



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

Aos sete e oito dias do mês de outubro de dois mil e quinze, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde “O Milton Visconde”, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar, Brasília-DF, realizou-se a Ducentésima Septuagésima Quarta Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que teve por objetivos: **1)** Realizar o balanço da Gestão do Ministério da Saúde e despedida do Ministro Arthur Chioro; **2)** Defender e reafirmar os princípios constitucionais do SUS diante do cenário político-econômico do país e as restrições financeira e orçamentária na saúde pública brasileira; **3)** Intensificar as estratégias de mobilização e diálogo com outros setores da sociedade, visando o fortalecimento e a ampliação da base de sustentação da Frente Nacional em Defesa do SUS; **4)** Debater o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde; **5)** Informar e debater a 15ª Conferência Nacional de Saúde, definindo: critérios de delegados e convidados, programação, plano de ação; **6)** Deliberar sobre processos da CIRH; e **7)** Informar o andamento dos projetos e pautas legislativas. **ITEM 1 – EXPEDIENTE – APROVAÇÃO DA PAUTA DA 274ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS** - Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** iniciou a reunião, submetendo à apreciação do Pleno a pauta, chamando a atenção para os objetivos de cada item. Conselheiro **Wilen Heil e Silva**, a propósito, solicitou que o Item 8, que trata do processo eleitoral do CNS, fosse adiantado para a parte da manhã do segundo dia. Foi atendido vez que a Coordenadora da Comissão de Recursos Humanos, Conselheira **Maria Arindelita Neves de Arruda** concordou que o ponto sobre recursos humanos passasse para a parte da tarde. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, interveio nesse momento, cumprimentando os presentes e dizendo que havia necessidade de muito diálogo e compreensão de todos para que os pontos da pauta fossem vencidos na íntegra de forma satisfatória. Conselheiro **Clovis Boufleur** quis saber o porquê das atas não estarem sendo apreciadas pelo Pleno. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** informou que estava sendo contratada uma nova assessora técnica para ajudar na atualização das atas. **ITEM 2 – PAINEL - IMPACTO DA ATUAL SITUAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA DO BRASIL NAS POLÍTICAS SOCIAIS, COM FOCO NA SAÚDE, CONSIDERANDO AS TRÊS ESFERAS DE GESTÃO** - Conselheira **Maria do Socorro Souza**, Presidente do CNS, assumiu a coordenação deste ponto, esclarecendo que, dada a conjuntura política, houve esforço muito grande para garantir o debate e tinha a honra de contar com a participação de todos os palestrantes, inclusive da Prefeita de seu município, Lucimar Nascimento. Antes de começar o debate, informou sobre a elaboração de um documento por integrantes da COFIN, em especial, por Carlos Ocké Reis e Francisco Funcia, o qual seria distribuído a todos os conselheiros, vez que subsidiaria o debate. Explicou que foram convidados gestores de diferentes níveis de gestão, para que, a partir de seu locus de atuação, possam dizer qual será o impacto nas ações e serviços de saúde com a redução drástica do orçamento. Além disso, é uma estratégia para unir esforços na direção de fortalecer o Sistema Único da Saúde. Solicitou, então, que o Conselheiro Ronald Ferreira dos Santos fizesse a leitura conjunta do documento elaborado pela COFIN e que já se encontrava de posse dos conselheiros. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, antes de apresentar o documento, explicou que era o resultado de estudos e análises sobre o subfinanciamento do SUS, que, em razão da gravidade, poderia desencadear uma crise humanitária. Dito isso, leu o texto. “**SUS** ameaçado: oportunidade de unidade na luta para defender este direito conquistado pela sociedade, contemplando os seguintes aspectos: **1. CENÁRIO ECONÔMICO PARA 2015 E 2016 E O IMPACTO SOBRE A RECEITA CORRENTE LÍQUIDA (BASE DE CÁLCULO DA APLICAÇÃO MÍNIMA EM ASPS A PARTIR DE 2016)**. No que se refere a este ponto, disse que o governo federal revisou as projeções para 2015 e 2016 após o encaminhamento da peça orçamentária de 2016 ao Congresso Nacional, prevendo para: a) 2015: uma queda real do PIB de 2,44% (recessão) e uma taxa de inflação (medida pelo IPCA/IBGE) de 9,3%; e b) 2016: um aumento real do PIB de 0,2% e uma taxa de inflação (medida pelo IPCA/IBGE) de 5,4%. Contudo, de acordo com a análise feita, o mercado está mais pessimista, tanto em relação à inflação, como em relação à recessão, especialmente para 2016, não acreditando na expectativa de retomada do crescimento econômico que tem sido anunciada pelo governo federal. “Relatório Focus” (Banco Central do Brasil, 25/09/2015) projeta uma variação negativa do PIB real na

ordem de 1,0 %. A taxa de inflação poderá ficar em torno de 9,5% em 2015 e de 5,5% em 2016. O Brasil corre, assim, o risco de mergulhar no mesmo espiral da Europa, em que o ajuste fiscal aprofunda o baixo crescimento, que, por sua vez, gera menos receita. A arrecadação é mais volátil que o comportamento da economia, caindo mais do que o PIB em anos de contração econômica. Se o PIB cair 1,2% em 2016, a arrecadação cairá mais do que 1,2% (descontada a inflação), porque há uma elasticidade, refletindo a desaceleração econômica. Desse modo, a magnitude da Receita Corrente Líquida (estimada para 2016 em R\$ 759,4 bilhões pelo governo federal) dependerá da aprovação das medidas no contexto do ajuste fiscal e o do desempenho da economia brasileira em 2016 (que, por sua vez, depende das expectativas dos agentes econômicos no bojo da crise política). Neste cenário sombrio da economia brasileira, o SUS está ainda mais ameaçado diante do processo de subfinanciamento a que está submetido. Isso ocorre desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, especialmente, após a vigência da Emenda Constitucional nº 86/2015, cujas mudanças combinadas do critério de cálculo para a apuração da aplicação mínima. Também, combinada com a execução obrigatória das emendas parlamentares individuais, representarão, a partir de 2016, tanto uma redução de valores em comparação ao que seria apurado pela regra anterior da Emenda Constitucional nº 29/2000 e Lei Complementar nº 141/2012, como uma grave insuficiência orçamentária projetada para 2015 e 2016, muito pior do que a verificada em 2014. **2. INSUFICIÊNCIA ORÇAMENTÁRIA PARA O SUS: 2014, 2015 e 2016.** Neste ponto, registrou que o processo de subfinanciamento histórico do SUS teve continuidade em 2014 e será ainda mais grave segundo as projeções de recursos alocados no orçamento federal para 2015 e 2016. Lembrou que não se trata aqui de avaliar qual seria o valor para atender as necessidades de saúde para cumprir com o SUS constitucional, uma das referências da luta histórica por mais recursos e fontes exclusivas para o financiamento do sistema: a gravidade da situação está no fato de que os baixos valores alocados no orçamento federal para atender a aplicação mínima constitucional não são mais suficientes para cumprir com as despesas compromissadas ou pactuadas com Estados e Municípios nos padrões que já não garantiam plenamente este direito constitucional para a população. É isto que caracteriza a insuficiência orçamentária, algo mais grave que o contingenciamento, porque este último torna indisponível o recurso existente, enquanto que, no caso da insuficiência, os recursos não existem no orçamento. Nestes tempos de ajuste fiscal, cujo critério principal escolhido pelo governo federal foi cortar gastos públicos, inclusive das áreas sociais, faz-se necessário explicitar a metodologia de projeção de despesas que servirá de referência para avaliar a insuficiência orçamentária em ASPS decorrente da redução de recursos. Considerando que o problema do subfinanciamento do SUS tem origem quando da promulgação da Constituição Federal de 1988, e vem se agravando desde então. Seria possível escolher diferentes metodologias para projetar as despesas para 2015 e 2016, considerando as perdas acumuladas nas últimas décadas, que resultariam em valores diferentes para comparar com a efetiva disponibilidade orçamentária do Ministério da Saúde (MS) para a realização destas despesas em 2015 e 2016. Assim sendo, foi decidido adotar o ano de 2014 como padrão de gasto a ser mantido em 2015 e 2016 para a aplicação em ASPS. A escolha deste ano como ponto de partida da projeção não significa que o valor destas despesas representava um volume de recursos suficientes para cumprir com os princípios constitucionais e legais do SUS em termos do atendimento à população. Pelo contrário, diante da insuficiência de recursos verificada em 2014, esta escolha ressaltará o aprofundamento do quadro de asfixia orçamentária e financeira do SUS em 2015 e 2016. Evidencia-se o crescimento acelerado do valor da insuficiência orçamentária, passando de R\$ 3,8 bilhões em 2014, para R\$ 5,9 bilhões em 2015 e para R\$ 16,6 bilhões em 2016, bem como o impacto negativo sobre as despesas que representam cerca de 2/3 dos valores da aplicação em ASPS, que refletirão diretamente na população em termos de deterioração da qualidade do atendimento de saúde nas diferentes unidades de serviços existentes no Brasil. **3. EIXOS DE DEFESA DO SUS: UNIVERSALIDADE, LEGITIMIDADE E PRIORIDADE.** Neste ponto, esclareceu que a situação do SUS é dramática. Seu colapso pode afetar as condições de saúde e a qualidade da atenção médica de 200 milhões de brasileiros. Na prática, o direito social à saúde está ameaçado. Na Constituição de 1988, o movimento da Reforma Sanitária apostou na: a) Universalização, na integralidade e na equidade dos serviços públicos de saúde. Tais pressupostos são fundamentais, em especial o artigo 196 da Constituição (saúde é um dever do Estado, um direito do cidadão); b) Porém, são insuficientes para garantir a legitimidade do SUS diante das classes populares e das classes médias. Em 2014, o SUS destinou para todos R\$ 1.063 per capita/ano. Comparativamente, os planos privados de saúde, beneficiados por isenções fiscais e empréstimos a juros subsidiados, gastaram o equivalente a R\$ 2.818 per capita/ano para sua clientela. Isso se deve a uma questão central: o subfinanciamento crônico do SUS, cuja alocação de recursos sempre esteve aquém das necessidades de saúde da população e boa parte dos problemas de gestão decorre exatamente da falta de recursos – especialmente na área de recursos humanos; e c) É necessário combater a redução de recursos do Ministério da Saúde e apostar na melhoria da qualidade do gasto, definindo prioridades na alocação de recursos, visto que, em relação ao aplicado no ano de 2014, se estima que a insuficiência orçamentária

em ASPS para 2015 é de R\$ 5,9 bilhões e para 2016 é de R\$ 16,6 bilhões. Na atual conjuntura histórica, esse quadro se aprofunda com a crise política e econômica, provocando a redução do orçamento da saúde no contexto do ajuste fiscal. Considerando as incertezas do cenário macroeconômico e da própria estimativa da Receita Corrente Líquida, em 2016, necessitando-se construir uma expressiva base de apoio social e parlamentar em defesa do SUS e da qualidade de vida da população brasileira. Assim, às vésperas da realização da 15ª Conferência Nacional de Saúde, a unidade da luta institucional, social e popular em defesa do SUS deveria conciliar em três eixos de ação que podem resolver, em curto prazo, os efeitos negativos do subfinanciamento do SUS para o atendimento da saúde da população: a) Apoiar a aprovação da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 01-A/2015 – que modifica a Emenda Constitucional nº 86/2015 por meio do aumento do valor da aplicação mínima da União em ASPS, mas condicionado tanto à redução do prazo de escalonamento das alíquotas e ao aumento da última faixa de alíquota para de 18,7% para 19,2% da Receita Corrente Líquida, quanto à criação de novas fontes de financiamento exclusivas para o SUS; b) Defender a criação de uma contribuição sobre as movimentações financeiras (nos moldes da CPMF) Taxação sobre grandes fortunas como novas fontes exclusivas para o SUS, cujos projetos estão tramitando no Congresso Nacional, de caráter progressivo, (quem dispõe de maior capacidade contributiva deve pagar mais) e compartilhada entre a União, os Estados, Distrito Federal e os Municípios; e c) Cobrar do governo federal a mudança da política econômica de caráter recessivo, com o início imediato de um processo de redução da taxa de juros, por outra política voltada para o crescimento econômico com inclusão social, que foi vitoriosa no período 2004-2013”. Para finalizar, disse que há necessidade de mobilização para proteger o SUS de um colapso. **Intervenções.** Conselheiro **Clóvis Bouffleur** parabenizou pela iniciativa do documento e chamou a atenção para as áreas que estão asseguradas na Constituição Federal como direitos sociais e que não podem receber restrições de recursos de um ano para outro. Na pior das hipóteses, pode manter o recurso, desde que corrigido. Sendo assim, solicitou que se acrescentasse essa questão ao documento, vez que lei não se discute, cumpre-se, exceto, é claro, em situação de guerra, o que não é o caso. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** explicou que a LDO garante esse direito e seria, sim, acrescentada a contribuição ao documento. Conselheiro **Wilen Heil e Silva** também elogiou o documento, mas considerou importante se pensar em outras possibilidades além das já mencionadas, citando como exemplo, o ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos de saúde. É de conhecimento público que os procedimentos de alta complexidade são realizados pelo sistema público sem que este seja ressarcido. Além disso, há recursos públicos que são repassados para financiar planos de saúde para servidores e que representam quantias volumosas. Também defendeu um modelo de atenção voltado para a promoção e a prevenção, como, no caso, ações de práticas integrativas complementares, considerando o saber popular. Em verdade, disse que deveria haver uma mudança de paradigmas, de tal sorte que os recursos fossem investidos em qualidade de vida e não em doenças como vem acontecendo no SUS. Conselheiro **Eni Carajá** assegurou que o documento estava muito bem elaborado e que seria necessário buscar, entre os pares, o máximo de consenso possível em relação à questão macroeconômica. No que se refere ao subfinanciamento, lembrou que esse problema já vem de muito tempo e, no que diz respeito a fontes de financiamento para sanar essa dificuldade, defendeu a taxação das grandes fortunas. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** considerou oportuno o documento, mas disse estar preocupado, enquanto representante dos aposentados, com a perda de conquistas como à da Farmácia Popular. Entendeu que o subfinanciamento leva ao corte sumário desse benefício e, sendo assim, fez um apelo para que se garantisse à população brasileira acesso ao medicamento, através da Farmácia Popular. Conselheiro **Jorge Venâncio** chamou atenção para o fato de o Ministro Jatene já ter acreditado que os recursos da CPMF seriam repassados para a saúde, o que não aconteceu. Assim, entendia que se devesse ter muito cuidado ao defender a volta desse tributo, porque há grande possibilidade de a história se repetir. Se for para defender a volta da CPMF, há que se pensar em uma forma de que seja efetivamente para financiar a saúde pública. Conselheiro **Dalmare Anderson B. de Oliveira Sá** concordou com a proposição do texto e fez uma reflexão sobre a situação da saúde, dizendo que se chegou ao ponto de não se estar defendendo a qualidade da saúde, mas, sim, o mínimo de recursos para que não entre em total colapso. Diante disso, é imperiosa a necessidade de somar forças para não retroagir em direitos já conquistados, ou seja, saúde universal, equânime e integral para toda a população brasileira. Não sendo assim, corre o SUS sérios riscos no que se refere à manutenção desses princípios. Sugeriu articulação com o Congresso Nacional, prefeitos e governadores no intuito enfrentar o subfinanciamento da saúde. Conselheiro **Clóvis Bouffleur**, em aditamento a sua manifestação anterior, focou em duas questões: CPM aumenta a carga tributária e sendo assim, é possível que não haja consenso no Plenário quanto a essa proposta, não por questões pessoais, mas pela representação; diante dessa crise, é necessário estabelecer prioridades e centrar forças nas ações que fortaleçam o SUS. Em razão da presença dos convidados no recinto, as demais inscrições dos conselheiros foram garantidas para o final das falas mesa. A Presidente do CNS, conselheira **Maria do Socorro de Souza** convidou, para compor a mesa, **José**

**Wellington Barroso de Araújo**, governador do Estado do Piauí, **Lucimar Nascimento**, Vice-Presidente da Vigilância Sanitária da Frente Nacional dos Prefeitos, **Luiz Lázaro**, 2º Vice-Presidente da Confederação Nacional de Municípios; **João Gabardo dos Reis**, Presidente do CONASS e Conselheiro Nacional de Saúde e **Mauro Guimarães Junqueira**, Presidente do CONASEMS. Antes de passar a palavra ao governador, lembrou que se encontravam no Plenário, além dos conselheiros nacionais, representantes de todos os Conselhos Estaduais, citando, entre outros, São Paulo, Alagoas, Paraíba, Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Sergipe, Amapá, Pará, Acre e os representantes de Plenária dos Conselhos de Saúde dos Estados de Rondônia, Roraima, Sergipe e Rio Grande do Sul. A seguir, o governador **José Wellington Barroso de Araújo** iniciou a fala, cumprimentando a mesa, os presentes e dizendo ser um prazer muito grande participar do debate no CNS. Na sua abordagem, registrou, inicialmente, que a crise, embora pareça uma disputa entre governo e oposição, é muito mais séria. No que diz respeito à saúde, parece ser mais séria ainda, tanto que a informação que se tem é que a conta não vai fechar. Por um financiamento suficiente e estável, afirmou que está junto, até por que esta é uma luta do Brasil. Sendo assim, sentia-se à vontade para falar em nome de seus pares, visto que o problema é real e já se avizinha um atraso de repasses dos recursos referentes aos meses de novembro e dezembro. Ainda, chamou a atenção para o fato de mais de 1.000 municípios já terem atrasado salários e, até dezembro, aproximadamente 4.000 não fecharão as suas contas e mais ainda, 15 estados brasileiros já alteraram a sua folha de pagamento. Na sequência, disse que a seguridade é também um problema sério, porque absorve um percentual alto de recursos para o pagamento de aposentados e pensionistas. No entendimento dos governadores, os dois problemas mais graves para a população são saúde e segurança, por isso, vale a pena pensar em fontes de recursos que possam ajudar no enfrentamento desses problemas e, no seu modo de ver, a CPMF poderia ser uma saída. É um imposto que todos podem pagar e evitaria sonegação. Mas só será aprovada se houver um movimento de defesa vindo de fora para dentro do Congresso Nacional. A propósito do cenário que está posto, informou que será realizada uma reunião do Fórum dos Governadores e está sendo feito um diálogo com os municípios, objetivando esclarecer a importância da defesa desse recurso. Nessa perspectiva, citou alguns exemplos de quanto representaria para os entes federativos o aporte desses valores e defendeu a necessidade de haver manifestação favorável de várias frentes nessa direção. Disse que haverá mobilização nacional por parte de governadores e prefeitos ensejando garantir efetivamente recursos para a saúde e que também há grande expectativa em relação às leis que estão sendo analisada no STF e que possam vigorar a partir de 2016. Para finalizar, reconheceu que os desafios são grandes, vez que as metas para 2016, correm o risco de não serem atingidas se não houver financiamento adequado. Daí ressaltou que é importante não deixar piorar o que já está ruim. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, agradeceu o Governador e disse que, com certeza, a sua fala será considerada e reconhecida pelo Plenário. Também, asseverou que outros contatos serão feitos com os governadores na linha de haver união para garantir o financiamento para o sistema público. Antes de anunciar o próximo convidado para falar, chamou para compor a mesa **Eliene Ancelomo Berg**, Secretária Adjunta do DF. Em seguida, a prefeita **Lucimar Nascimento**, de Valparaíso de Goiás, iniciou a sua fala. Na mesma linha do posicionamento do Governador, foi favorável a que se envidassem esforços para enfrentar o subfinanciamento no SUS. Sendo um sistema de referência mundial não pode deixar de ser prioridade, tanto para o governo quanto para a população. Nesse caso, há que se reforçar a luta para aumentar as receitas, de tal sorte que a saúde não entre em colapso. É uma luta de governo, parlamentares e a sociedade como um todo. Como saída emergencial, defendeu a CPMF, mas primeiro tem que haver um debate sério para que a proposta seja compreendida e acolhida pela população. Em se tratando de saúde, ressaltou, ser vidas humanas que estão em jogo e, nesse caso, não podem ser negligenciadas. É nesta perspectiva que, na condição de representante da Frente Nacional de Prefeitos, buscará o engajamento de seus pares para que se encontre uma solução para o financiamento adequado do SUS. Lembrou que o Brasil, apesar de ter um sistema universal de saúde, que vai desde a promoção, prevenção e recuperação, fica aquém de inúmeros países quando se refere a investimentos em saúde. Só para exemplificar, disse que, enquanto aqui se investe 525 dólares per capita, na França, 3.740 e 3.004, no Reino Unido. Isso dá uma ideia de quanto é importante um maior financiamento para a saúde no Brasil. Porém, não entende que só a CPMF seja o caminho. Em sua opinião, as taxações das grandes fortunas e grandes rendas precisam, também, serem consideradas. Dito isto, agradeceu a oportunidade de participar de um debate tão qualificado como aquele. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, presidente do CNS, nesse momento, anunciou a presença, no Pleno, da Senhora Roberta Batista Aboth, Secretária Estadual de Saúde da Paraíba e, na sequência, convidou Luiz Cláudio Lazaro, 2º Vice-Presidente da Confederação Nacional de Municípios para se manifestar. Na condição de representante da CNM, **Luiz Cláudio Lazaro** disse que a sua entidade é uma caixa de ressonância dos problemas enfrentados pelos municípios no que se refere ao financiamento, tendo assim, acúmulo para fazer um debate que ajude encontrar caminhos para uma saúde pública de qualidade. Como sua entidade tem capilaridade nacional, colocou à disposição para mobilizar o Brasil no enfrentamento da falta de recursos para a

