



1
2 MINISTÉRIO DA SAÚDE
3 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
4

5 ATA DA DUCENTÉSIMA OCTOGÉSIMA SEGUNDA REUNIÃO ORDINÁRIA DO
6 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS
7

8 Aos primeiros, dois e três dias do mês de junho de dois mil e dezesseis, no
9 Centro de Eventos do Ceará Edson Queiroz – Av. Washington Soares, 999 - Fortaleza/CE
10 realizou-se a Ducentésima Octogésima Segunda Reunião Ordinária do Conselho Nacional
11 de Saúde – CNS. No dia 1º o Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do
12 CNS, às 9h50 iniciou a sessão cumprimentando os presentes. Em seguida, apresentou os
13 objetivos da 282ª Reunião Ordinária: 1) Capacitação dos Conselheiros sobre Orçamento e
14 Financiamento e apresentação do Plano Nacional de Saúde (2016/2019), do Plano
15 Plurianual (2016/2019) e da Programação Anual de Saúde (2016/2017); 2) Apreciação e
16 deliberação dos pareceres da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos – CIRH e
17 socialização do Decreto 8.754/2016, que dispõe sobre inclusão do curso de Enfermagem
18 para emissão de pareceres do Conselho Nacional de Saúde – CNS; 3) Apresentação do
19 consolidado dos Pleitos das Entidades para composição das Comissões. **ITEM 01 –**
20 **EXPEDIENTE E INFORMES - APROVAÇÃO DA PAUTA DA 282ª RO, DAS ATAS DA 59ª**
21 **REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA, 278ª E 281ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS.** Com a
22 coordenação da mesa pelos Conselheiros **Geordeci Menezes de Souza** e **Cleoneide**
23 **Paulo Oliveira Pinheiro**, a pauta da reunião, após leitura, foi aprovada. Em seguida as atas
24 das Reuniões 59ª Extraordinária, 278ª e 281ª Ordinárias do CNS foram aprovadas por
25 unanimidade. Em seguida o Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** lembrou a todos que
26 o livro que foi distribuído seria o guia para toda a reunião, devendo o mesmo ser trazido
27 todos os dias. O conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, pedindo a palavra, disse que
28 nesse ponto de Expedientes e Informes, haveria que se apreciar também um conjunto de
29 resoluções e recomendações, que foram encaminhadas aos conselheiros anteriormente. O
30 conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** à oportunidade apresentou alguns convidados e
31 deu as boas vindas aos mesmos. Passando à condução da reunião, o conselheiro **Ronald**
32 **Ferreira dos Santos** informou que, tendo em vista a atual situação política, a Mesa Diretora
33 houve por bem dar andamento, *ad referendum*, a algumas resoluções e recomendações, no
34 intuito de agilizar as propostas havidas em reunião anterior do Pleno e fez a leitura da
35 **Resolução nº 513, de 06 de maio de 2016**, que transcrevo a seguir: O Plenário do
36 Conselho Nacional de Saúde - CNS, em sua Ducentésima Octogésima Primeira Reunião
37 Ordinária, realizada nos dias 5 e 6 de maio de 2016, e no uso de suas competências
38 regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei
39 nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006,
40 cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da
41 legislação brasileira correlata; e Considerando que as Comissões são constituídas pelo
42 Conselho Nacional de Saúde a partir das necessidades do Pleno e são instâncias para
43 ampliar a participação de sujeitos sociais, instituições e entidades com atuação no campo da
44 saúde e demais áreas sociais com repercussão nos determinantes sociais da saúde, o que
45 representa o fortalecimento do controle social e dos movimentos e entidades sociais que
46 participam do SUS; Considerando que é necessário aperfeiçoar e potencializar as
47 Comissões do CNS; Considerando as propostas e diretrizes da 15ª Conferência Nacional de
48 Saúde (Resolução nº 507, de 16 de março de 2016) e o Plano Plurianual (PPA) 2016-2019;
49 e Considerando que a qualquer tempo, o Plenário do CNS pode criar, modificar, suspender

50 temporariamente as atividades e extinguir Comissões Intersetoriais, integradas pelos
51 ministérios, órgãos competentes e por entidades, instituições e movimentos nacionais
52 representativos da sociedade civil e Grupos de Trabalho compostos por Conselheiros do
53 CNS, por maioria qualificada de votos dos conselheiros (art. 11, V do Regimento Interno do
54 CNS); RESOLVE: Art . 1º Alterar o seguinte artigo do Regimento do Conselho Nacional de
55 Saúde, aprovado pela Resolução no 407, de 12 de setembro de 2008, que trata das
56 Comissões, que passa a ter a seguinte redação: “Art. 52 – As Comissões têm o seguinte
57 funcionamento: IV – cada Conselheiro poderá participar de até duas Comissões
58 como membro titular, coordenador ou coordenador adjunto ou suplente, e a entidade poderá
59 participar no máximo em até 50% das Comissões, ou seja, em até 9 comissões, incluindo as
60 duas que o conselheiro participará.” Art. 2º Alterar os tópicos 3 e 4 da Resolução CNS nº
61 435, de 12 de agosto de 2010, que trata das Comissões, que passam a ter a seguinte
62 redação: “3. As Comissões aprovadas por Resoluções específicas, referidas no artigo 48 do
63 Regimento do CNS, são, por aprovação deste Plenário, reformuladas e passam a ter as
64 seguintes denominações, em consonância com o artigo 13 da Lei nº 8.080/90, que define
65 Comissão Intersetorial como aquela que tem a finalidade de articular políticas e programas
66 de interesse para a saúde. I - Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição – CIAN; II -
67 Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde – CIVS; III - Comissão Intersetorial de
68 Recursos Humanos e Relações de Trabalho – CIRHRT; IV - Comissão Intersetorial de
69 Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica – CICTAF; V - Comissão Intersetorial de
70 Saúde do Trabalhador e Trabalhadora – CISTT; VI - Comissão Intersetorial de Orçamento e
71 Financiamento – COFIN; VII - Comissão Nacional de Ética e Pesquisa – CONEP; VIII -
72 Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o Controle Social do SUS –
73 CIEPCSS; IX - Comissão Intersetorial de Atenção a Saúde nos Ciclos de Vida (Criança,
74 Adolescente, Jovem, Adulto (a) e Idoso (a)) – CIASCV; X - Comissão Intersetorial de Saúde
75 da Mulher – CISMU; XI - Comissão Intersetorial de Saúde Mental – CISM; XII - Comissão
76 Intersetorial de Saúde Indígena – CISI; XIII - Comissão Intersetorial de Políticas de
77 Promoção da Equidade (População Negra; LGBT; População em Situação de Rua; Campo,
78 Floresta e Águas; Povos e Comunidades Tradicionais) – CIPPE; XIV - Comissão
79 Intersetorial de Atenção a Saúde de Pessoas com Patologias (DSTAIDS, Tuberculose,
80 Hanseníase, Hepatites Virais, Diabetes e outros) – CIASPP; XV - Comissão Intersetorial de
81 Atenção a Saúde das Pessoas com Deficiência – CIASPD; XVI - Comissão Intersetorial de
82 Saúde Suplementar – CISS; XVII - Comissão Intersetorial de Promoção, Proteção, Práticas
83 Integrativas e Complementares em Saúde – CIPPSPICS; XVIII - Comissão Intersetorial de
84 Saúde Bucal – CISB. “4 - O Pleno do CNS aprovará a composição e avaliará o processo de
85 trabalho das Comissões do CNS nas reuniões subsequentes”. Ass. RONALD FERREIRA
86 DOS SANTOS. Colocada em votação a Resolução 513, a mesma foi aprovada por
87 unanimidade. Nesse momento o senhor **Mauro Junqueira** – Presidente do CONASEMS,
88 presente à reunião, cumprimentou e saudou a todos e disse que o Sistema Único de Saúde
89 tem enfrentado dificuldades, tendo em vista o subfinanciamento, bem como informou sobre
90 a mudança do quadro de pessoal – Secretários Municipais principalmente, que são de livre
91 nomeação do Poder Executivo e até janeiro/2017, serão nomeados mais de três mil novos
92 Secretários Municipais. Disse que não há como discutir com 5.570 municípios
93 pessoalmente. Solicitou que os conselheiros participassem desse processo de discussão.
94 Nesse momento o conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** passou à leitura da Resolução
95 514, também aprovada *ad referendum* pela Mesa Diretora. **Resolução nº 514, de 11 de**
96 **maio de 2016.** O Presidente do Conselho Nacional de Saúde - CNS, no uso de suas
97 competências regimentais e atribuições conferidas pelo Regimento Interno do CNS e
98 garantidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de
99 dezembro de 1990; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as
100 disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação
101 brasileira correlata; e Considerando o disposto no artigo 198, III, §3º da Constituição
102 Federal de 1988, regulamentado pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012;
103 Considerando as exigências e prerrogativas para o controle social em saúde definidas pela
104 Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; Considerando que o Conselho de
105 Saúde, em caráter permanente e deliberativo, é órgão colegiado composto por

106 representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, que
107 atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na
108 instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões
109 serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.
110 (artigo 1º, II, §2º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990); Considerando que a
111 organização e o funcionamento do CNS são disciplinados em Regimento Interno, aprovado
112 pelo plenário e homologado pelo Ministro de Estado da Saúde (artigo 11 do Decreto nº
113 5.839, de 11 de julho de 2006); Considerando que o Plenário do CNS é o fórum de
114 deliberação plena e conclusiva, configurado por reuniões ordinárias e extraordinárias, de
115 acordo com requisitos de funcionamento estabelecidos no Regimento Interno desse
116 Conselho (artigo 8º da Resolução CNS nº 407/2010, que aprova o Regimento Interno do
117 CNS); Considerando o artigo 76 da Resolução CNS nº 407/2010, que prevê que as dúvidas
118 surgidas na aplicação do Regimento Interno serão dirimidas pelo Plenário do CNS;
119 Considerando que cabe ao Plenário desse órgão colegiado a aprovação da indicação do
120 nome para composição da Secretaria-Executiva do CNS (artigo 11, XVII, da Resolução CNS
121 nº 407/2010); Considerando que o Conselho Nacional de Saúde conta com uma
122 Secretaria-Executiva como suporte técnico-administrativo às suas atribuições (artigo 7º § 2º
123 o e artigo 44 da Resolução CNS nº 407/2010); Considerando que as três esferas de
124 Governo devem garantir autonomia administrativa para o pleno funcionamento do Conselho
125 de Saúde, dotação orçamentária, autonomia financeira e organização da Secretaria-
126 Executiva com a necessária infraestrutura e apoio técnico (Quarta Diretriz da Resolução
127 CNS nº 453/2012); Considerando que a Secretaria-Executiva deve ser coordenada por
128 pessoa preparada para a função, para o suporte técnico e administrativo, subordinada ao
129 Plenário do Conselho de Saúde, que definirá sua estrutura e dimensão (Quarta Diretriz, II da
130 Resolução CNS nº 453/2012); e Considerando as atribuições do Presidente do CNS,
131 previstas no artigo 13, VI, da Resolução CNS nº 407/2010. RESOLVE: Art. 1º Aprovar, *ad
referendum*, que a indicação e a aprovação dos nomes para a Secretaria-Executiva e para a
133 Secretaria-Executiva Adjunta do Conselho Nacional de Saúde são de competência do
134 Plenário do CNS. Art. 2º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.
135 RONALD FERREIRA DOS SANTOS - Presidente do Conselho Nacional de Saúde.
136 Colocada em votação, a mesma foi aprovada por unanimidade. Passou então à leitura das
137 Portarias 1.016 e 1.017, ambas de 11 de maio do corrente ano, bem como a Recomendação
138 de 01 de junho de 2016. **Portaria nº 1.016, de 11 de maio de 2016** - Convoca a 2ª
139 Conferência Nacional de Saúde da Mulher. O Ministro de Estado da Saúde, Substituto, no
140 uso de suas atribuições, e considerando a necessidade de avaliar e discutir a Política
141 Nacional de Saúde Integral das Mulheres, resolve: Art. 1º Fica convocada a 2ª Conferência
142 Nacional de Saúde da Mulher, a se realizar no período de 8 a 10 de março de 2017, em
143 Brasília, Distrito Federal, com o tema: "Saúde da Mulher: Desafios para Integralidade com
144 Equidade". Art. 2º A 2ª Conferência Nacional de Saúde da Mulher será coordenada pelo
145 presidente do Conselho Nacional de Saúde e presidida pelo Ministro de Estado da Saúde e,
146 em sua ausência ou impedimento, pelo Secretário-Executivo do Ministério da Saúde. Art. 3º
147 As etapas preparatórias da 2ª Conferência Nacional de Saúde da Mulher serão realizadas
148 no período de julho de 2016 a fevereiro de 2017. Art. 4º O Regimento e a Comissão
149 Organizadora da 2ª Conferência Nacional de Saúde da Mulher serão aprovados pelo
150 Conselho Nacional de Saúde e homologados mediante Portaria do Ministro de Estado da
151 Saúde. Art. 5º As despesas com a organização e realização da 2ª Conferência Nacional de
152 Saúde da Mulher correrão por conta de recursos orçamentários consignados ao Ministério
153 da Saúde. Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação. JOSÉ AGENOR
154 ÁLVARES DA SILVA. Portaria nº 1.017. Convoca a 1ª Conferência Nacional de Vigilância
155 em Saúde. O Ministro de Estado da Saúde, Substituto, no uso de suas atribuições, e
156 considerando a necessidade de avaliar e discutir a Política Nacional de Vigilância em Saúde
157 - PNVS, resolve: Art. 1º Fica convocada a 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde,
158 a se realizar no período de 25 a 28 de abril de 2017, em Brasília, Distrito Federal, com o
159 tema: "Vigilância em Saúde: Direito, Conquistas e Defesa de um SUS público e de
160 qualidade". Art. 2º A 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde será coordenada pelo
161 presidente do Conselho Nacional de Saúde e presidida pelo Ministro de Estado da Saúde e,

162 em sua ausência ou impedimento, pelo Secretário-Executivo do Ministério da Saúde. Art. 3º
163 As etapas preparatórias da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde serão
164 realizadas no período de agosto de 2016 a março de 2017. Art. 4º O Regimento e a
165 Comissão Organizadora da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde serão
166 aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde e homologados mediante portaria do Ministro
167 de Estado da Saúde. Art. 5º As despesas com a organização e realização da 1ª Conferência
168 Nacional de Vigilância em Saúde correrão por conta de recursos orçamentários consignados
169 ao Ministério da Saúde. Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.
170 **JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA.** **Recomendação.** O Plenário do Conselho Nacional
171 de Saúde, em sua Ducentésima Octogésima Segunda Reunião Ordinária, realizada nos dias
172 02 e 03 de junho de 2016, no uso de suas competências regimentais e atribuições
173 conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de
174 dezembro de 1990, pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e considerando que a
175 Doença Celíaca (DC), segundo a Federação Nacional de Associações de Celíacos do Brasil
176 (FENACELBRA), pode afetar cerca de 2 (dois) milhões de pessoas no Brasil, mais ou
177 menos de 5% desta população já recebeu o diagnóstico; considerando que a DC é
178 cosmopolita e acomete pessoas de todas as classes sociais, sendo diagnosticada,
179 também, entre a população negra e de povos indígenas; considerando que a DC é uma
180 doença autoimune sistêmica que provoca destruição do intestino delgado interferindo na
181 absorção de nutrientes como o carboidrato, gordura, proteína, vitaminas, sais minerais e
182 água, e tem como gatilho a ingestão de glúten em pessoas pré-dispostas geneticamente
183 em qualquer ciclo da vida, sendo o único tratamento uma dieta isenta de glúten por tempo
184 indeterminado; considerando que a DC causa uma série de morbidades como osteoporose,
185 dermatite herpetiforme, depressão, infertilidade, fadiga crônica, refluxo, dispepsia, que
186 poderiam ser evitadas desde que diagnosticada; considerando que, como na maioria das
187 doenças desabsortivas, a DC precariza a situação de saúde de grande parte da população
188 brasileira, sendo agravada pelas dificuldades associadas à condições de pobreza e fome
189 relacionando-se a graves situações de insegurança alimentar e nutricional; considerando
190 que o Conselho Nacional de Saúde criou o Comitê Técnico Intersetorial de Atenção Integral
191 às Pessoas Celíacas, por meio da Resolução CNS nº 460, de 08 de novembro de 2012,
192 com o intuito de subsidiar a criação de política integral no âmbito da doença celíaca;
193 considerando que um adulto leva em média 10 anos para obter seu diagnóstico e que
194 profissionais de saúde não conhecem ou se lembram da hipótese diagnóstica da DC;
195 considerando que celíacos não recebem alimentação adequada à sua restrição alimentar
196 na maioria dos hospitais brasileiros, colocando em risco sua saúde; considerando que ainda
197 há a necessidade de sensibilização social em torno da DC e que importantes ações como a
198 campanha "Reconhecer", promovida pela FENACELBRA, com vistas a difundir o
199 conhecimento sobre a DC já foram realizadas; considerando a Portaria MS/SAS nº 307, de
200 17 de setembro de 2009, que aprovou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da
201 Doença Celíaca; considerando a Portaria MS/SAS nº 1149, de 11 de novembro de 2015,
202 que atualiza o PCDT para Doença Celíaca; considerando que a Comissão Intersetorial de
203 Alimentação e Nutrição (CIAN) do Conselho Nacional de Saúde - CNS, em sua reunião de
204 29 e 30 de outubro de 2014, deliberou favoravelmente à criação do Dia Nacional do Celíaco;
205 considerando a existência do Dia Internacional do Celíaco no terceiro domingo de maio;
206 considerando a Recomendação CNS nº 010, de 06 de novembro de 2014, que sugeriu ao
207 Ministério da Saúde a realização de consulta ou audiência pública, devidamente
208 documentada, com organizações e associações legalmente reconhecidas e vinculadas aos
209 segmentos interessados, para a proposição de Projeto de Lei com vistas a instituir o Dia
210 Nacional do Celíaco; considerando o Projeto de Lei do Senado nº 464, de 2013, que propõe
211 instituir o "Dia Nacional do Celíaco", a ser comemorado no terceiro domingo do mês de
212 maio, ainda em tramitação. Recomenda à Câmara dos Deputados do Brasil e à Comissão
213 de Legislação Participativa: Que seja proposto Projeto de Lei que institua o dia 20 de maio
214 como Dia Nacional da Pessoa com Doença Celíaca, nos termos da Lei nº 12.345, de 09 de
215 dezembro de 2010. Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima
216 Octogésima Segunda Reunião Ordinária. Colocadas em votação, as portarias 1.016 e 1.017,
217 bem como a recomendação sobre o Dia Nacional da Pessoa com Doença Celíaca como

218 sendo no dia 20 de maio, nos termos da Lei 12.345/2010, foram aprovadas por
219 unanimidade. **ITEM 02 - COMISSÃO INTERSETORIAL DE ORÇAMENTO E**
220 **FINANCIAMENTO - COFIN/CNS - CAPACITAÇÃO DOS CONSELHEIROS SOBRE**
221 **EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA.** Coordenação: **André Luiz de Oliveira** – Conselheiro
222 Nacional de Saúde e **Wanderlei Gomes da Silva** – Conselheiro Nacional de Saúde. O
223 conselheiro **André Luiz de Oliveira** informou que durante a última Reunião Ordinária do
224 Pleno sentiu a necessidade de fazer uma capacitação sobre a COFIN, aos conselheiros.
225 Disse ainda que caso não houvesse condições de fazer a ampla capacitação naquele dia, a
226 mesma seria feita na próxima reunião do Pleno. Convidou o senhor **Marcos Moreira** para
227 compor a mesa bem como o senhor **Francisco R. Funcia** (que chegou um pouco mais
228 tarde). Convidou mais três integrantes da CONFIN para fazerem parte da mesa: a senhora
229 Ana Rosa, o Conselheiro Gilson Silva e o conselheiro Wanderlei Gomes. O senhor Marcos
230 Moreira, da Coordenação Geral de Planejamento – CGPL/SPO/SE/MS, passou então a
231 fazer a referida capacitação, com apresentação de slides: Instrumentos de Planejamento em
232 Saúde – PPA e PNS 2016/2019 e PNS 2016. Roteiro: Instrumentos de planejamento; PPA,
233 PNS e PAS: visão geral; Linha do tempo de construção dos instrumentos; Estrutura Básica
234 do PPA, PNS e PAS; PPA, PNS e PAS em números; e Detalhamento dos Objetivos do PPA,
235 PNS e PAS. Instrumentos de planejamento: Plano Plurianual – 4 anos; Plano Nacional de
236 Saúde – Programa Anual de Saúde; Lei de Diretrizes Orçamentárias; Lei Orçamentária
237 Anual e Relatórios de Acompanhamento e Avaliação. Participação do Conselho Nacional de
238 Saúde na Construção do PNS. Atribuições e Previsão Normativa: a) estabelecer diretrizes
239 para elaboração do Plano de Saúde: Lei 141/2012, art. 30 parágrafo 4º; Lei 8080/90, art. 37;
240 Portaria 2.135/2013, art. 3º. Parágrafo 7º.. Apreciar e aprovar o Plano de Saúde: Lei
241 8.080/90, art. 37; Portaria 2.135/2013, art. 3º. Parágrafo 7º; Apreciar e aprovar a
242 Programação Anual de Saúde Lei 141/2012, art. 36 parágrafo 2º, Portaria 2.135/2013, art.
243 5º, I; Definir o modelo para o Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas: LC 141/2012,
244 art. 36 paragrafo o 4º e Portaria 2.135/2013, art. 7º. Parágrafo único; Apreciar e aprovar o
245 Relatório Anual de Gestão – Lei 141/2012, art. 36, parágrafo 1º., Portaria 2.135/2013, art.
246 6º. Parágrafo 3º. Eixos e diretrizes: 1) Direito a Saúde: garantia de acesso e atenção de
247 qualidade; Participação social e valorização do trabalho e da educação em saúde.
248 Diretrizes: 1) Ampliar a oferta de serviços e ações de modo a atender as necessidades da
249 saúde, respeitando aos princípios da integralidade, humanização e justiça social e as
250 diversidades ambientais ou sociais e sanitárias das regiões, buscando reduzir as mortes
251 evitáveis e melhorando as condições de vida das pessoas. 2) ampliar e qualificar o acesso
252 aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização,
253 equidade e no atendimento das necessidades de saúde aprimorando a política de atenção
254 básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo acesso a medicamentos no
255 âmbito do SUS. 3) Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral as pessoas
256 nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as
257 questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção
258 básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde. 4) fortalecer as
259 instâncias de controle social e garantir o caráter deliberativo dos Conselhos de Saúde,
260 ampliando os canais de interação com o usuário e com garantia de transparência e
261 participação cidadã. 5) Fortalecer a articulação entre os espaços de participação social em
262 todas as políticas públicas, com vistas ao desenvolvimento de ações intersetoriais. 6)
263 Fortalecer o papel do estado na regulação do trabalho em saúde e ordenar, para as
264 necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação e valorização
265 dos trabalhadores e trabalhadoras, combatendo a precarização e favorecendo a
266 democratização das relações de trabalho. Tudo isso considerando as metas de superação
267 das demandas do mundo do trabalho na área de saúde estabelecidas pela década de
268 Gestão do Trabalho e Educação em Saúde iniciada em 2013. Eixos Temáticos:
269 Financiamento do SUS e Relação Público-Privado; Gestão do SUS e Modelos de Atenção à
270 Saúde; Informação, Educação e Políticas de Comunicação do SUS; Ciência, Tecnologia e
271 Inovação no SUS. Diretrizes: Garantir o financiamento estável e sustentável para o SUS,
272 melhorando o padrão qualificando o financiamento tripartite e os processos de transferência
273 de recursos. Aprimorar o marco regulatório de saúde suplementar, garantindo o acesso e a

