para o governo, que fizesse análise focada na mudança da realidade das*
1779 *desigualdades sociais, e não focada só em Indicadores e Metas. Questionou Francisco Funcia sobre o*
1780 *contingenciamento de 2015, pois tinha visto que seria de cerca de R\$ 13 bilhões, mas no texto havia*
1781 *sido citado como de R\$ 5 bilhões. Gostaria de saber onde está a diferença. Falou que o ministro Artur*
1782 *Chiorro afirmou que o corte foi maior no MS do que no repasse para estados e municípios. Quis saber*
1783 *também do critério usado pela Cofin para definir o que está regular ou não. Conselheiro **Ronald***
1784 ***Ferreira** explicou que não quiseram se estender na explanação, porém nas páginas 29 e 30 do*
1785 *Documento (B-19 ao B-29), há informações a respeito do impacto e avaliação das Diretrizes do Plano*

1786 Nacional de Saúde. Disse que esses dados estão a disposição dos conselheiros no servidor.
1787 Conselheira **Maria Arindelita Nunes** ficou encantada com o Relatório, que considerou "bem feito".
1788 Pensou na possibilidade de capacitação para Conselhos Estaduais e Municipais aprenderem a fazer
1789 Relatório no mesmo modelo. Não viu ações que estavam planejadas no Orçamento e não foram
1790 executadas por desvio de finalidade ou desinteresse, mas sim um problema de subfinanciamento. Pediu
1791 explicação sobre os gastos de Funasa e Saúde Indígena. Conselheiro **Renato Barros** disse que a
1792 quantidade de Ressalvas e falta de respostas conclusivas é feita nos estados para os conselheiros
1793 nacionais. Mas disse não ter o devido conhecimento do desdobramento da questão. Questionou à Cofin
1794 sobre as auditorias realizadas nos estados sobre contas municipais rejeitadas, que recebem verba
1795 federal. Conselheiro **José Eri Medeiros** agradeceu o Relatório apresentado. Não gostou do horário
1796 tardio para apresentar o tema. Acha que o CNS deveria dispor de um dia inteiro para debater o
1797 orçamento do MS, com convidados (Conass, Conasems, Conselhos Estaduais). Acha que seria
1798 "educativo". A apresentação do RAG também poderia tomar um dia inteiro, pois a "riqueza do trabalho
1799 vai impactar em toda a discussão do sistema de saúde do país". Disse que houve aumento de 8.47 de
1800 investimento na área básica de saúde, mas perguntou se 7.7 dos Restos a Pagar tem envolvimento com
1801 essa porcentagem de 8.47. Disse que há mais de 20 anos que mais de 70% do orçamento do MS vai
1802 para Alta e Média Complexidade. Conselheiro **Abrahão Nunes** acha que "do ponto de vista contábil tá
1803 tudo perfeito", mas acha ser preciso ponderar a posição do governo. Qual é o valor que se repassa para
1804 os municípios para consulta médica? Disse que R\$ 1 bilhão, ou R\$ 5 bilhões, faz muita falta. Não quer
1805 discutir só números, porém eles afetam o resultado político, e se refletem nas ações. Disse que o preço
1806 pago pelo subfinanciamento na saúde está "cada vez mais caro para a população brasileira".
1807 Conselheiro **Alexandre Medeiros** parabenizou o Francisco Funcia pelo texto, entretanto disse que
1808 havia série de considerações a serem feitas: falou que está claro que todos do CNS são favoráveis ao
1809 aumento do financiamento em saúde, mas disse que é importante saber o que é possível ser feito.
1810 Enquanto governo, afirmou que os técnicos do MS estão tentando garantir, da melhor forma, o
1811 orçamento. Acha que alguns problemas apontados pelos conselheiros são questões de interpretação,
1812 como os Restos a Pagar. Encara reunião no Conselho como oportunidade de aprendizado e evolução
1813 na análise de impacto na vida dos brasileiros. Houve redução em internação por insuficiência cardíaca,
1814 mortalidade infantil, mortalidade materna. Disse que o SUS não é sistema falido, pois consegue
1815 executar ações; assim acha que o controle social deveria ser mais generoso na análise e mostrasse os
1816 pontos onde pode ser melhorado. Sugere ampliar e qualificar a análise de impacto. Há bons indicadores
1817 em gestão e no investimento na atenção básica, política no "contra fluxo do capital". Mas há empecilhos
1818 que impedem a efetivação do SUS, em sociedade dividida entre público e privado. Conselheiro **Paulo**
1819 **de Tarso** achou o documento bem feito, pois se trata de "vários trabalhos cumulativos". Disse que no
1820 último RAG analisado pela Cofin, foram 96 ressalvas e o MS já respondeu 95 delas. Entretanto disse
1821 que o Ministério da Saúde não concorda com todas as Ressalvas feitas pela Comissão. Acha que o
1822 CNS deve avaliar se o Ministério da Saúde está cumprindo a lei, os compromissos legais, ou não.
1823 Conselheira **Lenir Santos** disse que, pela Lei Complementar 141, há dois Relatórios: um de Gestão do
1824 SUS e um de Execução Orçamentária. Perguntou se neste item estavam avaliando o Relatório de
1825 Execução, pois achou "bem esclarecedor". Acredita que o Relatório de Gestão seja peça fundamental,
1826 que deve seguir o Plano Nacional de Saúde (PNS), Metas, Objetivos, avaliar desempenho qualitativo e
1827 quantitativo, e deve ter caráter sistêmico. O PNS deve retratar as necessidades gerais do país. E avaliar
1828 o impacto do Relatório de Gestão do SUS, se melhorou a qualidade de vida, se houve inclusão social.
1829 Conselheiro **Ronald Ferreira** esclareceu aos conselheiros que, nas páginas 22 a 30 do Relatório,
1830 consta análise das 14 Diretrizes do PNS, com Metas e Objetivos. A Cofin trouxe ao Pleno deste mês a
1831 Análise Orçamentária e Financeira do RAG. Além disso, disse que 90% do Relatório já havia sido
1832 apresentado ao Pleno em reuniões anteriores (maio e junho). Explicou que se trata de Relatório único e
1833 que é atribuição do CNS, e não só da Cofin, a análise do RAG 2014. Conselheiro **José Anibal**
1834 **Machado** considerou "uma aula" a apresentação desse primeiro dia de reunião. Disse que apresenta
1835 programa de rádio sobre saúde o que aprende nas reuniões do CNS. Logo depois, fez uma provocação
1836 aos técnicos do MS. Se a pessoa tem cinco filhos, faz mal se morre um? Respondeu que faz mal sim.
1837 Citou o caso do Movimento Saúde + 10, encampado pelo CNS em 2012, com o objetivo de ampliar o
1838 orçamento. Nos municípios, disse que os prefeitos investem de 25% a 27% em saúde e mesmo assim
1839 várias pessoas ficam anos esperando na fila para fazer cirurgia. Afirmou que, se entrasse mais dinheiro,
1840 mais vidas seriam salvas. Disse ser importante que as pessoas do interior tenham acesso a essas
1841 informações, que faltam recursos e que não é má vontade dos prefeitos. Conselheira **Luciana Silveira**
1842 **Bernardes** disse que desde março comentou que a Agenda Conservadora e o Orçamento Impositivo
1843 dificultariam o orçamento da saúde. Parabenizou Francisco Funcia pelo texto e achou que a análise do
1844 RAG "instiga" a luta pelo Saúde + 10, mas pediu ações mais concretas, como a tributação de grandes
1845 rendas. Acha que o CNS fica "discutindo recursos do SUS como se o Brasil fosse um país pobre, mas é
1846 um país rico". Acha que a área de economia do governo deveria estar em sintonia com o projeto
1847 defendido pelo CNS, e sugeriu que representantes dessa área fossem convidados para "situar a
1848 questão do contingenciamento". Apontou contradições no Relatório, como na parte destinada a Atenção
1849 Básica, afirmando que aumentou 8,36%, e na análise dos principais itens (Saúde da Mulher, da Criança,

1850 do Jovem, Combate as carências nutricionais); acha que esses indicadores deveriam ser numerados
1851 (definir quanto é gasto em cada área). Afirmou que grande parte do orçamento de estados e municípios
1852 é para financiar campanhas políticas. Para ter uma saúde universal que atenda todo o povo brasileiro, é
1853 preciso dobrar o financiamento. Conselheira **Maria Laura Bicca** disse que o consultor da Cofin
1854 Francisco Funcia tem domínio do assunto e, com metodologia, conseguiu fazer “trabalho de excelência”.
1855 Comentou que, se somente duas Comissões colaboraram com o Relatório é porque são as únicas que
1856 tem integrantes que sabem fazer análise. Afirmou que “ninguém dá o que não tem”. Disse que os
1857 conselheiros não têm domínio sobre todas as matérias debatidas no CNS. Acha que a tarefa no CNS
1858 deve ser dividida e cada conselheiro deve colaborar nas áreas de conhecimento que domina. Comentou
1859 que os estados estão pedindo capacitação mais permanente na análise desse tema e nisso a Auditoria
1860 do SUS poderia colaborar. Conselheira **Rosangela da Silva Santos** disse que apresentaria dados do
1861 que o SUS anda realizando, a nível Brasil. Falaria sob a perspectiva de usuário, de quem convive com a
1862 problemática do dia a dia. Sugere estudos comparativos para fazer as intervenções necessárias. Foi em
1863 municípios para debater a Lei 141 e percebeu como os conselheiros conseguiam se identificar em
1864 alguns pontos no tema financiamento. Comentou que já fez parte da Cofin e conseguiu transformar os
1865 dados aprendidos na experiência em linguagem mais acessível para conversar com os conselheiros
1866 municipais e estaduais. Acha que o CNS deveria passar critérios para as Comissões debaterem o tema
1867 e verem aonde o(a) conselheiro(a) se identifica, as necessidades e demandas, para trabalhar depois na
1868 construção das soluções. Disse que nos meios de comunicação se divulga basicamente o lado negativo
1869 do SUS. E a população tem acesso a essas informações, e somado à crise financeira, para mudar esta
1870 realidade deve transformar essas informações em linguagem de fácil acesso a sociedade, para que
1871 contribuam com sugestões e sejam corresponsáveis pelo funcionamento do SUS. Percebeu, em
1872 Conferências de Saúde, que o público não se manifesta muito quando o tema é orçamento. Conselheiro
1873 **Ronald Ferreira** disse que já fazem alguns anos que a Cofin apresenta o conjunto de informações em
1874 Análises para o Pleno, tratando cada momento do financiamento com metodologia adequada. Falou que
1875 no segundo dia de reunião seria debatido o subfinanciamento. Além disso, seria debatido também o
1876 próximo PNS e o próximo PLOA, com base no que foi discutido nesse item (Diagnóstico Orçamentário-
1877 Financeiro, assim como das Metas do RAG). Disse se tratar de um processo, de “um filme, não de uma
1878 fotografia”. O objetivo é que os conselheiros fiquem por dentro dos instrumentos de análise.
1879 Representante da SPO/MS, **Marcos Moreira** considera que o processo de recebimentos de críticas e
1880 sugestões do CNS tem sido “bastante rico”, assim como as falas do MS em elogio à Cofin são
1881 verdadeiras, pois o trabalho está sendo desenvolvido de forma competente. O constante diálogo tem
1882 gerado modificações e melhoramentos nos Relatórios elaborados pela SPO, mas existe também o
1883 embate político. Nem sempre a Secretaria concorda com as Ressalvas feitas pelo CNS, e nem todas
1884 dependem do Ministério da Saúde. A diminuição dos Restos a Pagar e o aumento no percentual de
1885 investimento na Atenção Básica foram demandas bem colocadas pelo Conselho, sendo respostas ao
1886 CNS e a sociedade. Frisou a importância do MS estar respondendo as questões colocadas pela Cofin.
1887 Acha que a Comissão se manifesta no que tem *expertise*. Disse ser palpável a “angústia” da Comissão
1888 em agregar mais informações nos Relatórios. Consultor da Cofin/CNS, **Francisco Funcia** agradeceu os
1889 elogios ao texto que elaborou, e disse que a interface com os conselheiros ajuda a atender as
1890 demandas e necessidades de cada um. Falou que RAG não é responsabilidade só da Cofin. Mas disse
1891 que há uma cultura no CNS de que RAG é associado à Cofin. E também se pensa que tudo que diz
1892 respeito a contas e orçamento pertencem ao Conselho. O estudo do terceiro quadrimestre da Prestação
1893 de Contas está sendo realizado junto com o RAG, pois devem ser analisados em conjunto. As metas só
1894 podem ser atendidas se estiverem no plano de ações. E estiverem previstas no orçamento. Acha
1895 necessário aprofundar a discussão do orçamento e dos indicadores orçamentários. Desta vez, foi
1896 incluído Parecer da Cofin sobre Metas e Indicadores do PNS 2014. Acha que deveria ser pauta de todas
1897 as comissões a discussão sobre o RAG e sobre os quadrimestres. Depois da Lei 141 ficou evidente que
1898 ainda não existe essa cultura de discussão nas comissões do CNS. E que os gestores federais e
1899 estaduais devem exigir processos de trabalhos novos, a partir da Lei 141; e novos fluxos que integrem a
1900 gestão. Ressaltou que colocou no Documento que parte das Ressalvas são ocasionadas por diferenças
1901 de interpretação, pois os gestores não precisam pensar igual aos conselheiros de saúde. E desta
1902 tensão, espera que surjam “novas sínteses” do processo. Respondeu a Presidente do CNS, Maria do
1903 Socorro de Souza a respeito dos valores de contingenciamento que estavam diferentes, pois a
1904 conselheira citou o contingenciamento de 2015 e no texto a referência é o contingenciamento de 2014.
1905 Respondeu também ao conselheiro José Eri de Medeiros que houve crescimento do atendimento na
1906 atenção básica e assistência ambulatorial, mas esses dados não foram cruzados no texto com os
1907 valores de Restos a Pagar. Considera os Restos a Pagar uma composição proporcional, então alguma
1908 coisa dessa área deve ter virado Restos a Pagar. Conselheiro **Ronald Ferreira** disse que a Cofin não
1909 pode ficar horas explicando detalhes do Relatório, por isso sugere que os conselheiros leiam o
1910 documento e enviem contribuições para o Relatório Final até o dia 15 de outubro, pois a próxima
1911 reunião da Cofin será nos dias 22 e 23 de outubro. Assim, a Cofin deverá apresentar o Parecer definitivo
1912 sobre o RAG 2014 na Reunião Ordinária de novembro. Conselheiro **Clóvis Boufleur** disse que o
1913 Conselho muitas vezes tem que formalizar consensos. Entendeu que o MS está respondendo as

1914 Ressalvas enviadas pelo CNS, porém ressaltou que, há três anos, os Relatórios estão sendo aprovados
1915 pelo Conselho, com Ressalvas. Por isso sugere formalização para que sirva de subsídio para o
1916 Conselho, nas próximas gestões, assim como já foi feito com a Resolução 322 sobre os gastos em
1917 saúde. A medida auxiliaria o MS na discussão com a área econômica. Conselheiro **Ronald Ferreira**
1918 tentou explicar ao Pleno a proposta do conselheiro Clóvis Boufleur, dizendo que nos últimos anos as
1919 interpretações dos conselheiros estão sendo materializadas nas Ressalvas do Relatório. E agora foi
1920 proposta Resolução que trate sobre esses entendimentos, seguindo os moldes da Resolução 322.
1921 Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** disse que faltam mais orientações para as Comissões
1922 elaborarem análises quantitativas do Relatório Preliminar da Cofin. Considera uma medida importante,
1923 mas acha que a orientação do que se deve fazer ainda não está clara, e se as análises das Comissões
1924 fossem feitas com a orientação que receberam da Cofin, seriam feitas de forma superficial. Sugere outro
1925 método que se associe ao proposto pela Cofin, de envio de sugestões/contribuições. Conselheiro
1926 **Ronald Ferreira** explicou que, nos últimos três anos, a Cofin tentou “empoderar” os conselheiros com
1927 novas Metodologias de Análise. No ano passado todas as Comissões avaliaram o Relatório Preliminar e
1928 contribuíram com sugestões para o texto final, com indicadores (adequado, inadequado, satisfatório),
1929 que dialogavam com o Plano Nacional de Saúde. Reconheceu a necessidade de discutir novos
1930 mecanismos de avaliação, porém lembrou a todos de que há várias responsabilidades que os
1931 conselheiros não poderão escapar, como a construção da **15ª Conferência**, assim como a construção
1932 do novo PPA, e do novo PNS. Disse que o prazo para Análise Final do RAG 2014 se encerra em
1933 novembro. Falou que os conselheiros devem também avaliar como ocorrerá o fluxo de funcionamento
1934 das Comissões para cumprir as obrigações do CNS definidas na Lei 141. Conselheiro **André Luís**
1935 **Bonifácio de Carvalho** falou que todos concordam que se deve sair da leitura fria dos números para
1936 ver as mudanças nas situações de saúde. Acha que a discussão sobre o fluxo de funcionamento das
1937 Comissões deverá ficar para a próxima gestão do CNS. Lembrou o Pleno de que o governo está no
1938 nono mês de quatro anos, ou seja, terá tempo para aprimorar a leitura do investimento em saúde junto
1939 com o CNS. Sugeriu analisar depois, com mais calma, a proposta do conselheiro Clóvis Boufleur para
1940 que todos entendam melhor do que se trata a Deliberação, dando tempo para o conselheiro qualificar
1941 melhor o conteúdo. SOLICITAÇÕES: Conselheira **Maria Arindelita Nunes** pediu explicação ao MS
1942 sobre o investimento na Funasa e na Saúde Indígena. Além disso, sugeriu que houvesse capacitação
1943 nos Conselhos Estaduais e Municipais para elaboração de Relatório para análise orçamentária e
1944 financeira, semelhante à Análise produzida pela Cofin. Conselheira **Maria Laura Bicca** solicitou
1945 capacitação mais permanente para os estados na análise financeira-orçamentária dos Relatórios, com
1946 ajuda da Auditoria do SUS. Conselheiro **Clóvis Boufleur** sugeriu a Cofin elaboração de Resolução
1947 orientadora para análise, para ser enviar depois ao MS. Conselheiro **José Eri Medeiros** acha que o
1948 CNS deveria dispor de um dia inteiro para debater o orçamento do MS, com convidados (Conass,
1949 Conasems, Conselhos Estaduais). Sugeriu também um dia de apreciação para a apresentação do RAG.
1950 **Encaminhamento:** Conselheiro **Ronald Ferreira** disse que os conselheiros devem ler o documento e
1951 enviar contribuições para o Relatório Final até o dia 15 de outubro, pois a próxima reunião da Cofin será
1952 nos dias 22 e 23 de outubro. Em seguida, a Comissão deve apresentar o Parecer definitivo sobre o RAG
1953 2014 na Reunião Ordinária de novembro. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: *Titulares* –
1954 **Abrahão Nunes da Silva**, Central de Movimentos Populares (CMP); **Carlos Eduardo Ferrari**,
1955 Organização Nacional dos Cegos do Brasil (ONCB); **Clóvis Adalberto Boufleur**, Conferência Nacional
1956 dos Bispos do Brasil (CNBB); **Denise de Freitas**, Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
1957 (SBPC); **Denise Torreão Corrêa da Silva**, Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); **Edmundo**
1958 **Dzuaiwi Omore**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Gerdo**
1959 **Bezerra de Faria**, Conselho Federal de Odontologia (CFO); **Geordeci Menezes Souza**, Central Única
1960 dos Trabalhadores; **IVone Evangelista Cabral**, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); **João**
1961 **Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Jorge Alves de**
1962 **Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil (CGTAMBÉM); **Jurandi Frutuoso Silva**,
1963 Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); **Lenir Santos**, Federação Brasileira das
1964 Associações de Síndrome de Down (FBASD); **Márcia Patrício de Araújo**, Associação Brasileira dos
1965 Ostomizados (ABRASO); **Marco Antonio Gomes Pérez**, Ministério da Previdência Social; **Maria**
1966 **Arindelita Nunes de Arruda**, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); **Maria do Socorro de**
1967 **Souza**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG); **Maria Laura Carvalho**
1968 **Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Maria Zenó Soares da Silva**, Federação
1969 Nacional das Associações de Pessoas com Doenças Faciliformes (FENAFAL); **Marlonei Silveira dos**
1970 **Santos**, Federação Nacional dos Médicos (FENAM); **Marisa Furia Silva**, Associação Brasileira de
1971 Autismo (ABRA); **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); **Nelson Augusto**
1972 **Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Olympio Távora Derze Correa**, Confederação
1973 Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS); **Patrícia Augusta Alves Novo**,
1974 Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares (ABRAz); **Renato Almeida de Barros**,
1975 Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social (CNTSS); **Rogério Carvalho**,
1976 Ministério da Saúde; **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos (Fenafar);
1977 Rogério Ministério da Saúde; **Semiramis Maria Amorim Vedovatto**, Conselho Federal de Psicologia