saúde. A título de ilustração do que já está ocorrendo na ponta e o que pode ainda acontecer, disse que, pelas informações a que teve acesso, onze cidades em seu Estado, ficariam, no próximo ano, sem Farmácia Popular, demonstrando o absurdo e a gravidade do problema e que tende a se agravar, haja vista que está previsto um corte de R\$ 16 bilhões para o próximo ano. Na linha das falas de seus antecessores, também defendeu outras estratégias além da CPMF, mas sempre com a preocupação de que todos os entes federativos apliquem seus recursos de forma responsável e transparente. Citou, nesse caso, a PEC 01/2015, Saúde Mais 10, que poderão ser caminhos, caso a CPMF não seja aprovada. Sem recurso, asseverou, perde a saúde e perde a população brasileira. Por isso, conclamou a todos para se unirem na defesa do SUS com financiamento adequado e a sua Entidade está pronta para essa iniciativa. **Eliene Ancelmo Berg**, Secretária-Adjunta do DF, agradeceu o convite e informou que estava representando o Secretário de Saúde, em razão de o mesmo ter compromissos já assumidos anteriormente. Como militante histórica do SUS, lamentou o ponto crucial em que se encontra a saúde no país. No DF, esclareceu que a situação é ainda pior por se tratar de Estado e Município ao mesmo tempo. Com um orçamento de pouco mais de 6 bilhões, tem uma conta que não fecha, inclusive, com a possibilidade de o pagamento dos servidores correrem o risco de ficar comprometido. Porém, entende que é preciso ir à luta e que uma boa gestão não pode prescindir de três aspectos: centro de custo, faturamento e gestão de pessoas. O DF, a despeito de todos os esforços envidados pela atual gestão, tem desequilíbrio nessas áreas e a falta de recursos contribui para a dificuldade de gerenciamento. Outro aspecto de igual forma importante a ser tratado, é a responsabilidade que têm também os servidores no agravamento da situação, referindo, nesse caso, ao DF, onde o absenteísmo é grande e a qualidade do atendimento deixa a desejar, tanto que se configura como uma das maiores queixas dos usuários. Sendo assim, disse que não adianta mais recursos se não houver equalização nas contas do governo, especialmente, no que se refere a gastos, faturamento e atendimento de qualidade. Na sua visão, os Conselhos de Saúde têm um papel preponderante e legal para acompanhar a utilização dos recursos da saúde na área da gestão. Controle Social forte é garantia de gestão forte e, conseqüentemente, de um SUS igualmente forte. Antes de concluir, chamou a atenção para a importância de todos se preocuparem com a promoção e prevenção da saúde e não como tem acontecido ao longo dos anos, quando a recuperação tem sido o foco, representando um custo muito mais elevado. Concluindo a sua fala, defendeu mais recursos para a saúde, desde que venha acompanhado da responsabilidade de gastá-lo bem, ou seja, acompanhado de uma política que beneficie a saúde e não a doença e esteja alicerçada em centro de custo, faturamento e gestão de pessoas. **João Gabardo dos Reis**, Presidente do CONASS, cumprimentou a mesa e a todos os presentes, dizendo que seria muito breve em razão de agenda no Congresso Nacional. Reafirmou a existência de uma grave crise na saúde e a necessidade de superá-la. Mas ainda, não poderia adiantar uma posição do CONASS a respeito da CPMF, visto que não havia um debate conclusivo em relação a essa questão. Mesmo assim, foi enfático ao dizer que há subfinanciamento no SUS e que se não houver aumento de recursos, em 2015, a situação tende a se agravar de forma considerável, especialmente na média e alta complexidade. Informou que o Governador de seu Estado, RS, é favorável a CPMF ou outro tipo de contribuição que venha adicionar mais recursos para a saúde e, naturalmente, fará a defesa dessa proposta, desde que seja garantido o compartilhamento com os municípios e os estados. Complementando, disse que esse é também o posicionamento de todos os prefeitos do RS. Ademais, foi favorável a alternativas, como a renúncia fiscal aos planos de saúde, taxaço das grandes fortunas, taxaço de impostos de itens que fazem mal para a saúde (álcool, fumo...), enfim, com todas as propostas que o CNS vem debatendo e apresentando ao longo do tempo. **Mauro Guimarães Junqueira**, Presidente do CONASEMS, saudou a todas as autoridades presentes à mesa e no Pleno. Depois, informou que o CONASS e o CONASEMS haviam assinado um manifesto juntos na defesa veemente do Sistema Único de Saúde, que foi protocolado na Tripartite. No documento, as duas entidades se posicionam favorável à CPMF e outras fontes seguras e estáveis de recursos para a saúde, tal como disciplina a CF, dizendo que é um direito da população brasileira. Esta é uma luta recorrente que está sendo articulada com os gestores e controle social e será foco na 15ª CNS. Ainda sobre o subfinanciamento, mostrou-se muito preocupado com o fato de vir a faltar, em 2015, 5 bilhões 2 milhões, e só no MAC, a falta será de 4 bilhões 2 milhões, não tendo recursos para serem repassados aos hospitais, à oncologia e outras ações de média e alta complexidade nos meses de novembro e dezembro. Assim, urge que se faça remanejamento de recursos, senão, lembrou que as ações e serviços de saúde estarão comprometidos. Além disso, considerou que poderá faltar 16 bilhões para 2016. Concluídas as falas dos convidados, a Presidente do CNS, conselheira **Maria de Socorro de Souza**, agradeceu a disponibilidade dos convidados e considerou muito importante unir forças para lutar contra o desfinanciamento do SUS e na busca de novas estratégias para enfrentamento desse desafio. Nesse sentido, dirigiu-se ao CONASS e CONASEMS para que, juntamente com o CNS, solicitassem uma audiência com o novo Ministro da Saúde. **Intervenções.** Com a anuência de Plenário, foi Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, enquanto Coordenador da COFIN, o primeiro a se manifestar. Disse,

entre outras coisas, que: a COFIN já vinha alertando a sociedade e o CNS sobre o desfinanciamento do SUS, inclusive com ações de mobilização (Saúde mais 10); a COFIN também apresenta alternativas para o enfrentamento do desfinanciamento; a despeito da crise política, a mobilização em torno do SUS tem possibilidade de agregar muitas forças da sociedade; 25 governadores já se manifestaram favoráveis à criação de uma frente para lutar pelo financiamento da saúde pública; há possibilidade de ser criada uma plataforma que consiga unificar amplos setores da sociedade, cujas bases foram apresentadas no documento que a COFIN disponibilizou ao Plenário no início do debate: amarração dos recursos para a saúde, através da PEC 01, que nasceu da vontade popular; busca de novas fontes de financiamento (CPMF); taxaço de grandes fortunas), taxas de juros das especulações financeiras; audiência com a Presidente da República para tratar do assunto. Para finalizar, considerou de suma relevância a união de todas as forças da sociedade para garantir recursos necessários à saúde, lembrando que o CNS instituiu a Frente Nacional em Defesa do SUS, parar trazer, em 1º de dezembro, na abertura da 15ª CNS, mais de 50 mil pessoas. Em razão dessa iniciativa, apelou para que os municípios apoiem a vinda do máximo de pessoas possível, vez que o objetivo é impactar a Capital e mostrar a força da união do povo. Conselheiro **Arlson da Silva Cardoso** ressaltou que a posição do CONASEMS está alinhada à do CNS e que o momento é de união em defesa do SUS. Além disso, reafirmou a necessidade de se buscar recursos para assegurar o pagamento das ações e serviços de saúde em 2015, considerando que o déficit é de 5 bilhões e 800 milhões. Diante desse quadro, disse que o CONASEMS defende a CPMF, taxaço das grandes fortunas, aprovação da EC 01/15, e que a aprovação de novos impostos venha como receitas para a saúde e não como substituição. Conselheiro **Anibal Machado** afirmou que, como vive no município, é testemunho de todas as agruras pelas quais o usuário do SUS está submetido pela falta de atendimento (consultas, exames, cirurgias...). Mesmo diante dessa calamidade, o Congresso Nacional não foi sensível ao clamor do povo, quando a Emenda Popular que exigia mais recursos para a saúde não foi aprovada. Na condição de conselheiro de saúde, sente-se responsável pelas pessoas que estão morrendo nas filas dos hospitais e postos de saúde, Por isso, cheio de emoção, defendeu, com urgência solução para o desfinanciamento da saúde que massacra o cidadão da ponta. Se aprovada a CPMF, ressaltou, precisa que se garanta, efetivamente, a transferência da arrecadação para a saúde. Conselheira **Marisa Furia** interveio para registrar também a sua preocupação com a falta de recursos para a saúde em 2015 e 2016. Se o governo gasta mais de cinco bilhões com os planos de saúde, esse valor poderia contribuir significativamente com o déficit do SUS em 2015. Lembrou que, quando se fala em CPMF para a Seguridade Social, fica preocupada, porque nesse rol entra também pagamento da Bolsa Família e, de repente, entrando esse recurso novo, poderia ser direcionado para outras ações que não as da saúde. Sendo assim, teria que se garantir que, efetivamente a arrecadação desse imposto fosse diretamente remanejada para a saúde pública. Conselheiro **Marlonei Silveira dos Santos** falou que a crise ora instaurada na saúde não é culpa dos trabalhadores da área da saúde nem dos usuários, é sim, de quem cortou R\$ 13 bilhões do orçamento da saúde e vem, neste momento, querer aumentar impostos. Impostos estes, que, se aprovados, irão para a Previdência para cobrir rombos do caixa. Não se fala, na proposta de aumentar as receitas, taxar os bancos que tiveram 37% de lucros no primeiro semestre. As grandes fortunas deveriam, em sua opinião, serem taxadas também. O que não pode acontecer é sobrecarregar o povo com impostos e na hora que precisam de votos, dizer o contrário. Para o conselheiro, o problema que está posto é político e de gestão, tanto que para elucidar a sua afirmação, disse que seu município de Caxias do Sul/RS fecha as suas contas e não terá débito em novembro e dezembro, tal como está ocorrendo com muitos municípios. Não crendo, assim, que o problema esteja na falta de recursos e sim na má gestão. Falou ainda que sua categoria, no caso os médicos, é frontalmente contra a CPMF. Concluindo, disse que necessário se faz resolver a crise política e quem criou essa crise na saúde que encontre uma solução e não tentar repassar a responsabilidade para a sociedade. Conselheiro **Renato Barros** asseverou que a crise na saúde coloca grandes desafios para o Controle Social e para o Sistema Único de Saúde, que carece de financiamento. Daí que qualquer taxaço que venha ser aprovada precisa ser garantida para a saúde e um dos caminhos nessa direção, no seu modo de ver, seria, a aprovação da Emenda Popular 01/15, que garante 10% das receitas brutas para a saúde. Concluindo a sua intervenção, elogiou o debate e concordou que seja agendada audiência com a Presidente da República. Conselheira **Liane Terezinha de Araújo Oliveira** falou da luta incansável que a FEMAMA tem contra o câncer de mama, dada a alta incidência no Brasil, e a redução dos recursos para a saúde irá afetar o tratamento, que não pode esperar, de milhares de mulheres brasileiras. Desse modo, defendeu que o déficit orçamentário de 2015 fosse resolvido com a realocação de recursos para evitar mortes por falta de atendimento. No caso de câncer de mama, lembrou que é importante o diagnóstico precoce para se evitar tratamento de média e alta complexidade, cujo custo é infinitamente maior. Na linha de outros conselheiros, defendeu a audiência com a Presidenta Dilma. Conselheira **Semiramis Maria A. Vedovatto** mostrou-se muito preocupada com a crise que está configurada e, como conselheira municipal, sabe muito bem dimensionar os reflexos na ponta. Disse que, na sua realidade, a compra de serviços e muito cara e, no



processo neoliberal instituído no país, a tendência é que se compre cada vez mais serviços e com a falta de recursos nem isso certamente poderá ser feito. Lembrou que a desassistência afetará, não somente os usuários do SUS, mas também a população em geral. Conselheira **Cristiane Costa** concordou com a preocupação que se estava tendo em relação à falta de recursos para a saúde e se buscava soluções emergenciais ao invés de fontes de financiamento estáveis para o SUS. Disse que, lamentavelmente, tudo se torna emergencial quando não se age a tempo e, no caso da saúde, as consequências podem ser irreversíveis. Sendo assim, defendeu controle nos gastos e gestão com qualidade. A questão da taxação das grandes fortunas é uma demanda antiga que, em razão dos interesses que correm ocultos, não evoluiu e acredita que não evoluirá. Também contemplou, como preocupação, em sua fala, o volume de juros da dívida, que foi, em 2014, de 45,11 bilhões e, em 2015, já representa 47% do gasto federal e, em sendo aprovada a CPMF, teria que se garantir o repasse desse aporte efetivamente para a saúde. Conselheiro **Wanderlei Gomes da Silva** disse que o debate estava sendo feito em um momento muito complicado, mas demonstrava maturidade do Controle Social em trazer à tona questões tão importantes para a garantia do sistema público de saúde. Porém, entendia que se devesse dar mais atenção para as fontes de receitas, porque em momento de crise profunda na América Latina, a grande saída é o Estado brasileiro fazer investimento pesado em infraestrutura e nas políticas públicas, como forma de enfrentar o problema da economia. Não se sairá da crise, enfatizou, sem os devidos investimentos na área da saúde. A outra questão que deixou clara foi em relação à onda neoliberal que grassa pelo Brasil liderada pela direita, e que há um comportamento vacilante no que se refere ao enfrentamento dessa onda. É preciso somar esforços de toda a população brasileira para não se deixar abater e nem entregar a saúde pública à iniciativa privada e à precarização do trabalho. Na sua avaliação, recursos para saúde não é o dinheiro pelo dinheiro e, sim, está relacionado ao fortalecimento do Estado nacional, a mais investimento em ciência e tecnologia, mais investimento na atenção básica e outras questões mais. Conselheiro **João Rodrigues**, de imediato, disse que estava muito surpreso com a rapidez da terceirização no seu estado/PB. Reconhecia a falta de recursos para a saúde, mas que já houvera uma grande mobilização para arrecadação e o Congresso Nacional fez vistas grossas, não aprovando a Proposta de Emenda Constitucional 01/2015 e, da mesma maneira, se comportou o Executivo, quando desconsiderou o apelo popular por mais recursos para a saúde. Para finalizar, perguntou se a terceirização não sai mais cara que administrar o ente público. Conselheira **Juneia Martins Batista** lembrou que, quando se discute a CPMF, tem outras questões para além disso como a taxação financeira dos lucros advindos das compras feitas no Brasil e no exterior, através dos cartões de créditos. Seria, no caso, um volume de recurso que entraria e poderia ser aplicado na saúde. Na crise da saúde pública, como em todas as crises, há quem saia lucrando, todavia quem é chamado para pagar a conta é o povo brasileiro, que fica refém do poder econômico. Sugeriu que o CNS se aproprie dessa sua proposta, pautando o tema no Pleno e, até indicou Alessandra Nilo para participar do debate. Conselheiro **Haroldo Pontes** também considerou importante e oportuno o debate sobre subfinanciamento do SUS. Porém, disse se surpreender quando parece que o debate está iniciando agora, quando, na verdade, já vem acontecendo desde há muito tempo. Só para clarear, lembrou que houve uma mesa, na Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, que tratou exaustivamente da crise oriunda do subfinanciamento da saúde, também, teve audiência com a Presidenta da República, além de ser pauta permanente da COFIN. Assim, para o CNS, a falta de recurso é um fato, e o aprimoramento da gestão é uma ação de caráter permanente e que vem sendo priorizada. Nessa perspectiva, foi enfático em dizer que não se deve colocar no mesmo patamar do subfinanciamento as questões acima aludidas, porque, se assim feito, demonstram interesses escusos e atitudes oportunistas para destruir direitos que foram conquistados as duras penas pela população brasileira. O momento, ressaltou, é de criar a Frente Nacional em Defesa do SUS para continuar a luta que vem sendo travada em prol da saúde pública brasileira. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** concordou que o momento é importante para uma reflexão responsável e para saber quem quer ou não resolver os problemas do SUS ou quem quer ganhar dinheiro com a crise na saúde. Ressaltou que para os movimentos que representa taxar grandes fortunas ou instituir a CPMF não vai fazer nenhuma diferença. A CPMF comporta corrupção e, por isso, o povo é contrário. Também não acha justo acusar só governo pela situação que está colocada. No seu entendimento, há uma determinação deliberada de acabar com o SUS, por isso, sendo a saúde pública de interesse do povo brasileiro, este é que tem de ir às ruas para reverter esta situação. As isenções tributárias, renúncias fiscais, sonegações não estão na pauta da burguesia. Por isso, precisa dividir a responsabilidade da crise com os ricos e, se assim for feito, não precisaria de CPMF. É necessário acabar, de uma vez por todas aqui no Brasil, de só pobres e assalariados pagarem a conta, deixando os demais sonegarem à vontade. Conselheira **Katia Souto**, na linha da manifestação do Conselheiro Haroldo, lembrou que o debate sobre financiamento do SUS não é recente, visto que já se vem pautando o tema em muitos espaços e há muitos anos. Citou a EC 29, Lei 841 e chamou a atenção para o fato de a 15ª CNS ter como eixo principal o financiamento do SUS. Nesse sentido, disse que há consenso entre os níveis de gestão e controle social que precisa de mais

430 dinheiro para o SUS, mas a discussão precisa ser feita incluindo a fonte do financiamento. Além disso,  
431 deixou claro que o debate transcende a área da saúde, envolve, sim, a população com um todo e é um  
432 debate sobre uma crise mundial, cíclica do capitalismo e que tem exigido esforço enorme dos gestores  
433 para manter o Brasil em crescimento. Então, observou que o momento é de gestores, controle social e  
434 a população em geral unirem esforços para darem sustentabilidade aos direitos sociais que estão na  
435 CF. Referiu-se, ainda, sobre a questão da seguridade social, que foi uma luta histórica para ser  
436 assegurada e que até então não teve o debate merecido no que diz respeito à universalidade,  
437 envolvendo saúde, assistência social e previdência. Parece, no seu entender, que o momento de agora  
438 seja oportuno para que isto venha ocorrer. Além disso, no cenário das lutas democráticas populares em  
439 defesa do SUS, que fazem parte dos eixos da 15ª CNS, está posto o debate da reforma política e  
440 tributária, porque não é só financiamento da saúde que precisa ser debatido neste momento da crise  
441 financeira e de ajuste fiscal. Para finalizar, disse que o que se deve buscar é a sustentabilidade do  
442 Estado para que os direitos do povo sejam garantidos. Conselheira **Ana Costa**, em sua fala, trouxe à  
443 tona a prática do CNS em fazer debates dessa natureza. Reforçou a ideia trazida pelo Conselheiro  
444 Haroldo de que há um falso debate sobre a gestão e que não deve se sobrepor ao do financiamento da  
445 saúde. Sendo assim, seria necessário se saber qual é a posição dos atores sociais que estão no  
446 debate e, mais ainda, lembrou que pensar o SUS é fazer uma reflexão não apenas sobre a crise  
447 econômica, mas também da crise política que está estabelecida hoje no país. Disse que há uma  
448 disputa de hegemonia do modelo de Estado voltada para o neoliberalismo, que privilegia os bancos, o  
449 mercado, o lucro. Para enfrentar essa onda capitalista e necessária mobilização por uma hegemonia  
450 que privilegie o Estado de Direito, com foco nas políticas sociais e na cidadania. Assim, ressaltou que  
451 essa crise famigerada não justifica que só o povo seja sacrificado com a quebra de direitos sociais  
452 historicamente assegurados. O que hoje se vê é desaceleração do emprego, redução dos salários,  
453 priorização da saúde privada. Diante dessa realidade e sendo a saúde um direito de todos garantido na  
454 CF, tem que ter recursos estáveis e suficientes para atender com qualidade as demandas da  
455 população, e a lógica geradora dessas fontes tem que estar centrada na justiça social. Conselheiro  
456 Estadual de Roraima e presidente do CES, **Raimundo Nonato**, manifestou-se favorável à CPMF,  
457 taxa das grandes fortunas, dos bancos, mas, defendeu o debate da gestão. Lembrou que assim  
458 como tem conselheiros bons, tem conselheiros ruins e, assim como tem gestores bons, tem gestores  
459 ruins, que não aplicam de forma correta o dinheiro da saúde e não sabem nem o que é o SUS, como é  
460 o caso de seu estado. Não é de graça que o Brasil tem uma leva de sanguessugas e esse debate da  
461 corrupção precisa, sim, ser feito. Manifestou-se também contrário às Emendas Impositivas que servem,  
462 na maioria das vezes, para incentivar a corrupção na ponta. Concluindo, foi favorável a união de todos  
463 para garantir e fortalecer o SUS e que o Congresso Nacional resolva a crise política que instituiu no  
464 país, para que os investimentos voltem a acontecer, melhorando a economia do Brasil. Conselheira  
465 Estadual de Santa Catarina e Vice-Presidente do CES, **Helena de Lima Pires** defendeu novas fontes  
466 de financiamento para a saúde, desde que estas não caiam em uma vala comum, como já aconteceu  
467 no passado. Também, afirmou que o seu Estado luta por um SUS de qualidade e para todos.  
468 Conselheira **Lenir Santos** na sua intervenção lembrou que o subfinanciamento data de 27 anos e  
469 precisa se discutir fontes permanentes para o SUS. Em relação à crise que está posta, há que se  
470 responsabilizar os autores dos cortes, que, com certeza, não serão os secretários de saúde. Estes  
471 operacionalizam as ações e serviços de acordo com os repasses recebidos e, se houver cortes, haverá  
472 também a incerteza de atender as demandas da população. Sendo assim, a exemplo da crise de 1996,  
473 quando se fez uma representação à Procuradoria Geral da República, mostrando a falta de dinheiro  
474 para a saúde e perguntando como fazer para que os estados e municípios não fossem penalizados por  
475 não atenderem a população. Sugeriu que se procurasse o Ministério Público e, em último caso, o  
476 Judiciário, porque, na sua compreensão, é importante que se saiba quem será responsabilizado pela  
477 falta de atendimento, pelas mortes que venham a ocorrer. Conselheiro **Arilson da Silva Cardoso**  
478 voltou a se inscrever em razão das abordagens que foram feitas sobre a gestão, dizendo que o  
479 CONASS, CONASEM e MS têm investido muito na qualificação dos gestores. Tanto é verdade que o  
480 que se executa de políticas públicas no país com os poucos recursos, prova que os gestores estão  
481 preparados. É claro que reconheceu que há problemas em algumas gestões, mas não dá para  
482 generalizar. Há mecanismos de controle e avaliação da gestão, prestação de contas quadrimestral,  
483 cursos em EAD, tudo objetivando a qualificação da gestão. Sendo assim, discordou que o cerne do  
484 debate seja a gestão, é, no seu modo de ver, o problema é subfinanciamento e não se pode criar uma  
485 mística para desviar desse foco. O que se tem hoje de real é 5 bilhões e 800 milhões para encerrar  
486 2015 e 17 bilhões para 2016. Desta forma, tem de se buscar fontes de financiamento ou dizer onde se  
487 vai cortar e quem assumirá a responsabilidade por não garantir a universalidade e a integralidade do  
488 SUS. A propósito do que fora falado antes, disse que a cidade de Caxias do Sul não é uma ilha, tanto  
489 que foi o primeiro município a apresentar na CIB pedido de aumento do teto MAC, tendo em vista que  
490 esse teto está insuficiente em 30%. Sendo assim, ressaltou que as posições, ainda que contraditórias,  
491 devem ser apresentadas com sobriedade e propriedade. A Secretária Estadual da Paraíba, **Roberta**