274 qualidade na atenção à saúde e os direitos do cidadão/usuário. Aprimorar a relação
275 federativa no SUS, fortalecendo a gestão compartilhada nas regiões de saúde e com a
276 revisão dos instrumentos de gestão, considerando as especificidades regionais e a
277 concentração de responsabilidades dos municípios, estados e união, visando oferecer ao
278 cidadão o cuidado integral. Aprimorar a atuação do Ministério da Saúde como gestor federal
279 do SUS, especialmente por meio da formulação de políticas, do apoio interfederativo, de
280 qualificação dos investimentos, de indução dos resultados, da modernização administrativa
281 e tecnológica, da qualificação e da transparência da informação. Qualificar a produção do
282 cuidado, com a participação ativa do usuário e o protagonismo dos trabalhadores e
283 trabalhadoras. Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio de ações
284 de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não
285 transmissíveis, acidentes e violência, no controle das doenças transmissíveis e na promoção
286 do envelhecimento saudável. Implementações do saneamento básico e saúde ambiental, de
287 forma sustentável para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais.
288 Promover a produção e a disseminação do conhecimento científico e tecnológico, de
289 análises de situação e de inovação em saúde, contribuindo para a sustentação do SUS.
290 Valorizar o SUS como política de Estado, por meio estratégico de comunicação. Fortalecer o
291 complexo industrial da Saúde para expandir a produção nacional de tecnologias estratégicas
292 e a inovação da saúde. Linha de tempo de construção dos instrumentos: 1º. Trimestre de
293 2015: Discussão interna sobre processo de formulação dos instrumentos de planejamento
294 2016-2019. Mar/2015: Orientações do MPOG para a formulação do PPA 2016-2019. Mar a
295 Abr/2015: Discussão e definição de diretrizes e desafios do MS para o SUS; Definição dos
296 objetivos 2016-2019 e validação pelo Colegiado do Ministério e CNS. Abr/2015:
297 Apresentação ao CNS, na 269 RO, dos Eixos Orientadores e dos Objetivos do PPA/PNS.
298 Mai a Ago/2015: Definição de metas e indicadores do PPA e PNS 2016-2019 pelas
299 Secretarias/Oficinas com o MPOG para a validação dos objetivos e metas do PPA 2015-
300 2019. Ago/2015: Envio do PLPPA 2016-2019 ao Congresso Nacional; Nov/2015: Finalização
301 da primeira versão do Plano Nacional de Saúde e da Programação Anual de Saúde;
302 Jan/2016: Aprovação de Lei no. 13.249 de 13 de janeiro de 2016, que institui o 2016-2019;
303 Abr/2016: Versão final do PNS 2016-2019 e PAS 2016; Abr/2016 Encaminhamento do PNS
304 e PAS ao CNS. Estrutura Básica do PPA, PNS e PAS: Plano Plurianual, Contextualização,
305 Objetivos, Metas, Iniciativas, Indicadores; Plano Nacional de Saúde: Análise Situacional,
306 Objetivos, Metas e Indicadores; Programação Anual de Saúde: Objetivos, Metas anuais.
307 Instrumentos de Planejamento em Números: PPA – 14 objetivos, 121 metas, 162 iniciativas
308 e 40 indicadores; PNS e PAS: 13 objetivos, 121 metas e 34 indicadores. Detalhamento dos
309 Objetivos do PPA, PNS e PAS: Ampliar e qualificar o acesso dos serviços de saúde, em
310 tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade no atendimento das necessidades
311 de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada e hospitalar. Reduzir e
312 prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, por
313 meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças
314 crônicas não transmissíveis, acidentes e violências e no envelhecimento saudável.
315 Promover, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a
316 qualificação, a valorização dos trabalhadores, a desprecarização e a democratização das
317 relações de trabalho. Fortalecer as instâncias do controle social e dos canais de interação
318 com o usuário, com garantia de transparência e participação social. Aprimorar a relação
319 interfederativa e a atuação do Ministério da Saúde como gestor federal do SUS. Ampliar o
320 acesso da população a medicamentos, promover o uso racional e qualificar a assistência
321 farmacêutica no âmbito do SUS. Promover a produção e a disseminação do conhecimento
322 científico e tecnológico, análises de situação de saúde, inovação em saúde e a expansão da
323 produção nacional de tecnologias estratégicas para o SUS. Aprimorar o marco regulatório
324 da Saúde Suplementar, estimulando soluções inovadoras de fiscalização e gestão, voltadas
325 para a eficiência, o acesso e qualidade na atenção a saúde, considerando o
326 desenvolvimento sustentável do setor. Aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde
327 nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da rede de urgência e emergência, rede
328 cegonha, rede de atenção psicossocial, rede de cuidados à pessoa com deficiência, e da
329 rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas. Promover o cuidado integral

330 às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando
331 as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as
332 especificidades e a diversidade na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de
333 atenção a saúde. Aprimorar o marco regulatório e as ações de vigilância sanitária, para
334 assegurar a proteção à saúde e o desenvolvimento sustentável do setor. Melhorar o padrão
335 de gasto, qualificar o financiamento tripartite e os processos de transparência de recursos,
336 na perspectiva do financiamento estável e sustentável do SUS. Promover a atenção à saúde
337 dos povos indígenas, aprimorando as ações de atenção básica e de saneamento básico nas
338 aldeias, observando as práticas de saúde e os saberes tradicionais e articulando com os
339 demais gestores do SUS para prover ações complementares e especializadas, com controle
340 social. Implementar medidas estruturais e estruturantes em áreas rurais e comunidades
341 tradicionais, que assegurem a ampliação do acesso a qualidade e sustentabilidade das
342 ações e serviços públicos de saneamento básico. Subtotal: 14 Objetivos do PPA/13
343 objetivos do PNS; 105 Metas do PPA, 121 Metas do PNS e 141 Iniciativas do PPA.
344 Acrescentando outros objetivos do PPA nos quais o Ministério da Saúde possui metas e
345 iniciativas: 16 Metas do PPA (total=121) e 21 iniciativas do PPA (total = 162). Finalizada a
346 apresentação do senhor Marcos Moreira, houve questionamentos dos conselheiros no
347 sentido de tentar entender melhor o assunto, tendo em vista a sua complexidade e
348 profundidade e todos foram prontamente atendidos. Nesse momento, o conselheiro **André**
349 **Luiz de Oliveira** sugeriu que as perguntas ficassem para o final, tendo em vista o adiantado
350 da hora. O senhor **Francisco R. Fúncia**, passou então a fazer a sua apresentação. “CICLO
351 ORÇAMENTÁRIO BRASILEIRO E O PAPEL DOS CONSELHOS DE SAÚDE APÓS A LEI
352 COMPLEMENTAR 141/2012: PLANEJAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO;
353 APRESENTAÇÃO: 1) Contextualização do processo de planejamento, monitoramento e
354 avaliação da execução orçamentária e financeira do Sistema Único de Saúde (SUS); 2)
355 Ciclo orçamentário e política de saúde: atribuições dos Conselhos de Saúde; 3) O SUS está
356 subfinanciado: mais dinheiro ou mais gestão? Eis a (falsa) questão!; Contextualização do
357 Processo de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Execução orçamentária e
358 Financeira do SUS: Plano de Governo, Políticas Econômica e Social, Política Fiscal (PPA,
359 LDO e LOA), Política de Saúde (Plano de Saúde). Referências do processo de fiscalização,
360 avaliação transparência e controle da gestão orçamentária e financeira do SUS; Legislação,
361 Planejamento, Conselhos de Saúde, Controle Interno, Controle Externo. Reflexão
362 Preliminar: No setor público só é permitido fazer aquilo que a Lei autoriza... No setor privado
363 é permitido fazer tudo aquilo que a Lei não proíbe. Base Legal do Financiamento:
364 Constituição Federal (Incluindo as alterações promovidas pela Emenda Constitucional
365 número 86/2015): Lei 8.080/90; Lei 8.142/90, Lei Complementar 141/2012, Lei 4.320/64, Lei
366 Complementar 101/2000, Lei Complementar 131/2009; Processo de Planejamento Integrado
367 (a LC 141/2012 resgatou a Lei 8.080/90): SUS enquanto gestão integrada das três esferas
368 de governo: Integração é diferentes de “soma de ações compartamentalizadas” ou da
369 submissão dos estados à união. Visão: elaboração de um “Ciclo Orçamentário Brasileiro do
370 SUS”, com a elaboração de PPA’s, LDO’s e LOA’s federal, estaduais e municipais
371 integrados entre si e com os respectivos Planos de Saúde e Programações Anuais de
372 Saúde. Como: planejamento ascendente e conferências de saúde realizadas anteriormente
373 ao prazo constitucional de apresentação do Plano Plurianual. Obstáculo: calendário eleitoral
374 incompatível para esse fim – eleições municipais em época diferente das realizadas para os
375 níveis federal e estadual. Planejamento ascendente com deliberação dos Conselhos de
376 Saúde: LC 141/2012 (art. 30 parágrafos 1º. a 3º.); Pactuações intermunicipais – Planos e
377 Metas Regionais – Planos e Metas Estaduais – Planos e Metas Nacionais. Para Planejar o
378 SUS é preciso conciliar: Planejamento Estratégico e Planejamento Orçamentário e
379 Financeiro. 2. Ciclo Orçamentário e Política de Saúde – Participação da Comunidade:
380 Diretriz constitucional: (art. 198, inciso III, da CF) e presente na Lei 8.080/90 (artigo 7º.
381 Inciso VII); Norteia o desenvolvimento: das ações e serviços públicos de saúde e dos
382 serviços privados contratados e conveniados no âmbito do SUS. Participação da
383 Comunidade: Lei 8.142/90 (art. 1º. Incisos I e II, Parágrafos 1º. e 2º.); Conferências:
384 Quadriennais ou em caráter extraordinário; propor as diretrizes para a formulação das
385 políticas de saúde. Conselhos: instâncias de caráter permanente e deliberativo; formular a

386 política de saúde e fiscalizar a sua execução, abrangendo os aspectos econômicos e
387 financeiros. Aspectos Econômicos e Financeiros: Instrumentos específicos de Planejamento
388 do SUS: Plano de saúde (quadrienal) e Programação anual de saúde; Gestor da saúde
389 submete para aprovação do Conselho de Saúde. SUS nos instrumentos do ciclo
390 orçamentário: Plano Plurianual (quadrienal), Lei de Diretrizes Orçamentárias (Anual) e Lei
391 Orçamentária Anual; Gestor da saúde submete para aprovação do Conselho de Saúde para,
392 então, enviar ao gestor da área orçamentária e financeira consolidar e encaminhar para
393 apreciação do Poder Legislativo. Atribuições dos Conselhos - (Lei 141/2012 - Art. 3º, VI):
394 Deliberação sobre as despesas com saneamento básico de domicílios ou de pequenas
395 comunidades que serão consideradas como ações e serviços de saúde na prestação de
396 contas do gestor. Pré-requisitos: Gestor apresenta as despesas com saneamento que
397 serão consideradas como ações e serviços de saúde. Essas despesas deverão estar
398 compatíveis com o PPA e o Plano de Saúde, bem como serem programadas na PAS, na
399 LDO e na LOA. Prazo: Indeterminado – antes dos prazos fixados para o envio de projetos
400 de PPA, LDO e LOA para o Poder Legislativo. (Lei 141/2012 – art. 43, parágrafo 1º):
401 Apreciação dos indicadores propostos pelos gestores de saúde para a avaliação da
402 qualidade das ações e serviços públicos de saúde; pré-requisitos: Gestor encaminha a
403 proposta de indicadores; prazo: indeterminado – durante os processos de elaboração e de
404 revisão Plano de Saúde e do Plano Plurianual. Política Fiscal - PPA (Plano Plurianual) – 4
405 anos; LDO (Lei de Diretrizes Orçamentárias) -1 ano; LOA (Lei Orçamentária Anual) – 1 ano;
406 Relatório de Gestão Fiscal (quadrimestre) e de Execução Orçamentária (bimestre). Política
407 de Saúde: Plano de Saúde – 4 anos; Programação Anual de Saúde – 1 ano; Relatórios
408 Quadrimestrais de Prestação de Contas (quadrimestre); Relatório Anual de Gestão (RAG) –
409 1 ano. Obs.: Conselhos de Saúde avaliam e/ou deliberam e/ou indicam medidas corretivas
410 para o(a) Chefe do Poder Executivo (conforme LC 141, art. 41). Ciclo Orçamentário do SUS
411 – PPA/PS-LDO/PAS-LOA/PAS: Planejamento/Execução: Planejar e replanejar – Monitorar –
412 Avaliar – Revisar. Atribuições dos Conselhos – LC 141/2012 (art. 17, parágrafo 3º. e art. 19
413 parágrafo 2º.) – Recebimento (se necessário, cobrança) de informação do Ministério da
414 Saúde sobre os recursos previstos para transferências aos Estados, Distrito Federal e
415 Municípios; processo semelhante em relação às transferências dos Estados para os
416 Municípios. Pré-requisitos: Informação do Ministério da Saúde aos Conselhos de Saúde e
417 aos Tribunais de Contas sobre a previsão de recursos a serem transferidos aos demais
418 entes da Federação. Idem em relação à Secretaria Estadual de Saúde sobre a previsão de
419 recursos a serem transferidos aos Municípios. Prazo: Indeterminado – antes do prazo fixado
420 para enviar o projeto de LOA para o Poder Legislativo. Fundos de Saúde: Antes
421 coadjuvantes e agora protagonistas a partir da Lei Complementar no. 141/2012: - Unidade
422 Orçamentária e Gestora; Instrumento obrigatório para a aplicação dos recursos;
423 Movimentação Financeira Obrigatória: contas vinculadas; Gestor dos Fundos de Saúde são
424 os Ordenadores de despesas: secretário de saúde e/ou responsável com delegação de
425 competência; Ordem cronológica de Pagamentos: relação própria (recurso vinculado),
426 independente do caixa geral; Prestação de contas (aos Conselhos de Saúde e Poder
427 Legislativo); Restos a Pagar (e saldo financeiro no fundo disponível em 31/12. Comprovação
428 da Aplicação em Saúde – empenho, liquidação e pagamento. Fundo de saúde:
429 compatibilidade necessária entre o orçamento e o financeiro. Disponibilidade
430 Orçamentária e financeira do SUS: Estimativa e arrecadação. A receita estimada na LOA:
431 LOA atualizada inclui os créditos adicionais. Este é o contingenciamento proibido se o
432 orçamento disponível estiver abaixo do mínimo. Roteiro Básico da Análise do RPCQ e do
433 RAG: Verificar se as diretrizes para o estabelecimento de prioridades deliberadas pelo
434 Conselho de Saúde foram respeitadas durante a execução orçamentária e financeira; e
435 Verificar se as diretrizes, indicadores e metas do plano de saúde e da programação anual de
436 saúde foram obedecidas durante as ações e serviços públicos de saúde realizados.
437 Relatório da Gestão sobre a Prestação de Contas Quadrimestral – Conteúdo básico (LC
438 141/2012, art. 36). Relatório: Montante e fonte dos recursos aplicados no período, auditorias
439 realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;
440 ofertas e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e
441 conveniada, cotejando esses dados com indicadores de saúde da população em seu âmbito

442 de atuação. A partir da análise do RQPC: Não há previsão na Lei Complementar no.
443 141/2012 de aprovação ou rejeição, mas sim a avaliação da repercussão da LC sobre as
444 condições de saúde e na qualidade dos serviços prestados à população, devendo o
445 Conselho encaminhar ao Chefe do Poder Executivo do respectivo ente da Federação as
446 indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias (art. 41). Não
447 esquecer de protocolar o ofício a ser encaminhado com essas indicações de medidas
448 corretivas e manter em arquivo o protocolo e a cópia do documento encaminhado.
449 Prestação de contas do RAG: O RAG deve incorporar as informações contidas no RQPC do
450 3º quadrimestre, mas adicionalmente, apresentar os demonstrativos e justificativas do gestor
451 a respeito: a) do documento da aplicação mínima legal em ações e serviços públicos de
452 saúde (ASPS) e se as despesas computadas (ou não) para essa aplicação obedeceram ao
453 disposto nos arts. 2º ao 4º da LC 141; b) da disponibilidade em caixa em 31/12 do ano, cujas
454 contas estão sendo analisadas do valor correspondente aos empenhos a pagar (cuja
455 execução financeira ocorrerá no ano subsequente na condição de restos a pagar); c) Da
456 compensação sob a forma de empenho adicional ao mínimo e em dotações específicas das
457 seguintes situações eventuais: restos a pagar cancelados no ano anterior ao do RAG, cujos
458 valores foram originalmente computados para análise do cumprimento da aplicação mínima
459 e aplicação abaixo do mínimo no ano anterior ao do RAG; d) Do cumprimento ou não das
460 metas físicas e financeiras estabelecidas no Plano Nacional de Saúde e na programação
461 anual de saúde; e) Apreciação dos indicadores propostos pelos gestores de saúde para
462 avaliação da qualidade das ações e serviços públicos de saúde (LC 141, art. 41, parágrafo
463 1º). Após análise do RAG: Emissão de parecer conclusivo (aprovação ou reprovação) pelo
464 Conselho de Saúde sobre o RAG, considerando para esse fim o cumprimento ou não dos
465 dispositivos da LC 141, quando da apreciação das contas anuais (art. 41 e art. 36
466 parágrafos 1º e 2º) Transparência: responsabilidade do gestor – LC 141/2012. “Art. 31. Os
467 órgãos gestores de Saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios
468 darão ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, das prestações
469 de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de
470 instituições da sociedade, com ênfase no que se refere a: I – comprovação do cumprimento
471 do disposto na Lei Complementar; II - Relatório de Gestão do SUS; III – Avaliação do
472 Conselho de Saúde sobre a gestão do SUS no âmbito do respectivo ente da Federação.
473 Parágrafo único: A transparência e a visibilidade serão asseguradas mediante incentivo à
474 participação popular e realização de audiências públicas, durante o processo de elaboração
475 e discussão do plano de saúde. Outras atribuições dos Conselhos de Saúde LC 141/2012:
476 a) recebimento (se necessário, cobrança) da informação do Ministério da Saúde sobre o
477 descumprimento dos dispositivos da LC 141/2012 pelos Estados, Distrito Federal e
478 Municípios (art. 39); b) Cobrança e participação na formulação do programa permanente de
479 educação na saúde para qualificar a atuação dos conselheiros, especialmente usuários e
480 trabalhadores, na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução
481 da política de saúde (art. 44); c) Assessoramento ao Poder Legislativo quando requisitados,
482 no exercício da fiscalização do cumprimento dos dispositivos desta LC, especialmente
483 sobre: elaboração e a execução do Plano de Saúde; cumprimento de metas estabelecidas
484 na LDO; Aplicação obrigatória de recursos mínimos; Transparências financeiras fundo-a-
485 fundo, Aplicação de recursos vinculados; e Destinação dos recursos da alienação de ativos
486 do SUS (art. 38). Atribuições exclusivas do Conselho Nacional de Saúde (LC 141/2012):
487 Deliberação sobre a metodologia pactuada na CIT para definição dos montantes a serem
488 transferidos pelo Ministério da Saúde para Estados, Distrito Federal e Municípios para
489 custeio das ações e serviços de saúde; (idem para Conselho Estadual de Saúde em relação
490 ao mesmo processo de pactuação na CIB para recursos a serem transferidos pelas
491 secretarias estaduais aos municípios) (art. 17, parágrafo 1º e art. 19 parágrafo 1º.
492 Deliberação sobre o modelo padronizado dos Relatórios de Prestação de Contas
493 Quadrimestrais e do RAG da União, Estados, Distrito Federal e Municípios e do modelo
494 simplificado desses relatórios para os municípios com menos de 50 mil habitantes (art. 36,
495 parágrafo 4º). Deliberação sobre as normas pactuadas na CIT referente à adoção da
496 modalidade gerencial “consórcios” (art. 21, parágrafo único). 3º) Subfinanciamento do SUS:
497 Por que é importante enfrentar a questão? Os gastos com ações e serviços públicos de

