

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

**CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

**ATA DA DUCENTÉSIMA QUINQUAGÉSIMA SEXTA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS**

Aos nove e dez dias do mês de abril de dois mil e catorze, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde “Omilton Visconde”, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar, Brasília-DF, realizou-se a Ducentésima Quinquagésima Sexta Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS. A 256ª RO teve por objetivos: **1)** Tomar conhecimento e debater o conteúdo de ação impetrada junto ao STF, que trata do tipo de acesso na internação hospitalar do SUS, alterando seu caráter público e universal. **2)** Debater a política de desenvolvimento cientifico e inovação tecnológica, no contexto dos 25 anos do SUS e dos debates da 15ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE Conferencia Nacional de Saúde. **3)** Realizar um balanço das atividades desenvolvidas no âmbito da CONEP no ultimo período, assim como eleger o coordenador adjunto da comissão. **4)** Aprofundar o debate sobre a posição do Brasil na defesa dos Sistemas Universais no cenário internacional. **5)** Discutir e deliberar sobre os encaminhamentos da CIRH. **6)** Discutir e deliberar sobre os encaminhamentos da COFIN. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza,** cumprimentou a todos os presentes, verificou o quórum e iniciou a reunião. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DA PAUTA DA 256ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS – APROVAÇÃO DA ATA DA 253ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS.** A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, cumprimentou a todos e procedeu à leitura dos objetivos da reunião. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** saudou os presentes e acrescentou que será dado um retorno para o plenário sobre o encaminhamento da nota Técnica, em relação às Diretrizes Curriculares Nacionais da Medicina, debatido na reunião passada, no momento da pauta da CIRH com a apresentação dos encaminhamentos e desdobramentos desde então. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, continuou lembrando que foi dado início aos trabalhos do Pleno com a Reunião Extraordinária (RE) realizada na véspera que teve como pauta o financiamento e contou com a participação do Movimento Saúde + Dez, conselhos estaduais de saúde, conselhos de capital e realizou um ato de reafirmação da proposta de Projeto de Iniciativa Popular na Comissão Geral de Financiamento da Câmara Federal defendendo uma tramitação privilegiada e com mais autonomia em relação aos demais projetos que lá tramitam e também o desapensamento para tramitar em regime de urgência. Isso colocou como bandeira política de defesa dos 10% da receita corrente da União, com cerca de 100 participantes. Houve um importante debate com a contribuição do Deputado Federal Paulo Rubem Santiago, do PDT de Pernambuco e o Deputado Federal Darcísio Perondi, do PMDB do Rio Grande do Sul, em defesa dessa bandeira. Foi colocada em votação a pauta que foi aprovada. Explicou que a ata em análise era a da 253ª em razão da pendência devido à trova de funcionária que estava em adaptação. Pediu que fosse lida até o dia seguinte para aprovação. O Conselheiro **Wilen Heil e Silva** pediu que a ata fosse enviada com antecedência por e-mail aos conselheiros. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, respondeu que a ata foi enviada e pediu que verificasse se havia algum problema com seu e-mail. O Conselheiro **Wilen Heil e Silva** replicou que os representantes dos trabalhadores não receberam, titulares e suplentes, e é importante que os suplentes recebam porque os muitas vezes são chamados a participar da RO de última hora. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** sugeriu que fosse atualizada a nova lista de e-mail para resolver o problema de comunicação. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, pediu à assessoria técnica que fosse atualizada a lista de e-mail. Comentou a ocorrência do Congresso da Rede Unida que começaria no dia seguinte em Fortaleza com quase dez mil participantes, dentre eles alguns conselheiros, sobretudo conselheiros ligados a CIRH e a COFIN e membros da mesa diretora. Trata-se de um congresso importante realizando debate sobre residências profissionais, a 15ª Conferência Nacional de Saúde, financiamento, auditorias e relatório de gestão em conjunto com o DENASUS e DATASUS. Convidou os conselheiros a se manifestarem sobre a RE do dia anterior. O Conselheiro **Clovis Adalberto Boufleur**, após cumprimentar os presentes, compartilhou a oportunidade de fazer pressão junto ao congresso e da realização de um balanço rápido da participação neste evento, cuja conclusão foi a necessidade de retomar a mobilização especialmente nos estados. Convidou a todos para essa mobilização, especialmente aos deputados que não estiveram presente e pediu que a assessoria parlamentar do conselho que divulgasse a lista dos congressistas que confirmaram presença e dos que não confirmaram presença na audiência. Ressaltou que embora a presença não garanta que o deputado acompanhe a manifestação todo o tempo, é uma sinalização que ele está a par do que está acontecendo. Pediu que as entidades contatem nos estados os parlamentares presentes e ausentes nesse movimento para votarem a emenda originária nº 29 do Projeto de Lei nº 321. Solicitou que os conselheiros utilizem as redes sociais para divulgarem o evento, postarem fotografias e que o CNS publique notícias, opiniões e posicionamentos dos conselheiros. Isso dá um caráter forte de participação. Propôs a elaboração para o dia seguinte de um texto independente e conciso, de meia página, com o resumo da ação e a história recente de mobilizações em torno do projeto de Lei, como uma definição clara que a sociedade deseja: que o projeto de Lei votado esse ano como um sinal de que o congresso está voltado para a saúde, sob pena de usar o critério de não apoio à saúde para definir as opções eleitorais. O Conselheiro **Jurandi Frutuoso Silva** saudou a todos e relatou ter sido um dia bastante animador onde na parte da manhã foi possível discutiu bastante e obter novas luzes, principalmente com a palestra do Deputado Paulo Rubem Santiago, a qual pediu que fosse disponibilizado no servidor para todos os conselheiros, por ser orientadora. Afirmou ter pedido ao Presidente do CONASS que ele faça uma apresentação na assembleia daquele órgão porque ela motiva, esclarece e fortalece o movimento. Fez dois **encaminhamentos**. O primeiro diante da falta de mobilização de prefeitos e governadores a necessidade de visita do CNS aos presidentes das associações de prefeitos, que são apenas três, para entender a razão não haver integração no movimento no qual os gestores, hipoteticamente os mais beneficiados, estão ausentes. Tentar trazê-los ao movimento e ao CNS para um debate na próxima RO. O segundo seria uma conversa com os Deputados Darcísio Perondi e Osmar Terra para e convencê-los os a retirar seus projetos como um ato de deferência ao movimento para que o Projeto de Lei nº 321 caminhe só, mostrando a importância do trabalho, mas o apensamento faz com que o PLP pareça menos significante. O Conselheiro **José O Conselheiro José Eri de Medeiros de Medeiros**, representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS, afirmou que esteve presente no evento e que a RE teve importância estratégica para a sua entidade, colocando questões que que precisam ser aprofundadas, como a macroeconômica e a criação do conselho da seguridade social que deveria ser encaminhada pelo CNS por ser estratégica aproximando a discussão do orçamento da seguridade social, assistência social e previdência. Quanto à questão dos prefeitos, ilustrou que não há coesão por serem três entidades. Falou que a agenda do prefeito de Porto Alegre, José Fortunati está aberta para a COFIN aguardando apenas resolver a questão da greve dos transportes para marcar uma data. Sobre a tarde anterior afirmou que o CONASEMS não tem autoridade para discutir proposta que não seja aquela assinada pela população, e ela deve votada, ainda que seja derrotada. Colocou sua entidade à disposição para ajudar na proposta da fala anterior. Considerou a ação positiva colocando na agenda política novamente o Movimento da Saúde + 10, e parabenizou o Conselho Nacional e todas as entidades presentes. O Conselheiro **Geraldo Adão Santos**, representante da Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas – COBAP, cumprimentou a todos, presentes e internautas, e defendeu a proposta do Conselheiro Jurandi Frutuoso Silva da retirada dos demais projetos de lei para que o PLP nº 321 caminhe isoladamente. A Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** cumprimentou a todos e considerou possível essa retirada do Projeto de Lei. Afirmou ser constante o comentário da necessidade da gente ter um diálogo mais permanente com o Congresso e achou bonito ser realizado pelo coletivo do Conselho Nacional de Saúde com a organização das camisetas, a representação verde e amarela, sendo transmitido em tempo real. Disse ser importante a fala do Deputado Paulo Rubem Santiago, no entanto é preciso descodificar essa linguagem de economia para que todos os conselheiros e a população entendam melhor o que é colocado, o que pode ser feito pela COFIN. O Conselheiro **Wilen Heil e Silva**, representante do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, cumprimentou a todos e relatou ter se sentido como um pop star já que os deputados passavam e queriam pediam para tirar fotos com eles aproveitando a camiseta do movimento. Julgou ter sido bem escolhida com as cores verde e amarelo sentindo-se mais forte com ela representando a bandeira e aproveitar essa oportunidade com os movimentos da copa do mundo para levantar essa bandeira também nas ruas, com um grande movimento de iniciativa popular. Aproveitar também as fotos feitas pelos deputados para poder cobrar seu empenho na defesa dessa bandeira. Ficou de certa forma um pouco triste quando percebeu que os partidos políticos indicaram representantes de algumas categorias profissionais ausentes do CNS e buscaram ser os criadores do movimento de forma equivocada, o que foi corrigido pela fala do Conselheiro Ronald Ferreira dos Santos, desfazendo seus discursos corporativos por meio do discurso universal, integralista e equânime da Presidente do CNS, Maria do Socorro de Souza, com a qual ficou muito honrado. Num balanço geral teve um bom resultado, posto que o movimento se sentiu forte mesmo isolado e junto com outros adeptos é invencível, deve continuar de mãos dadas fortalecendo o movimento com sua vitória e, com certeza, do Sistema Único de Saúde. O Conselheiro Renato Almeida de Barros cumprimentou a todos e disse ser uma satisfação de estar em sua primeira reunião do conselho. Por questões internas de sua entidade não pôde comparecer nos meses de fevereiro e março, mas justificou junto ao pleno. Parabenizou o conselho pela iniciativa da RE e pela camisa que demarcou um posicionamento, mas também trouxe um alerta. Considerou a fala do Deputado Federal Paulo Rubem Santiago uma demonstração daquilo que já sabiam mas não tinham a profundidade: a desconstrução do SUS relativa ao financiamento colocando um desafio exposto no Congresso Nacional. Também se sentiu como pop star, mas viu a dimensão do espaço de isolamento ali existente e o comportamento dos senhores parlamentares no ano eleitoral. Foi uma sinalização de que se se quer de fato que o Saúde + 10, o Projeto de Lei de iniciativa popular nº 321, seja colocado na pauta de discussão, deverá ser casado com a mobilização social, responsabilidade desse conselho. A leitura feita dos dois projetos de lei em tramitação (nº 358 e 359) debatidos pela manhã coloca em risco o financiamento, e é sabido o que representa aquele Congresso Nacional, na sua estrutura e nos interesses corporativos ali colocados. É preciso garantir a participação efetiva, senão nesse ano eleitoral podem ser surpreendidos com a aprovação de interesses econômicos de determinados segmentos que venha desconstruir o sistema e do arquivamento deste projeto. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, explicou ao Ministro da Saúde o ocorrido na véspera sobre a defesa do PLP 321 e o pedido de desapensmento e votação em regime de urgência, entendendo que a resposta do governo ficou pressionada pela macropolítica-econômica e pela conjuntura. O Congresso estava discutindo o orçamento impositivo e a posição do governo não foi democrática quando trouxe uma proposta já com a minuta de Emenda Constitucional sem fazer um amplo debate. O CNS teme que essas novas regras possam prejudicar ainda mais a sustentabilidade do sistema, até mesmo comparando com a regra atual. Considerou importante a presença do Secretário Fausto Pereira dos Santos, entretanto o que está colocado como bandeira política não é mais recurso para a Saúde. É de conhecimento público que esse Governo tem aplicado mais recursos para a Saúde, todavia não há o financiamento estável e sustentável e a resposta do Ministério não pode ser só mais recursos, porque essa não é a questão porque não é suficiente para superar o déficit. Também foi pauta do piso nacional dos agentes de saúde e a definição 30 horas de trabalho semanais para os profissionais de enfermagem. Alertou a todos que a metodologia será de a cada 2 meses e ter reunião extraordinária sempre com um tema prioritário e estratégico do planejamento em construção para a 15ª Conferência Nacional de Saúde politizando a agenda. Reputou a proposta do Conselheiro Jurandi Frutuoso Silva e do CONASS para conversa com os parlamentares Osmar Terra e Perondi, deve ser feita pela bancada do Rio Grande do Sul no CNS. Pediu auxílio ao Conselheiro José O Conselheiro José Eri de Medeiros de Medeiros, para convidar o Prefeito José Fortunati e as três entidades de prefeitos para virem à reunião de maio. Confessou não conseguir ser muito diplomática naquele ambiente do Congresso em razão do corporativismo, não sendo possível ter muita tolerância com alguns comportamentos e conflitos de interesses. **Deliberação: aprovada a pauta da 256ª RO/CNS e a ata da 253ª RO seria aprovada no dia seguinte.** Passou-se ao próximo item da reunião. **ITEM 2 – “DIFERENÇA DE CLASSE” NA INTERNAÇÃO HOSPITALAR PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS.** *Apresentação:* **Arthur Chioro**, Ministro de Estado da Saúde; **Jurandi Frutuoso Silva,** Secretário Executivo do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; **José Eri de Medeiros**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS; **Alethele de Oliveira Santos**, Coordenadora Jurídica do CONASS; **Maria do Socorro de Souza,** Presidente do Conselho Nacional de Saúde. *Coordenação:*Conselheiro **Edmundo Dzuaiwi Ömore,** Mesa Diretora do CNS. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, agradeceu a presença do Ministro da Saúde, pediu desculpas pela espera e destacou a presença da representação do Conselho Estadual do Mato Grosso do Sul, que desde a véspera, da SESAI/MS e da SGEP/MS (representados por José João Lanceiro de Palma de Palma e Kátia Maria Barreto Souto), Agência Brasil, Rodrigo Garcia V. Braz do CEBES e dos Coordenadores de plenária dos estados de Sergipe e Roraima. Antes de entrar no tema de pauta, o Ministro da Saúde, **Arthur Chioro**, cumprimentou a todos e afirmou que como membro do CNS está submetido às regras deste órgão não sendo problema algum esperar. Fez alguns informes. Alegou estar muito satisfeito com a reunião que teve com a Mesa Diretora do CNS por ser um espaço qualificado para organizar as ideias, fazer reflexões e acordos para tratar da melhor maneira possível a condução do Conselho Nacional, na perspectiva do governo, ver o que pode contribuir e comprometer. Por ser muito produtiva e importante deve ser mantida para tratar também das questões que envolvem organizações das conferências e relações com o ministério. Um dos temas tratados foi a necessidade da gente reforçar a mobilização da 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (4ª CNSTT), o que tem feito isso em todas as oportunidades, como na sexta feira que antedeu à RO quando falou sobre o Programa Mais Médicos para o Brasil a convite da CUT Nacional. Relatou que irá recompor a representação do Ministério da Saúde, no Conselho Nacional de Saúde, não só no pleno, mas nas próprias comissões já na próxima reunião do Conselho. Vários representantes que deixaram o Ministério ainda não foram substituídos, a exemplo da Eliane Aparecida da Cruz que assumiu o cargo de Secretário de Governo, na área da Saúde da Criança e do Adolescente, no GDF, uma missão importantíssima a desempenhar para a qual levará a bagagem, o acúmulo que ela conseguiu, inclusive aqui no Conselho Nacional. Fará falta, terá que providenciar a substituição. Também, o Secretário de Gestão Trabalho Educação e Saúde, Mozart Júlio Tabosa Sales, deixou o cargo para se candidatar a deputado federal pelo Estado de Pernambuco, obrigando-o a fazer mais uma substituição para a qual foi designado Hêider Aurélio Pinto, Diretor de Atenção Básica, uma pessoa extremamente comprometida desde o início do governo, na equipe de Alexandre Padilha, e tem certeza que ele dará conta dessa nova tarefa. Outra perda é a saída de Julia Maria Santos Roland. Será feita a recomposição, inclusive nas comissões, para ter um time com sangue novo, renovado e comprometido com o trabalho das comissões, para que o MS esteja de corpo e alma nos espaços do Conselho Nacional de Saúde. Fez um esclarecimento sobre a o Programa de Inovação Tecnológica de Desenvolvimento Produtivo e as denúncias pela imprensa de irregularidades envolvendo o laboratório Labogen, as quais não podem macular uma política construída no final do governo Lula, na gestão do Ministro Temporão e continuada pelo Ministro Padilha, marcada por um fato importante: a concepção das PDPS. Atualmente há um déficit em torno de 13 bilhões de dólares por ano da balança comercial pela importação de cerca de 95 medicamentos e outros insumos. Pediu desculpas pelo uso da expressão a seguir e afirmou que há um enorme mercado consumidor de insumos na área da saúde produzidos pelo SUS. Pouquíssimas nações do mundo tem 200 milhões de habitantes que compram vacina e medicamentos de alto custo para essa quantidade de pessoas, posto que não se pode excluir as 52 milhões de pessoas usuárias da saúde complementar porque são produtos compartilhados e usados, muitas vezes até por demanda judicial, pelos setores que em tese não defendem mas usam o SUS. É preciso romper com essa relação de dependência. O ciclo da farmoquímica foi perdido na década de 1990 quando as indústrias nacionais praticamente faliram pela política industrial desastrosa conduzida pelo Governo Federal. As mais de 200 indústrias na área foram reduzidas a 5, passando a importar os produtos. O Brasil perdeu para a China, Índia, Europa, e vários outros mercados, mesmo tendo todos os recursos necessários, tais como capacidade, conhecimento científico e indústrias, sendo colocado numa situação lamentável. Vive-se agora uma tentativa de recuperar a farmoquímica sem perder o bonde da história da biotecnologia, aquilo que se apresenta como, muito provavelmente, a mais promissora cadeia produtiva na área da saúde para as próximas décadas, falando não só de vacina, mas de produtos na área de oncologia, para doenças crônicas e etc, que têm na biotecnologia toda a sua base tecnológica. A política de desenvolvimento produtivo da forma como foi concebida e aprovada na lei federal faz com que o governo brasileiro, usando seu poder de compra, possa escolher, construir no mercado a aproximação entre grandes laboratórios capazes de produzir o medicamento associados ao laboratório público brasileiro, de tal maneira que a gente será comprado pelo menor preço praticado com um prazo de 5 anos para transferir a tecnologia para o laboratório público. É uma aposta de investimento na indústria nacional, nos laboratórios públicos brasileiros, na capacidade de autonomia, e de dominar a tecnologia, o que é fundamental para dar sustentabilidade para o Sistema Único de Saúde. Não seria possível implantar as vacinas do HPV, por exemplo, se o programa não fosse concebido no bojo de uma parceria de desenvolvimento produtivo, uma PDP porque foi essa negociação da transferência da produção da vacina para o Instituto Butantã, a colocação de dinheiro público do governo federal, do Governo do Estado de São Paulo. Foram 100 milhões de cada um e mais 100 milhões usados na produção de insumos, totalizando 300 milhões de reais que permitiram que a compra por um preço infinitamente mais barato do que estava sendo praticado no mercado e construção de uma estratégia de transferir a tecnologia em 5 anos para que a produção da vacina e a garantia da sustentabilidade possibilitando cobertura para 100% de população a partir do grupo etário definido como prioritário. Da mesma maneira isso está sendo feito para vários produtos, seja na área de retrovirais, medicamentos para AIDS, doenças negligenciadas, produtos como: stents, marcapassos, insulina, medicamentos para doenças raras. O foco principal são produtos produzidos em monopólios, por um ou dois laboratórios no mundo que impõem seu preço. A PDP funciona sem nenhum contrato assinado. O Governo Brasileiro nunca assinou um contrato com o Labogen. O que se faz é uma aproximação de um dos laboratórios públicos brasileiros (o Butantã, o Vital Brasil, o Lafepe - Laboratório Farmacêutico de Pernambuco, o Laboratório da Marinha) com uma indústria que produza o produto. Eles formam uma parceria, com um prazo de um a dois anos para começarem a produzir o produto e somente depois dessa fase é que o Ministério da Saúde assina o contrato para a compra. Então não há que se falar em doleiro Youssef ou deputado. Não existe absolutamente nenhum contrato assinado, não houve nenhum pagamento porque o termo de acordo que foi assinado em dezembro, no anfiteatro do Ministério da Saúde, no bojo de outras 17 parcerias celebradas no mesmo dia, só previa o pagamento na entrega do produto, que não foi realizada. E esse laboratório apresentou cinco propostas com diferentes laboratórios e apenas uma foi aprovada e ainda assim por um preço infinitamente menor do que o proposto. É importante que isso seja esclarecido porque agora se descobre a existência de ramificações de um esquema de lavagem de dinheiro que não poderia ser descoberto a priori por ser um laboratório que funciona. Tem um laudo de vistoria da Vigilância Sanitária do Estado de São Paulo do dia 10 de fevereiro, salvo engano, comprovando que o laboratório funciona e está em condições de funcionar. Existem informações muito distorcidas. De qualquer maneira, assim que apareceram as primeiras denúncias, o MS abriu uma comissão de sindicância que deveria ser concluída aquela sexta-feira para tomar a decisão que for necessária. Em hipótese nenhuma um episódio como esse pode macular uma política de valorização do complexo industrial da saúde no Brasil, não pode colocar todos os laboratórios públicos, cientistas, técnicos, indústrias brasileiras envolvidas nesse processo na mesma lata do lixo de um cidadão ou de uma empresa que está ligada a esses problemas. Insistiu que essa situação não trouxe nenhum prejuízo porque nada foi feito e nada seria pago a não ser que o produto (o medicamento para hipertensão arterial pulmonar) pudesse ser efetivamente entregue num prazo de 1 ou 2 anos. Mesmo essas discussões que dizem respeito a laudo, autorização de funcionamento, certificado de boas práticas, somente seriam aplicáveis quando começassem a produzir o produto e eles ainda estavam na fase inicial de estabelecer os trâmites formais, e tinham até o final de março para entregar a documentação. Como a crise se instalou em fevereiro e eles não entregaram os comprovantes. Isso tanto é verdade que a Vigilância Sanitária do Estado de São Paulo, em fevereiro, emitiu um laudo permitindo a aprovação, mas a ANVISA, ainda não tinha emitido o seu parecer. O único prejuízo é o da credibilidade de um programa fundamental para o futuro do SUS. Essas questões serão tratadas mais profundamente ainda nessa reunião pelo Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, Carlos Gadelha. Confirmou que o Secretário Carlos Gadelha e o Diretor do Complexo Industrial de Saúde, Eduardo Jorge conversaram com o laboratório, papel do Governo Federal para induzir o mercado e os laboratórios públicos a construírem um projeto de parceria a ser apresentado para o governo. E a maior parte das propostas apresentadas foi descartada. As demais foram aprovadas na condição de assinarem um termo entre o laboratório público e os laboratórios privados participantes (sem a participação do Ministério). Em caso de êxito e entrega do produto seria pago o menor preço praticado pelo mercado no momento da compra, utilizando a economia de escala. Todas as medidas necessárias para aperfeiçoar os PDPS serão tomadas por um grupo interministerial e vários outros órgãos para monitorar, dar mais transparência e mais controle. Esse é o compromisso do Governo com uma das políticas industriais mais exitosas que se têm nas últimas décadas, o Complexo Industrial da Saúde, que não pode ser descartada porque alguns malfeitores se aproveitaram dela. Realizou também a prestação de contas do 5° Ciclo do Programa Mais Médicos. Inicialmente teria 4 ciclos e atingiria um total de 13.325 (treze mil, trezentos e vinte e cinco) médicos em quase 4.000 (quatro mil) municípios em todo o Brasil, o que já foi alcançado (100% da meta cumprida). Porém, um grupo de municípios não conseguiram aderir ao programa na época por uma série de motivos e mais de 3.000 municípios que já estavam participando pediram mais médicos. Foi levada à consideração da Presidenta Dilma um pleito ampliação do número de médicos para um grupo de municípios principalmente de áreas mais vulneráveis para serem contemplados com um 5º e último ciclo. 126 municípios que já estavam aderidos e possuíam critério de vulnerabilidade, (baixo IDH, áreas de assentamento rural, quilombos, municípios do G100, norte e nordeste, Vale do Jequitinhonha, Vale do Ribeira, Curipe, Semiárido, assentamentos) praticamente em os estados tiveram uma oportunidade de confirmarem se eles queriam manter o pedido de ampliação de médicos. 