**Batista Aboth** também representando o Governador daquele Estado, Ricardo Coutinho, registrou na sua intervenção a concordância pela luta em defesa de mais recursos para a saúde e o CNS, instância máxima de deliberação, tem o dever, dentre outras responsabilidades, de proteger o Sistema Único de Saúde. A 15ª CNS, outro espaço de controle social, tem certeza, também debaterá o financiamento e as fontes de recursos do SUS. Nessa condição, disse que o Governo de seu Estado é favorável à CPMF e a despartidarização da saúde. Assim, todos os trabalhadores da área da saúde têm agora que defender o PSUS/ Partido do SUS. Não tem dúvida também de que a Frente Nacional em Defesa do SUS deve contar com a união de todos, gestores, trabalhadores e usuários. A seguir, contemplou na sua fala, dentre outros, os seguintes aspectos: os hospitais já se mostram com incapacidade de atenderem as demandas; sem recursos para a média e alta complexidade no mês de novembro será uma tragédia anunciada. Assim, para encerrar a sua fala, conclamou a todos para se unirem e partirem para ação de proteção ao SUS. **Retorno da mesa. Eliene Ancelmo Berg** disse, em relação a todas as manifestações do Plenário, que o SUS é de responsabilidade de cada brasileiro, mesmo daqueles que têm planos de saúde e acham que jamais irão usar o SUS, porque as ações de promoção e prevenção, presentes no dia a dia de toda a população, são também realizadas pelo sistema público. Considerando que a saúde é um direito do cidadão, tem que ser garantida na sua universalidade, equidade e integralidade. **Luiz Lázaro**, reafirmando a posição da Confederação Nacional de Municípios e colocando-a à disposição do Colegiado para a construção de uma pauta que venha de encontro aos pleitos de mais recursos para saúde e fortalecimento do SUS. Entendeu que se devesse fazer uma reflexão sobre o gerenciamento dos recursos da saúde e seu compartilhamento para evitar que a história se repetisse e se voltasse a ter novamente o mesmo problema. Assim, a CNM defende que: a União se comprometa com os percentuais que devem ser repassados para a saúde; o CNS caminhe junto na pauta do Congresso Nacional com as PC que estão tramitando e que buscam mais recursos para a saúde; o debate não seja restrito à CPMF, porque se assim for, corre-se o risco de, novamente faltar recursos. Presidente do CNS, conselheira **Maria do Socorro de Souza** esclareceu que o debate que vem sendo feito pelo CNS transcende à CPMF e que todas as propostas apresentadas seriam consideradas. A seguir, agradeceu a presença dos convidados, conselheiros, visitantes e internautas, avisando que o tema teria continuidade no próximo ponto da pauta e, a seguir, encerrou o debate. **ITEM 3 – BALANÇO DA GESTÃO - Coordenação:** Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS. **Apresentação:** Ministro da Saúde, **Arthur Chioro** e que fez um balanço da gestão do Ministério da Saúde referente 2014/2015. Em relação ao Mais Médicos, disse que a expansão desse Programa atingiu: superação da meta de 13 mil médicos: 14.462 em 2014; médicos chegam a 18.240 em 2015; municípios saltam de 3.785, em 2014, para 4.058; 100% das demandas dos municípios atendidas; pessoas beneficiadas passam de 50 milhões para 63 milhões; reposição passa a ser garantida por editais trimestrais: 361 vagas ociosas preenchidas em janeiro e 276 em julho de 2015; incorporação do Provac ao Mais Médicos: brasileiros com CRM Brasil podem atuar por 1 ano e receber bônus em residência médica; brasileiros com CRM Brasil preenchem 100% das vagas de expansão em 2015. No que se refere aos resultados dessa ação, explicou que com o Mais Médicos, o número de consultas médicas na Estratégia de Saúde da Família cresceu 29% e que nos municípios participantes, o crescimento foi de 33%, já nos municípios sem Mais Médicos, foi menos da metade: 15%. Nos municípios com médico do Mais Médicos, apresentaram redução de 4% das internações entre 2013 e 2014 e, em 2015, mais de 91 mil pacientes não precisarão ser internados. Em relação à graduação e residência, explicou que as metas para graduação eram 11,5 mil novas vagas de graduação até 2017. Destas, 5.306 vagas já autorizadas (3.616 privadas e 1.690 públicas), lembrando que, pela primeira vez, o interior tem mais vagas do que capitais; metas de residência: 12,4 mil novas vagas e foram criadas 3.989 vagas em 2014 e 2015, totalizando 6.535 da meta; criação do Pró-residência que prioriza a formação em Medicina Geral de Família e Comunidade reservando 75% das vagas de residência para a especialidade; A formação em Medicina Geral de Família e Comunidade passa a ser pré-requisito para outras especialidades. A seguir, discorreu sobre o cadastro de especialistas, dizendo que: há necessidade de mais transparência e qualidade das informações sobre a formação de especialistas; permitem saber, em cada região, quantos médicos são especialistas, onde atuam e onde se formaram; integra as informações da base de dados dos sistemas de informação em saúde. No que diz respeito à publicação de regras para médicos, mencionou os seguintes aspectos: criação de normas para desligamento de profissionais desistentes (notificação dos médicos e publicação no Diário Oficial da União); elaboração de procedimentos para garantir cumprimento da contrapartida pelos municípios no que diz respeito à alimentação e moradia: notificação da gestão municipal e credenciamento; reajuste da bolsa-formação dos médicos cooperados para R\$ 3 mil. Na atenção básica, disse que 7.022 obras de Unidades Básicas de Saúde concluídas (Requalifica UBS): 1.576 construções, 2.540 reformas e 2.906 ampliações. Também, houve aumento de 12% da cobertura do Programa Saúde da Família: foram criadas 4.000 novas equipes, totalizando cobertura de 63% da população; mais 7.000 Agentes Comunitários de Saúde, totalizando cobertura de 66% da população; ampliação de 1.029 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), voltados para 4.161 equipes; criação de 34 Consultórios na Rua,

totalizando 148 equipes, que cobrem 77 milhões de pessoas; expansão para 4.280 municípios do Programa Saúde na Escola, atendendo 18 milhões de escolares em 78 mil escolas. Esclareceu, a propósito, que 120 milhões de brasileiros estão cobertos pela Estratégia de Saúde da Família, 63,12% da população brasileira. Em relação à qualificação da atenção básica registrou que: 1. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) (certificação de 100% das equipes de Atenção Básica (30.522); de Saúde Bucal (19.946) e dos NASF (1.813); 5.072 municípios envolvidos no segundo ciclo do PMAQ (agosto de 2015); reformulação do PMAQ com foco no apoio aos municípios); 2. E-SUS/AB e Banda Larga (disponibilização da versão 2.0 do e-SUS AB; disponibilização de aplicativo android para o Agente Comunitário de Saúde; implantação de 5.999 pontos ativos; aquisição de 25 mil computadores para implantação do prontuário eletrônico (15,1 milhões de brasileiros em 486 municípios e 17 estados); 3. protocolos de encaminhamento e Saúde da Mulher; lançamento do livro “Protocolos de Encaminhamentos da Atenção Básica para a Atenção Especializada” em março de 2015. Em relação ao Brasil Sorridente, registrou: 892.881 próteses dentárias ofertadas 490 novos municípios com Laboratórios Regionais de Prótese Dentária; 1.193 novas equipes de Saúde Bucal, totalizando 24.444; 263 consultórios odontológicos entregues; 43 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) credenciados; 117 Unidades Odontológicas Móveis adquiridas para áreas rurais, do Brasil sem Miséria e Distrito Sanitário Especial de Saúde Indígena; 62 Centros CEO qualificados e integrados à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Sobre o Melhor em Casa disse que: 337 novas equipes: 212 de Atenção Domiciliar (EMAD) e 125 de Apoio (EMAP); construção do módulo e – SUS Atenção Domiciliar (em desenvolvimento); elaboração do Caderno de Atenção Domiciliar CAD); promoção de 2 cursos de especialização em Atenção Domiciliar; criação do Programa Multicêntrico de Formação à Distância. Depois, falou sobre Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências, quando lembrou que: entre 2014 e 2015, foram investidos R\$ 657,4 milhões na realização de 22 planos de ação em 14 estados; 9 unidades hospitalares no programa S.O.S Emergências em 2014; revisão do S.O.S Emergência; unidades de Pronto Atendimento desde 2014 - 87 UPA inauguradas (Construção de 416 UPA – R\$ 482,4 milhões; equipamentos para 153 UPA – R\$ 90,2 milhões; habilitação para custeio de 93 UPA – R\$ 292,3 milhões; qualificação de 91 UPA – R\$ 172,8 milhões). Quanto à Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências, mostrou que, com investimento total de \$ 88,7 milhões, foram feitos: 232 Unidades de Suporte Básico; 25 Unidades de Suporte Avançado; 17 Motolâncias; 01 Serviço Aeromédico; distribuição de 510 viaturas. Já na Saúde Mental, Álcool e outras Drogas os investimentos foram na seguinte direção: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Consultório na Rua e Serviços de Atenção em Regime Residencial (Expansão de 184 CAPS, totalizando 2.246; 141 Consultórios na Rua credenciados; 61 Unidades de Acolhimento (UA) e Casa de Acolhimento Transitório (CAT); formação e qualificação de trabalhadores (Cursos de capacitação para 292.218 trabalhadores; Percurso Formativo possibilitando a vivência entre municípios; leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais (898 leitos habilitados no país); desinstitucionalização: Serviços Residenciais Terapêuticos/SRT (Incentivo para 84 SRT em 2014 e de 980 leitos em hospitais psiquiátricos); Álcool e Outras Drogas– AD (elaboração de “Guia estratégico de cuidado em Álcool e Outras Drogas”; formação e educação permanente, envolvendo 03 cursos: atualização em crise e urgência em saúde mental, atualização em Saúde Mental Infante Juvenil e atualização Álcool e outras Drogas - da coerção a coesão; em fase de lançamento o Tamojuto para adolescentes de 13 anos nas escolas públicas. Ainda em prosseguimento, fez referência ao atendimento da alta complexidade: Política Nacional de Atenção Cardiovascular (habilitação de 29 novos serviços de alta complexidade cardiovascular (totalizando 65 novos serviços da alta complexidade em cardiologia); repasse federal de R\$ 68,5 milhões para custeio dos serviços; elaboração e publicação do protocolo de uso do Cardioversor Desfibrilador Implantável (CDI); disponibilização do medicamento Tenecteplase no SAMU 192; incorporação do stent farmacológico coronariano; ampliação da rede de alta complexidade cardiovascular pediátrica (implantada unidade de atenção cardiovascular de alta complexidade no Hospital Francisca Mendes em Manaus/Norte – redução da desigualdade regional); Política Nacional de Atenção a Traumatologia e Ortopedia ( Atualização da lista de procedimentos da cirurgia do sistema osteomuscular; habilitação de 07 Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia (03 na Bahia, 02 em MG, 01 em RO e 01 no RJ); Linha de Cuidado ao Trauma); Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade (Repasse federal em 2015 de cirurgias eletivas de R\$ 569,7 milhões; publicação da Portaria MS Nº 1034, de 22 de julho de 2015 – que redefine a estratégia para ampliação do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos de Média Complexidade; 272 hospitais habilitados na alta complexidade em Neurocirurgia/Neurologia; revisão da lista de procedimentos de neurologia/neurocirurgia; Habilitação de 08 Centros de Atendimento de Urgência aos Pacientes com AVC, no total de R\$ 6,7 milhões). No que tange ao Sangue e Hemoderivados, elencou: início da distribuição do Fator VIII recombinante Hemo-8r, registrado pela Hemobrás; ampliação da distribuição de Concentrado de Fator VIII recombinante, em conjunto ao Fator VIII plasmático Implantação do multiteste sorológico para sete doenças: HIV, Hepatite C, Hepatite B, Sífilis, Chagas, HCLV I e II ; construção da Linha de Cuidado para as pessoas com Doença Falciforme;

capacitação de 562 trabalhadores do SUS para as redes de serviços de Doença Falciforme, em 2014; apoio na implantação do Laboratório de Biologia Molecular em Hemoglobinopatias no Hemocentro do CE. No Sistema Nacional de Transplantes foram desenvolvidas as seguintes ações: incorporação do transplante de medula para tratamento da doença falciforme; pactuação para incorporação tecnológica para transplante multivisceral e terapia nutricional; assinatura de Termo de Cooperação Técnica entre Espanha e o Brasil; revisão do decreto que regulamenta a Lei dos Transplantes; monitoramento e avaliação de indicadores em sete estados: identificar falhas e boas práticas; sugerir medidas de correção; aplicação de questionários estruturados, entre outros; implantação do novo sistema informatizado e-SNT. Nesse aspecto, lembrou que, em 2015, o Brasil teve o melhor 1º semestre da história no número de doadores efetivos - até junho foram registrados 1.338 doadores efetivos de órgãos. O Brasil superou a meta de doador efetivo para 2014: 14,2 doadores por milhão. Cinco estados zeraram a fila de transplante de córnea: SC, DF, CE, RS, SP e RJ. O Brasil é, também, o país com a maior taxa de aceitação familiar para doação de órgãos da América Latina – 58%. Na área dos Hospitais Federais houve: implantação do Procedimento Operacional Padrão de aquisição, recebimento, utilização e controle da OPME; implementação da gestão da fila cirúrgica; expansão da radioterapia; organização da oferta para disponibilidade das Centrais de Regulação (SISREG) e inauguração da central unificada de regulação do acesso a serviços de saúde no RJ (Reuni-RJ) – junho de 2015; implantação dos módulos do E-SUS hospitalar; adequação para o processo de Certificação de Hospitais de Ensino. Com relação Instituto Nacional do Câncer, as ações e serviços desenvolvidos foram: utilização de técnica de cirurgia robótica para o tratamento de câncer (500 cirurgias robóticas oncológicas em 2015); aquisição de equipamento para hepatonavegação (nova técnica para a retirada de tumores no fígado) como recurso terapêutico do INCA; inclusão da oferta assistencial no SISREG do município do Rio de Janeiro; Projeto Expande: acompanhamento da implantação ou ampliação do parque de radioterapia em 6 unidades; concurso 2014: 558 vagas em 107 diferentes perfis. Ensino (102 alunos de pós-graduação stricto sensu em oncologia; 328 residentes em diversos programas; 67 discentes em curso de aperfeiçoamento, especialização, formação ou qualificação; 146 profissionais formados em cursos lato sensu e técnico em 2014; realização de 10 cursos na modalidade EAD.); pesquisa (7 Grupos de Tumores multidisciplinares para atenção aos tumores específicos; bolsas de pesquisa para 163 alunos, nas diversas modalidades: iniciação científica; aperfeiçoamento, mestrado, doutorado e pós-doutorado/visitante; e formalização da Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Câncer (RNPPC); Foi realizado, no Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia, as ações que seguem: adoção de fluxos administrativos e do Procedimento Operacional Padrão de aquisição, recebimento, utilização e controle da OPME; cursos de capacitação para 36 servidores; criação do Comitê de Gerenciamento da Fila; aumento de 48% na oferta de procedimentos de alta complexidade em ortopedia no país; ações do Banco de Tecidos ( 776 transplantes musculoesquelético; 44 captações de tecido musculoesquelético; 597 processamentos musculoesquelético; 175 transplantes de córnea; 271 captações de tecido ocular; 252 processamentos de tecido ocular.). Além disso, observou que, entre 2014 e 2015, foram realizadas 4 mutirões de consultas com 273 atendimentos e 9 mutirões cirúrgicos com 198 cirurgias. Referindo-se ao Instituto Nacional de Cardiologia disse que houve: implantação da rede de atenção cardiovascular da Baixada Fluminense; inauguração do ambulatório de anticoagulação em Duque de Caxias; inauguração de três salas de Hemodinâmica que contam com novos equipamentos; finalização das obras do novo Centro de Diagnóstico e inauguração do setor de Ressonância Magnética; inauguração do serviço de Cardiopediatria; readequação da Central Material de Esterilizado (CME); aprovação do novo projeto de Implantação da nova Sede do Instituto Nacional de Cardiologia (PPA/2016. Na sequência, falou a respeito da Política Nacional de Certificação de Entidades Beneficentes e Assistência Social: certificação de entidade: (2014: 730 portarias publicadas – liberação de R\$ 5,5 milhões- 202 transferências para entidades de 17 estados; 2015: 479 portarias publicadas – R\$ 5,7 milhões liberados); Protocolo de Certificação (Renovação do Protocolo de Atuação conjunta Ministério da Saúde/BNDES em 2014 e previsão de renovação em 2015). Concluída a apresentação da Assistência Básica passou a relatar as ações e serviços da Atenção Especializada: doenças raras (Publicação da Política Nacional de Atenção às Pessoas com Doenças Raras; incorporação de 15 exames de biologia molecular e citogenética, além do aconselhamento genético na tabela SUS; lançamento de 12 Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) com objetivo de reduzir a mortalidade e melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares); Doença Renal Crônica (Publicação dos critérios para organização da linha de cuidado da pessoa Doença Renal Crônica (DRC); ampliação 17,9% do acesso aos procedimentos em diálise pelo SUS e 18,6% no valor repassado entre 2013 e 2014.); obesidade e sobrepeso ( Publicação da portaria que instituiu a linha de cuidado para enfrentamento do sobrepeso e obesidade e seus determinantes na rede atenção às pessoas com doenças crônicas). A seguir, continua os registros na íntegra de sua apresentação: I - Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência: Viver Sem Limites - Habilitação de 25 serviços, totalizando 124 Centros Especializados em Reabilitação em funcionamento (24 oficinas ortopédicas em todo o país; 491 Centros de Especialidades Odontológicas qualificados para atendimento à essa

população; Ampliação para 24% dos nascidos vivos com cobertura da Triagem Neonatal Auditiva e ampliação para 80,8% dos recém-nascidos com cobertura da Triagem Neonatal Biológica, mais conhecido como “Teste do Pezinho). Política Nacional de Saúde Integral: - Saúde da Mulher ( Publicação da portaria interministerial que regulamenta a coleta de vestígios no SUS; Formação e qualificação de profissionais de segurança pública e de saúde do SUS para implantação do registro de informações e a coleta de vestígios; Em 2015, foram realizados 2.048 atendimentos às pessoas em situação de violência sexual; Capacitação de profissionais com a realização de seminários e oficinas regionais para a atenção humanizada). Programa Mais Especialidade: Conjunto de estratégias e ações para reduzir o tempo de espera para consultas, exames, cirurgias e tratamentos; Cada especialidade uma modelagem com Cuidados resolutivos e Cuidados continuados; Prioridade: construído um cronograma para implantar 14 especialidades iniciando por ortopedia, oftalmologia, cardiologia e câncer de mama e colo. Programa Farmácia Popular: 113 itens disponibilizados na rede pública, entre medicamentos e produtos de saúde, sendo que nas drogarias particulares são ofertados 25 itens; 34,8 mil estabelecimentos, sendo 526 da rede própria e 34.337 da rede credenciada, que beneficiam 4.452 municípios; 32 milhões de pessoas já foram beneficiadas; São distribuídos 14 medicamentos gratuitos: 11 para hipertensão e diabetes e 3 para asma; entre 2014 e 2015, 25 milhões de pessoas foram atendidas pelo Programa. No mesmo período, 20 milhões de brasileiros foram beneficiados com medicamentos gratuitos; financiamento cresceu 70% no período; economia de R\$ 411,7 milhões com a compra centralizada de 65 medicamentos. Saúde Indígena - fortalecimento da assistência nos 34 Distritos Indígenas: com o Mais Médicos, todos os 34 DSEI passaram a contar com, pelo menos, um médico (reforço de 35 médicos em 2015, totalizando 540); mais investimentos em medicamentos ( R\$ 14,2 milhões, em 2014, e R\$ 15,3 milhões, em 2015); em 2014, mais de 62 mil crianças de até 5 anos (67,9%) receberam acompanhamento nutricional, tendo 89,4% de peso adequado ; 44 mil cestas de alimentos distribuídas em 2014 para os 17 DSEI cadastrados com foco nas crianças de muito baixo peso ou baixo peso; mais de 7.158 trabalhadores de Saúde Indígena treinados até 2014; 623 profissionais capacitados até 2014 na estratégia da OMS/Unicef para reduzir mortalidade na infância; realização do Mês de Vacinação dos Povos Indígenas (MVPI). Ainda na sua apresentação, referiu-se à Política Nacional de Promoção da Saúde, dizendo que: Organização da Atenção Nutricional; Promoção da Alimentação Adequada e Saudável; Vigilância Alimentar e Nutricional; gestão das Ações de Alimentação e Nutrição; participação e Controle Social; Qualificação da Força de Trabalho; Controle e Regulação dos Alimentos; Pesquisa, Inovação e Conhecimento em Alimentação e Nutrição; Cooperação e articulação para a Segurança Alimentar e Nutricional. Na área de Alimentação Saudável focou em: lançamento do Guia Alimentar para População Brasileira e dos Alimentos Regionais Brasileiros: apoio e incentivo às práticas alimentares saudáveis, programas e ações que promovam a saúde e a segurança alimentar e nutricional da população; lançamento do Nutrisus (fev/2015), Segunda Etapa de redução do Sódio – 2015 ( 7.652 toneladas de sódio retiradas das gôndolas de supermercado de 2011 até 2014; 1ª etapa (2011 e 2012): 5.230 toneladas de sódio do preparo de massas instantâneas, pães de forma e biscoitos; 2ª etapa (2013 e 2014): 2.422 toneladas de sódio de bolos, snacks, maionese e biscoitos); previsão é que até 2020 estejam fora das prateleiras mais de 28,5 mil toneladas de sódio. Road Safety Brazil: o Brasil será sede, em 18 e 19 de novembro, da “2ª Conferência Global de Alto Nível sobre Segurança no Trânsito – Tempo de Resultados”. Maior discussão do planeta sobre o tema; o evento avalia o andamento das iniciativas para redução das mortes e lesões ocorridas em todo o mundo em meio à Década de Ação para a Segurança no Trânsito 2011-2020; 1,5 mil participantes são esperados de cerca de 150 países-membros da Organização das Nações Unidas/ONU. Pacto para redução da mortalidade por acidentes de motocicleta: plano de intervenção com resultados a curto, médio e longos prazos; reduzir a tendência de aumento das lesões graves e mortes por acidentes de trânsito, com ênfase nas mortes envolvendo motociclistas; a meta global do plano é reduzir o incremento médio anual em 2015 e 2016 em 20% e estabilizar a taxa de mortalidade por ATT envolvendo motociclistas em 2020 nos valores de 2013. Parto Normal: lançamento da campanha de incentivo ao parto normal; implantação do projeto Parto Adequado em 28 hospitais; capacitação de trabalhadores para atenção humanizada ao abortamento em 7 estados e 13 maternidades; abertura de vagas de residência em enfermagem obstétrica (ampliando 224 vagas); formação de 449 parteiras tradicionais; curso de Urgência e Emergência Obstétrica com 550 vagas. Acompanhamento do Programa Bolsa Família: recorde do acompanhamento: 9,1 milhões de famílias e 20,8 milhões de beneficiários (5,8 milhões de crianças com até 7 anos; 10,7 milhões de mulheres entre 14 e 44 anos; 228 mil gestantes); contribuição do SUS na agenda de eliminação da pobreza no país; acompanhamento da imunização, do crescimento e desenvolvimento de crianças menores de 7 anos e da assistência ao pré-natal de gestantes. Pesquisa Nacional de Saúde: realizada em parceria com o IBGE e o estudo entrevistou 64 mil brasileiros, sendo que 57,4 milhões de brasileiros (39,3%) têm pelo menos uma doença crônica (Hipertensão: 31,3 milhões (21,4%; Problemas crônicos de coluna: 27 milhões (18,5%; Colesterol alto: 18,4 milhões (12,5%; Diabetes: 9,1 milhões (6,2%); Doenças cardiovasculares: 6,1 milhões (4,2%); 56,2% da