498 saúde, no Brasil, em 2014 foram na base de 3,9% do PIB, enquanto que em países com
499 acesso universal os gastos foram na base de 7,0% do PIB, índice que é a referência mínima
500 para que os sistemas de saúde, além de públicos, possam cumprir a função positiva na
501 redução de desigualdades socioeconômicas. Tal índice representa 79,5% maior que o do
502 Brasil. Por que é importante enfrentar o subfinanciamento do SUS? Gasto público Saúde
503 Brasil: 9% do PIB (200 milhões de pessoas); Gasto Privado de Saúde Brasil (2.014) – 5,0%
504 do PIB – 50 milhões de pessoas. Composto por pessoas com melhores condições
505 econômicas e que ainda recebem subsídios públicos por meio da renúncia ou incentivos
506 fiscais. São recursos que deixam de financiar o SUS em favor do setor privado que,
507 recentemente, foi favorecido mais uma vez com a permissão da entrada do capital
508 estrangeiro na assistência à saúde (para novas atividades). O gasto da União com a Saúde
509 está estagnado em 1,7% do PIB desde 2000, mas com a queda da participação proporcional
510 em relação ao aumento da alocação de recursos pelos estados e dos municípios. A PEC
511 01/2.015 deve ser aprovada e já para obter mais recursos em relação a EC 86/2.015. Contra
512 a aprovação da PEC 143/2015, pois aumenta a DRU (desvinculação das Receitas da União)
513 de 20% para 25%; cria a DRE (desvinculação das Receitas dos Estados e DF): 25% e Cria
514 a DRM (desvinculação das Receitas dos Municípios) 25%. A dupla explosiva será: EC
515 86/2015 + PEC 143/2015 = Perdas consolidadas do SUS. Subfinanciamento do SUS –
516 Conjuntura Política e Econômica: 1) Instabilidade Político-Institucional; 2) Avalanche
517 conservadora contra o estado democrático de direito e a garantia dos direitos constitucionais
518 inscritos na Constituição Federal, inclusive o SUS; 3) Déficit primário desde 2.014: as
519 receitas primárias são menores que a despesa primária (os juros da dívida pública não são
520 computados neste déficit); 4) Crise econômica e Recessão: queda do nível de emprego e
521 renda – Queda da receita da União, dos Estados e Municípios; 5) Ajuste fiscal anunciado
522 pela nova equipe econômica (a partir de 12 de maio de 2016): corte de gastos, inclusive
523 direitos (SUS e seguridade social): nenhuma proposta específica para o corte dos gastos
524 tributários estimados em cerca de 300 bilhões (LDO); 6) O SUS precisa de novas fontes de
525 receitas permanentes, estáveis e exclusivas (com previsão legal de proibição de
526 desvinculação). Novas Fontes de Financiamento para o SUS. Revisão de tributos existentes
527 e/ou criação de novos tributos: 2/3 do orçamento do Ministério da Saúde são transferências
528 para estados e municípios. O Brasil tem 44% menos recursos no orçamento para a saúde
529 pública em comparação aos países com sistemas de acesso universal à saúde (por
530 exemplo, Inglaterra); Sem aumentar o caráter regressivo da tributação existente hoje, que
531 faz com que os ricos paguem menos impostos que os pobres, como proporção de renda que
532 recebem; Mudança do modelo de atenção primária seja ordenadora do cuidado; valorização
533 dos servidores públicos. Você sabia que no Brasil, das 71.440 pessoas no “topo” da
534 pirâmide social, 51.419 receberam dividendos, declararam uma renda medida de R\$ 4,5
535 milhões/ano e pagaram apenas 1,8% de imposto sobre a renda. Em termos internacionais:
536 dos 34 países do OCDE: a) atualmente, apenas 1 isenta os dividendos de tributação: a
537 Estônia; b) A tributação total sobre o lucro (pessoa física + pessoa jurídica) equivale a 43%,
538 sendo 64% na França, 48% na Alemanha e 57% no EUA (no Brasil, equivale a menos de
539 30%). Por isso: a) as novas fontes de receita devem ser decorrência do aumento da
540 tributação da pessoa física que se encontra no topo da pirâmide social; b) Possibilidades
541 concretas no curto prazo (tratando no Congresso Nacional): contribuição sobre (grandes)
542 movimentações financeiras; e tributação sobre grandes fortunas. Não podemos esperar o
543 bolo crescer, para depois distribuir. É preciso que o governo promova a distribuição dos
544 frutos do crescimento econômico, como ocorreu no período 2.004-2.013. Para crescer, é
545 preciso: I – Mudar a política econômica recessiva; II – Rever o ajuste fiscal baseado
546 exclusivamente no corte de gastos públicos e III – que o Congresso Nacional aprove leis
547 que tributem os mais ricos, reduzindo a carga tributária sobre os mais pobres e a classe
548 média por meio da redução da tributação sobre a produção e consumo. Mais recursos ou
549 mais gestão? Eis a (falsa) questão! O SUS precisa de mais recursos para aprimorar a
550 gestão e melhorar a qualidade do atendimento. Gestão pública ineficiente e gestão privada
551 eficiente: Mito ou verdade? Como acusar a gestão pública de ineficiente se com apenas
552 (aproximadamente): R\$ 3,00 pessoa/dia ou R\$ 90,00 pessoa/mês ou R\$ 1.100,00
553 pessoa/ano, ofereceu vacinas para pessoas e animais, consultas, exames, medicamentos,

transplantes, fiscalização aos estabelecimentos que produzem e vendem alimentos entre outros? Basta comparar isto tanto com os valores cobrados pelos hospitais, clínicas e laboratórios privados, quanto pelos planos de saúde para um número de serviços bem menor do que aquele prestado pelo setor privado. Finalizou a apresentação e o conselheiro André Luiz de Oliveira, coordenando a mesa agradeceu ao senhor Francisco Funcia que passou a ouvir e responder aos questionamentos dos conselheiros, sobre a apresentação.

Deliberações: 1) No prazo de 60 (sessenta) dias deverá estar pronto um manual sobre orçamento e financiamento para distribuir entre os conselheiros; 2) Pelo menos, a cada quatro meses deverá ser feito um debate sobre o orçamento e financiamento, tendo em vista que o RAG é um exercício de todos; 3) Promover a articulação de uma reunião dos conselheiros de saúde que estivessem presentes naquele Congresso; 4) Missão para todos os conselheiros: Tendo em vista que no dia 06 de abril, os conselheiros receberam por e-mail, o PNS, com 91 páginas e com todas as propostas, os mesmos deveriam se debruçar sobre os arquivos e fazer uma avaliação e em uma das próximas reuniões do pleno, fazer uma apreciação, ou seja, o PNS deverá ser pautado para uma Reunião Ordinária, oportunamente; 5) Há necessidade de se dar sequência à frente do SUS, com apoio político à essa agenda, junto às assembleias legislativas, bem como buscar uma reunião com os 27 secretários de saúde. Propostas aprovadas por unanimidade. Após o almoço, **EXTRA PAUTA** e com a presença do Ministro da Saúde, **Ricardo Barros**, o conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** na presidência da mesa, passou a acolher os presentes. Apresentou ao Ministro os membros da Mesa Diretora do CNS: Jurandi Frutuoso Silva, Edmundo Dzuaiwi Omore, Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro, Lenir Santos, Francisca Rego Oliveira Araújo, André Luiz de Oliveira e Geordeci Menezes de Souza. Passada a palavra ao Ministro, este saudou os presentes, dizendo que estaria fazendo uma visita aos conselheiros e sugeriu ao Presidente do CNS que concedesse a palavra aos outros presentes, dizendo que preferia falar ao final. Falou sobre a garantia da universalização da saúde, envolvida com o CONASEMS, CONASS, Associações de Médicos, para que se pudesse encontrar um caminho de convergência para a administração. A palavra foi passada ao conselheiro **Edmundo Ezuaiwi Omore**, da Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira, que cumprimentou a todos, e se disse honrado por estar presente. Se dirigiu ao Ministro informando que é índio da aldeia, mora lá e representa a sua organização. Ficou honrado, como liderança indígena e ao mesmo tempo usuário da saúde indígena. Deixou o recado aos companheiros presentes de que não seria à toa que vinha no Congresso e que era grande defensor do Sistema Único de Saúde. Disse também estar falando em nome das crianças e mulheres indígenas, bem como das lideranças e ainda, que não querem retrocesso na política da saúde indígena e que esperava que o Ministro se interagisse com todos para que não houvesse o referido retrocesso, pois o que está pairando na aldeia é a influência partidária. Pediu para o Ministro diálogo com a saúde indígena, com a criança, com o índio, para que o mesmo soubesse o que acontece lá. Agradeceu. O conselheiro **Jurandi Frutuoso Silva**, do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde, cumprimentou a todos e disse que seria um prazer receber a todos e que o Ministro vai ouvir todas as propostas dos conselheiros. Disse ainda que havia uma expectativa sobre a melhoria do sistema de saúde, mesmo ele tendo chegado na hora de crise e falou da prática das pessoas em debater os assuntos de saúde, sobre o financiamento do SUS e sobre a PEC 01. O conselheiro **Rildo Mendes**, representante dos povos indígenas da Região Sul disse que a saúde indígena está um caos e tal problema precisaria ser resolvido imediatamente. A conselheira **Christiane M. Oliveira Costa**, da Federação Brasileira de Hemofilia solicitou garantia de que não houvesse retrocesso na participação do controle social, devendo este, ser mantido. O conselheiro **José Vanilson da Silva** do Movimento Nacional de População de Rua, cumprimentou a todos e disse que sempre morou na rua e conheceu o que é sofrimento e o que é a luta e por isso, hoje é conselheiro do CNS. Como conselheiro leu uma nota a imprensa, que transcrevo a seguir: "**MANIFESTO EM DEFESA DO SUS:** a luta continua! O processo de subfinanciamento histórico do Sistema Único de Saúde (SUS) foi agravado neste ano de 2016 com o início da vigência da Emenda Constitucional nº 86/2015: pela nova regra, o valor da aplicação mínima garantida pela Constituição Federal será equivalente a 13,2% das Receitas Correntes Líquidas da União (RCL), menor que o

610 aplicado em 2015 (14,8%). Para manter o mesmo percentual aplicado em 2015, seriam
611 necessários cerca de 112,4 bilhões; mas, se a área econômica do governo federal em 2016,
612 como tem feito na maioria dos anos desde 2000, liberar recurso orçamentário ao Ministério
613 da Saúde somente no limite do valor mínimo (R\$ 100,3 bilhões), haverá uma redução
614 nominal de cerca de R\$ 12,1 bilhões em comparação a 2015. E, é oportuno lembrar, a nova
615 equipe da área econômica do governo federal está anunciando corte de despesas que
616 poderá ameaçar os direitos sociais conquistados pela sociedade brasileira e inscritos na
617 Constituição Federal. E o que está ruim, poderá ficar ainda pior, se o Senado Federal
618 aprovar (em 2º turno) a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº 143/2015 que
619 aumentará a Desvinculação das Receitas da União (DRU) de 20% para 25% e criará a
620 Desvinculação das Receitas dos Estados e Distrito Federal (DRE) e a Desvinculação das
621 Receitas dos Municípios (DRM): o efeito combinado dessa PEC 143/2015 com a EC86/2015
622 resultará numa redução de recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) nas três esferas de
623 governo de R\$ 44,6 bilhões. Considerando que cerca de 2/3 das despesas do Ministério da
624 Saúde são transferências para Estados, Distrito Federal e Municípios, cortes de recursos do
625 SUS refletirão diretamente na condição de saúde da população em termos de deterioração
626 da qualidade do atendimento nas diferentes unidades de serviços existentes no Brasil:
627 faltará ainda mais recursos para a atenção básica nas unidades de saúde, o programa
628 saúde da família, o programa Mais Médicos, a farmácia popular, a compra de medicamentos
629 e vacinas os serviços hospitalares, a realização de exames, entre outros; fazendo tudo isso,
630 o gasto público em saúde no Brasil não é elevado, muito pelo contrário, é baixo: a despesa
631 per capita do SUS (soma da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios) é de
632 R\$ 1.100,00 por ano para garantir todos essas ações e serviços aos 200 milhões de
633 brasileiros em mais de 5.500 municípios. Isso totaliza cerca de R\$ 220,0 bilhões por ano,
634 valor menor que os gastos com juros da dívida pública (acima de R\$ 500,0 bilhões por ano)
635 ou que os gastos tributários (renúncia de receita equivalente a cerca de R\$ 300 bilhões por
636 ano). Enquanto isso, os planos privados de saúde, beneficiados por isenções fiscais e
637 empréstimos a juros subsidiados, gastaram o equivalente a R\$ 2.818,00 per capita/ano para
638 sua clientela quatro vezes menor. Diante desse quadro, o novo Ministro da Saúde não
639 poderia afirmar como fez logo após tomar posse em 12 de maio de 2.016, que seria preciso
640 reduzir o tamanho do SUS, porque não haveria mais recurso para a garantia do princípio
641 constitucional de que a saúde é “direito de todos e dever do Estado”! A situação do SUS é
642 dramática. Seu colapso pode afetar as condições e a qualidade da atenção à saúde de 200
643 milhões de brasileiros. Na prática, o direito social à saúde está agora mais ameaçado do
644 que antes, diante de manifestações. Na Constituição de 1988, o movimento da reforma
645 sanitária apostou na: Universalização, na integralidade e na equidade dos serviços públicos
646 de saúde e na participação popular. Tais pressupostos são fundamentais, em especial o
647 artigo 196 da Constituição (saúde é um dever do Estado, um direito do cidadão); Porém, são
648 insuficientes para garantir a legitimidade do SUS diante das classes populares e das classes
649 médias. Neste quadro, devemos combater a redução de recursos do Ministério da Saúde e
650 apostar na melhoria da qualidade do gasto, definindo prioridades na alocação de recursos,
651 alertando para o fato de que a maior parte dos problemas de gestão decorre exatamente
652 desta falta de recursos – especialmente na área de recursos humanos; Diante do atual
653 contexto sócio-político-econômico, a unidade da luta institucional, social e popular em
654 defesa do SUS deve conciliar três eixos de ação que podem resolver no curto prazo os
655 efeitos negativos do subfinanciamento do SUS para o atendimento de saúde da população:
656 Apoiar a aprovação em segundo turno na Câmara dos Deputados da Proposta de Emenda
657 Constitucional (PEC) 01-A/2015 – que modifica a Emenda Constitucional nº 86/2015 por
658 meio do aumento do valor da aplicação mínima da União em ASPS para 19,2% da Receita
659 Corrente Líquida e rejeitar a PEC 143/2015 em tramitação (maio/2016) para ser votada em
660 segundo turno no Senado Federal; Defender a criação de uma contribuição sobre as
661 movimentações financeiras (nos moldes da CPMF) e a taxação sobre grandes fortunas
662 como novas fontes exclusivas para o SUS, cujos projetos estão tramitando no Congresso
663 Nacional, de caráter progressivo (quem dispõe de maior capacidade contributiva deve pagar
664 mais) e compartilhado entre a União, os Estados, Distrito Federal e os Municípios, além de
665 uma reforma tributária que promova a justiça fiscal, e; Cobrar do governo federal a mudança

666 da política econômica de caráter recessivo, com o início imediato de um processo de
667 redução da taxa de juros, por outra política voltada para o crescimento econômico com
668 inclusão social". Agradeceu a oportunidade. O conselheiro **Dalmare Anderson Bezerra de**
669 **Oliveira Sá** da Associação Nacional dos Pós Graduandos cumprimentou a todos e disse
670 que no ano passado houve um movimento de mobilização do CNS que foi um marco
671 histórico na saúde pública neste país. Reafirmou que o SUS é uma conquista, um direito do
672 povo brasileiro. Disse que saúde não se negocia, não se diminui e que não havia
673 possibilidade de diálogo com alguém que quisesse diminuir o SUS. Para concluir, disse ter
674 clareza de que o governo interino não se expunha ao povo. Reforçou que não existe SUS
675 sem democracia. O conselheiro **Eni Carajá Filho** do Movimento de Reintegração das
676 Pessoas Atingidas pela Hanseníase, cumprimentou a todos e falou sobre o número
677 significativo de entidades que estariam ali presentes. Solicitou que a Pauta da Hanseníase
678 fosse melhor olhada. Propôs que naquele debate fosse considerado o desabastecimento de
679 medicamentos para todas as doenças. Falou também sobre a questão do subfinanciamento
680 e que o quadro precisaria ser revertido. O conselheiro **Nelson Augusto Moussolini**, da
681 Confederação Nacional da Indústria à oportunidade disse que a saúde não pode ser
682 partidária e sim teria que haver apoio integral às práticas de saúde. Para um país que
683 pretende a saúde universal, ainda tem algo errado. Disse que precisaria melhorar o SUS. A
684 conselheira **Lorena Baia de Oliveira**, do Conselho Federal de Farmácia cumprimentou a
685 todos, deu as boas vindas ao Ministro e disse que a presença dele no Conselho Nacional de
686 Saúde é uma excelente oportunidade de explicação sobre algumas falas que vem sendo
687 apresentadas na imprensa. As pessoas não sabem o que há de verdadeiro dentro do que
688 vem sendo divulgado na imprensa em relação ao fim do Programa Farmácia Popular do
689 Brasil e SAMU. Defendeu o acesso a medicamentos e à assistência farmacêutica integral e
690 de qualidade. Pediu que senhor Ministro explicasse qual será a programação sobre a
691 farmácia popular. Tem tido preocupação sobre a finalização do programa junto com o
692 SAMU. Solicitou a manutenção e ampliação do QUALIFAR-SUS, programa de qualificação
693 da assistência farmacêutica para todo o Brasil e disse também que será necessário dialogar
694 com a gestão para a manutenção de tudo que já foi feito. A conselheira **Carmen Lúcia Luiz**
695 da União Brasileira de Mulheres falou sobre estupro coletivo e que milhares de mulheres
696 têm sido violentadas no Brasil e perguntou se iria haver fortalecimento e manutenção das
697 ações preconizadas nesse protocolo. O conselheiro **Geraldo Adão dos Santos** da
698 Confederação Brasileira dos Aposentados, Pensionistas e Idosos saudou os presentes e
699 solicitou ao Ministro a melhoria do SUS. O conselheiro **Moyses Toniolo de Souza**, da
700 Articulação Nacional de Luta contra a Aids entregou uma carta da sua associação ao
701 Ministro, cujo conteúdo seria a situação da aids no Brasil, uma vez que a doença não
702 acabou. Disse que o SUS tem desafios, mas não estaria perdido. O conselheiro **André Luiz**
703 **de Oliveira**, da Confederação Nacional dos Bispos do Brasil, falou sobre a preocupação da
704 possível tendência a ser enfrentada. Disse que estariam diante de um novo cenário da
705 saúde e ser preocupante a quantidade de pessoas que têm plano de saúde. A conquista do
706 povo brasileiro, que seria o SUS, precisaria ser mantida. Disse também que há uma possível
707 redução do estrangeiro no "Mais Médicos" e que este programa é positivo. Tal assunto seria
708 de extrema preocupação, pois o cenário atual era de muita disposição para resistência. A
709 conselheira **Joana Batista Oliveira Lopes**, da Confederação Nacional dos Odontologistas
710 disse ser estranho que o SUS seja reduzido, pois o mesmo é um direito constitucional. Disse
711 que a população deseja o SUS universal e com qualidade e que os trabalhadores sejam
712 respeitados. Disse ainda que é preciso avançar e acabar com o subfinanciamento da saúde,
713 para isso seria necessário que o Ministério da Saúde tomasse posição forte para cuidar do
714 SUS e o transformasse no que realmente está na Constituição Federal. A conselheira **Ivone**
715 **Martini de Oliveira** do Conselho Federal de Enfermagem disse que os cursos da área da
716 saúde precisariam ser realizados de forma satisfatória e a luta tem sido difícil. Pediu o
717 empenho e o apoio do Ministro. A conselheira **Juliana Acosta Santorum**, da Confederação
718 Nacional dos Trabalhadores na Agricultura disse que aquelas pessoas que fazem o SUS
719 acabam tomando partido das entidades e corporações e para toda a sociedade o SUS é
720 uma conquista. Disse também, que vai ter luta para defender o direito universal à saúde,
721 sobretudo para quem vive no campo, nas florestas e nas águas e que não aceitará nenhum