98% deles confirmaram. Outros 184 municípios estavam dentro desse critério e não tinham aderido, e puderam fazê-lo nesse momento. Desses, 112 confirmaram. Foram abertas 854 vagas durante 4 dias e surpreendentemente 735 médicos brasileiros se inscreveram dos quais 164 confirmaram a participação e escolheram a vaga. 384 estrangeiros (médico intercambista individual) se inscreveram e, mesmo com pouco tempo, 53 confirmaram participação e existem 667 médicos cubanos cooperados à disposição, ou seja, 884 médicos prontos para trabalhar cobrindo 100% desse 5° ciclo. Os médicos destinados a 256 municípios do 4º ciclo que desistiram de participar do Programa, algo inesperado, foram remanejados para outros que solicitaram mais médicos e atendiam aos critérios. A estratégia foi profundamente exitosa com 4.152 municípios aderidos ao programa, desistência de 279 deles sendo 256 nesse 4º ciclo e outros nos ciclos anteriores, resultando em 3.873 municípios atendidos com 14.119 médicos. O estado que mais apresentou desistência foi Minas Gerais com 117 municípios, 26 no Mato Grosso, 28 no Piauí. Em compensação foi possível contemplar outros, por exemplo, o Estado do Ceará teve 73 municípios a mais. a nossa meta que era 13.325 (treze mil, trezentos e vinte e cinco) médicos, agora passou a ser esse o número e o que nós vamos contemplar, 14.119 médicos, ou seja, nós temos 14.119 equipes de saúde da família na atenção básica completas, que não estavam completas antes, isso é um sucesso para a gente atingir acima de 100% a meta, então o Governo Brasileiro, aí é o governo porque é uma estratégia de governo, está muito feliz, em relação a isso, eu queria apresentar esses dados a vocês, ainda que eles precisam se confirmar porque o 5° ciclo ainda vai chegar, os médicos vão, nós vamos ter um número muito próximo dessa realidade. Ainda sobre o programa mais médicos, considerou fundamental discutir com a mesa, sobre a ação no Ministério Público do Trabalho contra o Programa Mais Médicos, impetrada por um Promotor Público do Trabalho a qual foi julgada improcedente porque a Justiça do Trabalho não tem competência e foi remetida para Justiça Comum, e alegou ter mais convicção ainda de que não há ilegalidade na construção do Programa, não há trabalho análogo ao trabalho escravo com relação aos médicos brasileiros, com a Organização Panamericana de Saúde que contrata com o Governo de Cuba para trazer seus funcionários públicos possuidores de direitos trabalhistas e previdenciários. São servidores de carreiras do Estado Cubano, está certo, e que estão aqui colaborando nessa missão participando de um programa com uma bolsa de estudos porque fazem um curso de especialização. O programa está sendo fundamental para todos e é preciso cada vez mais dizer que esse que argumento coloca um desserviço a qualquer discussão que envolve o trabalho análogo ao trabalho escravo e deve ser condenado e combatido de todas as formas. Tem visto grandes latifundiários alegarem que o médico cubano no Brasil vive em situação análoga ao trabalho escravo. O Brasil é um país livre e respeita o direito de todas as pessoas, de ir, de vir, de fazer, então não é possível aceitar uma argumentação dessa. Se essa argumentação prosperasse perder-se-iam todas as possibilidades de ter um programa de bolsa residência, residência multiprofissional, bolsa de mestrado, bolsa de doutorado, porque toda a estratégia de construção de modalidade de contratação temporária na forma de bolsa envolve uma prestação de serviço que tenha haver fundamentalmente com o processo de construção de aprendizagem da especialização. Chamou CONASS, CONASEMS, COSEMS, Prefeituras, Governos de Estados para entrarem nesse consórcio e aguarda a adesão maciça de várias entidades. Disse precisar de apoio posto que o programa é um sucesso. Citou a última pesquisa de saúde da do portal UOL demonstrando que há uma reversão de expectativa sobre a saúde ser o maior problema da população brasileira. Quando a saúde aparece como o maior problema todo mundo divulga, quando começa a melhorar alguma coisa ninguém quer admitir que está melhorando. Afirmou que se deve comemorar, apesar dos problemas, das lutas, entre elas a do financiamento, consistente, permanente e necessário para as ações de serviço de saúde. Pediu a todos que ouvissem, ou lessem com muita atenção a entrevista que o Ex-Presidente Lula aos blogueiros, publicada naquele dia. Para quem luta, e precisa do reconhecimento público e sabe que essa é uma luta da sociedade brasileira, é uma manifestação muito importante, uma reflexão que traz uma contribuição muito lúcida e necessária para a luta por mais recursos para a área de saúde. Apresentou um cartograma ilustrando os municípios atendidos pelo Programa Mais Médicos que apontava que os 1.400 médicos brasileiros (número aproximado) que já estão participando escolheram, em sua maioria, a localização de trabalho no padrão de desenvolvimento da colonização brasileira, no litoral. Os intercambistas brasileiros formados no exterior ou estrangeiros escolheram também o Rio Grande do Sul, Mato Grosso, a fronteira, e o Norte. Esse mapa retira qualquer dúvida da importância da participação, cooperação com as OPAS e da participação dos médicos cubanos que atendem mais pessoas, cobrem maior área e se espalham por todo o território brasileiro. Quando fechar o 5° Ciclo completa a cobertura nacional. Perguntou aos que ainda não formaram juízo em relação ao Programa Mais Médicos, quando o Brasil teve essa cobertura estratégica de saúde da família. Esse é o Brasil real, esse é o Brasil do SUS defendido por todos, não é o SUS do canto oceânico do país, é o SUS de todos. Foi surpreendido pela posição Governo Brasileiro, em introduzir no meio da Medida Provisória nº 627, um artigo de autoria do Deputado Eduardo Cunha, do Rio de Janeiro, que produzia uma nova sistemática de contabilizar as multas efetuadas pela ANS, numa regra que só vale até 31 de dezembro desse ano determinando que toda vez que houver duas ou mais infrações da mesma natureza num período inferior a um semestre, poderá ser aplicada pena única para a infração, de tal maneira que se uma operadora de plano de saúde tivesse de 2 a 50 infrações no semestre, ele pagaria apenas duas, de 51 a 100 infrações, pagaria quatro, de 101 a 250, somente oito, de 251 a 500 infrações 12, e acima de 1.000 infrações 20. Supondo que uma operadora de plano de saúde venda plano de saúde no mercado sem autorização, fecha a rede, abre onde quer, nega atendimento aos seus usuários, faz isso 10 mil vezes, ela vai pagar só 20 vezes a multa no semestre, de tal maneira que isso arrebentaria, literalmente, todo papel ANS de fazer frente à fiscalização, a ter mecanismos de poder multar e defender os interesses dos usuários de plano de saúde. São 52 milhões de brasileiros detentores de plano de saúde. Esse artigo foi aprovado na Câmara dos Deputados, vai para o Senado e a Medida Provisória tem que tramitar até o dia 18. O Governo está se posicionando claramente contra. Deu uma entrevista em nome do Governo dizendo não concordar com esse artigo e espera que os senadores consigam reverter isso. O Conselheiro **Jurandi Frutuoso Silva** afirmou que isso é uma maneira sórdida de estimular o desrespeito ao consumidor e a fraude nesse país, uma vergonha. o Ministro da Saúde, **Arthur Chioro**, concordou e destacou que são cerca de 140.000 multas estocadas na ANS até agora, sem contar as que serão emitidas até o dia 31 de dezembro. Há uma estimativa de que uma parte das multas são operadoras que já faliram, e delas será difícil conseguir receber, mas existem créditos ativos para serem recebidos por multa, alguma coisa em torno de 3 bilhões de reais. Se isso fosse aprovado cairia para 1/3 (um terço), ou seja, a gente a renúncia a cerca de 2 bilhões de reais. Além da questão financeira, tem a questão pedagógica. É arrebentar a capacidade de fiscalização. O argumento de que se os fiscais são corruptos e usam as multas como fonte de corrupção é colocar em descredito, uma ofensa a todos os servidores concursados da ANS, a todos os servidores públicos, um argumento de quem não tem argumento. Se tiver alguém fazendo corrupção, usando uma multa para achacar uma empresa, que denuncie. Existe um órgão de controle, de fiscalização funcionando. A Presidente do CNS, convidou para compor a mesa o Conselheiro José O Conselheiro José Eri de Medeiros de Medeiros em razão do impacto direto no âmbito dos municípios nesse tema. O Ministro da Saúde, **Arthur Chioro**, concordou que não se pode ir para nenhuma audiência, para nenhuma ação, etc, desarticulados. O Ministro Padilha já tinha proposto anteriormente, a importância de manter um grupo de trabalho: CONASS, CONASEMS, o Ministério e mais as entidades que tiverem interesse em participar, no sentido de ter uma ação coordenada, um posicionamento coordenado. Posicionou-se acerca da questão dos sistemas universais de saúde. O Governo Brasileiro defende o Sistema Universal de Saúde, um sistema público para todos. Compreende estratégias de ampliação de cobertura, como estratégia de cobertura assistencial e não segmentação por lógica de mercado de qualquer outra natureza. Exemplificou com o programa de vacinação. O Brasil tem hoje o maior programa de imunização, com todas as vacinas recomendadas pela OMS dentro do nosso calendário e ampliou a cobertura de acordo com o conjunto de critérios que envolviam desde capacidade tecnológica, sustentabilidade financeira e critérios técnicos-científicos, ou seja, protocolos definidos. Coberturas são estratégias assistenciais de ampliação progressiva dentro de critérios técnicos, sustentabilidade e etc. Reafirmou que não existe nenhum posicionamento do Governo Brasileiro que seja antagônico à defesa dos sistemas universais. Claro que, como Nação soberana, é preciso respeitar a soberania de outros países, mas em todos os fóruns internacionais, seja na ONU, seja na OMS, seja na Organização Panamericana de Saúde, na UNASUS, sempre defenderá os sistemas universais de saúde. Está na Constituição, é um princípio que o povo brasileiro não abrirá mão, defender a saúde como um direito social, um direito de todos, um dever do Estado. A saúde compreendida muito além da assistência médica hospitalar, a saúde como uma política pública, determinado por um conjunto de condicionantes, e determinantes sociais que precisam ser enfrentados, uma saúde integral, da prevenção, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação, da recuperação, enfim, todas as etapas que produzem mais vida. Não se abrirá mão desse princípio. Há uma exploração indevida, um falso debate sobre posicionamento do Governo Brasileiro em relação a essa questão. De maneira inadequada, tentam confundir a discussão de cobertura assistencial com a proposta de Sistema Único de Saúde. O Brasil é um país que tem lutado nesses 25 anos de construção do SUS. O movimento da reforma sanitária é inclusive anterior a isso. A reforma sanitária, não tem dono, não tem uma entidade que seja dona da reforma sanitária, é um grande movimento, um amplo movimento social. Praticamente todas as entidades representadas nesse Concelho, muita gente, muitos movimentos, muitas instituições deram suas vidas para construir a reforma sanitária e inscrever na Constituição Brasileira um Sistema Universal de Saúde defendido por todos eles e pelo Governo Brasileiro. Estava terminando de produzir um documento, para ser publicado em diversas revistas de entidades como a ABRASCO, CEBES, Universidade de São Paulo de Saúde Pública, com um posicionamento oficial do Governo para acabar com esse falso debate. Não se sabe por que motivo, algumas pessoas começaram a alimentar essa estória de que o Governo Brasileiro não estaria mais defendendo os sistemas universais. Nesse sentido se coloca essa discussão sobre a dupla porta, sobre a possibilidade de instituir classe distinta de ofertas de serviços no âmbito do Sistema Universal de Saúde. Isso já existe na prática, admitido na Constituição, na medida em que existe um sistema complementar, que pode oferecer serviços complementares aos SUS e ao mesmo tempo destinar parte da oferta para convênios particulares. Esse subsistema precisa ser cada vez mais regulado e integrado. Admitir que as instituições públicas, serviços públicos municipais, estaduais ou de ordem federal, construam diferenciação de classes, de hotelaria e etc, e cobrem de forma diferenciada com o falso argumento que isso ajudará a financiar o nosso sistema só corrobora a ideia de que alguns segmentos lutam para ter um sistema público de saúde para distintos níveis ou distintas esferas de classe social. Um sistema pobre para os pobres, um sistema diferenciado para quem pode pagar ou tenha recursos. As instituições públicas que vêm vergonhosamente afrontando a lei e continuam mantendo o sistema de dupla porta em dada tem contribuído, do ponto de vista concreto do seu financiamento, na captação desses recursos para poder manter serviços funcionando para o Sistema Único de Saúde. Isso tem sido utilizado como argumento e na prática não se observa. São sistemas utilizados para remunerar a corporação ou para outros interesses. Deve-se persistir na luta de um sistema público que trabalhe com equidade e não com ampliação da desigualdade. O Ministério da Saúde e o Governo Brasileiro, nesta questão específica, reafirmam a defesa do sistema universal e a não diferenciação por classe, porque consideram que isso só produz injustiça e discriminação entre os brasileiros. Precisa-se do contrário, produzir serviços e sistema de saúde cada vez mais com vistas à promoção da justiça e da equidade social. Disse esperar que todas as entidades que compõem o Conselho Nacional de Saúde estejam juntas na defensa dessa posição, inclusive com argumentação jurídica sendo fundamental um movimento articulado. Agradeceu e encerrou sua fala. O Conselheiro **José Eri de Medeiros** cumprimentou a todos e afirmou que a posição do CONASEMS é clara, transparente e reconhecida já em todas as partes do País e fora dele, e relatou que essa discussão tem origem no Estado do Rio Grande do Sul e iniciou muitos anos atrás dentro da discussão da reforma e que alguns grupos ainda não aceitaram o acesso universal das pessoas no Sistema de Saúde. O recurso do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul (CREMERS), na opinião do CONASEMS, lembrou o ocorrido há 20 anos quando da extinção do INAMPS que tinha posições pela possibilidade de cobrar dos pacientes. Comentou ter sido vaiado, juntamente com o sanitarista Sérgio Arouca, em uma audiência pública da Assembleia na Câmara dos Deputados onde representava o CONASEMS e os Deputados Roberto Jeferson e Ronaldo Caiado foram aplaudidos enquanto discutiam a proposta de transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde. Essa questão é requentada e o CREMERS utilizou um pequeno município do Rio Grande do Sul chamado Juruá, que tinha aderido à gestão plena e não era um município pequeno, assumia de fato toda a gestão do SUS. Pela inexperiência dos gestores fizeram a tentativa da cobrança por fora, usando inclusive argumentos relativos ao antigo INAMPS, uma portaria que permitia a cobrança diferenciada. O tribunal deu ganho de causa ao município e encerrou essa discussão em 2005. Agora, mais recentemente aconteceu no município de Canela. Finalizou com duas propostas de encaminhamento. Primeiro que não existe um sistema misto no país, e sim um Sistema Único de Saúde, universal, e um complementar. Então não é possível juridicamente compor um novo sistema misto onde se pode cobrar de forma diferenciada a classe de atendimento e os profissionais. Caso fosse possível, isso teria que ser ampliado para todas as categorias que trabalham dentro de um hospital, porque a nutrição e a enfermagem têm que ser diferentes. Então é uma proposta de não aceitar a autonomia e a universalidade do sistema. O acesso é um dos princípios desse sistema e não se pode abrir mão dos princípios da universalidade e do acesso de pessoas por diferenciar brasileiros. Afirmou que quem escreveu parte do recurso não tem conhecimento da Constituição porque o termo “população carente” foi abolido em 1988. É um atraso dessa classe que está representada pelo CREMERS. Todos seriam carentes. Ele mesmo alegou não ter outro sistema de saúde, usar o SUS, e não poder aceitar uma proposta onde a argumentação é a melhoria da vida da população carente do país. A outra questão é como fazer o controle do impacto administrativo numa decisão dessas já que a gestão é no município. Há uma interferência direta em todo o sistema do país, não apenas no município. Criaria, na realidade, a destruição da própria reforma orçamentária que defende desde 1986 na Constituinte e na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Divulgou que no dia anterior o Rio Grande do Sul havia se posicionado com 109 Secretários, formalizando o apoio ao acesso universal e contra qualquer tipo de cobrança do ponto de vista hospitalar ou de profissionais. Quis ouvir da área jurídica quem da população deu autoridade para que o CREMERS falasse em seu nome nesse recurso? Esse Conselho está entrando numa discussão de gestão do sistema, e em sua opinião ele não representa a população. Disse ver dois erros que deram origem ao processo do CREMERS. Primeiro, não representa a população, segundo é uma entidade que tem competência para fiscalizar a ética profissional de seus associados. Não sabe se tem representação, se houve uma reunião com uma ata afirmando que eles irão apresentar uma proposta de mudança na Constituição do país. Apresentou duas propostas. Uma seria realmente entrar no debate do mérito que, sem dúvida iriam ganhar, mas pode ter problemas no Supremo Tribunal Federal. A outra é desqualificar o recurso, porque a representação do CREMERS não pode fazer um recurso em nome da população brasileira em relação à mudança dos princípios universais e acesso da população. A Coordenadora Jurídica do CONASS, **Alethele de Oliveira Santos**, cumprimentou a todos e explicou que o debate da diferença de classe, se inicia, não originariamente, mas especialmente pela judicialização de políticas públicas. Ela não é uma característica do Brasil, mas de todos os países que assumiram o estado social. No Brasil, por suas características, vem atingindo números enormes. Outro ponto importante é que o mundo jurídico e o da saúde falam idiomas diferentes. Para o Juiz agravo é um recurso processual e para a saúde é uma situação de alteração do estado do paciente. É necessário um esforço de aproximação, eles tem que se apropriar do idioma, saber o que é o protocolo clínico, mas os militantes da saúde também devem saber o que é repercussão geral. Ela é um instrumento processual que vem desde a Constituição de 1988 e permite que o Supremo Tribunal Federal selecione os recursos que ele vai analisar. Essa seleção é criteriosa, a partir de uma análise de impacto, relevância jurídica, relevância social, relevância econômica. A partir da análise de mérito do STF todas as instâncias inferiores passam a usar aquela decisão. Essa é a importância de uma decretação de repercussão geral. Para a saúde já há outras repercussões gerais que foram decretadas no STF: os limites em decisões judiciais em políticas de saúde, salvo engano com a Ministra Carmem Lúcia; o pagamento para melhorar o nível de acomodação (chamado de diferença de classe); o fornecimento de medicamento sem registro na ANVISA; fornecimento de medicamento de alto custo; bloqueio de contas públicas. A tendência é que esse debate se repita por outras pautas. Quando o judiciário percebe que existe um idioma diferenciado ele tem utilizado, principalmente o STF, o instrumento da audiência pública para convocar especialistas, os quais fornecem subsídios ao julgamento de plenária para o mérito da repercussão geral. Nesse caso da diferença de classe o Ministro Relator é o Dias Toffoli. Ele convocou audiência pública no dia 21 de maio. Algumas entidades serão convidadas a participar (CONASS, CONASEMS, o próprio Ministério da Saúde e o Conselho Nacional). Essa ação é originária do Rio Grande do Sul e ao fazer uma busca rápida nos sistemas dos tribunais de justiça com esse verbete (diferenças de classes) não o encontrou em outros tribunais. Apesar de não ser uma pesquisa científica pareceu-lhe ser uma questão territorialmente localizada. O Conselheiro José Eri de Medeiros já mencionou a decisão o 4° Tribunal Regional Federal (do Rio Grande do Sul) que negou a cobrança de diferença de hotelaria e de médico em face de um pedido do CREMERS. Ele então recorreu ao STF onde já havia um precedente do Ministro Gilmar Galvão, que já havia concedido uma diferença de classe no município de Juruá no ano de 2010. O Ministro Dias Toffoli decretou repercussão geral porque ele entendeu que esse processo ele tem um critério de relevância nacional, e ao convocar audiência pública ele pede que os expositores apresentem abordagem técnica sobre o impacto administrativo e econômico da diferença de classe, dos seus efeitos na triagem e no acesso do SUS. Esse debate da diferença de classe fala de universalidade, de igualdade, da gestão administrativa do SUS, da supremacia do interesse público em detrimento do interesse privado, da saúde suplementar e da saúde complementar, e principalmente de desembolso direto. É um retorno a uma metodologia que até então vinha sendo rotineiramente abandonada até pela adesão do Brasil aos sistemas universais de saúde. Tratou de alguns temas sem a pretensão de esgotar o assunto nem de apresentar respostas. Segundo o STF, numa decisão do Ministro Gilmar Mendes, pós audiência pública da saúde, a Constituição Brasileira prevê a existência de direitos fundamentais sociais, especifica seu conteúdo e a forma como eles vão se dar, a forma de prestação. Não faz distinção entre direitos e deveres individuais e coletivos e os direitos sociais. Estabelece direitos e garantias de aplicação imediata. Portanto todas as demandas da saúde têm que ser vistas no contexto da Constituição e pelos princípios constitucionais. Essa ação não versa sobre a Constituição, ela trata de outras normativas do extinto INAMPS, uma resolução de 1991, salvo engano, que admitia o pagamento denominado diferença de classe. Esse nome é tão forte que ele por si só é discriminatório. O STF também já destrinchou o artigo nº 196, o que diz mais respeito à saúde como um direito de todos e um dever do Estado, que deve se dar mediante políticas públicas com a priorização da preventiva, um direito de todos, tanto um individual quanto coletivo à saúde. Então a saúde de todos é a saúde de um, porque o destinatário do direito coletivo é o indivíduo. Esse direito subjetivo público é assegurado mediante políticas de saúde, ou seja, não há um direito absoluto a todo e qualquer meio necessário à sua saúde porque esse acesso não pode comprometer o funcionamento do SUS. São questionamentos cujas respostas devem ser apresentadas ao STF pelas entidades convidadas a falar na audiência púbica. Se a garantia de atendimento individual, no caso, um médico escolhido ou uma hotelaria diferenciada, não pode se dar pelo comprometimento do funcionamento do SUS e, na remotíssima hipótese de que isso seja aceito, de que forma administrativa a gestão Sistema Único de Saúde vai ter controle sobre o desembolso? Outro item é que se a saúde é direito de todos e dever do Estado, há por parte do Estado Brasileiro (União, Estados, Municípios e DF) a obrigação de prestar essa saúde. O SUS no seu desenho, na sua conformação, descentralizou ações e serviço de saúde e conjugou recursos dos entes para dar conta disso. Mas para que o Estado Brasileiro consiga dar conta da manutenção do SUS ele precisa da estabilidade de gastos. Não se estendeu no assunto porque essa foi a 1ª pauta do dia, a necessidade de sustentabilidade e a estabilidade dos gastos, da captação de recursos para o planejamento e execução de despesas. Questionou que se a lei permite que a iniciativa privada atue na área da saúde, isso se pode dar pelo desembolso direto, pela atuação na saúde complementar e pela complementação de serviços públicos adquiridos pelo SUS segundo a lei e suas regras de contratualização. Entretanto, com que fundamento legal o SUS pode dar apoio financeiro àquele indivíduo que escolheu o médico? Isso é um subsídio, um apoio financeiro, uma terceira porta, e tem uma finalidade. Isso não é contemplado na legislação brasileira. Sob seu ponto de vista, o administrador só pode fazer o determina a lei, nenhuma delas permite esse fato. Isso seria o Estado apoiar financeiramente escolhas, só que nem todos podem escolher, seria apoiar escolhas de quem de quem pode escolher, isso é privilégio e discriminação. O Estado não pode se subordinar a essa demanda. Isso se refere à violação do princípio da isonomia e do direito universal a saúde. A Lei nº 8080/90 é clara sobre o princípio da universalidade e do acesso com igualdade na assistência sem preconceito e sem privilégio. O instituto denominado diferença de classe é por si só discriminação e privilégio ao mesmo tempo. Há ainda um fator inovador que é a Lei Complementar nº 141/2012 - a palavra “gratuito”. A Constituição não trazia essa palavra. Então também é necessário fazer valer essa determinação legal. É uma lei que complementa a Constituição. Se saúde é um direito de todos e um dever do Estado, a Constituição também previu que isso deve ser garantido mediante política social e econômica que vise à redução de risco da doença e outros agravos de forma a evidenciar sua dimensão preventiva. Isso está claro no STF cujas decisões possuem esse entendimento, principalmente a decisão de 6 ou 7 tutelas antecipadas do Ministro Gilmar Mendes na pós audiência pública da saúde. Indagou se seria possível ao SUS regular leitos de internação com a admissão da diferença de classe. Quais entidades privadas, com ou sem fins lucrativos, disponibilizariam leitos ao SUS sabendo que poderiam oferecê-los diretamente aos pacientes ou a seus responsáveis? Quem regula o preço desse leito que será oferecido? E o preço da assistência médica direta? Seria admitido também um critério de melhor acomodação em UTI? A IH é o todo, se o paciente pagar o médico ou determinado procedimento ou hospedagem diferenciada, ele descontrói a IH. Como ficam as bases de dados nacionais, o controle epidemiológico e as pesquisas originadas a partir do IH? Como se faz controle de território sem notícia oficial pelos bancos do que ocorreu? Inquiriu se haverá preço distinto para tratamento idêntico. Se o SUS pagaria determinado valor e o desembolso direto um valor a mais. A Constituição deve prever que o tempo passa, mas também previu que as políticas que visem o acesso universal e igualitário devem se dar de forma gratuita. A diferença de classe é inversa à equidade da saúde. Ela promove a discriminação, cria uma 3ª porta e privilegia classes que já são economicamente privilegiadas. Ainda, há riscos de que, por interesses do mercado até então desregulado, haja sujeição de pacientes e de familiares ao desembolso direto alegando não ter vaga para o Sistema Único de Saúde, mas ter mediante desembolso. A instituição de cobranças abusivas, a indução do consumo de bens de saúde, e uma privatização excessiva de leitos. Outro item que não pode ser afastado desse debate é a questão da renúncia, que desemboca diretamente na saúde, a qual insere na sua declaração anual de receitas e despesas e por vezes é restituído. Como ficaria a situação da renúncia fiscal? O estado pagaria duas vezes. Não há essa discussão no STF, nem posicionamento sobre isso. É preciso levantar a questão. Por essas e por outras razões o SUS precisa ser representado nessa audiência pública por expositores com densidade técnica e política que relatem esse impacto administrativo e econômico. Concordou com a proposta do Sr. Ministro, de que o melhor é que haja uma articulação entre os representantes dos SUS para que as falas sejam concatenadas e ganhar no tempo. Cada expositor tem apenas 15 minutos e então um assunto abordado por um expositor deve receber sequência pelos outros. A presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, ressaltou que a última palestrante trouxe, a pedido do CNS, sua apresentação por escrito para permitir aos conselheiros se apropriarem dos argumentos e da participação do CNS na audiência pública. Mais do que argumentos jurídicos, ela também apresentou uma análise das complicações políticas. Também podem dispor da fundamentação da 4ª Vara, que levantou as questões de mérito e fundamentou a própria representação deste conselho, considerando-o legítimo, de defender determinadas causas. Ele alerta para o fato de que isso poderia generalizar de toda a natureza nos âmbitos dos hospitais, ajudaria até a legitimar uma prática de crimes de concussão. **Manifestações:** O Conselheiro **Renato Almeida de Barros** relatou que esse debate sobre a desregulamentação do