população está acima do peso (82 milhões) e 21,5%, obesa. As mulheres são as que mais estão acima do peso; 22,3% apresentaram pressão arterial elevada; 6,2% da população tem deficiência intelectual, física, auditiva ou visual; 28,7% dos idosos foram diagnosticados com catarata e 72,7% realizaram a cirurgia; A maior parte dos partos cesáreos (53,5%) foram agendadas e 97,4% das mulheres declararam ter feito acompanhamento pré-natal; 79,4% das mulheres fizeram exame preventivo para câncer de colo de útero nos últimos três anos; 60% das mulheres (mais de 50 anos) fizeram mamografia nos últimos 2 anos; 60,8% das crianças de até 2 anos comiam biscoitos, bolachas e bolos e 32,3% tomavam refrigerante ou suco artificial; Apesar disso, 50,6% das crianças de 9 a 12 meses estão em aleitamento materno de modo complementar. Copa do mundo: 17.042 pessoas atendidas em arenas, fan fests e outros locais de exibição pública, sendo 7.055 atendimentos apenas nas arenas com 192 remoções; 10.087 inspeções da vigilância sanitária, sendo 57% em Arenas, 21% nas FIFA Fan Fest e 22% em Public View e outros locais; instalação de Centros Integrados de Operações Conjuntas da Saúde (CIOCS), sendo um nacional e 12 locais nas cidades-sede para detecção, monitoramento e resposta de todos os eventos de saúde relacionados à Copa; criação do aplicativo de vigilância participativa do “Saúde na Copa” para detectar surtos de doenças com a participação da população. O app teve 9.434 downloads até 23 de julho de 2014 com 47.361 postagens; distribuição de 4 milhões de preservativos durante o evento. Legado para as Olimpíadas: montagem de um centro de operações para atuar em situações de emergência e auxiliar na organização da rede de assistência (CIOCS); entrega de novas ambulâncias, que após o evento serão utilizadas na renovação da frota do SAMU 192 no Rio de Janeiro e em outras cidades; com base no sucesso do aplicativo “Saúde na Copa”, o Ministério da Saúde lançará este ano um aplicativo de vigilância participativa para possibilitar que a população ajude a monitorar os eventos em saúde. Afora todos esses pontos ressaltados, referiu-se ainda sobre o Plano de Contingenciamento do Ebola, dizendo que, no único caso suspeito no Brasil, a resposta do serviço de saúde foi avaliada como rápida e oportuna, tendo todo o protocolo estritamente seguido, de acordo com o plano de Contingência do MS. Na sequência fez considerações a respeito: do combate a dengue e chikungunya (repassados, em 2015, R\$ 150 milhões exclusivamente para intensificar as medidas de vigilância, prevenção e controle da dengue; distribuição de inseticidas e kits para diagnóstico de dengue. Somente em 2015, até julho, o Ministério da Saúde enviou 61,8 mil quilos de larvicida para todos os estados brasileiros; produção de materiais: Plano de Contingência Nacional de Resposta ao Vírus Chikungunya, Manual de Preparação e Resposta à Introdução do Vírus Chikungunya no Brasil, Guia de Manejo Clínico de Chikungunya, de procedimentos de vigilância e capacitação de laboratórios centrais de saúde pública para a realização dos testes de diagnóstico de chikungunya; financiamento de pesquisas que totalizam mais de R\$ 6 milhões, para aprimoramento dos métodos de controle e vigilância das duas doenças.); Tuberculose e Hanseníase (incorporação de métodos de diagnóstico rápido da tuberculose; capacitação de 3.800 profissionais para utilização. Teste já está em uso em 83 municípios prioritários (até julho/15); articulação internacional para desenvolvimento do plano de eliminação da tuberculose como problema de saúde pública; realização de campanhas publicitárias para a população e profissionais de saúde, alertando sobre a hanseníase e sobre a tuberculose; redução de 19,3% nos últimos 10 anos no coeficiente de incidência de casos de tuberculose e de 20,7% na taxa de mortalidade; campanha Nacional de Hanseníase, Geohelmintíases e Tracoma nas escolas, para diagnóstico precoce e investigação de contactantes (2.325 municípios em 2015) mobilização para o combate à hanseníase no Mato Grosso, com ações previstas no Pará e no Maranhão); incorporação de vacinas (primeira campanha para vacinar contra HPV, em março de 2014, protegendo meninas de 9 a 13 anos; oferta da vacina contra Hepatite A (julho, agosto e setembro de 2014); proteção das gestantes e bebês contra coqueluche - DTP; realização de campanhas de vacinação contra Gripe, Sarampo, Poliomielite e Multivacinação, alcançando altas coberturas vacinais; controle do surto de sarampo em Pernambuco e Ceará; reconhecimento pela OMS da Certificação de área livre da Rubéola; HIV e Aids - inovação no tratamento e testagem (em 2014, foi iniciada a oferta da dose tripla combinada dos medicamentos Tenofovir, Lamivudina e Efavirenz para tratamento de Aids; essa combinação de medicamentos integra o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. Atualmente mais de 130 mil pacientes utilizam o 3 em 1; adoção do teste oral: financiamento de mais de 100 projetos para testagem voluntária entre gays, homens que fazem sexo com outros homens (HSH), pessoas que usam drogas, pessoas transexuais, travestis e profissionais do sexo; em 2015, foi publicado protocolo para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição (PEP): reduz o tempo de acompanhamento de 6 para 3 meses, integra os três tipos de PEP: acidente ocupacional, violência sexual e relação sexual consentida.); resultados: o Brasil foi o primeiro país em desenvolvimento a recomendar o tratamento para todas as pessoas HIV+, independente da contagem de CD4; como resultado da política do testar e tratar, houve um aumento importante do início mais precoce do tratamento; em 2014, mais de 70 mil pessoas com HIV iniciaram tratamento, o maior crescimento registrado na história; em 2015, mais de 40% das pessoas que iniciaram tratamento no Brasil tinham CD4 maior que 500 células/mm3. Em relação às Hepatites Virais disse que: o novo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Hepatites Virais, ampliou o acesso ao tratamento para hepatite C e

incorporou três novos medicamentos: menor índice de efeitos adversos, taxa de cura de até 90% e redução de 2,5 vezes o custo de tratamento de cada pessoa; para o diagnóstico da hepatite, foram distribuídos aproximadamente 4 milhões de testes rápidos de hepatite C no biênio 2014/2015, e aproximadamente 2,5 milhões de testes rápidos de hepatite B; em 2014, aproximadamente 16 mil pessoas foram tratadas para Hepatite C. já na área de Ciência e Tecnologia, o ministro afirmou que foi instituído, em 2014, novo marco regulatório para as Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) e, em 2015, 39 novas propostas de PDP foram apresentadas pelos laboratórios, cuja análise sairá em dezembro. Ainda sobre esse tema, falou sobre adequação de Projetos de PDP vigentes, dizendo que foram 107 pedidos apresentados, dos quais 66 já analisados CTA e 41, em fase final de análise. Também fez alusão ao resultado das novas propostas, parcerias para o desenvolvimento produtivo, no período 2011-2015. Na área de Oncologia apresentou as ações de assistência: prevenção do Câncer de Colo do Útero: 939 laboratórios habilitados no Plano de Expansão e Qualificação da Rede Laboratorial (Qualicito); 27 serão responsáveis por realizar o Monitoramento Externo da Qualidade (MEQ): investimento de R\$ 14 milhões por ano; realização de visitas técnicas com o apoio a organização e estruturação dos Planos de Ação de Oncologia; parceria com o Instituto Nacional de Câncer (INCA) para implantação dos Planos de Ação de Oncologia. Em 2014 foram realizadas: 290.951 cirurgias oncológicas; 2.843.025 quimioterapias; 10.495.217 radioterapias; 7.349.081 exames citopatológicos (25 a 64 anos); 2.506.339 mamografias (50 a 69 anos). Até julho de 2015 fora feitas: 151.370 cirurgias oncológicas; 1.651.680 quimioterapias; 6.074.086 radioterapias; 3.722.730 exames citopatológicos; (25 a 64 anos); 1.279.114 mamografias (50 a 69 anos). Para concluir os aspectos concernentes à Ciência e Tecnologia, falou sobre a incorporação de novas tecnologias, registrando que, entre 2014 e 2015, foram incorporadas 68 novas tecnologias no SUS – o que corresponde 51% de todas as incorporações realizadas desde a criação da Conitec. Concluída essa parte, passou para a área de gestão. Enfatizou: a equidade ( implantação de seis comitês técnicos estaduais de promoção de equidade, voltados à população LGBT, negra e em situação de rua; capacitação de 19 mil Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Vigilância em Saúde por meio de programa de educação popular em Saúde; desenvolvimento de pesquisa de análise do acesso e da qualidade da atenção Integral à saúde da população LGBT no SUS, e implantação do observatório da política de saúde integral LGBT no SUS; realização de oficina sobre saúde integral das populações do campo, da floresta e das águas, com práticas relacionadas às plantas medicinais e fitoterápicos, e do projeto de formação de lideranças para a gestão participativa; realização do 1º Seminário Nacional de Educação Popular em Saúde, em maio de 2015; Campanha Nacional de Equidade no SUS, lançada em agosto de 2015); Ouvidoria do SUS ( Estabelecimento de diretrizes para a organização e funcionamento dos serviços de Ouvidoria, lançamento de manual das ouvidorias do SUS e realização do primeiro curso nacional de qualificação em ouvidoria do SUS; ampliação do número de ouvidorias do SUS: 633 ouvidorias implantadas com apoio do Ministério da Saúde entre 2014 e 2015. Ao todo, o Sistema Nacional de Ouvidoria possui 1.576 ouvidorias de federais, estaduais e municipais; realização da primeira pesquisa para avaliar cenário das ouvidorias do SUS, promoção da III Semana Nacional de Ouvidoria do SUS e do primeiro prêmio de ouvidoria pública do país, de boas práticas e experiências exitosas); Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde ( elaboração da Política Nacional de Cadastramento – descentralização do processo de cadastramento para os estabelecimentos de saúde, visando a atualização e qualificação do cadastro; revisão da terminologia de tipos de estabelecimentos em consulta pública, visando sua padronização); DATASUS ( lançamento do aplicativo Cartão SUS Digital, com economia prevista de R\$ 4 milhões/ano com compra de mídia física do cartão; criação da funcionalidade de rastreamento de insumos de alto custo, como órteses e próteses no e-SUS Hospitalar; criação do módulo de visualização pelo cidadão, através de celular/web, do lugar na fila cirúrgica; integração do Cartão SUS com o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e com base da Receita Federal; incorporação do Sistema Eletrônico de Informação com aplicativo padrão para trâmite de documentos de forma digital e abolição do uso de papel; implantação de softwares específicos para auxílio na fiscalização dos principais contratos de TI; cumprimento das principais recomendações de órgãos de controle para auditorias realizadas no DATASUS; revisão e melhoria da infraestrutura de sistemas críticos, com foco no SISREG; parceria com DATAPREV para centralização da infraestrutura de TI da área social do governo federal, para melhorar o desempenho e facilitar a fiscalização); articulação e ouvidoria (em 2014, foram realizadas 1.245 auditorias, com proposta de devolução de R\$ 367,8 milhões. Em 2015, já foram concluídas 355 auditorias; fomento à discussão, com estados e municípios, sobre tecnologias jurídico-administrativas de apoio à gestão compartilhada e contratualização interfederativa (consórcios públicos, autarquias, fundações, contrato organizativo de ação pública - COAP, etc.); em 2014, foram registradas 117 atividades de cooperação técnica; para 2015, foram planejadas 164 atividades de cooperação; órtese e prótese (Criação de Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre Órtese e Prótese (GTI OPME); propor medidas para a reestruturação e ampliação da transparência dos processos envolvendo Dispositivos Médicos Implantáveis - (DMI); Mercado Nacional: No Brasil, são mais de 3,6 mil empresas DMI entre fabricantes, importadores e distribuidores; Número crescente de novos



produtos: 14 mil itens lançados por ano no Brasil e, nos EUA, 8 mil; Mercado nacional de produtos médicos movimentou R\$ 19,7 bilhões em 2014; 20% são dispositivos médicos implantáveis (DMI): R\$ 4 bilhões; Cerca de 40 mil registros na ANVISA, com centenas de modelos e nomes diferentes; A estimativa é de cerca de 10 mil dispositivos médicos implantáveis (DMI); Mais de 80 mil produtos médicos na tabela TUSS. Órteses e Próteses – Eixos dos Planos de Ação: Regulação Sanitária; Regulação Econômica; regulação de uso; ações de gestão do SUS; proibições e penalidades. Principais ações: Criar e implementar o Registro Nacional de Implantes (RNI) com informações técnicas e econômicas dos DMI; Criar divisão especial de combate à fraude e crimes contra a saúde na Polícia Federal; Encaminhar Projeto de Lei para o Congresso Nacional para tipificar no Código Penal crime de estelionato praticado pelo agente responsável por fraude e/ou obtenção de vantagem no fornecimento ou prescrição dos DMI; produzir e distribuir manual de boas práticas para aquisição e utilização dos materiais; Criação de normas de autorização de uso de DMI; criar sistema de informações para monitoramento do mercado; elaborar propostas que flexibilizem a importação e, ao mesmo tempo, ampliem a produção nacional, com redução de preço. Protagonismo do Brasil em Relação às Parcerias Internacionais: liderança brasileira na Organização Mundial de Saúde copatrocinado 8 das 13 resoluções da última Assembleia Mundial de Saúde; Assinatura de acordo para redução de consumo de sódio na América do Sul; implantação da compra conjunta de medicamentos na América do Sul; apresentação do Programa Mais Médicos para países com interesse por cooperação bilateral e fortalecimento da atenção básica de saúde; lançamento de edital conjunto de pesquisa e desenvolvimento com os Estados Unidos. Seleção de 19 propostas (6 em imunologia básica, 7 em HIV/AIDS, 3 em doenças infecciosas e 3 em câncer); reconhecimento internacional de várias políticas públicas dentre as quais o enfrentamento às doenças crônicas não transmissíveis, como o combate ao fumo. Estava escrito no final da sua apresentação: “O que me move para enfrentar problemas como a mortalidade infantil e materna ou prevenir e combater o câncer, a dengue, a AIDS ou as hepatites não é a simples glória de apresentar indicadores mais satisfatórios. O que me move a enfrentar esses desafios é o desejo de produzir mais vida. O mesmo desejo que me movimenta no sentido da organização da rede básica, da ampliação da cobertura de Saúde da Família, da reorganização dos serviços de alta complexidade. Sim, não são apenas para que as planilhas demonstrem que a quantidade de serviços produzidos ou a cobertura foi ampliada em “X” por cento que mobilizo meus conhecimentos técnicos e políticos, minha capacidade de articular os atores implicados na causa e de dialogar com todos os segmentos que me servem de inspiração. Me movo (*sic*), como disse, pelo desejo de produzir mais vida e, defender a vida, mais saúde, mais democracia e mais liberdade”. O ministro **Chioro** disse ainda que, em sua gestão, se posicionara em três grandes ameaças ao Sistema Único de Saúde, no sentido de: defesa intransigente do acesso universal; ser refratário à EC 451 que significava um retrocesso ao direito universal à saúde; manifestação contrária ao pagamento de serviços prestados pelo SUS. Na sequência de sua fala, enfatizou que o subfinanciamento não é culpa da gestão. Inclusive, lembrou que levou ao STF uma Ação Declaratória de Institucionalidade–ADIN para que haja um posicionamento a respeito da judicialização na saúde, deixando claro o que é e o que não é direito do usuário. Citou o caso de usuários que entram com ação na justiça para pagamento de medicação ainda em fase de pesquisa. Medicamentos estes que não têm ainda aprovação da sociedade de especialistas e não estão incorporados no rol de medicação pela Politec. Explicou que não significa negar o direito do cidadão de recorrer à justiça quando percebe que seu direito esteja sendo vilipendiado. Mas o que estava querendo dizer é no sentido de esclarecer que a judicialização vem se tornando uma plataforma desonesta, que produz iniquidades e exige a incorporação de tecnologias a qualquer custo. Diante do volume de recursos gastos nesses procedimentos, a população, muitas vezes, é penalizada pela falta de atendimento. Em decorrência desse quadro, conclamou ao CNS para que acompanhe a ADIN no STF. Destacou, ainda, dois últimos pontos que foram considerados em sua gestão: valorização do Controle Social (foi assíduo nas reuniões do CNS); e valorização da Conferência de Saúde como espaço de fortalecimento do SUS. Falou que a sua luta mais importante foi em defesa do SUS e enfatizou que saí, juntamente com a sua equipe, com a consciência tranquila por ter cumprido o seu dever, por ter lutado todas as lutas pela universalização, integralidade e equidade do SUS. Encerrou seu pronunciamento com frases de seu discurso de despedida no MS, que segue a transcrição. “Estejam certos, todos vocês, de que juntos seguiremos lutando pelo Sistema Único de Saúde, sem perder o foco da nossa missão precípua: a contínua construção de um SUS universal, gratuito, integral, de qualidade, humanizado e sustentável, que defenda a vida, todas as formas de vida. Ministro eu fiquei, sanitaria eu sou e assim seguirei na caminhada em busca de um país cada vez melhor, mais justo e saudável, que forneça oportunidades iguais para todos os seus filhos. Defender o SUS é defender a democracia. E defender a democracia é defender o SUS. O Brasil precisa de uma democracia forte! E nossa democracia precisa de políticas públicas vivas e fortalecidas! Viva o SUS!” Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, depois de ouvir com atenção a fala do Ministro Arthur Chioro, ressaltou que o balanço apresentado por ele evidencia os aspectos qualitativos das políticas que o MS vem desenvolvendo, demonstra transparência na forma



de governar e a responsabilidade na lida com o bem público. Também, diante do balanço feito, disse que fica claro a responsabilidades dos Conselhos de Saúde de acompanharem e monitorarem a continuidade das políticas que vinham sendo desenvolvidas. De outro modo, falou das preocupações que os usuários e movimentos sociais têm em processos de transição de governos, porque, muitas vezes, não há continuidade de políticas que beneficiam a população. Por isso, é papel do Controle Social ficar atento, especialmente, diante do quadro de contingenciamento de recursos para a saúde, e das pautas conservadoras que direcionam ao desmonte do SUS. A seguir, fez a leitura da seguinte mensagem que redigiu ao Ministro Arthur Chioro, “Fato recente colocou a saúde na pauta nacional. Contudo, não foi a saúde como direito social, universal, nem tarefa do Estado, nem mesmo como desafio da nossa difícil tarefa de defender o Sistema Único de Saúde, como construção de cidadania. A saúde pública brasileira entrou em cena com o que se tem de mais conservador da política brasileira, que a nossa jovem democracia ainda não superou. Revestida de um ambiente de grande insegurança que é a ameaça de um golpe de estado, a reação de antigos e novos militantes do SUS, expressando indignação, inconformismo, insubordinação a ordem estabelecida. O que vimos no Brasil afora foi uma grande comoção pública em defesa do SUS como projeto civilizatório. Uma posição unificada dentro da sociedade contra o enfraquecimento do MS, uma das maiores instituições pública do país. A reação foi também contra à insegurança do que pode acontecer amanhã em nosso país, contra ameaças mais intensas de desmonte do SUS. O desalento abateu pela esperança de serviços públicos de qualidade, abateu a nossa árdua tarefa cotidiana em defesa do SUS como cidadania de todos e para todos, como coisa pública, bem essencial, joia rara que um governante deveria preservar, de um pacto social e político que o legitima como vencedor no sufrágio universal. A condição de militante, de conselheira nacional de saúde nos incumbe de várias tarefas e de tarefas novas. Ainda que sob momentos de tensões e conflitos, nos manteremos de pé, atentos e críticos ao processos de mudanças. Não permitiremos retrocesso nas conquistas e avanços sociais. Não permitiremos a desconstitucionalização do SUS. Seguiremos reagindo, resistindo e reafirmando os princípios constitucionais do SUS. Reagiremos também com afeto, ainda que na política este sentimento nem sempre nos é permitido expressar, porque carregam ambiguidades. Ora de fraqueza, ora de fortaleza. Neste momento, do estabelecimento de entusiasmo público, muitos militantes do SUS decidiram expressá-lo. Um bom político, um bom gestor é aquele que nos é familiar. Há que me lembrar de que muitos governantes que reconheci como gestor ou políticos do povo são sempre chamados pelo seu nome e não pelo seu sobrenome. Daí Getúlio Vargas, Jucelino Kubitschek, Lula. Os gestores do MS deveriam ser chamados só pelo nome: Adib, Alexandre, Agenor, Arthur, José, Humberto... Conhecemos em você, ministro Arthur, um militante do SUS, grande liderança, que, no dia a dia, se entusiasma na difícil tarefa de defender o Sistema Único de Saúde. Sua biografia de médico, de sanitarista, de professor, gestor público faz uma saudável conexão com o público-privado. Sua biografia se mistura com o SUS. Os momentos que juntos partilhamos como conselheiro do CNS não caberá nas atas das Reuniões Ordinárias, nas atas da Mesa Diretora nem nos anais da 15ª CNS. “Sua biografia está escrita em nossas vidas” Concluída a sua mensagem ao ministro Artur Chioro, convidou os representantes usuários da Mesa Diretora, conselheiros **Edmundo Omore, Geordecio Menezes da Silva, Carlos Duarte**, os representantes de trabalhadores **Ronald Ferreira dos Santos, Nelcy Ferreira da Silva** e os representantes da Gestão **Jurandir Frutuoso** e a **Kátia Souto** para comporem a mesa. Conselheiro **Jurandir Frutuoso** solicitou que o deputado Jorge Solla fosse priorizado na ordem das falas, porque tinha uma agenda na Câmara e a Secretária Estadual de Saúde, **Roberta Batista Aboth**, fosse à mesa em seu lugar. Deputado **Jorge Solla** interveio para dizer que: trazia ao ministro Arthur Chioro o abraço de todos os participantes da Conferência Estadual da Bahia, que sentiram a sua ausência e da Presidente do CNS; conhecia de outros tempos a trajetória do Ministro e suas lutas na defesa do SUS, citando, como exemplo, a implantação do SAMU, quando da sua primeira passagem no MS; há um quadro de militantes do SUS que contribuíram e contribuem muito nos espaços de gestão, na academia, no movimento sindical o que dá uma dinâmica importante na construção e fortalecimento do SUS; a ocupação dos vários espaços permite que sujeito social aprimore sua percepção da realidade e acumule experiências para mudar essa realidade; tinha uma preocupação pelo fato de a história estar se repetindo no que tange ao financiamento para a saúde e o quadro político do país estar desfavorável ao fortalecimento das políticas sociais; o Controle Social, na conjuntura política, precisa estar atento para que não haja retrocessos em direitos já conquistados e lutar pelo financiamento da saúde, pelo bloqueio dos projetos que tramitam no Congresso e que dificultam a viabilização do sistema público de saúde. Concluindo, colocou o seu mandato, juntamente com os dos seus pares, à disposição para continuar a luta pelo SUS. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos** (Santinha) ressaltou o envolvimento e a amabilidade que o ministro Arthur Chioro tem para com o CNS e o relatório de sua gestão mostra o quanto é comprometido com a saúde e quanto trabalhou para melhorar o atendimento à população. Por isso, agradeceu o Ministro por que fizera, inclusive, pela sua presença constante no Controle Social, debatendo assuntos complexos como os da área da saúde da mulher e sempre dando os devidos encaminhamentos. Fez questão de