722 retrocesso. À oportunidade, falou sobre a democracia participativa, que precisaria ser
723 respeitada, bem como o espaço do debate, do conflito. Solicitou tudo em nome do controle
724 social, que muito ainda há de contribuir com o SUS. Falou do respeito ao espaço do CNS,
725 espaço este de definição e formulação do SUS. A palavra, então foi passada ao senhor
726 **Ministro da Saúde – Ricardo Barros**, que disse que estaria à frente do Ministério da Saúde
727 justamente para colocar em prática tudo que foi solicitado pelos conselheiros. . Não
728 precisaria justificar o que não foi dito. Disse que democraticamente seria necessário discutir
729 sobre todas as colocações. A questão que necessitava, no momento, era adequar os
730 direitos à capacidade do estado de colocar a saúde como direito de todos. Disse que iria
731 avaliar todas as questões citadas pelos conselheiros e que, desde Itamar Franco, se tem 1/3
732 a menos do que seria destinado aos indígenas. Partidos disputam o poder. Outros não são
733 parte do governo, sendo que todos os partidos precisam fazer base de coalisão. Deixou
734 claro que tem obrigações inclusive de buscar recursos para financiamento do SUS. A CPMF
735 é vinculada à Previdência e não à Saúde e terá que ser revista. O controle social será
736 determinante na busca do financiamento. A parte do financiamento do SUS hoje representa
737 43% e a média é de 25%, porque os recursos diminuíram. Naquele momento não havia
738 recursos para a saúde. O Congresso acabava de aprovar um déficit de 170 bilhões que não
739 se resolverá a curto prazo. Disse estar determinado a melhorar os recursos para a saúde e
740 até pediu parcerias aos prefeitos para que pudessem melhorar. Disse haver quase 100
741 UPAS prontas e fechadas, ambulâncias sem uso, equipamentos caros e encaixotados
742 porque faltam mão de obra qualificada e as vezes não havia nem rede elétrica suficiente.
743 Disse ainda ser o mau uso do dinheiro público e se propôs a melhorar a qualidade da saúde
744 brasileira. O principal papel seria articular os meios para chegar aos fins desejados. Disse
745 ao conselheiro Rildo que os atrasos nos pagamentos estão ocorrendo desde a época do
746 Ministro Arthur Chioro e atualmente estão tentando, rapidamente, sanar. Falou sobre a
747 farmácia gratuita. As notificações devem existir para que o Ministério fique sabendo e possa
748 resolver. Sobre as olímpiadas acha que poderemos receber as pessoas sem risco,
749 garantindo o sucesso das mesmas. Sobre os planos de saúde disse que o resarcimento
750 aos planos de saúde estão acontecendo e vai ajudar a resarcir ao SUS. Sobre a questão
751 dos “Mais Médicos” disse que iria diminuir os médicos estrangeiros com o objetivo de
752 incentivar os médicos brasileiros e que são vagas legítimas. Quanto à enfermagem, uma
753 das grandes reclamações é que os médicos não apalpam os doentes. Disse que precisamos
754 mais efetividade e informou que a UNASUS vai oferecer mais cursos e melhorar a qualidade
755 da mão de obra. O objetivo do Ministério da Saúde é melhorar a gestão garantindo mais
756 recursos. A saúde pública é prioridade e só será resolvida se todos estiverem juntos, de
757 mãos dadas. No futuro, quando houver mais tranquilidade política poderá fazer um debate
758 mais tranquilo e disse que quer aprender com todos para um futuro melhor. Esperava que o
759 Conselho tivesse a serenidade de esperar o momento certo para decidir e achava prudente
760 aguardar a decisão do Governo Federal. Agradeceu a cortesia por tê-lo recebido. A
761 conselheira **Joana Batista Oliveira Lopes** pedindo a palavra, disse que fez a pergunta
762 sobre o piso salarial do SUS. O Ministro respondendo, disse que a política Nacional de
763 remuneração dos servidores será atendida pela equipe econômica do Governo Federal,
764 considerando o momento em que estamos passando. Espera que na próxima reunião haja
765 melhores resultados e expectativas. O conselheiro Ronald Ferreira dos Santos agradeceu a
766 presença do Ministro e após, solicitou aos conselheiros que permanecessem no local, para
767 falar sobre o ato que iria acontecer na abertura do congresso do CONASEMS. Pidiu para
768 fazer uma conversa inicial sobre a composição das comissões, uma vez que no dia
769 seguinte, seriam iniciados os trabalhos do referido item. Após, agradecendo a paciência e o
770 interesse dos conselheiros, encerrou o primeiro dia da 282^a RO do CNS. Estiveram
771 presentes os seguintes conselheiros: **André Luiz de Oliveira** – CNBB; **Andréa Karolina**
772 **Bento** – ABRALE; **Antônio S. Amaral** – ABRASO; **Arilson da Silva Cardoso** –
773 CONASEMS; **Carmen Lúcia Luiz** – UBM; **Christianne M.Oliveira Costa** – FBH; **Clarice**
774 **Baldotto** – AFB; **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** – FENACELBRA; **Dalmare Anderson**
775 **B. de Oliveira Sá** – ANPG; **Danilo Aquino Amorim** – DENEM; **Deise A. de Souza** – CNC;
776 **Edmundo D. Omore** – COIAB; **Elcyana B. Carvalho** – ABRAZ; **Eni Carajá Filho** –
777 **MORHAN**; **Fernando Zasso Pigatto** – CONAM; **Francisca Rego O. de Araújo** –

778 ABENFISIO; **Geordeci Manezes de Souza** – CUT; **Geraldo Adão Santos** – COBAP;
779 **Gerdo Bezerra de Faria** – CFO; **Gilson Silva** – FS; **Haroldo Pontes** – CONASS; **Heliana**
780 **Hemetério** – ABGLT; **Ivone Martini de Oliveira** – COFEN; **Jani Betânia Souza Capibaribe**
781 – Associação Brasileira de Autismo; **Joana Batista Oliveira Lopes** – FNO; **João Donizete**
782 **Scabolli** – Força Sindical; **João Rodrigues Filho** – CNTS; **José Arnaldo Pereira Diniz** –
783 **FIO**; **José Vanilson da Silva** – MNPR; **Juliana Acosta** – CONTAG; **Juliane G.Z. Castanha**
784 – ABRA; **Jupiara Goncalves de Castro** – FASUBRA; **Lauriluci Farias** – ABRATO; **Liane**
785 **Terezinha de Araújo Oliveira** – FEMAMA; **Lorena Baia** – CFF; **Luiz Alberto Catanoce** –
786 **SINDINAPI**; **Luiz Aníbal V. Machado** – NCST; **Luiz Carlos Medeiros de Paula** – FNAED;
787 **Marcia Patrício de Araújo** – ABRASO; **Maria Angelica Zolin de Almeida** – FENAMEV;
788 **Maria Arindelita N. Arruda** – ABE; **Maria Laura Carvalho Bicca** – FNAS; **Moysés Toniolo**
789 **de Souza** – ANAIDS; **Nelcy Ferreira da Silva** – CFN; **Nelson A. Mussolini** – CNI; **Oriana**
790 **Bezerra Lima** – CFMV; **Renato A. Barros** – CNTSS; **Rildo Mendes** – ARPIN-SUL; **Ronald**
791 **F. Santos** – FENAFAR; **Semiramis Vedovatto** – Conselho Federal de Psicologia; **Sueli Goi**
792 **Barros** – Rede Unida; **Vania Lúcia Ferreira Leite** – PC; **Wanderley Gomes da Silva** –
793 **CONAM**; **Wilen Heil e Silva** – CFFTO; **Zaíra Tronco Salerno** – ASBRAN. No dia seguinte
794 (02/06/2016) dando continuidade à reunião, às 9h30, em seu **ITEM 03 – COMISSÃO**
795 **INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS – CIRH**, com a Coordenação, a conselheira
796 **Francisca Rego Oliveira Araújo** e o Conselheiro **Edmundo Dzuaiwi Omoré**. O
797 conselheiro Ronald de Souza iniciou a reunião, tendo em vista que já havia um número
798 suficiente de conselheiros presentes. Informou os pontos que seriam discutidos/analisados,
799 quais sejam: Relato sobre a Reunião Ampliada realizada em 23/05/2016, no Conselho
800 Nacional de Saúde, Socialização do Decreto 8.754 de 10/05/2016, a Minuta de Resolução
801 sobre cursos à distância e por fim a apresentação e deliberação de pareceres
802 encaminhados. A conselheira **Maria Arindelita Neves de Arruda**, Coordenadora da CIRH,
803 passou a fazer o relato sobre a reunião ampliada, realizada em 23/05/2016. Esta informou
804 que a mesma composta de quatorze entidades que representam as profissões que
805 compõem o segmento dos trabalhadores no CNS, foi aprovada pela Mesa Diretora/CNS e
806 referendada pelo Pleno, na reunião passada. Informou que entre os conselheiros presentes
807 nesta 282ª Reunião Ordinária, havia também representantes da CIRH, que estiveram
808 presentes na reunião ampliada. Passou a dizer que a mesma foi realizada nos dias 23 e
809 24/05/2016 e que, naquele momento, traria um relato sobre ela, sendo que no dia 23
810 foram convidadas as entidades, conselhos, associações de ensino e as federações, ou seja,
811 foram convidados o segmento regulador de associações científicas, o segmento sindical e
812 mais vinte conselheiros que foram designados pelo segmento dos trabalhadores e dos
813 usuários. Como seria do conhecimento de todos, os componentes na CIRH ficaram um
814 pouco temerosos no que diz respeito à realização da reunião ampliada, visto que o dia 23
815 coincidiu com a data da Conferência internacional de Promoção à Saúde e o outro motivo foi
816 a própria conjuntura política atual. Disse que era um momento bem complexo e considerou
817 a reunião muito positiva, pois estaria trazendo resultados. O objetivo da mesma era alinhar
818 as discussões sobre formação e ordenação de recursos humanos em saúde, à favor do
819 SUS, que é um princípio constitucional, que até hoje não se tem feito. Esta seria uma
820 missão que o CNS tinha como deliberada e estaria puxando para os conselheiros, o controle
821 social, para implementar a Constituição Federal. Disse ainda acreditar que o CNS, tomando
822 para ele essa missão, conseguiria cumprir esse objetivo. Disse também, que durante a
823 Reunião Ampliada, ocorreram duas mesas pela manhã, que discutiu a educação, sendo
824 uma sobre a regulação da formação e outra sobre as diretrizes curriculares nacionais, com a
825 presença do Presidente da Câmara Nacional de Educação do Conselho de Educação,
826 professor Erasto. Foi um debate muito bom, onde todos queriam falar e como convidados
827 tiveram a SGET, o representante do MEC, o representante do Conselho Nacional de
828 Educação e vinte conselheiros, os conselhos das quatorze profissões de saúde, as
829 associações da quatorze profissões, a ABRASCO, Rede Unida, CEBES, DENEM e duas
830 universidades que vieram como convidadas. Apresentou as principais sugestões obtidas
831 durante a Reunião Ampliada. Uma das discussões feitas, foi sobre a necessidade de
832 sistematizar o relatório para compartilhar com todas as entidades e para fazer o
833 acompanhamento de como as discussões estariam acontecendo dentro das entidades. Tais

discussões foram levadas para dentro das entidades e tudo que se tem discutido como controle social chegariam até as salas de aulas. Sendo assim, as **Principais sugestões de encaminhamentos** foram: 1) Sistematização do Relatório da Reunião ampliada e compartilhamento/socialização com todas as entidades participantes; 2) Criação de agenda compartilhada, incluindo parceiros nos Estados e municípios para discutir o COAPES; 3) Manutenção de uma agenda sistemática de lutas entre parceiros que tem pautas comuns, para continuar avançando nas discussões; 4) A Rede Unida propôs realização de reunião incluindo Associações de Ensino e Conselhos Profissionais. 5) Realização de uma reunião técnica entre CNS/MS, CETRES/MEC e Câmara Técnica de Educação Superior/CNE, para discutir os cursos com parecer insatisfatórios da CIRH/CNS, que foram deferidos pelo MEC. O professor Erasto se comprometeu a agendar uma reunião, em junho e solicitou que, na ocasião fosse levado levantamento completo sobre os cursos nesta situação; 6) Elaboração de uma Resolução/CNS que falasse sobre sua posição contrária à autorização de todo e qualquer curso de graduação na área de saúde, ministrados na modalidade “educação a distância”, pelos prejuízos que tais cursos podem oferecer à qualidade da formação de seus profissionais, bem como pelos riscos que estes profissionais podem causar à sociedade, posteriormente; 7) Criação de rede, por meio do SUS/conecta, agregando Conselhos Profissionais, coletiva, etc. funcionando como um espaço de discussão, onde pudessem ser sugeridos temas para debates, entre eles, as DCNs dos cursos da área da saúde e a mercantilização dos cursos superiores e técnicos no Brasil; que o espaço virtual seja alimentado com documentos para leitura, inclusive as DCNs dos cursos que já reformularam as suas, com a ideia de construir em conjunto, propostas de princípios comuns a todas as profissões da saúde a serem incluídas em suas DCNs. 8) Agendar novos encontros articulados com as sugestões acima. O conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, com a palavra lembrou que, na linha do complemento do evento, o seminário começou a ser pensado no encontro da Rede Unida, com a presença do CNS e entidades de ensino das categorias e o objetivo do mesmo foi alinhar as discussões sobre formação e ordenação, portanto, um reconhecimento da necessidade de haver para o referido alinhamento, um debate importante, que envolva os dois temas que optaram por aprofundar: uma discussão sobre as diretrizes curriculares nacionais dos cursos e uma discussão do COAPES. Disse ainda, para complementar, que ao final da reunião foi discutido uma série de itens que envolvem tanto das diretrizes curriculares nacionais, como o COAPES, que são importantes para todas as categorias e entidades. Disse que todos perceberam, naquela reunião, que o encontro não poderia acabar naquele momento e sim ter uma continuidade garantida a partir de um conjunto de outros debates. Disse ainda haver necessidade da organização das entidades serem fortalecidas e a Rede Unida assumiu esse papel. O relato sistematizado deveria ser encaminhado pela CIRH para todas as entidades, inclusive as que compõem o CNS, pois seria um instrumento para realização de um debate que envolvesse as diretrizes curriculares nacionais. Somente assim faria sentido se fazer uma nova reunião ampliada dentro de dois ou três meses. Disse também que o Senhor Alexandre participou das duas mesas e foi reconhecido, parabenizado e aplaudido por unanimidade, pela CIRH, pelo trabalho que realizou a frente do Departamento, durante todo este período. O conselheiro **Eni Carajá Filho**, do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase, com a palavra disse que participou da oficina da CIRH e percebeu que a perspectiva de uma maior aproximação do CNS, do Conselho Nacional de Educação e o Ministério da Saúde sempre foi cobrada. Tal proximidade seria fundamental e isto estaria acontecendo. Disse que as entidades que estão pleiteando entrar para a CIRH, estariam contribuindo para o controle social e que os usuários deviam de fato, começar a desmistificar a sua própria proposição e que não estariam por dentro dessa pauta se não se apropriassem do processo, ou seja, o controle social não estaria sendo integral em relação ao mesmo. Havia muito trabalho que deveria ser feito com a integração das entidades. Disse também que a sua entidade, o MORHAN estaria pleiteando participar novamente da CIRH contribuindo para o desenvolvimento do controle social nessa política. O conselheiro **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá**, da Associação Nacional dos Pós-Graduandos somou dizendo que o grande desafio seria: construir uma base de DCNs única para a saúde e aproximar o controle social em nível estadual e municipal à formação do processo de saúde. Disse que

estariam no nível de pensar uma política macro, mas a formação corria num âmbito abaixo. Defendeu não adiantar ter no CNS, a CIRH, que debatesse cada vez mais estas questões, se não tiver uma comissão de RH que debatesse a formação nos Conselhos Estaduais e Municipais e que deveria haver um debate formador em seus estados e cidades. O CNS deveria incentivar tal medida. A conselheira **Maria Laura de Carvalho Bicca**, da Federação Nacional dos Assistentes Sociais, cumprimentou a comissão pela iniciativa e disse achar fundamental a formação e importante a avaliação da educação à distância para o profissional de saúde, bem como a vinculação do campo de trabalho com o que a Universidade discute. Disse ser fundamental que o profissional de saúde estivesse a serviço da sociedade. A conselheira **Semíramis Maria Amorim Vedovatto**, do Conselho Federal de Psicologia disse que esteve na Reunião Ampliada e registrou a sua satisfação, pela grande riqueza dos debates e também sugeriu a ampliação, cada vez mais. A conselheira **Alessandra Ribeiro de Souza**, do Conselho Federal do Serviço Social, parabenizou o CNS pela deliberação da Reunião Ampliada, que soube o quanto foram importantes os momentos de discussão lá existentes. Se reteve mais sobre a questão do ensino a distância, pois a quantidade de profissionais que se têm formado é enorme, com recursos humanos cada vez mais distanciados das necessidades da nossa população e achava importante que o Conselho tomasse uma posição firme principalmente no que diz respeito a atitude que o MEC vinha tendo em relação a formação profissional e ainda, que vem desrespeitando completamente todos os espaços de regulamentação e todas as discussões que vêm sendo feitas em relação ao ensino a distância. A conselheira **Maria Arindelita Neves de Arruda** passou, então, a falar sobre a análise dos processos, reforçando que o processo de análise é longo e árduo, pois se analisa os processos de solicitação de autorização de cursos. Nos processos são vistos qual o projeto pedagógico e as condições que a instituição tem para propor o curso. Disse também que foram nove processos analisados, sendo cinco de autorização (três de psicologia e dois de odontologia); quatro de Reconhecimento (três de Psicologia e um de Odontologia); seis processos insatisfatórios: cinco Psicologia e um de Odontologia; três Processos satisfatórios com recomendações: dois de Odontologia e um Psicologia. Apresentou todas as justificativas e recomendações feitas pela CIRH. Colocados em votação por bloco. Pareceres aprovados como Insatisfatórios (Unanimidade) 1) Processo nº e-MEC 201413168 - Faculdade de Minas BH - Autorização Psicologia; 2) Processo nº e-MEC 201413151 – Centro Universitário Anhanguera de São Paulo – Autorização Odontologia; 3) Processo nº e-MEC 201412900– Faculdade Anhanguera de Porto Alegre - Autorização Psicologia; 4) Processo nº e-MEC 2014409012 - Faculdade Pitágoras de Maceió - Autorização Psicologia; 5) Processo nº e-MEC 201502785 - Faculdade Mineirense - Reconhecimento Psicologia; 6) Processo nº e-MEC 201502257 - Faculdade São Francisco de Assis - Reconhecimento Psicologia. Pareceres aprovados como Satisfatórios com Recomendações (uma Abstenção) 1) Processo nº e-MEC 201501245 – Faculdade de Ciências Gerenciais de Manhuaçu - Autorização Odontologia; 2) Processo nº e-MEC 201502439 – Centro Universitário Euro-Americano - Reconhecimento Odontologia; 3) Processo nº e-MEC 201356919 – Faculdade Machado Sobrinho - Reconhecimento Psicologia. A conselheira **Francisca Rego Oliveira Araújo** falou sobre o **Decreto nº 8.754, de 10 de maio de 2016**, que altera o Decreto 5.773 de 09 de maio de 2006 e dispõe sobre o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições de educação superior e cursos superiores de graduação e sequenciais no sistema Federal de Ensino. O mesmo veio a incluir os cursos de Enfermagem para análise da CIRH. Cópia do referido Decreto foi distribuída a todos os conselheiros, no início da reunião. Nesse momento a Conselheira **Maria Arindelita Neves de Arruda** passou à leitura, para posterior discussão, da Minuta de Resolução sobre formação de recursos humanos, à distância, na área da saúde, resolução esta que passo a transcrever (já com as alterações propostas durante a discussão do item) : **Resolução nº 515, de 03 de junho de 2016** - O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Ducentésima Octogésima Segunda Reunião Ordinária, realizada nos dias 1º, 2 e 3 de junho de 2016, e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de

946 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando que a Constituição Federal de 1988
947 determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas
948 sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao
949 acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e
950 recuperação; considerando que compete ao Sistema Único de Saúde (SUS) a ordenação da
951 formação de recursos humanos na área da saúde; considerando que a Lei nº 8.080/1990
952 dispõe que estão incluídas no campo de atuação do SUS a execução de ações de
953 ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde; considerando que a Lei nº
954 8.142/1990 dispõe que o CNS, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado
955 composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e
956 usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde
957 na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas
958 decisões serão homologadas pelo chefe do poder legitimamente constituído em dada esfera
959 do governo; considerando que a Educação a Distância (EaD) já é um dispositivo aplicado
960 nos cursos de graduação, conforme a Portaria nº 4.059, de 10 de dezembro de 2004, que
961 autoriza às instituições de ensino superior a introduzir, na organização pedagógica e
962 curricular de seus cursos superiores reconhecidos, a oferta de disciplinas integrantes do
963 currículo na modalidade semipresencial, com base no art. 81 da Lei nº 9.394/1996, desde
964 que esta oferta não ultrapasse 20% (vinte por cento) da carga horária total do curso;
965 considerando que, neste caso, já é considerável o tempo para experienciar a metodologia e
966 a tecnologia, em se tratando da área da saúde, tornando desnecessária uma formação em
967 EaD para além dessa realidade; considerando o Decreto nº 58.754/2016, que altera o
968 Decreto nº 5.773/2006, que dispõe sobre o exercício das funções de regulação, supervisão
969 e avaliação de instituições de educação superior e cursos superiores de graduação e
970 sequenciais no sistema federal de ensino; considerando que a oferta de cursos de
971 graduação em Medicina, Odontologia, Psicologia e Enfermagem, inclusive em universidades
972 e centros universitários, depende de autorização do Ministério da Educação (MEC), após
973 manifestação do CNS; considerando a Resolução CNS nº 507/2016, que torna públicas as
974 propostas, diretrizes e moções aprovadas pelas Delegadas e Delegados na 15ª Conferência
975 Nacional de Saúde, com vistas a garantir-lhes ampla publicidade até que seja consolidado o
976 Relatório Final; considerando que as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos
977 de graduação da área da saúde têm em suas competências, habilidade e atitudes
978 prerrogativas de uma formação para o trabalho em equipe de caráter multidisciplinar,
979 interdisciplinar e transdisciplinar, à luz dos princípios do SUS, com ênfase na integralidade
980 da atenção; considerando que a formação para o SUS deve pautar-se na necessidade de
981 saúde das pessoas e, para tanto, requer uma formação interprofissional, humanista, técnica
982 e de ordem prática presencial, permeada pela integração ensino/serviço/comunidade,
983 experienciando a diversidade de cenários/espaços de vivências e práticas que será
984 impedida e comprometida na EaD. RESOLVE: 1) Posicionar-se contrário à autorização de
985 todo e qualquer curso de graduação da área da saúde, ministrado na modalidade Educação
986 a Distância (EaD), pelos prejuízos que tais cursos podem oferecer à qualidade da formação
987 de seus profissionais, bem como pelos riscos que estes profissionais possam causar à
988 sociedade, imediato, a médio e a longo prazo, refletindo uma formação inadequada e sem
989 integração ensino/serviço/comunidade; e 2) Que as Diretrizes Curriculares Nacionais
990 (DCNs) da área de saúde sejam objeto de discussão e deliberação do Conselho Nacional de
991 Saúde (CNS) de forma sistematizada, dentro de um espaço de tempo adequado para
992 permitir a participação, no debate, das organizações de todas as profissões regulamentadas
993 e das entidades e movimentos sociais que atuam no controle social, para que o Pleno do
994 Conselho cumpra suas prerrogativas e atribuições de deliberar sobre o Sistema Único de
995 Saúde (SUS), sistema este que tem a responsabilidade constitucional de regular os recursos
996 humanos da saúde. RONALD FERREIRA DOS SANTOS - Presidente do Conselho Nacional
997 de Saúde. A conselheira **Francisca Rego Oliveira de Araújo** solicitou palavra para propor
998 acrescentar nos “considerandos” que as DCNs para os cursos da saúde e em suas
999 competências, habilidades e amplitudes, a prerrogativa do trabalho em equipe, a luz dos
1000 princípios do SUS, com ênfase na integralidade da atenção e ainda considerando que a
1001 formação para o SUS deve ser pautada na necessidade de saúde das pessoas, para tanto,