1978 (CFP); **Verônica Lourenço da Silva**, Liga Brasileira de Lésbicas (LBL), **Vinícius Ximenes Muricy Rocha**, Ministério da Educação (MEC) e **Wanderley Gomes da Silva**, Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM). *Suplentes* – **Adriano Macedo Félix**, Associação Nacional de Grupos de Pacientes Reumáticos (ANAPAR); **Alessandra Ribeiro de Sousa**, Conselho Federal de Serviço Social (CFESS); **Alexandre Correia dos Santos**, Federação Interestadual dos Farmacêuticos (FEIFAR); **Alexandre Frederico de Marca**, Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC); **Alexandre Medeiros de Figueiredo**, Ministério da Saúde; **Alfredo Boa Sorte Jr.**, Ministério da Saúde; **André Luís Bonifácio de Carvalho**, Ministério da Saúde; **Antonio Alves**, Ministério da Saúde; **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá**, Associação Nacional de Pós-Graduandos (ANPG); **Dulcilene Silva Tiné**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS); **Eurídice Ferreira de Almeida**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil (FASUBRA); **Fernanda Benvenutty da Silva**, Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA); **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos (FENAPSI); **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO); **Gilene José dos Santos**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical (Sindnapi); **Gilson Silva**, Força Sindical; **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **José Araújo da Silva**, Pastoral da Pessoa Idosa; **José Arnaldo Pereira Diniz**, Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO); **José Eri de Medeiros**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); **Liane Terezinha de Araújo Oliveira**, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (FEMAMA); **Luciana Silveira Bernardes**, União Brasileira das Mulheres (UBM); **Luiz Anibal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores (NCST); **Marcelo Boria**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); **Marcelo Pires de Mendonça**, Secretaria Geral da Presidência da República; **Marco Akerman**, Associação Brasileira Rede Unida; **Maria do Socorro Bezerra Mateus**, União Nacional dos Auditores do Sistema Único de Saúde (UNASUS); **Mauro Guimarães Junqueira**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); **Michely Ribeiro da Silva**, Rede Nacional Lai Lai Apejo: População Negra e Aids (RLLA); **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV); **Osvaldo Peralta Bonetti**, Ministério da Saúde; **Paula Johns**, Associação de Controle do Tabagismo, Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos (ACT/Aliança de Controle do Tabagismo); **Paulo de Tarso Oliveira**, (Ministério da Saúde); **Rodrigo de Souza Pinheiro**, Movimento Nacional de Luta Contra AIDS; **Rony Anderson de Andrade Rezende**, Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC); **Rosangela da Silva Santos**, Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil (FARBRA); **Shirley Marshal Diaz Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE); **Suelen Nunes**, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM); **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da Criança; **Wilen Heil e Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); e **Zaíra Tronco Salerno**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN). O dia começou com o item 10 – **Eleições no CNS** (inversão na pauta), com coordenação dos conselheiros Geordeci Menezes de Souza e Maria do Socorro de Souza, ambos da Mesa Diretora do CNS. **ITEM 06 – ESTRATÉGIAS DO CNS FRENTE AOS DESAFIOS DO SUBFINANCIAMENTO DO SUS**. Coordenação: Ronald Ferreira dos Santos e Maria do Socorro de Souza. Apresentação: Francisco Funcia, consultor da Cofin. Enquanto aguardavam a chegada do Ministro Artur Chioro, foram apresentados os INFORMES. 1) *Conferência Livre da Mulher*, nos dias 25, 26 e 27 de setembro. Evento organizado pela União Brasileira das Mulheres (UBM), em parceria com o CNS e o MS. Realização: Contag. Apresentação: conselheira **Luciana Bernardes**. 2) Distribuição da *Carta elaborada durante o VII Encontro de Enfermagem da Região Centro-Oeste e Tocantins*, encontro em defesa do SUS e da importância de mobilizar a sociedade para a **15ª Conferência**, que aconteceu nos dias 28 e 29 de agosto, em Brasília. Organização da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). Apresentação: **Maria Arindelita Nunes**. 3) **8º Simpósio Nacional de Doenças Faciformes**. Realização: Federação Nacional das Associações de Pessoas com Doenças Faciformes (FENAFAL). Evento ocorrerá de 5 a 7 de novembro no Centro de Exposição de Vitória (ES). Também ocorrerá em Vitória a **15ª Conferência Livre**, nos dias 3 e 4 de novembro, reunindo as 55 organizações do país e os cinco grupos organizados. Apresentação: conselheira **Maria Zenó**. Em seguida, teve início o item 06. Conselheiro **Ronald Vieira** disse que, na Reunião Ordinária de agosto, e com base no *Seminário* realizado durante o **Congresso da Abrasco**, o Pleno aprovou Documento a respeito da avaliação do subfinanciamento. Com o fechamento dos prazos legais para as peças orçamentárias e com o desenrolar da crise econômica e política, além das respostas obtidas por instituições da República como a *Agenda Brasil*, do Senado e a *Pauta da Virada*, da Câmara dos Deputados, foi pautado este debate para ouvir as contribuições dos conselheiros e confrontar as visões dos parlamentares com os *Eixos de luta pelo financiamento adequado do SUS*, do Conselho Nacional de Saúde. Na semana anterior a Cofin participou de Audiência Pública no Senado sobre o Projeto de Emenda Parlamentar nº 001/2015, que trata de resgatar o aporte de recursos da União, no valor pleiteado pelo Movimento *Saúde + 10*. Estavam presentes também o Conass e o Conasems. Na ocasião, foi discutido valor do montante, novas fontes de financiamento e destino dos recursos. Com o

2042 conhecimento da PLOA e PPA, a Cofin achou que seria bom o CNS debater o financiamento da saúde,
2043 analisando as propostas nos diferentes espaços políticos. Consultor da Cofin, **Francisco Funcia** disse
2044 que a Comissão realizou comparativo entre as Agendas Políticas para identificar os aspectos
2045 relacionados e as diferenças de enfoques entre as propostas. Por exemplo, a *Agenda Brasil* segue linha
2046 oposta do que tem sido chamado de “qualificar o gasto público”, bem diferente da linha proposta pelo
2047 CNS de promover crescimento com distribuição de renda. Funcia acha que as ações propostas pelo
2048 Senado questionam o gasto público, como é o caso da PEC 83/2015, que trata da criação de Instituição
2049 Fiscal Independente (IFI). Essa medida gera interpretação que pode impedir o investimento em novas
2050 políticas, pois deverá obrigatoriamente identificar as fontes de financiamento. **QUADRO**
2051 **COMPARATIVO CNS/SF/CD - Eixos de luta pelo financiamento adequado do SUS - Conselho**
2052 **Nacional de Saúde.** 1) Rejeição da atual política econômica que está provocando recessão e
2053 desemprego e a consequente mudança da orientação desta política para a promoção do crescimento e
2054 distribuição da renda, inclusive com a eliminação do contingenciamento orçamentário limitador da
2055 execução dos gastos sociais. **Agenda Brasil - Senado Federal.** Implantar a Instituição Fiscal
2056 Independente. (OBS.: PEC83/2015) Aprovar a Lei de Responsabilidade das Estatais, com vistas à maior
2057 transparéncia e profissionalização dessas empresas. Aprovar a PEC 84/2015, que impede o governo
2058 federal de criar programas que gerem despesas para estados e municípios e Distrito Federal, sem a
2059 indicação das respectivas fontes de financiamento. Regulamentar o Conselho de Gestão Fiscal, previsto
2060 na Lei de Responsabilidade Fiscal. (OBS.: PLS141/2014) Reformar a Lei de Licitações — PLS 559/2013
2061 — para modernizar o procedimento e também para atualizar os valores das alçadas, defasados desde
2062 1996. Definir idade mínima para aposentadoria, mediante estudos atuariais e levando-se em conta a
2063 realidade das contas da previdência social. Implantar Modelo de administração pública gerencial, com
2064 Metas e Indicadores de resultado. Favorecer formação dos gestores públicos alinhados com padrão
2065 mais eficiente de gestão. Priorizar amplo processo de simplificação da relação do Estado com cidadãos
2066 e empresários, com base no Super Simples, desburocratizando procedimentos redundantes e
2067 melhorando o ambiente de negócios, conforme elenco de sugestões da *Agenda Brasil*. Regulamentar o
2068 Artigo 23 da Constituição Federal: definir as responsabilidades e o papel supletivo e redistributivo da
2069 União, dos estados e municípios; criar o sucessor do Fundes; criar o Sistema Nacional de Educação
2070 (SNE); implementar o Plano Nacional de Educação nos três entes federativos; aperfeiçoar o
2071 financiamento a padrões de qualidade; equilibrar Programas Universais com a necessidade de
2072 focalização (Fies, Pronatec), e adequar sistemas subnacionais ao SNE. Compatibilizar os Marcos
2073 Jurídicos da Educação com as necessidades do desenvolvimento econômico e da redução das
2074 desigualdades. **Pauta da Virada - Câmara dos Deputados.** 1. Adotar medidas para a redução dos
2075 juros e de manutenção do câmbio em patamares que assegurem a competitividade da produção
2076 nacional. 15. Adotar medidas para a garantia do emprego, dos direitos dos trabalhadores e do poder
2077 aquisitivo dos trabalhadores e aposentados. 17. Garantir o direito de resposta e o aperfeiçoamento da
2078 legislação sobre meios de comunicação com medidas efetivas contra concentração econômica
2079 (monopólio e o oligopólio). 18. Ampliar o orçamento da cultura. Garantir a diversidade cultural regional e
2080 a produção local. 19. Adotar medidas para a Política de Ressocialização do Sistema Penitenciário. 20.
2081 Aprovar medidas para o acesso universal às Redes de Comunicação de dados a baixo custo para o
2082 usuário. 21. Apoiar projetos relacionados à desburocratização e à simplificação da relação do Estado
2083 com o cidadão e o setor produtivo. 22. Aprovar mudanças na Legislação de Licitações e Contratos para
2084 aperfeiçoamento das regras e dos instrumentos de controle, transparéncia e eficiência. 24. Adotar
2085 medidas efetivas que assegurem políticas e recursos para melhoria da mobilidade, construção de
2086 moradias, saneamento básico. 26. Garantir orçamento para Reforma Agrária. Assegurar condições para
2087 assentar todos os acampados, como também viabilizar condições de produção e de acesso aos
2088 serviços. **Eixos de luta pelo financiamento adequado do SUS - Conselho Nacional de Saúde.** 2)
2089 Enfrentamento da Dívida Pública Federal que restringe a capacidade de financiamento das Políticas
2090 Sociais (somente em 2014, os Valores de Juros, Amortização e Refinanciamento da Dívida Pública
2091 Federal foram de R\$ 170,6 bilhões, R\$ 191,7 bilhões e R\$ 616,8 bilhões, respectivamente). **Agenda**
2092 **Brasil - Senado Federal.** Fixar limites para as dívidas líquida e bruta da União. Fixar prazo para que os
2093 bancos liberem os valores referentes aos depósitos judiciais, conforme emenda do Senado ao PLC
2094 15/2015, que originou a Lei Complementar 151, de 5 de agosto de 2015. **Eixos de luta pelo**
2095 **financiamento adequado do SUS - Conselho Nacional de Saúde.** 3) Recomposição do orçamento
2096 de 2015 do Ministério da Saúde, denunciando tanto os efeitos deletérios sobre a Assistência à Saúde do
2097 corte de R\$ 11,7 bilhões, como a não compensação prevista pela Lei Complementar nº 141/2012 dos
2098 Restos a Pagar cancelados em 2012 e 2013, equivalente ao total de R\$ 2,5 bilhões (em valores
2099 nominais), que deveriam ter sido gastos adicionalmente ao valor da aplicação mínima até o final de
2100 2014. **Agenda Brasil - Senado Federal.** Priorizar solução para Restos e Contas a Pagar. **Eixos de**
2101 **luta pelo financiamento adequado do SUS - Conselho Nacional de Saúde.** 4) Combate a qualquer
2102 redução no orçamento do Ministério da Saúde nos próximos anos, acompanhando a tramitação das Leis
2103 Orçamentárias para que não seja desrespeitado o Princípio da Vedaçao de Retrocesso, a exemplo do
2104 §8º do art. 35, incluído no Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias/2016 pela Comissão Mista de
2105 Orçamentos do Congresso, estabelecendo que, em 2016, o valor da aplicação mínima em Ações e

2106 Serviços Públicos de Saúde (ASPS) "...não poderá ser inferior ao valor resultante da aplicação da regra
2107 constante do art. 5º da Lei Complementar nº 141, de 2012". 5) Exclusão imediata da DRU
2108 (Desvinculação das Receitas da União) por se tratar de fonte indispensável para o financiamento da
2109 Seguridade Social, modificando a PEC 87/2015 que prorroga esta desvinculação até 2023 e aumenta de
2110 20% para 30% a retenção da receita arrecadada pertencente ao Orçamento da Seguridade Social. 6) Retomada da mobilização social do Movimento Saúde + 10, para alterar a EC 86/2015, principalmente
2111 no que se refere: 6.1) Ao percentual de aplicação mínima, estabelecendo o equivalente das 10% das
2112 Receitas Correntes Brutas para apurar o valor da aplicação mínima em ASPS; 6.2) À aplicação dos
2113 recursos do Pré-Sal, retomando condição de adicional ao valor da aplicação mínima em ASPS nos
2114 termos disciplinados originalmente pelo art. 4º, da Lei 12.858/2013; 6.3) À execução orçamentária
2115 obrigatória das Emendas Parlamentares individuais, retirando estas despesas do cômputo da aplicação
2116 mínima em ASPS; **Agenda Brasil – Senado Federal.** Favorecer maior desvinculação da receita
2117 orçamentária, dando maior flexibilidade ao gasto público. Estabelecer um TAC fiscal para "zerar o jogo"
2118 e permitir melhor gestão fiscal futura. **Eixos de luta pelo financiamento adequado do SUS –**
2119 **Conselho Nacional de Saúde.** 7) Revisão geral da renúncia de receita ou dos gastos tributários da
2120 União, especialmente os subsídios públicos aos Planos e Seguros Privados de Saúde. **Agenda Brasil –**
2121 **Senado Federal.** Condicionar as alterações na legislação de desoneração da folha e o acesso a crédito
2122 subvencionado a Metas de geração e preservação de empregos. Compatibilizar a Política de renúncia
2123 de receitas, no Orçamento Público, à obtenção de resultados positivos no enfrentamento das
2124 desigualdades regionais e na geração de emprego e renda (trata-se de determinação constitucional).
2125 **Eixos de luta pelo financiamento adequado do SUS – Conselho Nacional de Saúde.** 8) Revisão da
2126 Lei de Responsabilidade Fiscal em relação à limitação dos gastos de pessoal vinculados às ASPS.
2127 **Agenda Brasil – Senado Federal.** Elaborar Proposta para reajuste planejado dos servidores dos três
2128 Poderes, de maneira a se ter uma previsibilidade de médio e longo prazo dessas despesas. **Pauta da**
2129 **Virada – Câmara dos Deputados.** 23. Defender a construção, por parte do Poder Executivo, de
2130 Políticas para as Carreiras e Remuneração dos Servidores Públicos. **Eixos de luta pelo financiamento**
2131 **adequado do SUS - Conselho Nacional de Saúde.** 9) Revisão da Política de patentes relacionada aos
2132 insumos e produtos da área da saúde, fortalecendo os interesses nacionais e da saúde pública. **Pauta**
2133 **da Virada – Câmara Federal.** 4. Adotar políticas voltadas para o aumento de competitividade,
2134 produtividade, com foco na absorção de tecnologia; redução do custo de financiamento; ampliação da
2135 exigência de conteúdo nacional e do incentivo à expansão, diversificação, fortalecimento e integração
2136 das cadeias produtivas internas. Ampliar as políticas de conteúdo local, com maior ênfase no apoio a
2137 capacitação dos fornecedores e sua inserção em atividades de maior conteúdo tecnológico; Adotar
2138 políticas específicas para as cadeias produtivas em formação ou expansão no Brasil, particularmente
2139 para os segmentos industriais de defesa, óleo e gás, transportes ferroviários e energias renováveis;
2140 Reconhecer o SUS como importante área de desenvolvimento tecnológico e de formação de cadeia
2141 produtiva para a indústria nacional de equipamentos médicos e hospitalares e de insumos; Ampliar as
2142 Políticas de apoio à exportação das grandes empresas dos setores de eletrônica e outros de alta
2143 tecnologia, bem como a internacionalização das marcas. **Eixos de luta pelo financiamento adequado**
2144 **do SUS – Conselho Nacional de Saúde.** 10) Revisão do Orçamento Nacional da Saúde, seja pela
2145 alteração de tributos já incorporados ao Orçamento da Seguridade Social, seja pela inclusão de novas
2146 fontes, sempre sob os princípios básicos que: a) Sejam exclusivas para o SUS e prioritariamente para
2147 as ações e serviços de natureza pública, sem aprofundar o caráter regressivo da tributação vigente no
2148 Brasil, mas suficientes para assegurar a responsabilidade pública com a saúde; b) Tenham previamente
2149 definidas a destinação destes recursos para a mudança do modelo de atenção, para que a atenção
2150 primária seja a ordenadora do cuidado, e para a valorização dos servidores públicos da saúde. c) Novas
2151 fontes poderiam envolver: (i) a ampliação da alíquota da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido
2152 (CSLL) para instituições financeiras dos atuais 9% para 18%; (ii) a criação de contribuição sobre as
2153 grandes transações financeiras (CGTF) e a tributação das remessas de lucros e dividendos realizadas
2154 pelas empresas multinacionais, atualmente isentas, com destinação para a Seguridade Social; (iii) a
2155 aprovação da taxação sobre grandes fortunas com destinação para a Seguridade Social, em tramitação
2156 na Câmara Federal; (iv) a revisão do DPVAT para ampliar a destinação de recursos ao SUS; e (v) a
2157 elevação da taxação sobre os produtos derivados de tabaco, sobre as bebidas alcoólicas e sobre as
2158 empresas que importam, fabricam e montam motocicletas. **Agenda Brasil – Senado Federal.** Vender
2159 ativos patrimoniais (terrenos de Marinha, edificações militares obsoletas e outros ativos imobiliários da
2160 União). Reformar o PIS-Cofins de forma gradual, com foco na "calibragem" das alíquotas, reduzindo a
2161 cumulatividade do tributo e a complexidade na forma de recolhimento. Reformar o ICMS (convergência
2162 de alíquotas) e adotar outras medidas a serem sugeridas pela Comissão Especial de Aprimoramento do
2163 Pacto Federativo. Adotar medidas para repatriação de ativos financeiros do exterior, com a criação de
2164 sistema de proteção aos aderentes ao modelo. Revisar Resolução do Senado que regula o imposto
2165 sobre heranças, sobretudo quanto ao teto da alíquota, levando-se em conta as experiências
2166 internacionais (convergir com média mundial). Aperfeiçoar o Marco Jurídico e o Modelo de
2167 Financiamento da Saúde. Avaliar a proibição de liminares judiciais que determinam o tratamento com
2168 procedimentos experimentais onerosos ou não homologados pelo SUS. Regulamentar o resarcimento
2169