988 registrar as manifestações das inúmeras entidades, movimentos sociais e de pessoas do Brasil afora  
989 em apoio a sua permanência no cargo, o que demonstra o reconhecimento pelo seu trabalho à frente  
990 do MS. Desejou sorte e sucesso na sua nova trajetória, podendo contar sempre com o Controle Social  
991 na luta por um Brasil mais justo e igualitário. Conselheiro **Marlonei Silveira dos Santos** lamentou a  
992 saída do Ministro e justificou, dizendo que reconhecia que era uma pessoa íntegra, competente e  
993 profundo conhecedor do SUS. A despeito de ter divergido, muitas vezes, de suas propostas, ressaltou  
994 que isso não invalidava a consideração e o respeito pelo homem público que é o Ministro. Também,  
995 lamentou a forma com que saiu e sugeriu que o relatório apresentado fosse registrado em cartório,  
996 porque, se assim não fosse feito, há quem possa se apropriar de seu conteúdo. Lamentou que as  
997 ingerências políticas não permitissem que uma boa gestão permanecesse no MS. Para finalizar,  
998 desejou ao Ministro boa sorte em sua nova jornada e colocou as Entidades Médicas à disposição para  
999 as lutas pelo fortalecimento do SUS. **Maria Laura Bicca** iniciou sua fala dizendo que achava o Ministro  
1000 Chioro o homem certo no lugar certo para ajudar na turbulência que vive o país. Embora estivesse  
1001 muito irritada com a saída do Ministro, compreendia o fato de alguém ter que ir para o sacrifício para  
1002 salvar uma boa causa. Elogiou o Ministro e a sua equipe pela competência nos 20 meses de gestão e  
1003 ressaltou que a luta dos conselheiros será no sentido de que não haja descontinuidade do trabalho que  
1004 vinha sendo realizado pela sua gestão. Elogiou também o clima de afeto que permeou o debate,  
1005 desejou muita sorte ao Ministro e encerrou a sua fala, colocando a sua entidade também à disposição.  
1006 Conselheiro **Geraldo Adão**, na condição de conselheiro municipal de saúde, disse que conhecia muito  
1007 bem os problemas que permeavam o dia a dia dos usuários na ponta. Tanto que já havia conversado  
1008 com o Ministro em relação à necessidade de se buscar maior resolutividade para os atendimentos do  
1009 SUS, especialmente para os casos da Hanseníase e ficou feliz em saber que ações nesse sentido  
1010 estavam sendo priorizadas na gestão do Ministro. Disse que o CNS acompanhará e avaliará a nova  
1011 gestão, porque o SUS deve ser plenamente consolidado e deve ser garantido como direito da  
1012 população brasileira. Conselheiro **João Donizete Scaboli**, dentre outras questões contemplada em sua  
1013 fala, parabenizou o Ministro pelo total apoio à realização da 4ª Conferência Nacional de Saúde do  
1014 Trabalhador e da Trabalhadora e 15ª CNS. Desejou que a luta pelo Sistema de Único de Saúde  
1015 continue e que possa contar sempre com a contribuição do Ministro. Conselheiro **Ronald Ferreira dos**  
1016 **Santos** ressaltou, dentre tantas qualidades que vê no Ministro, seu espírito de liderança e a postura  
1017 agregadora. Falou da felicidade de ter estado junto com o Ministro em outras lutas, quando também se  
1018 buscava mais recursos para a saúde. Diante da crise que está instalada no país, o espírito de liderança  
1019 do Ministro e de outros bravos militantes é imprescindível, embora em outros espaços. O momento  
1020 difícil que vive a democracia, diante de uma correlação de força desfavorável à saúde pública, exige  
1021 lideranças conscientes como a do Ministro para a garantia do SUS e dos direitos sociais. As conquistas  
1022 sociais estão ameaçadas, por isso, o estabelecimento de uma Frente Nacional em Defesa da Saúde,  
1023 quando o país estará mobilizado para a garantia de seus direitos. Agradeceu a liderança do Ministro e  
1024 de sua equipe, colocando à disposição a categoria dos farmacêuticos. Conselheiro **Edmundo Omoro**,  
1025 na sua manifestação, lamentou a saída do Ministro, porque, em sua gestão, houve sensibilidade para  
1026 enfrentamentos dos problemas da saúde indígena. Fortaleceu muito a SESAI e melhorou as ações de  
1027 atenção básicas nas aldeias com o Programa Mais Médicos. Enfatizou que não tem partido político. O  
1028 seu partido é o que defende as crianças, os jovens e as mulheres indígenas e luta pela qualidade de  
1029 vida dos povos indígenas. Por tudo, agradeceu ao Ministro e lhe desejou muito sucesso. Conselheiro  
1030 **Clóvis Bouffleur** fez dele as falas dos que lhe antecederam, especialmente a do conselheiro Edmundo,  
1031 porque também pertence ao segmento de usuários que defende a qualidade de vida das crianças,  
1032 adolescentes e mulheres. A propósito, lembrou que a Política da Criança, Adolescente e Jovem fora  
1033 instituída na gestão do Ministro, mas que precisava ainda ser efetivamente implantada nos estados e  
1034 municípios. Agradeceu a prioridade dada a essa área e a toda a equipe do ministro que mostrou  
1035 sempre boa vontade no trabalho conjunto. Ainda que em outros cenários, disse ter a certeza de que  
1036 continuarão a luta intransigente por um Brasil melhor. Conselheiro **Eni Carajá** manifestou-se para dizer  
1037 que a situação na saúde representa um grande retrocesso e o CNS sempre esteve atento a essa  
1038 questão, tanto que já fez balanço também para saber quais as medidas que deveriam ser tomadas.  
1039 Disse não estar contra nenhum ministro, desde que o Controle Social seja considerado e respeitado.  
1040 Há no seu modo de ver um grande acúmulo dos movimentos sociais, advindo de processos de  
1041 educação em saúde e educação permanente, mas precisa ainda avançar muito. O MORHAN  
1042 apresentou propostas ao Ministro não só para a hanseníase, mas também para tuberculose e outras  
1043 patologias no intuito de trazer as angústias do cidadão comum que está lá na ponta e não tem canal  
1044 para pautar as suas reivindicações e o Ministro sempre foi receptivo e aberto ao diálogo. Terminou  
1045 dizendo que a Presidenta da República estava sendo execrada por uma elite que não aceita a  
1046 democracia no país. Conselheira Estadual **Telina Coelho**, do CES de Roraima, lamentou a saída do  
1047 Ministro em meio ao clima político desfavorável a nação brasileira. Certamente a sua contribuição na  
1048 15ª CNS faria muita diferença. Conselheira Estadual **Sandra Mara Leon**, do CES RS, dizendo que o  
1049 SUS também era feito de momentos como os que estavam ocorrendo, de mistura de carinho e tristeza,

aproveitou para registrar o carinho do povo do RS, especialmente dos representantes da luta antimanicomial e povo “mentaleiro” daquele estado. **Pedro Pontual** veio ao CNS para dar um abraço no Ministro e dizer que está junto nas lutas pela democracia. **Arilson da Silva Cardoso** lembrou a trajetória do Ministro nos espaços do CONASEMS e o orgulho que sente da postura que o Ministro teve no exercício de sua função e estarão sempre juntos, ainda que outros espaços, lutando para a melhoria do Sistema Único da Saúde. A propósito, lembrou que o SUS é uma política de Estado e não de governo, logo venha o ministro que vier, seja de qual matiz partidária for os defensores do SUS não se arrefecerão. No Congresso Nacional a luta também continuará com a mesma intensidade contra todas as propostas que visem comprometer o SUS, patrimônio do povo brasileiro. A 15ª CNS tem que dar uma demonstração de força da militância do SUS. Estava infeliz por o MS estar sendo espaço de barganha política e um grande companheiro como o Ministro estar deixando o Ministério. Conselheira **Sandra Régia** mostrou-se preocupada com a saída do Ministro porque não sabe qual será o rumo da saúde mental partir de agora. Registrou também que a sua entidade enviara uma carta de apoio à permanência do Ministro na pasta da saúde e socializara, no seu site, a vídeo de despedida, que já tinha sido acessado por mais de 5.000 internautas. Agradeceu pelo quanto o Ministro fez e o que certamente continuará fazendo em prol da saúde pública. Conselheiro **Nelson Mussolini** elogiou o Ministro por ter tido a capacidade de dar continuidade às ações que vinham sendo desenvolvidas na gestão anterior. Outro ponto forte do Ministro, em sua opinião, é entender as discordâncias e aceitar o contraditório. Esperava que o próximo ministro também seja sensível e não interrompa ações importantes iniciadas na gestão Chioro. Secretária Estadual de Saúde **Roberta Batista Aboth**, falando por ela mesa, agradeceu, aproveitando a sonoridade da dialética do nome do Ministro Ademar Arthur dos Reis Chioro, disse “ademais tu que é ouro dos reis”, e elogiou o Ministro por ter cuidado da “joia da coroa” durante 20 meses. Foi o escolhido para essa função pela sua autenticidade e pela liderança. Desejou bênçãos ao CNS e ao Ministro. Conselheira **Lenir Santos** falou de sua emoção e citou uma frase de Galeano “A memória só guarda aquilo que vale a pena” e outra do Rubens Alves que diz “Tudo o que a gente ama fica eterno.”, para dizer que o Ministro é uma daquelas pessoas que passa mas fica. Conselheiro **Eberson Alves da Silva**, Vice-presidente do Conselho Estadual de Minas Gerais, parabenizou o ministro pelo trabalho realizado, dizendo ser um profissional que conhece a ponta, muito transparente e grande lutador pelas causas sociais. Finalizou desejando ao Ministro muitas conquistas nos novos desafios. Conselheiro estadual **Lotário Schlindwein** lembrou-se do Ministro à época em que foi pensador do SUS, juntamente com David Capistrano e reconheceu que o momento ensejava muita determinação e perseverança e sem recuo dos projetos para um Brasil melhor. Conselheiro **Aníbal Machado** falou que muitas cobranças havia levado ao Ministro tendo este feito tudo que estivera em seu alcance para acolhê-las. Passou ao Ministro um recado da conselheira Maria Laura que disse que gostaria de vê-lo na ONU. Para finalizar, também disse que gostaria que Ministro participasse da 15ª Conferência Nacional de Saúde. Conselheiro **Dalmare Anderson B. de Oliveira Sá** falou que estava emocionado com todas as falas anteriores. Solicitou uma salva de palmas ao Ministro pelo relato apresentado, dizendo que pelo que foi observado, ainda que não tivesse o recurso necessário, muito fez pela saúde no Brasil (63% de cobertura da atenção básica e um perfil epidemiológico muito melhor de antes da Reforma Sanitária). Mas mostrou-se temeroso no que diz respeito à saúde mental. Qualquer retrocesso nessa área seria lamentável, seria o holocausto. Concluindo, agradeceu o grande exemplo que o Ministro no que se refere à liderança, probidade e humildade. Tendo o Ministro articulado e colaborado na organização 15ª CNS, esperava vê-lo nesse espaço dando a sua contribuição. O balanço que fora apresentado precisava ser divulgado para que a população saiba o quanto houve avanços nessa gestão. Ministro **Arthur Chioro** agradeceu as palavras carinhosas e de reconhecimento feitas pelos presentes à reunião. Sua passagem pelo Ministério não pode ficar marcada como uma narrativa épica de um Arthur solitário. Foi na verdade um processo que contou com um conjunto de pessoas solidárias, inclusive, de forma muito significativa com o Controle Social. Diante disso, manifestou o seu reconhecimento e agradecimento a sua equipe, nominado os seus assessores. Disse exagerar no seu entusiasmo e na sua indignação, mas longe de pensar que poderia fazer tudo sozinho. Fez, sim, tudo que realmente pode com a consciência tranquila de dever cumprido. A crise, disse, uma das maiores e mais graves da jovem democracia brasileira, pode representar perigo, mas também muitas oportunidades. Por isso, é preciso buscar forças para reagir e encontrar caminhos. Chamou a atenção para o fato de a crise econômica e o cenário político colocar a 15ª CNS com outro foco. Será o espaço de disputa de projetos. De lado, a defesa do SUS universal, integral e equânime e de outro a defesa da prática de mercado. É preciso ficar atento a esse cenário. Agradeceu as 89 entidades que manifestaram o apoio a sua permanência. Entendeu não como defesa de seu nome, mas como defesa do SUS, da democracia e de um projeto social. Finalizou asseverando que o que vale é sair desfrutando do carinho, do respeito, sendo juntamente com a sua equipe, reconhecido. Referindo a fala da Conselheira Lenir Santos e também da conselheira Santinha disse que, além se levar na memória o que vale a pena, leva-se muito mais o que vale a pena no coração, sendo assim, todos valeram a pena e serão levados em sua memória e em seu coração. Conselheira **Maria do Socorro de**

**Souza** agradeceu a presença do Ministro Chioro e os conselheiros pela compreensão e participação no debate. **ITEM 5 - INFORMES**– *Coordenação da mesa:* Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** solicitou que o Plenário se manifestasse a respeito do ocorrido no Estado do Maranhão, quando um profissional médico foi desrespeitoso com o farmacêutico que, em não entender a sua prescrição, solicitou que este reescrevesse de forma legível. Por essa solicitação, como resposta, foi chamado de imbecil e analfabeto. Em razão dessa postura do médico, o conselheiro apresentou uma Moção de Repúdio, transcrita a seguir a parte do mérito. “considerando que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, conforme prevê o art. 196 da Constituição Federal de 1988; considerando o que estabelece a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, no seu art. 6º, I, “d”, que inclui no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS): a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica; considerando o Decreto nº 85.878 de 07 de abril 1981 que estabelece normas para execução da Lei nº 3.820, de 11 de novembro de 1960, sobre o exercício da profissão de farmacêutico, e dá outras providências; considerando o disposto na Resolução nº 468/2013, do Conselho Nacional de Saúde, segundo a qual, nas três esferas de governo do SUS, deve ser garantido o direito de todas as pessoas à assistência farmacêutica para o tratamento das doenças de modo resolutivo; considerando a Resolução – RDC n.º 44, de 17 de agosto de 2009, que dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências; considerando que no Brasil, historicamente, a assistência farmacêutica e a política relativa aos medicamentos, desde a sua produção, acondicionamento, venda, utilização e fiscalização, constituem-se em áreas críticas e desafiadoras para a saúde e para o Sistema Único de Saúde – SUS; considerando a necessidade de estimular o contato do usuário do medicamento com o profissional farmacêutico, bem como a promoção do uso racional de medicamentos (por prescrição ou automedicação) qualificado e responsável; considerando que o medicamento tem sido um insumo de difícil acesso à população e uma fonte de problemas gravíssimos, desde intoxicações leves até graves doenças iatrogênicas; considerando que, além das reações adversas inerentes a qualquer medicamento, o uso incorreto de medicamentos pode mascarar o diagnóstico de uma doença, se utilizado de forma abusiva ou sem orientação; considerando a Resolução nº 1931/09 do Conselho federal de Medicina ou Código de Ética Médica, que traz em seu artigo 11 o seguinte texto: “Art. 11. Receitar, atestar ou emitir laudos de forma secreta ou ilegível”; considerando que a saúde integral se faz de maneira multi/inter e transdisciplinar e que todos os profissionais de saúde, independentemente do nível de formação, são imprescindíveis para efetivação da atenção a saúde e fortalecimento do SUS; considerando os avanços trazidos pela lei 13.021 de 08 de agosto de 2014, que torna a farmácia em estabelecimento de saúde, garantindo o acesso a população a assistência farmacêutica, não só em termos de produto, ou seja, do medicamento, mas também do serviço assistencial de um profissional de saúde; e considerando, por fim, os farmacêuticos são uma categoria de profissionais de nível superior, com compromissos e condutas a serem cumpridas e que integram a equipe multiprofissional de saúde, com missão específica. Exigem o merecido respeito profissional e o reconhecimento de que todas as profissões da saúde são fundamentais para uma assistência integral. Vem a público: Externar seu repúdio a atitude desrespeitosa, desqualificada e afrontosa do médico João Melo Bentivi (CRM/MA 1477) ao ofender um profissional farmacêutico chamando-o de “imbecil” e “analfabeto”, no dia 01 de outubro de 2015, após o farmacêutico solicitar uma nova prescrição devido a ilegibilidade da primeira receita apresentada pelo usuário em sua farmácia. Tentando desqualificar o colega de maneira indigna. Assim, o Conselho Nacional de Saúde considera a conduta do médico João Melo Bentivi grave e precisa ser apurada pelas autoridades competentes.” Posta em votação, foi aprovada por unanimidade. Neste ínterim, conselheira **Liane Terezinha de Oliveira** deu informe sobre a FEMAMA. Disse que, em razão de ser o Outubro Rosa, sua entidade está com uma campanha de conscientização para o diagnóstico precoce do câncer de mama e, principalmente, o início do tratamento, que, apesar de ter uma lei que trata do assunto, é muito demorado. Mais de 50% das pessoas chegam com a doença em estágio avançado e, sendo assim, o tratamento metastático e mais difícil e muito mais oneroso. Diante do sofrimento e desespero das famílias pela demora no tratamento, acabam entrando com processo de judicialização. Solicitou que todos os dados a respeito de câncer de mama fossem encaminhados para a sua entidade. Por fim, fez um apelo para que os pacientes cancerosos tivessem prioridades no acesso. Neste momento, a coordenação da mesa passou para o Conselheiro **Geordeci Meneses de Sousa** que concedeu a palavra para a conselheira **Maria do Espírito Santo** (Santinha), que, além do câncer de mama, chamou a atenção para o câncer do colo do útero. Observou que mais que os dados, é importante que todos os casos desses tipos de câncer sejam encaminhados para as Secretarias Municipais de Saúde e que as SES orientem as mulheres sobre essas doenças que, se tratadas precocemente, a chance de cura é muito grande. Em relação ao Outubro Rosa, disse que foi criado nos Estados Unidos e para venderem mais mamógrafos a data foi trazida para o Brasil. Em lugar desse nome, defendeu Outubro de Luta. Conselheira **Michely Ribeiro da Silva** informou sobre a realização

da Conferência Livre, de 11 a 13 de setembro CNS, em Brasília, com mais de 400 participantes. Debateram todos os eixos da 15ª CNS e assim que o relatório estiver pronto disponibilizará ao CNS e à população. Além disso, saíram documentos sobre a não implementação da política da população negra que será encaminhado ao Ministério Público e sobre as propostas das Conferências Livres para constarem no relatório final da 15ª CNS. Conselheiro **Dalmari Anderson B. de Oliveira Sá** falou que, em julho, foi realizada a Conferência Livre da Juventude, como preparatória para a 15ª CNS. Houve demora na apresentação do relatório, porque foi instituído o sistema eletrônico e houve priorização das propostas, ficando uma proposta por eixo. Destacou o ponto do Eixo 2 - Controle Social, onde foi proposto o estabelecimento de uma vaga, no CNS, para o movimento da juventude e também nos CMS e CES. Conselheiro **Clovis Boufleur** informou que, no dia anterior, houve a reunião do Fórum dos Usuários e ficou acertado que haverá uma reunião com os usuários na véspera da eleição do CNS, ou seja, no dia 04 de novembro de 2015, às 15h, e o local será na sede da Nova Central. Na sequência, submeteu ao Pleno os textos de quatro recomendações. A primeira, diz respeito ao incentivo à formação indígena, cujo teor do mérito se registra aqui: “considerando que os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) foram estabelecidos como áreas prioritárias para recebimento de profissionais do Programa Mais Médicos e que cerca de 300 profissionais desse Programa, na sua maioria estrangeira, atuam em áreas indígenas em 2015; considerando que, para realizar a atenção de saúde diferenciada, é indispensável e estratégico o investimento na formação de profissionais indígenas de saúde para integrar as equipes multidisciplinares dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs); considerando que o valor de R\$ 900,00 oferecido pelo Programa de Bolsa Permanência – PBP, que concede auxílio financeiro a estudantes matriculados em instituições federais de ensino superior em situação de vulnerabilidade socioeconômica, para estudantes indígenas e quilombolas, é insuficiente para a cobertura dos custos de alunos indígenas que, em sua absoluta maioria, não dispõe de fonte de renda para estudar; e considerando que o Programa de Bolsa Permanência – PBP pode acumular outras modalidades de bolsas acadêmicas e iniciativas de apoio para programas de auxílio aos estudantes. Recomenda: Ao Ministério da Saúde, ao Ministério da Educação, ao Ministério da Justiça e à Fundação Nacional do Índio, o estabelecimento de programa conjunto de bolsa específico para a formação de profissionais indígenas de saúde, a partir de 2015, com o objetivo de integrar os profissionais ao Programa Mais Médicos e às Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígenas.” Em apreciação pelo Plenário, foi aprovada, com uma abstenção. A terceira recomendação refere-se ao PL que trata do Infanticídio Indígena, e diz o seguinte “considerando os argumentos sobre a subemenda substitutiva global ao Projeto de Lei nº 21.057/2007, apresentados na Nota Técnica Conjunta da Advocacia-Geral da União, Procuradoria-Geral Federal e Procuradoria Federal Especializada junto a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), que estabelece as seguintes considerações: 1. O Código Penal Brasileiro já se aplica indistintamente a todos os brasileiros, incluídos os indígenas. 2. Os dados em relação à violência contra crianças e jovens demonstram que não há qualquer estatística com maior incidência de casos de infanticídio, homicídio ou maus tratos por parte dos povos indígenas no que se refere aos casos observados na sociedade. Ao contrário, as informações sobre violência contra as crianças brasileiras em geral têm motivado especial atenção de organismos internacionais, em razão da vulnerabilidade dessas populações no Brasil. 3. Os povos indígenas, por outro lado, são notoriamente conhecidos nos meios acadêmicos pelo cuidado que dispõem em relação às suas crianças e velhos, os quais são inseridos na vida comunitária. 4. O entendimento de que os povos indígenas possuem uma prática costumeira e sistemática de mortalidade infantil, equivocadamente traduzida por “infanticídio”, jamais poderia ser considerada uma tradição, como se fosse constatado com maior frequência nas comunidades indígenas do que em quaisquer outros grupos sociais. Ressalte-se que o crescimento demográfico da população indígena brasileira é cerca de 4 (quatro) vezes maior que a média nacional, sendo que os dados das agências de saúde pública que atuam nas aldeias indígenas não possuem registro de infanticídio como possível causa de óbito. 5. Embora essa questão sequer se configure como problema de saúde pública ou crise social, não sendo nem mesmo demandado pelos povos indígenas ou pelos órgãos de proteção aos direitos humanos, são cada vez mais frequentes as denúncias e processos judiciais sobre casos de adoção forçada, roubo e tráfico de crianças e jovens indígenas por não indígenas, sob o pretexto de “salvação” do indivíduo de seu próprio povo e cultura, o que demonstra que a violência contra essas crianças e jovens parte, em maior medida, da sociedade envolvente e não do interior de suas comunidades. 6. Como se percebe, a subemenda está calcada em argumentos que não estão baseados em fatos, dados ou estatísticos sobre a violência contra os povos indígenas, reproduzindo estereótipos preconceituosos de que os indígenas seriam mais violentos, menos esclarecidos e mais propensos a atentar contra a vida humana. 7. Considera-se que qualquer iniciativa do Estado brasileiro que vise proteger e assegurar qualidade de vida aos povos indígenas deve passar pela efetivação de políticas de saúde e de cidadania, bem como pelo necessário diálogo com esses povos. 8. Por fim, a subemenda substitutiva global atenta contra os princípios basilares do Direito Penal ao pretender, nos §§6º e 12, apenar os indivíduos por um ato que supostamente poderia vir a ser cometido, apenando o