1002 requer uma formação humanista, técnico e prática, que integrar o ensino, serviço e
1003 comunidade com objetivo de atender as necessidades de saúde das pessoas. A formação à
1004 distância inviabiliza e compromete a prática. O conselheiro **Nelson Augusto Moussolini**, da
1005 Confederação Nacional da Industria, disse que em nosso país se deixa de fiscalizar as
1006 coisas e passa a proibir. Disse ainda não saber se o melhor caminho seria proibir ou criar
1007 uma regulamentação efetiva para que os cursos à distância fossem feitos na forma correta,
1008 tal como deveria ser. No mundo inteiro tem sido aplicado os cursos a distância e os mesmos
1009 têm funcionado, mas teria que ter regulamentação e fiscalização. O conselheiro **Eni Carajá**
1010 **Filho**, do MORHAN disse achar importantíssimo fazer de fato uma posição contrária, uma
1011 vez que as pessoas não estariam presentes em tempo total ou parcial na área da saúde. A
1012 conselheira **Nelcy Ferreira da Silva**, do Conselho Federal de Nutricionistas disse que
1013 estaria de acordo com a proposta da resolução, mas achava que deveria fazer menção ao
1014 Decreto que define 20% da carga horaria do curso ser a distância. O conselho poderia ser
1015 questionado pelo Decreto, uma vez que pelo menos esse percentual poderia ser à distância.
1016 A conselheira **Maria Arindelita Neves de Arruda** disse que entende que o ensino em saúde
1017 exige a prática, motivo pelo qual há necessidade da presença, a fim de que o estudante
1018 entre em contato com a comunidade, visto que a teoria fundamenta a prática. O aluno deve
1019 aprender fazendo junto com o professor. Na área da saúde o contato com as pessoas é
1020 fundamental. A conselheira **Alessandra Riberio de Souza**, do Conselho Federal do Serviço
1021 Social, falou que mais uma vez referendava sobre a importância da resolução que estaria
1022 sendo discutida no momento e a importância da sua aprovação. Já se tem inúmeros
1023 exemplos do quanto essa formação a distância tem afetado negativamente a formação de
1024 recursos humanos. Sugeriu acrescentar um “considerando”, uma vez que o Decreto limita
1025 a possibilidade em 20% do ensino a distância, dentro do ensino da graduação. Sugeriu
1026 também que no item um da resolução, quando fala sobre refletir uma formação inadequada,
1027 acrescentar “sem integração ensino e serviço”. A conselheira **Jupiara Gonçalves de**
1028 **Castro**, da FASUBRA, disse ser contra o ensino a distância em qualquer percentual.
1029 Ponderou a questão dizendo que não seria porque é lei que teria que ser seguida. Disse que
1030 o ensino à distância faz mal também ao ensino técnico. Precisaria indicar o caminho.
1031 Solicitou que o CNS se posicionasse firme contra o referido ensino. O conselheiro **Moyses**
1032 **Toniolo de Souza** da Articulação Nacional de Luta contra a Aids, deu apoio às conselheiras
1033 que são contra o ensino à distância. Disse ainda que hoje em dia, as novas metodologias se
1034 tornaram uma exploração mercadológica que se tornou um negócio no país e que gera
1035 lucro. Achou que tem que ter cuidado. O conselheiro **João Rodrigues Filho**, da
1036 Confederação Nacional dos Trabalhadores em Saúde parabenizou a CIRH e disse que após
1037 quase três anos, o MEC e o Ministério Público se posicionaram sobre o ensino à distância. A
1038 conselheira **Ivone Martini de Oliveira**, do Conselho Federal de Farmácia, pensando no
1039 usuário, é contraria a formação de profissionais de enfermagem à distância. O CFF estaria
1040 sempre acompanhando a tecnologia, que nem sempre atende no todo. No caso de cursos
1041 de especialização seria válido, mas na graduação seria complicado. A conselheira **Maria**
1042 **Laura de Carvalho Bicca**, da Federação Nacional dos Assistentes Sociais disse que o valor
1043 do curso presencial deveria constar na resolução. Disse que toda essa fundamentação feita
1044 na Reunião precisaria estar expressa de forma mais concreta nesta Resolução, como por
1045 exemplo, os aspectos que todos têm defendido sobre os motivos dos cursos presenciais
1046 serem mais fortalecidos. O conselheiro **André Luiz de Oliveira**, da Confederação Nacional
1047 dos Bispos do Brasil disse aprovar cursos à distância somente para os cursos de
1048 aperfeiçoamento e atualização, mas, para a graduação defendeu o princípio da
1049 humanização, que seria encostar no paciente, que ainda não é virtual. O conselheiro
1050 **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá**, da Associação dos Pós Graduandos isse que
1051 os cursos à distância prejudicam os professores que, inclusive, perdem trabalho. A
1052 licenciatura também exige prática. Disse que não se pode pensar no ensino à distância
1053 como única provisão. Haveria também que se pensar numa assistência estudantil mais
1054 adequada para reduzir este tipo de ensino. O conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho**
1055 **Pontes** lembrou que a resolução vem sendo construída ao longo de muito tempo. Defendeu
1056 que a mesma fosse aprovada como estava. O conselheiro **Edmundo Dzuaiwi Omore** da
1057 COIAB registrou que em relação ao curso à distância, de fato, muita gente se forma e quer

1058 competi com o índio que não tem curso. Para o índio não é novidade. Disse que tem muita
1059 gente que na área de saúde que não tem nada a ver com a saúde. É favorável à resolução,
1060 com conceito e critério. Como usuário, a preocupação maior seria com o curso à distância,
1061 pois há que se ter critério. O conselheiro **Danilo Aquino Amorim**, da DENEM disse que a
1062 discussão principal seria: que tipo de profissional se quer formar e que tipo de atendimento
1063 se poderia dar ao Sistema Único de Saúde. Disse ser inviável a graduação à distância e
1064 também ser muito importante saber qual o perfil do profissional de saúde que se quer
1065 formar. Ainda se formam profissionais que não garantem os direitos à população. O
1066 conselheiro **Nilton Pereira Júnior**, da ABRASCO disse ser a falta de contato com a
1067 realidade e o exercício da crítica reflexiva. Todos estariam cada vez mais numa formação
1068 tecnicista dirigida à doença e não ao paciente. O mercado público de trabalho está
1069 ameaçando a vida das pessoas. Disse que para contribuir, o impacto dessa formação na
1070 sociedade não seria só a médio e a longo prazo e sim seria imediato. A partir do momento
1071 em que o profissional fosse colocado no trabalho, já estaria ameaçando a vida das pessoas.
1072 Sugeriu alterar o texto do item um. No item dois achou que deveria ser mais enfático, visto
1073 que as diretrizes curriculares não poderiam ser apenas objeto de discussão e sim de
1074 deliberação do Conselho. A conselheira **Nelcy Ferreira da Silva**, da CFN falou sobre o
1075 decreto 5.622 de 2005 que versa sobre os 20% de possibilidade de ensino à distância.
1076 Informou que a Portaria 4.059 de 10/12/2004, permite o uso da educação à distância em
1077 disciplinas ou conteúdos, desde que corresponda a 20% da carga horária dos cursos de
1078 graduação devidamente reconhecidos no ensino superior federal e privado. O Decreto
1079 ratifica a Portaria de 2004. Em relação ao item dois também entendeu que tem uma
1080 extensão grande e se lembrou de uma deliberação que foi feita no Pleno, anos atrás, sobre
1081 os cursos noturnos. Disse acreditar que estivessem incluídos no item dois e que, à época,
1082 indagou como estariam previstas as práticas. A resposta foi de que seriam feitas no período
1083 noturno também, porque os estudantes precisariam conhecer como vivem as pessoas em
1084 situação de rua. O conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** disse que apenas iria deixar
1085 registrado que, sendo este um momento histórico, iria conseguir aprovar a resolução e,
1086 tendo em vista que teria que sair para uma reunião, deixava o seu voto favorável a
1087 aprovação, incluindo as alterações sugeridas, que deveriam ser disponibilizadas para os
1088 conselheiros e para o arquivo final. Colocada em votação a resolução foi aprovada com 01
1089 (uma) abstenção. A conselheira **Francisca Rego Oliveira Araújo** informou que as
1090 alterações sugeridas seriam feitas. À oportunidade agradeceu a presença de várias pessoas
1091 na reunião. A conselheira **Clarice Baldotto** pedindo a palavra questionou sobre o item da
1092 pauta referente à socialização do decreto 8.754/16. Esclareceu que a coordenadora da
1093 CIRH disse que o mesmo já havia sido socializado, mas discordava porque alguns pontos
1094 importantes não foram colocados, principalmente porque se referiam a reclamações da
1095 coordenação sobre o fato do MEC não acatar os pareceres feitos pela comissão. Citou o
1096 artigo 28 caput, bem como os seus parágrafos 2º e 4º do referido Decreto, que deixavam
1097 claro que a CIRH apenas se manifestaria sobre reconhecimento e abertura de cursos e que
1098 isso deveria ser analisado, sendo assim desta forma, o trabalho da CIRH perderia
1099 importância. **ITEM 04 – APRESENTAÇÃO DA CONSOLIDAÇÃO DO PLANEJAMENTO**
1100 **DO CNS – TRIÊNIO 2015/2016.** Coordenação: **Geordeci Menezes de Souza** - Conselheiro
1101 Nacional de Saúde e **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**- Conselheiro Nacional de Saúde.
1102 Apresentação: Prof. **Antônio Cardoso** da UFBA. Com a palavra o professor Antônio
1103 Cardoso, que se apresentou e disse que a parte mais difícil seria a gestão do plano.
1104 Entendia que o mesmo não estaria completamente pronto e que poderia ser modificado,
1105 pois ações haveriam de ser inseridas ou excluídas. O produto deveria ser aperfeiçoado ao
1106 longo do tempo e de forma participativa. O objetivo geral foi elaborar um plano estratégico
1107 para o CNS para o período 2016/2018, feito da forma mais participativa possível,
1108 exatamente porque parte desse objetivo geral seria comprometer os conselheiros e o CNS
1109 na execução do plano. Disse ser essa a grande vantagem de se trabalhar de forma
1110 participativa e que existiam quatro objetivos específicos, a saber: 1) validar a missão do
1111 CNS; 2) realizar uma análise de situação do CNS; 3) elaborar um plano de ação do CNS
1112 para o período; e 4) reconhecimento mútuo dos conselheiros e colaboradores. Participaram
1113 cerca de cento e vinte pessoas entre conselheiros e colaboradores. O método usado foi

1114 inspirado no “Planejamento Estratégico Situacional” de Carlos Matos, e o processo foi
1115 desenvolvido em duas oficinas, sendo a primeira com a função de discutir missão e fazer
1116 uma análise de situação e a segunda teve a principal função de elaborar o plano de ação.
1117 Informou que todos trabalharam o tempo todo numa lógica de grupo de trabalho e plenária.
1118 Após, o planejamento chegou no momento tático operacional, qual seja a gestão plano.
1119 Disse estar entendendo que o processo do planejamento seria uma continuidade da
1120 primeira parte, que foi muito produtiva inclusive para os técnicos. Cada grupo trabalhou
1121 quatro desafios na lógica da problematização e depois, pensando em ações que poderiam
1122 enfrentar e solucionar esses problemas. O primeiro grupo trabalhou: a) o desafio do
1123 fortalecimento em relação ao caráter deliberativo e democratização dos órgãos de controle
1124 social; b) o desafio da educação permanente dos conselheiros de saúde; c) o desafio da
1125 articulação dos órgãos de controle social; d) o desafio da comunicação do CNS com a
1126 sociedade, em defesa do SUS e do direito à saúde. O segundo grupo trabalhou com outros
1127 quatro desafios: a) o desafio da ampliação do acesso à atenção integral em saúde com
1128 qualidade em regiões sub-servidas e para grupos vulneráveis; b) o desafio do financiamento
1129 e da alocação dos recursos financeiros; c) o desafio da participação dos órgãos de controle
1130 na formulação das políticas públicas d) o desafio da participação dos órgãos de controle na
1131 regionalização e na gestão regionalizada do SUS. À oportunidade, o prof. Antônio disse que
1132 cada um desses quatro desafios sempre corresponderia a uma certa diretriz do plano
1133 anterior do próprio Conselho. O terceiro grupo trabalhou outros quatro desafios: a) o desafio
1134 da valorização do trabalhador e da desprecarição das relações de trabalho no SUS; b) o
1135 desafio da educação permanente no SUS; c) o desafio da ordenação e regulação pelo CNS
1136 da formação profissional em saúde; d) o desafio da política de saúde do trabalhador. O
1137 quarto e último grupo trabalhou: a) o desafio da instituição de uma política de informação,
1138 educação e comunicação em saúde coerente com os princípios do SUS; b) o desafio da
1139 pesquisa e do desenvolvimento tecnológico na saúde; c) o desafio da pesquisa e da
1140 incorporação tecnológica no SUS; d) o desafio da proteção dos participantes da pesquisa.
1141 Informou que dois desafios praticamente não foram trabalhados, quais sejam: da instituição
1142 de uma política de informação, educação e comunicação em saúde coerente com os
1143 princípios do SUS e o desafio da educação permanente no SUS. Portanto esses dois
1144 desafios não se traduziram em objetivos estratégicos e se relacionariam as diretrizes do
1145 plano anterior do CNS, que era: participar da formulação e controle da execução da política
1146 de gestão de trabalho e educação permanente em saúde e acompanhar o desenvolvimento
1147 e a incorporação de tecnologia e insumos estratégicos no SUS. Essa foi a segunda oficina
1148 que foi começada retomando o tema da missão e após, construído o plano de ação a seguir.
1149 **Missão Final:** Defender o Sistema Único de Saúde público, universal e de qualidade,
1150 mobilizando a sociedade brasileira em defesa do estado democrático e do direito à saúde e
1151 participando da formulação e monitoramento da política nacional de saúde, fortalecendo o
1152 caráter deliberativo do controle social. Ações Propostas organizadas por Objetivos
1153 Estratégicos - Objetivo I – Fortalecer e qualificar o processo de trabalho da Mesa Diretora,
1154 Pleno e Comissões do CNS; Objetivo II – Fortalecer e promover a articulação com os
1155 demais órgãos de controle social do SUS; Objetivo III - Aperfeiçoar a Política de Educação
1156 Permanente do Controle Social; Objetivo IV - Instituir uma Política de Comunicação Social
1157 do CNS em defesa do SUS e do Direito à Saúde; Objetivo V – Lutar por financiamento
1158 suficiente e alocação eficiente dos recursos financeiros do SUS; Objetivo VI - Qualificar a
1159 participação do Controle Social na formulação e avaliação das políticas de saúde; Objetivo
1160 VII - Promover a participação dos conselhos de saúde na regionalização e na gestão do
1161 SUS regional; Objetivo VIII - Promover a valorização do trabalhador e a desprecarição das
1162 relações de trabalho no SUS; Objetivo IX – Apoiar a implementação da Política Nacional de
1163 Educação Permanente no SUS; Objetivo X - Ordenar e regular a formação profissional em
1164 saúde; Objetivo XI - Contribuir para a implementação da Política Nacional de Saúde do/a
1165 Trabalhador(a); Objetivo XII – Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento tecnológico na área
1166 da saúde e sua incorporação pelo SUS. Logo, os dezesseis desafios foram traduzidos em
1167 doze objetivos estratégicos, lembrando que os desafios quatorze, quinze e dezesseis, que
1168 diziam respeito à área de ciência e tecnologia e sua incorporação pelo SUS, já haviam sido
1169 unificados pelo grupo em um único desafio, nas duas oficinas. Para cada objetivo, se tinha

1170 uma planilha que apresentava o problema original que foi trabalhado pelo grupo, a ação
1171 necessária e viável para enfrentar o problema, o desafio que estava referido a isso, o
1172 produto de cada ação, o responsável e o tempo (cronograma). Nem todos os grupos
1173 definiram o cronograma e o responsável pela ação. A conselheira **Nelcy Ferreira da Silva**
1174 disse que achava que seria necessário dar mais atenção ao momento, pois seria um plano
1175 de trabalho para três anos e sentiu o plenário esvaziado e disperso. Agradeceu a disposição
1176 do Prof. Antônio por estar apoiando o Conselho, voluntariamente, com tanto empenho e
1177 qualidade no trabalho. Sugeriu que os conselheiros pudessem fazer contribuições a partir
1178 dos próximos tópicos. Disse ainda, que sentiu falta da inclusão da equipe técnica no
1179 primeiro objetivo. O conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, com a palavra propôs
1180 o seguinte **encaminhamento**: Tendo em vista ser inegável que o plenário estivesse
1181 esvaziado, uma vez que os conselheiros estariam em outras atividades naquele mesmo
1182 congresso, sugeriu que para as próximas reuniões fosse construída pauta com aquele
1183 assunto e que ali fosse apenas uma apresentação do prof. Antônio, que, por sua vez,
1184 informou que já havia encaminhado o material para os conselheiros Ronald e Kátia e a
1185 Secretaria Executiva/CNS e que a sua ideia seria que o material fosse encaminhado para os
1186 conselheiros, para que estes, após estudo, apresentassem no Pleno todos as dúvidas e
1187 discussão se chegassem a uma versão final. **Encaminhamento aprovado por**
1188 **unanimidade dos presentes**. O prof. Antônio, então, continuou a apresentação, lendo
1189 apenas os objetivos e as ações, pois, caso contrário, seria necessário, pelo menos, uma
1190 hora e meia só de leitura. **Encaminhamento: O CNS deveria indicar os responsáveis**
1191 **para algumas áreas, dentro do planejamento, para que o trabalho fosse completado**.
1192 Além disso, a maioria das ações que não tivesse o cronograma definido, tendo em
1193 vista a última sistematização do plano, também deveriam ser completadas. A
1194 conselheira **Francisca Rego Oliveira Araújo** agradeceu e encerrou a reunião na parte da
1195 manhã. O conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, à oportunidade, disse que boa parte
1196 das ações já estavam sendo executadas, como, por exemplo, a questão da formação
1197 educacional que já teria uma resolução elaborada e aprovada. Também já estariam
1198 conseguindo fazer outra ação concreta que seria a materialização da mobilização Nacional
1199 em Defesa do SUS. Disse haver necessidade de apontar um dia nacional para
1200 apresentação da Defesa do SUS. **Encaminhamento: No dia 24/06 seria feito uma**
1201 **mobilização intitulada “São João de Luta em Defesa do SUS”**. Para tal mobilização
1202 deveria ser indicado um conselheiro Nacional responsável, por estado, para com o objetivo
1203 de dividir responsabilidades. Também deveriam ser produzidas 50 a 60 camisetas. A partir
1204 desse momento, começou-se a fazer as indicações dos conselheiros que representariam os
1205 seus estados no dia 24/06, São João de Luta em Defesa do SUS. **Oriana Bezerra Lima**
1206 (Piauí/Terezina) ; **Semírames Maria Amorim Vedovatto** e **Heliana Neves Hemetério dos**
1207 **Santos** (Paraná); **Moysés Toniolo de Souza** (Bahia) ; **Zaíra Tronco Salerno**, **José**
1208 **Arnaldo Pereira Diniz** e **Vânia Lúcia Ferreira** (DF); **Nilton Pereira Júnior**, **Renato**
1209 **Almeida de Barros** e **André Luiz de Oliveira** (MG); **Marcos** (CE); **Willen Heil e Silva**,
1210 **Clarice Baldotto** e **Nelcy Ferreira da Silva** (RJ); **Wanderley Gomes da Silva** (AP);
1211 **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá** (SE); **Edmundo Dzuaiwi Omore** e **Antônio**
1212 (MT); **Jupiara Gonçalves de Castro**, **Luiz Alberto Catanoce**, **Andréa Karolina Bento**(SP);
1213 **Carmen Lúcia Luiz** (SC); **José Vanilson Torres da Silva** (RN). Encerrada a parte da
1214 manhã neste dia. Retornando, às 14h para a continuidade com o **ITEM 06 –**
1215 **APRESENTAÇÃO DAS PLANILHAS CONSOLIDADAS COM AS INDICAÇÕES DAS**
1216 **ENTIDADES NACIONAIS E DO CNS PARA COMPOSIÇÃO DAS COMISSÕES** -
1217 Coordenação: **Mesa Diretora, (André Luiz de Oliveira, Geordeci Menezes de Souza,**
1218 **Francisca Rego Oliveira Araújo, Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro, Edmundo Dzuaiwi**
1219 **Omore, Ronald Ferreira dos Santos)**. O conselheiro **André Luiz de Oliveira** informou que
1220 no dia anterior a Mesa Diretora, se reuniu, para fazer proposta de destrarvar o assunto das
1221 comissões (exceto CONEP). A sugestão oferecida, não seria definitiva e sim apenas uma
1222 propositura, acreditando, inclusive que poderia ser aperfeiçoada. Foram feitas
1223 considerações iniciais dizendo que tal apresentação foi feita através de passos
1224 metodológicos para que o pleno entendesse ser interessante, estratégico, viável e pudesse
1225 validar e debruçar novamente na próxima reunião dos fóruns para avançar mais no assunto.