SUS e rasgar a Constituição colocou desafios. O Congresso Nacional trabalha pouco nessa linha da desregulamentação do SUS e é necessária uma interferência desse Conselho para alguém que essas ações possam se efetivar. Foi citada judicialização do SUS e a isenção de impostos, que já vem ocorrendo, sendo feita pelo governo e leis aprovadas neste sentido. a terceirização do serviço que muito contribui com a questão do SUS, a isenção de contribuição das empresas feitas pelo Governo e pagamentos de impostos que interferem inclusive na seguridade social. Tudo isso vem contribuindo para a desregulamentação de um sistema defendido pelo CNS e que interfere diretamente no Sistema Único de Saúde. Disse acreditar ser necessária uma ação casada e organizada entre todas as entidades interessadas no Supremo Tribunal Federal com uma manifestação para acompanhar esse debate e colocar a insatisfação da sociedade com aquilo que foi dito, a sociedade não pode mais admitir nesse país a dupla porta, o retorno do ex-INAMPS que tanto foi combatido e ela busca a universalização e o avanço do sistema. Deve criar uma pressão e colocar que a sociedade brasileira não aceita o que está sendo imposto pelo interesse econômico do setor empresarial da medicina. O Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** cumprimentou a todos os participantes da mesa e, em particular, o Ministro da Saúde que está aprovando algo pelo que tem muito respeito. O fato de ele vir compartilhar as demandas que a saúde coloca no debate político nacional demonstra o compromisso de fato na prática com esse espaço. Mostra que não são apenas palavras de compromisso com o controle social, mas também o compromisso de estar presente e trazer essas demandas. Enquanto farmacêutico, representante da Federação Nacional dos Farmacêuticos, explicou que no Brasil aproximadamente 85% dos testes de CD4 e CD8 que medem a carga viral dos infectados pelo vírus do HIV são produzidos por farmacêuticos. E baseado nessa experiência do diagnóstico pode-se dizer que o debate em andamento tem que analisar profundamente qual é o vírus que ataca todo o sistema político e econômico nacional que está destruindo importantes conquistas da nação brasileira e o que diz respeito aos seus direitos. O nome desse vírus é “ativos” e o mercado está muito atento e vê que pouco mais de 50 por cento da população coloca como principal preocupação a sua saúde. Vê nisso uma oportunidade de ativo, porque esse cidadão que coloca como a sua principal preocupação em saúde também está disposto a desembolsar um pouquinho mais para pagar um atendimento diferenciado. Isso permeia todas as instituições, é uma ofensiva brutal do capital para buscar lucro máximo em todas as atividades sociais, principalmente educação e saúde, que é um grande mercado. Isso foi aprofundado na véspera a respeito do problema do financiamento da saúde e acredita ser preciso afirmar, ir para a ofensiva. Os farmacêuticos em particular travam uma luta com esse mercado há muito tempo. A construção que fizeram foi de transformar um espaço que é o símbolo na sociedade da mercantilização da saúde, do comércio da saúde (a farmácia). Ela é a materialização dessa lógica do mercado. A regra que estabelece o funcionamento das farmácias no Brasil é de 1973 e não leva em conta o Sistema Único de Saúde, que medicamentos são fundamentais para garantir a saúde. No dia anterior o mercado derrubou uma decisão da ANVISA sobre inibidores de apetite. O mercado opera no Congresso Nacional e é naquele espaço que é preciso fazer a disputa. Existe um projeto de lei tramitando no Congresso Nacional para transformar a farmácia em estabelecimento de saúde, talvez possa ser a defesa do direito universal e também uma possibilidade de ir para ofensiva na defesa da saúde enquanto direito. O Conselheiro **Marco Antônio Castilho Carneiro** saudou a todos, a presença do conselheiro Ministro e de todos os demais membros da mesa, internautas, e conselheiros. Registrou ser o Dia Nacional do Sistema Braile, um dia bastante significativo para as pessoas com deficiência visual. Reportou-se à fala anterior do Ministro com relação ao Programa Mais Médicos para dizer a importância do número apresentado, 4.152 municípios aderidos ao programa, representa o acerto na implantação desse programa. Pediu explicação do que leva os municípios a aderirem e sequencialmente desistirem. A grande maioria são municípios pequenos. Com relação a pauta, não há muito a dizer a não ser a defesa do Sistema Único de Saúde tal qual ele foi concebido, tal qual ele está posto. Esse é o papel do CNS, reafirmar a defesa de um Sistema Único Universal, equânime e que atenda a todos sem essas possibilidades que vêm ventilando e que é sabido a quem interessa, muito bem expressado pelo Conselheiro Ronald Ferreira dos Santos em sua fala, e bastante mencionado na reunião extraordinária. Fez três propostas muito objetivas com relação a essa a pauta. A primeira é que o Conselho fará parte dessa audiência pública convocada, dia 26 de maio e usará bem a fala em defesa do SUS, mas propôs que pudesse se antecipar a essa audiência pública e emitir seu posicionamento tanto para o CREMERS quanto através de uma nota pública. Essa seria uma das ferramentas do contra ataque. Fazer uma articulação com os Conselhos Estaduais e Municipais, requisitando o apoio desses instrumentos de controle social na direção da defesa do Sistema Único de Saúde. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** cumprimentou a todos e parabenizou a mesa pela exposição muito esclarecedoras ajudando a compreender um pouco melhor todo esse processo. Essa prerrogativa de usar o espaço da justiça em benefício próprio é muito conveniente no momento em que se comemora os 25 anos do SUS e da consolidação das estruturas e dos serviços em busca da melhoria e da qualidade da assistência da população. O direito a saúde está garantido na Constituição Federal. O artigo 196 diz que a saúde é um direito de todos e um dever do estado, e que deve ser garantida mediante as políticas sociais e econômicas que visam a redução dos riscos de doenças e outros agravos e, o mais importante, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação. Então ao poder público (entenda-se por poder público o CNS, o Ministério da Saúde, o Judiciário, o Legislativo) quando formular e implementar as políticas sociais e econômicas devem garantir esse acesso universal e igualitário de todos às assistências médico-hospitalares. Então o direito a saúde não pode ser convertido numa promessa de receber melhor assistência, porque se paga por serviços profissionais privados que os prestam no espaço de instituições públicas do SUS. Foi um grande conflito entre o privado e o público no ambiente do SUS, e vai na contramão do que está determinado pela própria Constituição Federal, que aquelas pessoas que desejam buscar o serviço privado e têm a saúde suplementar pode contratar esse serviço prestado no ambiente privado. Privado no privado, público no público. A mistura só causa desigualdade de classes e a divisão social de classes dentro do Sistema Único de Saúde. Destacou a importância do apoio do Fórum dos trabalhadores à moção sobre assistência farmacêutica nos estabelecimentos das farmácias. Concluiu que todos tem que lutar para um SUS cada vez melhor para a população brasileira. O Conselheiro **Jurandi Frutuoso Silva** cumprimentou a todos e expressou estar mais preocupado com a estratégia. Em 2010 no congresso do CONASEMS realizado em Gramado surgiu com muita força o renascimento dessa discussão. A preocupação daquela época é a mesma de hoje e até mais forte porque o ambiente é outro e a perseguição ao Sistema Único de Saúde aumenta. Levaram sua preocupação ao Ministro Ayres Brito, à época Presidente do STF, que ficou deveras assustado quando ouviu sua argumentação. obviamente ao deixar aquele órgão, ele passou para o Ministro Dias Toffoli como relator nesse processo. O Congresso Nacional é movido a pressão, o Tribunal é movido a convencimento. demonstrou preocupação com qualquer tipo de sugestão que leve à pressão pública. Devem se preocupar mais com a estratégia de atuação dentro do STF, dividir as ações, o discurso, cada um com um tema forte. Isso é grito, e bem posicionado para não ter nenhum tipo de deslize, uma fala livre. Entendeu que não se deve soltar nota para a imprensa, mas tê-la pronta, elaborada e guardada para usar se necessário, mas não provocar a imprensa sobre esse assunto e se prepararem de uma maneira forte para chegarem lá dentro com posições bem mais convincentes. A Secretária de saúde do Estado do Rio Grande do Sul, Sandra Fagundes, sabendo da discussão do tema no Conselho nesse dia, pediu para manifestar seu total apoio como Secretária de Estado ao movimento que o Conselho está fazendo para proteger o Sistema Único de Saúde. Afirmou causar-lhe estranheza ser mais um desses ataques do CRM. O embate tem sido sempre provocado por essa área. A presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** interrompeu para alertar que os médicos do Conselho e outras áreas sanitaristas precisam pensar numa estratégia de como mudar esse Conselho. O Conselheiro **Jurandi Frutuoso Silva** relatou acreditar no diálogo, no convencimento. Que devem procurar os prefeitos, os deputados, os médicos nas suas devidas repartições ou instituições para convencê-los do contrário. Porque tem que ser uma luta do lado, nesse embate permanente em defesa do Sistema Único de Saúde. Entendeu que deveria procurar o Ministro Toffoli para dizer sua preocupação quanto à repercussão desse ato, se isso vier a acontecer. O Conselheiro **Geraldo Adão Santos** cumprimentou a todos e presentes e as pessoas que assistem via internet. Expressou sentir-se emocionalmente afetado pela pauta, a começar pelo título, diferença de classe, que já incomoda em termo de sistema universal. Disse representar um segmento com mais de 30 milhões de pessoas cuja maioria vive de salário mínimo e não tem como pagar a diferença de classe. Possuem uma lembrança muito triste da época do INAMPS. É uma proposta requentada, como disse o Conselheiro José Eri de Medeiros. No tempo em que o INAMPS cobrava essa diferença, quem podia pagar era relativamente bem atendido, mas quem não podia pagar nunca tinha profissionais disponíveis e nem vagas nos hospitais. Então não podem concordar com uma proposta nesse sentido. Parece clara a posição do CONASS, do CONASEMS, a declaração do Ministro da Saúde em defenderem o SUS público, universal e igualitário. Isso é um ponto de partida muito importante e a sociedade deve saber que todos os representantes dos segmentos como de órgãos do governo, estão unidos na defesa do SUS constitucionalmente estabelecido e irão defendê-lo, se preciso com uma mobilização nacional para isso. A Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** contou que antes do sistema SUS uma criança de 12 ou 13 anos estava para morrer na unidade vascular e a mãe chegou do cartório onde entregou a sua casa para ter assistência médica. A criança morreu, ela perdeu a criança e perdeu a casa. Faz muito tempo, mas não dá para esquecer essa ameaça. Disse que as entidades médicas estão em “stand-bay” há algum tempo, se afastaram e é preciso decidir essa questão. Houve uma conversa entre as entidades científicas aqui representadas e o grupo médico. É preciso sustar isso de uma vez: ou estão no SUS ou estão fora do SUS. No Rio Grande do Sul são as mesmas pessoas de 40 anos atrás. Já fizeram todo o processo e continuam fazendo escola com determinado grupo. Essa é a análise que pdecisa ser feita, porque com esses não adianta conversar, é a posição deles. Recua, avança ,mas é um processo que está aí. Falou da estratégia disse que o Conselheiro Ronald Ferreira dos Santos lembrou na reunião do FENTAS que na mesma semana em que está prevista essa audiência pública ocorrerá a plenária dos conselhos de saúde. Então precisa ser feita uma articulação de mobilização lá, e por sua experiência é preciso conversar sim com o Ministro e com os outros para ir formatando o pensamento. Tem que ir para essa defesa, nessa linha articulada. Pessoas com bagagem, como o Conselheiro José Eri de Medeiros Medeiros, porque opinião há várias, mas deve falar quem tem argumento e pode ajudar a fortalecer. O Conselheiro **Adriano Macedo Félix** cumprimentou a todos e ao senhor Ministro, com relação a dupla porta eu sou a contra também, sou a favor do sistema universal, só que também e citou ser fruto da judicialização do sistema. Se hoje está vivo foi porque moveu uma ação em 2005 contra o Sistema Único de Saúde que não fornecia o medicamento necessário ao seu tratamento. Hoje isso já não acontece. Parabenizou o Ministério pelo adiantamento no acompanhamento dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas que vem acontecendo de forma constante e disse esperar que isso continue acontecendo nessa gestão porque evita a judicialização. Conseguiu ter uma melhora de qualidade de vida e com isso lutar por um SUS que oferecesse esse mesmo produto a outras pessoas que sofrem da mesma patologia, e isso o deixa muito feliz. Ver que o SUS acompanha a necessidade do usuário atendendo a equidade e à demanda cada vez melhor e com mais qualidade das pessoas que utilizam o sistema. Alegou já ter sido contemplado nas outras falas e agradeceu. O Ministro da Saúde, **Arthur Chioro**, adiantou sua réplica por ter que se retirar em razão de uma agenda externa. Pediu a André Bonifácio, seu Secretário, para substituí-lo. Respondeu que irão identificar porque os municípios desistiram. Tem algumas suposições. No último ciclo um número menor de municípios desistiu em comparação com os ciclos anteriores. Alguns deles o MS não permitiu que continuassem porque não cumpriram os compromissos de alimentação, hospedagem e etc. Não eram municípios tão carentes como os anteriores. Entre agosto e abril é possível que alguns desses municípios tenham conseguido contratar profissional, pode ser uma possibilidade. Anteviu a possibilidade de ser um movimento político de prefeituras que estão se posicionando alinhadas a determinados segmentos que se contrapõem ao Programa Mais Médicos, ou medo do enfrentamento, particularmente com as corporações, que não tem sido fácil. A maior parte dos prefeitos tem sustentado porque têm amplo apoio da população. Alguns prefeitos são médicos. Prometeu apresentar a resposta ao Conselho assim que a tivesse. Em relação ao julgamento da ação, concordou que precisam combinar estratégias de intervenção no dia da audiência. Ela tem que representar politicamente o que acreditam, mas ela tem que ter a capacidade de ter sustentação jurídica, porque esse é um debate não julgado pelas opiniões, mas pela fundamentação no termo de Constituição, de legislação, etc. Muitas vezes o argumento pode ser o mais plausível do ponto de vista político-humanitário, mas existe um artigo da legislação, outro processo já transitado em julgado que é utilizado como elemento e faz com que a tese ganhe consistência. É preciso combinar a estratégia de sustentação da defesa, quem fala o que, quem entra com tal linha, o que se reforça para poder dar sustentação para uma certa tese. O Conselho tem que discutir a estratégia para qualificar o debate e o posicionamento. Não se deve anunciar que irão procurar o Ministro do Supremo. Isso se faz e não conta. Se conseguir ter acesso. As entidades devem se posicionarem, criarem um clima positivo. Pode ser por uma nota de preocupação das entidades nacionais, do Conselho Nacional, da defesa do acesso, dos aposentados, das pessoas que objetivamente tem prejuízo, não sobre pressão ao Supremo. Dizer que essa matéria afeta o SUS, o sistema público. Tem que tomar cuidado para ela ser calibrada nesse sentido e não ser compreendida como uma lógica de pressão ou de afronta a quem vai julgar a matéria. Lembro que Luis Marinho, quando era Presidente da CUT, disse que teve um grande debate num congresso da CUT em que os setores mais de esquerda da discutiram a necessidade de armar os trabalhadores do campo contra os latifundiários e ficou uma briga que praticamente virou a madrugada. Então uma trabalhadora rural do interior de Goiás, pediu a palavra e disse: - “Oia” moço, lá de onde eu venho, da roça, quando a gente quer pegar a galinha a gente vai quietinho e pega a galinha e não sai gritando xô galinha, xô galinha. Então muitas vezes tem que estabelecer estratégias, ponderar, pensar como vai estabelecer e muitas vezes não antecipar, não publicizar, trabalhar estrategicamente para valer, como quer alcançar os objetivos. Nesse caso estava muito feliz por não haver posição divergente no Conselho Nacional, a não ser que aparecesse uma fala depois, a qual iriam respeitar o direito dos companheiros pensarem diferente. Mas até agora todas elas confluíram para um entendimento do desastre para o Sistema Único, para a cidadania brasileira a aprovação dessa matéria. A mesa diretora, o CONASS, o CONASEMS, o Ministério, devem combinar uma estratégia. Dará orientação ao departamento jurídico do Ministério que fará a sustentação para trazer esses elementos a serem construídos coletivamente. É preciso ter capacidade estarem unidos em torno deles. Disse estar muito feliz participar da reunião do pleno e prometeu retornar no mês seguinte. A Conselheira **Marisa Furia Silva** cumprimentou a todos e disse que a questão está bem encaminhada. Perguntou o que acontece quando o laboratório para de fabricar medicamentos fundamentais para a população, apesar da multa da ANS. Noticiou ter acabado de sair de uma jornada de autismo, onde as famílias não estão encontrando o medicamento que se chama Neozine, é o levomepromazina feito pela Aventis, no SUS. Os médicos estão trocando por outros medicamentos o que é um problema extremamente sério. Passou 14 anos de sua vida sem dormir até que seu filho autista, Renato, começou a tomar esse medicamento e passou a dormir e aliviar a família inteira si mesmo. Alegou saber que o laboratório do Governo ainda está fabricando, mas soube por outra médica que não vão mais fabricar. Acredita ser um problema de princípio ativo. Perguntou se é verdade ou se é uma coisa pontual, como foi informada pelo Conselheiro Nelson Augusto Mussolini e pelo laboratório. Há um rumor entre pais e profissionais dizendo que ele não será mais fabricado. A patente deve ter caído há muito tempo e é um medicamento extremamente barato, custa R$ 6,00 a caixa com 20 comprimidos e ele é fundamental para essas pessoas. O Conselheiro **Clovis Adalberto Boufleur** cumprimentou a todos e disse que esse assunto está bastante encaminhado, e levantou alguns questionamentos a respeito do que não está dito em relação a esse debate. O que motiva as pessoas a querer uma hotelaria, ou um espaço físico mais adequado no hospital e o que motiva as pessoas quererem ser bem tratadas num ambiente de serviço de saúde é uma reflexão que precisa ser feita. O SUS tem necessidade de aprimorar, de melhorar todo o espaço físico de oferta de serviço de qualidade. Talvez seja possível tomar essa oportunidade no debate para que isso seja evidenciado de uma maneira mais forte. O irônico é que não é problema de dinheiro nesse particular, do espaço físico pelo menos não em alguns itens. Aproveitou a presença do Secretário André Luis Bonifácio de Carvalho na mesa para pedir um retorno do PAC da Saúde. Existem informações que circulam entre os meios de comunicação, entidades de classes e avaliações independentes, de que 10% do PAC da Saúde foi executado efetivamente. Isso é drástico porque o dinheiro está lá para construir milhares de Unidades Básicas de Saúde, conforme uma planta apresentada no Conselho, com um sistema de atendimento melhorado. O dinheiro está disponível, existe planejamento de como será e as coisas não acontecem. Não entrou no mérito da discussão da hotelaria, da coparticipação. Algumas questões precisam ser explicadas para entender melhor, o acesso ao SUS universal e também as diferenças de capacidade financeira para se chegar o serviço. Destacou duas questões. A primeira foi o acesso à fila de transplantes. Quem tem recursos chega antes porque faz todos os exames, todas as consultas no particular e vai para a fila pública. A segunda foi o acesso medicamento de pressão alta e diabetes na farmácia popular, porque é possível utilizar uma receita privada. O posicionamento de sua entidade é na linha do ponto de vista defendido por todos, do SUS 100% universal, gratuito, igualitário, unanime, equânime, resultivo. Mas existem questões que deviam ser melhor explicadas para as pessoas ou por meio do ponto de vista jurídico, amparadas. O Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio** cumprimentou a todos e expressou sua solidariedade com a posição apresentada pela mesa sobre a questão da dupla porta. Está claro que isso seria um retrocesso muito grande. Em relação ao programa Mais Médicos, disse ser necessário, importante, porque a carência de médicos no país é bastante efetiva. Isso não tem contradição com o fato de que faltam muitos recursos para a saúde. Portanto toda campanha do movimento Saúde Mais Dez é indispensável para conseguir alcançar seu resultado. A alegação de trabalho escravo dos médicos cubanos não lhe parece, em absoluto, fundamentada porque existem milhares de pessoas trabalhando livremente no país, sendo assediados inclusive pela embaixada Norte-Americana solicitando que eles peçam asilo e somente 2 ou 3 aceitaram. No entanto tem um aspecto que merece esclarecimentos do Ministério de que a remuneração de todos os médicos seja de 10 mil reais mensais e remuneração dos cubanos seja apenas de 6 mil. Perguntou o motivo dessa diferença tão gritante que anteriormente era de 4 mil reais e agora foi elevado para 6, mas ainda assim, continua uma diferença muito grande em relação ao salário dos demais profissionais. Então por uma questão de isonomia lhe parece que seria razoável o pagamento igual para todos. A 2ª questão que tratou foi sobre a ANS. A posição da Câmara sobre a Medida Provisória parece inteiramente absurda e afirmou estar solidário com a posição do governo e achou que deve ser revertido. No entanto, existe uma tradição de captura pela Agência Nacional de Saúde desde que foi nomeado para seu presidente, o presidente da QUALICORP, que é uma operadora de plano de saúde internacional. A ANS passou desde então por uma mudança bem substancial e recentemente foi nomeado um novo diretor com posição pública contra o ressarcimento ao SUS. Isso lhe parece uma contradição muito flagrante e pediu esclarecimento ao Ministério. O Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** cumprimentou a todos, presentes e internautas e parabenizou a mesa pelas suas posições. Apresentou um contraponto: se o Supremo tivesse critério rigoroso essa discussão nem chegaria lá. Viu na Câmara que as representações mais populares não têm espaço nesse momento. Então continuarão comprando coca-cola porque os outros definem o que a população mais penalizada desse país deva receber ou não. Com todo respeito a todas as representações do CNS pediu que fosse pleiteada uma fala para a CMP ou para a CONAN, entidades que possuem representação mais ampla da sociedade civil, do pessoal mais excluído, com menos voz nesse país. Acrescentou que além do impacto técnico, financeiro, sua maior preocupação é o impacto social. A saúde tem que ser pública. O atual modelo de atenção para a saúde da população é muito caro e é um sistema ruim, pouco evolutivo, portanto, ele tem que ser público. Nenhum cidadão brasileiro, ou que optar por viver no Brasi,l deve deixar de ser atendido por não ter dinheiro. Lamentavelmente alguns segmentos cortam esses segmentos que propõem a exclusão social nesse país. Em sua lógica eles estão corretos: atender bem quem tem dinheiro. A questão da dedução no imposto de renda implica no fornecimento do leito e depois a pessoa terá que pagar e deduzir do imposto de rendam novamente. É uma festa em cima da miséria do povo brasileiro, é cada vez mais jogar o processo de exclusão para beneficiar uma pequena parte por interesse meramente econômico, de gente mercenária que não tem nenhum compromisso com o povo brasileiro. A Conselheira **Ana Maria Costa** cumprimentou aos presentes, à mesa e internautas e comentou a colocação do Ministro. Disse ser uma lástima que ele estivesse ausente, mas ela sabe que ele é um companheiro da Reforma Sanitária, defensor do Sistema Único de Saúde, tem conhecimento que ele está perfeitamente a par da movimentação internacional existente em torno desse projeto defendido pela Organização Mundial de Saúde da cobertura universal. Todo debate começa no Brasil, questionando os documentos internacionais, o relatório da OMS, a defesa da Fundação Rockfeller em torno desse projeto nefasto da cobertura universal. Esse debate não havia sido provocado no Brasil, até quando nos foi anunciado publicamente que o governo brasileiro teria votado numa assembleia da Organização Panamericana da Saúde a favor da cobertura universal. É possível que tenha havido confusões semânticas, conceituais, tudo isso é compreensível, mas não se pode despolitizar o debate e simplificar dessa forma de que houve má fé e houve iniciativas açodadas de pessoas que trouxeram esse debate. Essa questão está hoje mobilizando grande número das entidades internacionais do mundo inteiro, europeia, latino americana, e o assunto é muito sério. A tendência e a gana do mercado é muito presente hoje no debate da saúde no mundo e tem sido na latina américa, a responsável pelos programas perversos, da Colômbia, que são excludentes, que não garantem cobertura e integralidade, e que estão todos remetidos ao mercado. A partir disso, pensando a posição do CNS no alinhamento para essa audiência, acreditou lidar com uma contradição muito grande. A defesa do SUS constitucional tem que ser sempre reforçada e reformulada, mas é preciso também lidar com dados de realidade ao longo desses 25 anos de um SUS que não dá conta de receber e de realizar a integralidade e a universalidade. Isso precisa ser analisado para uma convocatória nacional da sociedade brasileira, incluindo o poder executivo para enfrentar os reais problemas que estão colocados e que geram impasses na consolidação do Sistema Único de Saúde. É preciso lidar com a questão da diferença de classe, inclusive como um dado da diferença de classe na saúde brasileira. O SUS hoje gasta por episódio de internação o valor de 1.050 reais. O sistema privado, na radicalidade do gasto maior, chega a dezenove mil reais, ou seja, o SUS gasta 18 vezes menos que um sistema privado. Essa é a diferença de classe da saúde brasileira, não no interior do SUS. Por isso é preciso propor ao Estado brasileiro repensar o projeto de saúde nacional. A presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** Eu quero só reiterou que haveria no dia seguinte um ponto de pauta sobre os sistemas universais e coberturas universais de saúde. O pleno não pode deixar de politizar e trazer esses conflitos de concepção de interesses, porque tem feito um esforço enorme de politizar a pauta da saúde e também uma repercussão para a sociedade e garantir, a partir da presença dos Conselhos Estaduais, um espaço de politização e reflexão, de posicionamentos que ajudem os conselheiros a terem vozes nos seus estados. Anunciou a presença dos representantes da Paraíba, Rio Grande do Norte, Mato Grosso do Sul, Goiás, Sergipe, Roraima. É importante verificar as necessidades de regras e controle entre os contratos dos laboratórios públicos com esse conglomerado, talvez de outros laboratórios ou de outras indústrias para garantir a oferta de produtos. Mais do que controle deve ter transparência e, às vezes em nome do sigilo e da concorrência, o Estado faz uma intervenção no mercado a partir da compra e do papel do DENASUS e do DATASUS. Se o Brasil não tem uma posição favorável à cobertura universal, o fato de ter menos investimento do público e mais investimento privado no setor da saúde, mostra claramente uma tendência ao incentivo da privatização, seja a partir de ações governamentais, seja a partir também de omissões do Governo e sobretudo do Estado brasileiro, de fazer maiores investimentos para que esse sistema universal tenha essa potência de garantir a integralidade, a universalidade e a equidade. Houve na véspera várias abordagens mostrando os gastos das famílias com saúde, o desembolso direto. Ela representa aqui o segmento rural e o próprio IBGE e o IPEA já sinalizaram que a população rural tem tido um percentual crescente, do último censo para cá, mais do que as famílias urbanas. Exatamente onde tem carência de infraestrutura de serviço, onde tem carência do papel do estado em garantias da proteção, famílias de menores rendas tendo um gasto muito maior. Desembolso direto com exames complementares, medicamentos que não estão disponíveis ou ausentes nas farmácias e também especialidades médicas. Comentou que foi naquela quinta-feira a um ambulatório em sua cidade, Valparaízo, às 9hs da noite com 2 netos. Havia 3 clínicos-geral atendendo. O Programa Mais Médicos tem ajudado um pouco a mudar a organização do serviço, tornando mais visível para a população a carga horária que o médico tem que dispor. Levou 1 hora e meia para ser atendida, mas em compensação não resolveu o problema. Foi procurar um pediatra no HMIB onde passou 6 horas num dia de sábado, com a criança de 5 meses com conjuntivite para ser atendida. Além da ampliação, da cobertura, da contratação de profissionais, existe a qualidade do serviço ofertado em algumas áreas. Existem outras discussões a fazer do ponto de vista do financiamento, mas devem ser feitas em outra oportunidade porque são bandeiras que desejam levantar em defesa do orçamento da seguridade social. O governo bota tudo no bolo das receitas, da ordem fiscal e é preciso diferenciar essa disputa do financiamento olhando a função que tem o orçamento da seguridade social, já que o próprio governo está quebrando regras e fazendo com que o orçamento da seguridade seja para dar sustentação ao consumo e à produção interna. Que o orçamento da seguridade seja para garantir proteção brasileira, a classe trabalhadora até porque também é um desembolso direto dela mesma. Do ponto de vista dos encaminhamentos da reunião de trabalho olhando os argumentos, a estratégia de fala. Será acordado com o CONASS, CONASEMS, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, definir uma data da reunião para preparar a audiência pública. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** divulgou uma notícia do site do Supremo Tribunal Federal, cuja data não conseguiu localizar, mas diz que a audiência será realizada no dia 26/05 e cada expositor terá 15 minutos para sustentar seu ponto de vista, sendo facultado aos participantes a juntada de memoriais. Entendeu valer a pena que o Conselho Nacional de Saúde faça um manifesto escrito para anexar como um memorial. O prazo para se encaminhado é 22/04. As entidades poderão se manifestar ou se desejar participar da audiência devem indicar o expositor até 22/04. As entidades podem se candidatar independente do Conselho Nacional de Saúde e o resultado será divulgado no dia 28. A presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** aprovou o documento que daria sustentação ao argumentos. A reunião deveria ser realizada no máximo até a próxima semana e talvez não dê tempo (porque tem que apresentar esses memoriais com antecedência) para ser objeto de discussão no pleno, mas como já estão alinhados com o mérito, ele será redigido nessa linha e deve ser assinado conjuntamente pelas entidades citadas. Incentivou que as entidades que se acham com esse perfil e habilidade de estar nesse espaço fazendo uma linha de frente de argumentação, deveriam se inscrever para fazerem falas que façam diferença. O critério é deles de acatarem ou não a inscrição, o cabe ao CNS é monitorar as entidades ligadas ao Conselho. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** considerou que nesse momento o máximo de entidades que se candidatarem demonstram que isso está chamando a atenção da opinião pública e, principalmente, daquelas organizações profissionais e de envolvimento social com interesse na matéria. Iria recomendar a sua entidade que se candidatasse e entendeu que essa recomendação seria válida para todas as entidades presentes e o Supremo decidiria quem escolher. A presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** concordou e prometeu monitorar e depois dar o retorno para as entidades do Conselho. O Conselheiro **André Luis Bonifácio de Carvalho** falou em nome do Ministério da Saúde e disse que o ponto central teve um encaminhamento adequado com relação ao tema da diferença de classe. Sobre a questão dos sistemas universais a posição do ministro é clara e não deve pairar uma dúvida sobre a posição do Ministério da Saúde, e do Ministro, sobre o tema. Parte do CNS qualificar essa discussão e fortalecer a posição do Brasil em torno da temática. Estão os fazendo uma série de atividades e solicitou à Presidenta do CNS que formalizassem em um documento no qual ele pediu para fazer alguns ajustes. Sobre as questões colocadas respondeu que sobre os medicamentos de autismo o assunto deveria ser tratado com o Secretário Gadelha que estará presente nessa RO, sendo ele a melhor pessoa para falar desse tema. Ele terá como expor as medidas a serem adotadas, inclusive com parcerias com entidades que às vezes conseguem detectar um problema desses muito mais rápido do que determinadas estruturas do Ministério. Então devem construir uma rede de cooperação, em que pese o MS ter um papel de controle, de acompanhamento desses processos, às vezes, coisas acontecem para quem usa mais do que para quem controla. Sobre a questão do PAC, afirmou ser um tema fundamental e importante. Falou com a Presidenta do CNS para pensar numa discussão ampla sobre a questão de acesso, rede e investimentos, que envolve informação solicitada de que só dez por cento do PAC foi executado. São informações que precisam ser apuradas e trazidas ao CNS. Afirmou não possuir esse dado tão preciso e se colocou à disposição para organizar e, juntamente com a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, debater no pleno, incluir em pauta. Isso aqui é importante, principalmente porque o mapa mostrado pelo Ministro mostra a chegada de médicos os quais estão em alguma, alguma estrutura física de funcionamento de rede. Tanto os intercambistas como os cubanos estão atuando em espaços que estão ou em fase de estruturação ou estruturados no âmbito da atenção básica. Nas fases de implantação do Mais Médicos, levou informações dos estados, uma série de investimentos que em parcerias com os estados e municípios que o Governo Federal vem fazendo em hospitais universitários, em unidades de média e alta complexidade, UPAS e CAPS, na dimensão de uma rede em um país de 190 milhões de brasileiros, 5.570 municípios que têm facilidades em desenvolver projetos e também dificuldades. As dificuldades são tão grandes que ano anterior anunciaram e liberaram a apropriação por parte dos gestores municipais de unidades de saúde, para que eles pudessem antecipar a sua possibilidade de fazer uma licitação, porque muitos municípios brasileiros tinham a capacidade de adquirir o recurso mas não tinham como executar, porque não tinham aporte para fazer um projeto arquitetônico por exemplo. Fizeram uma parceria e estão trabalhando em um sistema que monitora essas obras, o SISMOB, na parte toda da atenção básica, acessível para qualquer pessoa para acompanhar a obra na sua unidade. Os Conselhos Estaduais e Municipais poderiam fazer uma sessão com seus gestores para aqueles municípios que receberam recursos da atenção básica para o requalifica UBS, pudessem solicitar de seus gestores a apresentação da evolução desses investimentos e dessas obras. Elas estão abertas a qualquer cidadão. É preciso discutir a indicação do diretor da ANS. Não soube dizer se esse determinado critério inviabiliza uma determinada função. Se ele foi indicado e assumiu acredita que ele tenha cumprido requisitos pertinentes àquela função. Até porque a ANS tem um Conselho Nacional e um Conselho Estadual que também acompanham os movimentos do governo. Se esse movimento foi inadequado com relação a determinadas medidas, cabe ao MS discutir com CNS, debater. Sobre a perspectiva de uma reinvindicação da participação da Central de Movimentos Populares, entendeu ser uma questão de acerto com o Conselho de como será feito. Sobre a questão dos sistemas universais reiterou que desde que o Ministro assumiu a função, é um tema que ele abordou várias vezes, inclusive com várias entidades, ABRASCO, Rede Unida, CEBES, CONASS, no Conselho Nacional de Saúde nas tripartites. Ele fará um documento público, a ser aprestado ao CNS, com a posição do Ministério da Saúde com relação ao tema. O Conselheiro **José Eri de Medeiros,** em nome do CONASEMS, agradeceu a oportunidade e reafirmou seus compromissos nacionais e internacionais na questão do SUS público, universal, igualitário que entendem como uma proposta de estratégia da atuação conjunta, CONASS, CONASEMS, Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde. Disse estarem prontos para a primeira reunião a ser marcada pelo próprio Conselho Nacional para atuação da sua entidade em relação ao tema da diferença de classe. A Coordenadora Jurídica do CONASS, **Alethele de Oliveira Santos**, agradeceu a generosidade em discutir e fazer algumas ponderações sobre a questão de conflitos de interesses entre o público e o privado. Há muita teoria jurídica sobre isso e foi uma excelente lembrança. Saíram com uma posição de consenso muitíssimo adequada e uma deliberação para uma atuação conjunta e unida. Quanto mais o SUS se mostra aos outros poderes, melhor. Afirmou estar à disposição para colaborar no que for possível. O Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** se retratou em público por ter esquecido de citar a importância das centrais sindicais no Movimento Saúde + 10 no evento do dia anterior. Ficou emocionado por 50 mil trabalhadores estarem naquele momento nas ruas de São Paulo com a bandeira do Saúde Mais Dez. (aplausos) Sobre o ponto de pauta em discussão pediu que a mesa encaminhasse a proposta da moção a respeito da questão da transformação da farmácia num estabelecimento da saúde. A presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** pediu que os conselheiros realizassem a leitura do texto da moção para aprovação no dia seguinte. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** sugeriu a leitura do texto da moção ser tratada no primeiro ponto da tarde sobre ciência e tecnologia incluindo o medicamento nessa linha. A Conselheira **Lorena Baía de Oliveira Alencar** lembrou a eminência dessa subemenda vir a ser votada naquela data na Câmara, sendo o 8° ponto de pauta. Por isso que a pediu uma certa celeridade na análise dessa moção de apoio e perguntou se não poderia ser votada naquele mometo. A presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** pediu então que ela fazesse a leitura do documento. O Conselheiro **Jurandi Frutuoso Silva** invocou questão de ordem para encaminhar uma moção ou um ofício a ser enviada para o Senado se contrapondo a essa posição da alteração da MP que beneficia plano de saúde, para dar conhecimento da posição do CNS. A presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** questionou ao plenário se acatavam a proposta do Conselheiro Jurandi Frutuoso Silva que foi aceita. Ele mesmo ficou responsável por elaborar a proposta a ser votada ainda naquela reunião. A Conselheira **Lorena Baía de Oliveira Alencar** faz a leitura da moção de apoio “O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Quinquagésima Sexta Reunião Ordinária, realizada nos dias 09 e 10 de abril de 2014, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e, considerando que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Sob tal premissa, o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação; considerando o que estabelece a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, no seu art. 6º onde estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS): a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica; considerando que, historicamente, a assistência farmacêutica e tudo que diz respeito ao medicamento, desde a sua produção, acondicionamento, venda, utilização e fiscalização, constituem-se em áreas críticas e desafiadoras para a saúde e o Sistema Único de Saúde – SUS no Brasil. Considerando também que é necessário estimular o contato do usuário do medicamento com o profissional farmacêutico, e desse modo promover o uso de medicamento (por prescrição ou automedicação) qualificado e responsável, bem como melhorar a forma como é feito entre os seus consumidores; considerando que a falta do farmacêutico para esclarecer os usuários sobre os riscos de efeitos adversos e danos à saúde, particularmente na automedicação, ao tempo em que descumpre a recomendação da OMS sobre o uso racional de medicamentos de forma segura e segundo orientação de profissional habilitado; considerando que, na maioria das vezes, o medicamento é um produto livremente comercializado em estabelecimentos comerciais – as farmácias e drogarias -, portanto, a adequada orientação técnica e qualificada é uma responsabilidade social do Estado na regulação deste consumo. Ademais, o medicamento tem sido um insumo de difícil acesso a população e uma fonte de problemas gravíssimos indo das intoxicações leves até graves doenças iatrogênicas; considerando que, além das reações adversas inerentes a qualquer medicamento, o uso incorreto de medicamentos podem mascarar o diagnóstico de uma doença, se utilizado de forma abusiva ou sem orientação; e considerando que, a venda de medicamentos sem as devidas orientações farmacêuticas, poderá acarretar vários e diferentes problemas de saúde à população brasileira, tais como: banalização da venda de medicamentos, por meio de sua transformação em mercadorias sujeitas exclusivamente às normas de mercado – e não de saúde – e sua exposição às estratégias mercadológicas, a exemplo das campanhas publicitárias; negação de todas as políticas públicas instituídas na área da saúde, em especial as que buscam organizar e promover a assistência farmacêutica nos setores público e privado. Considerando, ainda, que a subemenda aglutinativa global de plenária ao PL 4.385/94, que estabelece uma nova ordem na estruturação e organização dos estabelecimentos farmacêuticos que paulatinamente se transformarão em reais estabelecimentos de saúde integrados a rede de saúde, garantindo à população usuária do medicamento as condições necessárias ao atendimento qualificado, diferenciado, resolutivo e seguro; Resolve: Manifestar publicamente sua posição intransigente em defesa dos direitos dos usuários de medicamentos apoiando de forma integral a proposta de subemenda aglutinativa global de plenária ao PL 4385/1994, que dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas e dá outras providências. Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Quinquagésima Sexta Reunião Ordinária.” O Conselheiro **Nelson Augusto Mussolini** preocupou-se por ter analisado bastante essa emenda aglutinativa. A Folha de São Paulo, o Jornal Folha de São Paulo do último dia 20 de janeiro, tem uma reportagem muito grande sobre a falta médica, de profissionais na área de farmácia para atender as próprias farmácias. Então eles chegam a conclusão de que menos de dez por cento das farmácias no Brasil tem hoje o farmacêutico de tempo integral deve-se tomar muito cuidado porque isso pode criar um problema muito mais sério onde não existe. Existe problema na área de comercialização de medicamentos. Sua entidade defende de forma muito clara que a tarja vermelha tem que ser vendida somente mediante receita médica, que medicamento isento de prescrição é um complementar a saúde, inclusive apoiado pela Organização Mundial de Saúde. São debates deveriam ser feitos um pouco mais nesse espaço. A questão de votar esse problema nesse momento, ele ainda vai ao Senado, então ainda tem tempo para discutir esse assunto lavá-la para o fórum, trazer o pessoal da ANVISA para discutir, os Conselhos Federais de Farmácia para que eles se manifestem que de fato tem condições de cumprir a lei, porque senão vai ser mais uma lei que não será cumprida no país. No Brasil queremos sempre tapar o sol com a peneira, não cumpre a lei aí a gente faz uma outra lei que a gente não cumpre. Já tem uma determinação que deve ter farmacêutico na farmácia, que as farmácias são estabelecimentos de saúde, tudo isso que está nessa norma só que nós não cumprimos. Faz mais uma lei que não será cumprida por falta de condições técnicas. Propôs um debate mais longo desta questão. A Conselheira **Lorena Baía de Oliveira Alencar** contestou que existem no Brasil mais de 175 mil farmacêuticos para aproximadamente 86 mil estabelecimentos de saúde. É claro que tem dificuldades de fixar profissionais em áreas remotas, como ocorre com as outras profissões da saúde. Então existem estados como o Amazonas, Pará, mais estados do norte, onde tem no censo farmacêutico uma certa dificuldade de fixar esses profissionais, ainda que a Lei nº 5991/1973 garanta a presença do farmacêutico nos estabelecimentos, nas farmácias e drogarias, esse Projeto de Lei iniciado pela Senadora Marluce Pinto vem justamente propor o contrário, que qualquer pessoa possa ser o responsável técnico pela farmácia e drogaria. Então é uma coisa muito séria que está acontecendo no Brasil. Não fez a defesa só do ponto de vista classista para segurar a vaga para o farmacêutico, mas por ser um problema de saúde pública, com forças contrárias hoje dentro da Câmara trabalhando para que isso aconteça. Tem manifestações da ABCFARMA para os deputados pedindo que não haja mais fiscalização em farmácias e drogarias. O comércio varejista está atuando para que isso se torne realidade. Não só como conselheira, mas como usuária de medicamentos entendeu que esse pleno não pode protelar essa discussão porque está pautado para ser votado naquele dia. Ela representa hoje o que é defendido por todas as entidades farmacêuticas, assinada pelo Conselho Federal de Farmácia, Confederação de Farmacêuticos, Associação de Ensino Farmacêutico, a Executiva Nacional dos Estudantes de Farmácia e todas as sociedades de farmácias, Sociedade de Farmácia Hospitalar, Sociedade Brasileira de farmácia Comunitária. É uma luta desses 175 mil farmacêuticos. O Conselheiro **Clovis Adalberto Boufleur** pediu para incluir nos “considerandos” a resolução aprovada no ano anterior em relação à assistência farmacêutica que trata desse debate. Essa resolução ela define claramente um posicionamento de que a assistência farmacêutica é um direito que deve ser garantido no SUS, e não só no SUS, nos mecanismos do SUS. Deve haver uma disposição para que o receitado no serviço público seja oferecido de fato para as pessoas e não fazer uma prescrição do medicamento que a pessoa depois tenha que peregrinar para comprar uma parte e a outra parte do tratamento ela nem consegue. Fazer, o órtese e prótese de péssima qualidade, pagar à parte, enfim, toda essa questão. E em relação ao estabelecimento comercial, de fato concordou ser preciso discutir uma forma de ampliar a dispensação de medicamentos aqui no Brasil, para incluir outros profissionais porque de fato ela pode e deve existir noutros países. É possível isso. Como isso aconteceria com a supervisão do farmacêutico? A Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** explicou que a apreciação da moção e sua consequente aprovação por esse plenário não exclui a possibilidade de debater sobre o tema. Ocorre que existe uma urgência pelo fato de o Congresso estar apreciando essa matéria. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** alegou ter sido contemplada na fala anterior e reconheceu a importância do papel do controle social na regulação dessas questões relacionadas aos interesses da saúde pública. Como usuária de medicamentos sente-se mais preparada para tomar medicação quando orientada por um farmacêutico. Vive-se um estágio de conscientização da importância do profissional de farmácia. Em vários países do mundo ninguém compra medicamentos se não for com orientação do farmacêutico. O Brasil está avançando para outro estágio de relação com a sociedade, o Estado cuidando efetivamente do interesse da população em todos os seus aspectos e não é mais admissível que um estabelecimento que venda medicamento não tenha esse diálogo com a saúde. O Conselheiro **André Luiz de Oliveira** sugeriu a supressão da palavra “intransigente”. Ela pode ser antipática e ao mesmo tempo pode ser usada para outros interesses. A presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** reiterou a importância da votação, até porque já existe uma posição e concordou com a necessidade de pautar o tema. Tem duas sugestões de ponto de pauta importantes que saíram nesse dia: acesso, infraestrutura, investimento da rede, e essa agora. Também trazer a ANVISA aqui para fazer uma boa conversa. **Deliberação**: **Em regime de votação, foi aprovada a moção sobre transformação de farmácias em estabelecimento de saúde** **com as contribuições trazidas em plenário. Encaminhamentos:** **1) todas as entidades que desejarem podem se inscrever para a audiência pública e enviarem memorias. 2) Agendar reunião para coordenação de falas na audiência pública devido ao tempo para que sejam complementares. 3) O CNS irá monitorar e informar quais entidades foram aceitas para participar da audiência pública. 4) aprovada a moção sobre transformação de farmácias em estabelecimento de saúde**. Com esse pronunciamento, a mesa encerrou o debate e fez uma pausa para almoço, retornando no início da tarde com o próximo item de pauta. **ITEM 3 – DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E INOVAÇÕES TECNOLÓGICAS – UMA AGENDA PARA O SUS E PARA O BRASIL.** *Apresentação:* **Carlos Augusto Grabois Gadelha**, Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE/MS; Conselheira **Ana Maria Costa**, Presidente do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); Conselheiro **José Naum de Mesquita Chagas**, Comissão de Ciência e Tecnologia; Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Coordenador da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP. *Coordenação:* Conselheiros **Nelcy Ferreira da Silva**, Mesa Diretora do CNS. Antes de iniciar o ponto de pauta a presidente do CNS, Maria do Socorro de Souza fez um informe de que o Secretário Executivo Márcio Florentino e o Assessor Técnico Luiz Gonzaga encontravam-se naquele momento em uma reunião no Conselho Nacional do Ministério Público para tratar da parceria institucional entre esse órgão e o CNS. A tratativa já dura seis meses e essa reunião busca não comprometer o prazo por uma questão de organização deles na demora. O Conselho Nacional de Saúde está participando de vários momentos, mesas no congresso da Rede Unida. Um dos temas é a produção da saúde que emerge das experiências populares de participação social, outra mesa sobre política de fixação, provimento e regulação do trabalhador na saúde, experiências e controvérsias das práticas formativas no campo da saúde, várias távolas sobre a 15ª Conferência Nacional Saúde construindo uma agenda, rodas de conversa, uma sobre Educação Permanente em Saúde e Intervenções Pedagógicas, participação e mobilização social, efetivação do controle social no contexto do SUS. Quem está participando como conselheiro nacional são Gilson, Haroldo, Ivone, José Eri de Medeiros, Jouhanna, Maria do Socorro, Marisa, Michely, Nelcy, Ronald e Cleoneide. Foi dada a palavra então para o Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS), **Carlos Augusto Grabois Gadelha**, que saudou o Conselho e a mesa e expressou seu prazer em participar da reunião. Antecipou que muito de sua fala é oriunda de um primeiro artigo escrito quando da refundação da revista do CEBES. Teve a preocupação nessa apresentação de estar com o foco na Conferência Nacional de saúde e trazer alguns temas que tenham centralidade numa discussão da saúde no desenvolvimento nacional. Trouxe alguns dados da secretaria, algo das ações em andamento, para trabalhar num nível um pouquinho mais estratégico, elevado, mais do que uma prestação de conta de trabalho que, aliás, sempre que eu for convidado virá com o maior prazer. Tomou a liberdade de não trazer uma agenda mais burocrática, institucional, e sim uma agenda mais livre, aberta, como um documento de trabalho, como algo para ser questionado e poder ser aperfeiçoado. Essa reunião está num momento de arejar as ideias e poder pensar pró-futuro. Começou sendo rebelde com relação a pauta, que eu esperou seja bem acolhida pois no fundo está tratando do tema do desenvolvimento onde a ciência, a tecnologia e a inovação estão na raiz do próprio conceito de desenvolvimento que se está trabalhando dentro da perspectiva acadêmica e também no Ministério. É um conceito de Celso Furtado, muito melhor e mais sucinto do que de outros mais recentes e famosos internacionalmente aceitos pelo “Establishment”. Desenvolvimento pode ser definido como um processo de mudança social pelo qual um crescente número de necessidades humanas pré-existentes ou criadas pela própria mudança são satisfeitas através de uma diferenciação no sistema produtivo, geradas pela introdução de inovação tecnológica. Celso Furtado diz que desenvolvimento não é fazer mais do mesmo, é transformar a forma. Calcado em toda a literatura estruturalista e marxista, é a forma de produzir o que precisa se transformar. Ao introduzir um programa de atenção básica e retira-se as pessoas do hospital e resolve-se na ponta, muda a forma de produzir, a forma de organização da sociedade. Se não se tiver um conceito claro de aonde se quer chegar pode-se se perder no meio do caminho. Ele associa e envolve uma diferenciação de como se faz as coisas, ou seja, na saúde eu não se irá desenvolver reproduzindo esse modelo incrementalmente, só com mudança no sistema de produção relacionada a saúde, isso não tem nada a ver com mais tecnologia sofisticada, com mais tecnologia cara, complexa. Tem que mudar a forma da sociedade se organizar, de fazer as coisas. Ele politiza a questão, é um processo de mudança social. O desenvolvimento não é algo que se faz sem conflito, ele envolve luta, é social, é interesses e mudança social marcante. Ele já associa ao crescente atendimento das necessidades humanas. Num simples conceito de desenvolvimento ele coloca a elevação como transformação, a inovação não só a inovação tecnológica da universidade de ponta, como se transforma na forma de produzir as coisas, ele coloca o processo social, portanto político, e as questões das necessidades humanas. No livro Novo Amanhecer, salvo engano, ele diz: eu estou morrendo, eu estou no final da vida triste porque esse país desenvolveu a base produtiva e as necessidades humanas estão longe de serem atingidas. Esse é o fio condutor, porque pensar em inovação, em ciência e tecnologia, pensar o hoje já conhecido complexo produtivo, complexo industrial da saúde, a forma de produzir e qual a mudança social se deve chegar. Não é possível separar o processo de transformação político e social do processo de transformação