foro íntimo dos indivíduos, conduta que não é recepcionada no nosso ordenamento jurídico. 9. Mostra-se, portanto, que a subemenda substitutiva global viola frontalmente os princípios constitucionais da igualdade (art. 52), da não discriminação (art. 32, IV), da inviolabilidade da intimidade (art. 59 X), do devido processo legal (art. 59, LIV) e da vedação à remoção forçada de indígenas (art. 231, § 59), bem como do direito à consulta livre, prévia e informada (art. 62 da Convenção OIT n 9 169). Recomenda: Ao Senado Federal a rejeição do PL n.º 1.057/2007 aprovado na Câmara dos Deputados que trata do tema infanticídio indígena.” Submetida à apreciação do Pleno, esta Recomendação foi aprovada com 1(uma) abstenção. Na sequência, conselheiro **Clóvis Boufleur**, na condição de Coordenador da Comissão da Criança, do Adolescente e Jovem, colocou a proposta de Recomendação sobre promoção de práticas não medicalizantes e a publicação de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para prescrição de metilfenidato em debate. O texto é o que segue “ considerando que o Brasil se tornou o segundo mercado mundial no consumo do metilfenidato, com cerca de 2.000.000 de caixas vendidas no ano de 2010, e apontam para um aumento de consumo de 775% entre 2003 e 2012; considerando que as estimativas de prevalência de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) em crianças e adolescentes no Brasil são bastante discordantes, com valores de 0,9% a 26,8%; considerando que o TDAH não pode ser confirmado por nenhum exame laboratorial ou de imagem, o que gera, inclusive, questionamentos quanto a sua existência enquanto diagnóstico clínico; considerando a recomendação MERCOSUL/XXVI RAADH/P. REC. Nº 01/15 do MERCOSUL no âmbito da XXVI Reunião de Altas Autoridades em Direitos Humanos (RAADH) que realizou-se na cidade de Brasília, República Federativa do Brasil, no dia 6 de julho de 2015, que afirma ressalta a necessidade de garantir o direito de crianças e adolescentes a não serem excessivamente medicados e recomenda o estabelecimento de diretrizes e protocolos clínicos sobre o tema; considerando as “Recomendações do Ministério da Saúde para adoção de práticas não medicalizantes e para publicação de protocolos municipais e estaduais de dispensação de metilfenidato para prevenir a excessiva medicalização de crianças e adolescentes”, publicada em 1º de outubro de 2015, que aponta a existência de diagnósticos excessivos e abusos na prescrição do medicamento; e considerando que existe experiências de secretarias municipais que demonstram como a publicação de protocolos pode contribuir para a diminuição da prescrição excessiva do medicamento. Recomenda: Ao Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais por meio do Conselho Nacional das Secretarias Estaduais de Saúde (CONASS) e secretarias municipais, por meio do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), a promoção de práticas não medicalizantes por profissionais e serviços de saúde, bem como recomenda a publicação de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para prescrição de metilfenidato, de modo a prevenir a excessiva medicalização de crianças e adolescentes.” Após esclarecimentos e anuência de incorporação das contribuições dadas pelo Pleno, o texto foi aprovado com 1 (uma) abstenção. Conselheiro **Jorge Venâncio** informou ao Pleno das precárias condições do prédio da CONEP, na 310 Norte, disse, inclusive, que já sofreu interdição da Defesa Civil, que fez um laudo com exigências que precisam ser atendidas. Disse, ainda, que os funcionários não são informados sobre nada do que está ocorrendo. Solicitou ao CNS, através da Mesa Diretora, para que, não só as providências necessárias sejam tomada, mas também que os funcionários sejam cientificados sobre a real situação do prédio. Presidenta do CNS, conselheira **Maria do Socorro de Souza** disse que as providências que serão tomadas pelo CNS é notificar, na manhã do dia seguinte, a Chefia de Gabinete do novo Ministro sobre o problema. Conselheira **Ana Costa** disse que, no dia 31 de outubro e 1 de novembro, no RJ, o CEBES realizará o 4ª Simpósio Nacional de Saúde, que será uma pré-conferência de Saúde. Nessa oportunidade, dentre outros assuntos, será debatido a garantia dos direitos sociais do Estado brasileiro, com convidados europeus, onde a perda desses direitos representou um retrocesso muito grande para a população. Disse que as inscrições podem ser feitas no site do CEBES, onde poderão ser encontradas outras informações a respeito e convidou todos os presentes para evento. Conselheiro **Clóvis Boufleur** voltou para apresentar a proposta de recomendação, debatida na Comissão da Criança, do Adolescente e Jovem e com a área do MS sobre o tema. A propósito, conselheiro **Carlos Duarte** informou que fora feito debate no Fórum dos Usuários sobre o tema da recomendação e foi sugerido que se pautasse no CNS a assistência farmacêutica com a medicalização na saúde. Conselheira **Semiramis Maria A. Vedovatto**, na linha da intervenção do conselheiro Carlos Duarte, disse que a sua entidade e parte do Fórum de Medicalização e o debate nesse espaço é que se deva ir para além da ritalina, abranger também HIV/Aids, transtorno mental (rivotril) que a proposta de ponto de pauta deve ser sobre patologização e medicalização para todos os ciclos da vida. Com as contribuições do Plenário, a proposta foi aprovada. Conselheira **Alessandra Ribeiro de Sousa** informou que o FENTAS irá se reunir no dia 4 de novembro, no CFESS, objetivando se organizar para o processo eleitoral do CNS que será no dia 5 de novembro. **Deliberações: 1. Aprovada por unanimidade a Moção de Repúdio contra a atitude desrespeitosa, desqualificada e afrontosa do médico João Melo Bentivi (CRM/MA 1477) ao ofender um profissional farmacêutico chamando-o de “imbecil” e “analfabeto”, no dia 1º de outubro de 2015, no Maranhão; 2. Aprovada com 1 (uma) abstenção a Recomendação sobre incentivo à formação indígenas; 3.**

1298 **Aprovada com 1 (uma) abstenção a Recomendação sobre infanticídio Indígena; e Aprovada por**  
1299 **unanimidade a Recomendação sobre medicalização em crianças e adolescentes.** Conselheiro  
1300 **Geordeci Menezes** agradecendo a paciência e o interesse dos conselheiros, encerrou o primeiro dia  
1301 da 274ª RO do CNS. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: *Titulares* – **Abrahão Nunes da**  
1302 **Silva**, Central de Movimentos Populares - CMP; **Ademar Arthur Chioro dos Reis**, Ministério da Saúde  
1303 **Alfredo Boa Sorte Júnior**, Ministério da Saúde; **Ana Maria Costa**, Centro Brasileiro de Estudos de  
1304 Saúde - CEBES; **Ana Paula Menezes**, Ministério da Saúde, **Arlson da Silva Cardoso**, Conselho  
1305 Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS; **Carlos Alberto Ebeling Duarte**,  
1306 Movimento Nacional de Luta Contra a Aids; **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação Nacional  
1307 das Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA; **Clóvis Adalberto Boufleu**, Conferência  
1308 Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Denise de Freitas**, Sociedade Brasileira para o Progresso da  
1309 Ciência – SBPC; **Denise Torreão Corrêa da Silva**, Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFa;  
1310 **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira -COIAB;  
1311 **Eni Carajá Filho**, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase - MORHAN;  
1312 **Geraldo Adão Santos**, Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas – COBAP; **Gerdo**  
1313 **Bezerra de Faria**, Conselho Federal de Odontologia – CFO; **Geordeci M. Souza**, Central Única dos  
1314 Trabalhadores; **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS;  
1315 **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTAMBÉM;  
1316 **Jurandi Frutuoso Silva**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; **Lenir Santos**,  
1317 Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down; **Márcia Patrício de Araújo**, Associação  
1318 Brasileira dos Ostomizados (ABRASO); **Marco Antonio Gomes Pérez**, Ministério da Previdência  
1319 Social; **Maria Arindelita Neves de Arruda**, Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn; **Maria do**  
1320 **Espírito Santo Tavares dos Santos**, Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos  
1321 Reprodutivos; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS);  
1322 **Marlonei Silveira dos Santos**, Federação Nacional dos Médicos – FENAM; **Marisa Furia Silva**,  
1323 Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da  
1324 Indústria (CNI); **Patrícia Augusta Alves Novo**, Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças  
1325 Similares – ABRAZ; **Renato Almeida de Barros**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em  
1326 Seguridade Social – CNTSS; **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos –  
1327 Fenafar; **Sandra Regis**, Associação Brasileira de Delegados e Amigos da Confederação Espírita Pan-  
1328 Americana - CEPA Brasil; **Semiramis Maria Amorim Vedovatto**, Conselho Federal de Psicologia  
1329 (CFP); **Verônica Lourenço da Silva**, Liga Brasileira de Lésbicas – LBL; **Wanderley Gomes da Silva**,  
1330 Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM. *Suplentes* – **Alessandra Ribeiro de**  
1331 **Sousa**, Conselho Federal de Serviço Social – CFESS; **Alexandre Frederico de Marca**, Confederação  
1332 Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC); **Alexandre Medeiros de Figueiredo**,  
1333 Ministério da Saúde; **André Luís Bonifácio de Carvalho**, Ministério da Saúde; **Andréa Karolina**  
1334 **Bento**, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia – ABRALE; **Antonio Alves de Souza**, Ministério  
1335 da Saúde; **Clarice Baldotto**, Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB); **Christianne Maria de**  
1336 **Oliveira Costa**, Federação Brasileira de Hemofilia – FBH; **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá**,  
1337 Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG; **Dulcilene Silva Tiné**, Confederação Nacional de  
1338 Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS); **Elias José da Silva**, Movimento Popular de  
1339 Saúde – MOPS; **Fernanda Benvenutty**, Associação Nacional de Travestis e Transexuais – ANTRA;  
1340 **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos - FENAPSI; **Francisca Rêgo**  
1341 **Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO; **Gilene José dos**  
1342 **Santos**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical – Sindnapi;  
1343 **Gilson Silva**, Força Sindical; **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de Secretários  
1344 de Saúde – CONASS; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João Gabbardo do Reis**, Conselho  
1345 Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; **José Arnaldo Pereira Diniz**, Federação Interestadual  
1346 dos Odontologistas – FIO; **Juneia Martins Batista**, Central Única dos Trabalhadores – CUT; **Kátia**  
1347 **Maria Barreto Souto**, Ministério da Saúde; **Lauriluci Farias L. de Albuquerque**, Associação Brasileira  
1348 dos Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Liane Terezinha de Araújo Oliveira**, Federação Brasileira  
1349 de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama – FEMAMA; **Lorena Baía de Oliveira**  
1350 **Alencar**, Conselho Federal de Farmácia (CFF); **Luiz Anibal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de  
1351 Trabalhadores – NCST; **Maria Angélica Zollin de Almeida**, Federação Nacional dos Médicos  
1352 Veterinários – FENAMEV; **Maria do Socorro Bezerra Mateus**, União Nacional dos Auditores do  
1353 Sistema Único de Saúde – UNASUS; **Mauro Guimarães Junqueira**, Conselho Nacional de Secretarias  
1354 Municipais de Saúde – CONASEMS; **Michely Ribeiro da Silva**, Rede Nacional Lai Lai Apejo –  
1355 População Negra a Aids; **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV);  
1356 **Osvaldo Peralta Bonetti**, Ministério da Saúde; **Paula Johns**, Associação de Controle do Tabagismo,  
1357 Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos - ACT/Aliança de Controle do Tabagismo; **Rosangela da**  
1358 **Silva Santos**, Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil – FARBRA; **Shirley**  
1359 **Marshal Diaz Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE; **Suelen Geisemara Bacelar**



**Nunes**, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM; e **Wilen Heil e Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Iniciando o segundo dia de reunião, conselheiro **Wilen Heil e Silva** solicitou inversão de pauta para tratar, primeiro, do ponto das eleições do CNS. Após considerações, acordou-se que o tema seria tratado após o item 4, porque o expositor desse ponto não poderia permanecer na reunião além do tempo estabelecido para o debate.

**ITEM 4 – PAINEL - SISTEMATIZAÇÃO DO PAINEL – Apresentação:** **Carlos Octávio Ocké-Reis**. Coordenação: conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**. Começando, conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** lembrou o debate do painel “Impacto da atual situação econômico-financeira do Brasil nas políticas sociais, com foco na saúde, considerando as três esferas de gestão”, realizado no dia anterior, que inaugurou processo de construção de ampla aliança nacional em defesa do SUS. Esse processo, acrescentou, irá demandar a definição de uma plataforma de mobilização e articulação e o envolvimento do conjunto das entidades que compõem o CNS. Dito isso, **Carlos Octávio Ocké-Reis** apresentou a sistematização das intervenções feitas durante o painel, destacando, inicialmente, que identificou um tripé que sustenta a frente em defesa do SUS: democracia, justiça fiscal e direitos sociais. Destacou que a recessão da economia do país e a política fiscal trouxeram prejuízos para as contas públicas e a situação agrava-se por conta de uma política monetária que trava o crescimento da economia. Acrescentou que a previsão de inflação e de inflexão do crescimento da economia é ruim para o financiamento do SUS porque a base de cálculo para o financiamento do Sistema é a receita corrente líquida e um dos efeitos da recessão é a redução da arrecadação da união, Estados e Municípios. Isso quer dizer que o enfrentamento, no que diz respeito ao financiamento, não se refere apenas à tentativa de aumentar os recursos destinados ao SUS em relação ao PIB. Nessa linha, a proposta do Movimento Saúde mais 10, de 10% da receita corrente bruta, resultaria em aumento de 4 para 5% do PIB, o que seria um grande avanço. Todavia, é necessário 6 a 8% do PIB para financiar o sistema universal. Destacou que hoje é preciso enfrentar o problema da insuficiência orçamentária para garantir o funcionamento do Sistema, porque falta recursos neste ano até mesmo para assegurar o funcionamento precário do Sistema, como ocorreu em 2014, e faltará ainda mais em 2016. Esse cenário aponta para a necessidade de construir uma estratégia defensiva acerca do financiamento do SUS e também ofensiva com a participação da sociedade, dos gestores e das forças populares. Destacou também da discussão a proposta de juntar a defesa do financiamento do SUS com a ideia do desenvolvimento econômico, ou seja, a defesa do SUS não está descolada de um novo modelo de desenvolvimento com a centralidade dos direitos sociais. Nessa linha, a defesa do financiamento do SUS, nesse momento de crise, é fundamental para mitigar os efeitos da crise sobre as classes populares e média. Reiterou que a EC nº. 86 representou um atraso em relação ao projeto Saúde mais 10 e prejuízos para a EC nº. 29. Para enfrentar essa situação, as falas apontaram a estratégia de defender a PEC 01-A de 2015, que prevê aumento das alíquotas apresentadas pela EC Nº. 86. Todavia, a aprovação dessa PEC deve estar associada à nova fonte de financiamento. Nessa linha, os conselheiros apresentaram durante o debate as seguintes propostas para novas fontes de financiamento: CPMF; royalty do petróleo; imposto sobre grandes fortunas; necessidade de rediscutir a dívida pública; rediscutir os gastos tributários, ou seja, renúncia da arrecadação fiscal - subsídios destinados ao setor privado de saúde, em particular aos hospitais filantrópicos, à indústria farmacêutica, imposto de renda sobre pessoa jurídica e física; DPVAT; contribuição sobre o lucro líquido; gastos da União com planos privados de saúde para servidores do Poder Judiciário e Executivo. Somada à discussão de novas fontes de recursos, destacou do debate a proposta de definir prioridades para alocação de recursos. Esse debate relaciona-se com o problema da restrição orçamentária e com a necessidade de ganhar força, inclusive com o apoio da população, para fortalecer a frente em defesa do SUS. Além disso, a necessidade de fortalecer e qualificar o controle social para defender o SUS. Aproveitou para informar que apresentará, enquanto funcionário do IPEA, um trabalho com a receita federal sobre os gastos tributários efetivos relativos a 2013, o que representa hoje 1/3 do gasto direto do Ministério da Saúde. Sobre a CPMF, lembrou que, entre outras propostas, foi feita defesa de destinar a receita dessa Contribuição exclusivamente para a saúde. Por outro lado, a proposta do Fórum de Governadores é alíquota majorada de 0,38%, sendo 0,2% para União, 0,9% para Estados e 0,9% para municípios. Destacou que a saúde, junto com outras políticas sociais, representa elemento central no desenvolvimento do país e tal fato justifica a necessidade de um orçamento da seguridade social. Disse que é preciso repensar o modelo de proteção social como um todo na linha de defender os direitos sociais dos ataques que vem sofrendo. Outro eixo importante das falas da maioria dos conselheiros, segundo o expositor, foi a necessidade de forte mobilização popular em defesa da PEC nº. 01-A dada correlação de força desfavorável no Congresso Nacional. Também fez uma fala sobre a carga tributária, destacando que é real o discurso que “a classe média e a popular pagam muito imposto”, portanto, é preciso mudar a composição da carga tributária no que se refere às classes sociais penalizadas e aos entes federativos. No que se refere às classes sociais, explicou que a carga incide basicamente sobre consumo e produção. Portanto, é preciso desonerar esses dois pontos para alcançar efeito multiplicador sobre a economia. Frisou que sem crescimento econômico é difícil pensar

em um modelo de proteção universal e público. Acrescentou que é necessário debater a questão tributária porque pode alavancar o crescimento econômico, considerando como pressuposto a construção de um novo modelo de desenvolvimento social cujo eixo central é as políticas sociais para combater a desigualdade, a pobreza, os baixos índices educacionais e culturais e o nível da violência social. Desse ponto de vista, é fundamental mudar a composição da carga tributária - a alta renda e o patrimônio sejam mais tributados - para sair da crise e garantir financiamento do SUS. Além disso, faz-se necessário mudar a distribuição dos recursos recolhidos pelos três entes, de modo a garantir partilha da arrecadação que favoreça mais estados e municípios. Por fim, disse que fez um esforço para captar a contribuição de todos os conselheiros, mas adendos poderiam ser feitos. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** abriu a palavra para contribuições ao documento elaborado pela COFIN/CNS. Nas intervenções, os conselheiros apresentaram sugestões ao texto e explicitaram os seus posicionamentos a respeito do tema. Os principais pontos estão compilados a seguir: evidenciar no documento que o Brasil é marcado por uma carga tributária desigual que não fomenta o desenvolvimento do país; ao invés de aumentar a carga tributária, é preciso encontrar mecanismos tributários mais eficientes no contexto do “custo Brasil” – excessiva burocracia, legislação fiscal complexa; utilizar o dia mundial de combate à pobreza – 17 de outubro – para tratar do enfrentamento da pobreza no Brasil, lembrando que combater a pobreza não é apenas distribuir renda (é preciso garantir educação, habitação, saneamento básico); destacar no documento que a crise social repercutirá primeiro no setor saúde e incluir argumentos que justifiquem a frente em defesa do SUS, destacando o dano que a insuficiência de recurso pode causar à população; a crise na área da saúde acarretará em menos financiamento para outras políticas sociais, portanto, a saída não é setorial – é preciso caminhar nesse sentido para angariar forças; é necessário mudar a lógica do modelo de atenção à saúde – da assistência para a promoção a partir da vigilância; é preciso incluir nesse debate outros temas como reforma agrária e urbana, saneamento; preocupação com a proposta de desconcentração de receitas sem um pacto social; o documento é forte, mas é preciso redefinir alguns aspectos de modo que a população se sinta representada nele; o simples aumento da carga tributária não irá resolver o problema da insuficiência de recursos, por isso, é preciso enfatizar a necessidade da melhoria da gestão; é necessário criar sistemas de compensação - a CPMF, por exemplo, poderia ser compensada no imposto de renda; é preciso discutir com a sociedade que sistema de saúde se deseja para o Brasil; as autoridades não compreenderam que um eventual colapso no SUS resulta em um caos sanitário no país, com grande repercussão inclusive nos planos privados de saúde; além do financiamento, é preciso discutir agenda da eficiência e a criação de cultura da avaliação; faz-se necessário sensibilizar o Congresso Nacional para a causa da saúde; além da reforma tributária, é preciso priorizar plataforma de reformas democráticas para apontar saída mais eficiente para a situação atual; definir, com clareza e com linguagem acessível à população, o que significa defender o SUS; convocar as entidades que participaram do Movimento Saúde mais Dez para participar do lançamento da frente em defesa do SUS nos dias 28 e 29 de outubro e definir estratégias de mobilização a curto, médio e longo prazo; enfatizar ainda mais no documento a crise no financiamento da saúde explicitar no documento o que se deseja da LDO – que não haja perda; explicitar no documento que a diminuição de recursos para 2016 irá causar prejuízos para todas as pessoas – ilustrar com exemplos práticos; falta recursos para encerrar 2015 e irá faltar R\$ 16 bilhões para encerrar 2016, assim, é necessário elaborar um documento com posição sobre a continuidade da assistência da saúde; e não há recurso para pagar os procedimentos da média e alta complexidade – novembro e dezembro – é preciso manifestação contundente a respeito disso. Encerradas as intervenções, conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** salientou a necessidade de aprofundar o debate das questões levantadas nas falas, mas o tempo não permitia. Encaminhando, solicitou a presença das entidades nos dias 28 e 29 de outubro, em Brasília, para definir as estratégias. **Carlos Octávio Ocké-Reis** fez considerações gerais sobre as intervenções dado o avançado da hora, destacando que a síntese do debate extrapolou a defesa do documento da COFIN. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, encaminhando, ressaltou a importância da presença das entidades nos dias 28 e 29 de outubro, em Brasília, para definir as estratégias e, a propósito, a Presidente do CNS informou que circularia uma lista para identificar as entidades que participariam desse encontro. Por fim, o conselheiro informou que o documento seria reformulado de acordo com as sugestões do Colegiado. Definido esse ponto, a mesa inverteu a pauta para tratar do item 8. **ITEM 8 – ELEIÇÕES DO CNS - Apresentação:** conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, da Mesa Diretora do CNS. Neste ponto de pauta, fez um informe geral sobre o processo de preparação da conferência. Explicou que foi feita divulgação sobre as eleições do CNS nos canais de comunicação da 15ª Conferência e a repercussão foi extremamente positiva - a publicação feita em 22 de setembro, por exemplo, teve 30 mil acessos. Lembrou que a documentação para participar do processo eleitoral deverá ser entregue até 13 de outubro (os documentos que forem postados nessa data serão admitidos, de acordo com a orientação do Regimento Interno). Contudo, por conta da greve dos correios em várias capitais do país, a entidade poderá escanear a documentação e enviá-la por e-mail ao CNS para análise prévia e terá o prazo limite de 12h do dia 4 de novembro para entregar a