1226 O conselheiro passou fazer às considerações devidas: A Resolução 513 do CNS, definiu
1227 que teríamos dezoito Comissões a serem recompostas, a saber: (exceto CONEP), I –
1228 Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição – CIAN; II – Comissão Intersetorial de
1229 Vigilância em Saúde – CIVS; III – Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações
1230 de Trabalho – CIRHRT; IV - Comissão Intersetorial de Ciência, Tecnologia e Assistência
1231 Farmacêutica – CICTAF; V - Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da
1232 Trabalhadora – CISTT; VI – Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento –
1233 COFIN; VII – Comissão Nacional de Ética e Pesquisa – CONEP; VIII – Comissão
1234 Intersetorial de Educação Permanente para o Controle Social do SUS – CIEPCSS; IX –
1235 Comissão Intersetorial de Atenção a Saúde nos Ciclos de Vida (Criança, Adolescente,
1236 Jovem, Adulto(a) e Idoso(a) – CIASCV; X – Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher –
1237 CISMU; XI – Comissão Intersetorial de Saúde Mental – CISM; XII – Comissão Intersetorial
1238 de Saúde Indígena – CISI; XIII – Comissão Intersetorial de Políticas de Promoção da
1239 Equidade (População Negra, LGBT, População em Situação de Rua, Campo, Floresta e
1240 Águas, Povos e Comunidades Tradicionais) CIPPE; XIV – Comissão Intersetorial de
1241 Atenção à Saúde de Pessoas com Patologias (DSTAIDS, Tuberculose, Hanseníase,
1242 Hepatites Virais, Diabetes e outros) CIASPP; XV – Comissão Intersetorial de Atenção à
1243 Saúde de Pessoas com Deficiência - CIASPD; XVI - Comissão Intersetorial de Atenção à
1244 Saúde Suplementar (CISS); XVII – Comissão Intersetorial de Promoção, Proteção, Práticas
1245 Integrativas e Complementares em Saúde – CIPPSPICS; XVIII – Comissão Intersetorial de
1246 Saúde Bucal – CISB. Disse que lembrando um pouco mais da Lei 8.080, teria no seu Art. 13
1247 – A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangeia,
1248 em especial, as seguintes atividades: I – Alimentação e nutrição; II – saneamento e meio
1249 ambiente; III – vigilância sanitária e farmacoepidemiologia; IV – recursos humanos; V-
1250 ciência e tecnologia; VI – saúde do trabalhador (...). Disse que, portanto, poderia considerar
1251 as mesmas temáticas como permanentes. Na Resolução 513 houve duas incorporações: 1
1252 – Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT) e 2 –
1253 Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT),
1254 atualmente com 34 e 36 componentes, ao total respectivamente. A quarta consideração foi
1255 que a mesma resolução 513 promoveu seis agregações de temáticas e/ou políticas, a saber:
1256 II – Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde – CIVS; IV – Comissão Intersetorial de
1257 Ciência e Tecnologia e Assistência Farmacêutica – CICTAF; IX – Comissão Intersetorial de
1258 Atenção à Saúde nos Ciclos de Vida (Criança, Adolescente, Jovem, Adulto (a) e Idoso(a))–
1259 CIASCV; XIII - Comissão Intersetorial de Políticas de Promoção da Equidade (População
1260 Negra, LGBT, População em Situação de Rua, Campo, Floresta e Águas, Povos e
1261 Comunidades Tradicionais) CIPPE; XIV – Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde de
1262 Pessoas com Patologias (DSTAIDS, Tuberculose, Hanseníase, Hepatites Virais, Diabetes e
1263 outros) CIASPP e a XVII – Comissão Intersetorial de Promoção, Proteção, Práticas
1264 Integrativas e Complementares em Saúde – CIPPSPICS. A quinta consideração, tendo em
1265 vista a Deliberação do Pleno do CNS na 281ª Reunião Ordinária, de 05 e 06 de maio/2016
1266 que deu prazo de 20 dias a contar do dia 09/05 (ou seja até o dia 28/05) para as entidades
1267 nacionais encaminharem seus pleitos e ou interesses, na composição das comissões foi:
1268 Estabelecer como órgão de prioridade no interesse de composição: a) Entidades Nacionais
1269 que compõem o Pleno atual atendendo ao limite de participação em até 9 comissões; b)
1270 Entidades Nacionais que foram habilitadas no pleito eleitoral mas que não foram eleitas
1271 (portanto não fazem parte do Pleno atual); c) Entidades Nacionais em outras situações (por
1272 ex.: entidades que compõem as comissões atualmente e não fazem parte do Pleno e
1273 entidades que não foram habilitadas ou não disputaram o pleito eleitoral do CNS. Como
1274 sexta consideração e partindo do princípio que cada entidade que pleiteia compor
1275 comissões deveria ter pelo menos (como referência): ter interesse em contribuir com alguma
1276 política ou temática; ter compromisso específico com a temática ou política em questão e
1277 preocupação em indicar representantes com perfil mínimo e sugerido para as comissões
1278 pleiteadas. Como uma outra consideração e partindo da premissa que nas comissões do
1279 CNS, há o objetivo magno de assessorar o pleno, promovendo o ambiente de formulação,
1280 produção e até aperfeiçoamento de todos (as), mas entendo que não deveria e muito menos
1281 poderia ser um ambiente de disputa de espaços nem de ideologias e muito menos para

1282 capacitação básica naquela temática tratada pela comissão. Partindo do princípio que cada
1283 representante participante das comissões têm um perfil orientador de ter como referência: 1)
1284 motivação e interesse pessoal em participar e contribuir; 2) compromisso total com a
1285 comissão pretendida; 3) afinidade com a temática; 4) disponibilidade de tempo e de agenda
1286 em contribuir com a comissão; 5) disposição para propor, elaborar e redigir propostas de
1287 resoluções, recomendações e moções para apreciação do Pleno; 6) disposição para propor,
1288 elaborar e redigir minutas de pareceres; 7) equilíbrio e discernimento para mediar debates;
1289 8) serenidade e respeito com o (a) próximo(a) para uma boa convivência em grupo; 9) pró
1290 atividade e destreza na execução das tarefas; 10) objetivo e coerência com as atitudes de
1291 elaboração. A mesa Diretora, após participar de discussões prévias nos fóruns de usuários e
1292 trabalhadores propôs alguns encaminhamentos para facilitar o início da discussão do
1293 processo de recomposição das comissões do CNS, a saber: 1) partindo da premissa de que
1294 sempre defendemos a proposta de reorganização ou recomposição das comissões com a
1295 intensão de promover um reordenamento, mas nem sempre com a ideia de inclusão e com
1296 vistas de agregar forças e experiências e como ficou estabelecido o prazo final de 28/05
1297 para encaminhamentos de pleitos com limite de 9 pleitos/entidades ou interesses de cada
1298 entidade; considerando que esta data coincidiu com sábado e muitas entidades não tem
1299 funcionamento normal neste dia e que a data foi precedida por um feriado e
1300 operacionalmente possa ter causado algum transtorno para o envio oficial do pleito ao CNS,
1301 propôs prorrogar o prazo de aceite dos pleitos das entidades até a véspera do início deste
1302 Reunião Ordinária (282^a), ou seja, até as 23h59min de 31/05, terça feira. 2) Diante das
1303 circunstâncias e das necessidades de apresentar uma metodologia amadurecida e já
1304 testada da composição das atuais comissões pelo percentual de segmentos, foi proposto:
1305 Metodologia do espelho, ou seja, a discussão inicial de recomposição deverá partir da
1306 proporção dada por segmentos na composição atual da respectiva comissão. Ex. comissão
1307 a: 40% usuários + 30% trabalhadores +30% prestador e gestor. Então que esse percentual
1308 fosse replicado para o início dos debates das comissões; 3) Como houve seis comissões
1309 que ocorreram agregação de forças, a saber... II - Comissão Intersetorial de Vigilância em
1310 Saúde – CIVS; IV – Comissão Intersetorial de Ciência e Tecnologia e Assistência
1311 Farmacêutica – CICTAF; IX – Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde nos Ciclos de
1312 Vida (Criança, Adolescente, Jovem, Adulto (a) e Idoso(a))– CIASCV; XIII - Comissão
1313 Intersetorial de Políticas de Promoção da Equidade (População Negra, LGBT, População
1314 em Situação de Rua, Campo, /Floresta e Águas, Povos e Comunidades Tradicionais)
1315 CIPPE; XIV – Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde de Pessoas com Patologias
1316 (DSTAIDS, Tuberculose, Hanseníase, Hepatites Virais, Diabetes e outros) CIASPP; XVII –
1317 Comissão Intersetorial de Promoção, Proteção, Práticas Integrativas e Complementares em
1318 Saúde – CIPPSPICS; ... E sempre pensando no fortalecimento e na inclusão de forças ao
1319 debate do controle social, foi proposto: para as seis comissões que tivermos agregações,
1320 ampliar o número de componentes (estabelecendo como limite máximo o numero atual da
1321 CISTI, que era de 34 participantes, incluindo a coordenação e a coordenação adjunta. 4) Se
1322 caso fosse escolhida a metodologia do espelho para o cálculo proporcional por segmentos
1323 nas entidades e o aumento para 34 vagas para aquelas comissões que ocorreram
1324 agregações o calculo deveria ser pela média dos segmentos em cada comissão original.
1325 Ex.: **Usuários:** Com A 60%; Com B 50%; Com C 30% - Média para nova composição 47%.
1326 **Trabalhadores:** Com A 30%; Com B 20%; Com C 50% - Média para nova composição 33%.
1327 **Prestador/Gestor:** Com A 10%; Com B 30%; Com C 20% - Média para nova composição
1328 20%. 5) Com os novos critérios aprovados poderia validar a composição de algumas
1329 comissões que ficaram com o número de pleitos inferior ao número de vagas e que iriam
1330 fechar com a configuração estabelecida pelos encaminhamentos a saber: Informou que
1331 tiveram das dezoito, como a CONEP não entra, logo então seriam dezessete, duas em que
1332 para o limite de 22 vagas, tiveram para a Saúde Bucal 11 pleitos, deixando bem claro que os
1333 dados colocados são da planilha original, ou seja, até o dia 28/05/2016. Portanto, poderia
1334 ser alterado, pois se alterar o prazo teriam cinco a seis entidades entrando com seus pleitos.
1335 Logo, teríamos: a) comissão Intersetorial de saúde bucal - 11 pleitos; b) Comissão
1336 intersetorial de Saúde Indígena – 15 pleitos; se sim devolveria aos fóruns para definirem a
1337 titularidade e a suplência nas mesmas inclusive com a proposta de composição da

coordenação e coordenação-adjunta. Disse também que surgiu uma ideia de última hora, que, como as duas comissões foram feitas com uma quantidade de pleitos menor do que o número de vagas, abriria a possibilidade, se o Pleno assim entendesse e validar, de abrir uma repescagem e uma recomposição para essas comissões e para aquelas que não foram atendidas pelos pleitos iniciais. 6) Com os novos critérios aprovados poderíamos validar o mesmo raciocínio operacional para as comissões que tiveram ampliação do número de vagas para 34 (se caso fosse aprovado) para aquelas comissões que fossem fundidas, e ficariam com número de pleitos inferior ao número de vagas e que iriam fechar a configuração estabelecida pelos encaminhamentos a saber: 1) Comissão Intersetorial de Políticas de Promoção a Equidade: 28 pleitos; 2) Comissão Intersetorial de Promoção, Proteção, Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – 31 pleitos; 3) Comissão Intersetorial de atenção à Saúde de pessoas com patologias – 33 pleitos; Lembrou que se o Pleno aprovasse, seria aceita a repescagem de ingresso de cinco ou seis entidades e assim, poderia ser que mudasse o cenário. E se alguém dessas cinco ou seis comissões retardatárias requeressem um pleito, poderia ser que passasse de 34. Disse que não se deve esquecer que estaria na condição da planilha básica de 28/05. Se sim, devolveria aos fóruns para definirem a titularidade e a suplência nas mesmas inclusive com a proposta de composição da coordenação e coordenação adjunta; 7) Devido a urgência de prazos, quanto aos encaminhamentos para operacionalização das conferências temáticas em Saúde da Mulher e Vigilância em Saúde, deveria ser priorizado o debate a *posteriori* pelas mesmas. A ideia seria que assim que fosse validada a metodologia, que sempre se iniciasse por estas temáticas devido a urgência de fazer valer, principalmente tendo em vista para as conferências temáticas já convocadas e validadas em resolução, seria necessário operacionalizar as suas etapas prévias. Iniciar por: 1) Comissão Intersetorial de saúde da Mulher; 2) Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde. Se sim, estabeleceria o fluxo para os fóruns. Se não, pactuaria a composição nesta Reunião Ordinária, sendo que a Mesa Diretora deveria trazer a minuta ou proposta de regimento interno das duas respectivas conferências temáticas para a próxima 283^a. R.O. do CNS (07 e 08 de julho) uma proposta de Regimento Interno para apreciação; 8) Avançar a discussão da composição das comissões pela seguinte ordem, lembrando que as discussões começariam pelas temáticas de saúde da Mulher e Vigilância em Saúde e após pelas temáticas permanentes inseridas na Lei 8080: A) Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher – CISMU; B) Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde – CIVIS; C) Comissão Intersetorial de Ciência Tecnologia e Assistência Farmacêutica – CICTAF; D) Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição – CIAN; E) Comissão Intersetorial de saúde do Trabalhador e Trabalhadora (CISTT); F) Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Trabalho (CIRHRT); avançando iriam para a G) Comissão Intersetorial de Saúde Mental (CISM); H) Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar (CISS); I) Comissão Intersetorial de Atenção à Pessoas com Deficiência (CIASPD); J) Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde nos Ciclos de Vida (CIASCV); K) Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o Controle Social do SUS (CIEPCSS); Obs: Em momento oportuno haveria uma discussão da recomposição da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa – CONEP. 9) Encaminhar a planilha estratificada e atualizada dos pleitos das entidades consideradas aptas para todos os conselheiros titulares e suplentes na próxima semana. 10) Na próxima Reunião Ordinária do CNS também deveria discutir a composição das coordenações das comissões, se possível, com a discussão e articulação prévia dos fóruns. O conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** agradeceu a apresentação do Conselheiro André Luiz e disse que esse foi o resultado da reunião da Mesa Diretora até tarde da noite do dia anterior e que essa seria a proposição diante do quadro da composição das comissões. Uma vez aprovando ou fazendo os ajustes necessários seria dada sequência ao roteiro, naquela ordem de prioridade. Com a palavra, o conselheiro **Jose Vanilson Torres da Silva** solicitou esclarecimento quanto as datas para entregar a composição das comissões, A dúvida foi esclarecida. O conselheiro **José Arnaldo Pereira Diniz** solicitou que fosse enviada a apresentação para os conselheiros ou, basicamente, a questão do perfil de quem poderia ser indicado para as comissões. Nesse momento, o Fórum dos trabalhadores solicitou 10 a 15 minutos, para conversarem a respeito e voltar. A conselheira **Andréa Karolina Bento** parabenizou a apresentação e falou

que sobre a prorrogação do prazo, que não se poderia apresentar com prazo vencido, pois passaria a ser ilegítimo e imparcial. Disse que a maneira mais correta seria apresentar outro prazo após a validação, ou seja, que se tivesse um prazo para todos se manifestarem. O conselheiro **Eni Carajá Filho** falou sobre as comissões estruturantes, que estaria definido no conceito político, que a Comissão de Educação Permanente para o Controle Social do SUS seria estratégica, no sentido de ser transversal. Elogiou o trabalho da Mesa Diretora e potencializou o CNS no sentido de acolher e fechar todas as comissões. O conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes** parabenizou o trabalho e disse achar que o principal era que devia-se resolver o mais rápido possível. Pelo que observou, havia duas questões iniciais: uma questão dizia respeito ao prazo e outra ao tamanho das comissões, discussões estas que poderiam ser vencidas rapidamente. **Propôs: 1) conceder um novo prazo para apenas aquela entidades que não mandaram seus pleitos de jeito nenhum; 2) acatar a sugestão de ampliação das comissões.** Pedindo licença, o conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** informou a todos que já havia encaminhado o material (a apresentação feita pelo conselheiro André Luiz de Oliveira) para o fórum dos usuários. A conselheira **Maria Laura de Carvalho Bicca** cumprimentou a mesa pelo esforço e disse que a apresentação ajudou a acomodar uma série de questões. Disse que teria uma dúvida em relação ao prazo e gostou da razoabilidade da proposta do Conselheiro Haroldo. Disse que estariam em um prazo de negociação e perguntou se haveria uma margem, de no caso por exemplo, não desse para acomodar cinquenta candidatos na saúde do trabalhador e tal proposta fosse enviada, estaria eliminada. Disse que gostou das alterações e por último gostaria de saber se na questão da Saúde Mental, da CONEP e mais alguma comissão que já estaria constituída, ainda que provisoriamente, as mesmas poderiam ser alteradas, pois não apontou candidatos para composição da comissão de Saúde Mental, tendo em vista que foi entendido que estaria fechada. Gostaria de saber se para esse assunto o fórum poderia debater. O conselheiro **Willen Heil e Silva** cumprimentou e disse que ficou na dúvida em relação a ampliação do número de vagas das comissões que foram compactadas, como no caso da Comissão de Proteção, Promoção e Práticas Integrativas Complementares em Saúde. Com a ampliação teriam 34 e teve 31 pleitos. Disse que não houve oportunidade de fazer pleitos a mais nas entidades que não compunha o FENTAS, ou o CNS e gostaria de saber se haveria oportunidade de aumentar também o número de vagas para estas entidades que não compõem o CNS. A conselheira **Christianne Maria de Oliveira Costa** respeitou o cumprimento do dia 28 e achou que iria ter maior complexidade em ampliar o prazo. Alguns iriam acabar privilegiando quem detém a informação, no caso, quem estaria presente ao atual evento. Se fosse prorrogar, que fosse publicado no site do CNS. Ou deveria ampliar o direito para outras entidades participarem ou então fecha na organização no que foi feito. O conselheiro **Nilton Pereira Júnior** parabenizou e disse que no sentido de inclusão e participação, achava importante prorrogar o prazo e o mais relevante seria primeiro tomar cuidado para não definir perfil, porque não seria esse o objetivo. Gostaria que realmente a comissão funcionasse posteriormente, sempre respeitando o espaço para discussão. Disse que vivem um profundo ataque aos direitos sociais e não se pode construir frentes amplas de atuação, portanto, corre o risco de esquecer quais são as construções amplas. Devia-se preocupar com pautas que são estruturantes e ampliar a participação de entidades que não teriam espaço em outro lugar. O conselheiro **Breno de Figueiredo Monteiro** disse já estar contemplado com a fala de outro conselheiro e que se fosse para abrir um novo prazo, teria que abrir para todos. O conselheiro **Moyses Toniolo de Souza** disse que gostou das propostas com relação ao perfil das entidades. Achava que o mais difícil seria participar colaborando no serviço da comissão. Teria que olhar também a pertinência do campo de atuação das entidades que pleitearam determinadas comissões. E outra questão, seria que, como algumas comissões foram fundidas, o aumento do quantitativo também ajudaria. O conselheiro **Wanderley Gomes da Silva** disse que a questão do prazo não foi secreta e mesmo assim algumas entidades tiveram dificuldades para cumpri-lo. Trazer as entidades pelo critério apresentado ajudaria a reforçar a participação daquelas que não compõem o CNS. Se preocupou com a ampliação do prazo, tendo em vista que se isso acontecesse, gostaria de saber como seria conciliado, tendo em vista a necessidade imperiosa de definir de imediato duas comissões –