econômico. Na base tecnológica são ordens comuns, na própria Constituição Brasileira existe a ordem social e a ordem econômica. Não se muda a ordem social sem mudar a ordem econômica. Pela lógica centrada apenas na competividade econômica a base tecnológica não viabiliza, por exemplo, um sistema universal de saúde. Ela o bloqueia e o restringe. São duas faces de uma mesma moeda. No campo da saúde se trabalha nessas faces integradas da seguinte forma. Primeiro na perspectiva sanitária da saúde como cidadania e segundo na perspectiva desenvolvimentista da saúde como uma área estratégica na sociedade do conhecimento. Deve-se ter domínio e capacidade de superar os bloqueios tecnológicos estruturais que estão em evolução para criar um sistema universal no Brasil e mesmo em escala internacional. Deu dois exemplos muito concretos. Se não tem uma base tecnológica que sustente e seja favorável a tirar as pessoas do hospital e fazer uma atenção à saúde em nível local, ter agentes comunitários de saúde e equipes de saúde da família com acesso às tecnologias necessárias, às vezes muito mais simples do que a tecnologia existente dentro do hospital, se não fosse essa mudança na base de conhecimento, não é possível desenvolver. Algumas situações clássicas, se falou muito na guerra das Malvinas, onde os principais problemas da Argentina foi o acesso a medicamentos. Na Venezuela, uma questão de barreira tecnológica impediu o acesso à população a uma conjuntura complexa do ponto de vista político. Deve-se juntar a perspectiva sanitária da saúde com cidadania. Isso é uma premissa. Saúde não é fator de produção, não é capital humano. É uma visão pobre a que liga saúde com desenvolvimento tratando como capital humano. Deve-se pensar a saúde como cidadania, uma frente que incorpora a aposta de futuro. Se um país não tiver capacidade e as tecnologias de fronteira, como tecnologia de informação, biotecnologia, a terapia celular a nanotecnologia entre tantas outras, a base técnica pode impedir o processo desenvolvimento. Pode-se questionar se essa é uma visão tecnicista do processo. Respondeu que não. Exemplificou que numa perspectiva do tratar e acompanhar a mulher na fase da gestação pode-se ter tecnologia de última geração usando a mesma tecnologia que faz vinte diagnóstico numa gota de saliva muito mais barata que as tecnologias dos grandes laboratórios que operam em grande escala e precisa levar a amostra, muitas vezes, para a capital para fazer um exame. Colocar a tecnologia como a frente de desenvolvimento e ao mesmo tempo ligada à perspectiva sanitária é bastante relevante. Tem que saber como fundir e deixar de segmentar as agendas que devem estar incorporadas a um conceito mais sólido de desenvolvimento. Hoje a questão do desenvolvimento é recolocada com essa visão e corre-se o risco de estar assistindo no mundo a re-emergência, mesmo dos casos onde já estavam consolidados, de sistemas de bem estar desiguais e excludentes. Aquele conceito que parece mais genérico de necessidades humanas. Hoje o estado de bem estar está sendo atacado num momento em que se tenta constituir um sistema e um Estado de bem estar no Brasil. O bloqueio advindo da geração de conhecimento de inovação, omite a palavra da forte assimetria. Três por cento do conhecimento do mundo é gerado nos países de alta renda e noventa e sete por cento nos países de baixa e média renda. Com esse padrão de conhecimento e tecnológico, sem criar uma base endógena, será sempre como enxugar gelo no fim da linha do processo de incorporação tecnológica, não permitindo superar esses dois grandes gargalos do processo de desenvolvimento: o gargalo social e o da base de conhecimento e inovação. Apresentou dados que mostram o peso da saúde com esse novo olhar e sua participação no PIB e aqui a questão importante do desbalanceamento em que o sistema universal é incompatível com uma estrutura de financiamento atual do Estado Brasileiro para área da saúde. A saúde representa trinta e cinco por cento do esforço de pesquisa de desenvolvimento do Brasil. O quanto disso está ligado ao SUS, ou à demanda do SUS, é um desafio imenso, porque de uma lado isso é a sociedade do conhecimento, o futuro, o padrão de conhecimento tecnológico do século XXI. E de outro lado pode ser uma grande armadilha onde o sistema pode ficar trancado num padrão tecnológico que faz cindir a sociedade em quem pode ter acesso e quem não pode ter acesso. Isso mostra o papel central da saúde na ciência e tecnologia e se não politizarem o tema pode virar algo que em vez de ser um meio para o sistema universal pode ser um fim. Como dizia o velho Marx, não quebre a máquina, mude as relações de produção. Como é possível estabelecer uma agenda de pesquisa, na difícil articulação industrial com um sistema de serviço de saúde que busque articular o processo de inovação com o acesso universal e com a constituição do sistema universal no país. A grande agenda do ponto de vista da ciência, da tecnologia e da inovação (isso se desdobra para a CONEP, CONITEC, e diversas ações) é como colocar esse sistema produtivo e científico a serviço do sistema universal de saúde. Isso é quase uma guerra de Don Quixote contra os grandes moinhos porque poucos países coordenam a política de ciência e tecnologia e a política industrial em saúde a partir da autoridade sanitária. Salvo engano, na Inglaterra existe um sistema universal e quem coordena é o Ministério de Negócios. Na Índia é o Ministério de Indústria e Comércio. No MERCOSUL são ministérios da área econômica. A saúde ter entrado nessa agenda delicada, complexa, que é a agenda da produção, do desenvolvimento industrial, da ciência da tecnologia é algo que tem diferenciado o Brasil na experiência internacional. Isso mostra que não mudando o padrão tecnológico e mantendo o grau de dependência atual, no momento em ampliar o acesso da população, o déficit comercial (mede o quanto importa mais do que a gente exporta) na saúde sai de dois bilhões para doze bilhões de dólares. Hoje o mercado financeiro espirra (como espirrou em 2008 e aumentou em vinte por cento nos gastos de saúde do Brasil como um todo) as importações ficam mais caras. A vulnerabilidade de estar dependente em um país continental como o Brasil, com 200 milhões de pessoas, se torna vulnerabilidade estrutural que limita o acesso à saúde. Há um processo em movimento que a venda da saúde entra na política industrial da inovação o que lhe deixa particularmente animado. A agenda da produção e da inovação entram na agenda da saúde desde o Plano Nacional de Saúde aprovado no CNS. Ficou satisfeito quando o Conselho Nacional de Saúde inseriu em seus cinco temas prioritários a ciência, tecnologia e inovação. A comissão de seguridade no Congresso Nacional começa a invadir a outras áreas para poder orientar o desenvolvimento. Isso envolve uma ação articulada, diminuindo a setorialidade, porque não dá para fazer esse tipo de política sem pensar no poder de compra, regulação econômica, propriedade intelectual, itens que precisam ser articulados dentro da agenda. Três conjuntos de políticas são importantes. As políticas das parcerias para o desenvolvimento produtivo, onde os produtores públicos (muitos dos quais tinham morrido, por exemplo, a Bahiafarma, a Hemobras, o Instituto Vital Brasil, a Fiocruz) estão criando agora uma nova base produtiva, uma camada, um colchão de instituições públicas produtoras que se articulam na área industrial com empresas privadas que detenham tecnologia para que haja segurança sanitária tecnológica de um conjunto de produtores públicos que estabelecem articulações com o setor privado. Isto não é PPP (Parcerias Público-Privadas), PPP é quando terceiriza o serviço público. Isso na verdade são articulações tecnológicas. A Fiocruz aprende a fazer vacina em parceria com empresas que sabem fazê-la, muitas vezes grandes empresas, e passa a ter domínio tanto do ciclo tecnológico quanto das melhorias que vem daí para frente. A mais recente introdução do HPV foi do Butantã fazendo parceria tecnológica onde em dez anos ele obtém autonomia tecnológica nessa plataforma que está em transferência. Ele acabou de anunciar a internalização do ciclo tecnológico para a vacina de influenza. Estabelece um processo de encomenda tecnológica do Ministério da Saúde onde a premissa é que os produtos sempre tem que ser mais baratos do que o SUS adquiriria no período anterior. Estabelecer uma estratégia de longo prazo você dá estabilidade para os agentes poderem se arriscar na inovação, no conhecimento, para fornecer ao SUS. Apresentou algumas parcerias firmadas. O grande desafio é como aproximar a agenda de pesquisa das agendas das políticas públicas de saúde. Já foi feito o primeiro movimento de criar uma agenda nacional de pesquisa para o sistema de saúde. Organizaram a agenda de pesquisa pelos dezesseis objetivos prioritários aprovados pelo Conselho da política nacional de saúde. Isso também é muito fácil de dizer mas é muito difícil de fazer. Entretanto estão conseguindo avançar nesse movimento. A ideia de criar um conjunto de redes nacionais de pesquisas, de política de saúde, foi algo maravilhoso. Foi lançado um edital, e o MCT colocou, em cada um, cinquenta por cento do valor (em torno de 16 milhões para criar uma rede política de saúde). Isso é inovação. Não um conceito de inovação restrito e pequeno, dentro de terapia celular, pesquisa para câncer, avaliação tecnológica em saúde, tuberculose. Sai o edital com o compromisso de criar uma rede de política de saúde em âmbito nacional. No campo da incorporação tecnológica há um processo onde se institucionaliza em lei, como no caso da CONITEC. Não é a lei da restrição, é a lei da integralidade, é como consegue domar o bicho tecnológico para que as tecnologias estejam a serviço de quem precisa de atenção básica, mas também de quem tem doença rara, de quem tem doença genética. Começa a estabelecer o processo da incorporação tecnológica na pauta do Ministério da Saúde. No primeiro trimestre de 2012 as demandas externas, leia-se as indústrias, apresentavam quarenta e oito de cinquenta e quatro demandas de incorporação tecnológica. Esse quadro se inverte e as demandas que vêm do próprio SUS passam a ser dominantes nas tecnologias incorporadas no SUS e triplica a incorporação tecnológica nesse período recente. O eixo Qualifar-SUS, tem um esforço imenso para aumentar o acesso, o que não é fácil, mas há, junto com o programa de assistência farmacêutica, que se tornou a joia da coroa da assistência farmacêutica, um programa de qualificação da assistência farmacêutica, que é nada mais do que o uso racional de medicamentos. Começam pelos municípios de extrema pobreza, com o eixo do cuidado, da estrutura, tecnologia da informação e educação. Isto é a tecnologia sendo colocada a serviço do uso racional de medicamentos. Lugares que eram muito mais um almoxarifado, não uma unidade de assistência farmacêutica, começam a ter um programa estruturante e que vem a ganhar ainda uma dimensão muito maior. Articulação virtuosa entre o Conselho nacional de Saúde, o Ministério da Saúde e o CEP – CONEP é marcante nesse período recente. Definir a pesquisa estratégica para o SUS, de uma orientação sistêmica com processos de acreditação, onde a CONEP crescentemente vai ser um núcleo estratégico normativo de avaliação do sistema. Saudou os conselheiros Eni Carajá Filho e Jorge Alves de Almeida Venâncio pelo trabalho importante e reconhecido de liberar esse falso dilema da ética individual. Isso tem que ser um princípio básico. A ética é inegociável. Articular as duas pontas para fazer pesquisa clínica pautada pelo SUS e ao mesmo tempo com um compromisso único com os participantes de pesquisa. Fez a releitura dos grandes princípios constitucionais com base nessa agenda do desenvolvimento. Não é possível ter universalidade sem uma expansão da base produtiva de inovação de bens e serviços nessa visão de que às vezes a intervenção, às vezes a desintervenção como, por exemplo sair da cesariana para o parto normal. Isto é inovação num sistema que faz cesariana de forma totalmente irracional. O estímulo a um padrão tecnológico que permita atingir razoavelmente todos os brasileiros. A integralidade como capacidade de desenvolver, absorver, avaliar as inovações de tecnologia na saúde. A tecnologia sendo um meio e não um fim. Se o país não tiver capacidade em tecnologia da informação, biotecnologia, química fina avançada, equipamento eletrônico, órteses e próteses, doença genética, entre tantas outras, não conseguirá cumprir o objetivo da integralidade e da equidade que estão na Constituição. A politização do processo da inovação deve perguntar para que e para quem e onde deve ocorrer a inovação. Dependendo do padrão de inovação brasileiro poderá ser concentrado o padrão de desenvolvimento no sul e sudeste e em poucas capitais. Ou existirá um sistema de saúde que não aponta para reduzir a desigualdade regional. Isso aqui é o diálogo da saúde com o diálogo nacional dentro de uma certa visão de desenvolvimento. Como subsídio para conferência apresentou um olhar interno do determinante social da saúde, como as outras políticas interferem na saúde. Discute-se como a saúde interfere em todas as políticas. Disse acreditar que talvez o gancho seja o que fazer para inscrever a saúde na estratégia nacional de desenvolvimento. A saúde é parte do estado de bem estar brasileiro, não se pode ter um estado de bem estar sem ter um sistema de saúde universal num padrão de desenvolvimento econômico em ciência e tecnologia e inovação. Ela é um vetor decisivo se o Brasil vai ser dependente ou soberano na ciência e tecnologia e inovação. A saúde da participação democrática faz parte do desenvolvimento. Ela ajuda a democracia brasileira. A saúde na equidade das pessoas. Não há desenvolvimento regional no país se não tiver um sistema de saúde nos locais menos desenvolvidos do país organizados, carentes de investimento, renda, emprego. Isso reproduz o subdesenvolvimento. Então a saúde tem que está lá porque é um direito do cidadão e uma condição para que aquelas regiões se desenvolvam. A saúde na geopolítica internacional determina que quem não tem autonomia tecnológica em saúde fica com os pés de barro para poder enfrentar essa globalização tão assimétrica. Isso é uma agenda que precisa avançar porque a saúde interage e conversa com a questão ambiental, mas mais ainda com a questão de um padrão de desenvolvimento que seja sustentável nos diversos conceitos da sustentabilidade, desde a sustentabilidade tecnológica, de que se possa pagar até a sustentabilidade com as relações futuras. A Conselheira **Ana Maria Costa** trouxe o livro que escreveu organizado pelo professor Enir Sader que tentou analisar os dez anos de políticas pós-neoliberais no Brasil onde lhe coube a honra de escrever sobre saúde, cujo capítulo chama-se Saúde e Desenvolvimento. É muito importante esse debate com antecedência sobre o tema de desenvolvimento e particularmente de ciência e tecnologia, que é um dos pilares do desenvolvimento nesse período pré-conferência para ir delineando os grandes desafios a serem debatidos e criar deliberações a respeito. Identificou o lugar da saúde como resultado de um processo de produção social. O setor da saúde propriamente dito não dá conta de produzir saúde. É necessário que o país, as políticas sociais, econômicas se juntem nessa empreitada de produzir saúde. Por outro lado é necessário repetir que não há processo de desenvolvimento em país nenhum quando não há um nível de saúde satisfatório. Desse dilema foi conduzido todo o processo da reforma sanitária mas há um grande empecilho dos anos 1990, mas que não é exclusivo dessa década, que são exatamente as medidas neoliberais que contrariam o andamento ou a orientação que a Constituição ofereceu para a saúde. Nessa perspectiva o país mergulhou numa fase de produzir política de saúde numa perspectiva de uma agenda liberal caracterizada por intervir sobre problemas em relação à oferta de serviços. Oferecer serviços, programas e intervenções e definir prioridades saúde mas focalizado entre interesses, seja de governo ou seja de grupos sociais, mas simultaneamente agradar, atender as grandes necessidades do mercado. Essas duas características de uma agenda liberal têm pautado a construção do SUS ao longo desses 25 anos e não foi possível até hoje reverter esse modelo. Talvez esse seja um dos grandes impasses a debater na 15º Conferência Nacional de Saúde, porque é exatamente o que está posto é uma mudança de agenda da saúde, ali atrás na reforma sanitária, na própria Constituição, aliás fortemente na Constituição, de que a saúde é decorrente de políticas múltiplas e intersetoriais, mas ela é também é resultado de uma mudança profunda de um modelo da saúde, do modelo de atenção e da própria base da compreensão cultural da sociedade acerca da saúde. Essa agenda liberal tem a sua responsabilidade a consolidação da chamada cultura do consumismo da saúde. Nos últimos anos essa foi a tecnologia do mercado altamente eficiente. Hoje a saúde é mensurada pela disponibilidade de procedimentos, de tecnologias, de exames, quando necessariamente isso, essas tecnologias, essas mercadorias não são exatamente aquelas que produzem saúde, são outras tecnologias. Então desconstruir essa cultura, criar uma outra cultura que coloque a saúde no plano da cidadania e dos direitos é um grande desafio e isso não tem tecnologia ainda. A tecnologia do processo de democratização, da participação social, da mobilização social ainda não deu conta de produzir e combater essa cultura de uma saúde cada vez mais enredada nos valores de consumo. Por outro lado, ao longo desses últimos anos, exatamente a partir do início do primeiro governo do Presidente Lula, começou a se falar de uma forma mais forte, aliás, para ser justa, o próprio DCIT é criado no governo Serra e a criação da SCTIE já é início do governo Lula. É quando começa a se gestar no interior do governo essa investida do governo que a saúde passa a ter dentro do mercado produtivo, e dentro da questão da ciência e tecnologia e inovação. Avaliou como um longo avanço desse tempo com uma injeção muito forte de recursos para pesquisa, um fortalecimento da base de pesquisa no Brasil. Lembrou que o setor saúde é um dos setores que mais investem em pesquisa no mundo. Portanto o Brasil fez isso atrasado, ele deveria ter feito isso há muito mais tempo, deveria ter sido coincidente com a própria criação do SUS, mas tardiamente ou não, aqui estamos já com um campo de ciência e tecnologia instituído na saúde, mesmo assim, apesar de tudo não pôde afirmar que o Estado brasileiro tenha colocado a saúde no centro de seu projeto de desenvolvimento. Há uma valorização muito grande do setor saúde como mercado empregador, nó como um sistema de prestação de serviço e de atenuações de tensões políticas mas o Brasil ainda não expressou, ainda não deu conta de colocar a saúde no patamar, por exemplo, que hoje é colocada, apesar de suas grandes, o setor da educação. E o exemplo fundamental disso são as dificuldades para romper a questão do próprio subfinanciamento. Esse é o grande tema para debater: como transformar a saúde num projeto político central ao processo de desenvolvimento nacional, como deslocar. para além da questão da ciência e tecnologia e inovação, parque produtivo, do reconhecimento econômico propriamente dito, para um projeto político de democracia social que o Brasil aspira e que a população brasileira precisa. Bom, depois para analisar as razões que são subsequentes, que estão relacionadas a essa situação, não se pode deixar de analisar o comportamento tanto no plano internacional do processo de globalização, como no plano nacional do comportamento dos interesses do mercado e, basicamente, do mercado financeiro. No plano dos interesses do mercado e, particularmente nessa área do desenvolvimento tecnológico, a ação dos países centrais do grande capital é voltada para manutenção do nível de dependência dos países. É gritante e incide fortemente sobre o Brasil e todas essas tentativas heroicas colocam em confronto grandes monstros que estão aí nesse campo do capitalismo global. Por outro lado, o projeto da reforma sanitária explicita, estimula, requer o confronto com esses interesses, porque o projeto da reforma sanitária brasileira parte da base da equidade, da democratização e da universalidade. Esse impasse precisa ser valorizado na análise desse terreno em que se tropeça, avança, recua na consolidação do sistema. Mas no momento em que se passa a reconhecer que esse modelo de revolução tecnológica imposto por esse processo de globalização não ajuda o povo brasileiro, não contribui para o acesso democratizado da população brasileira, talvez seja dado realmente um grande passo. Nesse sentido está posto para como desafio, além do grande saldo da desigualdades de acessos a cumprir em relação a todas as desigualdades que o Brasil acumula ao longo da sua história pregressa, existe para o futuro desafios gritantes que estão postos aí para essa discussão de ciência, tecnologia, inovação e desenvolvimento, que é o rápido processo de envelhecimento da nossa população, o crescimento das doenças crônicas degenerativas que necessariamente irá exigir do Brasil maior acesso a tecnologia, a insumos e ao produto do chamado desenvolvimento tecnológico. Portanto esse desafio ele se coloca para as duas vertentes: a premência e urgência da mudança da cultura e do modelo de saúde, que certamente exige uma atenção básica universalizada e resolutiva, a retaguarda de sistemas eficientes, de apoio a esse grande volume de população doente, de doentes crônicos e o acesso democratizado aos insumos. Isso exigirá uma investida de toda a base produtiva mais do governo e do SUS e do sistema de saúde, mudanças que devem ser consideradas nesse processo de discussão, mas valorizando todo esse trabalho que vem sendo feito no fortalecimento do parque da produção nacional e da indústria nacional, das instituições do tipo HEMOBRAS, Fiocruz e Butantã, entre outras. Alguns desafios precisam ser colocados para um debate na Conferência. O primeiro deles é buscar conquistar um sucesso maior, uma efetividade maior dessas parcerias estabelecidas no que diz respeito a entrega dos produtos. Não existe até hoje uma rapidez, uma celeridade que o SUS precisa na entrega do produto quando diz respeito ao processo de produção resultante dessas parcerias. Isso é importante porque o grande objetivo dessas parcerias tem que ser valorizado, monitorado, estimulado e cobrado como instâncias, como estratégias de produção para o SUS. O aperfeiçoamento desse processo de vigilância sobre o processo de produção desses novos produtos é essencial. O segundo ponto é a radicalização do compromisso com o desenvolvimento autóctone, ou seja, que a efetiva transferência de tecnologia seja feita aos produtores nacionais, tanto do setor público como do privado, mas essencialmente ao setor público. Do ponto de vista do interesse destas parcerias com o setor privado, o que se deseja é elevar a competitividade das empresas nacionais. Para isso é importantíssimo o investimento na capacitação tecnológica e esse certamente deve ser um ponto que deve ser prioritário como política de governo. Outro aspecto importante é o que se costuma se chamar de verticalização do processo produtivo dos componentes. Criar cada vez mais uma independência de mercados externos dos componentes. O Brasil não pode ser apenas um empacotador. É preciso garantir que o Brasil tenha autonomia sobre o processo dos componentes farmoquímicos e farmacêuticos envolvidos nesses processos de parcerias. Outro ponto que deve ser discutido também na Conferência é primar pela busca da qualidade efetiva desses produtos. Já se avançou muito. O mercado tem uma receptividade boa para esses produtos, mas é necessário não tirar de mira a garantia de qualidade. Existe hoje uma cultura na farmácia de oferecer opções de remédios. A reversão dessa cultura deve ser garantida mas também deve-se primar pelo estabelecimento de padrões de qualidade, de monitoramento, de vigilância sobre a qualidade. Finalmente como quinto ponto, é preciso o esforço de redução de custos desses produtos. Lembrando que a pressão, a assistência farmacêutica e o conjunto dos produtos envolvidos exerce sobre o SUS cresceu muito e é natural que crescesse muito porque aumentou a oferta. Em 2003, 5.8% do orçamento do Sistema Único de Saúde era utilizado para a assistência farmacêutica. Já em 2012, esse valor salta para 9.6. Esse aumento diz respeito a essa ampliação da oferta. Foi ampliada a lista de oferta, a cobertura efetiva, mas não se pode ultrapassar o percentual do orçamento que correspondeu em 2012 a 13% do orçamento geral da saúde. O desafio de manter baixo custo deve estar na mira também desse nosso projeto político da construção de um campo de ciência e tecnologia, um campo de produção tecnológica adequado ao projeto democratizador e universalizante do SUS. Todos esses desafios que estão postos para de prover e democratizar acesso aos produtos da inovação tecnológica e da pesquisa só tem sentido e aliás eles também só serão viáveis se de forma definitiva se a saúde e as políticas sociais produtoras da saúde passarem a constituir o projeto de Celso Furtado, de suprimento, de acolhimento das necessidades humanas em um modelo de Estado que promova esse objetivo como principal mote do seu processo de desenvolvimento. Até o momento, o que se tem como evidência é de fato uma tensão presente permanentemente onde a política universalista, as políticas sociais, não tem ganhado terreno. É preciso analisar nessa Conferência fortemente e ser bastante mais críticos e bastante mais confrontadores e ofensivos em relação à realidade nacional e ao lugar da saúde no projeto de desenvolvimento. Esse projeto de desenvolvimento que vem construindo na marginalidade uma democracia social precisa ser revertido. A democracia social, os direitos sociais, as políticas sociais, devem passar a ter outro protagonismo. E talvez seja isso que o povo vem pedindo, mais bem estar. É claro que isso envolve uma posição bastante na contramão do que tem sido a ordem mundial, mas a ordem mundial ela também não é um caminho sem escolhas. Há necessidade que esse país faça sua escolha colocando a saúde no centro de seu projeto de desenvolvimento. O Conselheiro **José Naum de Mesquita Chagas** cumprimentou a todos e registrou em nome de seus colegas conselheiros primeiros e segundos suplentes a felicidade de um convite para um conselheiro suplente participar da mesa. É sempre bom interagir com esse processo. Como membro da coordenação da comissão de ciência e tecnologia faz algumas provocações, algumas questões. Já participa da comissão de ciência e tecnologia desde 2009. De todas as entidades que participam dessa comissão, tem um diálogo acumulado e vem debatendo que o parque tecnológico em saúde que o Brasil deveria fomentar está trilhando um caminho correto, mas ele deve transcender no sentido de buscar não apenas fomentar indústria de medicamentos, mas justamente sair dessa dependência pesada e perigosa de importação de equipamentos, de maquinários, principalmente equipamentos muito caros. O Brasil, por exemplo, até o momento avaliado na SICTI, é completamente dependente da importação de todos os equipamentos em tratamento de oncologia, importando todos dos Estados Unidos e nisso se mantem numa situação de refém da tecnologia de outrem. É preciso pensar que outras tecnologias também podem ser fomentadas. Havia um diálogo na comissão também com o Itamaraty e com a Agência Brasileira de Cooperação e uma representação da Secretaria de Ciência e Tecnologia