1484 documentação física no Conselho. Acrescentou que se inscreveram até aquele momento 81 entidades -  
1485 51 do segmento dos usuários, 3 dos prestadores e 27 dos trabalhadores de saúde – e desse total, 37  
1486 são entidades que não compõem o CNS. Afora esse ponto, comunicou que o Conselho recebeu  
1487 notificação extrajudicial da Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social - CNTSS  
1488 que trata dos conselhos de classe que compõem o segmento dos trabalhadores. No final documento, a  
1489 Confederação solicita a Presidente do CNS que se manifeste sobre a composição paritária do  
1490 segmento dos trabalhadores – representação ilegal da composição. Como encaminhamento,  
1491 esclareceu que Mesa Diretora do CNS solicitou orientação jurídica que, após análise, foi acatada. Disse  
1492 que será encaminhada comunicação ao Gabinete do Ministro e, após dar conhecimento ao Pleno do  
1493 CNS, será feita comunicação pessoal ao Ministro da Saúde. Frisou que a intenção é tomar as  
1494 providências necessárias para assegurar a realização da eleição. Por fim, disse que o termo de  
1495 referência, que define inclusive o local onde será realizada a conferência, está em processo de  
1496 conclusão. Conselheiro **Nelson Mussolini** solicitou o envio da notificação extrajudicial aos conselheiros  
1497 do CNS para conhecimento e manifestação, se for o caso. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca**  
1498 manifestou preocupação com o grau de exigência acerca da documentação para comprovar a atuação  
1499 das entidades por entender que pode dificultar a participação no processo. No seu entendimento, as  
1500 entidades devem apresentar a documentação e o CNS, se for o caso, deve provar em contrário a  
1501 veracidade. Para ela, a comprovação da atuação dá-se pela entrega da ata de fundação e do Estatuto  
1502 da entidade. Conselheira **Alessandra Ribeiro de Sousa**, a respeito da notificação extrajudicial da  
1503 CNTSS, disse que houve debate no FENTAS e lamentou o questionamento sobre a legitimidade dos  
1504 conselhos de classe como representantes dos trabalhadores. Destacou o compromisso dos  
1505 representantes desses conselhos com o CNS e a defesa do SUS e reafirmou a legitimidade dessa  
1506 representação para compor o Conselho. Endossou a proposta de encaminhar a notificação para as  
1507 entidades e os movimentos que compõem o CNS para conhecimento e eventual manifestação.  
1508 Conselheiro **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá** reforçou a preocupação da conselheira Maria  
1509 Laura no que diz respeito à comprovação da atuação das entidades e lembrou que o Regimento  
1510 Interno, item “d” do artigo 7º não define determina de forma clara como se dá essa comprovação  
1511 (*“comprovante de atuação de, no mínimo, 2 (dois) anos, em pelo menos, um terço das unidades da  
1512 Federação e três regiões geográficas do País”*). Conselheiro **Clóvis Bouffleur**, a fim de evitar dúvidas,  
1513 clarificou que a documentação a ser encaminhada por meio eletrônico deverá ser idêntica a que será  
1514 entregue no CNS. Ressaltou ainda que a inscrição de entidades e movimentos não significa habilitação  
1515 para participar do processo. Conselheira **Lenir Santos** explicou que as entidades, para inscrever-se no  
1516 processo, devem apresentar cópia da ata de eleição da diretoria atual registrada em Cartório e cópia do  
1517 estatuto atualizado e registrado em cartório, sem necessidade de apresentar estatuto das entidades  
1518 filiadas. Também solicitou que fosse disponibilizada a notificação extrajudicial para conhecimento.  
1519 Conselheiro **Geordecí Menezes de Souza** frisou que o debate sobre a documentação das entidades e  
1520 movimentos para participar do processo já havia sido vencido, portanto, não seria possível retroceder  
1521 naquele momento e reiniciar a discussão. Inclusive, recordou que o Plenário recusou a proposta inicial  
1522 que determinava a documentação necessária para comprovar a atuação das entidades. Conselheira  
1523 **Lenir Santos** salientou que a dúvida surgiu porque o Regimento Eleitoral não determina a forma de  
1524 comprovar a atuação das entidades. Conselheiro **Geordecí Menezes de Souza** recordou que o  
1525 Plenário delegou à comissão eleitoral a tarefa de determinar como se dará essa comprovação da  
1526 atuação das entidades. Conselheiro **Gilson Silva** perguntou se o CNS pode emitir declaração  
1527 comprovando a atuação das entidades que compõem atualmente o Pleno. Conselheiro **Elias José da  
1528 Silva** perguntou qual a justificativa da notificação extrajudicial e reiterou o pedido de que fosse  
1529 disponibilizada a todos os conselheiros nacionais para conhecimento. Conselheiro **Carlos Eduardo  
1530 Ferrari** avaliou que é preciso definir critérios para orientar o julgamento da comissão e eleitoral e, nesse  
1531 sentido, destacou que a entidade nacional deve apresentar estatuto e, no caso de filiadas, apresentar  
1532 CNPJ. Conselheiro **Eni Carajá Filho** destacou que os conselheiros devem tomar conhecimento da  
1533 notificação extrajudicial para manifestar-se e também debater o mérito, uma vez que o assunto desse  
1534 documento está em debate nos estados. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** destacou que a  
1535 notificação extrajudicial não estava em debate e clarificou que o documento será enviado ao Gabinete  
1536 do ministro da Saúde que encaminhará à Advocacia Geral da União para manifestação. Disse que o  
1537 CNS também poderia tratar essa questão politicamente no Conselho. Conselheira **Christianne Maria  
1538 de Oliveira Costa** ponderou que a Resolução deveria ter detalhado de forma mais clara como deve ser  
1539 feita a comprovação da atuação das entidades, a fim de evitar dúvidas. No caso da Federação  
1540 Brasileira de Hemofilia - FBH, disse que a atuação foi comprovada por meio de relatório das atividades  
1541 das filiadas estaduais. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** esclareceu que reconhece a  
1542 legitimidade da comissão eleitoral para analisar a documentação das entidades, todavia, essa análise  
1543 não deve ser feita com base em critérios não acordados com o Plenário. Conselheiro **Nelson  
1544 Mussolini** interveio para fazer a seguinte Questão de Ordem: é competência da comissão eleitoral,  
1545 aprovada pelo plenário, apreciar e discutir sobre os processos apresentados. Conselheiro **Arilson Silva**

explicou que, apresentada a documentação, a comissão eleitoral analisa e manifesta-se. Não havendo concordância, as entidades e movimentos podem apresentar recurso à comissão eleitoral que julgará e, se necessário, trará ao Pleno. Conselheira **Ana Maria Costa** reiterou a legitimidade da comissão eleitoral para analisar a documentação e manifestar-se. Também sugeriu que o Pleno se manifestasse sobre a possibilidade de ampliar o prazo para a realização da última etapa do processo eleitoral do Conselho, tendo em vista a mudança na direção do Ministério da Saúde e a realização da 15ª Conferência. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** também solicitou à comissão eleitoral que considere e se sensibilize a partir do conjunto das manifestações dos conselheiros a respeito do nível de exigência na análise da documentação. Também apelou publicamente à CNTSS que reveja a sua posição na linha de buscar unidade e força das entidades e movimentos que compõem o CNS. Conselheira **Kátia Souto** reiterou a legitimidade da comissão eleitoral para analisar os processos, considerando, inclusive, os critérios definidos no edital. Sobre a notificação extrajudicial, sugeriu dialogar com a Confederação no campo político. Também sugeriu que a comissão eleitoral revise o trabalho das comissões eleitorais anteriores porque pode contribuir para resolver eventuais dúvidas porque questões similares surgiram naquele momento. Conselheiro **Dalmare Anderson B. de Oliveira Sá** lembrou que não haverá pleno antes das eleições para julgar eventuais recursos. No caso do movimento estudantil, disse que é difícil a questão do CNPJ, portanto, a declaração de vinculação das entidades deveria ser suficiente. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, disse que é preciso tratar o processo eleitoral à luz da legalidade, mas sem desconsiderar o processo político no que se refere ao contexto interno do Conselho e elementos da conjuntura atual. Lembrou que a mobilização ocorrida no mês de junho de 2015 questionou a democracia representativa e participativa, partidos, instituições públicas e políticas, conselhos e conferências. Nesse contexto, destacou que a legitimidade do Conselho não se sustenta diante da sociedade somente como argumentos jurídicos, portanto, é preciso legitimar-se em um escopo amplo de representação com clareza do projeto político a ser reafirmado e defendido. No seu ponto de vista, há dois caminhos a serem tratados, um deles, interno, de unidade, de defesa do projeto de sociedade com papel civilizatório do SUS com definição clara do projeto de controle social a ser defendido. Disse que as entidades que irão compor o CNS precisam ter compromisso com esses projetos e não simplesmente defender pautas corporativas. Ressaltou que a explanação do Ministro Arthur Chioro apontou o tamanho da tarefa a ser assumida pelos conselhos uma vez que está em risco a democracia participativa, o projeto de sociedade, a garantia de direitos sociais e o Estado de direito. Salientou que as regras definidas devem ser ponto de partida para chegar ao CNS, todavia, não podem ser absolutas a ponto de o Pleno não poder contribuir. Sobre a notificação extrajudicial, disse que deveria ser resolvida à luz do compromisso do Conselho com o projeto de SUS. Também chamou a atenção para a capacidade de diálogo do CNS com o Executivo, na figura do ministro da saúde, do Legislativo, e entre as entidades que compõem o Colegiado. Por fim, disse que solicitou audiência da mesa diretora do CNS com o ministro da saúde para encaminhar as propostas aprovadas pelo CNS. Encaminhando, conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** colocou em apreciação a seguinte proposta: devido à greve dos Correios em alguns Estados, as entidades poderão encaminhar ao CNS, por e-mail, a documentação escaneada para inscrição. A documentação física deverá ser entregue, em mãos, no CNS até o dia 4 de novembro, às 12 horas. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** sugeriu que o prazo para a entrega da documentação física no CNS no CNS fosse antes da publicação da lista das entidades inscritas (dia 18 de outubro), a fim de evitar problemas e preservar a comissão eleitoral. A seguir, foram feitas algumas considerações a fim de chegar a consenso. **Deliberação: devido à greve dos Correios em alguns Estados, o Plenário decidiu que as entidades poderão encaminhar ao CNS, por e-mail, a documentação escaneada para inscrição. A documentação física deverá ser entregue, em mãos, no CNS, até o dia até o dia 16 de outubro. Também serão aceitas inscrições via correio mediante Aviso de Recebimento – AR ou Sedex, observada a data da postagem de até 13 de outubro de 2015. Além disso, o Pleno ratificou o calendário eleitoral já aprovado: De 12 de agosto a 13 de outubro de 2015: inscrições das Entidades para a eleição do CNS. Dia 19 de outubro de 2015: publicação da Lista das Entidades Inscritas. De 20 a 22 de outubro de 2015: interposição de recursos. De 23 a 27 de outubro de 2015: julgamento dos recursos. Dia 29 de outubro de 2015: publicação da lista das entidades habilitadas. Dia 5 de novembro de 2015: eleição do Conselho Nacional de Saúde. 13 de novembro de 2015: publicação do resultado das eleições. Até o dia 25 de novembro de 2015: indicação dos representantes para compor o Conselho Nacional de Saúde. 26 e 27 de novembro de 2015: preparação da Portaria com os novos Membros do CNS. Dia 9 de dezembro de 2015: publicação da Portaria de Designação dos Membros do CNS. Dia 16 de dezembro de 2015: posse dos novos conselheiros (Reunião Extraordinária) e eleição da Mesa Diretora do mandato 2015/2018. Definido esse ponto, a mesa suspendeu para o almoço. Retomando, deu-se continuidade à pauta, com a apresentação do item 6. ITEM 6 – 15ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE - DELEGADOS NACIONAIS. CONVIDADOS NACIONAIS. PROGRAMAÇÃO. NOMES DOS EXPOSITORES. PLANO DE AÇÃO. ORGANIZAÇÃO - Iniciando este item de pauta, conselheiro**

**Haroldo de Carvalho Pontes** informou que o Plenário precisaria deliberar sobre critérios e número de delegados nacionais indicados pelo CNS; critério e número de convidados indicados pelo CNS; e expositores. Inclusive, resgatou que na reunião anterior o Plenário definiu a estrutura geral da 15ª Conferência e as mesas. Também comunicou que foram feitas quatro alterações no Regimento Interno (Resolução CNS nº. 500/2015) relativas a ajustes no número de delegados, convidados e a norma redefinida foi publicada no Diário Oficial do dia 6 de outubro. Sobre o Regulamento, lembrou que o Plenário decidiu adiar a aprovação para a reunião ordinária do CNS do mês de novembro e a minuta do documento, elaborada pela comissão organizadora, encontrava-se em consulta virtual para receber contribuições. Com isso, o Regulamento será aprovado previamente pelo CNS e não mais na abertura da Conferência. Disse que essa inovação, de um modo geral, foi bem aceita uma vez que possibilitará disponibilizar maior tempo para debates na Conferência. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos** interveio para perguntar se os conselhos estaduais de saúde foram informados sobre essa alteração e foi esclarecida pela mesa que sim. Feitos esses informes, passou à apresentação da proposta de nomes para expositores das mesas da 15ª Conferência: 02/12/2015 – Quarta-feira. 8h-10h. Palestra Inicial da 15ªCNS: “As Reformas democráticas do Estado Brasileiro e a Defesa do SUS”. Indicação de três nomes: *Parlamentares*: Jandira Feghali; Jorge Solla; Luiz Odorico. Defesa do SUS: Arthur Chioro. Movimento Social e sociedade civil: Marcos Vinícius (presidente da OAB); João Pedro Stedile; Márcio Pochmman; e Marilena Chauí. 10h às 13h: Diálogos Temáticos sobre Avanços e Desafios do SUS (serão realizadas simultaneamente): **1)** Participação Democrática, Controle Social e Comunicação para o SUS. *Indicação*: Maria do Socorro de Souza; Maria Lúcia (representante do movimento de população de rua); Boaventura Souza Santos; Renato Simões; um representante do CONASEMS. **2)** Valorização do Trabalho e a Formação no SUS. *Indicação*: Maria Helena Machado; Ivone Cabral; Márcio Pochmman; Heider Aurélio Pinto; e um representante do CONASEMS. **3)** Acesso à Saúde com Qualidade e Equidade – Cuidar Bem das Pessoas. *Indicação*: Maria Lúcia (representante do movimento de população de rua); Lumena (MS); Emerson Mehry; Mara Gabrielli; Verônica Lourenço; Fernanda Benvenutty; Michely Souza; Carlos Eduardo Ferrari; Cleiciene Wellingtona. **4)** Direito Universal à saúde e financiamento do SUS e relação público-privado. *Indicação*: Ricardo Lewandowski, Ronald Ferreira dos Santos; representante do CONASS/CONASEMS; Flávio Dino; Wellington Dias. **5)** Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS. *Indicação*: Adriano Matsuda (MS); Luis Fernandes (FINEP); Nelson Mussolini; Cláudio Lorenzo; Miguel Nicolelis. **6)** A gestão do SUS e os modelos de atenção à saúde. *Indicação*: Humberto Jacques; Nelson Felici; Gastão Wagner; Rogério Carvalho; representante do CONASS/CONASEMS; Alcides Miranda. Concluída a apresentação, foi aberta a palavra para novas indicações de nomes. Para a palestra inicial da 15ª, “Defesa do SUS”, foram indicados os seguintes nomes: Gastão Wagner de Sousa Campos; Maria Inês Souza Bravo; e Jairnilson da Silva Paim. No “Movimento Social e sociedade civil”, foram feitas as seguintes indicações: Padre Ari Antônio dos Reis; e Mauro Guimarães Junqueira. Para a mesa 1, “Participação Democrática, Controle Social e Comunicação para o SUS”, além dos nomes já sugeridos, foram apresentadas as seguintes sugestões: Gilberto Carvalho; Leonardo Avritzer; Altamiro Borges; Leandro Fortes; Valéria Correia; Raissa Galvão; Delia Negrão; Clair Castilho; Soraia; Mário César Scheffer; Lígia Bahia; Marcelo Lavenere Machado; Paulo Henrique Amorim; e Arilson da Silva Cardoso. Para a mesa 2, “Valorização do Trabalho e a Formação no SUS”, foram sugeridos os seguintes nomes: Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá; Suelen Geisemara Bacelar Nunes; Ricardo Antunes; Renato Almeida de Barros; João Rodrigues Filho; Paulo Renato Paim; Naomar de Almeida Filho; Lenir Santos; Emir Sader ; e Luís Antônio Benvegnu. Para a mesa 3, “Acesso a Saúde com Qualidade e Equidade – Cuidar Bem das Pessoas”, foram indicados os seguintes nomes: Thiago Xerém Merelli; Vera Mendes; Carmen Cecília de Campos Lavras; Eugênio Vilaça; Alessandra da Costa Lunas; Lígia Giovanella; Jurema Werneck; Érika Kokay; Carlos Eduardo Ferrari; Vera Lúcia Ferreira Mendes; Charles Cesar Tocantins de Souza. Para a mesa 4, “Direito Universal à saúde e financiamento do SUS e relação público-privado”, foram indicados ainda: Luiz Gonzaga Belluzzo; Élide Graziane Pinto; Lenir Santos; Nelson Mussolini; Antônio Brito; José Antônio Sestelo; Evilasio Salvador; Ivanete Boscate; Alessandra; Fátima Siliansky; Vladmir Nunes; André Dantas; Áquiliás Nogueira Mendes; Ana Maria Costa; Clóvis Adalberto Bouffleur; Eduardo Barbosa; Marcelo Bósio. Além dos já indicados, para a mesa 5, “Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS”, foram sugeridos os seguintes nomes: Helena Nader; Reinaldo Guimarães; Paulo Gadelha; Carlos Morel; Jandira Feghali; Mozart Sales; Jorge Alves de Almeida Venâncio; Norberto Rech; Prof. Miguel Nicolelis; Daniel Ricardo Sorans Pinto. Para a mesa 6, “A gestão do SUS e os modelos de atenção à saúde”, foram indicados os seguintes nomes: Ana Luiza d’Ávila Viana; Carmem Fontes Teixeira; Jorge Solla; Luiz Carlos de Oliveira Cecílio; Francisco Batista Júnior; Adelmo Carneiro Leão; Luiz Eugênio; Valcler Rangel Fernandes; Fausto Pereira dos Santos; José Fernando Casquel Monti. Além desses nomes, os conselheiros apresentaram as seguintes propostas: com o intuito de subsidiar a definição da comissão organizadora, os conselheiros que fizeram indicações devem encaminhar uma síntese do currículo da pessoa indicada ou link para buscar informações; elaborar ementa sobre as mesas temáticas, inclusive para orientar os expositores; excluir o nome do expositor Humberto Jacques

da mesa 6 e contemplá-lo em outra mesa para discutir judicialização. Encaminhando, a mesa consultou o Plenário sobre a proposta de excluir o nome do expositor Humberto Jacques da mesa 6 e, havendo defesa, o nome foi mantido, conforme acordado no início do debate de que não haveria votação de nomes. **Deliberação: a comissão organizadora definirá a composição das mesas considerando as indicações dos conselheiros.** A seguir, conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** passou à discussão sobre os delegados nacionais. Inicialmente, recordou que, conforme definição do Plenário, são 296 delegados nacionais, sendo 144 conselheiros nacionais de saúde (titulares, 1º suplentes e 2º suplentes). Com base nesses números, a comissão organizadora elaborou critérios para definição dos delegados indicados seguindo as orientações do Pleno. Um dos critérios refere-se ao esforço para assegurar a inclusão de outros setores, ampliar a representatividade, buscar parceiros para ampliar a luta. Nessa linha, os delegados indicados devem compor entidades diferentes daquelas que compõem o CNS. Também lembrou o pleito, apresentado no CNS, de assegurar a participação dos coordenadores de plenária de conselhos como delegados indicados. A maioria da comissão organizadora entende que os coordenadores poderiam ser delegados, sendo um por região (5 no total). Conselheiro **Eni Carajá Filho** concordou que é preciso ampliar a participação na 15ª Conferência e, nessa linha, propôs que as entidades que compõem o Conselho possam indicar delegados e representantes de entidades que não compõem o CNS. Também sugeriu reservar um quantitativo de vagas para a coordenação da plenária de conselhos e delegar a essa coordenação a indicação dos representantes. Conselheiro **Clóvis Boufleur** apresentou as propostas do Fórum de Usuários para indicação dos delegados: contemplar um delegado usuário indígena por Distrito Sanitário Especial Indígena (34 no total); propor que os segmentos dos trabalhadores da saúde e gestores/prestadores de serviço contemplem delegados trabalhadores e gestores indígenas, respectivamente, nas suas indicações; delegar às 24 entidades de usuários que compõem o CNS a indicação de nomes para delegados – critério: entidades que não compõem o CNS, mas que participam das comissões do Conselho; e elaborar lista de entidades para serem contempladas. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** acrescentou que, para indicação, devem ser considerados os critérios do Regimento Interno da Conferência e as 18 vagas restantes preenchidas por entidades que por ventura não fossem indicadas. Conselheiro **Renato Almeida de Barros** chamou a atenção para a importância da 15ª Conferência e defendeu a participação de outros setores para além da saúde. Também propôs que fosse assegurada a presença de participantes das conferências livres na etapa nacional da Conferência e um representante da coordenação de plenária por estado (totalizando 27 participantes). Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca**, na linha da fala do conselheiro Eni Carajá, avaliou que as entidades que compõem o CNS também devem ter a oportunidade de indicar delegados. Também defendeu a participação dos coordenadores da plenária de conselhos de saúde. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** sugeriu garantir um coordenador de plenária por região e contemplar nas vagas não preenchidas as entidades que compõem as comissões e não fazem parte do CNS. Na sequência, manifestaram-se os conselheiros **Aníbal Machado** e **Gilson Silva** em defesa da participação dos coordenadores de plenária e dos participantes das conferências livres na etapa nacional. Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** destacou que a 15ª é uma conferência inclusiva, mas não se deve esquecer o quantitativo de vagas disponíveis - 76 vagas para o segmento de usuários, 38 para trabalhadores da saúde e 38 para gestores/prestadores. Conselheiro **Wanderley Gomes da Silva** concordou com a fala do conselheiro Haroldo e também avaliou que é preciso envolver na etapa nacional os setores que até então não participam do debate da saúde. Concordou com as falas anteriores que defenderam a participação dos coordenadores de plenária, lembrando a importante contribuição deles nas etapas estaduais, e dos participantes das conferências livres, para compor a frente em defesa do SUS. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos (“Santinha”)** discordou da proposta de destinar 27 vagas para a coordenação de plenária, por entender que essa representação deveria ser eleita no respectivo estado, se fosse o caso. Sobre as vagas para os DSEIs, disse que é preciso definir como serão definidas, dada a importância de assegurar a participação de representantes do segmento dos usuários e dos trabalhadores da saúde. Sobre as conferências livres, concordou que é preciso garantir a presença de participantes desses espaços, mas é preciso ter critérios. Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** interveio nesse ponto para clarificar que foram definidas diretrizes para orientar a indicação de representantes pelos segmentos. **Edna Mota**, coordenadora de Plenária/Rondônia, explicou que alguns coordenadores de plenária foram eleitos delegados para a etapa nacional, portanto, solicitou que o CNS contemplasse aqueles não eleitos nas suas bases. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, destacou que a 15ª é um processo voltado para formação política, fortalecimento do controle social e defesa do SUS. Nessa linha, é preciso ampliar o máximo a representação dos participantes da conferência. Encaminhando, conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** sugeriu e o Plenário aprovou as seguintes propostas: **definir prazo para inscrição dos conselheiros e redistribuir as vagas não preenchidas; e delegar à comissão organizadora a definição de uma proposta com base nas sugestões do Plenário.** A respeito dos convidados, o Plenário decidiu que cada entidade indicará dois nomes para