pelos associados de planos de saúde, dos procedimentos e atendimentos realizados pelo SUS. **Pauta da Virada – Câmara Federal.** 2. Ampliar recursos para Saúde, Educação e Pesquisa Científica, com criação de novas fontes de recursos e garantia de não contingenciamento do Orçamento dessas Políticas. 3. Adotar medidas para a realização de receitas não tributárias, como a securitização da dívida ativa da União, estados e municípios; e a repatriação de ativos financeiros. Em relação a esse último ponto, é importante que a destinação dos recursos priorize gastos em educação. 9. Adotar medidas para ampliar a progressividade da tributação, reduzindo a tributação sobre o consumo e sobre a circulação de bens e serviços e aumentando a tributação progressiva sobre patrimônio: grandes fortunas, heranças, a grande propriedade urbana e rural, o setor financeiro e as remessas de lucros e reservas ao exterior. 10. Adotar medidas para simplificar obrigações tributárias e facilitar a pronta recuperação dos créditos tributários. 12. Aprovar medidas para o aperfeiçoamento e uma repactuação mais justa de receitas, obrigações e responsabilidades do Pacto Federativo. 14. Mudar a legislação relativa à criminalização da sonegação, tornando-a mais rigorosa e abrangente. Além disso, **Francisco Funcia** disse que o senso comum não pode tomar conta do debate que tem “fundamentação teórica, para além das discursões ideológicas”, afirmando frases como “toda tributação é ruim” ou “todo déficit é ruim”. Comentou de estudo do IPEA, publicado no jornal *Valor Econômico*, no dia 31 de junho. A matéria afirmava que o topo da pirâmide social (brasileiros com renda mensal superior a 160 salários mínimos) é composto por 71.400 pessoas, o que equivale a 0,3% dos declarantes do imposto de renda e 0,05% da população economicamente ativa, detendo 14% da renda total e 22% da renda declarada, somando R\$ 298 bilhões. Entretanto, estão isentas 65% das pessoas do total de rendimentos dessa faixa, ou seja, apenas 35% foram tributados. Foram declarações feitas entre 2008 e 2014. Observando os números percebe-se que as pessoas que ganham proporcionalmente menos pagam proporcionalmente mais imposto de renda do que os que estão no topo da pirâmide social. Na faixa dos que recebem de três a cinco salários, mais de 90% da renda pagam impostos. A principal causa dessa injustiça é a isenção de lucros e dividendos. Comentou que o artigo mostra a importância de se tributar os lucros e dividendos, mas também mostra a necessidade de revisar a legislação tributária para poder financiar o que a sociedade pactuou na CF sobre os Direitos Sociais. Segue abaixo apontamentos feitos por Francisco Funcia, com base no artigo publicado no jornal. **Novas Fontes de Financiamento do SUS**, extraídas das declarações do IR Pessoa Física (2008-2014). Fonte: Pesquisadores do IPEA: Sérgio Gobetti e Rodrigo Orair - *Valor Econômico* de 31/07/2015 (Opinião/Colunistas). 1) O "topo" da pirâmide social é composta por 71.440 pessoas (equivalente a 0,3% dos declarantes e 0,05% da População Economicamente Ativa), que detém 14% da Renda Total e 22,7% da riqueza declarada; 2) O rendimento total é de R\$ 298 bilhões/ano (média individual de R\$ 4,17 milhões) e o patrimônio total declarado é de R\$ 1,2 trilhão (média individual de R\$ 17 milhões), a preços de 2013; 3) Apenas 34,2% (equivalente a R\$ 92 bilhões/ano) da renda são tributados, enquanto 66% (equivalente a R\$ 196 bilhões/ano; média individual R\$ 2,7 milhões/ano) da renda estão isentas; para os demais declarantes, a isenção corresponde 23,8% da renda e, para os que recebem abaixo de cinco Salários Mínimos (R\$ 40,7 mil/ano em 2013), 8,3%; 4) Os que recebem acima de 40 Salários Mínimos pagam 6,4% de imposto sobre a sua renda (incluindo a retenção exclusiva na fonte), enquanto que os que recebem entre 20 Salários Mínimos e 40 Salários Mínimos pagam 11,7% sobre a sua renda (incluindo a retenção exclusiva na fonte); 5) Segundo os autores, a principal causa desta injustiça tributária está na isenção de lucros e dividendos pagos aos sócios e acionistas de empresas, vigente no Brasil a partir de 1995: 5.1) Das 71.440 pessoas no "topo" da pirâmide social, 51.419 receberam dividendos, declararam uma renda média de R\$ 4,5 milhões/ano e pagaram apenas 1,8% de imposto sobre sua renda, pois: 5.1.1) A renda tributável foi de R\$ 387 mil; 5.1.2) A renda tributável exclusivamente na fonte foi de R\$ 942 mil; 5.1.3) A renda isenta foi de R\$ 3,1 milhões; 6) Em termos internacionais: dos 34 países do OCDE: 6.1) Atualmente, apenas 1 isenta os dividendos de tributação: a Estônia. 6.2) A tributação total sobre o lucro (Pessoa Física + Pessoa Jurídica) equivale a 43%, sendo 64% na França, 48% na Alemanha e 57% nos EUA (no Brasil, equivale a menos de 30%); 7) Portanto, a reintrodução da tributação sobre os dividendos, que existia antes de 1995, atingiria somente aqueles que se encontram no "topo" da pirâmide social e não impactaria o investimento das empresas, contribuindo para que o ajuste fiscal não recaísse sobre os gastos públicos. Em seguida, após a apresentação do consultor da Cofin, **Ronald Ferreira** convidou o ministro **Artur Chioro** e a Secretária Executiva do MS, **Ana Paula Menezes**. Conselheiro disse que o CNS conseguiu, desde o último mês, unidade de ação com Conass e Conasems, e outras organizações, em diferentes espaços públicos, na defesa de mais recursos e de novas fontes de financiamento para a saúde. Comentou que nesse momento de crise o que menos se espera é “dispersão de forças” no controle social. Considera uma boa ideia a confrontação das agendas da Câmara e do Senado com as bandeiras defendidas pelo CNS. Na reunião de junho a Cofin falou ao Pleno da possibilidade de debater as novas fontes de financiamento com órgãos do governo. Comentou que desde então a Comissão está trocando informações com o MS e com a Secretaria de Orçamento e Finanças (SOF) do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Ministro **Artur Chioro** disse que o conselheiro Ronald Ferreira realizou uma “síntese” do momento atual. Falou que, em momentos de crise se abrem “janelas de possibilidades para o processo de mobilização”. Comentou que hoje a maioria concorda que existe subfinanciamento da saúde e se deve busca mais recursos. Porém acha

2234 demagogia quando se diz que não haverá custo para a sociedade brasileira a criação do Complexo
2235 Industrial da Saúde, pois os recursos sairão do SUS. Considera também injusto quando as pessoas
2236 falam de “impostômetro” e depois cobram ampliação de acesso na saúde pública. Disse que políticos de
2237 todos os partidos pensam que no governo todos são “corruptos e perdulários”. Comentou que no dia
2238 anterior havia tomado café da manhã com parlamentares em encontro com a *Frente Parlamentar da*
2239 *Saúde* e com a Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados. Mesmo entre os
2240 parlamentares ligados ao setor saúde, percebeu que essa tese é prevalente: médicos prescrevem de
2241 maneira irracional e Secretários de Saúde não servem para nada. O primeiro ponto do discurso dos
2242 gestores deve ser “o bom uso do dinheiro público”; senão vão pensar que o governo gasta mal e por
2243 isso não precisa de mais recursos. Ministro comentou que as pessoas pensam que, se não tivesse tido
2244 corrupção na área de Órteses e Próteses, o problema teria sido resolvido. Mas ele disse que o SUS
2245 gastou R\$ 4 bilhões nessa área em 2014 e mesmo com um pouco mais de verba, e sem corrupção,
2246 sabe que o problema ainda estaria lá. Falou também que o governo pede mais recursos para “gastar e
2247 cuidar melhor” da população brasileira. Comentou que, assim como o Congresso, o governo também
2248 expressa contradições, por ser multipartidário. Há 15 dias conversou com os principais jornalistas do
2249 país e, em nenhum momento citou a CPMF, que, segundo o ministro, ganhou o rótulo de “ser ruim para
2250 todo mundo”. Comentou que a contribuição é ruim somente para quem tem medo que a Receita Federal
2251 e outros órgãos de controle possam descobrir as contribuições financeiras. A grande defesa de quem é
2252 contra a volta da CPMF é que a contribuição impactaria na diminuição dos preços dos consumidores.
2253 Porém a CPMF foi retirada e isso não ocorreu; o que aconteceu é que diminuiu os recursos da saúde.
2254 Desde 2008 foi retirado cerca de R\$ 80 bilhões de investimento em saúde por ano. Ministro assume que
2255 o sistema é profundamente subfinanciado, pois as contas “não fecham”. Na defesa do SUS universal,
2256 público e integral foram gastos em 2013 apenas U\$ 525 por habitante. Qualquer país com sistema
2257 universal tem mais verba para gastar. No Reino Unido, por exemplo, investem cerca de U\$ 3 mil por
2258 habitante. Como garantir atendimento, da vacinação ao transplante, com U\$ 525 por habitante?
2259 Atualmente a verba caiu para algo em torno de U\$ 470 por habitante, pois o valor diminuiu de 2013 pra
2260 cá, conforme a valorização do dólar. Artur Chioro acha que a função de ministro é “falar a verdade”,
2261 tornar público o debate e lutar por mais recursos. Comentou que os estados, municípios e instituições
2262 filantrópicas também estão sendo obrigados a “retirar de onde não tem” para garantir o funcionamento
2263 das atividades essenciais. Mas isso impede a expansão dos serviços. Disse que o SUS ainda não
2264 chegou ao patamar de estabilização, pois ainda vive fase de expansão de unidades básicas da equipe
2265 Saúde em Família, por exemplo. Há 400 UPAS e quase mil novas UPAS serão ainda implementadas no
2266 país. E o SAMU ainda não cobre 100% do território nacional. Além disso, é preciso aperfeiçoar e
2267 garantir leitos hospitalares de forma qualificada e encontrar um novo papel para os hospitais de
2268 pequeno porte. Por exemplo, somente na assistência, ainda vai demorar a expansão a rede. Mas,
2269 depois que a rede estiver estruturada, o desafio será garantir renovação e incorporação tecnológica.
2270 Nos países que já alcançaram o equilíbrio, as mudanças são pontuais e qualificadas. Hoje, entretanto,
2271 existe dificuldade de manter o que já se tem no SUS. Com a ampliação da Rede de Atenção, aumentam
2272 os recursos para custeio. Há também a questão do direito à saúde. A partir da criação do Mais Médicos
2273 e da ampliação do atendimento em todo o país, houve um prolongamento na vida dos pacientes. Antes,
2274 dezenas de milhões de brasileiros não tinham acesso a nada, ou “batiam na porta” do setor de
2275 emergência. Para o ministro, o impacto da atenção básica é fazer com que as pessoas vivam mais,
2276 lidem com os desafios do envelhecimento, porém nem sempre isso ocorre de forma saudável, e as
2277 pessoas têm de aprender a lidar com as doenças degenerativas. Disse que não será beneficiado como
2278 ministro, mas, a médio e longo prazo, é preciso pensar no problema do subfinanciamento. A briga é
2279 antiga, desde que o SUS foi institucionalizado, há 27 anos, mas é necessário pensar mais 20 anos ou
2280 30 anos adiante. Afirmou ser necessário garantir condição de sustentabilidade, segura, para garantir
2281 previsibilidade de ações. Atualmente não cabe “quase nada” no recurso existente para a saúde.
2282 Considera a medida um “retrocesso civilizatório” nos direitos, mas questionou: o Brasil toparia cortar a
2283 oferta de saúde bucal, como fez a Espanha? Sugeriu debater o tema durante a **15ª Conferência**. Disse
2284 ser “posição ético-política” defender a não retroação de direitos. Comentou que há movimentos
2285 articulados dentro do governo para saber se teria apoio no Congresso e na sociedade para aumentar o
2286 financiamento da saúde. Percebeu que é um apoio “muito difícil” de obter. Disse ainda que percebeu a
2287 mesma postura em relação à proposta de contribuição interfederativa da saúde. Os principais parceiros
2288 no Congresso e os governadores alegam que a proposta tem que ser construída com mais calma, pois
2289 a “sociedade não aguenta mais impostos”. Mas crê que a solução passa pelo Congresso, pois se trata
2290 de construção política. Comentou que, junto com o Ministro do Planejamento Nelson Barbosa, está
2291 iniciando um trabalho intergestores. Além dos parceiros tradicionais Conass e Conasems, os ministros
2292 querem envolver também as entidades que representam os prefeitos e os governadores. MS trabalha
2293 hoje, basicamente, com transferência de recursos. Por isso considera fundamental articular os recursos
2294 públicos da União e os recursos estadual e municipal. No mais tardar, em três semanas, será produzido
2295 diagnóstico e formulações intergestores. Comentou que os deputados que participaram do café da
2296 manhã com o ministro se comprometeram a pensar neste mês em outras possibilidades para a saúde,
2297 além da CPMF. Alguns já estão envolvidos na produção da PEC 451, mas todos ficaram de ir para as

2298 Subcomissões de Financiamento de suas Comissões para propor alternativas para a saúde e sugestões
2299 de como melhorar o gasto. Por exemplo, acidentes de trânsito impactam hoje fortemente os gastos de
2300 saúde. Deputados ficaram de trabalhar, de maneira suprapartidária. Além disso, houve consenso em
2301 torno do nome do CNS para dialogar com o grupo do Executivo e com o grupo no Parlamento. Há dois
2302 pontos da *Agenda Brasil* do Senado de interesse para o Ministério: judicialização e ressarcimento.
2303 Comentou que seria “extremamente positivo” se os medicamentos sem registro na Anvisa ou em fase
2304 experimental não pudessem ser judicializados. Isso ressolveria parte significativa das demandas judiciais.
2305 Mas se isso valer como direito de brasileiro (saúde suplementar ou SUS), e não apenas para usuários
2306 do SUS. O orçamento do MS vai gastar R\$ 1 bilhão com judicialização. O segundo tema é o
2307 ressarcimento dos serviços prestados aos usuários dos planos de saúde pelo SUS. Já melhorou muito o
2308 entendimento do tema, mas, no Senado, ainda há debates “não muito adequados”. Por exemplo, o
2309 projeto da senadora Marta Suplicy (PMDB/SP) propõe divisão dos recursos, ora por fundo estadual, ora
2310 por fundo municipal, ora o recurso vai para o prestador. Ministro Artur Chioro acha que não tem muito
2311 sentido, pois já estão sendo remunerados pelo SUS. São Santas Casas, hospitais públicos, hospitais de
2312 ensino. Depois de debater esses temas na *Agenda Brasil*, pretende envolver o Senado na questão do
2313 subfinanciamento. Considera o processo político de construção da proposta hoje mais importante do
2314 que o mérito da proposta que ressolverá o financiamento. Do ponto de vista de saídas, há várias como o
2315 uso do DPVAT, imposto ou “taxação do pecado”. OMS chama “taxação do pecado” para grupo de
2316 produtos prejudiciais à saúde. Com o aumento da arrecadação, pode induzir as pessoas a diminuírem o
2317 consumo. Exemplo: cigarro. Isso vale também para bebidas alcóolicas, produtos agrotóxicos,
2318 motocicletas. Se for possível conseguir convergência de negociações com o Executivo, o Congresso, e
2319 a sociedade, a **15ª Conferência Nacional de Saúde** pode se tornar momento de “grande expressão da
2320 vontade popular”. Logo depois, Secretaria Executiva **Ana Paula Menezes** ressaltou a importância do
2321 trabalho desenvolvido em conjunto do MS com o CNS sobre o financiamento. Na Reunião Ordinária de
2322 julho do CNS foi decidido criar o GT para aprofundar questões de financiamento. Houve reunião nesta
2323 semana com participação de representantes do MPOG, e outra reunião, há 15 dias. Sugeriu reuniões
2324 semanais do GT, em setembro, para agregar propostas e diagnósticos à agenda do Congresso.
2325 Comentou que depois, em outro item da Pauta, apresentaria ao Pleno o PPA e o PLOA para 2016,
2326 2017, 2018 e 2019. Disse ser “importantíssimo” sentir-se “confortável” para participar dessa luta por
2327 mais recursos para a saúde. Afirmou estar garantido que, em 2016, haverá fôlego para resistir à crise,
2328 pois não “estamos feridos de morte”. Finalizou dizendo que é preciso ter transparência. Apesar da
2329 situação não estar muito calma, do ponto de vista político e financeiro, é necessário apresentar as
2330 contas do SUS com transparência, apontando problemas e soluções. Isso tudo legitima e fortalece o
2331 Ministério da Saúde. Acredita que a batalha por mais financiamento para o SUS será exitosa. Em
2332 seguida, começaram as *Intervenções*: Conselheiro **Clóvis Boufleur** disse que a expressão “nós
2333 estamos em crise”, usada pela Secretaria Executiva do MS, Ana Paula Menezes, mostra que é o
2334 momento para se inverter as prioridades do SUS. Comentou que o Ministro Artur Chioro havia falado
2335 anteriormente que seria o caso de focar o financiamento na Atenção Básica. Acha que isso deve ser
2336 demonstrado com ações concretas. Afirmou que, na cadeia de custos, essa área tem potencial muito
2337 forte de gerar qualidade de vida. Propôs que o MS, com os dados que possui, bem como o CNS, os
2338 Conselhos de Saúde e os Secretários Municipais e Estaduais, promovam mudança de prioridades na
2339 atenção básica. Atualmente há um “absurdo” índice de internação por diarreias que causam sofrimento
2340 e custos para o SUS. Em relação ao saneamento, acha que o MS deveria fazer ações com a Funasa e
2341 o Ministério das Cidades para evitar esgotos a céu aberto. Solicitou também estratégia de
2342 enfrentamento junto à sociedade de questões de prevenção e problemas ligados à Atenção Básica.
2343 Conselheira **Rosangela da Silva Santos** disse que representa o CNS na Comissão Nacional de
2344 Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec). Afirmou ser muito importante informar a sociedade
2345 sobre o uso racional de medicamentos. Falou que a análise é baseada em evidências e considera os
2346 aspectos de eficácia, acurácia, efetividade, segurança da tecnologia, evolução econômica comparativa e
2347 benefícios. A Conitec exige ainda o registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para
2348 que o medicamento seja avaliado e incorporado ao SUS. Os funcionários são sérios, seguem critérios
2349 respeitando a segurança dos pacientes, segundo os princípios da Política Nacional de Segurança do
2350 Paciente. Acha que CNS e entidades sociais devem multiplicar a informação sobre o uso racional de
2351 medicamentos. Sugeriu que as pessoas e as entidades que entram com petições no Judiciário sejam
2352 co-responsabilizadas pelo uso não racional dos medicamentos. Conselheiro **Gerdo Faria** disse entender
2353 a preocupação da gestão com o financiamento do SUS, mas não gostou da ideia de mexer na carga
2354 tributária. Questionou o ministro: como cidadão, o senhor acha que ainda cabe mais um imposto na
2355 carga tributária brasileira atual? Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** manifestou apoio ao
2356 posicionamento do ministro Artur Chioro de dialogar com o Congresso e demais entidades sobre o
2357 financiamento do SUS. Falou que não se pode minimizar o papel ético-político desempenhado pelo
2358 ministro e também concorda com o seu pensamento de que não cabe retrocesso nos direitos adquiridos
2359 pela população brasileira. Acha que seria um preço muito alto a se pagar, pois “as conquistas são
2360 recentes”. Falou que qualquer governo responsável e comprometido com a democracia e a cidadania
2361 não deve agir com medidas de retrocesso porque seria depois difícil recuperar a confiança da