Vigilância em Saúde e Saúde da Mulher. Por último disse que o perfil seria algo relativo, pois não pode ser absoluto. Caberia à entidade definir o perfil de quem iria compor a comissão. O conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** disse achar que o prazo de 31 de maio não seria prorrogação. Não se prorroga aquilo que já passou e devia acatar aquelas que surgiram entre os dias 28 e 31. O grande problema que poderia ter nas comissões era exatamente a falta de perfil das pessoas as quais as entidades indicariam para compor as comissões. Teriam que solicitar às entidades que foram agraciadas com vagas nas comissões, que procurassem atender aquele perfil, ou seja, precisariam indicar pessoas que viessem a ajudar a Assessoria do Pleno. A conselheira **Sueli Terezinha Goi Barros** concordou com o que o conselheiro Moyses e falou sobre a potencialidade que cada entidade tem para agregar e construir nas comissões e no Sistema Único de Saúde. Disse que teriam um papel fundamental no avanço das políticas atuais, e ainda, que deveriam ser indicadas pessoas que, de fato, iriam contribuir com o Conselho, pois estariam vivendo um momento muito delicado. O conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** achou que todos entenderam o espírito da Mesa Diretora e que seria necessário tomar uma posição política quanto à confusão dos prazos e o tamanho das comissões. O espaço de 20 dias foi totalmente democrático e amplamente divulgado. O fato de se abrir um novo prazo, na possibilidade de participar da comissão não significaria que estariam sendo antidemocráticos, seria apenas uma adequação temporal. O que estaria tentando fazer no momento seria pactuar algo justo que permitisse avançar. Propôs que se possa prorrogar até às 24 horas daquele dia (02/06/2016). Disse também que não teria havido outras divergências e a discussão exclusiva seria apenas sobre o prazo. Lembrou que o Plenário teria autoridade para decidir a questão. A conselheira **Maria Arindelita Neves de Arruda** disse achar que deveria prorrogar por mais tempo e aceitar quem entregou até na segunda feira. Disse que a incorporação das comissões seria a coisa mais importante que teriam naquele momento. Se prorrogasse, seria até na próxima sexta-feira, dia 10/06. O conselheiro **Luiz Anibal Vieira Machado** disse que, seguindo o mesmo caminho da conselheira Maria Arindelita, as entidades teriam que saber que teriam mais prazo para se inscrever. A conselheira **Christianne Maria de Oliveira Costa** propôs a prorrogação até o dia 10/06. A conselheira **Denise Torreão Corrêa da Silva** propôs que não deveria prorrogar, por ter sido muito discutido e as pessoas poderiam ter entregue até segunda feira. Precisaria remover do site, a publicidade que foi dada. O conselheiro **Nelson Augusto Mussolini** entendeu que não deveria ser prorrogado, apenas enfatizou que o prazo que terminou no sábado deveria ser prorrogado até na segunda-feira, portanto, quem apresentou no dia 31/05 (terça-feira), já estaria fora. O conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes** deixou claro que achava errado qualquer prorrogação, pois foi amplamente divulgado e precisam encaminhar a questão, tendo em vista que têm comissões que precisariam funcionar. Disse ser favorável a acatar aquelas que encaminharam até o dia 30. O conselheiro **Willen Heil e Silva** informou que algumas instituições receberam informações errôneas do CNS e não tiveram oportunidades de fazer seus pleitos. Entidades do Governo, que são estruturantes, como a Anvisa, a Coordenação de Práticas Integrativas e Promoção à Saúde, não tiveram oportunidade de pleitear. Propôs ampliar o prazo e aceitar somente até o dia 31/05 ou naquele dia até as 24h e/ou até sexta-feira. O conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** informou sobre a metodologia do espelho, ou seja, utilizar na composição das comissões, as proporcionalidades que se tem atualmente. O que precisaria ser resolvido seria o prazo para acatamento dos pleitos: a Mesa Diretora propôs até o dia 31; o conselheiro **Nelson Augusto Mussolini** propôs até o dia 30; e tem uma proposta de prorrogação de prazo. A partir daí poderiam dar sequência aos desdobramentos: 1º: Prorroga ou não; 2º: Se não prorrogasse, o prazo seria dia 31 ou dia 30; 3º: Se prorrogasse seria para o dia 10. Nesse momento foi dado 10 minutos de intervalo para o fórum dos trabalhadores fazer uma discussão. O conselheiro Ronald agradeceu a objetividade dos odontólogos, pois trouxeram uma possibilidade de solução. Disse que haveriam duas deliberações, na prática, para se tomar: uma dizia respeito a nove itens que foram apresentados e outra a respeito do tamanho das comissões, de qual critério de preenchimento do numero de vagas, pois não houve manifestação contrária a respeito da proposta que a Mesa Diretora trouxe. Com exceção do debate que seria feito separadamente a respeito dos prazos de pleitos colocou

1506 em consulta aos conselheiros(as) sobre a proposta que a Mesa Diretora trouxe: Metodologia
1507 do Espelho e Ampliação do número de membros das comissões agregadas. Por uma
1508 questão de ordem acatada, houve uma proposta de prorrogação do prazo com alguns
1509 condicionantes, que foram pactuados: a) a prorrogação seria apenas para aquelas
1510 entidades que cumprissem aqueles quatro critérios e que não haviam ainda encaminhado os
1511 pleitos no período anterior; b) as entidades que já teriam registro dos seus pleitos do CNS,
1512 já teriam seus pleitos registrados. Então apenas aquelas que não solicitaram os pleitos, a
1513 prorrogação seria até o dia 10 de junho. A proposta do Conselheiro Nelson Augusto
1514 Mussolini foi mantida. Logo, teriam duas proposições, lembrando que uma delas, a da
1515 prorrogação seria para que pudessem já a partir desta Reunião Ordinária, compor as
1516 Comissões Estratégicas, que faziam parte da proposta que a Mesa Diretora trouxe, quais
1517 sejam: as duas comissões das conferências (Vigilância em Saúde e Saúde da Mulher), bem
1518 como da Saúde Indígena e Saúde Bucal. Resumindo: pelo Conselheiro Ronald, houve três
1519 propostas: 1) prorrogar o prazo para as entidades que não encaminharam seus pleitos, para
1520 o dia 10/06; 2) as entidades que encaminharam até o dia 30, estariam dentro do prazo e
1521 aptas a participar da composição; 3) O prazo seria dia 31/05. Colocado em votação: **e o**
1522 **prazo foi prorrogado até o dia 10 para as entidades que não encaminharam seus**
1523 **pleitos ou que encaminharam com atraso: aprovada com 25 votos, 4 contra e 1**
1524 **abstenção.** Colocado em votação também o **conjunto de critérios apresentados pela**
1525 **Mesa Diretora. Aprovado com duas abstenções.** Portanto, a Mesa Diretora ainda teria a
1526 tarefa de, naquele dia, apresentar aos fóruns, os cálculos para que fizessem a discussão
1527 para apresentação das entidades que iriam compor as seguintes comissões: Vigilância em
1528 Saúde, Saúde da Mulher, Saúde Indígena e Saúde Bucal. O conselheiro **Geordeci**
1529 **Menezes de Souza**, com a palavra, disse que quando a proposição chegou ao fórum dos
1530 usuários, seria a proposta de abrir ou reabrir o prazo para os pleitos até o dia 10, para as
1531 entidades que ainda não se manifestaram, pudessem apresentar seus pleitos para as
1532 comissões, com exceção destas quatro comissões. Logo, já que decidiu prorrogar, teriam
1533 que colocar em votação a proposta que estaria vinculada à possível prorrogação: O Pleno
1534 concordou com a proposição de que, para as quatro comissões supracitadas não mais
1535 poderia haver pleitos. Se o Pleno concordasse, os fóruns iriam definir quem seria titular e
1536 suplente, quem seria o coordenador e coordenador adjunto. Se o Pleno não concordar,
1537 significaria dizer que, para todas as dezessete comissões seriam abertas as possibilidades
1538 de pleitos até o dia 10. Ratificando o pacto feito: colocado em votação: Os conselheiros e
1539 conselheiras que estivessem de acordo em definir as quatro comissões no presente dia: O
1540 Pleno concordou, com três abstenções, que as comissões abaixo pudessem ser compostas
1541 no presente dia, quais sejam: Saúde Indígena, Saúde Bucal, Vigilância em Saúde e Saúde
1542 da Mulher. A conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite** teve dúvida quanto ao fato de o
1543 coordenador adjunto poder ser conselheiro suplente. Dúvida esclarecida e que sim. O
1544 conselheiro Ronald esclareceu também que o que se iria procurar compor naquela reunião
1545 seria a composição das comissões por entidades. O conselheiro **José Arnaldo Pereira**
1546 **Diniz** trouxe a possibilidade de, se conseguir vencer as prioridades, poderiam se debruçar
1547 sobre a Comissão de Promoção, Proteção e Práticas Integrativas. O conselheiro **Moyses**
1548 **Toniolo de Souza**, disse que para se definir, teria que ver o espelho e agora teriam que ter,
1549 minimamente, a lista de entidades que se inscreveram. O conselheiro **Rildo Mendes** disse
1550 que quinze entidades solicitaram participar da CISI. A composição da CISI sempre reservou
1551 uma vaga para um indígena de cada região do Brasil, ou seja, seriam vinte. A conselheira
1552 **Denise Torreão Corrêa da Silva**, apenas complementou o que o conselheiro Moyses falou.
1553 Antes de discutir nos fóruns, para fechar, haveria que se ter o quantitativo. Colocado em
1554 votação, o Pleno concordou, com três abstenções, que as comissões abaixo pudessem ser
1555 compostas na presente reunião, quais sejam: Saúde Indígena, Saúde Bucal, Vigilância em
1556 Saúde e Saúde da Mulher. Nesse momento, os fóruns passaram a discutir sobre a
1557 composição destas comissões. O conselheiro **Renato Almeida de Barros**, pedindo a
1558 palavra, se reportou a assunto anterior e falou que um pouco mais cedo buscou
1559 esclarecimento sobre a proposta de se fazer uma atividade no dia 24/06. Disse ter feito
1560 consulta aos seus pares, sobre o evento e sentiu que o aprovado pelo CNS foi uma
1561 proposição bastante tímida, pela situação em que se está vivenciando no país, que coloca

1562 em risco todo o controle social. Tinha o entendimento que o CNS deveria ser o protagonista
1563 em defesa do SUS. Caminhando nesse sentido em Minas Gerais já se tinha tomado a
1564 decisão de fazer algumas atividades para a defesa do SUS. Disse que no dia anterior foram
1565 colocadas nas ruas mais de dez mil pessoas e no dia seguinte repetiria a mesma ação
1566 chamada pelos movimentos sociais. Disse ainda que o Conselho Estadual de Saúde de
1567 Minas Gerais já estaria chamando a Plenária do Conselho de Saúde no sentido de fazer
1568 uma discussão, além de eleger coordenador de plenária e chamar os movimentos sociais
1569 dentro do mês de junho para fazer a defesa do SUS. Disse que outros conselhos presentes
1570 à reunião também teriam o entendimento de que o CNS estaria sendo bastante tímido nas
1571 ações propostas, pois os fatos estariam ocorrendo em Brasília e seria necessário que
1572 houvesse uma ação convocando o controle social, bastante incisiva. Solicitou rever o
1573 formato que foi dado para a ação de 24/06. O conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** se
1574 reportando à fala do Conselheiro Renato, disse que o CNS tem tentado não ser tímido e que
1575 houve um ato nacional junto com diversos movimentos em defesa da segurança social.
1576 Esteve na frente do INSS de diversos estados brasileiros, na frente da Previdência, também
1577 chamando e mobilizando, mas infelizmente, não seria automático. Algumas entidades não
1578 atenderam ao chamado do CNS, porém estaria fazendo o seu papel e tem ocupado todos
1579 os espaços possíveis para dar resposta. No entanto o CNS não é uma entidade e sim uma
1580 instituição do Estado Brasileiro e tem respeito à posição do conselheiro. Estaria
1581 acontecendo nesta semana, a Jornada Nacional em Defesa do SUS. Algumas afirmações
1582 sobre o protagonismo do CNS precisariam ter aderência à realidade, pois, caso contrário,
1583 corriam o risco de confundir o papel das diferentes instituições. O CNS estava convocando a
1584 estrutura dos conselhos do Brasil todo para o dia 24, bem como também para diversos
1585 outros espaços. O Conselheiro **Renato**, pedindo a palavra disse que valorizava a presença
1586 do CNS em alguns espaços em momentos oportunos e importantes. Sobre a ponderação
1587 por ele colocada e que os conselhos estaduais fizeram, era de que as ações estavam se
1588 dando em Brasília e colocou que houve a chamada do controle social, mas que essa
1589 iniciativa da convocação deveria partir do CNS. Quanto as outras ações, a maioria dos
1590 estados estaria realizando. O conselheiro Ronald informou que tem sido frustrante construir
1591 agenda, calendários de luta, pactuar um conjunto de ações do controle social e na hora da
1592 materialização, se sentir órfão. A perspectiva seria de se fazer um grande movimento em
1593 Brasília para entregar à Presidenta Dilma Rousseff o relatório da 15ª Conferência Nacional
1594 de Saúde no dia 05/08, o que já tinha sido colocado no planejamento do CNS. Porém havia
1595 necessidade de uma mobilização de norte a Sul do Brasil com urgência e esse era o motivo
1596 de se fazer essa mobilização no dia 24/06, onde haveria uma grande presença, em Brasília,
1597 em defesa do SUS. Nesse momento, os fóruns se reuniram e após o Conselheiro Dalmare
1598 Anderson Bezerra de Oliveira Sá, do fórum de usuários passou a informar que houve
1599 consenso para a Comissão de Saúde Bucal, como sendo ARPIN-SUL, COBAP E ABRA
1600 (TITULARES); COIAB, SINTAP (CUT), FENACELBRA E GERONTOLOGIA (SUPLENTES).
1601 Em relação a Saúde Indígena, teriam: ARPIN-SUL, CNBB, COIAB, PASTORAL DA
1602 CRIANÇA, FPCONSISE e UNE (TITULARES). Houve uma série de discussão entre os
1603 conselheiros. O conselheiro Edmundo Dzuiwi com a palavra, disse que na sua concepção,
1604 as cinco entidades inscritas já estariam contempladas, porém pediu aos colegas usuários
1605 que o prazo passasse para o dia 10. Disse que a composição das comissões é uma questão
1606 muito delicada e que quando houve proporção estariam faltando cinco regiões. O
1607 conselheiro **Dalmare** propôs como encaminhamento: tendo em vista que havia 6 vagas para
1608 titulares e 5 para suplentes para a Comissão de Saúde Indígena e foram preenchidas 5
1609 titulares, as demais regiões poderiam encaminhar o seu pleito até o dia 10. Daquelas que
1610 enviassem, uma seria titular. A conselheira **Carmen Lúcia Luiz** propôs, por uma questão de
1611 ordem: se vai abrir o pleito até o dia 10, qualquer comissão que se fechasse na presente
1612 reunião, inclusive a Comissão da Saúde da Mulher ficaria prejudicada. Disse ainda que não
1613 inviabilizaria uma Conferência, se fechasse a Comissão de Saúde da Mulher naquele dia ou
1614 daí a 10 dias. Propôs que não fechasse a comissão naquele dia e esperasse a grade
1615 acontecer. O conselheiro Ronald respondendo a questão de ordem da conselheira Carmen,
1616 disse que foi votado que iria definir a Comissão de Saúde da Mulher e chegou-se a
1617 conclusão de que na Comissão de Saúde Indígena haveria possibilidade de adiar. Disse

1618 ainda que ficou deliberado que, pelo menos as quatro comissões seriam discutidas na
1619 presente Reunião Ordinária. O conselheiro **Eni Carajá** disse que quanto à Saúde Indígena,
1620 pela resolução 435, cada comissão teria o direito de compor dois coordenadores, mais dez
1621 titulares e mais dez suplentes. Logo, a Comissão de Saúde Indígena teriam 22 vagas.
1622 Sugeriu que reservasse para a CISI as cinco regiões para que sejam compostas nas vagas
1623 remanescentes, contemplando assim as regiões e as entidades que pleitearem. O
1624 conselheiro Ronald perguntou se haveria consenso entre os usuários de se colocar a
1625 questão da Saúde Indígena para o dia 10. O Fórum respondeu que as vagas que faltaram
1626 para preencher, os usuários poderiam pleitear. Houve mais discussões. O conselheiro **Rildo**
1627 **Mendes** da Região Sul pediu para registrar em ata que as regiões brasileiras teriam
1628 titularidades na Comissão Indígena, desde 1996. Após outras discussões, o conselheiro
1629 **Ronald** disse ter uma questão de ordem, na condição de Presidente, para cumprir e que foi
1630 votada, qual seja: haveria um ato em Defesa do SUS, na Assembleia Legislativa do Ceará,
1631 naquele mesmo dia, às 19h. Se remeteu a uma pactuação que foi feita, de interromper a
1632 Reunião Ordinária, às 18h30 e a discussão seria retomada a partir desse ponto, no dia
1633 seguinte. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: **Alessandra Ribeiro de Souza** –
1634 **CFESS**; **André Luiz de Oliveira** – CNBB; **Andréa Karolina Bento** – ABRALE; **Antônio S.**
1635 **Amaral** – ABRASO; **Arilson da Silva Cardoso** – CONASEMS; **Breno de Figueiredo**
1636 **Monteiro** – CNS; **Carmen Lúcia Luiz** – UBM; **Christianne M.Oliveira Costa** – FBH;
1637 **Clarice Baldotto** – AFB; **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** – FENACELBRA; **Dalmare**
1638 **Anderson B. de Oliveira Sá** – ANPG; **Danilo Aquino Amorim** – DENEM; **Deise A. de**
1639 **Souza** – CNC; **Denise Torreão Corrêa da Silva** – CFFO/ FENTAS; **Edmundo D. Omore**
1640 – COIAB; **Elcyana B. Carvalho** – ABRAZ; **Eni Carajá Filho** – MORHAN; **Fernando Zasso**
1641 **Pigatto** – CONAM; **Francisca Rego O. de Araújo** – ABENFISIO; **Geordeci Manezes de**
1642 **Souza** – CUT; **Geraldo Adão Santos** – COBAP; **Gerdo Bezerra de Faria** – CFO; **Gilene**
1643 **José dos Santos** – SINTAPI/CUT; **Gilson Silva** – FS; **Haroldo Pontes** – CONASS;
1644 **Heliana Hemetério** – ABGLT; **Ivone Martini de Oliveira** – COFEN; **Jani Betânia Souza**
1645 **Capibaribe** – Associação Brasileira de Autismo; **Joana Batista Oliveira Lopes** – FNO;
1646 **João Donizete Scabolli** – Força Sindical; **João Rodrigues Filho** – CNTS; **José Arnaldo**
1647 **Pereira Diniz** – FIO; **José Vanilson da Silva** – MNPR; **Juliana Acosta** – CONTAG;
1648 **Juliane G.Z. Castanha** – ABRA; **Jupiara Goncalves de Castro** – FASUBRA; **Lauriluci**
1649 **Farias** – ABRATO; **Liane Terezinha de Araújo Oliveira** – FEMAMA; **Lorena Baia** – CFF;
1650 **Luiz Alberto Catanoce** – SINDINAPI; **Luiz Aníbal V. Machado** – NCST; **Luiz Carlos**
1651 **Medeiros de Paula** – FNAED; **Marcia Patrício de Araújo** – ABRASO; **Maria Angelica**
1652 **Zolin de Almeida** – FENAMEV; **Maria Arindelita N. Arruda** – ABE; **Maria Laura Carvalho**
1653 **Bicca** – FNAS; **Moysés Toniolo de Souza** – ANAIDS; **Nelcy Ferreira da Silva** – CFN;
1654 **Nelson A. Mussolini** – CNI; **Nilton Pereira Júnior** – ABRASCO; **Oriana Bezerra Lima** –
1655 **CFMV**; **Renato A. Barros** – CNTSS; **Rildo Mendes** – ARPIN-SUL; **Ronald F. Santos** –
1656 **FENAFAR**; **Semiramis Vedovatto** – Conselho Federal de Psicologia; **Shirley Marshal Diaz**
1657 **Morales** – FNE; **Sueli Goi Barros** – Rede Unida; **Vania Lúcia Ferreira Leite** – PC;
1658 **Wanderley Gomes da Silva** – CONAM; **Wilen Heil e Silva** – CFFTO; **Záira Tronco**
1659 **Salerno** – ASBRAN. No dia 03 de junho às 9h deu início a ultima etapa da 282ª Reunião
1660 Ordinária do CNS retornando ao item **Composição das Comissões**. O conselheiro Ronald
1661 informou que obteve notícias de que se conseguiram avançar bastante no ponto proposto e
1662 propôs que a reunião se estendesse no máximo até 13 horas. Antes de dar continuidade,
1663 convidou o diretor substituto do Departamento de Apoio à Gestão Participativa - DAGEP,
1664 Carlos Alberto de Souza e Silva Júnior com parceria com DAI, DAGEP e OPAS para
1665 apresentar Lançamento de Indicadores do SUS nº 10 – Temático Saúde da População
1666 Negra – Fortaleza – CE. Disse se tratar de uma materialização de uma deliberação do CNS,
1667 que era a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra. Com a
1668 palavra, o senhor Carlos cumprimentou a todos e falou da sua satisfação por estar ali
1669 apresentando a revista Painel, que trazia indicadores temáticos exclusivos para saúde da
1670 população negra. Seria o décimo exemplar da referida revista e a primeira vez que tratava
1671 dos indicadores. Tratava-se de uma parceria de dois departamentos (DAI, DAGEP) e foi
1672 pauta do CNS através da sua Comissão de Saúde da População Negra, pois até então não
1673 existiam indicadores para fomentar a política de Saúde da População Negra dos Municípios,