no sentido de gerar estratégias de transferência de tecnologia para que este parque tecnológico em saúde, para além de medicamentos, se tornasse realidade. Se fosse possível estabelecer parcerias no âmbito internacional para transferência de tecnologia em outras áreas, porque não também em tecnologias de saúde havia por parte da Agência Brasileira de Cooperação o indicativo de alguns países do norte da Europa que tinham interesse em estabelecer com o Brasil esse tipo de parceria de transferência de tecnologia. Em eventos internacionais se vê que no Brasil está muito atrasado em termos, não de tecnologias curativas, mas em tecnologias de convivência, tecnologias que permitem a todo e qualquer cidadão, independente de sua situação, ter o direito de viver com funcionalidade plena, seja em qualidade de vida, acesso a sua mobilidade, a sua comunicação e vários outros sentidos, considerando o conceito de saúde da OMS. É preciso debater ainda a restrição dentro do Brasil das patentes. O país desenvolve tecnologia, inovações dentro das universidades mas tudo isso que é produzido ainda fica restrito e morre dentro das universidades, sem ter a garantia do direito do acesso à população desse conhecimento, dessa tecnologia, dessa inovação que é produzida. Contou ter vivenciado uma experiência exemplo disso. Em sua graduação desenvolveu uma órtese à base de um composto orgânico de cana de açúcar cujo comparativo é um produto que o Brasil continua até hoje importando dos Estados Unidos, uma órtese termoplástica que custa hoje entre R$ 300,00 e 400,00 reais e a produzida por ele de compósito custava em média de R$ 5,00. a Universidade detêm essa patente e nunca foi incorporada no SUS ou foi dado acesso à população, somente enquanto desenvolviam e fornecíamos ao sistema, à instituição de assistência mantida pela universidade. Indagou quantos outros exemplos existem de tecnologias, de inovações, que são geradas e não são levadas à sociedade. É preciso ampliar a valorização de tecnologia de cuidado e transcender apenas esse conceito de tecnologia em termos de equipamentos, como ajudar a mudança do paradigma junto à população para quem em tecnologia ainda é exame e remédio. A população, os usuários, muitos dos trabalhadores ainda acham que tecnologia em saúde é equipamento para exame e remédio. É necessário dialogar com os trabalhadores e principalmente com os usuários para mudar esse paradigma da concepção do que é tecnologia em saúde e permitir que a população, os usuários somem forças para avançar em termos de produção de ciência, de tecnologia e inovação no SUS. Deve-se institucionalizar o debate para identificar as demais necessidades de ciência e tecnologia e inovação além de medicamentos, fomentar uma articulação com o MEC e com o Ministério de Ciência e Tecnologia para que a formação em saúde já prepare os profissionais para desenvolver nos serviços, ciências, pesquisas, inovações, inovações no cuidado, inovações na assistência, porque isso pode ser melhorado desde esse processo de formação. Fica também a questão da ação necessária com o Itamaraty, Agência Brasileira de Cooperação e Indústria e Comércio, o próprio Secretário adiantou que para vários países isso é questão econômica, porque é muito caro. Por mais que o Brasil já exporte algumas dessas tecnologias, crie parques tecnológicos em outros países onde ele tem cooperação, como por exemplo, a implantação de centros de criação de vacinas em Moçambique, e em outros países onde o Brasil apoia esse processo de transferência de tecnologia. Mas e quanto às tecnologias das quais o Brasil é dependente, que são muito caras, e ainda correm o risco dessa flutuação da moeda estrangeira. Em relação às tecnologias de convivência, por exemplo, alguns municípios tem inovado mais do que o Ministério da Saúde. No mês de março houve um encaminhamento, enquanto sugestão do plenário do Conselho Nacional de Saúde, para a criação da coordenação de tecnologia assistiva do Ministério da Saúde. Algo que já é realidade em alguns municípios, principalmente no estado de São Paulo que criaram sua coordenação de tecnologia assistiva para permitir o acesso à tecnologia de convivência, de qualidade de vida. Finalizou colocando algumas perguntas ao Secretário sobre sua apresentação: permanecemos no debate entre telemedicina ou telesaúde? O que é mais amplo, o que contempla todas as categorias nesse sentido do acesso e uso dessas tecnologias para aprimoramento da situação? Essas redes citadas são hoje compostas por pesquisadores de todas as profissões de saúde? Garantindo a integralidade também no sentido do desenvolvimento de ciência e tecnologia do que está sendo apresentado como um avanço? A Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** agradeceu a todos os palestrante e relatou ser sempre um prazer não só que o titular mas o suplente também possa colaborar por não haver distinção. O Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio** cumprimentou a todos, e afirmou que a discussão da CONEP ficaria para o ponto de pauta subsequente podendo aprofundar mais o debate. Fez uma discussão mais no terreno geral da política econômica nessa área dos insumos e dos medicamentos, da importação e exportação. Apresentou alguns dados colhidos aqui no site da ABIQUIFI (Associação Brasileira da Indústria Farmoquímica de Insumos Farmacêuticos). No ano de 2013 houve um aumento expressivo do déficit comercial nessa área, uma queda na exportação de aproximadamente 4,5%. A exportação caiu de dois bilhões e oitenta e nove milhões para dois bilhões e dois milhões de reais, enquanto as importações subiram de oito bilhões, setecentos e vinte e seis milhões para nove bilhões seiscentos e sessenta milhões de reais, portanto um aumento de 10,7% nas importações. Então o quadro não está favorável. Há uma piora acentuada do cenário no momento atual. Pediu a opinião do Secretário Gadelha, uma pessoa que está se esforçando muito para defender o Brasil nessa frente sobre o seguinte fato. Existe a influência de uma situação macroeconômica mais geral e influência de políticas específicas da área de ciência e tecnologia do Ministério da Saúde. Sobre a questão macroeconômica, a situação é que no Brasil, a política de controlar a inflação é através do aumento dos juros. Registrou que isso está muito longe de ser a única alternativa econômica que existe. Só vinte e oito países no mundo fazem política de metas inflacionárias, dos quais os mais importantes são Israel e Nova Zelândia. Não tem notícias de nenhum surto inflacionário nem nos Estados Unidos, nem na Europa Ocidental, nem no Japão e nenhum deles fazem política de meta inflacionária. O Brasil está fazendo uma política de juros absurdamente altos. Em todos os países desenvolvidos os juros são menores que a inflação e no Brasil está se chegando perto dos 6% acima da inflação. Isso é uma opção, não é o único caminho. A grande maioria dos países não está fazendo isso. No Brasil está se escolhendo esse caminho por uma opção política. Qual é a consequência desse juros astronomicamente alto, além do rombo nas contas públicas que causam que quase 50% do orçamento vá para o pagamento de juros em dia e a verba que sobra para a saúde, para a educação, para as outras despesas fundamentais fica apertadíssima. Inclusive incluindo o corte de verbas violentíssimo que o Ministério da Saúde sofreu no final do ano passado e no início desse ano. A consequência direta desses juros altíssimos é a entrada de uma quantidade grande de capital em dólares especulativos no país. Isso tem como consequência a política de câmbio flexível praticada pelo Banco Central, em que o valor do dólar fica artificialmente barato e o valor do real sobe. A consequência disso na indústria é que os produtos brasileiros ficam caros e os produtos importados ficam baratinhos gerando uma importação gigantesca e uma exportação que vai ficando menor. Esse é o quadro geral. É claro que a política que está sendo implementada, de procurar estimular a produção de insumos mais dentro do país e dos medicamentos, é fundamental e lhe parece que tem aspectos muito importantes mas ela não está madura ainda na sua implementação porque tem uma série de coisas que exigem um tempo para se fazer a transferência de tecnologia, começar a produção dentro do país até que se consiga atingir um nível de produção que atenda à demanda. Perguntou ao Secretário se essa não maturidade da política, ainda é possível com seu amadurecimento, com sua a plena implantação, atingir uma situação no mínimo de estabilidade nesse déficit comercial ou com a situação macroeconômica negativa que nós estamos passando nós vamos ter necessariamente de estar enfrentando um déficit comercial, nessa área cada vez maior dentro desse quadro. Porque se a política de ciência e tecnologia do Ministério tiver possibilidade de equilibrar minimamente essa balança, não acabar com o déficit, pelo menos fazer com que ele pare de subir. Se isso não for acontecer, parece que a discussão vai ter que se concentrar em encontrar caminhos para buscar esse equilíbrio. Será preciso fazer uma discussão mais geral sobre o que é necessário fazer para equilibrar essa situação. Pediu uma avaliação do Ministério de qual é a situação nesse terreno para ver quais são os caminhos, das medidas, as providências a tomar para que a situação não fique no agravamento progressivo como está acontecendo até agora. Quando se fala em inovação pensa-se logo naqueles problemas, naqueles produtos da tecnologia mais avançada e mais desenvolvida. No entanto chamou a atenção que o déficit comercial está com uma presença expressiva de produtos com a tecnologia de pelo menos uns trinta ou quarenta anos atrás. Os dados da ABIQUIFI, exceto os dados dos medicamentos, dos dois insumos farmacêuticos mais importados estão: em primeiro lugar a insulina, em terceiro a amoxicilina, em quarto a heparina (que no caso também tem uma exportação relativamente expressiva mas que é menor que a importação). Os outros todos não têm exportação expressiva. E em sétimo lugar (pasmem) a dipirona. Esses são elementos importantes do déficit comercial brasileiro. Será que o país não tem condição de produzir isso no Brasil? É indispensável disputar as áreas de tecnologia de ponta, produzir conhecimento. É necessário ter uma política para conseguir suprir essas questões que não tenham uma tecnologia tão complexa assim e que, no entanto, fazem com que a balança comercial fique negativa de uma forma expressiva. **Manifestações**. A Conselheira **Cleuza Maria Faustino do Nascimento** perguntou ao Secretário como fica a epidemia de dengue que assolou São Paulo e mais de mil pessoas em duas semanas e se expandiu de maneira impressionante. As UBS não estão dando conta com Paracetamol. A UBS próxima de sua casa está atendendo paciente até dentro do consultório dentário, inclusive seu filho foi contaminado. Questionou como fica a utilização da cannabis nos problemas neurológicos. O Conselheiro Ronald Ferreira dos Santos noticiou que infelizmente não pôde ver a apresentação porque estava num compromisso no gabinete do Ministro, dando sequência a uma batalha de mais de duzentos anos dos farmacêuticos brasileiros entre o interesse comercial e o interesse sanitário dos objetos que os farmacêuticos operam na sociedade brasileira. Veio na semana passada de Ouro Preto onde teve a oportunidade de acompanhar os cento e setenta e cinco anos da Faculdade de Farmácia de Ouro Preto, e lá ficou mais evidente algo o quanto esta atividade no Brasil está vinculada à possibilidade se desenvolverem ou não. A Faculdade de Farmácia de Ouro Preto foi fundada em 1839, justamente o período da Regência, onde um tal de José Bonifácio queria construir uma nação brasileira. Em 1931 Getúlio Vargas constrói uma primeira contratação para regular a atividade econômica farmácia em medicina, também vinculada a um projeto nacional de desenvolvimento. A ditadura militar liquidou com a possibilidade de desenvolvimento desta área de conhecimento no Brasil ao fazer uma reforma universitária e desqualificando completamente a possibilidade dessa força de trabalho jogar um papel no processo de desenvolvimento e o dia de hoje comemoraram que em 2002 aconteceu no Brasil uma grande mudança que este espaço ajudou a construir. Dia seis de maio a política nacional de assistência farmacêutica aprovada por este Conselho, que o povo brasileiro construiu no processo de conferência, somado os novos ventos pró-desenvolvimento do Brasil e que permitiram ter, como apontou na Folha de São Paulo que fez um seminário onde de todas as políticas aprovadas do Brasil a que recebeu nota 7.2 da população brasileira foi a que garante o amplo acesso a medicamentos, que é resultado da construção desse espaço. A lição dessa história é que o controle social precisa ser aperfeiçoado particularmente no debate das parcerias de desenvolvimento produtivo. Alguns atores é importante escutar a indústria, ela é fundamental para produzir desenvolvimento, assim como a área econômica só que alguns atores que contribuíram muito na construção também precisam ser ouvidos, particularmente a representação do trabalho, porque tem a representação do capital industrial, a representação da academia, mas só que os trabalhadores, o comércio, farmacêuticos e outros atores precisariam criar mais espaços para serem mais ouvidos para além desse espaço do controle social que todos estão construindo e vamos construir, como definido na estratégia do Conselho a construção da II Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica. A Conselheira **Simone Vieira da Cruz** disse já te siro contemplada pela fala do Conselheiro José Naum de Mesquita Chagas e perguntou como funcionam as redes citadas, especialmente a de política de saúde. O Conselheiro **Nelson Augusto Mussolini** parabenizou a apresentação, e lembrou que pela manhã o Ministro Chioro usou a parte do tempo para falar dos problemas que as PDPs estão enfrentando, com o forte ataque que tem acontecido, às vezes por causa de um único caso e pediu que o tema fosse abordado porque o desenvolvimento do Brasil nos últimos anos (principalmente sobre a batuta do Secretário Gadelha e do ex-Ministro Padilha) nessa área de desenvolvimento é muito grande. Quando começa-se a reclamar muito de que a balança comercial brasileira está com problema na área de importação de medicamentos, sempre descarto esse fato porque em 2001 os medicamentos representavam na balança comercial brasileira 3,13%, em 2012 representou 3,07%, o pico foi de 3,5% no auge da gripe suína e aviária e as importações de vacinas influem bastante. O grande problema do Brasil não é esse, não é a balança comercial, o é o conhecimento, que é o que a Secretaria de Desenvolvimento tem procurado trazer para o país. Desenvolver pessoas que saibam fazer as coisas dentro do país. Pouco importa a origem do capital, o que importa é ser feito no Brasil, por técnicos brasileiros, por cientistas brasileiros, desenvolvido no Brasil, pagando os altos impostos que os medicamentos pagam no Brasil. É preciso tomar muito cuidado porque uma má avaliação de uma ou outra empresa não pode, em hipótese nenhuma, jogar por terra um trabalho que está sendo muito bem feito. O Brasil vai mudar a estatura do país em termos de inovação. Às vezes o discurso do governo não bate com sua prática. Infelizmente a ANVISA não tem um assento neste Conselho (e deveria ter). O Conselheiro Jorge Alves de Almeida Venâncio tem feito um trabalho muito bom na CONEP. Alegou ter sido contra a indicação e poder falar de cátedra que está dando o braço a torcer. Entretanto ele começou a fazer um bom trabalho lá dentro e a ANVISA parou de fazer. Não saiu uma nova pesquisa no Brasil porque a ANVISA não está liberando. Então o governo precisa ter (a mão dura e ajudar que as coisas fluam no país. O Conselheiro **Adriano Macedo Félix** parabenizou toda a mesa e a temática apresentada, de suma importância para a efetiva continuidade do SUS, comemorando os seus 25 anos com mais tecnologia e inovações para o sistema. No entanto alguns pontos para dissertação dos apresentadores do tema, biotecnologia e biosimilares, parcerias público-privada, eficácia e segurança, segurança dos pacientes no uso desses similares e as experiências clínicas que comprovam esse uso antes da comercialização dos mesmos, que seria praticamente uma exigência de quem faz uso desses fármacos, sabe se eles vão responder à altura dos que já estão aí sendo comprados pelo Ministério da Saúde, claro que sempre visando o ponto de vista do paciente e do sistema universal se for melhor para todo o mundo. A população fará uso sim, mas desde que passe por todo o sistema de avaliação que se deve fazer, pelas pesquisas clínicas necessárias em seres humanos não pulando fase nenhuma de pesquisa. A necessidade das demandas dos profissionais da área de cada vez mais de exames de alta resolução vai ao encontro do da fala do Conselheiro José Naum de Mesquita Chagas, mas para fechar em diagnóstico a necessidade latente de novos equipamentos de imagem e substituição de outros já obsoletos. É inadmissível que hospitais como o Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro ou outros nesse Estado como também no Brasil, não tenham um Raio X funcionando. Não falou de exames de alta complexidade. É preciso ficar atento, são essas pequenas coisas que fazem uma diferença enorme no diagnóstico precoce de um paciente e no agravo da saúde dele. Na visão de Ana Costa a contenção do agravo diminui os gastos com a fármaco-vigilância, com o que concordou. Com relação a órtese e prótese, disse lutar por qualidade justamente para não ter a segunda porta de entrada ou querendo pagar-se diferença por uma órtese que o SUS oferece, sendo a importada de melhor qualidade. A CONITEC também fica atenta ao que está sendo comprado pelo Ministério para que não haja essa tentativa de burlar o sistema para que se use uma órtese ou uma prótese de melhor qualidade. Acessibilidade terapeutas ocupacionais para reabilitação, melhor infraestrutura nas reabilitações, neste caso específico a fisioterapia reumatológica, que já está em estudo e que evita o agravo da doença e minimiza o custo, que a todo instante também não se preocupa só com o (o que é ofertado, mas com o custo benefício para o paciente e para o sistema como um todo e a constante revisão dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, o que também diminui muito o agravo da doença. A Conselheira **Jouhanna do Carmo Menegaz** disse estar de acordo com as falas da mesa em relação ao conteúdo e se deteve em relação à forma. Como seria possível operacionalizar de fato esses desafios que são grandes e complexos no que tange ao desenvolvimento de uma agenda para ciência e tecnologia em saúde. Primeiro é preciso sofisticar um pouco a compreensão da indução, nem só produtos nem uma tecnologia dura mas também processos porque afinal ambos são necessários para o cuidado em excelência em saúde para promover o Sistema Único de Saúde dentro de seus princípios doutrinários e, independentemente de ser produto ou processo o resultado dessa inovação e dessa produção da ciência e tecnologia, é papel do controle social lutar para que isso seja de acesso universal a todos e todas brasileiros. O sucateamento do serviço público hoje é vergonhoso, é algo do qual um dos objetivos da nossa produção de ciência, tecnologia e inovação em saúde tem de ser excelência do cuidado, garantir uma qualidade, uma assistência a saúde digna a todo e qualquer brasileiro. Outra questão bastante importante no que tange a produção de ciência e tecnologia para dar conta desse desafio é ampliar quem produz hoje ciência e tecnologia. O discurso muito forte do governo diz que a indústria tem que produzir ciência e tecnologia também para dar conta dos desafios principalmente no que tange a soberania nacional. A indústria brasileira tem que se empoderar nesse processo, não só a indústria brasileira mas também os serviços de saúde. Eles tem que ser reconhecidos como produtores de conhecimento, de ciência e tecnologia e as universidades tem que ceder um pouco os espaços de única produtora do conhecimento e determinadora das verdades absolutas no que tange à ciência, tecnologia e inovação. Ela precisa se abrir. A compreensão sobre quem produz e onde se produz conhecimento, ciência, tecnologia e inovação também precisa ser ampliada nessa direção. Uma questão bastante cara a sua entidade é esse grande movimento de imputar responsabilidade à universidade na produção de tecnologia e inovação. Hoje a maioria dos editais de fomentos são direcionados a essa área e isso é um problema muito grande porque tem causado uma modificação na estrutura da formação da pós graduação em saúde, mestres e doutores com uma formação completamente direcionada para a formação de pesquisadores em detrimento a formação pedagógica. Três coisas precisam ser encaminhadas. Primeiro é preciso assumir que há (e é de interesse) uma diferenciação em perfis de formação de mestres e doutores para a pesquisa e para o ensino. Fortalecer os espaços de produção de conhecimento, mais institutos públicos de pesquisas são necessários para diversificar, tirar da universidade a única responsabilidade de produzir tecnologia e inovação. Isso é um ônus para a universidade que já tem que formar profissionais e há uma necessidade da gente compreender e instrumentalizar o serviço a partir da formação profissional de recursos para que ele também produza ciência, tecnologia e inovação. A Conselheira **Marisa Furia Silva** contou que com relação à órtese e prótese fez um trabalho na comissão da pessoa com deficiência há cerca de três anos e levantou alguns problemas sérios e perguntou como é que está isso agora no Ministério. A compra de produtos, não só na área das pessoas com deficiência. Às vezes acredita-se exatamente na bula daquele produto, no que a empresa fala do que o material é feito e o Brasil compra porque ele não tem um laboratório aqui para fazer análise daquele produto, e não manda para fora para analisar. Isso é extremamente sério, não quer nem dizer que o SUS está comprando, está dando a órtese ou a prótese aqui do Brasil, fabricada aqui em detrimento a do exterior, ele pode estar comprando a do exterior sim, mas de pior qualidade porque não faz nem análise. Outro assunto com relação a medicamento é que o Brasil deveria estar retomando para fazer realmente os princípios ativos, porque na área de autismo só alguns medicamentos que eles usam existe um rumor de que vai parar a fabricação, já desmentido, mas a deixou assustada. Os pais já não estavam encontrando o medicamento nas farmácias, e é um remédio extremamente barato e que funciona muito bem. Se o laboratório em algum momento realmente para de fabricar e o princípio ativo também não se importa, o Brasil não poderia fabricar esse princípio ativo? É preciso garantir que no momento que o laboratório parar a fabricação de um medicamento de uso contínuo o Brasil tenha a possibilidade de se organizar para poder fabricar aquele medicamento. Complementando a fala com relação à dengue, seu marido teve dengue há uns três anos e a prefeitura quando passou o fumacê matou tanto a larva quanto os mosquitos. Ficaram sem o mosquito da dengue por quase dois anos. agora eles retornaram e ela está com o mosquito em casa. Cuida o máximo possível, mas não seria o caso do Ministério montar um esquema para que as prefeituras talvez passassem mais vezes fazendo essa pulverização, principalmente nas áreas que estão afetadas, por ser mais fetivo? O Conselheiro **Geraldo Adão Santos** parabenizou a mesa por essa pauta e disse que o Brasil tem uma população de mais de 200 milhões de habitantes, tem um sistema público e universal de saúde, e justifica sim esse esforço para o desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde. Nesse caminho o Brasil está bem. Recebeu há alguns anos uma demanda de um paciente lá do Mato Grosso do Sul, portador do vitiligo, e procurou em todos os lugares possíveis por respostas para o tratamento dessa doença, e a informação que recebeu é que não existe medicamento para essa doença. Existe um tratamento feito em Cuba, que não é à base de medicamento, não sabendo explicar os detalhes. Considerando que o Brasil tem uma demanda de população enorme e há muitas pessoas com essa doença, fez um apelo se não haveria possibilidade de tentar fazer uma pesquisa aprofundada, quem sabe descobrir um medicamento para essa doença. O Brasil naturalmente seria o primeiro país a ter esse medicamento uma vez que ele não existe no mundo. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** interveio no sentido de repensar um pouco como os investimentos feitos em ciência e tecnologia em saúde no Brasil. Como se pode efetivamente fazer com que os resultados das investigações científicas, os produtos e as tecnologias nacionais geradas no país encurtem distâncias, tenham seu registro e cheguem efetivamente ao público consumidor, ao usuário do Sistema Único de Saúde. Essa é uma problemática que afeta a questão das patentes, a transformação dos produtos patenteados em produto de consumo e que vai na contramão dos interesses internacionais. O que interessa para os grandes exportadores é que o Brasil seja dependente de tecnologia. O Brasil tem uma massa crítica de formação de doutores, centro de produção de conhecimento que pode reduzir muito essa dependência econômica da implantação tecnológica. Disse que gostaria de escutar do Ministério da Saúde, da Secretaria de Ciência e Tecnologia em Saúde, que é necessário ter uma conversa maior com o Ministério da Ciência e Tecnologia para encurtar esse tempo de utilização dessas tecnologias. O Brasil ainda precisa incluir na sua agenda de prioridades, não é só estar no papel, pensar na avaliação do impacto da adesão a essas novas tecnologias que são importadas de outros países. o que que efetivamente isso está impactando na saúde da população. Faz-se um grande marketing político governamental sobre isso e depois não se acompanha o desdobramento, pediu o retorno disso para o controle social, para o Conselho Nacional de Saúde saber quanto efetivamente aquilo impactou e quanto efetivamente reverteu aquela condição de saúde e de doença da população. O Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** agradeceu a oportunidade de fazer esse debate muito importante no Conselho. Preocupa-lhe muito fazer essa discussão das inovações tecnológicas para a sociedade. Uma das coisas a verificar na balança comercial dos medicamentos é que cada esquina das cidades do Brasil tem uma farmácia. A voz tecnológica da modernidade, da sociedade não está legal para a sociedade. É um peso extremamente doente. A dependência de tomar medicamento é extraordinária, e isso lhe preocupa muito. É preciso avaliar se de fato essas ações darão um bem estar para sociedade. O mundo moderno hoje gosta muito disso, as cidades estão cheias de carro, e as pessoas estão ficando doentes. O problema é doente então isso tem de ser uma reflexão de fundo. Tecnologia e inovação tem que servir para conceituar aquilo que é de melhor, de fato, para a sociedade. Talvez não seja o mais moderno. As grandes cidades estão cheias de carro, poluição e isso não é bom para sociedade. No ano anterior saiu um recurso para prática integrativa complementar a questão do fitoterápico, plantas medicinais, mas não vê um empenho maior de recursos e investimentos em tantas plantas medicinais existentes nesse país. A maior diversidade brasileira de plantas não é disponibilizada para a população. Produtos próprios do cerrado de Minas Gerais estão indo para a Alemanha para desenvolver medicamentos lá e trazer de volta. Levam algo que paga R$ 5,00 e trazem de volta cobrando 5 milhões de reais. O governo precisa ter mais atenção para isso e buscar inovações que sejam coisas novas, não tão novas do ponto de vista da existência da medicina tradicional brasileira, dos povos indígenas, dos caboclos, dos ribeirinhos, que sempre viveram com esses medicamentos que hoje a ciência ignora isso de uma forma extraordinária. Se tem avançado, estão lutando muito para resgatar isso. Foi colocada a questão da dipirona que no cerrado de Minas Gerais é quase que praga. Uma planta cujo chá tem o mesmo efeito do comprimido, no entanto não se valoriza isso. E tantas outras plantas que existem por aí. O existem no Brasil plantas muito melhores que o omeoprazol, e que não investem mais nisso. Defendeu que o poder público tem que investir nessa tecnologia, mesmo que venha recursos de fora ou que seja de empresas brasileiras, mas depois o custo disso para a sociedade é muito caro. O governo tem que investir nisso, não esses investimentos mesquinhos que colocam hoje para falar que está tendo investimento em tecnologia. Isso é muito pouco para a necessidade da população. A Conselheira **Oriana Bezerra Lima** esclareceu que trabalha com dengue e o combate à dengue não é feito com o uso de inseticida. É cada vez importante o uso menor de produtos químicos, porque não é o inseticida que vai resolver o problema do criadouro e sim a eliminação deste. Porque o inseticida utilizado para combate do vetor na sua fase adulta não tem efeito residual. Não elimina o criadouro. Se jogar veneno em uma área e não estiverem sendo eliminado os criadouros e os focos irão permanecer os vetores naquela área. O que se deve fazer é chamar um agente endemista para fazer uma vistoria no domicílio. A presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** informou que essa mesa seria exatamente para começar a se apropriar mais desse debate que é uma das prioridades do planejamento do Conselho e vai ser um dos conteúdos políticos da 15ª Conferência Nacional de Saúde, e assim, um balanço prévio de uma pauta política muito apropriada pela comunidade acadêmica, pelo setor produtivo e agora um pouco também pelo o governo (um grande comprador). Mas ele também tem que prover esse desenvolvimento e a sociedade no seu conjunto, sobretudo o controle social na saúde, não tem uma apropriação. O primeiro exercício é gente politizar e começar a colocar isso com mais ênfase no debate. Colocar quais são os desafios e qual é a pretensa agenda prioritária, uma agenda básica que o CNS pode tocar e ter como bandeira. É sair de uma agenda liberal muito focalizada para uma agenda mais estratégica que ajude a repensar esse modelo de atenção à saúde. Essa é uma das chaves porque também não se pode pensar um desenvolvimento científico em inovação tecnológica para reforçar de novo a ideia de que o SUS é um grande mercado. A sociedade quer inovação, mas tem que repensar o modelo de atenção. Como fazer além de precisar de ações e políticas intersetoriais. É uma análise multidiciplinar intersetorial, porque o controle social está muito isolado ou muito setorizado, fica olhando para o próprio umbigo. Isso é uma das coisas que precisam superar. Também ajuda a construir a metodologia até a 15ª Conferência Nacional de Saúde para ir pensando essa agenda. O Secretário traz uma agenda que passa a ser agenda de governo e também da saúde, mas acho que traz outra chave que é, a partir do Celso Furtado, pensar também desenvolvimento social, desenvolvimento econômico articulado, e mudança social para atender necessidades humanas. Outro grande caminho é pensar o planejamento da saúde a médio e longo prazo. Saúde não está no desenvolvimento nacional, educação está. O governo pensa saúde a cada gestão. Como se faz uma política de Estado, com bases importantes, inclusive com preceitos constitucionais dessa forma, sem fazer um planejamento de dez, quinze, vinte, trinta, cinquenta anos? Fazem um planejamento só para cada gestão, picotado e fragmentado. Para usar Celso Furtado como referência que seja um planejamento para o desenvolvimento nacional a médio e longo prazo, inclusive isso vai decidir também até para a prioridade do financiamento para políticas sociais importantes como foi falado. A macropolítica econômica em detrimento dos interesses nacionais e prioritários. Finalizou dizendo de que o programa Mais Médicos é a ponta do iceberg. Poderia sim estar discutindo desenvolvimento local e territorial olhando a ausência do Estado, ou a importância dele, onde ele está muito ausente. Quase trezentos municípios que entraram e saíram do programa. Não dá para fazer uma análise meramente política ou organizativa. Tem que pensar como um programa esse escancara a carência do Brasil, olhando o que falta de saneamento, de educação, de transporte, de comunicação. Tem levado três horas em média por dia para fazer um deslocamento do trabalho para casa. Isso é um estresse. O Brasil não tem feito planejamento, tem feito compromissos internacionais, como por exemplo, o cumprimento dos objetivos do milênio. O desenvolvimento sustentável com metas e não com grandes dimensões a médio ou longo prazo no planejamento maior. O desafio para pensar a 15ª Conferência Nacional de Saúde em maio já tem a presença confirmada do Presidente da Fiocruz, será dada uma certa continuidade no debate numa outra perspectiva. Paulo Buss pode contribuir pelo acumulado com as conferências de desenvolvimento dos determinantes sociais de saúde e o próprio Noronha. A Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** agradeceu a presença e colaboração de todos, relatou que foram colocadas as demandas predominantemente focadas na questão da autonomia da importação da tecnologia e quanto ela favorece sem tornar reféns disso. O Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS), **Carlos Augusto Grabois Gadelha**, agradeceu as perguntas e limitou-se a responder as perguntas de sua área, de trabalho por restrição burocrática e falta de conhecimento específico. O caso específico da dengue será passado para o Secretário Jarbas, assim que formalizado. Ele teria muito mais propriedade para poder abordar o que foi mencionado. Existe uma rede de doenças negligenciadas e vários projetos que vão desde controle biológico até vacinas com uma agenda de médio prazo. Relativo à demanda concreta da alocação do recurso e investimento na gestão recente houve um salto qualitativo, entretanto ainda insuficiente dentro de uma perspectiva de um sistema universal. Citou o exemplo da Inglaterra onde a área de ciência e tecnologia é intocável. No Ministério as Saúde brasileiro ela está deixando de ser uma área mais estranha à saúde pública. Houve uma evolução nos muito importante nos últimos dez anos. Esta agenda é a grande agenda da saúde pública do século XXI. A cada quatro anos, e a cada ano, discutem-se as mesmas questões e não se avança numa agenda tão estruturante que dá direção, o rumo, do conhecimento de que se necessita. É preciso lutar todos os dias pela inovação tecnológica, não só aquela que atende apenas à comunidade científica (a qual respeita muito e é membro), mas o que está no referencial, no imaginário da comunidade científica. A inovação tecnológica, muitas vezes, é melhorar as práticas, reduzir consumo, aumentar a promoção, reduzir a intervenção. Exemplificou com um edital da prematuridade na infância lançado para reduzir cesariana onde o projeto tratou como mecanismos biológicos da inflamação placentária. Não se pode cair nessa dicotomia que foi tão perversa na saúde pública. Quando entrou na Fiocruz com o Sérgio Arouca havia o grupo biomédico e o grupo da sanitarista. Orientou uma tese desse grupo biomédico neoliberal, medicalizador. É preciso utar todos os dias para que o conceito seja amplo, lançar o edital de política de saúde com o MCT, tendo a contrapartida de 50% fugiu completamente do referencial. Era pensado quase como rede de NIT (Núcleo de Inovação Tecnológica) não de política. Era para pensar modelo de atenção. O telesaúde é uma discussão na qual não pode avançar e deixou para Jorge Venâncio, do cenário macro, sem o qual se fica muito isolado. Precisa ter um cenário macro desenvolvimentista e um arranjo de desenvolvimento. A sinalização para o futuro é muito importante. Hoje a área da saúde é das áreas que mais tem alavancado investimentos. A FINEP anunciou recentemente que 95% de seus investimentos são na saúde e foram de demandas do SUS para desenvolvimento de tecnologias brasileiras. Existe um processo de investimento que é a porta para o futuro que ainda não é o produto para o acesso. Por exemplo, a biotecnologia, entre outras ações. Sob o ponto de vista econômico já está movimentando, gerando emprego e renda, mobilizando a sociedade porque inverteu o ciclo. Nos anos 1990 foram fechadas mil farmoquímicas nesse país. Sobraram cinco. A questão das redes tem recentemente um projeto de maturidade e não exigiu o currículo formal. Fez uma coisa inovadora. A maior dificuldade é colocar uma visão mais ampla dos profissionais de saúde. A própria institucionalidade da ciência e tecnologia. O PPSUS (Programa de Pesquisa para o SUS) tem esse papel, esse processo de inovação em saúde muitas vezes com pessoas do serviço. Não se pode mais ver serviços como aquele setor passivo que fica recebendo. Ou o serviço interage com o sistema ou ele vai ser pautado pelo sistema produtivo. Isso é chamado de complexo industrial, complexo produtivo. O serviço dentro disso segue uma lógica de produção em grande escala para um país de duzentos milhões de habitantes. A questão mencionada pelo Mussolini, das PDPS e dos ataques recentes, apesar de não ter tempo de falar não pôde deixar de tocar nesse item. Disse estar realmente preocupado com o desestímulo que isso representa para toda uma equipe, o esforço, pessoas como ele que estão há vinte e cinco anos na saúde pública, sendo confundidos com que há de pior na sociedade brasileira. Mas o projeto tem todos os mecanismos de tranca, não há contrato, não há recurso repassado. O mecanismo em que os participantes da integração produtiva iriam entrar e ser analisado. Não foi feita sequer uma visita técnica no acompanhamento ou a redução de recursos para o SUS, que seria de trinta milhões de reais. Os medicamentos de hipertensão arterial pulmonar foram aprovados na CITEC e reafirmado agora na CONITEC, inclusive hoje está se discutindo eventuais evoluções futuras, ou seja, segue todo o trâmite, e qualquer fraudador, que queiram desmoralizar e que são apropriados por seguimentos que são contra tudo isso que estão construindo, é no mínimo uma grande estratégia que está colocando em risco achando um pseudo fato para desmoralizar toda uma política. Os sistemas de avaliações foram muito falados, no caso dos pacientes reumáticos. Existe uma rede, a Rede Brasileira de Avaliação Tecnológica, que precisa de recursos. A CONITEC tirou o quinto lugar do prêmio Nacional de Gestão Pública concorrendo com cem iniciativas. Foi a primeira do Ministério da Saúde, uma iniciativa ainda sem cargo. Hoje não se tem sistema universal sem instância inteligente de incorporação tecnológica. Uma coisa não existe sem outra. Estava muito orgulhoso do resultado da boa competição com o Brasil sem Miséria, Transparência. A CONITEC é hoje central na internet, na página do Ministério. Todos os relatórios que subsidiam a decisão de avaliação tecnológica tiveram um salto qualitativo, inclusive em termos de incorporação. O problema de como que lidar com isso para o futuro, os desafios de que isso coloca continuam. A agenda de ciência e tecnologia está dentro da agenda do desenvolvimento. É o que dá sentido. Se ela não for orientada pela ciência e tecnologia continuará incorporando o produto no fim do processo. Não chega a uma solução com um custo efetivo e muito melhor para o SUS. Nos dois últimos já houve essa preocupação de dar alguns temas que poderiam ser abordados e se colocou à disposição para debater e ver como isso se reflete num tema palpável, eu acho que se reflete na questão do acesso, do sistema universal, na questão das doenças raras, na questão da diversidade, da medicina personalizada, do envelhecimento. A medicina personalizada. por exemplo, pode ser uma segmentação, uma fragmentação da saúde e colocar um alelo, cada um cuidando de si. Ou ela pode ser um belo instrumento de saúde pública para garantir o acesso a determinada tecnologia para quem precisa porque consegue dizer para quem vai fazer efeito e para quem não vai efeito, permitindo ter uma política universal. Então ela pode ser um bem ou um mal que fragmenta o sistema. A tecnologia é meio, não é o fim, mas talvez seja o fim mais estratégico de uma sociedade que articula o social para o desenvolvimento com o modelo econômico transformando aquilo numa política de Estado. Apelou que o Conselho, em todos os debates, reservem sempre um pouco do tempo, um pouco da agenda, um pouco do esforço orçamentário, para uma política do Estado estruturante, de longo prazo que não pode deixar de perseverar, de continuar e de lutar, para que não fique enxugando gelo. Os grandes temas estão na mesa, financiamento, do estado de bem estar e o tema da dependência do conhecimento da tecnologia. A Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** agradeceu ao Secretário pela fala empolgante e ao expressar essa amizade pelo controle social pode estar pactuando uma agenda regular como foi acordado com o Ministro. O Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** pediu um aparte para dizer que o Ministro colocou essa manhã que vai disponibilizar o conjunto da equipe do Ministério e que o Conselho Nacional de Saúde tenha o conjunto das suas comissões na qual é objetivo que elas funcionem e sejam um espaço onde a gestão se faça presente nas agendas, porque no último período teve um certo afastamento da presença da gestão nas comissões. A Conselheira **Ana Maria Costa** assumindo seu papel de conselheira, faz uma proposta de ação conjunta com apoio da comissão de ciência e tecnologia e da SCTIE que pudesse não apenas vasculhar o que já foi produzido nas conferências anteriores de ciência e tecnologia, os documentos, a própria política e fazer um processo de avaliação que pudesse produzir algum material para a 15ª Conferência Nacional de Saúde, que pudesse ser dialogado no CNS e que fosse de fato uma contribuição. Possui uma tecnologia de avaliação que vários autores já desenvolveram, vários pesquisadores, de avaliação de relatórios de conferência que talvez pudesse ser um caminho interessante para ser implementado. A presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** reforçou Ana, que essa encomenda foi pedida a todas as comissões que pudessem fazer um balanço da 14ª para a 15ª Conferência Nacional de Saúde. A Conselheira **Ana Maria Costa** respondeu que interessa à ciência, tecnologia e inovação a autonomia do parque tecnológico para o SUS, para o povo brasileiro, até porque o que tem comido a tecnologia hoje não é exatamente o SUS, que tem polarizado a incorporação de tecnologia. Ela é uma base, inclusive, de concentração e de organização do próprio mercado privado de assistência à saúde. Esse impasse precisa ser avaliado. Fez um apelo ao Conselho Nacional de Saúde no sentido de um pronunciamento efetivo desse plenário diante da próxima sabatina que ocorrerá talvez ainda essa semana ao Dr. Abraão, que foi indicado à presidência, a uma das diretorias da Agência Nacional de Saúde. O CEBES, a ABRASCO e IDEC já se manifestaram junto aos senadores pedindo que seja investigada a grave acusação que pesa sobre o Dr. Abraão, de ser contrário ao ressarcimento ao Sistema Único de Saúde. Essa questão é importante que seja esclarecida, e porque não é sem evidência. Existe o artigo de próprio punho assinado em 2010, temos uma ADIN que a CNS (Confederação Nacional de Hospitais e Serviços de Estabelecimentos de Saúde) impetrou contra o ressarcimento e quem redigiu essa ação foi o Dr. Abraão. O Conselho poderia se juntar a outras entidades que também já se manifestaram no sentido de pedirem ao Senado Federal que investigue, que interpele, que faça com que o Dr. Abraão declare publicamente a sua posição favorável ao processo legal de ressarcimento ao SUS. O Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio** relatou que tive a oportunidade de participar em dezembro passado de um seminário feito pelo DECIT (Departamento de Ciência e Tecnologia) em que se descreveu e foram apresentadas as principais pesquisas que estão sendo feitas financiadas pelo DECIT e que são estratégicas para o desenvolvimento do SUS. Sua impressão é que seria uma muito rico se Conselho pudesse fazer alguma coisa parecida. Entendeu que seria interessante ter uma pauta específica sobre essa questão de pesquisas clínicas financiadas pelo Ministério e iria enriquecer bastante, tornando-se uma coisa muito mais concreta discutir sob esse ponto de vista. Isso pode ter uma implicação posterior muito importante. Conversou com o Conselheiro Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza, coordenador da comissão de Ciência e Tecnologia, e percebeu que o conjunto da verba do Ministério para essa área é de noventa e seis milhões de reais, mais ou menos um milésimo da verba total do Ministério da Saúde. Uma das perspectivas seria fazer uma proposta conjunta das duas comissões para elevação dessa verba na discussão do orçamento de 2015 a ser feita em agosto próximo. É uma questão que tem implicações práticas e bem concretas e que deveria ser apropriada pelo conjunto do Conselho. O Conselheiro **José Naum de Mesquita Chagas** propôs a possibilidade de uma pauta com um debate entre a Secretaria de Ciência e Tecnologia e o MEC para a verificar a possibilitar do encurtamento do tempo entre o que é produzido na universidade e a efetiva implementação ou usabilidade por parte da sociedade, porque a realidade hoje é que muito se produz e pouco se implementa ou pouco se disponibiliza para o acesso da população. Observou a dificuldade de implementação concreta do que é produzido dentro das universidades e corroborando com a fala dessa responsabilização unitária por parte das universidades, mas disse acreditar que dentro da Secretaria de Ciência e Tecnologia há outro diálogo com outros setores, além da universidade, para o fomento da produção de ciência e tecnologia em saúde e inovação em saúde. Corroborou com a presidente do CNS, Maria do Socorro de Souza, sobre um planejamento maior, o que acredita ser uma das grandes falhas do Ministério da Saúde o planejamento de quatro em quatro anos. Na Inglaterra, citada como exemplo, o planejamento é decenal. O único planejamento decenal que existe no Brasil é o das prioridades, além da educação, que supera esse processo porque permite uma continuidade, um investimento focal para a gente avançar em determinados setores. Na saúde seriam prioridades nacionais de pesquisa. Deveria ser apresentado ao pleno do Conselho Nacional de Saúde quais são as prioridades nacionais de pesquisas elencadas pelo Ministério e se elas estão atendendo as necessidades da população. Elas conseguem ser identificadas por parte do controle social? Há uma relação direta entre sua realidade e a realidade das entidades que estão representadas no CNS, essa pluralidade da sociedade brasileira? Infelizmente, há uma grande falha na questão de acessos a recursos de tecnologias assistivas. Hoje são quatro portas de acesso, abertas sem controle. O mesmo usuário pode adquirir recursos de tecnologia assistiva pelo SUS, pelo SUAS, pela Previdência e pelo MEC sem controle (ou por nenhuma delas, dependendo do município). Mas há uma dificuldade muito grande nessa parte. Não comentou a tecnologia do cuidado por parte dos profissionais que entraria na questão da dificuldade do SUS de implementar a integralidade no cuidado disponibilizando todos os profissionais necessários para a atenção a assistência a sua população. O Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** opinou que os encaminhamentos chamam a atenção, principalmente em torno desse debate, a agenda onde de fato coincidem três elementos da agenda do Conselho Nacional de Saúde que têm que ser a agenda mobilizadora da política, do debate, em torno da política de saúde do Brasil no próximo período. Coincidem a agenda do financiamento, da ciência e tecnologia, no entanto tem outras agendas estabelecidas como prioridade que, da mesma forma que a gestão trás esses três elementos, é importante que levem em consideração, embora outras secretarias sejam responsáveis pela priorização como, por exemplo, a questão dos recursos humanos que é uma das agendas centrais do controle social que a ciência e tecnologia precisa dialogar. Da mesma forma uma das agendas prioritárias da ciência e tecnologia deve levar em consideração a questão do controle social e da gestão. Essas são as cinco prioridades que o Conselho Nacional de Saúde colocou. Quando se fala em planejamento, trata-se da necessidade de planejar, de se orientar. É importante aquilo que o controle social planeja, particularmente o Conselho Nacional de Saúde, que debate o plano nacional de saúde, um conjunto de instrumentos. Esse conjunto de encaminhamentos devem ter desdobramentos no Ministério no conjunto de políticas e orientações. Então o encaminhamento é que aquilo que foi deliberado e colocado nos nossos planos seja levado em consideração na construção do conjunto das secretarias do Ministério, inclusive da Secretaria de Ciência e Tecnologia. Nesse sentido, algumas coisas deliberadas e encaminhadas, como por exemplo a discussão de algum mecanismo para o processo da 15ª Conferência Nacional de Saúde a respeito da 2ª Conferência Nacional da Assistência Farmacêutica, a Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia, que precisam ter desdobramentos para criar mecanismos de envolver a sociedade e o controle social de fato nesse processo. É preciso rapidamente pegar aquilo que o Conselho Nacional, órgão de deliberação do controle social e do sistema, elaborou como diretiva e orientação e ver como criar mecanismos de funcionamento das comissões, o principal de todos é tomar conhecimento e divulgar o que foi decidido e deliberar para ver se consegue dar sequência da materialidade. Informou ter sido disponibilizado aso conselheiros os últimos documentos produzidos pela Comissão de Ciência e Tecnologia, o último plano de trabalho aprovado pelo pleno do CNS em 2011, com os encaminhamentos à Secretaria Executiva onde consta a realização da 3ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde que estava aprovada pelo CNS a ser realizada em dezembro de 2012 e não foi. A presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** afirmou ser preciso já ter uma definição no planejamento, uma compreensão das duas comissões e, na linha do que foi proposto, trazer pontos dessa pauta para ampliar o debate e começar a pensar a 15ª Conferência Nacional de Saúde. Já existe uma definição política no planejamento, e estão fazendo da reunião do pleno um espaço de politizar essa pauta, como mesa em andamento e tem uma perspectiva de trazer o presidente da Fiocruz em maio para as duas comissões trabalharem juntas e começar a pensar na 15ª Conferência Nacional de Saúde. Ampliar as comissões para fazer essa interface. Será preciso deliberar no pleno que a conferência vai ter que ser realizada em agosto, no máximo em setembro, para ir nessa linha de ter deliberações da 15ª Conferência Nacional de Saúde que incidam, pelo menos, sobre o Plano Nacional de Saúde e o PPA. A Mesa Diretora apresentará uma proposta junto com alguns parceiros. A Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** complementou que a 15ª Conferência Nacional de Saúde já começou e essa subcomissão estará agora reunida durante a Rede Unida para sistematizar toda a discussão feita nesses vários momentos. O Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS), **Carlos Augusto Grabois Gadelha**, alertou que já anotou as várias propostas e fez um apelo tentar na conferência fazer uma discussão agregada e estratégica. Mostrar que a ciência e tecnologia, o desenvolvimento produtivo, a assistência farmacêutica, a inovação tecnológica são parte de uma agenda estratégica. A Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** afirmou que a mesa se sente atendida com o encaminhamento proposto pelo Conselheiro Ronald Ferreira dos Santos e pela presidente do CNS, Maria do Socorro de Souza. Disse ter que se surpreendeu com o fato de o Secretário, economista, sanitarista há vinte e sete anos não ter tocado em nenhuma questão orçamentária, financeira. Submeteu ao plenário os encaminhamentos que foram aprovados. **Encaminhamentos: incluir em pauta articulada entre as comissões um debate sobre pesquisa clínicas visando a 15ª Conferência Nacional de Saúde e incluindo o MS, MEC, Agência Brasileira de Cooperação, que deverá incluir os temas de financiamento, utilização pela população de inovação acadêmica, a criação de um departamento de Tecnologia assistiva no MS.** Inversão de pauta. **Item 05 – COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA – CONEP.