2362 população. Disse ao conselheiro Gerdó Faria que existe “agenda oculta”, com pessoas querendo ganhar
2363 dinheiro com a crise econômica. Disse que a CPMF e outras medidas semelhantes devem atingir os que
2364 estão lucrando com a crise, e não afetar o setor produtivo. Para a conselheira, deveria ter mais
2365 representantes do Nordeste no governo da Dilma Rousseff, pois acha que faria diferença na “correlação
2366 de forças”. Afirmou que Norte e Nordeste hoje dependem da ação pública do governo federal. Disse
2367 também que seria bom o CNS solicitar audiência, com o Presidente da Câmara dos Deputados,
2368 Eduardo Cunha; com o Presidente do Senado Federal, Renan Calheiros; e com o presidente do STF,
2369 Ricardo Lewandowski. Falou que o CNS não tem posicionamento contrário à Funasa, porém afirmou
2370 não ser possível aceitar a atuação da Fundação diante do problema de saneamento. Encerrou a fala
2371 comentando a importância das Conferências Estaduais que “demarcarão a posição diante da conjuntura
2372 política”. Comentou que passou quatro dias em Minas Gerais, mas ainda vai visitar o Maranhão, Mato
2373 Grosso, Piauí, Paraíba, Ceará e Mato Grosso. Disse não saber qual é a agenda do ministro para os
2374 próximos dias, mas acha importante fazer a “politicização do debate” com o Ministro ou com
2375 representantes do MS. Comentou que alguns governadores participam da Conferência, porém não
2376 sabem politicar a agenda da saúde. Conselheiro **Jurandi Frutuoso** acha que estão todos tensos diante
2377 da crise atual, entretanto recordou que nunca se teve “vida fácil” na construção do serviço público. Acha
2378 que o ministro Artur Chioro está certo em lutar por mais recursos, pois “só os fracos abdicam”.
2379 Comentou que os gestores estão preocupados com o processo e no dia 23 de setembro Conass e
2380 Conasems farão Assembléia conjunta com os parlamentares. Falou ainda que o tema do seu mestrado
2381 na UnB foi a EC 29, e que, durante a pesquisa, não encontrou participação de prefeitos, governadores
2382 ou do Executivo. Comentou que sem o apoio deles acha que não será possível “ganhar essa guerra”.
2383 Conselheiro **José Eri Medeiros** falou que o Conasems está satisfeito com a análise do RAG feita pela
2384 Cofin e com o aumento de recursos para a Atenção Básica. Achou bem importante essa alteração de
2385 investimento público junto aos municípios. Comentou que na próxima quinta-feira, dia 17 de setembro,
2386 as principais lideranças do Conasems estarão reunidas com especialistas para discutir o
2387 subfinanciamento em saúde. O ex-presidente do órgão, Fernando Monti, que está agora na Secretaria
2388 de Relação Institucional, está encarregado de cuidar da relação com o Congresso, junto com o
2389 presidente atual, Mauro Junqueira. Em relação a obter apoio para mais impostos e tributos, o desgaste
2390 é maior para homens públicos, como ocorre com os representantes dos municípios, estados e governo
2391 federal. Disse que é preciso se posicionar. Por exemplo, prefeitos, Secretários Municipais do Rio
2392 Grande do Sul e o Cosems/RS, vão apoiar o governo José Ivo Sartori no aumento do ICMS de 17%
2393 para 18%. Nessa discursão, acha que deve ser criado um plano, que vai começar com Atenção Básica,
2394 mas acha que depois deve concentrar os investimentos no setor de Urgência e Emergência, além das
2395 Especialidades. Conselheiro **Nelson Mussolini** acha que “nenhum brasileiro consciente vai pôr reparo”
2396 na fala do ministro, mesmo os defensores da indústria. Concorda com a denúncia da má distribuição da
2397 carga tributária. Falou que a Confederação Nacional da Indústria (CNI) vai apoiar criação de
2398 contribuição específica e dirigida para a saúde, não uma contribuição que siga para os cofres da União.
2399 Comentou que a indústria farmacêutica é a favor de Guia de Recolhimento para a Saúde (GRS), mas é
2400 contrária ao Guia de Recolhimento da União e o recurso não ir para a saúde. Considera contribuição
2401 sobre movimentação financeira um dos sistemas mais justos porque o sonegador acaba pagando
2402 também. Porém considera a contribuição injusta para o trabalhador, que tem o imposto recolhido na
2403 fonte. Por que não criar uma contribuição que pudesse ser compensada depois no imposto de renda
2404 devido? Disse que, na visão da indústria farmacêutica, medicamento é investimento e por isso não
2405 deveria ser tributado. Para o conselheiro, “tributar investimento é retrocesso”. Quando se fala em
2406 impostômetro, explicou que não é geral, mas relacionado a medicamentos. Citou a França como o país
2407 com a maior carga tributária do mundo, que cobra 2% de imposto sobre medicamentos. O Brasil, por
2408 outro lado, cobra até 38%. Se o MS conseguir reduzir esses impostos, acredita que serão reduzidos os
2409 custos gerais do SUS. Conselheiro **Alexandre Medeiros** disse que, no dia de ontem e no de hoje foram
2410 apresentadas “sínteses” da situação atual que ajudam a traçar estratégias. Falou que o conselheiro
2411 Jurandi Frutuoso falou que defende o SUS como ele é e que deseja aumentar os direitos de saúde.
2412 Acha que se deve agora mudar a estratégia, pois o debate do SUS é com a sociedade, e não contra
2413 quem quer que o SUS retroceda. Na Inglaterra, por exemplo, o fortalecimento da atenção primária
2414 ocorreu após crise. O Serviço Nacional de Saúde (National Health Service - NHS) surgiu após a II
2415 Guerra Mundial. Na hora da crise, não se pode ficar “entregue ao mercado”, ao contrário, deve-se
2416 manter e ampliar os direitos da população. Trazer o foco para questionamentos do dia a dia. Qual é o
2417 custo de consulta em clínica popular? Afirmou que é preciso entender de verdade o impacto das ações
2418 do MS. Disse que o SUS é um sistema subfinanciado mas eficiente. Porém, é preciso mostrar e
2419 convencer a sociedade disso. Conselheiro **Dalmare Anderson** disse que não vivenciou a crise anterior,
2420 pois era criança. Porém percebeu avanços no Nordeste com o apoio ao governo Dilma. Enquanto no
2421 resto do país o crescimento era de 4%, no Nordeste o crescimento era de 14%. Sobre a proposta de
2422 orçamento com *déficit*, disse que o diálogo a ser feito é explicar que foi alterado em sua
2423 origem/essência. Falou que a Associação Nacional de Pós-Graduandos (ANPG) comentou que não
2424 daria apoio para imposto que visa gerar *superávit*. Para o conselheiro, deve-se “vender a ideia” de
2425 imposto para ampliar Direitos Sociais. E criar faixas de contribuição para o imposto de renda de forma

que o trabalhador que ganha menos pague menos imposto. Reconhece que há propostas paralelas a CPMF “muito boas”. Mas acha importante taxar lucros e dividendos, pois os mais ricos do país pagam somente 6,5% de impostos. Há discrepância entre os muito ricos e os muito pobres. Aprova a taxação de grandes fortunas e a “taxação do pecado”. Porém sente falta de algo imprescindível: o diálogo com a sociedade, com as grandes mídias. Acha necessário explicar à população que se quer aumentar imposto para fazer determinadas melhorias. Acha que a *Frente Brasil Popular* e as entidades que a compõem podem ajudar na divulgação. Conselheiro **Marlonei Santos** disse que não teria nada a reclamar da fala do ministro Artur Chioro, mas o quadro apontado é bem trágico: aumento de impostos. Citou a reportagem no *Jornal da Globo* com o ministro Joaquim Levi, feita na noite anterior, e comentou não ter visto o ministro falar em que área seriam gastos os recursos obtidos com os impostos. Afirmou que quando surgiu na mídia a hipótese da volta da CPMF, a presidente Dilma Rousseff ligou para Luiz Carlos Trabuco e para Lázaro Brandão, ambos do Bradesco, para saber a opinião dos dois. Falou que chamou a sua atenção o fato de que o ministro Levi não ter falado nada a respeito do lucro sobre grandes transações financeiras, como ocorreu com a compra do HSBC pelo Bradesco, transação de R\$ 17 bilhões, que não foi taxado, pois o imposto ainda não existe. Perguntou ao ministro: não acha que o governo deveria cortar gastos? Dos 39 Ministérios atuais, o governo não poderia diminuir esse número? Dos R\$ 36 mil cargos em Comissão, alguns com altos salários, também não acha que poderiam ser diminuídos? Dos R\$ 12 bilhões que serão cortados do SUS, podem ser transferidos recursos de outras áreas? Conselheira **Maria Laura Bicca** disse que o esforço do MS, dos movimentos sociais e do CNS para trazer mais recursos para o SUS é para todas as áreas do sistema, e todo o país. Gostou demais da posição do ministro Artur Chioro, pois percebe que não se está em um “barco sem rumo”, e que o ministro está “bem assessorado”. Uma das questões sempre apresentada no CNS é que o setor saúde dialogue com outras áreas. Encontrou com o ex-vice-presidente da República, José de Alencar, já falecido, quando o político comentou que era difícil atingir o “núcleo duro do governo”, referindo-se a Presidência da República e o Ministro da Fazenda. Acha, porém, que o MS “está chegando lá”. Falou que o programa *Dialoga Brasil* mostra disposição do governo em dialogar com a sociedade. Acha que agora a saúde tem que traduzir esse diálogo para a população. Falou também sobre o vice-presidente da OAB Nacional Claudio Lamachia (atual Presidente da OAB Nacional), que lançou a campanha “Agora chega de imposto”, na frente de governadores, prefeitos, senadores e deputados. Acha que essa frente de combate deve ser retomada com a Justiça e o controle social. Quando houve a 1ª *Conferência Nacional sobre Transparência e Controle Social (Consocial)*, em 2012, o CNS reuniu-se com instituições que cuidam de finanças. Acha que essas instituições poderiam ser trazidas novamente para ajudar na Auditoria do SUS. Acredita que o movimento contaria com o apoio da sociedade. Conselheira **Luciana Bernardes** parabenizou a Mesa, tanto técnica, quanto politicamente. Disse que dos dados apresentados, 66% das rendas isentas equivalem a R\$ 196 milhões e considera que esse número é “responsável pelas iniquidades que o país vive”. Gostou do que o ministro Artur Chioro falou sobre o CNS contribuir no grupo econômico e no grupo parlamentar, o que tornará o debate no Conselho mais politizado. Propôs que a área econômica e a área governamental atuem juntos no contingenciamento, especialmente quando se tem acesso a dados sobre áreas prioritárias (Mulher, Criança, Juventude, Nutrição, Ciência e Tecnologia). Afirmou que o processo político de nação é importante para fortalecer a sociedade civil, por meio da *Frente Brasil Popular*, pois o grupo tem pautado boas discussões, como a taxação de grandes rendas. Conselheiro **Edmundo Aimoré** considerou “brilhante” a Mesa. Disse que o movimento indígena acompanhou a luta do ministro Artur Chioro por mais financiamento do SUS. Questionou: por que não aumentar impostos sobre bebida alcóolica? Comentou que a sociedade sofre com isso e se esta proposta fosse encampada pelo ministro e levada ao Congresso, estaria falando em nome de todos. Falou que assiste propaganda de bebidas na televisão o tempo todo e perguntou para onde vão esses impostos. Disse que novamente os 34 Distritos Indígenas, de Norte a Sul do Brasil, “estão no meio da briga política”. Falou também das indicações na saúde indígena e que os indígenas não desejam retrocesso, mas progresso. Citou também o caso de Mato Grosso do Sul, onde um indígena da etnia Guarani-Kaiowá foi morto por pessoas ligadas ao grande latifúndio. Conselheira **Clarice Baldotto** disse estar preocupada com a fiscalização dos recursos empregados. Falou que funcionários do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus) já reclamaram de pessoal para fazer a fiscalização e pediram concurso público. Perguntou se será tomada alguma providência para aumentar o quadro dos auditores fiscais. Conselheiro **Wanderley Gomes da Silva** disse ter preocupação com o momento atual, acha que há necessidade de fazer um contraponto àqueles que querem diminuir o papel do Estado de coordenar e intervir diretamente no financiamento público. Apesar de reconhecer os esforços para buscar novas fontes de financiamento, questionou qual seria a proposta real de fonte. Seria a taxação das grandes fortunas ou a movimentação das contas financeiras? Acha necessário fazer logo um debate com a sociedade para ganhar o apoio de “setores comprometidos” que entendam o que está acontecendo e reconheçam a importância do SUS como política pública. Comentou que a mídia oficial, “bate” na saúde pública por 24 horas, avaliando o que consideram errado, ou ruim, no SUS. Diante da onda conservadora que quer “aniquilar o Estado brasileiro e as conquistas sociais”, disse ser preciso criar onda progressista. Conselheiro **Ronald Ferreira** disse que o mais importante, agora, é a mobilização do povo brasileiro comprometido em conseguir soluções para o

subfinanciamento da saúde. Além de dialogar com o Congresso e com os gestores, acredita que a principal tarefa dos movimentos sociais é mobilizar o povo brasileiro para a **15ª Conferência**, e se comprometer com a defesa do SUS. Em seguida, ministro **Artur Chioro** respondeu às intervenções. Falou que a análise dos gastos do MS comprovam a prioridade que tem sido dada à Atenção Básica, como aponta a implementação do programa Mais Médicos, “universalizando” as equipes do Saúde da Família em todo o país. Afirmou que era a primeira vez, em 27 anos de SUS, que a atenção básica está presente em todos os lugares. Comentou que agora as pessoas dizem que tem acesso a Atenção Básica. Além disso, houve expansão na Saúde Bucal, e há 38 mil equipes do Saúde da Família atuando, e também maior oferta também de equipes de apoio à equipe do Saúde da Família. Mais do que discutir Funasa, disse ser importante discutir financiamento. Comentou sobre situações surreais, como ocorre com o programa Minha Casa, Minha Vida em cidades menores, com até 50 mil habitantes, onde o Ministério do Planejamento toca, mas não cuida da Política de Saneamento. Perguntaram se acha justo pagar mais carga tributária, então ministro disse que quem deslumbra processo ético-político na natureza do SUS, deve colocar em reflexão essa questão. Pediu para Francisco Funcia fazer tabela comparativa do Brasil e dos outros países que possuem também sistemas universais de saúde. Afirmou que os especialistas dizem que o Brasil tem carga tributária “extremamente injusta”, pois das pessoas que ganham mais de R\$ 2,7 milhões por ano, 66% delas ficam isentas de pagar imposto de renda. E dos que recebem menos de cinco salários mínimos, apenas 8,3% não paga imposto de renda. Quem ganha acima de cinco salários mínimos e até R\$ 2,7 milhões, está pagando igual. Acha que “miserável, pobre e a classe média pagam muito”. O percentual de quem ganha pouco pode ser pouco para quem vê de fora, mas significa muito para aquela pessoa. Falou que o CNS deve politizar essa questão, para não restar dúvida. Segundo dados obtidos por Francisco Funcia, esse percentual dos que estão no topo da pirâmide não passa de 100 mil brasileiros. Afirmou que deve ser feita “justiça social” com reforma tributária. Qual é o valor da vida humana? Qual é o valor da saúde? Disse que 54 milhões de brasileiros optaram por planos de saúde. Mas essas pessoas sabem também que, se a situação financeira apertar, existe o SUS. E se tiver rede de contatos no sistema, melhor ainda. Falou que é a primeira vez que o governo federal estuda a possibilidade de criar uma contribuição interfederativa, ou dimensionar o orçamento nas três esferas. Entretanto falou para ter cuidado e não cair em falsos problemas. Comentou que tem município já gastando 35% do orçamento na saúde, o que compromete outras políticas. Em relação aos impostos, falou que existe série de medicamentos que sofrem isenção. Concordou com a conselheira Rosangela da Silva Santos sobre o uso racional de remédios, pois medicamentos também podem ser prejudiciais à saúde. Falou que viu a matéria do ministro Joaquim Levi no *Jornal da Globo* e percebeu que ele falou que pretendia discutir a questão de impostos com a sociedade. Falou muito em governança, em gestão e redução de gastos, e problematizou as questões. Levi disse também que a sociedade e o Congresso Nacional terão que participar da discussão. E comentou que a nação precisará voltar ao gasto nominal de 2013, pois o governo federal cortou despesas, mas manteve programas essenciais, como o *Minha Casa, Minha Vida, Mais Médicos, Bolsa Família* e outros. Governo fez importantes cortes, mas há outros cortes que não podem ser feitos pelo Executivo e dependem de leis. Em sociedade democrática só há um espaço para mexer em lei: Congresso Nacional. Mas comentou que o CN não pode transformar a Constituição em tabela de referência salarial para o servidor público do Executivo, e de outras áreas. Se não tomar cuidado, o Brasil será o novo Rio Grande do Sul. Foram decisões tomadas há 30 anos voltadas ao corporativismo, como ocorreu também com Tocantins, e decisões de 16 anos atrás. Com salários e benefícios descolados da realidade, porém não podem ser cortados porque foram definidos em lei. Ministro afirmou que “democracia não é tudo que eu quero, é tudo o que eu posso fazer e a lei autoriza”. Disse que se qualificar para o processo de debate é estratégia de comunicação, que pode ser adotada nas mídias sociais. Comentou que novos Ministérios foram sendo criados para reafirmar espaços para construção de participação na sociedade. Em momento de crise econômica, haverá contração da máquina, mas de forma serena. Sabe que teria governo que acabaria com 20 Ministérios com facilidade. Falou que a imensa maioria dos servidores públicos não ganha muito e está bem longe de ser marajá. Artur Chioro demonstrou solidariedade e repúdio com a violência com que os indígenas estão sendo tratados no Mato Grosso do Sul. Falou que hoje se vive momento delicado de acirramento no país e por isso tem que reinar “ordem, paz, justiça, diálogo”. Disse estar preocupado com a condução da PEC 001/2015. Se não tomar cuidado, ocorrerão os mesmos problemas anteriores, pois essas discussões convergem no Congresso para Comissões de Financiamento. E como simplificar o debate? Usar as mídias sociais, produzindo o debate, não só respondendo a demanda. Falou que é preciso mobilização, mas também construção política; ter capacidade de diálogo para firmar acordos e avançar, até chegar a uma “conquista vigorosa”. Conselheiro **Ronald Ferreira** disse que está na Coordenação de Comunicação da 15ª Conferência e o grupo está pensando em criar aplicativo para o controle social. Logo depois o item foi encerrado. SOLICITAÇÕES: Ministro **Artur Chioro** pediu para Francisco Funcia criar Tabela Comparativa do Brasil e dos outros países que possuem também sistemas universais de saúde. Ministro sugeriu também debate sobre o seguinte tema na **15ª Conferência**: o Brasil toparia cortar a oferta de algum serviço público? Secretaria Executiva do MS **Ana Paula Menezes** sugeriu reuniões semanais do GT criado com membros do MS e do CNS para o mês de setembro, de forma a agregar propostas e

2554 diagnósticos à agenda do Congresso. Conselheiro **Clóvis Boufleur** propôs que o MS, o CNS, os
2555 Conselhos de Saúde e os Secretários Municipais e Estaduais promovam mudança de prioridades na
2556 Atenção Básica. Solicitou também convocatória para traçar estratégia de enfrentamento junto à
2557 sociedade, questões de prevenção e principais problemas ligados a atenção básica. Conselheira
2558 **Clarice Baldotto** perguntou se será tomada alguma providência para aumentar o quadro dos auditores
2559 fiscais. Conselheira **Rosangela da Silva Santos** sugeriu que as pessoas e entidades que entram com
2560 petições no Judiciário sejam co-responsabilizadas pelo uso não racional dos medicamentos.
2561 Conselheira **Maria Laura Bicca** comentou que, durante a *1ª Conferência Nacional de Transparéncia e*
2562 *de Controle Social (ConSocial)*, em 2012, o CNS reuniu-se com instituições que cuidam de finanças e
2563 que poderiam ser trazidas novamente para ajudar na Auditoria do SUS. Acha que o movimento contaria
2564 com o apoio da sociedade. **ITEM 07 – PL DO PPA 2016-2019, PLOA 2016, DISCUTIR O PNS E**
2565 **SOCIALIZAR A PARTICIPAÇÃO NA PLATAFORMA BRASIL**. Coordenação: Geordeci Menezes de
2566 Souza, Mesa Diretora do CNS. Apresentação: Arionaldo Bomfim Rosendo, Subsecretário de
2567 Planejamento e Orçamento/SPO/SE/MS, e Ana Paula Menezes, Secretária Executiva do MS. Foi
2568 convidado para compor também a Mesa o conselheiro Edmundo Aimoré. **Ana Paula Menezes** disse
2569 que falaria sobre os aspectos mais gerais da PLOA e Arionaldo Rosendo falará com mais detalhes do
2570 projeto. Disse que contextualizaria o que o Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA) significa nesse
2571 momento político e econômico atual. Houve evolução histórica de investimentos em saúde, de 2013 até
2572 2015. E a expectativa é que aumentem cada vez mais até 2020. Equipe do MS fez análise até 2020
2573 porque, com a Emenda 86, o cronograma segue até essa data. E, de 2016 a 2019 é o período do novo
2574 Plano Plurianual (PPA). O investimento é gradativo, o percentual da Receita Corrente Líquida sobe cada
2575 uma um pouco mais. O MS está encaminhando para o Congresso proposta de PLOA no valor de R\$
2576 100.247,5 bilhões para Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). Este valor está Sem Emendas e
2577 engloba Pessoal, Benefícios, Outras Despesas Decorrentes e de Capital. Secretaria comentou que, a
2578 partir de 2016, a Receita Corrente Líquida será a base de cálculo para o investimento mínimo em saúde.
2579 Porém a expectativa é que será insuficiente para manter o padrão de crescimento. Foi acordado então
2580 que as Emendas Impositivas ficarão fora do limite. Assim, com a adição das emendas, o valor sobe para
2581 R\$ 104.804,2 bilhões. Falou que, se fosse mantida a regra anterior, cálculo em cima da variação
2582 nominal do PIB, em relação ao ano anterior, o orçamento para 2016 seria de R\$ 103.718 bilhões
2583 (incluídas as emendas). Afirmou que as mudanças deixaram o Ministério “vivo, sem engolir água”.
2584 Comentou que a Planilha, que estava no servidor, já havia sido apresentada a Cofin pelo Ministério do
2585 Planejamento, Orçamento e Gestão. Afirmou ainda que o cenário para o futuro é bastante satisfatório,
2586 com crescimento gradativo. Por exemplo, de 2016 (R\$ 100.247,5 bilhões) passaria para 2017 (R\$
2587 113.765,6 bilhões), valores de ASPS (sem emendas). Secretaria também disse que, mesmo com a
2588 retirada de R\$ 40 bilhões da Saúde, valor equivalente a receita da CPMF, que não existe mais, houve
2589 crescimento no período. A área econômica do governo havia afirmado que, em momentos de crise, a
2590 Receita Corrente Líquida é mais estável do que o PIB, e isso está se revelando verdadeiro. Comentou
2591 que, no ano passado, entre o projeto de LOA e a própria LOA aprovada, houve aumento no valor, e o
2592 mesmo se espera que aconteça em 2016. Nesse momento, **Arionaldo Bomfim Rosendo** assumiu a
2593 apresentação. Falou que tem o compromisso de explicar o que tem por trás dos números para o CNS,
2594 sabendo o que cada um representa para a população. Disse que no comparativo entre PLOA 2015 e
2595 LOA 2015 ficaram de fora as Emendas Parlamentares, sendo analisadas somente as unidades do
2596 Ministério da Saúde. Em momentos de crise, o governo corta os gastos que não pertencem a ASPS. O
2597 PLOA tinha como valor total para não ASPS R\$ 9.759 bilhões e a LOA ficou em R\$ 9.694 bilhões. Mas,
2598 a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que está nessa categoria, teve o seu valor mantido
2599 entre o projeto e a lei. Entretanto, houve diminuição entre o planejado para a Funasa (R\$ 675,5 milhões)
2600 e o que ficou na LOA (R\$ 610,8 milhões). Na hora de elaborar o PLOA 2016, o Secretário disse que o
2601 valor caiu bastante porque recairá basicamente sobre o saneamento (R\$ 96,6 milhões). Comentou que
2602 foi preservada na LOA o que havia sido aprovado antes pelo CNS em Resolução, de ampliar, ano a ano,
2603 o aporte de recursos na Atenção Básica. Na LOA 2015, o valor de investimento em Atenção Básica foi
2604 de R\$ 19,9 bilhões e a previsão para R\$ 20,8 bilhões. O valor previsto para Alta e Média Complexidade
2605 no PLOA 2016 é de R\$ 37.391 bilhões, valor menor do que na LOA 2015, de R\$ 42.720 bilhões. **Ana**
2606 **Paula Menezes** esclareceu que essa medida de redução se deve a estratégia do Executivo, pois os R\$
2607 5,3 bilhões de diferença poderiam ter sido “diluídos” em ações do MS, e essa diferença teria passado
2608 despercebida. Porém, deixando assim, à vista, fica mais fácil a negociação com o Relator da LOA no
2609 Congresso. **Arionaldo Rosendo** disse que, ao se elevar o câmbio financeiro, a área da Saúde fica bem
2610 prejudicada. Explicou que o orçamento deve ser “compatível com que vou fazer e ter que comprar a
2611 cada ano”. Enfatizou que foram mantidas as ações da ASPS dentro da Funasa, o que sofreu cortes
2612 foram as ações de Saneamento do Programa de Programa de Aceleração do Crescimento (PAC). Mas
2613 ressaltou que esses recursos podem ainda ser recuperados ao longo do exercício, pois o governo tem
2614 autorização do Congresso pode remanejar de PAC para PAC. Três medicamentos para hepatite C
2615 serão distribuídos em breve. Em seguida, apresentou um resumo do PPA 2016 -2119, enviado ao CN
2616 junto com o PLOA. **PPA 2016-2019 - Objetivos, Indicadores, Metas e Iniciativas - Programa 2015 -**
2617 *Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) - 33 Indicadores; 12 Objetivos; 91 Metas; 122*