**definição de proposta. ITEM 7 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS – CIRH**

– *Composição da mesa:* conselheira **Maria Arindelita Neves de Arruda**, coordenadora da CIRH/CNS; conselheiro Alexandre Medeiros de Figueiredo, Coordenador Adjunto da CIRH. *Coordenação:* conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte**. Iniciando, conselheiro **Alexandre Medeiros de Figueiredo**, Coordenador Adjunto da CIRH: 1) a presença de representação do Instituto Nacional de Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – INEP na Reunião Ordinária da CIRH, do dia 22/9/2015, com discussão e explicações sobre o novo instrumento de avaliação de cursos superiores; 2) Visitas in loco aos municípios pré-selecionados pelo Edital nº 01/2015, de 1º de abril de 2015. O CNS tem informado, por ofícios, aos respectivos Conselhos Estaduais e Municipais, para que acompanhem a Comissão de Avaliadores do MEC. Em seguida, apresentou os pareceres elaborados pela CIRH, começando pelos satisfatórios com recomendações: 1) Processo nº. 201400817. Universidade do Grande Rio Professor José De Souza Herdy – UNIGRANRIO. Autorização. Psicologia. Parecer final: satisfatório com as seguintes recomendações para o próximo ciclo avaliativo: **a)** Descrever claramente o modo de inserção do aluno desde o início do curso na comunidade, valorizando sua inserção na Atenção Básica conforme Artigo 27 da Lei Nº 8.080/90; **b)** Descrever as ações e as atividades para melhor integração da IES com a gestão local do SUS; **c)** Explicitar a existência da clínica-escola e suas ações junto à comunidade no PPC conforme exigido no Artigo 25 da Resolução Nº 05 de 15 de março de 2011, que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação em Psicologia; **d)** Explicar como será inserção dos alunos do curso noturno nos Estágios Supervisionados Básicos e Estágios Supervisionados Específicos no que se refere à forma como esse aluno irá se inserir nos estágios e como será o uso da rede de serviços para este turno; **e)** Garantir que as Atividades Curriculares Complementares, presentes na matriz curricular com carga horária de 200 horas, sejam garantidas como oferta de responsabilidades da IES e não dos alunos. 2) 201404396 Faculdade Atenas – Paracatu/MG. Autorização. Psicologia. **Parecer final:** satisfatório com as seguintes recomendações para o próximo ciclo avaliativo: **a)** Explicitar como estará ocorrendo a inserção de estudantes nos campos de prática junto à comunidade desde o início do curso, descrevendo a disposição dos alunos, física e numericamente nos cenários de prática dos estágios, como garantia da absorção dos discentes, no que se refere à rede SUS existente na região de saúde em que se localiza o curso, tanto para o período diurno, como para o noturno, conforme exigido no item 04, subitem “a”, da Resolução CNS Nº 350/2005, e Parágrafo único do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90; **b)** Buscar articulação da IES com a gestão local do SUS no Município de Paracatu, para viabilizar o desenvolvimento do PPC com tratamento específico sobre o comprometimento desses gestores com o curso de Psicologia, apresentando documentação comprobatória, conforme exigido no item 04, subitem “b”, da Resolução CNS Nº 350/2005; e **c)** Oportunizar as trocas interprofissionais e a construção prática da interdisciplinaridade na formação dos discentes do curso de Psicologia, de acordo com o preconizado no item 04, subitem “c”, da Resolução CNS Nº 350/2005. 3) Processo nº. 201400423. Universidade do Ceuma /UNICEUMA – Campus Imperatriz – Imperatriz (MA). Autorização. Psicologia. **Parecer final:** satisfatório com as seguintes recomendações para o próximo ciclo avaliativo: **a)** Explicitar como estará ocorrendo a inserção de estudantes nos campos de prática junto à comunidade desde o início do curso, conforme preconiza a Resolução Nº 350/2005; **b)** Descrever como se dá a disposição dos alunos, física e numericamente nos cenários de prática dos estágios, para permitir e garantir a absorção dos discentes, no que se refere à rede SUS existente na região de saúde em que se localiza o curso, principalmente para o curso noturno, conforme exigido no item 04, subitem “a”, da Resolução CNS Nº 350/2005, e Parágrafo único do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90; **c)** Buscar articulação da IES com a gestão local do SUS no Município de Imperatriz, para viabilizar o desenvolvimento do PPC do curso, apresentando documentação que demonstre esse comprometimento, conforme exigido no item 04, subitem “b”, da Resolução CNS Nº 350/2005; **d)** Oportunizar as trocas interprofissionais e a construção prática da interdisciplinaridade na formação dos discentes, de acordo com o preconizado no item 04, subitem “c”, da Resolução CNS Nº 350/2005. 4) **Processo nº. 201413900.** Faculdade Católica Dom Orione – FACDO – Araguaína/TO. Autorização. Psicologia. **Parecer final:** satisfatório com as seguintes recomendações para o próximo ciclo avaliativo: **a)** Readequar a Matriz Curricular visando à inserção dos alunos no Sistema Único de Saúde desde as primeiras etapas do curso por meio dos estágios básicos, reconhecendo que existe inserção na comunidade por meio da extensão acadêmica – de acordo com o Parágrafo Único, do Artigo 27, da Lei Nº 8080/90 e com a Resolução CNS Nº 350/2005, item “4”, letras “a”, “b” e “c”; **b)** Apresentar como se dará a inserção dos estudantes nos cenários de prática dos estágios, bem como será a relação preceptor-aluno, conforme Resolução CNS Nº 350/2005, item “4”, letras “a” e “b”; **c)** Explicitar como se dará a relação multi/inter/transdisciplinar entre as demais profissões da área de saúde e entre as ênfases propostas, conforme a Resolução CNS Nº 350/2005, item “4”, letras “a” e “b”; **d)** Diferenciar como se dará a evolução dos cursos diurno e noturno, pensando principalmente como ocorrerá a inserção do aluno noturno nos campos de estágio ligados ao Sistema Único de Saúde – seguindo as orientações da Resolução CNS Nº 350/2005, item “4”, letras “a” e “b”. **5) Processo nº. 201400682.** Faculdade Princesa do Oeste - FPO/CRATEÚS (CE). Autorização. Psicologia. **Parecer**



**final:** satisfatório com as seguintes recomendações para o próximo ciclo avaliativo: **a)** Readequar a Matriz Curricular, visando à inserção dos alunos no Sistema Único de Saúde (SUS) desde as primeiras etapas do curso – de acordo com o Parágrafo Único, do Artigo 27, da Lei Nº 8080/90 e com a Resolução CNS Nº 350/2005, item “4”, letras “a”, “b” e “c”; **b)** Apresentar como se dará a inserção dos estudantes nos cenários de prática dos estágios, bem como será a relação preceptor-aluno, conforme Resolução CNS Nº 350/2005, item “4”, letras “a” e “b”; **c)** Pensar na formação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos, segundo princípios e critérios da Resolução CNS Nº 350/2005, item “4”, letras “a” e “b”; **d)** Explicitar como se dará as relações multi/inter/transdisciplinares entre os cursos existentes, principalmente, os da área de saúde, e entre as duas ênfases propostas, pensando a questão de educação em saúde, conforme a Resolução CNS Nº 350/2005, item “4”, letras “a” e “b”; **e)** Explicitar como se dará a inserção dos estudantes nos estágios no período noturno – seguindo as orientações da Resolução CNS Nº 350/2005, item “4”, letras “a” e “b”; e **f)** Pensar na ênfase educacional, focando a ampla articulação da rede pública de ensino e o debate de educação em saúde - de acordo com o Parágrafo Único, do Artigo 27, da Lei Nº 8080/90 e com a Resolução CNS Nº 350/2005, item “4”, letras “a”, “b” e “c”. **6) Processo nº. 201408886.** Faculdade Aldete Maria Alves – FAMA - Iturama/MG. Autorização. Psicologia. **Parecer final:** satisfatório com as seguintes recomendações para o próximo ciclo avaliativo: **a)** Assegurar a participação e o comprometimento da gestão local com a abertura do curso, por meio de convênios para a utilização da rede pública de saúde nas atividades práticas do curso, conforme preconiza a Resolução CNS Nº 350/2005, item “4”, letra “b”; **b)** Adequar o PPC para que a inserção dos estudantes na rede de saúde se dê no primeiro ano do curso, por meio do Estágio Básico e de atividades diversas nas disciplinas – de acordo com o Parágrafo Único, do Artigo 27, da Lei Nº 8080/90 e com a Resolução CNS Nº 350/2005, item “4”, letras “a”, “b” e “c”; aprimorar o PPC em relação às competências e habilidades de acordo com o perfil formativo desejado, principalmente, as relacionadas ao campo da saúde, conforme Resolução CNS Nº 350/2005, item “4”, letra “b”; **c)** Rever a localização e a estruturação dos Estágios Básicos na Proposta Pedagógica do Curso: recomenda-se iniciar o Estágio Básico logo no primeiro ano e a não fragmentar com temáticas distantes que pouco dialogam com o PPC (Estágios Básicos: Processos Grupais (I), Processos de Escolha Profissional (II) e Oficinas em Saúde Mental (III)), pois denotam estar vinculados às ênfases e não com ao perfil formativo ou ao Núcleo Comum do curso, segundo a Resolução CNS Nº 350/2005, item “4”, letra “b”; **d)** Rever a inserção dos estudantes nos campos de prática e deixar explícita a capacidade de atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente nestes cenários, desde o início do curso, visando garantir a absorção dos estudantes na rede pública de saúde, principalmente, em função do curso ser noturno, – de acordo com o Parágrafo Único, do Artigo 27, da Lei Nº 8080/90 e com a Resolução CNS Nº 350/2005, item “4”, letras “a”, “b” e “c”; **e)** Garantir a constituição do Comitê de Ética e dos protocolos éticos para atividades de docentes e alunos do Curso de Psicologia em pesquisa, observação e de intervenção em clínica escola ou instituições conveniadas, conforme a Resolução CNS Nº 350/2005, item “4”, letras “a” e “b”. **7) Processo nº. 201107634.** Faculdade Presidente Antônio Carlos - FAPAC/Porto Nacional – TO. Renovação de Reconhecimento. Odontologia. **Parecer final:** satisfatório com as seguintes recomendações para o próximo ciclo avaliativo: **a)** Descrever claramente o modo de inserção do aluno desde o início do curso na comunidade, valorizando sua inserção na Atenção Básica conforme Artigo 27 da Lei Nº 8.080/90; e **b)** A IES não apresenta a relação número de alunos por professor-supervisor nas turmas da disciplina de Estágio Supervisionado e não há indicação da inclusão da capacidade de atendimento e disposição dos alunos física e numericamente nos cenários de prática. Concluída a apresentação, a mesa colocou em votação o bloco de pareceres **Deliberação: aprovados os sete pareceres satisfatórios com recomendações.** Em seguida, procedeu à apresentação dos sete pareceres insatisfatórios: **1) Processo nº. 201400458.** Faculdade Serigy – FASERGY– Aracaju/SE. Autorização. Psicologia.. **Parecer final:** insatisfatório. **Justificativas:** **a)** não há documentação anexada ao Processo no Sistema e-MEC, que possa comprovar a celebração de Termo de Compromisso/Convênio, também não há no PPC nenhuma referência à utilização da rede de saúde da região para a realização dos estágios, não assegurando, portanto, a utilização da rede de serviços do SUS instalada no Município de Aracaju (SE) e de outros equipamentos sociais existentes na região pelos alunos do curso de Psicologia proposto (Parágrafo único do artigo 27 da Lei 8080/90); **b)** não há subsídios que permitam identificar o comprometimento dos gestores locais do SUS com a abertura do curso de Psicologia, de acordo com o recomendado pela Resolução CNS Nº 350/2005 e o Caput do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90; **c)** não há na Proposta da IES um programa de inserção do estudante nos campos de prática desde o início do curso, nem da capacidade de atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente nesses cenários, o que não assegura a absorção e a qualificação dos estudantes conforme esperado, principalmente, no que se refere à rede SUS existente na região, conforme preconizado na Resolução nº 350/2005 e no Parágrafo único do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90). **2) Processo nº. 201406391.** Faculdades Integradas CESUMAR de Curitiba - Curitiba/PR. Autorização. Odontologia. **Parecer final:** Insatisfatório. **Justificativas:** **a)** A IES não apresenta documentos anexados que comprovem a

assinatura de Termo de Convênio e Termo de Cooperação Técnica entre a IES, a Prefeitura Municipal de Curitiba e a Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, para utilização da rede de serviços de saúde instalada e de outros equipamentos sociais existentes na região (conforme exigido no item 04, subitem a, da Resolução CNS Nº350/2005); **b)** Não há indicativos de articulação da IES com a gestão local do SUS e de sua participação na construção do PPC do curso conforme exigido no item 04, subitem b, da Resolução CNS Nº350/2005; **c)** Não há menção dos campos de prática dos alunos, da relação número de alunos por professor-supervisor nas turmas das disciplinas de Estágio Supervisionado e não há inclusão da capacidade de atendimento e disposição dos alunos física e numericamente nos cenários de prática extramuros (item 04, subitem a, da Resolução CNS Nº350/2005); **d)** O número de professores por aluno poderá não atender de maneira suficiente aos anos subsequentes do curso considerando o elevado número de alunos pretendidos para o curso (conforme exigido no item 04, subitem a, da Resolução CNS Nº350/2005); **e)** Não há inovação das propostas pedagógicas e da metodologia de ensino conforme exigido no item 4, subitem b, da Resolução CNS Nº350/2005; **f)** Não há diferenciação no PPC e na matriz curricular quanto aos cursos diurno e noturno no que se refere à forma como o aluno do curso noturno irá se inserir nos estágios e como será o uso da rede de serviços para este turno. **3) 201406454.** Faculdades Integradas CESUMAR de Guarapuava - Guarapuava/PR. Autorização. Odontologia. Justificativas: **a)** A IES não apresenta documentos anexados que comprovem a assinatura de Termo de Convênio e Termo de Cooperação Técnica entre a IES, a Prefeitura Municipal de Guarapuava e a Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, para utilização da rede de serviços de saúde instalada e de outros equipamentos sociais existentes na região (conforme exigido no item 04, subitem a, da Resolução CNS Nº 350/2005); **b)** Não há indicativos de articulação da IES com a gestão local do SUS e de sua participação na construção do PPC do curso conforme exigido no item 04, subitem b, da Resolução CNS Nº 350/2005; **c)** Não há menção dos campos de prática dos alunos, da relação número de alunos por professor-supervisor nas turmas das disciplinas de Estágio Supervisionado e não há inclusão da capacidade de atendimento e disposição dos alunos física e numericamente nos cenários de prática extramuros (item 04, subitem a, da Resolução CNS Nº 350/2005); **d)** O número de professores por aluno poderá não atender de maneira suficiente aos anos subsequentes do curso considerando o elevado número de alunos pretendidos para o curso (conforme exigido no item 04, subitem a, da Resolução CNS Nº 350/2005); **e)** Não há inovação das propostas pedagógicas e da metodologia de ensino conforme exigido no item 04, subitem b, da Resolução CNS Nº 350/2005; e **f)** Não há diferenciação no PPC e na matriz curricular quanto aos cursos diurno e noturno no que se refere à forma como o aluno do curso noturno irá se inserir nos estágios e como será o uso da rede de serviços para este turno. **4) Processo nº. 201406444.** Faculdades Integradas CESUMAR de Londrina - Londrina/PR. Autorização. Odontologia. Parecer final: insatisfatório. Justificativas: **a)** A IES não apresenta documentos anexados que comprovem a assinatura de Termo de Convênio e Termo de Cooperação Técnica entre a IES, a Prefeitura Municipal de Londrina e a Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, para utilização da rede de serviços de saúde instalada e de outros equipamentos sociais existentes na região (conforme exigido no item 04, subitem a, da Resolução CNS Nº 350/2005); **b)** Não há indicativos de articulação da IES com a gestão local do SUS e de sua participação na construção do PPC do curso conforme exigido no item 04, subitem b, da Resolução CNS Nº 350/2005; **c)** Não há menção dos campos de prática dos alunos, da relação número de alunos por professor-supervisor nas turmas das disciplinas de Estágio Supervisionado e não há inclusão da capacidade de atendimento e disposição dos alunos física e numericamente nos cenários de prática extramuros (item 04, subitem a, da Resolução CNS Nº 350/2005); **d)** O número de professores por aluno poderá não atender de maneira suficiente aos anos subsequentes do curso considerando o elevado número de alunos pretendidos para o curso (conforme exigido no item 04, subitem a, da Resolução CNS Nº 350/2005); **e)** Não há inovação das propostas pedagógicas e da metodologia de ensino conforme exigido no item 04, subitem b, da Resolução CNS Nº 350/2005; **f)** Não há diferenciação no PPC e na matriz curricular quanto aos cursos diurno e noturno no que se refere à forma como o aluno do curso noturno irá se inserir nos estágios e como será o uso da rede de serviços para este turno. **5) Processo nº. 201406459.** Faculdades Integradas CESUMAR de Ponta Grossa – PR. Autorização. Odontologia. Justificativas: **a)** A IES não apresenta documentos anexados que comprovem a assinatura de Termo de Convênio e Termo de Cooperação Técnica entre a IES, a Prefeitura Municipal de Ponta Grossa e a Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, para utilização da rede de serviços de saúde instalada e de outros equipamentos sociais existentes na região (conforme exigido no item 04, subitem a, da Resolução CNS Nº 350/2005); **b)** Não há indicativos de articulação da IES com a gestão local do SUS e de sua participação na construção do PPC do curso conforme exigido no item 04, subitem b, da Resolução CNS Nº 350/2005; **c)** Não há menção dos campos de prática dos alunos, da relação número de alunos por professor-supervisor nas turmas das disciplinas de Estágio Supervisionado e não há inclusão da capacidade de atendimento e disposição dos alunos física e numericamente nos cenários de prática extramuros (item 04, subitem a, da Resolução CNS Nº 350/2005); **d)** O número de professores por aluno poderá não atender de maneira suficiente aos anos

subsequentes do curso considerando o elevado número de alunos pretendidos para o curso e o corpo docente compartilhado (conforme exigido no item 04, subitem a, da Resolução CNS Nº 350/2005); **e)** Não há inovação das propostas pedagógicas e da metodologia de ensino conforme exigido no item 04, subitem b, da Resolução CNS Nº 350/2005; **f)** Não há diferenciação no PPC e na matriz curricular quanto aos cursos diurno e noturno no que se refere à forma como o aluno do curso noturno irá se inserir nos estágios e como será o uso da rede de serviços para este turno. **g)** O laboratório destinado às práticas de Radiologia foi considerado insuficiente pela comissão quanto à adequação de segurança, pela questão de radiação ionizante. **6) Processo nº 201412786.** Faculdade Pitágoras de Poços de Caldas – MG. Autorização. Odontologia. Parecer final: insatisfatório. Justificativas: **a)** A IES não apresenta documentos anexados que comprovem a assinatura de Termo de Convênio e Termo de Cooperação Técnica entre a IES, a Prefeitura Municipal de Poços de Caldas e a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, para utilização da rede de serviços de saúde instalada e de outros equipamentos sociais existentes na região (conforme exigido no item 04, subitem a, da Resolução CNS Nº 350/2005); **b)** Não há indicativos de articulação da IES com a gestão local do SUS e de sua participação na construção do PPC do curso conforme exigido no item 04, subitem b, da Resolução CNS Nº350/2005; **c)** Não há menção da relação número de alunos por professor-supervisor nas turmas das disciplinas de Estágio Supervisionado e não há inclusão da capacidade de atendimento e disposição dos alunos física e numericamente nos cenários de prática extramuros (item 04, subitem a, da Resolução CNS Nº 350/2005); **d)** O número de professores por aluno poderá não atender de maneira suficiente aos anos subsequentes do curso considerando o número de alunos pretendidos para o curso (conforme exigido no item 04, subitem a, da Resolução CNS Nº350/2005). **7) Processo nº. 201404033.** Faculdade Panamericana de JI-PARANÁ – UNIJIPA/RO. Autorização. Odontologia. Parecer final: insatisfatório. **Justificativas:** **a)** Não há indicativos de articulação da IES com a gestão local do SUS no que se refere à sua participação na construção do PPC do curso conforme exigido no item 04, subitem b, da Resolução CNS Nº350/2005; **b)** Não há menção da relação número de alunos por professor-supervisor nas turmas das disciplinas de Estágio Supervisionado e não há inclusão da capacidade de atendimento e disposição dos alunos física e numericamente nos cenários de prática extramuros (item 04, subitem a, da Resolução CNS Nº 350/2005); **c)** O número de professores por aluno poderá não atender de maneira suficiente os anos subsequentes do curso considerando que alguns professores estão dedicados a outros cursos e exercem atividades em outras cidades (item 04, subitem a, da Resolução CNS Nº350/2005); **d)** Reavaliação do PPC quanto à inovação das propostas pedagógicas e metodologias de ensino conforme exigido no item 04, subitem b, da Resolução CNS Nº 350/2005 bem como reavaliar o período de execução do TC; e **e)** A rede local poderá não atender satisfatoriamente a demanda de vagas para a realização dos estágios supervisionados (item 04, subitem b, da Resolução CNS Nº 350/2005). Concluída a apresentação, a mesa colocou em votação o bloco de pareceres insatisfatórios. **Deliberação: aprovados os sete pareceres insatisfatórios. ITEM 9 – MONITORAMENTO PARLAMENTAR** – item não apresentado. **ITEM 10 – INDICAÇÕES** - item não apresentado. **ENCERRAMENTO** – Nada mais a tratar, a mesa encerrou os trabalhos da 274ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os seguintes conselheiros no segundo dia de reunião: *Titulares* – **Alfredo Boa Sorte Júnior**, Ministério da Saúde; **Ana Maria Costa**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); **Arlson da Silva Cardoso**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS; **Carlos Alberto Ebeling Duarte**, Movimento Nacional de Luta Contra a Aids; **Carlos Eduardo Ferrari**, Organização Nacional dos Cegos do Brasil – ONCB; **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA; **Clóvis Adalberto Bouffleur**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Denise de Freitas**, Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência – SBPC; **Denise Torreão Corrêa da Silva**, Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFa; **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Eni Carajá Filho**, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase - MORHAN; **Geraldo Adão Santos**, Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas – COBAP; **Gerdo Bezerra de Faria**, Conselho Federal de Odontologia – CFO; **Geordeci M. Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB; **Jurandi Frutuoso Silva**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; **Lenir Santos**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down; **Luís Carlos Saraiva Neves**, União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS; **Márcia Patrício de Araújo**, Associação Brasileira dos Ostromizados (ABRASO); **Maria Arindelita Neves de Arruda**, Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn; **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos**, Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Marlonei Silveira dos Santos**, Federação Nacional dos Médicos – FENAM; **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Renato Almeida de Barros**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CNTSS; **Sandra Regis**,

1980 Associação Brasileira de Delegados e Amigos da Confederação Espírita Pan-Americana - CEPA Brasil;

1981 **Semiramis Maria Amorim Vedovatto**, Conselho Federal de Psicologia (CFP); **Verônica Lourenço da**

1982 **Silva**, Liga Brasileira de Lésbicas – LBL; e **Wanderley Gomes da Silva**, Confederação Nacional das

1983 Associações de Moradores – CONAM. *Suplentes* – **Alessandra Ribeiro de Sousa**, Conselho Federal

1984 de Serviço Social – CFESS; **Alexandre Frederico de Marca**, Confederação Nacional do Comércio de

1985 Bens, Serviços e Turismo (CNC); **Alexandre Medeiros de Figueiredo**, Ministério da Saúde; **André**

1986 **Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil- CNBB; **Clarice Baldotto**, Associação de

1987 Fisioterapeutas do Brasil (AFB); **Christianne Maria de Oliveira Costa**, Federação Brasileira de

1988 Hemofilia – FBH; **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá**, Associação Nacional de Pós-

1989 Graduandos – ANPG; **Elias José da Silva**, Movimento Popular de Saúde – MOPS; **Elias Rassi Neto**,

1990 Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO; **Fernanda Benvenutty**, Associação Nacional de

1991 Travestis e Transexuais – ANTRA; **Gilene José dos Santos**, Sindicato Nacional dos Aposentados,

1992 Pensionistas e Idosos da Força Sindical – Sindnapi; **Gilson Silva**, Força Sindical; **Haroldo Jorge de**

1993 **Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; **João Donizeti Scaboli**,

1994 Força Sindical; **José Arnaldo Pereira Diniz**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO;

1995 **Juliana Acosta Santorum**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG;

1996 **Kátia Maria Barreto Souto**, Ministério da Saúde; **Liane Terezinha de Araújo Oliveira**, Federação

1997 Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama – FEMAMA; **Luiz Aníbal Vieira**

1998 **Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Marco Akerman**, Associação Brasileira

1999 Rede Unida; **Maria Angélica Zollin de Almeida**, Federação Nacional dos Médicos Veterinários –

2000 FENAMEV; **Maria do Socorro Bezerra Mateus**, União Nacional dos Auditores do Sistema Único de

2001 Saúde – UNASUS; **Michely Ribeiro da Silva**, Rede Nacional Lai Lai Apejo – População Negra e Aids;

2002 **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV); **Osvaldo Peralta Bonetti**,

2003 Ministério da Saúde; **Paula Johns**, Associação de Controle do Tabagismo, Promoção da Saúde e dos

2004 Direitos Humanos - ACT/Aliança de Controle do Tabagismo; **Rodrigo de Souza Pinheiro**, Movimento

2005 Nacional de Luta Contra AIDS; **Rosângela da Silva Santos**, Federação das Associações de Renais e

2006 Transplantados do Brasil – FARBRA; **Shirley Marshal Diaz Morales**, Federação Nacional dos

2007 Enfermeiros – FNE; **Suelen Geisemara Bacelar Nunes**, Direção Executiva Nacional dos Estudantes

2008 de Medicina – DENEM; **Wilén Heil e Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

2009 (COFFITO); e **Záira Tronco Salerno**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN).

2010