que muitas vezes ficava prejudicada por ausência de indicadores. O SUS foi olhado através de sua base de dados e naquele dia entregava a revista para que o Conselho fizesse críticas para que cada vez se pudesse melhorar os indicadores, que já atingem 53% da nossa população. Disse que os dados vão desde a juventude negra e atinge todos os ciclos de vida, inclusive a saúde mental, a violência, a embriagues. Disse também que foi dada a maior completude de informações para que servisse aos municípios como um instrumento de base para se fazer a política que é aplicada à eles. Informou que necessitaria de cada um dos conselheiros na divulgação, sendo que se alguém quisesse mais unidades da referida revista ele encaminharia para os devidos conselhos. Agradeceu o espaço e se colocou a disposição de todos, deixando seu contato. Dando continuidade à reunião, no processo de reformulação das comissões, os fóruns se reuniram dentro daquela mesma sala e conselheiro Ronald, disse que já se teria subsídios concretos sobre as comissões de Vigilância em Saúde e Saúde da Mulher, que já estariam com indicadores importantes para desenvolver o seu trabalho e solicitou a ajuda do conselheiro Haroldo. Disse ser necessário que fosse projetado a medida que as comissões estivessem sendo compostas. Para a Comissão de Saúde Bucal, o fórum dos Trabalhadores passaram a indicar as instituições para compor a titularidade e suplência. **COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE BUCAL:** A conselheira Alessandra informou as instituições para do fórum dos trabalhadores a saber: CFO, CNPS, CNTSS, FIO e FNO (titulares); fórum dos usuários: ARPIN-SUL, COBAP e ABRA (TITULARES) e COIAB, SINTAP, FENACELBA, SOCIEDADE BRASILEIRA GERONTOLOGIA (SUPLENTES). Colocado em votação o conjunto de indicações do pleno, a mesma **foi aprovada por unanimidade**. Passou-se então à composição da **COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE INDÍGENA**: Fórum dos trabalhadores: ABEN e CFP (TITULARES); CFF, CFN, CNTSS e ABRATO (SUPLENTES); Fórum dos Usuários: ARPIN-SUL, COIAB, CNBB, PATORAL DA CRIANÇA, Fórum do CONDISI, UNE, REGIÃO NORDESTE, REGIÃO SUDESTE e REGIÃO CENTRO-OESTE (TITULARES); ABA (SUPLENTE); Fórum dos Gestores/Prestadores: CONASS e FUNAI (TITULARES). Colocado em votação e foi **aprovado com duas abstenções**. Passou-se então à composição da **COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE DA MULHER**: Indicação do segmento dos usuários: CUT, ANAIDS, COIAB, FEMAMA, POP RUA, UBN E ABGLT (TITULARES); NCST, DENEM, SINDICATO DOS APOSENTADOS DA FORÇA SINDICAL, CNBB, CONAN, CONTAG e REDE LAI LAI (SUPLENTES); do segmento dos trabalhadores: ABEN e CEFES (TITULARES); CNTS, FENAFAR e CFT (SUPLENTES). Colocado em votação a mesma foi **aprovada com uma abstenção**. Passou-se então à composição da **COMISSÃO INTERSETORIAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**: Indicação do segmento dos usuários: FENAFAL, ANPG, UBM, SINDICATO DOS APOSENTADOS DA CUT, CONAN, MORHAN, FORÇA SINDICAL, PASTORAL DA SAÚDE, CONTAG e POP-RUA (TITULARES); ASSOCIAÇÃO DO DIABÉTICO JUVENIL, UNE, REDE LAI LAI, ONEDEF e CTB (SUPLENTES); do segmento dos trabalhadores: ASBRAN, CFF, CFMV, CNTS, COFEN, FASUBRA e FNE (TITULARES); ABRASCO, FENAFAR, FENAS e UNASUS (SUPLENTES); do segmento dos Prestadores/Gestores: CONASS e CONASEMS (TITULARES); CNI E UNIDAS (SUPLENTES). Colocado em votação, **aprovada por unanimidade**. Ao encerramento da composição das quatro comissões, houve aplausos. O conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** propôs que pelo menos, para as comissões que já têm tarefa concreta a cumprir (Vigilância em Saúde e Saúde da Mulher), que se tentasse definir as coordenações ainda nesta reunião. Com a concordância do Pleno, passou-se então à indicação as referidas coordenações e coordenações-adjunta. Após os fóruns se reunirem, assim ficou decidido: **Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde**: Coordenação: CONAN (do fórum dos usuários); Coordenação adjunta: Conselho Federal de Medicina Veterinária (do fórum dos trabalhadores); **Comissão Intersetorial de Saúde da mulher**: Coordenação: UBM (fórum dos Usuários) e Coordenação adjunta: CFESS (fórum dos trabalhadores); **Comissão Intersetorial de Saúde Indígena**: Coordenação: COIAB (fórum dos Usuários) e Coordenação Adjunta: CONASS (do fórum dos Gestores/Prestadores); **Comissão Intersetorial de Saúde Bucal**: Coordenação: FIO (Fórum dos Trabalhadores); Coordenação adjunta: O fórum dos usuários deverá indicar posteriormente. Colocado em votação a indicação para as coordenações e coordenações

1730 adjunta, foi **aprovado por unanimidade**. O conselheiro Ronald parabenizou o Conselho
1731 Nacional de Saúde que já teria conseguido fazer grandes avanços na recomposição das
1732 comissões e a Secretaria-Executiva do Conselho oficiaria às entidades para a referida
1733 indicação dos nomes e a Assessoria Jurídica do CNS já iria preparar as Resoluções para
1734 que na próxima reunião Ordinária se pudessem homologar a recomposição das referidas
1735 comissões. **ITEM 05 – INFORMES E INDICAÇÕES** - Coordenação: **Haroldo Jorge de**
1736 **Carvalho Pontes** - Conselheiro Nacional de Saúde. A Conselheira **Jipiara Gonçalves de**
1737 **Castro** com a palavra cumprimentou a todos e disse que trouxe para o CNS uma situação
1738 da Universidade de São Paulo. Disse que existem alguns hospitais e alguns centros de
1739 saúde, que vêm sofrendo há quatro anos, um ataque sistemático da administração da
1740 universidade e consequentemente do governo do PSDB. Disse que o grande ataque seria
1741 uma proposta de desvinculação do Hospital Universitário do Campus Butantã da
1742 Universidade e do HRAN, que seria o Hospital de Bauru, internacionalmente conhecido. Tal
1743 ataque os levou que entrassem em greve no dia 12/05. Outros entraram em greve no dia 23.
1744 Houve um Programa de Demissão Voluntária na Universidade, no qual se perdeu muitos
1745 funcionários e até hoje não foram repostos. Consequentemente um grupo de médicos,
1746 também terminou pedindo demissão. Com isso, a Universidade, começou a fechar o
1747 Hospital Universitário de Bauru nos atendimentos e a população, com isto, ficou
1748 desassistida, bem como o ensino também. Solicitou que o CNS se posicione em defesa da
1749 saúde pública, gratuita de qualidade e do ensino para o SUS, e pediu que saísse uma
1750 recomendação em sentido da luta e defesa, bem como que os trabalhadores não fossem
1751 punidos pela administração ou pelo Governo do Estado. **Solicitação aprovada**. O
1752 conselheiro **Moyses Toniolo de Souza** sinalizou, enquanto fórum de usuários, enquanto
1753 representação das patologias que já foi encaminhado pelo Conselheiro Adriano uma
1754 proposta de se ter uma carta ao Ministro, falando sobre a dificuldade e a falta de
1755 medicamentos para diversas patologias crônicas e outras patologias na rede do SUS. Tal
1756 fato estaria deixando a situação gravíssima e colocava em risco a vida das pessoas. A
1757 proposta foi encaminhada por e-mail. Solicitou análise da carta e pediu para colocar em
1758 pauta o mais breve possível. O conselheiro **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá**
1759 pediu para constar em ata que agradecia os ensinamentos que teve aqui nestes 20 meses.
1760 Disse que saía do CNS com o compromisso, cada vez maior, de defender a saúde pública e
1761 ampliar o diálogo. E saía também porque os sonhos e as vontades de fazer seriam
1762 diferentes e iria concorrer a uma vaga para Vereador de Aracaju. No momento político que
1763 está, saía para fazer um bom diálogo com a saúde, gestores e prestadores. Só teria a
1764 agradecer o CNS. A conselheira **Maria Laura de Carvalho Bicca** desejou ao conselheiro
1765 Dalmare todo o sucesso. Informou que no mês anterior, em São Lourenço, o conselheiro
1766 Arilson da Silva Cardoso, que por ela foi saudado, com outros companheiros realizou o 12º
1767 Mental Che, que sinalizou a luta Antimanicomial. Assinalou a importância do movimento
1768 para as várias políticas públicas que atendem a sociedade. Informou ainda que foi um
1769 grande evento e sugeriu que ficasse como ideia para o dia 24 de junho. Informou também à
1770 mesa, que fará uma grande viagem e pediu avaliação ao Pleno e à Mesa Diretora, sobre a
1771 possibilidade de alternativas para preenchimento das comissões. Disse que encaminharia
1772 por escrito à solicitação. O conselheiro **Arilson da Silva Cardoso** falou sobre o Mental Che,
1773 que abrigou três mil e quinhentas pessoas nos dois dias. Foi um evento que reuniu usuários,
1774 trabalhadores e gestores envolvidos no movimento da Saúde Mental. Foi um
1775 congraçamento das famílias de Santa Catarina, Paraná, Córdoba, Montevideo. A
1776 conselheira **Alessandra Ribeiro de Souza** informou que participou na 22ª Conferência da
1777 Saúde em Curitiba, bem como foi construída uma nota para a Conferência. Disse que
1778 naquele espaço conseguiram dialogar com outros sujeitos e demarcar posicionamento, pelo
1779 CNS, com as responsabilidades do grupo que ali estavam. Se reuniram diariamente para
1780 articular como iriam atuar nos grupos e tiveram momentos de muita interação entre os
1781 fóruns e entendia que isso precisaria ser uma prática do CNS. Disse representar o CNS, e
1782 naquele momento conseguiu avançar nesse sentido. A conferência foi extremamente
1783 qualificada e trouxe debates importantíssimos, no que diz respeito à promoção da saúde, da
1784 assistência privada e assistência pública e interação com o sistema de saúde de outros
1785 países, o que foi fundamental para, inclusive, pensar em questões que necessitam ser

1786 abordadas no Pleno. Agradeceu. O conselheiro **Fernando Zasso Pigatto** informou sobre o
1787 grupo de trabalho intersetorial de acompanhamento, do Plano Nacional de Saneamento
1788 Básico que sempre que têm alguma atividade, enviam relato para o CNS, com as
1789 deliberações e informes. Foi solicitado que em uma das atividades do Conselho pudessem
1790 dar os informes verbalmente, para as pessoas ficarem sabendo sobre as epidemias e outros
1791 assuntos do saneamento básico. O último documento foi enviado ao CNS dia 20 de abril e
1792 pediu que o mesmo fosse enviado aos conselheiros. Havia no e-mail a minuta da ata da
1793 reunião do dia 11/04, a proposta de cronograma para elaboração do relatório de avaliação
1794 anual do Plano e a proposta do formulário de levantamento de informes aos estados. Disse
1795 ser um grupo de trabalho intenso de acompanhamento e implementação desse Plano,
1796 desde 2014 e vai até 2033, para um investimento de mais de 500 bilhões de reais em
1797 saneamento no Brasil. Agradeceu. O conselheiro **Eni Carajá Filho** cumprimentou a todos e
1798 registrou que o Conselho Estadual de Saúde do Piauí estaria realizando no dia 01 de julho a
1799 plenária Estadual de Conselhos de Saúde do Piauí, para o qual foi convidado a representar
1800 o CNS/MORHAN, em função da sua proximidade com os debates a serem realizados e
1801 apoiar a coordenação da eleição dos Coordenadores de Plenária. Solicitou a viabilização do
1802 CNS, uma vez que já foi encaminhado ofício do CESPI. Informou ainda que o MORHAN, por
1803 meio de sua coordenação formalizou ao CNS a sua substituição a partir da plenária de
1804 julho/2016, por Artur Custódio Moreira de Sousa, como Conselheiro Titular. Disse ainda que
1805 permaneceria à disposição para contribuir e atuar no apoio ao CNS e aproveitou a
1806 oportunidade para pleitear a sua participação nas Comissões Intersetoriais que estariam
1807 sendo compostas, em especial na CIRHRT e a CIEPCSS. A conselheira **Vânia Lúcia**
1808 **Ferreira Leite** disse que já se sentia contemplada pela fala da conselheira Alessandra, mas
1809 ressaltou que a 22ª Conferência de Saúde em Curitiba/PR foi uma oportunidade para avaliar
1810 o progresso e compartilhar estratégias e resultados de pesquisas, bem como refletir sobre
1811 práticas e políticas inovadoras que promovam saúde e equidade. Foi uma oportunidade de
1812 aprendizagem além de integração entre os(as) conselheiros(as) e conhecer um pouco de
1813 cada um(a), pois, nem sempre há oportunidade e com isso, o debate sempre fica mais fácil
1814 e com certeza, fortalecido para se enfrentar os desafios. O conselheiro **Nilton Pereira**
1815 **Júnior** informou sobre Seminários em Defesa do SUS e do direito a Saúde, em 16/06/2016,
1816 na UNICAMP, organizado pela Comissão de Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde da
1817 ABRASCO. As inscrições foram gratuitas pelo site www.abrasco.com.br. Informou também
1818 que a ABRASCO convidou oficialmente o CNS, o CONASS e o CONASEMS para
1819 participarem da Comissão Organizadora do 3º Congresso de Políticas, Planejamento e
1820 Gestão em Saúde no 1º Semestre de 2017, em Natal/RN. Agradeceu e parabenizou o CNS
1821 pela participação qualificada e politizada na Conferência Internacional de Promoção da
1822 Saúde em Curitiba/PR. Informou ainda que a ABRASCO estaria articulando uma marcha em
1823 defesa da cidadania e dos direitos sociais provavelmente para este mês, mas ainda está em
1824 construção e gostaria de colocar o assunto em discussão para que o CNS pudesse
1825 colaborar. O conselheiro Ronald solicitou que a ABRASCO encaminhasse convite expresso,
1826 para formalização e andamento. A conselheira **Maria Arindelita Neves de Arruda**
1827 cumprimentou o conselheiro Dalmare e disse que o mesmo vai fazer falta, tendo em vista a
1828 sua juventude corajosa, principalmente na CIRHRT. Falou sobre a incorporação da
1829 Enfermagem na CIRHRT e informou que foi comemorado na "Semana da Enfermagem" os
1830 90 anos da sua entidade - Associação Brasileira de Enfermagem. Disse ser uma associação
1831 que já nasceu na estruturação das políticas públicas da saúde, porque foi na década de 20
1832 que começaram as políticas sociais. De 12 a 20 de maio tiveram atividades políticas e a
1833 grande maioria dos estados fizeram movimentos. A conselheira **Juliana Acosta Santorum**
1834 falando sobre a saída do conselheiro Dalmare, disse que a juventude é fundamental.
1835 Informou que no dia anterior, na Assembleia Legislativa, o senador Humberto Costa já havia
1836 feito o anúncio sobre a plenária que iria debater o contexto da saúde e de organizações e
1837 estratégias a exemplo de tudo que o CNS estaria fazendo. Disse que iriam tentar fazer a
1838 transmissão *on line*. Já havia encaminhado o convite: Plenária da Saúde em defesa da
1839 Democracia e do SUS, no dia 07/06, no Plenário 14 da Câmara dos Deputados, às 18h..
1840 Diversas entidades já estão confirmadas. Como **encaminhamento**: A construção da Frente
1841 Parlamentar em Defesa do SUS, informada pelo Senador Humberto Costa. A conselheira

1842 **Semírames Maria Amorim Vedovatto** na mesma linha da 22ª. Conferência Mundial
1843 informou que participou do Congresso da ABRASME, realizado na UNIPE/SP, havia mais de
1844 2000 pessoas participando e foi muito interessando e produtiva toda a área sobre a saúde
1845 mental. Paralelo a esse evento o CFP organizou um *recoveri* e, na próxima reunião trará o
1846 material, tendo em vista ser uma experiência para além do que se chama de reabilitação
1847 psicossocial e foram trazidas pessoas de fora (Itália, EEUU, Austrália, Finlândia) para expor
1848 os seus trabalhos. Nas plenárias foram lidas as manifestações do CNS. Também convidou a
1849 todos que puderem comparecer a uma audiência pública, no dia 08/06 às 14h, sobre saúde
1850 mental no Plenário da Câmara, em Brasília. O conselheiro Ronald informou que, naquele
1851 momento o Senador Humberto Costa estaria presente e saudou o mesmo, que, por sua vez,
1852 cumprimentou a todos e reforçou o convite para o Lançamento da Frente Parlamentar em
1853 Defesa do SUS, com o objetivo de Lutar pela defesa do SUS e ver no que se pode avançar.
1854 Agradeceu. O conselheiro **Danilo Aquino Amorim** do DENEN informou que ocorreu em
1855 Brasília, no dia 24/05 o Ato em Defesa do SUS, uma iniciativa do Movimento Estudantil da
1856 UnB, que contou com o apoio de mais de 40 entidades. O ato ocorreu em frente ao
1857 Ministério da Saúde e foi finalizado no Congresso Nacional, denunciando os ataques ao
1858 SUS. Durante o ato foi criada a Frente Estudantil pela Saúde Popular. Informou também que
1859 estaria ocorrendo em Salvador/BA a ocupação do prédio do Ministério da Saúde, com
1860 grande participação estudantil e articulação de vários movimentos sociais. O conselheiro
1861 **Ronald Ferreira dos Santos** observou a participação efetiva de todos os conselheiros na
1862 reunião, o que a fez vitoriosa. Disse esperar que, o que se conseguiu trazer nesta reunião
1863 se deva dar continuidade. Reforçou ser uma demonstração concreta que todos os
1864 conselheiros são capazes e que confiava em todos para fazer os enfrentamentos. Quanto
1865 ao item 07 - Programa Viver sem Limites, o Presidente do CNS informou que a pessoa que
1866 faria uma exposição a respeito, por motivos alheios à sua vontade, perdeu o voo, ficando o
1867 item para ser tratado posteriormente. Às 13h30 declarou encerrada a reunião. Estiveram
1868 presentes os seguintes conselheiros: **Alessandra Ribeiro de Souza** – CFESS; **André Luiz**
1869 **de Oliveira** – CNBB; **Andréa Karolina Bento** – ABRALE; **Antônio S. Amaral** – ABRASO;
1870 **Arilson da Silva Cardoso** – CONASEMS; **Breno de Figueiredo Monteiro** – CNS; **Carmen**
1871 **Lúcia Luiz** – UBM; **Christianne M.Oliveira Costa** – FBH; **Clarice Baldotto** – AFB;
1872 **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** – FENACELBRA; **Dalmare Anderson B. de Oliveira**
1873 **Sá** – ANPG; **Danilo Aquino Amorim** – DENEM; **Deise A. de Souza** – CNC; **Denise**
1874 **Torreão Corrêa da Silva** – CFFO/ FENTAS; **Edmundo D. Omore** – COIAB; **Elcyana B.**
1875 **Carvalho** – ABRAZ; **Eni Carajá Filho** – MORHAN; **Fernando Zasso Pigatto** – CONAM;
1876 **Francisca Rego O. de Araújo** – ABENFISIO; **Geordeci Manezes de Souza** – CUT;
1877 **Geraldo Adão Santos** – COBAP; **Gerdo Bezerra de Faria** – CFO; **Gilene José dos**
1878 **Santos** – SINTAPI/CUT; **Gilson Silva** – FS; **Haroldo Pontes** – CONASS; **Heliana**
1879 **Hemetério** – ABGLT; **Ivone Martini de Oliveira** – COFEN; **Jani Betânia Souza Capibaribe**
1880 – Associação Brasileira de Autismo; **Joana Batista Oliveira Lopes** – FNO; **João Donizete**
1881 **Scabolli** – Força Sindical; **João Rodrigues Filho** – CNTS; **José Arnaldo Pereira Diniz** –
1882 **FIO**; **José Vanilson da Silva** – MNPR; **Juliana Acosta** – CONTAG; **Juliane G.Z. Castanha**
1883 – ABRA; **Jupiara Goncalves de Castro** – FASUBRA; **Lauriluci Farias** – ABRATO; **Liane**
1884 **Terezinha de Araújo Oliveira** – FEMAMA; **Lorena Baia** – CFF; **Luiz Alberto Catanoce** –
1885 **SINDINAPI**; **Luiz Aníbal V. Machado** – NCST; **Luiz Carlos Medeiros de Paula** – FNAED;
1886 **Marcia Patrício de Araújo** – ABRASO; **Maria Angelica Zolin de Almeida** – FENAMEV;
1887 **Maria Arindelita N. Arruda** – ABE; **Maria Laura Carvalho Bicca** – FNAS; **Moysés Toniolo**
1888 **de Souza** – ANAIDS; **Nelcy Ferreira da Silva** – CFN; **Nelson A. Mussolini** – CNI; **Nilton**
1889 **Pereira Júnior** – ABRASCO; **Oriana Bezerra Lima** – CFMV; **Renato A. Barros** – CNTSS;
1890 **Rildo Mendes** – ARPIN-SUL; **Ronald F. Santos** – FENAFAR; **Semiramis Vedovatto** –
1891 Conselho Federal de Psicologia; **Shirley Marshal Diaz Morales** – FNE; **Sueli Goi Barros** –
1892 Rede Unida; **Vania Lúcia Ferreira Leite** – PC; **Wanderley Gomes da Silva** – CONAM;
1893 **Wilen Heil e Silva** – CFFTO; **Zaíra Tronco Salerno** – ASBRAN.