2618 Iniciativas. Observação: o MS também é responsável por Objetivos em outros dois Programas: 2065 -
2619 Proteção e Promoção dos Direitos dos Povos Indígenas; e 2068 - Saneamento Básico. MS optou por
2620 reduzir as 190 Metas do PPA anterior para o Executivo trabalhar melhor, com 91 Metas qualificadas e
2621 12 Objetivos: 0713 - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com
2622 ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a
2623 Política de Atenção Básica e Especializada, Ambulatorial e Hospitalar. Dezessete Metas e Treze
2624 Iniciativas. 1120 - Aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde nas Regiões de Saúde, com
2625 ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção
2626 Psicossocial, Rede de Cuidados à pessoa com Deficiência, e da Rede de Atenção à Saúde das
2627 Pessoas com Doenças Crônicas. Vinte e duas Metas e Vinte e três Iniciativas. 1126. Promover o
2628 cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (Criança, Adolescente, Jovem, Adulto e Idoso),
2629 considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as
2630 especificidades e a diversidade na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção à
2631 saúde. Três Metas e Doze Iniciativas. 0714. Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população,
2632 considerando os determinantes sociais, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com
2633 foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das
2634 doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável. Dez Metas e Quinze Iniciativas.
2635 0726. Ampliar o acesso da população a medicamentos, promover o uso racional e qualificar a
2636 assistência farmacêutica no âmbito do SUS. Cinco Metas e Doze Iniciativas. 0727. Promover a
2637 produção e a disseminação do conhecimento científico e tecnológico, análises de situação de saúde,
2638 inovação em saúde e a expansão da produção nacional de tecnologias estratégicas para o SUS. Dez
2639 Metas e Treze Iniciativas. 0728. Aprimorar o Marco Regulatório da Saúde Suplementar, estimulando
2640 soluções inovadoras de fiscalização e gestão, voltadas para a eficiência, acesso e qualidade na atenção
2641 à saúde, considerando o desenvolvimento sustentável do setor. Três Metas e Três Iniciativas. 1130 -
2642 Aprimorar o Marco Regulatório e as Ações de Vigilância Sanitária, para assegurar a proteção à saúde e
2643 o desenvolvimento sustentável do setor. Cinco Metas e Quatro Iniciativas. 0721 - Promover, para as
2644 necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos
2645 trabalhadores, a desprecarização e a democratização das relações de trabalho. Duas Metas e Oito
2646 Iniciativas. 0724 - Fortalecer as instâncias do controle social e os canais de interação com o usuário,
2647 com garantia de transparência e participação cidadã. Três Metas e Doze Iniciativas. 1136 - Melhorar o
2648 padrão de gasto, qualificar o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos, na
2649 perspectiva do financiamento estável e sustentável do SUS. Cinco Metas e Seis Iniciativas. 0725 -
2650 Aprimorar a relação interfederativa e a atuação do Ministério da Saúde como gestor federal do SUS.
2651 Sete Metas e Doze Iniciativas. **Total do Programa 2015** - 91 Metas e 122 Iniciativas. Além desses
2652 Objetivos, há outros dois ligados a Programas: 2065 - Proteção e Promoção dos Direitos dos Povos
2653 Indígenas - Objetivo – 0962 - Promover a atenção à saúde aos povos indígenas, aprimorando as ações
2654 de atenção básica e de saneamento básico nas aldeias, observando as práticas de saúde e os saberes
2655 tradicionais, e articulando com os demais gestores do SUS para prover ações complementares e
2656 especializadas, com controle social. Nove Metas e Uma Iniciativa. E 2068 - Saneamento Básico –
2657 Objetivo - 0355 - Implementar medidas estruturais e estruturantes em áreas rurais e comunidades
2658 tradicionais, que assegurem a ampliação do acesso, a qualidade e a sustentabilidade das ações e
2659 serviços públicos de saneamento básico. Quatro Metas e Seis Iniciativas. Além disso, o MS é
2660 responsável por 16 metas e 22 iniciativas em outros Programas e Objetivos. Em seguida, começaram as
2661 *Intervenções* dos conselheiros. Conselheira **Oriana Bezerra Lima** disse que tinha dúvidas se os
2662 agentes que combatem as endemias estavam incluídos nas Despesas com Agentes Comunitários de
2663 Saúde, pois foi aprovado Piso Salarial para as duas categorias e a Portaria Ministerial nº 1025 definiu o
2664 quantitativo máximo em cada município. Antes o MS reconhecia o número de agentes de saúde que
2665 cada município informava. Mas, com a circulação do zika vírus, da dengue e do chikungunya, acha
2666 preocupante a possibilidade de municípios reduzirem os agentes para se adequar ao número máximo
2667 definido pela Portaria. Outra questão levantada pela conselheira foi a redução do valor para compra de
2668 vacina contra raiva humana. Afirmou que está causando óbitos no país e por isso questionou o porquê
2669 da diminuição do investimento na vacina. Perguntou também se o imuno-biológico da raiva canina está
2670 incluído nesse valor. Conselheiro **Clóvis Boufleur** disse que chamou a atenção a punição à Funasa,
2671 com a “diminuição drástica de recursos”. Porém, trata-se de área central de prevenção de doenças de
2672 origem hídrica, em municípios que têm poucos recursos para gastos com saneamento. Achou
2673 preocupante, porém percebeu que foi “resultado do que se plantou”, pois a Funasa ficou três anos
2674 consecutivos sem gastar o Orçamento. Não notou percentual de aumento no valor destinado ao CNS.
2675 Apesar da contenção de recursos, percebeu que já houve mais verba para o Conselho, proporcionalmente,
2676 levando em contas os juros e a correção monetária; comparou o orçamento de 2015 com o de 2013, que teve R\$ 11 milhões, como agora. Conselheiro **Dalmare Anderson** comentou que
2677 da primeira vez que viu apresentação do Orçamento do MS, tinha ficado com muitas dúvidas, mas cada
2678 vez mais consegue entender as apresentações, que estão facilitando o entendimento dos conselheiros.
2679 Ficou incomodado com a previsão de crescimento de apenas R\$ 40 milhões para Núcleos de Apoio à
2680 Saúde da Família (NASF) e de R\$ 60 milhões para Saúde da Família. E de mais R\$ 219 milhões para o
2681

2682 programa Mais Médicos. E Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES),
2683 responsável pela bolsa da residência do Mais Médicos, terá ganho de R\$ 300 milhões. Questionou se
2684 esse aumento está relacionado com as bolsas de residências. E perguntou onde estão as verbas para
2685 ampliar as equipes multiprofissionais. Tem preocupação também com Farmácia Popular, pois notou que
2686 houve diminuição nas redes próprias, passou de 600 para 460. Disse ser importante investir também em
2687 Ciência e Tecnologia para produção nacional de vacinas e medicamentos. Conselheira **Marisa Furia**
2688 sugeriu discriminar as Demais Despesas da parte da Planilha referente ao programa Saúde da Família.
2689 Este item está com verba prevista de R\$ 211 milhões. Referiu-se também aos Benefícios do ASPS da
2690 Tabela sobre Cálculos do Mínimo em Saúde, querendo saber quais são eles. Perguntou também do
2691 valor pago pelo MS para Planos de Saúde para os funcionários. Estão incluídos nesses benefícios, ou
2692 não? Conselheiro **Ronald Ferreira** disse que a Cofin não teve tempo hábil de analisar antes a
2693 apresentação do PLOA e do PPA, mas afirmou que a Comissão recebeu do MS os documentos
2694 completos sobre o tema, "para aprofundar a análise". Objetivamente, destacou fala do ministro Artur
2695 Chioro: "vivemos o Estado Democrática do Direito: o que é possível fazer é o que a Lei possibilita fazer".
2696 Os instrumentos legais permitem hoje fazer são cortes, diante do quadro que o subfinanciamento da
2697 saúde impôs ao Ministério. Disse estar explicitado no texto a quantia de R\$ 5 bilhões a menos, e o
2698 número menor da rede de Farmácia Popular, então, afirmou: "algumas centenas de parkinsonianos
2699 terão dificuldade para adquirir os medicamentos, assim como os que procurarem fraldas geriátricas".
2700 Disse ser preciso se apropriar do "tamanho das consequências". Afirmou ser importante olhar os
2701 números e ficar insatisfeito porque o montante necessário para bom atendimento da população é "muito
2702 superior a isso". Acha que a saúde pública está "sobrevivendo com a ajuda de aparelhos", mas
2703 ressaltou destacar aonde o CNS pode ajudar com ações e medidas no orçamento de 2016, apontando
2704 as prioridades, e fazendo o mesmo no orçamento dos próximos quatro anos. Conselheira **Maria Zenó**
2705 solicitou esclarecimento sobre a parte referente a Sangue na planilha, em relação ao corte do valor de
2706 R\$ 66 milhões, referente a Hemopatia. Quais foram esses cortes e por que ocorreram esses cortes?
2707 Estranhou a medida, pois disse que o MS divulgou dados mostrando o aumento no número de pessoas
2708 que nascem portadoras de hemoglobinopatias. Conselheira **Maria Laura Bicca** disse que o grupo das
2709 pessoas com deficiência havia pedido à Secretaria Geral da Presidência para que não fossem "jogadas"
2710 as várias políticas dos Ministérios, fossem separadas, reunidas, com especificidade; porém, disse não
2711 ter encontrado algo assim no Documento, como fizeram com a Área Indígena, e com o Saneamento. O
2712 argumento deles é que cada Ministério cuida de uma parte da política, e que no documento do governo
2713 queriam ver essas políticas reunidas em um único bloco. Conselheiro **Alexandre Medeiros** parabenizou
2714 o Arinaldo Rosendo pela apresentação. Considerou visíveis os avanços obtidos, as estratégias para
2715 manter as ações prioritárias, e os segmentos onde se deve lutar para conseguir mais recursos.
2716 Comentou, em resposta ao questionamento do conselheiro Dalmare Anderson, que houve aumento de
2717 20% nas bolsas de residência multiprofissional, com 500 vagas para em áreas e regiões prioritárias.
2718 Falou que houve separação somente para bolsas do programa Medicina Geral de Família e
2719 Comunidade, as demais continuam na SGTES. Conselheiro **Rodrigo de Souza Pinheiro** questionou o
2720 MS sobre a possibilidade de garantir a sustentabilidade do acesso dos medicamentos, mesmo com a
2721 alta do dólar. Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** parabenizou o MS pela "transparência"
2722 na condução do tema. Percebe o esforço de não se trabalhar com o mínimo em saúde, mesmo com
2723 forte contingenciamento, há interesse em trabalhar além do que determina a lei. Disse não ter
2724 compreendido o porquê de a EC 86 trazer mais benefícios do que a regra anterior. Considerou posição
2725 política a decisão de manter os R\$ 5 bilhões de diferença na modalidade de Alta e Média Complexidade.
2726 Disse que era bom trabalhar o "efeito cascata" em ajustes, pois esta fácil para os municípios justificarem
2727 os problemas locais devido ao contingenciamento de R\$ 12 bilhões do MS. Acha que o governo deveria
2728 enfatizar que cortou mais "na carne" do que no repasse aos estados. Comentou que o Ministério das
2729 Cidades fez um levantamento grande sobre saneamento no país. Tem seis Ministérios que podem
2730 cuidar desse assunto. Existe um debate a ser feito, desde a concepção do saneamento, até
2731 planejamento, financiamento, gestão e controle. Em relação ao PPA, achou que a apresentação apenas
2732 citou "en passan" os objetivos e metas. Por isso, sugeriu de a equipe do MS vir novamente ao CNS
2733 detalhar mais a proposta, pois tem relação direta com o PNS, tema que o Conselho deve sempre
2734 monitorar. Secretária Executiva do MS, **Ana Paula Menezes** começou a responder aos conselheiros
2735 explicando que os agentes comunitários no saúde e agentes de saúde ambiental e combate a endemias
2736 estão com recursos garantidos, os 95% do Piso + 5% de incentivo. Está garantida também a
2737 perspectiva de expansão. Comentou que a punição à Funasa e o saneamento são questões que
2738 "extrapolam a questão orçamentária". Foi encaminhado ao Congresso um orçamento deficitário, então
2739 considera compreensível que os componentes não ASPS, não representativos e que não compõem a
2740 obrigação legal, foram os que saíram do orçamento. A Política de Saneamento, para não ter impacto
2741 negativo e continuar a expansão, deve entrar na parte obrigatória do orçamento de outro órgão, pois é
2742 assunto prioritário para a Presidente Dilma Rousseff. Disse que a Farmácia Popular tem vários
2743 desenhos. Quando não aparece o co-financiamento na rubrica do documento, não se refere a
2744 Farmácias Próprias, que estão dentro do orçamento da Fiocruz. Afirmou que não há recuo na
2745 distribuição gratuita. Comentou que os produtos citados (fraldas geriátricas e remédios para Mal de

Parkinson) eram vendidos e não gratuitos. Falou que o co-financiamento não está garantido para 2016. Ressaltou que houve expansão significativa em todos os componentes da Assistência Farmacêutica. Agora para o orçamento de 2016, disse que fez as contas com o Secretario Arionaldo Rosendo como se fosse “conta de padaria”, sabendo o que vale cada componente, sabendo “comprar melhor”. Destacou também a EC 86, dizendo que qualquer cenário apresentado anteriormente ao dia 31 de agosto, foi em tese. A estimativa oficial de receita ocorreu nesse dia, organizada pela Secretaria de Finanças, do Ministério do Planejamento, quando foi possível ver queda da Receita Corrente Líquida em 2016. Mas a vantagem é que EC 86 não é teto, é piso. Por isso, foi possível colocar mais recursos no orçamento. Terminou dizendo que se deve continuar discutindo novas fontes de financiamento. Secretário **Arionaldo Bomfim Rosendo** começou respondendo questionamento sobre raiva canina. Disse que serão 31,5 milhões de doses a serem adquiridas por R\$ 37,5 milhões. Falou que as informações do documento completo foram passadas antes aos conselheiros e, nessa apresentação, foi feita síntese com os principais dados. Explicou que os itens que compõem o Saúde da Família são Academia de Saúde, Unidade Móvel Odontológica, Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipe Multiprofissional de Apoio Profissional (EMAP). Sobre as bolsas multiprofissionais, na SGETES, comentou que há ação que cuida da Residência Multiprofissional e da Residência Médica, e não estão inseridas no programa Mais Médicos. Porém, como foi definido em lei, participando do programa, o(a) médico(a) vai contar pontos para a Residência Médica. Citou como exemplo de benefícios dos servidores o Auxílio-Creche e o Auxílio-Transporte. Na página 20, sobre Hemopatias, falou que não houve redução de recursos. Afirmou ter ocorrido um erro na soma da LOA de 2015, e pediu para os conselheiros corrigirem isso. Secretario explicou que, em 2014, devido a restrições orçamentárias, o MS teve que repor o estoque estratégico (de vacinas) no ano seguinte. Ministério da Saúde sabe o tipo de composição imuno-biológica de cada tipo de vacina adquirida, e o que deve ser reposto (com compra maior ou menor de unidades). Esse apanhado de vacinas, apresentado para o Pleno, mostrou apenas o grupo com as principais. A planilha contém dados da Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretario afirmou ainda saber o valor de cada vacina, após “discussão exaustiva” na Secretaria. Disse que, na primeira planilha, nas duas últimas linhas, há projeção da Receita Corrente Líquida (RCL) e do PIB, para os próximos anos. Se for aplicado o valor empenhado no ano anterior, se chega ao valor do ano seguinte. A partir de 2017, a se realizar o PIB da forma prevista, e a RCL seguir a mesma projeção, o valor será maior pela EC 86 do que se tivesse sido aplicado a EC 29. Conselheiro **Ronald Ferreira** propôs que, na reunião de novembro, ocorra discussão sobre o RAG, o PPA e o PLOA, durante um dia inteiro. Além disso, Cofin deverá encaminhar documento a respeito destes temas para os conselheiros, e aguardar recebimento de contribuições até 15 de outubro. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** pediu a palavra e disse que a Comissão Intersetorial de Saúde da Pessoa Idosa () conseguiu incluir fralda geriátrica na *Farmácia Popular*, com cobertura de 90%. Perguntou ao MS se haverá garantia de distribuição gratuita no próximo ano, pois se não ocorrer, representará prejuízo para a população idosa brasileira. SOLICITAÇÕES: Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** sugeriu de a equipe do MS vir novamente ao CNS detalhar mais a proposta de PPA e PLOA. Conselheira **Maria Zenó** solicitou esclarecimento sobre a parte relacionada a Sangue na planilha, em relação ao corte do valor de R\$ 66 milhões, referente a Hemopatia. **Encaminhamentos: conselheiro Ronald Ferreira propôs discussão do RAG, PPA e PLOA na reunião de novembro, durante um dia inteiro. Cofin encaminhará documento a respeito destes temas para os conselheiros, e deve receber contribuições até 15 de outubro.** O item 04 (**Discutir e Deliberar sobre a 15ª conferência nacional de saúde**) foi apresentado neste horário, por conta da inversão da Pauta, com Coordenação do conselheiro Haroldo Pontes, Presidente da Comissão Organizadora da **15ª Conferência. ITEM 08 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS – CIRH.** Socializar o Seminário Eixo III da 15ª Conferência Nacional de Saúde; Valorização do Trabalho e da Educação em Saúde realizado durante o XXXI Congresso do CONASEMS. Mesa composta por: Angelo D'Agostini Júnior, Diretor do Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde; SGETES/MS; Vinícius Ximenes Muricy da Rocha, Diretor de Desenvolvimento da Educação em Saúde do Ministério da Educação; DDES/MEC; Maria Arindelita Neves de Arruda, Coordenadora da CIRH e Alexandre Medeiros, do Departamento de Gestão da Educação na Saúde da SGETES - DEGES/SGETES. Coordenação: Nelcy Ferreira da Silva, Mesa Diretora do CNS. Este item foi apresentado após o item 04 (**Discutir e Deliberar sobre a 15ª Conferência Nacional de Saúde**), no período da tarde do segundo dia. Conselheira **Maria Arindelita Neves**, Coordenadora da CIRH, apenas citou a forma como a Comissão avaliou os Processos dos cursos da área médica (dois *Satisfatórios*, quatro *Satisfatórios com Recomendações* e vinte e um *Insatisfatórios*). Conselheira **Nelcy Ferreira** perguntou se o Pleno aprovava o novo método de apresentação, pois não seria lido no Plenário o Resumo dos Processos, que já foram enviados anteriormente aos conselheiros, e poderiam ser revistos no servidor. **Deliberação: aprovado o novo método de apresentação, com três abstenções.** Conselheira **Maria Arindelita Neves** explicou que a Comissão está bem criteriosa, vendo se o Processo está de acordo com a Resolução nº 350/2005 do CNS, com Projeto Pedagógico coerente e se tem relevância social. Comentou que alguns Processos chegam com a proposta de interiorização e descentralização do ensino no país, porém, por apresentarem inconsistências e riscos de não conclusão de cursos para os

2810 alunos, não são aprovados pela CIRH. Em seguida, os 27 processos foram apresentados, segundo a
2811 forma como foram avaliados pela CIRH (dois foram considerados *Satisfatórios*, quatro foram
2812 *Satisfatórios com Recomendações* e vinte e um foram considerados *Insatisfatórios*). Os processos
2813 foram analisados durante a 158^a RO da CIRH, que ocorreu nos dias 27 e 28 de setembro. Do total, 19
2814 processos eram sobre cursos de Psicologia (quatorze para Autorização; quatro para Reconhecimento e
2815 um para Renovação de Reconhecimento). E 8 processos eram referentes a cursos de Odontologia
2816 (todos para Autorização). Dos pareceres, 17 foram encaminhados aos conselheiros no dia 1º de
2817 setembro e os 10 restantes foram encaminhados no dia 4 de setembro. Segue abaixo a leitura das
2818 informações básicas dos Pareceres. ***Dois processos foram considerados Satisfatórios pela CIRH:***
2819 Referência: Processo nº 201358639. Interessado: *Universidade Federal da Bahia – UFBA – Instituto*
2820 *Multidisciplinar de Saúde (IMS) - Campus Anísio Teixeira (CAT) - Vitória da Conquista/BA*. Curso:
2821 *Reconhecimento de curso de Psicologia*. Mantenedora: *Universidade Federal da Bahia, Autarquia*
2822 *Federal*. Referência: Processo nº 201407955. Interessado: *Centro Universitário do Norte Paulista –*
2823 *UNORP – São José do Rio Preto/SP*. Curso: *Renovação de Reconhecimento de curso de Psicologia*.
2824 Mantenedora: *Sociedade Assistencial de Educação e Cultura (SAEC), Associação Privada, Pessoa*
2825 *Jurídica de Direito Privado, sem fins lucrativos*. ***Quatro processos foram considerados Satisfatórios,***
2826 ***com Recomendações, pela CIRH***. Referência: Processo nº 201403615. Interessado: *Faculdade*
2827 *Vértice – UNIVÉRTIX – Matipó/MG*. Curso: *Autorização Odontologia*. Mantenedora: *Sociedade*
2828 *Educacional Gardingo LTDA (SOGEAR), EPP, Pessoa Jurídica de Direito Privado, Sociedade Mercantil*
2829 *ou Empresarial*. Referência: Processo nº 201403726. Interessado: *Faculdade Arthur Sá Earp Neto –*
2830 *FMP/FASE – Petrópolis/RJ*. Curso: *Autorização de curso de Odontologia*. Mantenedora: *Fundação*
2831 *Octacílio Gualberto (FOG), Pessoa Jurídica de Direito Privado, sem fins lucrativos*. Referência: Processo
2832 nº 201413336. Interessado: *Faculdade Novo Hamburgo – Novo Hamburgo/RS*. Curso: *Reconhecimento*
2833 *de curso de Psicologia*. Mantenedora: *Instituição Evangélica de Novo Hamburgo (IENH), Associação*
2834 *Privada, sem fins lucrativos, ligada à Rede Sinodal de Educação da Igreja Evangélica de Confissão*
2835 *Luterana no Brasil (IECLB)*. Referência: Processo nº 201413762. Interessado: *Faculdade Pitágoras de*
2836 *Divinópolis – FPD – Divinópolis/MG*. Curso: *Reconhecimento de curso de Psicologia*. Mantenedora:
2837 *Editora e Distribuidora Educacional S/A, Sociedade Anônima Fechada, Pessoa Jurídica de Direito*
2838 *Privado, com fins lucrativos*. ***Vinte e um processos foram considerados Insatisfatórios pela CIRH***.
2839 Referência: Processo Nº 201404298. Interessado: *Faculdade Cenecista de Bento Gonçalves – FACEBG*
2840 *– Bento Gonçalves/RS*. Curso: *Autorização de curso de Psicologia*. Mantenedora: *Campanha Nacional*
2841 *de Escolas da Comunidade, Pessoa Jurídica de Direito Privado, sem fins lucrativos, Associação de*
2842 *Utilidade Pública*. Referência: Processo nº 201400422. Interessado: *Universidade do CEUMA –*
2843 *UNICEUMA – São Luís/MA*. Curso: *Autorização de curso de Psicologia*. Mantenedora: *CEUMA –*
2844 *Associação de Ensino Superior, Pessoa Jurídica de Direito Privado, sem fins lucrativos, Sociedade Civil*.
2845 Referência: Processo nº 201400511. Interessado: *Faculdade Farias Brito – FFB – Fortaleza/CE*. Curso:
2846 *Autorização de curso de Psicologia*. Mantenedora: *Organização Educacional Farias Brito Ltda., Pessoa*
2847 *Jurídica de Direito Privado, com fins lucrativos, Sociedade Mercantil ou Comercial*. Referência: Processo
2848 nº 201403332. Interessado: *Faculdade Anhanguera de Rio Claro – Rio Claro/SP*. Curso: *Autorização de*
2849 *curso de Psicologia*. Mantenedora: *Anhanguera Educacional Ltda., Sociedade Empresária Limitada,*
2850 *Pessoa Jurídica de Direito Privado, com fins lucrativos*. Referência: Processo nº 201401003. Interessado:
2851 *Faculdade Maurício de Nassau de São Luís – FMN São Luís – São Luís/MA*. Curso: *Autorização de*
2852 *curso de Psicologia*. Mantenedora: *Sociedade de Ensino Superior e de Pesquisa de*
2853 *Sergipe Ltda (SESPS), Mantenedora vinculada ao Ser Educacional, Pessoa Jurídica de Direito Privado,*
2854 *com fins lucrativos, Sociedade Empresária Limitada*. Referência: Processo nº 201401149. Interessado:
2855 *Faculdade Maurício de Nassau de Natal – FMN Natal – Natal/RN*. Curso: *Autorização de curso de*
2856 *Odontologia*. Mantenedora: *Sociedade Educacional Carvalho Gomes LTDA, Pessoa Jurídica de Direito*
2857 *Privado, com fins lucrativos, Sociedade Civil*. Referência: Processo nº 201403344. Interessado:
2858 *Faculdade Anhanguera de Guarulhos – Guarulhos/SP*. Curso: *Autorização de curso de Psicologia*.
2859 Mantenedora: *Anhanguera Educacional Ltda. - AEL, Sociedade Empresária Limitada, Pessoa Jurídica*
2860 *de Direito Privado, com fins lucrativos*. Referência: Processo nº 201400426. Interessado: *Centro*
2861 *Universitário Euro-American – UNIEURO – Brasília/DF*. Curso: *Autorização de curso de Psicologia*.
2862 Mantenedora: *Instituto Euro Americano de Educação Ciência Tecnologia, Pessoa Jurídica de Direito*
2863 *Privado, sem fins lucrativos, Sociedade Mercantil ou Comercial*. Referência: Processo nº 201402962.
2864 Interessado: *Faculdade de Ciências, Tecnologia e Educação – FACITE – Santa Maria da Vitória/BA*.
2865 Curso: *Autorização de curso de Psicologia*. Mantenedora: *Centro de Estudo, Pesquisa e Ensino*
2866 *Superior – UNISANTA Ltda, Sociedade Empresária Limitada, Pessoa Jurídica de Direito Privado, com*
2867 *fins lucrativos*. Referência: Processo nº 201403077. Interessado: *Faculdade Adventista da Bahia –*
2868 *FADBA – Cachoeira/BA*. Curso: *Autorização de curso de Odontologia*. Mantenedora: *Instituição*
2869 *Adventista Nordeste Brasileira de Educação e Assistência Social (IANDBEAS), Pessoa Jurídica de*
2870 *Direito Privado, sem fins lucrativos, Associação de Utilidade Pública*. Referência: Processo nº
2871 201403100. Interessado: *Faculdade de São Lourenço – FASAMA – São Lourenço/MG*. Curso:
2872 *Autorização de curso de Psicologia*. Mantenedora: *União das Instituições de Serviços, Ensino e*
2873 *Pesquisa Ltda (UNISEPE), Sociedade Empresária Ltda, Pessoa Jurídica de Direito Privado, com fins*

2874 lucrativos. Referência: Processo nº 201403185. Interessado: *Faculdade Integrada de Vila Velha –*
2875 *MULTIVIX Vila V – Vila Velha/ES*. Curso: Autorização Psicologia. Mantenedora: Empresa Educacional
2876 de Vila Velha Ensino, Pesquisa e Extensão Ltda., Pessoa Jurídica de Direito Privado, com fins
2877 lucrativos, Sociedade Empresária Limitada. Referência: Processo nº 201403480. Interessado:
2878 *Universidade de Caxias do Sul – UCS – Bento Gonçalves/RS*. Curso: Autorização de curso de
2879 Psicologia. Mantenedora: Fundação Universidade de Caxias do Sul, Pessoa Jurídica de Direito Privado,
2880 sem fins lucrativos, Fundação Privada. Referência: Processo nº 201404126. Interessado: *Faculdade do*
2881 *Tapajós – FAT – Itaituba/PA*. Curso: Autorização de curso de Psicologia. Mantenedora: Sociedade
2882 Educacional do Vale do Rio Tapajós Ltda., Pessoa Jurídica de Direito Privado, com fins lucrativos,
2883 Sociedade Civil. Referência: Processo nº 201404337. Interessado: *Faculdade Ateneu – FATE –*
2884 *Fortaleza/CE*. Curso: Autorização de curso de Psicologia. Mantenedora: Sociedade Educacional Edice
2885 Portela Ltda., Pessoa Jurídica de Direito Privado, com fins lucrativos, Sociedade Civil. Referência:
2886 Processo nº 201404038. Interessado: *Faculdade São Paulo – FSP – Rolim de Moura/RO*. Curso:
2887 Autorização de curso de Odontologia. Mantenedora: Centro de Educação de Rolim de Moura LTDA.,
2888 Pessoa Jurídica de Direito Privado, com fins lucrativos, Sociedade Mercantil ou Comercial. Referência:
2889 Processo nº 201402900. Interessado: *Faculdade Maurício de Nassau de Maceió – FMN Maceió –*
2890 *Maceió/AL*. Curso: Autorização de curso de Odontologia. Mantenedora: ADEA – Sociedade de
2891 Desenvolvimento Educacional Avançado LTDA, Pessoa Jurídica de Direito Privado, com fins lucrativos,
2892 Sociedade Civil. Referência: Processo nº 201400924. Interessado: *Faculdade Maurício de Nassau de*
2893 *Belém – FMN Belém – Belém/PA*. Curso: Autorização de curso de Psicologia. Mantenedora: Universo
2894 Professores Associados Ltda., Pessoa Jurídica de Direito Privado, com fins lucrativos, Sociedade Civil.
2895 Referência: Processo nº 201403010. Interessado: *Faculdade Maurício de Nassau – FMN – Caruaru/PE*.
2896 Curso: Autorização de curso de Odontologia. Mantenedora: Ser Educacional, Pessoa Jurídica de Direito
2897 Privado, com fins lucrativos, Sociedade Civil. Referência: Processo nº 201402997. *Interessado:*
2898 *Faculdade Maurício de Nassau de Manaus – FMN Manaus – Manaus/AM*. Curso: Autorização de curso
2899 de Odontologia. Mantenedora: Ser Educacional, Pessoa Jurídica de Direito Privado, com fins lucrativos,
2900 Sociedade Civil. Referência: Processo nº 201414594. Interessado: *Faculdade Pitágoras de Jundiaí –*
2901 *Jundiaí/SP*. Curso: Reconhecimento de curso de Psicologia. Mantenedora: Editora e Distribuidora
2902 Educacional S/A, Sociedade Anônima Fechada, Pessoa Jurídica de Direito Privado, com fins lucrativos.
2903 **Deliberação: Pleno do CNS aprovou os Pareceres da CIRH, com uma abstenção.** Logo depois, foi
2904 apresentada a proposta da CIRH de elaborar *Moção de Apoio ao INEP/MEC*. O Plenário do Conselho
2905 Nacional de Saúde, em sua 273^a Reunião Ordinária, realizada nos dias 09 e 10 de setembro de 2015,
2906 no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro
2907 de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de
2908 2006, e, Considerando que o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), criado
2909 pela Lei nº 10.861/2004, possui uma série de instrumentos de informação (censo e cadastro) e
2910 avaliação (auto avaliação, avaliação externa, Exame Nacional de Desempenho de Estudantes - ENADE,
2911 avaliação de cursos de graduação), que possibilitam traçar um panorama sobre os cursos e instituições
2912 de educação superior no país; Considerando que a operacionalização do Sistema é de responsabilidade
2913 do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP); Considerando que a
2914 Diretoria de Avaliação da Educação Superior (DAES) do INEP, visando à adequação do “Instrumento de
2915 Avaliação de Cursos de Graduação presencial e a distância” às exigências curriculares dos cursos de
2916 graduação da área da saúde, em particular as do curso de Medicina, constituiu Comissão Técnica para
2917 discutir nova proposta de Instrumento; Considerando que este grupo contou com a participação de
2918 representantes da própria autarquia, dos Ministérios da Saúde e da Educação, da Associação Brasileira
2919 de Educação Médica (ABEM), da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), da
2920 Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior (CONAES), da Comissão Nacional de
2921 Residência Médica (CNRM) e de avaliadores médicos do Banco de Avaliadores do SINAES (BASIS);
2922 Considerando que este Conselho foi convidado a participar, porém, não foi possível o comparecimento
2923 nas reuniões realizadas; Considerando que a Comissão propôs adequações ao Instrumento, tendo em
2924 vistas as questões apontadas pelo Programa Mais Médicos e pelas novas Diretrizes Curriculares
2925 Nacionais do curso de graduação em Medicina (Resolução CNE nº 3/2014), e que algumas das
2926 alterações contemplam todos os cursos de graduação da área da saúde; Considerando que as
2927 alterações sugeridas dialogam com os temas preconizados pela Resolução CNS nº 350/2005, que este
2928 ano completa 10 anos de vigência; Considerando que a proposta de novo Instrumento construído pela
2929 Comissão Técnica foi disponibilizado para Consulta Pública no dia 20 de agosto de 2015, com o objetivo
2930 de receber contribuições para o aprimoramento do Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação;
2931 Considerando os avanços legais e normativos referentes à educação superior implementados no Brasil
2932 ao longo dos últimos anos; **Vem a público:** Manifestar nosso apoio e reconhecimento ao INEP na
2933 condução do processo de atualização do Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação e
2934 parabenizar o Instituto pela construção participativa com que o trabalho vem sendo realizado,
2935 contemplando diferentes atores no processo. Reiteramos nosso compromisso enquanto instância de
2936 controle social, para com o processo regulatório da educação superior no País, que desde 2005 este
2937 Conselho vem atuando, naquilo que lhe compete. Segundo a coordenadora a CIRH, **Maria Arindelita**

2938 **Neves**, o objetivo desta Moção é reforçar o trabalho que vem sendo desenvolvido pelo INEP.
2939 Coordenador-adjunto da CIRH, **Alexandre Medeiros**, explicou o porquê de a Comissão ter
2940 considerados 21 processos Insatisfatórios. Disse que o principal objetivo na análise é que a formação
2941 seja feita com qualidade e no SUS. Comentou que houve alteração no instrumento de análise do INEP,
2942 garantindo uma interação maior com o SUS. Antes o INEP analisava apenas aspectos relacionados à
2943 atuação na sala de aula e não analisava a integração ensino-saúde. Disse ainda que Metas visadas
2944 pela CIRH, e traduzidas na Resolução 350, que completa dez anos em 2015, estão sendo incorporadas
2945 na análise, agora, como a garantia de relação professor-aluno adequada, democratização da estrutura
2946 da universidade, discussão do Projeto Político Pedagógico com os movimentos sociais e
2947 responsabilidade social como indicador na avaliação, especialmente na regulação dos cursos privados.
2948 Comentou que o Grupo de Trabalho criado entre INEP/MEC e MS, contou com a participação do CNS, e
2949 foi “muito bem feito e participativo”. A princípio, seriam mudados apenas indicadores dos cursos de
2950 Medicina, porém no final foi alterada série de indicadores que será incorporada em outros cursos da
2951 área médica. Coordenando a Mesa, **Nelcy Ferreira** disse que o Conselho Federal de Nutricionistas
2952 possui Comissão com professores voluntários para avaliar os cursos da área. Disse que lá também é
2953 comum sair Pareceres Insatisfatórios. **Vinícius Ximenes**, Diretor de Desenvolvimento da Educação em
2954 Saúde do MEC, disse que foi prorrogada a *Consulta Pública* que visa receber contribuições para o
2955 aprimoramento do Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação, que segue até 21 de setembro.
2956 Falou que o INEP tem vários grupos de profissionais para avaliar os cursos de ensino superior. Explicou
2957 que inicialmente só seriam elaborados indicadores para Medicina, mas o grupo percebeu que os
2958 indicadores tinham potencial para serem generalizados. Logo depois, conselheira **Nelcy Ferreira**
2959 colocou em votação a Moção indicada pela CIRH. **Deliberação: Moção de Apoio foi aprovada.** Em
2960 seguida, conselheira **Maria Arindelita Neves** comentou sobre o debate *Valorização do Trabalho e da*
2961 *Educação em Saúde*, realizado durante o **XXI Congresso do CONASEMS**. Durante o evento, o tema
2962 foi discutido com Secretarias Municipais de Saúde durante um dia inteiro. Esse tema será o ponto
2963 principal do Eixo III da **15ª Conferência Nacional de Saúde**. Foram reunidas 102 pessoas, sendo um
2964 dos debates mais frequentados. O Seminário foi dividido em duas partes: pela manhã a Mesa teve como
2965 tema a *Regulação do Trabalho* e à tarde, os temas foram *Pesquisa e Educação e Educação e*
2966 *Formação do Pessoal de Nível Médio*. Palestrante **Vinícius Ximenes** comentou que o Seminário
2967 integrou “maratona de debates” que estava realizando no período de julho/agosto. Chegou a reunir mais
2968 de 150 escolas médicas nos dias 19 e 20 de agosto, para debater as mudanças feitas, a partir das
2969 novas Diretrizes Curriculares Nacionais, e também as mudanças na graduação e residência no
2970 programa Mais Médicos. Proposta é refletir nesse debate as inovações trazidas da política atual, em
2971 relação às políticas históricas implementadas no Brasil. **Diretrizes do programa Mais Médicos:**
2972 expansão de vagas de graduação em Medicina e Residência Médica, interiorização das vagas de
2973 graduação em Medicina, conforme necessidades sociais de saúde, redução das desigualdades
2974 regionais na área da saúde e compromisso com a qualidade. **Critérios para Abertura de Cursos de**
2975 **Medicina** – Editais estão em processo para seleção das IES e de pré-seleção de municípios. As novas
2976 Diretrizes foram alinhadas com os Processos que já tinham dado entrada no MEC. Critérios para
2977 seleção foram usados pensando no conceito dos cursos. Número de leitos do SUS maior ou igual a
2978 cinco por aluno. Mínimo de três Programas de Residência Médica entre as cinco grandes áreas
2979 básicas (Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia e Medicina de Família e
2980 Comunidade); Equipamentos públicos de saúde e Programas de Saúde adequados para a formação;
2981 Projeto Pedagógico focado na Atenção Básica e na realidade local de saúde. **Novas Diretrizes**
2982 **Curriculares Nacionais - Formação generalista com ênfase na Atenção Básica e na Medicina**
2983 **Geral de Família e Comunidade** – Graduação em Medicina; 30% da carga horária será desenvolvida
2984 na Atenção Básica e no Serviço de Urgência e Emergência do SUS; Graduados em Medicina terão de
2985 fazer de um a dois anos de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade para ingressar nas
2986 demais especializações e se tornarem Médicos Especialistas. **Vinícius Ximenes** explicou que desta
2987 forma os futuros médicos terão contato com o cenário da Atenção Básica na graduação e na
2988 Residência, garantindo formação geral mais consistente, antes de focarem em uma especialidade, caso
2989 assim desejem. **Resultados Alcançados: 2013/2015** – Antes da criação do Mais Médicos, eram 207
2990 cursos de Medicina e atualmente são 257, ou seja, foram criados 50 cursos de graduação, totalizando
2991 5.306 novas vagas. Ao todo são mais de 23 mil vagas em cursos de Medicina no Brasil. Uma das
2992 novidades trazidas pela nova Política foi a criação de mais vagas em Residência Médica, totalizando
2993 4.742 vagas. Na relação de vagas de Medicina por população, antes do Mais Médicos era 0,8 por 10 mil
2994 habitantes e agora é de 1,13 por 10 mil habitantes. Ximenes falou que esse número ainda está aquém
2995 da sua capacidade, especialmente na comparação com outros países com sistemas universais de
2996 saúde. A previsão de vagas até 2017 é que sejam 1,32 vagas por 10 mil habitantes (média do país),
2997 sendo que a Meta Mínima em todas as regiões do Brasil é de 1,34 vagas por 10 mil habitantes. Antes da
2998 implementação do programa, havia 213 cursos graduação em Medicina em 130 municípios. Depois do
2999 Mais Médicos, a expansão prevista, visando melhor distribuição regional e interiorização dos cursos, é
3000 ter 341 cursos de graduação em Medicina em 235 municípios. Comentou que o MEC tem meta
3001 quantitativa definida, porém quer alcançá-la sem desistir de avaliar a qualidade dos cursos. Afirmou

3002 ainda que todos os cursos de Medicina do país serão visitados pelo MEC a partir de março de 2016.
3003 Antes, os cursos mais antigos passavam apenas por um processo de Renovação de Reconhecimento
3004 do curso, sem visitas *in loco*. O objetivo é induzir mudança na qualidade dos cursos. **Mudanças na**
3005 **avaliação** - Aperfeiçoamento do Instrumento de Avaliação Externa Sistema Nacional de Avaliação da
3006 Educação Superior (SINAES); Avaliação Progressiva Biaunal para os Estudantes de Medicina, a partir
3007 de 2016; Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino Saúde (COAPES). **SINAES** – Adequação do
3008 instrumento de avaliação externa às novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de Medicina;
3009 Proposta de novo instrumento será submetida à Consulta Pública do dia 20/08 ao dia 21/09 no site:
3010 www.inep.gov.br; Visitas *in loco* a todos os cursos de Medicina do país, a partir de março de 2016;
3011 Preparação dos avaliadores para visitas durante todo o segundo semestre de 2015. **Avaliação**
3012 **Progressiva Biaunal para os Estudantes de Medicina** - Matriz de Competência formulada por
3013 especialistas na área de Educação Médica; Experimentação da nova Matriz, em parceria com a
3014 Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), durante os testes de progresso neste ano; Início de
3015 aplicação do Exame para estudantes, a partir de 2016; Discussão na Comissão Nacional de Residência
3016 Médica (CNRM) sobre aproveitamento do Exame para seleção para Programas de Residência Médica,
3017 a partir de 2019, por adesão. **Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES)** -
3018 Instituído pela Portaria Interministerial MEC/MS Portaria nº 1.124/2015; Prevê a estruturação de Redes
3019 de Saúde-Escola em parceria entre gestores do SUS e instituições de ensino, que assumam
3020 compromissos mútuos para formação; Sistema de avaliação acompanhado pelo MEC e MS vai
3021 monitorar a celebração dos contratos entre serviços do SUS e IES e a qualidade das atividades de
3022 integração ensino-serviço-comunidade. Diretor do DDES/MEC falou ainda que o Ministério da Educação
3023 firmou parceria com a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e ainda este ano será testado
3024 Matriz de Competência formulada para avaliar de dois em dois anos a evolução do ensino entre os
3025 estudantes de Medicina. Há um movimento para unificar esta medida com o Exame Nacional de
3026 Revalidação de Diplomas Médicos (Revalida). Desta forma, será exigido o mesmo dos graduados em
3027 Medicina no Brasil e no exterior. Conselheira **Nelcy Ferreira** agradeceu a presença do palestrante e deu
3028 boas-vindas a Vinícius Ximenes, que se tornou conselheiro nacional de Saúde. Coordenadora da CIRH,
3029 **Maria Arindelita Nunes** apresentou ao Pleno do CNS questões debatidas no **XXXI Congresso do**
3030 **Conasems**, como a falta de Educação Permanente nos municípios e estados. As pessoas contratadas
3031 não passam por processo de capacitação. Além disso, foi discutido no Congresso o financiamento e a
3032 integração ensino-serviço. Comentou que, ao analisar os pareceres na CIRH, percebe a insuficiência
3033 nos serviços do SUS. Conselheira disse que, ao olhar de perto uma regional ou um município, nota a
3034 capacidade do SUS funcionando em apenas 60%. Afirmou ser necessário “brigar” pela melhoria do
3035 SUS. **Angelo D’Agostini Júnior**, Diretor do Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em
3036 Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, falou que no DEGES trabalha-
3037 se mais diretamente com gestão, negociação e regulação do trabalho. Comentou que uma das áreas
3038 que o Departamento atua é a qualificação dos gestores do trabalho em saúde. Há dois cursos de
3039 especialização em gestão do trabalho: à distância, em parceria, com a Universidade Federal do Rio
3040 Grande do Norte, e presencial, na Fiocruz. Comentou que centenas de pessoas já passaram pelos
3041 cursos. DEGES oferta também cursos para preparar negociações coletivas no trabalho para gestores e
3042 representantes dos trabalhadores. Esses cursos ocorrem nos municípios e estados. E também oferece
3043 cursos de gestão de saúde dos trabalhadores em saúde, em parceria com a Universidade Federal de
3044 Minas Gerais. Afirmou que o setor que tem mais acidentes em trabalho é o setor da saúde. O DEGES
3045 também trabalha com conhecimento das realidades da força de trabalho em saúde, coordenando Redes
3046 de Observatório em Saúde, feito em parceria com universidades e instituições, avaliando a realidade e
3047 as demandas locais. Também tem a área do Sistema de Informações da Força de Trabalho do SUS,
3048 que usa a plataforma RH SUS, com lançamento em outubro/novembro, onde há informações sobre
3049 número de profissionais e a distribuição deles na rede, por exemplo, e que une várias bases de dados.
3050 Outra área que o DEGES atua é na democratização das relações de trabalho em saúde. E há também a
3051 *Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS*. Comentou que a Mesa foi criada em debate no
3052 CNS, em 1993, e funcionou no Conselho até 2003. Com a criação da SEGTES, a Mesa “migrou” para a
3053 Secretaria. Falou que a Mesa já assinou dez Protocolos, como Diretrizes de Planos, Carreiras e
3054 Salários, e um sobre Saúde do Trabalhador. Na última reunião foi aprovado a Agenda do Trabalho
3055 Decente em Saúde, em parceria com a Organização Internacional do Trabalho (OIT). Considerou bem
3056 interessante o Protocolo, pois trata de temas como igualdade de oportunidades e de combate a
3057 discriminação nas relações de trabalho. Da força de trabalho em saúde, afirmou que mulheres
3058 representam 76% dessa força, mas, em cargos de comando e na distribuição do salário, ocorre
3059 discriminação de gênero. Homens brancos ganham mais e estão “no comando”. Depois vem as
3060 mulheres brancas, os homens negros e, por último, as mulheres negras. Explicou que hoje a Mesa se
3061 tornou um Sistema Nacional de Negociação, com várias Mesas nos estados e municípios. O desafio é
3062 criar também Mesas Regionais de Negociação. Outro tema trabalhado pelo Departamento é o dos
3063 agentes comunitários de saúde e agentes de controle de endemias. Há um mês foi aprovado Decreto
3064 que possibilita o repasse financeiro do Piso Salarial dessa categoria. Falou que não é para ficar restrito
3065 ao repasse financeiro, mas regularize, valorize os profissionais e promova cursos de formação

3066 permanente. Está sendo criado Plano para juntar informações e instrumentos necessários para
3067 municípios e estados que queiram regularizar a categoria. E esse banco de informações estará
3068 disponível em portal *online*, a ser lançado no dia 06 de outubro. Outro tema tratado pela DEGES são os
3069 Pareceres a Projetos de Lei de Criação de Novas Profissões, Pisos e Jornadas de Trabalho. Falou que
3070 o desafio é trabalhar com PL sobre novas profissões. Citou como exemplo a discussão de Projeto de Lei
3071 sobre a Profissão de Naturólogo. O debate focou somente na criação da profissão, mas deveria ter
3072 pensado também em como desenvolvê-la. Era importante ter falado do Programa de Práticas
3073 Alternativas, mostrando que essa profissão poderia ser importante e inovadora. Comentou que vai
3074 ocorrer a quinta edição do *Prêmio Inova SUS*, que premia e valoriza iniciativas inovadoras na rede, na
3075 área de Gestão do Trabalho. Os vinte premiados recebem de R\$ 50 mil a R\$ 150 mil para ampliar e
3076 potenciar a experiência. É lançado também um livro, com as 20 melhores experiências, na forma
3077 impressa e no meio eletrônico. Teve um ano que o tema foi Planos, Cargos e Carreiras. Na próxima
3078 edição serão premiados também projetos inovadores que podem ser feitos. Logo depois, a palavra foi
3079 dada ao Coordenador-Adjunto da CIRH, **Alexandre Medeiros**, que falou sobre os desafios apontados
3080 pelos participantes do Seminário realizado na **XXXI Conferência do Conasems**, pois acha que serão
3081 semelhantes aos que devem aparecer nas Conferências Estaduais e na **15ª Conferência Nacional de**
3082 **Saúde**. Segue abaixo resumo com informações do Seminário. **Eixo III da 15ª Conferência Nacional de**
3083 **Saúde: Políticas de Valorização do Trabalho e da Educação na Saúde** - *Fragilidades no*
3084 *dimensionamento e distribuição inadequada no país; Falta de planejamento para garantir resposta as*
3085 *necessidades sociais; Processos de formação com limitações; Educação Permanente nos diferentes*
3086 *cenários; iniquidades e necessidade de compreender a relação entre os Processos de Formação, a*
3087 *Gestão do Trabalho e o Desenvolvimento Social. Desafios para o SUS: Reduzir desigualdades*
3088 *geográficas e de grupos sociais; Qualificar a formação e fixação dos Profissionais de Saúde no SUS;*
3089 *Fortalecer a Atenção Básica e as Redes Assistenciais Regionalizadas como estratégia de garantia do*
3090 *acesso e do cuidado integral; Aumentar o financiamento da saúde e a eficiência no gasto; Reforçar a*
3091 *estruturação das respostas às urgências em saúde pública; Aumentar a capacidade de produção de*
3092 *Insumos Estratégicos em Saúde, bem como a produção de inovações tecnológicas; Aprimorar o Pacto*
3093 *Interfederativo para o fortalecimento do SUS; Ações Estruturantes, como a formação de Recursos*
3094 *Humanos para a Saúde com a: Política de Educação Permanente em Saúde; Educação Profissional*
3095 *Técnica de Nível Médio; Mudança na formação de profissionais de saúde (parceria junto ao MEC); Pós-*
3096 *Graduação - Formação de Especialistas. Oferta de atividades 2008 a 2014: 239.993 Teleconsultorias;*
3097 *2.108.080 Telediagnósticos; 1.546.797 Participações em Tele-Educação; Oferta de Teleconsultoria por*
3098 *meio de Plataformas em 23 estados. Oferta de Teleconsultoria por serviço telefônico (0800 644 6543)*
3099 *para todo o território nacional. Mídia social voltada para profissionais de saúde pública, cuja proposta é*
3100 *promover, através da interatividade, a troca de relatos de experiências e a educação permanente,*
3101 *mobilizando os atores no território como agentes de mudança da qualidade de vida da população. 60 mil*
3102 *acessos mensais; 38 mil usuários cadastrados; 5.000 relatos; 110 comunidades; Cursos EAD;*
3103 *Profissionais e trabalhadores técnicos de nível médio representam mais de 60% no setor da saúde,*
3104 *constituindo-se importante e significativa parcela da ação laboral no interior dos serviços que compõem*
3105 *a complexa rede assistencial do SUS. Ações: Formação profissional; Qualificação para o trabalho;*
3106 *Educação Permanente em serviço; Acesso ao ensino regular com vistas ao aumento da escolaridade;*
3107 **Nível Médio:** Ofertar Cursos de Formação/Qualificação na área de saúde prioritariamente para
3108 trabalhadores e profissionais do SUS, oportunizando também vagas a comunidade; Induzir a oferta de
3109 cursos de Educação Profissional Técnica em Saúde, tendo por referência as necessidades derivadas
3110 das Políticas, Planos e Programas da Gestão em Saúde, ampliando o acesso e a qualidade do cuidado.
3111 **Nível Superior:** Autorização de abertura baseada nas necessidades sociais; Funcionamento dos cursos
3112 baseados nas novas DCN que fortalecem a Atenção Básica e formação generalista; Adequação do
3113 instrumento de avaliação de escolas às necessidades do SUS; Ampliação da integração ensino-serviço
3114 – Rede Saúde-Escola no SUS e Contratos Organizativos; Sistema Integrado de Avaliação com
3115 Avaliação de Progresso no 2º, 4º e 6º anos; Universalização do acesso a Residência Médica e
3116 mudanças nos itinerários formativos, ampliando a formação na Atenção Básica, Urgências, Saúde
3117 Mental, Atenção Domiciliar; Aumento de vagas de Residências em Área Profissional. **Formação de**
3118 **docentes:** Ações em andamento e em importante incremento para: Formação para preceptores de
3119 graduação e residência; Formação em docência; Mestrado Profissional para docentes e preceptores;
3120 Mestrado Acadêmico para pesquisa de elementos relacionados à qualificação da docência e integração
3121 ensino-serviço. **Investimento na Política de Educação Permanente em Saúde (EPS):** Dinamizar e
3122 apoiar movimento nos territórios; Fomentar o desenvolvimento de planos de EPS em todos os serviços
3123 da rede, baseados nas necessidades formativas percebidas no cotidiano do trabalho. Ampliação de
3124 escopo de práticas profissionais e carteiras de serviços; Interprofissionalidade; Processos de trabalhos
3125 geradores de vida: autonomia e integralidade. Fortalecer colaboração entre pares e o papel do serviço
3126 como espaço de aprendizado e desenvolvimento. Investir em Tecnologia da Informação na perspectiva
3127 de: Aprimorar mecanismos de registro, avaliação e monitoramento das ações; Criar Redes de
3128 Colaboração entre serviços e instituições de ensino e pesquisa. Repositório nacional de ofertas
3129 educacionais. Transversalizar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) em

3130 todas as políticas do SUS e ações da gestão, ampliando as práticas de EPS. Avaliação como prática
3131 indutora permanente do cuidado e da transformação da sociedade. Para o conselheiro, o programa Mais
3132 Médicos é a primeira política que conseguiu efetivar o Art. 200 da CF. Comentou que ficou claro no
3133 Congresso, com a presença de gestores, que a educação permanente tem fragilidade nas grandes
3134 cidades e nas capitais, porém nas cidades de pequeno porte o acesso ao desenvolvimento profissional
3135 é “ainda mais complicado”. Enfatizou ser preciso garantir de forma équanime o acesso em todos os
3136 níveis de faixa populacional do país. Acha importante debater formas de integração da formação com
3137 gestão do trabalho e com desenvolvimento social da região. **Alexandre Medeiros** comentou que o Mais
3138 Médicos espera alcançar a marca de 12.074 médicos em 2026. O programa já está diminuindo a falta
3139 de profissionais no país, mas ainda precisa aumentar o número de médicos. Afirmou que o sistema está
3140 em expansão, pois no setor saúde “a força de trabalho cresce duas a três vezes mais do que o restante
3141 da economia”. Disse que teve “excelente reunião” com o Cosems no Rio Grande do Sul, com
3142 participação de 50 municípios, discutindo ampliação da Residência e Contratos Organizativos de Ação
3143 Pública da Saúde (COAPS). Apresentou os seguintes dados ao grupo: antes da implementação do
3144 programa, existiam cursos de Medicina em 128 municípios e deverá chegar a 238 municípios em 2017;
3145 havia 102 Regiões de Saúde, mas deve aumentar para 200, em 2017. Essas mudanças favorecem o
3146 processo de regionalização e qualificam as Redes de Atenção. Falou que a “chegada de um curso de
3147 uma universidade muda a história de uma cidade”. Ressaltou a importância de ter política mais forte
3148 para o Nível Médio, pois cerca de 60% dos trabalhadores do setor saúde são desse nível. Comentou
3149 que há preocupação em conseguir tantos técnicos para tal lugar, entretanto não se discute a
3150 qualificação da formação desses técnicos. Deve-se usar melhor a rede com 562 unidades dos Institutos
3151 Federais de Educação, Ciência e Tecnologia, assim como as Escolas Técnicas do SUS. Falou que o
3152 Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec) está sendo bastante exitoso e
3153 ganhou 25 Medalhas, sendo 11 de Ouro, nas *Olimpíadas de Educação Profissional (WorldSkills)*, e ficou
3154 na frente da Coréia do Sul, que recebeu 24 Medalhas. Brasil ficou em primeiro lugar, com 27 Medalhas,
3155 no total. Comentou que a boa formação dos profissionais de saúde depende da boa formação dos
3156 docentes e preceptores. Por isso, MS estuda criação de *Programa Nacional de Formação de*
3157 *Preceptores*, e investimento na Educação Permanente, “construída no cotidiano”. Para o conselheiro,
3158 deve-se fortalecer o processo de aprendizagem entre os pares, citando como exemplo trabalhadores da
3159 Atenção Básica compartilhando conhecimento. Afirmou que os Processos de Educação devem focar em
3160 cuidado integral, équanime, para garantir equidade no acesso e no resultado de mudança nas práticas;
3161 e no protagonismo de usuários e trabalhadores, desde o planejamento. Presidente do CNS, **Maria do**
3162 **Socorro de Souza** explicou que a conselheira Nelly Ferreira teve que se ausentar, e por isso a
3163 conselheira assumiu o comando do item. Disse que a ideia para compor a Mesa foi ver as contribuições
3164 do Pleno ao tema que também estará presente na **15ª Conferência**. Sugeriu que, até a etapa nacional
3165 da Conferência, fosse feita a formulação da *Política Nacional de Gestão do Trabalho, Educação e*
3166 *Saúde*. Pensou em aproveitar a força da Conferência, das pessoas envolvidas, para avançar com a
3167 política. Acha que, da forma como a questão está hoje, não se pode politizar, pois há fragmentação,
3168 mesmo com os esforços do MEC e do MS. Acha que tudo vai depender do compromisso do governo
3169 com a política, que precisa estar “ancorada no SUS”. Considerou a fala de Angelo D’Agostini Júnior
3170 “bastante elucidativa”, com disposição política para enfrentar o problema. Entretanto ressaltou não saber
3171 realmente como ocorre nos estados. Há um esvaziamento enorme, um enfraquecimento, de maior ou
3172 menor resultado, de acordo com o compromisso governamental e a organização dos trabalhadores.
3173 Sugeriu que o tema seja o principal assunto de uma das Mesas de Diálogo da **15ª Conferência**; quer
3174 debater qual *Política Nacional de Gestão do Trabalho, Educação e Saúde* o país precisa para fortalecer
3175 o SUS, a partir das premissas já desenvolvidas pelo governo brasileiro. Logo depois, citou duas
3176 **Recomendações: A primeira trata da apuração da violência em Mato Grosso do Sul, que resultou**
3177 **na morte do indígena Simeão Vilhalva**. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, na sua
3178 Ducentésima Septuagésima Terceira Reunião Ordinária, realizada nos dias 09 e 10 de setembro de
3179 2015, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela nº
3180 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; considerando os
3181 terríveis e repudiáveis acontecimentos que envolveram a população Guarani-Kaiowá, que tem fazendas
3182 instaladas em suas terras em processo avançado de regulação; considerando que a retomada de terras
3183 realizada em 28 de agosto de 2015, no município de Antônio João, e em 2 de setembro no município de
3184 Douradina, Mato Grosso do Sul, tem sido tratada como atos de invasão por parlamentares e ruralistas
3185 da região; considerando que a reação dos fazendeiros contra os Guarani-Kaiowá do tekoha Ñanderú
3186 Marangatú resultou no assassinato de Simeão Vilhalva, um indígena de 24 anos; considerando o relato
3187 dos indígenas de que aconteceram agressões nas suas aldeias e a solicitação feita ao Ministério da
3188 Justiça, à Fundação Nacional do Índio e ao Ministério Público Federal para a tomada de providências
3189 cabíveis; considerando os ataques às comunidades indígenas mesmo depois da visita do Ministro da
3190 Justiça, José Eduardo Cardozo, que foi para a região discutir soluções para os conflitos fundiários, no
3191 dia 02 de agosto de 2015. Recomenda ao Ministério Público Federal (MPF), ao Conselho Nacional de
3192 Justiça (CNJ), à Fundação Nacional do Índio (Funai), ao governo do estado do Mato Grosso do Sul e à
3193 Polícia Federal atuação conjunta urgente para investigar o assassinato de Simeão Vilhalva, impedir o

3194 avanço dos conflitos e promover a regulamentação imediata das terras indígenas Guarani-Kaiowá.
3195 **Recomendação aprovada.** A outra seria **Recomendação sobre bolsa permanência de R\$ 900 para**
3196 **os indígenas matriculados em instituições federais.** Conselheira **Maria Arindelita Nunes** comentou
3197 que não tinha conhecimento desta proposta de Recomendação, pois ainda não havia passado pela
3198 CIRH. Palestrante **Vinícius Ximenes** disse que existem várias Políticas de Bolsas Estudantis, e
3199 perguntou se a proposta seria integrada ao Plano Nacional de Assistência Estudantil (PNAES), voltada
3200 para estudantes de baixa renda de instituições federais. Falou que era preciso entender melhor a
3201 demanda. Logo depois, ficou definido que a proposta será recolocada na próxima reunião do pleno, e
3202 encaminhada para a CIRH. **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, falou que havia ainda
3203 outra proposta de **Recomendação sobre infanticídio indígena**, mas que não seria analisada nessa
3204 reunião. Conselheira **Maria Arindelita Nunes** disse que o financiamento tem relação com posição
3205 política e reconhece que merece prioridade na pauta do CNS, mas acha que o Pleno deve discutir e
3206 valorizar o pessoal da saúde, a formação de profissionais, tema da CIRH. Gostou da fala do palestrante
3207 Gastão Wagner em outra Mesa e gostaria de contar com a presença do professor em alguma reunião
3208 futura do CNS, debatendo temas da CIRH. Sugeriu que a Mesa Diretora o convidasse. Também
3209 ressaltou o papel do Conselho, como o “lugar que sonha e elabora políticas”. Ainda disse que seria *bom*
3210 aproveitar a presença do Conass e do Conasems no CNS para discutir *Câmeras Técnicas da Tripartite*.
3211 Quer aproveitar também o conhecimento do *Inova SUS*, das experiências bem-sucedidas sobre planos
3212 de carreira. Disse que, dentro do Fentas, tenta-se discutir Educação e Trabalho, pois considera que na
3213 junção das duas atividades é que se encontra a essência do Art. 200 da CF, pois trata da ordenação de
3214 pessoal para o trabalho. Considerou a vinda de Angelo D'Agostini Júnior, da DEGES/MS, um “*upgrade*”,
3215 ajudando no acúmulo de conhecimento. **Vinícius Ximenes**, do MEC, acha que o Mais Médicos está
3216 sendo “boa experiência institucional”, ao integrar ações que estavam antes dispersas. Perguntou qual é
3217 a *Política Nacional de Gestão do Trabalho, Educação e Saúde* que se quer, pois já existem ações sendo
3218 implementadas. Percebeu que existe esforço de integrar diferentes políticas, porém ressaltou que a
3219 imagem objetiva do que se quer é uma construção social, com participação de vários atores e
3220 instituições. Não adianta lançar nova política se não vai ter “musculatura”, maturidade. Notou que a
3221 relação do MS e do MEC está bem próxima agora, mas antes, por falta de diálogo, é como se um
3222 Ministério não compreendesse as atribuições e ritmo de trabalho do outro. Acha que a descoberta do
3223 que se quer com uma política é um processo amplo, e por isso deve ser feita para ter sentido, para que
3224 a política pública tenha envergadura. Palestrante **Angelo D'Agostini Júnior** concordou com a
3225 Presidente do CNS, Maria do Socorro de Souza, em relação ao risco de perder as conquistas do SUS,
3226 se a conjuntura mudar. Como transformar Gestão do Trabalho em Política Permanente de Estado?
3227 Virar prioridade? Comentou que já integrou a primeira composição da CIRH, como representante do
3228 movimento sindical, assim como já participou de *Mesa de Negociação* também do lado da
3229 representação sindical, quando a Mesa ainda pertencia ao CNS. Agora está representando a gestão do
3230 MS. Coordenador-Adjunto da CIRH, **Alexandre Medeiros** afirmou que a questão da Educação e do
3231 Trabalho não é um debate simples desde a criação do SUS, pois está “extremamente vinculado ao
3232 financiamento”. Disse ser necessário também pensar na questão previdenciária e na equalização da
3233 relação interfederativa. Para o conselheiro, deve-se ter contribuição dos três entes, sem esquecer que o
3234 “território é espaço real”, onde o funcionário vive e trabalha. Acha que essa questão é essencial para
3235 qualificar o debate do SUS nos próximos 25 ou 30 anos. Somente se qualifica o Acesso, a Atenção
3236 Básica, com a ajuda do(a) trabalhador(a). Acha que esses Eixos (Educação, Trabalho, Financiamento e
3237 Relação Interfederativa) estão relacionados e devem ser discutidos juntos. Será que é possível pensar
3238 em algo integrado para esses temas? Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** disse que essa
3239 discussão permeia todas as Políticas Públicas, e por isso acaba se concentrando na viabilidade das
3240 condições mais efetivas. Reforçou que as políticas sempre envolvem financiamento e responsabilidade
3241 da ação interfederativa, assim como planejamento. Esse argumento não serve só para *Política de*
3242 *Gestão do Trabalho*. Acha que os trabalhadores têm grande responsabilidade, e devem lutar pelo o que
3243 desejam em cada nível de governo. Porém, ressaltou que o corporativismo de certas categorias de
3244 trabalhadores impede o avanço no debate, pois colocam em primeiro plano a sua pauta e a sua jornada
3245 de trabalho. Considera que o problema não está colocado adequadamente, e há o costume de não
3246 fundamentar melhor as discussões, mas também não há garantia de sustentação, se mudar o governo.
3247 Acredita que o controle social pode contribuir com esse debate durante a **15ª Conferência**. Conselheira
3248 **Maria Arindelita Nunes** afirmou que municípios muito pequenos nunca terão atendimento de Alta
3249 Complexidade se não estiverem dentro de um Modelo Regional de Atenção. Falou que era preciso
3250 pensar em regionalização para os trabalhadores também. Para a conselheira, “ou se tem coragem, ou
3251 não se faz mudança”. Esse retrocesso que ocorre no CNS tem ligação com todos, mesmo com quem
3252 tem condições de pagar planos de saúde. Concordou com a proposta de debater o tema durante a
3253 Conferência Nacional. Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** falou que a discussão de fundo
3254 é saber qual Política de Gestão do Trabalho o SUS necessita. Ofertou o espaço da **15ª Conferência**
3255 para o debate, para que seja um instrumento que aglutine forças do controle social e oriente a ação do
3256 governo. Conselheiro **Alexandre Medeiros** disse achar inconsequência discutir carreira ou outro tema
3257 sem fonte de financiamento. Acha que todos da sociedade devem pensar em formulação sustentável

para o SUS, de forma integrada, pois dificilmente isso ocorrerá de outra forma. Reconhece que as corporações fazem as suas pressões, mas se deve discutir o desejo da sociedade como um todo. Reforçou a informação de que a Gestão do Trabalho só poderá ser consistente para os próximos 30, 40, 50 anos, se estiver associada ao financiamento e a relação interfederativa. Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** disse que o CNS é espaço para o debate político, mas ressaltou que a *Mesa de Negociação* está fragilizada, possui conflitos, há um ente que se ausenta, falta financiamento, e por isso os debates não avançam. Afirmou ser necessário criar *Fórum de Debates com Trabalhadores*, e mais uma vez falou que a **15ª Conferência** estava aberta ao debate, que poderia ocorrer durante uma das Mesas de Diálogo. Palestrante **Angelo D'Agostini Júnior** disse que seria interessante analisar a *Mesa de Negociação*, espaço aberto a todos, que recebe Conass, Conasems e setor privado conveniado. Não se discute o salário diretamente, pois esse tema é definido nas suas instâncias. Disse que a proposta "é muito rica", quando trabalha na pactuação das diversas instâncias. Agora a Mesa está debatendo Planos de Carreira nas regiões, e falou que mesmo que as negociações não avancem e se tornem um Plano Regional, as representações das instâncias se reúnem para pensar conjuntamente.

SOLICITAÇÕES: Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** sugeriu que fosse criada, até a etapa nacional da Conferência, a formulação da *Política Nacional de Gestão do Trabalho, Educação e Saúde*. Conselheira **Maria Arindelita Nunes** sugeriu que a Mesa Diretora do CNS convidasse o professor Gastão Wagner para participar de debate com a CIRH. **Deliberações:** **Pleno do CNS** aprovou o novo método de apresentação da CIRH, com três abstenções, assim como aprovou os pareceres da CIRH, com uma abstenção. Além disso, os conselheiros aprovaram a *Moção de Apoio ao INEP/MEC*.

ITEM 09 – MONITORAMENTO PARLAMENTAR. Coordenação: José João Palma. Este item não foi apresentado durante a reunião.

ITEM 09 – MONITORAMENTO PARLAMENTAR. Coordenação: José João Palma. Este item não foi apresentado durante a reunião.

ITEM 10 – ELEIÇÕES DO CNS. Coordenação: Geordeci Menezes de Souza e Maria do Socorro de Souza, Mesa Diretora do CNS. Conselheiro **Geordeci Menezes** começou passando os INFORMES: até o dia anterior (09 de setembro), haviam sido inscritas quatorze entidades, sendo sete de usuários, cinco de profissionais de saúde e duas de prestadoras de serviço. No dia 03 de agosto foi publicado o Edital de Publicação para o período de inscrição das entidades, porém deveria ter tido a assinatura do coordenador da Comissão Eleitoral, mas saiu com a assinatura da presidente do CNS, Maria do Socorro de Souza. Por isso, o Ato foi tornado sem efeito e a publicação com assinatura correta ocorreu apenas no dia 12 de agosto, por isso foram desconsiderados os dois dias anteriores como datas possíveis do período de inscrição, conforme estava definido no Calendário anterior. Também foi ampliado o período de inscrição (de 12 de agosto a 13 de outubro). Desta forma, foi criada nova proposta de Calendário. Após aprovação do Pleno, será publicada a nova versão no Diário Oficial da União. As informações anteriores a abertura das inscrições ocorreram dentro da data prevista, entretanto houve alteração nas datas de outubro.

Calendário Eleitoral do Conselho Nacional de Saúde - Triênio 2015/2018. Julho - Pleno do CNS, nos dias 8 e 9 de julho - Aprovação pelo Pleno do Regimento Eleitoral 2015/2018 e do Calendário Eleitoral, no dia 08 de julho; no dia 13 de julho, encaminhar o Regimento para o GM/CONJUR; e nos dias 14 e 15 de julho, delegar à Mesa Diretora o recebimento dos nomes para a Comissão Eleitoral. Secretaria Executiva do CNS – 14 e 15 de julho - Elaboração do Termo de Referência para a realização do evento (Eleições). Mesa Diretora, nos dias 15 e 16 de julho - Indicação pelo Pleno do CNS dos membros da Comissão Eleitoral, composta por 12 membros: 6 (seis) representantes do segmento dos usuários; 3 (três) representantes dos profissionais de saúde; 3 (três) representantes do segmento do gestor/prestador, sendo 2 (dois) representantes do governo e 1 (três) representante dos prestadores de serviços de saúde - Mesa Diretora: receber os nomes da Comissão Eleitoral e compartilhar via e-mail com Conselheiros Nacionais. Pleno do CNS, no dia 17 de julho, vai dar retorno à Mesa Diretora dá aprovação dos nomes da Comissão Eleitoral. Aprovação pelo Pleno do CNS dos membros da Comissão Eleitoral 2015/2018. Secretaria Executiva do CNS, no dia 20 de julho - Publicação do Regimento Eleitoral 2015/2018; Publicação da Portaria de Designação dos Membros da Comissão Eleitoral; Providenciar passagem para Comissão Eleitoral. Mesa Diretora, no dia 30 de julho - Reunião da Comissão Eleitoral.

Agosto - Secretaria Executiva do CNS no dia 12 de agosto - Publicação do Edital de Convocação da Eleição do Conselho Nacional de Saúde para o Triênio 2015 a 2018, pela Secretaria Executiva do CNS.

Outubro - Do dia 12 de agosto ao dia 13 de outubro - Inscrições das entidades para a Eleição do CNS. Dia 19 de outubro - Publicação da Lista das Entidades Inscritas. Dia 20 a 22 de outubro - Interposição de Recursos. Dia 23 a 27 de outubro - Julgamento dos Recursos. Dia 29 de outubro - Publicação da Lista das Entidades Habilidades.

Novembro - Dia 05 de novembro - Eleição do Conselho Nacional de Saúde; 13 de novembro - Publicação do Resultado das eleições; Até o dia 25 de novembro - Indicação dos Representantes para compor o Conselho Nacional de Saúde; Dia 26 e 27 de novembro - Preparação da Portaria com os novos membros do CNS.

Dezembro - Dia 09 de dezembro - Publicação da Portaria de Designação dos membros do CNS; Dia 16 de dezembro - Posse dos novos conselheiros (Reunião Extraordinária) e eleição da Mesa Diretora do Mandato 2015/2018.

Conselheiro **Clóvis Boufleur** perguntou se depois o Pleno discutiria se haveria ajuste ao Regulamento da Eleição. Conselheiro **Geordeci Menezes** esclareceu que o conselheiro gostaria de saber se houve alteração para a participação do movimento indígena. Segundo o Regimento Eleitoral, as entidades

3322 indígenas devem pertencer a uma região e a 1/3 da federação, representando nove estados. **Clóvis**
3323 **Boufleur** explicou que no momento que o Regimento foi aprovado pelo Pleno, foi definida uma região
3324 geográfica para representações indígenas. Entretanto, ocorreu um erro no texto com a inclusão de uma
3325 região e 1/3 da federação. As outras entidades precisam cumprir essa condição, mas não as indígenas.
3326 **Deliberação: aprovada a correção no Regimento Eleitoral e aprovado também o novo Calendário,**
3327 **por unanimidade.** Logo após encerrar o item, foi composta a Mesa para o item 06 (**Estratégias do**
3328 **CNS frente aos Desafios do Subfinanciamento do SUS**). **ITEM 11 – INDICAÇÕES. Coordenação:**
3329 Maria do Socorro de Souza, Presidente do CNS. Foram feitas as seguintes *Indicações*: Conselheira
3330 **Michely Ribeiro da Silva** foi indicada para compor o *Comitê Técnico de Saúde da População Negra* –
3331 CTSPN, do Ministério da Saúde. O nome do(a) conselheiro(a) para a vaga de suplente a que o CNS tem
3332 direito será definido posteriormente. Conselheiro **Adriano Macedo Felix** será o representante do CNS
3333 no *I Fórum Estadual sobre Gestão Pública*, que ocorrerá no dia 17 de outubro, em Porto Alegre (RS).
3334 Conselheiras **Francisca Rêgo** e **Shirley Marshal** foram indicadas nas vagas de trabalhadores para
3335 participarem do *I Seminário Nacional Sobre Segurança do Paciente e Direito*, que ocorrerá nos dias 27 e
3336 28 de outubro, em Brasília. CNS pleiteia também vagas para as conselheiras **Fernanda Benvenutty** e
3337 **Rosangela da Silva Santos**, pois as duas já representam o CNS no *Comitê de Segurança Nacional do*
3338 *Paciente*. O CNS ainda tem direito a mais duas vagas para representantes dos usuários. Os nomes
3339 ficaram de ser enviados para a conselheira Denise de Freitas na segunda-feira, dia 14 de setembro.
3340 Conselheira **Marcia Patrício de Araújo** foi designada para participar do *Evento Comemorativo de 30*
3341 *anos da ABRASO*, de 14 a 18 de novembro, em Natal (RN). Haverá vagas também para conselheiros
3342 nacionais para o *4º Encontro Nacional de Comitês de Ética em Pesquisa - ENCEP*. Será enviado aos
3343 conselheiros um e-mail com mais informações para definir os nomes. O evento ocorrerá em Brasília,
3344 nos dias 15 e 16 de outubro. Em seguida, Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** agradeceu
3345 a presença de todos e encerrou o segundo dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes
3346 conselheiros no segundo dia de reunião: *Titulares* – **Abrahão Nunes da Silva**, Central de Movimentos
3347 Populares (CMP); **Ademar Arthur Chioro dos Reis**, Ministério da Saúde; **Clóvis Adalberto Boufleur**,
3348 Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); **Denise de Freitas**, Sociedade Brasileira para o
3349 Progresso da Ciência (SBPC); **Denise Torreão Corrêa da Silva**, Conselho Federal de Fonoaudiologia
3350 (CFFa); **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira
3351 (COIAB); **Gerdo Bezerra de Faria**, Conselho Federal de Odontologia (CFO); **João Rodrigues Filho**,
3352 Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Jorge Alves de Almeida Venâncio**,
3353 Central Geral dos Trabalhadores do Brasil (CGTAMBÉM); **Jurandi Frutuoso Silva**, Conselho Nacional
3354 de Secretários de Saúde (CONASS); **Márcia Patrício de Araújo**, Associação Brasileira dos
3355 Ostomizados (ABRASO); **Maria Arindelita Nunes de Arruda**, Associação Brasileira de Enfermagem
3356 (ABEn); **Maria do Socorro de Souza**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura
3357 (CONTAG); **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Maria**
3358 **Zenó Soares da Silva**, Federação Nacional das Associações de Pessoas com Doenças Faciliformes
3359 (FENAFAL); **Marlonei Silveira dos Santos**, Federação Nacional dos Médicos (FENAM); **Marisa Furia**
3360 **Silva**, Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho Federal de
3361 Nutricionistas (CFN); **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Patrícia**
3362 **Augusta Alves Novo**, Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares (ABRAz); **Renato**
3363 **Almeida de Barros**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social (CNTSS);
3364 **Rogério Carvalho**, Ministério da Saúde; **Semiramis Maria Amorim Vedovatto**, Conselho Federal de
3365 Psicologia (CFP); **Verônica Lourenço da Silva**, Liga Brasileira de Lésbicas (LBL) e **Wanderley Gomes**
3366 **da Silva**, Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM). *Suplentes* – **Adriano**
3367 **Macedo Félix**, Associação Nacional de Grupos de Pacientes Reumáticos (ANAPAR); **Alexandre**
3368 **Medeiros de Figueiredo**, Ministério da Saúde; **André Luís Bonifácio de Carvalho**, Ministério da
3369 Saúde; **Clarice Baldotto**, Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB); **Dalmare Anderson Bezerra**
3370 **de Oliveira Sá**, Associação Nacional de Pós-Graduandos (ANPG); **Dulcilene Silva Tiné**, Confederação
3371 Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS); **Fernanda Benvenutty da Silva**,
3372 Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA); **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação
3373 Nacional dos Psicólogos (FENAPSI); **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de
3374 Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO); **Geraldo Adão Santos**, Confederação Brasileira dos Aposentados
3375 e Pensionistas (COBAP); **Gilene José dos Santos**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas
3376 e Idosos da Força Sindical (Sindnapi); **Gilson Silva**, Força Sindical; **Haroldo Jorge de Carvalho**
3377 **Pontes**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); **João Donizeti Scaboli**, Força
3378 Sindical; **José Araújo da Silva**, Pastoral da Pessoa Idosa; **José Arnaldo Pereira Diniz**, Federação
3379 Interestadual dos Odontologistas (FIO); **José Eri de Medeiros**, Conselho Nacional de Secretarias
3380 Municipais de Saúde (CONASEMS); **Júlio Cesar Figueiredo Caetano**, Aliança Independente dos
3381 Grupos de Apoio (AIGA); **Liane Terezinha de Araújo Oliveira**, Federação Brasileira de Instituições
3382 Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (FEMAMA); **Lorena Baía de Oliveira Alencar**, Conselho
3383 Federal de Farmácia (CFF); **Luciana Silveira Bernardes**, União Brasileira das Mulheres (UBM); **Luiz**
3384 **Alberto Catanocé**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical
3385 (Sindnapi); **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores (NCST); **Oriana**

3386 **Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV); **Osvaldo Peralta Bonetti**, Ministério
3387 da Saúde; **Paula Johns**, Associação de Controle do Tabagismo, Promoção da Saúde e dos Direitos
3388 Humanos (ACT/Aliança de Controle do Tabagismo); **Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira**, Ministério da
3389 Saúde; **Rodrigo de Souza Pinheiro**, Movimento Nacional de Luta Contra AIDS; **Rosangela da Silva**
3390 **Santos**, Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil (FARBRA); **Sebastião**
3391 **Geraldo Venâncio**, Pastoral da Saúde; **Shirley Marshal Diaz Morales**, Federação Nacional dos
3392 Enfermeiros (FNE); **Suelen Nunes**, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM);
3393 **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da Criança e **Wilen Heil e Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia
3394 e Terapia Ocupacional (COFFITO).
3395