** *Apresentação:* Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio,** Coordenador da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP. *Coordenação:* Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Mesa Diretora CNS. O Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, coordenador da CONEP iniciou a apresentação apresentou o balanço das atividades no processo de análise ética dos Protocolos de Pesquisa de área especial submetidos ao Sistema CEP-CONEP e o plano de trabalho aprovado cujo objetivo nº 01 era zerar a fila processos para análise. Divulgou a evolução do estoque de Protocolos de Pesquisa submetidos à Plataforma Brasil e enviados à CONEP segundo a quantidade e tempo gasto nas etapas do trabalho de apreciação ética de Setembro/2013 a 06/03/2014. Houve uma redução na fila de mais de 50% o que é mais expressivo ainda se for considerada a análise de 130 protocolos/mês e pela norma operacional são dois meses para analisar os protocolos. Portanto ter duzentos e sessenta protocolos na CONEP é uma situação de normalidade, hoje existem trezentos e oitenta e oito. Em mais um ou dois meses serão atingidos todos os processos previstos na norma operacional. O primeiro dos gargalos enfrentados é a checagem documental, que pela norma operacional deve ser feita em quinze dias. Esse prazo já está sendo cumprido e, frequentemente, a equipe tem conseguido fazer a checagem documental no dia que o protocolo chega. Do estoque de protocolos aguardando a checagem documental, duzentos e setenta e sete e a partir do início de novembro passou a ter um valor que oscila, sessenta e cinco em checagem documental é uma situação de normalidade. A partir de sete de novembro foi mantida sempre abaixo dos sessenta e cinco a quantidade dos protocolos de checagem documental, portanto esse problema está resolvido. O próximo é a quantidade de processos aguardando nota técnica. A primeira etapa na análise da CONEP é feitura de uma nota técnica pela assessoria técnica, que é uma espécie de pré-parecer. Aqui existia um gargalo. Havia uma equipe pequena fazendo notas técnicas e ocorreu um acréscimo de 92% na equipe técnica da CONEP, passando de vinte e cinco funcionários para quarenta e oito, sendo que dos quarenta e oito está acabando o treinamento dos últimos quatro assessores. A partir do final do mês serão vinte e quatro assessores fazendo notas técnicas. Isso fez com que, enquanto ainda estava ocorrendo o treinamento do pessoal novo ainda teve aumento na fila. De 19 de setembro a 1° de novembro aumenta a fila de processos aguardando nota técnica, mas a partir do início de novembro começou a ter uma queda relativamente constante e hoje existe metade apenas das notas técnicas que estavam sendo aguardadas. Isso é muito importante porque é o principal ponto que retarda a saída dos processos. O segundo gargalo é processo aguardando parecer do relator. A providência foi trazer vinte e nove relatores ad hoc, que tinham sidos indicados pelo CEP na eleição anterior e cuja lista foi aprovada no Conselho. Então, além dos trinta e cinco membros da CONEP, trinta membros efetivos e cinco suplentes, estão trabalhando com mais vinte e nove relatores ad hoc. Apesar do aumento da produção das notas técnicas não houve retenção substancial nos relatores. O dado no início e no final é semelhante. Os relatores conseguiram dar conta do aumento de produção de notas técnicas que foi feito no primeiro passo. O terceiro gargalo é processo aguardando a reunião da CONEP. Existem situações de já terem o relatório feito mas a reunião não conseguia apreciar o conjunto dos relatórios que estão prontos e com isso retardava a conclusão. As providências foram: primeiro, dividir a CONEP permanentemente em câmaras técnicas. A CONEP só faz reunião em plenária, em períodos de uma manhã ou uma tarde em um dos dias da reunião. O restante do período ela está dividida entre quatro e seis câmaras técnicas que têm, em princípio, caráter terminativo. Quer dizer, só vai para a plenária os protocolos em que alguém recorrer e achar necessário ter um debate com o conjunto da CONEP. Se não houver recurso as decisões são terminativas nas câmaras. Estão apreciando cento e trinta protocolos por mês. Uma parte disso é de referendo mas, geralmente, mais de cem protocolos nas reuniões e para a plenária vão entre quatro e seis. Portanto, mais de 90% as decisões das câmaras estão sendo efetivamente terminativas e isso está aumentando a produção da CONEP. Além disso, estão procurando fazer um acompanhamento minucioso com os coordenadores de câmaras dos métodos de trabalho, porque não se pode ter uma discussão de uma hora em cada protocolo porque inviabilizaria a produção total. Trabalham com uma discussão no máximo de quinze a vinte minutos por protocolo. O que não estiver com condições de ser decidido em quinze a vinte minutos é porque a discussão não está madura, tem que voltar para o relator, indicar outro relator, tem que ter alguma outra solução, não se pode ficar com a plenária da câmara discutindo uma hora cada protocolo porque isso aí faz a fila crescer em vez de encolher. Então se o relatório não estiver satisfatório, se houverem dúvidas, é melhor deixar aquele protocolo específico para a reunião seguinte e fazer com que o relatório avance, esclareça mais as dúvidas que estão existindo do que ficar insistindo em discutir uma coisa em uma hora e em vez discutir quinze, vinte protocolos por dia, acabam discutindo seis, sete. Esse trabalho de colocar os coordenadores ativos nesse processo, de mobilizar a discussão para que ela seja ágil é fundamental para que esse objetivo seja alcançado. E por último é a questão do aumento do uso do recurso do *ad-referendum*, que significa que os protocolos já analisados, colocados sob pendência, as pendências, na avaliação do relator, foram todas atendidas, esse protocolo não precisa voltar para ser analisado na câmara novamente. Ele pode sair só com o parecer do relator no caso e com o referendo da coordenação. Protocolo de devolução é protocolo de passagem do antigo sistema de papel para plataforma, basicamente uma conferência documental. Não há necessidade de análise ética nesses casos. Tudo isso são coisas que não precisam passar pela câmara, pela plenária, então esse recurso acaba sendo usado com certa parcimônia pelos relatores. Estão fazendo uma campanha para que eles usem mais o recurso do *ad-referendum* exatamente para aumentar a produção do conjunto da CONEP. Exibiu um quadro geral do sistema com o número de usuários pesquisadores cadastrados no sistema subindo em 2012, o primeiro ano da plataforma Brasil, de noventa e sete mil pesquisadores cadastrados para cento e oitenta e cinco mil em 2013, um aumento expressivo que faz parte do processo de implantação da plataforma. O total de protocolos foi de cinquenta e dois mil protocolos de pesquisas cadastrados no sistema CEP/CONEP em 2012 para noventa mil em 2013. Apresentou os gargalos do último trimestre, de outubro a dezembro de 2013, com um tempo médio de análise de ainda cento e dezoito dias, hoje ele já está perto de noventa com trezentos e oitenta e oito protocolos, analisando cento e trinta por mês. O tempo médio já está em três meses e chegará a dois. No início daquele processo em setembro do ano passado o tempo médio era de seis meses, portanto já caiu de seis para três e está perto de chegar a dois meses previsto na norma operacional. Dos cento e dezoito dias, demorava sessenta dias na elaboração da nota técnica, trinta e dois na elaboração do relatório, vinte e um para que o relatório fosse apreciado pelo colegiado e cinco para a emissão do parecer final. Para enfrentar os três gargalos em paralelo foi feita uma tática fundamental para conseguir reduzir os tempos. Foram quinhentos e treze protocolos analisados na CONEP no primeiro semestre, antes, portanto da mudança na coordenação, e no segundo semestre novecentos e trinta e sete, ou seja, um aumento de 83% do primeiro para o segundo semestre na análise de protocolos. E o segundo dado dos percentuais de pareceres da CONEP resultou em 25% de aprovação, e só 3% de não aprovação. A CONEP tem uma fama de ser difícil mas 3% dos protocolos que são apresentados são rejeitados, 25% de pendências, 4% de retirados e um percentual muito grande de projetos que não deveriam ter ido para a CONEP por equívoco dos CEP ou dos pesquisadores. Isso tem a ver com a implantação da Resolução nº 466 que modificou um pouco os critérios, reduziu os casos de processos que precisam ir para a CONEP, mas algumas pessoas ainda continuam trabalhando com critérios antigos. Isso vai ser reduzido progressivamente. O total de protocolos era de mil e trinta e nove passando para mil quinhentos e sessenta aqui são os projetos na plataforma. Especificamente seiscentos e sessenta e quatro passando para mil quatrocentos e cinquenta a redução dos protocolos no papel. Em janeiro 2012 ocorreu a implantação da plataforma então é natural que haja uma redução da quantidade de protocolos em papel. O registro de eventos adversos também teve um aumento bastante expressivo. Os outros trabalhos da CONEP são: de inspeção, passando de dezesseis em 2012 para trinta e nove em 2013. Treinamento de CEP (que não foram feitos em 2012) chegaram a noventa e oito em 2013. O é cadastramento ou registro inicial de CEP teve uma pequena queda fruto de que a quantidade de CEP já está bastante expressiva no país. A renovação de registros teve aumento de trezentos e trinta para trezentos e quarenta e oito. O número de CEP e instituições cadastradas no final de 2013 chegou a seiscentos setenta e seis, cinco mil seiscentas e cinquenta instituições cadastradas na plataforma. Quando a instituição não tem CEP próprio quem faz a indicação do CEP que vai analisar seu protocolo é a própria CONEP, então fizeram a indicação de doze mil e oitocentas CEP para protocolos de instituições que não tinham CEP próprio. Apresentou o mapa da distribuição dos CEP pelo país, um dado interessante, demonstrando uma concentração maior no sudeste, uma presença expressiva no sul e no nordeste e um quadro menor nas outras duas regiões. Expôs os dados de atendimento online, outra área do CONEP, via e-mail, telefone, e vários contatos com os pesquisadores e com os CEP. Houve um aumento de vinte e quatro mil atendimentos em 2012 para trinta e quatro mil em 2013, 40%. Apresentou a comparação entre os atendimentos aos pesquisadores e aos CEP expressando uma presença muito maior de atendimento direto aos pesquisadores, 82% do total diretamente aos pesquisadores e 18% às CEP e os principais tipos de dúvidas. A infraestrutura também teve avanços bastante expressivos. Lembrou a ocorrência de uma discussão bastante acalorada no Conselho em agosto de 2012 sobre as condições de infraestrutura da CONEP. Aconteceu a inauguração da nova sede, saindo do porão do edifício da 510 norte em Brasília e passamos para o terceiro andar. Um aumento na área útil da instalação da CONEP de duzentos e noventa metros quadrados para seiscentos e vinte e cinco, mais do que dobrou. Agora tem um conjunto de salas funcionando, a plenária, quatro salas para as câmaras técnicas, uma sala de audiências, recepção, sala da secretaria executiva, expedição, sala da coordenação técnica, três salas de assessoria, a sala de assessoria online, a de CEP e o arquivo. Apresentou fotos da entrada, sala de audiências, corredor, a plenária, a sala das câmaras técnicas, recepção e secretaria executiva, coordenação, três salas da assessoria, assessoria de CEP, o suporte online, arquivo. Também foi trocada parte do mobiliário, instalação, computadores. A assessoria passou de vinte e cinco para quarenta e oito pessoas, dois secretários (o executivo e o adjunto) estão trabalhando em conjunto, o aumento dos relatores com a presença dos ad hocs. Apresentou a participação em eventos em 2012 (zero) em 2013 (quarenta), audiências com pesquisadores e com patrocinadores que passou de trinta e sete para cinquenta e seis e, além disso, em 2013 vinte e quatro reuniões de GTs, tanto o GT da norma operacional quanto os GTs de preparação aas resoluções complementares nas três áreas previstas na Resoluçãonº 466: de ciências humanas e sociais tipo de classificação de risco e a acreditação dos CEP e projetos estratégicos para o SUS. A perspectiva de prazo para ter propostas e resoluções serem trazidas para o CEP, para a própria CONEP e para o Conselho Nacional de Saúde. Mostrou o plano de trabalho. Para zerar a fila de protocolo estiveram vigilante para uma substituição rápida em qualquer demissão da assessoria. Essa semana inclusive perderam um funcionário que passou no concurso da ANVISA. Aproveitou para pedir que isso ajude a ANVISA a baixar os prazos dela também, mas a disposição é estar vigilante para que não haja redução do pessoal técnico em hipótese alguma. A contratação é relativamente precária, isso pode gerar pedido de demissão, então tem que estar acompanhando isso de perto para manter a equipe no padrão que está atualmente, manter os relatores ad hoc até que a fila tenha sido zerada. Estavam enfrentando nesse período do ano especificamente o pico de entrada de protocolos pela sazonalidade das universidades e das instituições de fomentos, que abrem os editais nesse período. Então não está na hora ainda de liberar os ad hoc para que o esforço da fila reduzida continue. Esse trabalho de melhorar a eficiência das câmaras é trabalho permanente e aumentar a utilização dos pareceres de *ad-referendum* são as quatro providências a serem mantidas permanentemente para continuar derrubando a fila. O segundo ponto é aperfeiçoar a plataforma Brasil. Já existem GTs específicos sobre isso, dirigido pelo companheiro do INCOR, João Fernando, que está fazendo uma proposta já discutida na CONEP. Esse plano foi aprovado na CONEP. O primeiro passo é até julho fazer uma reformulação na aba de submissão de protocolos, que ainda tem algumas confusões razoáveis. Existem protocolos de pesquisa com oitenta documentos que ficam misturados, (os atuais e os velhos) porque quando você insere o documento na plataforma não tira mais, mas não tem nenhuma necessidade disso ficar na mesma caixa. É perfeitamente possível esses documentos que estão valendo ficarem em uma caixa e os históricos que tem que ser eventualmente consultados podem ficar numa caixa separada. Para o segundo semestre existe um conjunto de propostas de aperfeiçoamento da plataforma. A primeira é incluir a tramitação dos biobancos, que por enquanto ainda estão em papel. O segundo é a reformulação do modo público, que tem um monte de dados que, no momento, não significam nada. É preciso inserir dados que tenham significado. As estatísticas da CONEP, dos sistemas de conta, um conjuntos, tudo tem que estar no módulo público como meta para o segundo semestre, criar um módulo de gestão que permita puxar esses dados com facilidade. No momento atual cada coisa que se precisa tem que pedir para DATASUS. Demora às vezes três meses para conseguir um dado, isso tem que ser uma coisa automática dentro da plataforma. Também é preciso incluir a tramitação dos eventos adversos sérios dentro da plataforma. Estão fazendo um diálogo com a ANVISA, tiveram uma reunião com o Presidente Barbano e com a Diretora gerente da área Patrícia Andreoti, para fazer com que os registros sejam compartilhados. A divulgação dessas mudanças na plataforma tem que ser feita com bastante ênfase e antecedência para que seja bem recebido pelos pesquisadores. Foi decisão do Conselho revisar a norma operacional seis meses depois de sua implantação. Esse prazo já transcorreu será formado um GT para que até junho tenham condição de fazer as modificações necessárias. As resoluções complementares terão apresentação da primeira proposta dos GTs, em outubro, fazer uma preliminar dessa discussão em novembro para situar o conjunto dos CEP, ouvi-los em um debate inicial, que não vai ser ainda conclusivo porque a proposta não vai ter ainda sido colocada em consulta pública e uma série de formalidades que são necessárias. Em seguida levar para uma discussão preliminar na CONEP e no Conselho Nacional de Saúde, abrir a consulta pública, compilar os resultados, fazer uma discussão no ENCEP conclusivo e a aprovação final da CONEP e do CNS das três eleições no decorrer do ano de 2015. O boletim eletrônico da CONEP já está programado, com autorização de contratar um jornalista pela CONEP para produzir os textos e pediram ao Conselho que se disponibilizou a liberar um técnico que ajude a colocar no ar, na internet os boletins e com isso será possível enviar as notícias da CONEP sistematicamente para todos os CEP e para quem mais quiser cadastrar nessa rede para poder receber as notícias. O debate sobre a política de ciência e tecnologia no seio da CONEP já teve alguns avanços e a ideia é fazer um seminário de ciência e tecnologia junto com o CNS no decorrer do ano de 2014. Sobre a capacitação dos CEP, existe um calendário de treinamento regionais que foi apresentado com a proposta de subir de nove para doze as solicitações feitas no ano anterior. Também busca-se mudar a estratégia de modo que não fique tanto tempo concentrado nos estados periféricos como no ano anterior, onde fizeram treinamento no Amapá, em Rondônia, no Piauí, no Maranhão, em Goiás, no Pará, e o coração do sistema ficou com pouco treinamento próprio da CONEP. A ideia é concentrar três treinamentos em São Paulo, um em Minas, um no Rio, Paraná, nos lugares centrais, sem deixar de fazer alguma coisa nos estados periféricos também, mas o coração precisa passar pelo treinamento, e atualização e ter um diálogo permanente dos CEP desses lugares centrais com a CONEP. Pretendem montar um treinamento permanente dentro da plataforma Brasil, de modo que as pessoas possam fazer um auto treinamento a partir dos módulos da plataforma. Dois seminários internos da CONEP estão previstos para esse ano, o primeiro sobre diabetes que está provocando bastante polêmica interna na CONEP e está programado para ser realizado em maio. Convidaram a Sociedade Diabética, a Sociedade Endócrina e o Conselho Federal de Medicina e alguns técnicos importantes da própria CONEP para fazer um debate que aprofunde essa discussão. Outro seminário que já estava programado anteriormente, em princípio pautado para agosto, sobre estudos com crianças e gestantes. Ocorreu uma audiência pública no Senado, no dia 18 de março passado, solicitada pela Senadora Ana Amélia do Rio Grande do Sul e estiveram presentes o Presidente da INTERFARMA, o Dr. Antonio Britto, um pesquisador de Ijuí, uma entidade fez parte do Conselho, o Instituto Oncoguia, a Associação Médica Brasileira, ele mesmo como representante da CONEP, o Sr. Gadelha pela Secretaria de Ciência e Tecnologia e o Presidente da ANVISA, o Dr. Dirceu Barbano. Tratou dos prazos embora tenha dúvidas se a discussão seria efetivamente essa porque, como foi mostrado, eles concretamente já tiveram uma queda bastante acentuada. Asseverou que os prazos da CONEP nunca foi de quinze meses, nem no pior período. Quando se fala em quinze meses está se computando dentro do prazo o tempo que o pesquisador e o patrocinador levam para responder as pendências, que não pode imputado à CONEP. Esse tempo, pela norma operacional, seria de trinta dias, mas frequentemente é bem maior do que isso. Tem casos com demora seis meses para responder as pendências e isso não pode ser computado na conta da CONEP. Afirmou também estarem perto de chegar aos prazos da norma operacional como já demonstrado e a mesma apresentação foi feita ao Senado. Além da análise do sistema CEP/CONEP existe a análise da ANVISA, que tem tido problemas, embora espera que com a convocação dos técnicos feita pela ANVISA essa semana a situação possa melhorar. Mas a CONEP analisou mil quinhentos e sessenta protocolos no ano de 2013 e a ANVISA analisou trezentos. E está reduzida a quatro técnicos nessa área de pesquisa clínica, mas é possível dobrar a equipe de quatro para oito facilmente. Talvez isso seja suficiente para que ela tenha prazos razoáveis. A CONEP passou de vinte e cinco técnicos para quarenta e oito, a ANVISA, que analisa 20% da quantidade de protocolo da CONEP analisa, seguramente vai precisar de um incremento muito menor que esse. Percebeu a possibilidade de alterar os critérios éticos, então é preciso ficar alerta em relação a isso. Trouxe um caso onde o cidadão que participou de uma pesquisa começou a receber o tratamento pós-estudo depois da pesquisa acabar e passado um período o patrocinador parou de fornecer o medicamento e ele tem que gastar cem mil reais por mês para pagar o seu tratamento. Ele entrou na justiça, ganhou na 1ª Instância e o processo está na 2ª Instância da Justiça Federal do Rio Grande do Sul. Trouxe um parecer do Procurador da Geral da República Humberto Jacques de Medeiros que apresentou na audiência pública em que ele faz uma defesa muito firme, muito clara, das resoluções do Conselho Nacional de Saúde, do julgamento CEP/CONEP. A empresa no caso em tela não respeitou o termo de consentimento que foi aprovado na CONEP e fez mudanças por sua própria conta e alegou na justiça que o termo de consentimento assinado por ela e pelo participante da pesquisa não tinha garantia do tratamento pós-estudo e, portanto, ele não tinha esse direito. Isso é um exemplo para ver a importância do trabalho que está sendo feito. Determinadas pendências que a CONEP coloca são específicas do tipo do estudo, do desenho do estudo, mas isso é uma minoria em relação ao conjunto das pendências. Mais de 90% das pendências que a CONEP estabelece são pendência de repetição, iguais em quase todos os protocolos. Propôs um diálogo, com os patrocinadores e os pesquisadores, fazer uma oficina na INTERFARMA no mês seguinte com os pesquisadores de AIDS no mês que vem, para exatamente discutir essas pendências de repetição porque a seu ver isso só serve para todos trabalharem mais e ninguém ganha com isso. Algumas coisas não representam um centavo de despesa exemplo do termo de consentimento, uma espécie de contrato entre o pesquisador o patrocinador, a instituição e o participante deve ser uma via para cada parte. No entanto recebem dezenas de protocolos que não conseguem dizer que existe uma via para cada um, dizem que é uma cópia do participante, e a 466 deixa claro o contrário, sem nenhuma questão de interpretação. Não custa um centavo e, no entanto, não se coloca o participante em igualdade de condições com a outra parte. Está se querendo fazer uma queda de braço para dizer que o participante é um cidadão de segunda categoria, que não pode ter um direito a uma via do contrato. Não tem lógica. É preciso resolver esse tipo de coisa porque atrasa. Outros exemplos são: não se garantir pós-estudo, não se garantir a confidencialidade dos prontuários médicos, que são uma coisa de sigilo profissional. Assim tem uma sequência de pendências de repetição às quais estão abertos a discutir, colocar os critérios da forma mais transparente possível, mas não há sentido em que isso continue desse jeito. Estão procurando conversar com todos os setores para evitar que a situação continue dessa maneira e fazer com que isso seja também um instrumento da aceleração na tramitação dos protocolos. A audiência pública na comissão de assuntos sociais tirou a perspectiva de montagem de um grupo de trabalho que está sendo dirigido pelo Secretário Gadelha e que teria sua primeira reunião na semana seguinte. Nela iriam verificar o que o grupo de trabalho propõe, mas as medidas já executadas para a redução da fila da CONEP são aqui bastante claras. Disse estar aberto a sugestões de aperfeiçoamento, mas terão a posição muito firme para mexer nos prazos e nos critérios éticos. O Conselheiro **Nelson Augusto Mussolini** levantou questão de ordem sobre o seminário na INTERFARMA de que ela só representa as empresas internacionais e há muita empresa brasileira hoje fazendo pesquisa clínica, em número é tão grande ou maior que empresas internacionais, e isso pode dar um problema sério. O Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio** se comprometeu a fazer um seminário para as empresas nacionais e todas as que demandarem. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, acentuou que todo esse investimento visível e o retorno para a sociedade promovidos pela CONEP foi garantido exatamente por essa capacidade de diálogo entre o Conselho, a CONEP e a Secretaria de Ciência e Tecnologia numa disposição de fazer uma gestão conjunta entendendo essa responsabilidade. Isso para desconstruir a ideia de que havia uma má vontade ou até uma intenção contrária ao que hoje tem como resultado. Mesmo sem orçamento próprio, dependendo da Secretaria conseguiu uma estrutura mais rápido que o CNS que precisa ampliar o pleno e ainda não conseguiu. A CONEP conseguiu porque está em outro extremo, graças a essa capacidade, e ao Conselheiro Jorge Alves de Almeida Venâncio, uma das pessoas que capitaneou para a coordenação da CONEP, apesar de muitas dúvidas. Partiu do pressuposto de ser médico, ele está se revelando um grande administrador. O Conselheiro **Jurandi Frutuoso Silva** parabenizou os Coordenador da CONEP e o Secretário de Ciência e Tecnologia em nome das equipes. O Coordenador da CONEP pela expectativa que trouxe quando assumiu e pelo movimento de gestão feito com precisão que deu o resultado brilhante apresentado nessa reunião. O Secretário da SCTIE que esteve aqui nesse Conselho há alguns meses atrás e foi bastante questionado em uma reunião tensa e deu as garantias que resultaram no apoio necessário para as ações apresentadas pelo Conselheiro Jorge Alves de Almeida Venâncio. **Marcia Mota**, Diretora Substituta do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT) complementou a fala do Conselheiro Jorge Alves de Almeida Venâncio e esclareceu que a intenção do Secretário Gadelha quando ele propôs a coordenação desse GT foi porque percebeu que havia um movimento para propor a tramitação de um projeto de lei e ficariam provavelmente à reboque desse processo. Então resolveram ter uma atitude mais proativa tornando-se protagonistas desse processo. Havia um movimento do MCTI (Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação) em acordo com a proposta da Senadora Ana Amélia de criação de um projeto de lei. O Conselheiro **Adriano Macedo Félix** sugeriu que todos os conselheiros fizessem um curso para empoderamento da Plataforma Brasil, considerando de suma importância todos tomarem conhecimento de como funciona as condicionantes éticas com pesquisa e que depois houvesse uma redistribuição dos conselheiros pela área e abrangência nacional do CEP para as visitas in loco serem distribuídas aos conselheiros. Questionou se seria possível. O Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio** respondeu que já foi feito um esforço para distribuir as visitas o máximo possível. Lembrou que quando foi indicado para o CONEP era o único conselheiro não membro que tinha participado de visitas. Depois disso cerca de nove conselheiros que não são da CONEP participaram das visitas de inspeção. O interesse é ampliar ao máximo e quem quiser basta se candidatar que haverá visita para todos. O Conselheiro **Adriano Macedo Félix** advertiu que o exemplo também cabe para a CIRH. Um conselheiro do Rio de Janeiro se deslocou de Volta Redonda para ir até Itaperuna. Viajou cerca de seis horas para fazer uma visita, e ele estava localizado a meia hora desse local. Falta um pouco de comunicação para que o Conselho mas é necessário capacitar para poder cumprir o papel que tem que ser feito. Isso facilita muito não só o trabalho do Conselho mas também do conselheiro, poupando-o dessa viagem desgastante. O Conselheiro **Claudio Garcia Capitão** parabenizou a CONEP pelo trabalho que vem realizando até então. Declarou que quando a Plataforma Brasil foi implantada pensei que seria um caos para a pesquisa e para o pesquisador, não se conseguia se registrar o pesquisador e os projetos desapareciam. Hoje isso não mais acontece. Observou enquanto pesquisador do Instituto de Infectologia Emílio Ribas e também na Universidade São Francisco é que existe o procedimento eletrônico mas os CEP ainda continuam solicitando todo o projeto em papel. Entende que isso deveria ser resolvido na medida que esses CEP fossem melhor treinados. Com relação às pendências de repetição explicou que a maioria delas não ocorrem no método que tenha implicação maior para a pesquisa, elas ocorrem no termo de consentimento. Acredita que esse termo é uma coisa padronizada e também depende das instruções que são dadas aos CEP, e uma vez esclarecido normalmente é refeito e o projeto é imediatamente aprovado. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** desejou, na condição decoordenadora da CIRH, que num futuro breve a CIRH tenha uma estrutura como a da CONEP, de olho no futuro e assim essa grande contradição do controle social de ter somente três cursos, três carreiras, três áreas sendo analisadas pelo Conselho Nacional de Saúde: odontologia, psicologia e medicina. Que no futuro as quatorze profissões possam ser apreciadas no CNS. Mas para isso será preciso essa estrutura da CONEP. Sobre o trabalho que a CONEP vem desenvolvendo destacou serem perceptíveis os avanços, não só nas estruturas físicas, mas também nos posicionamentos políticos da defesa da eticidade em pesquisa e, principalmente dentro de um contexto da soberania nacional. Essa é a grande proteção que o cidadão participante da pesquisa precisa ter e, ao mesmo tempo, ter garantia de que a produção desse conhecimento está sendo monitorada, objeto de vigilância contínua do Estado. Ciência é um patrimônio do povo brasileiro. Assim, ser brasileiro é um patrimônio. Em relação ao sistema da plataforma, entende que substituir o papel sem ter certificação digital é bastante complexo. Para avançar a ponto de dispensar o registro físico desses documentos, cuja importância está preconizada na resolução, é preciso uma certificação digital, a exemplo do que tem hoje a Receita Federal. Não se entrega mais declaração de imposto de renda em papel. Deve-se pensar numa certificação digital que, a médio prazo, possa substituir essa papelada, mas que dê garantias de que isso vai ser um documento tal qual é hoje na Receita Federal, por exemplo. O Conselheiro **Luiz Anibal Vieira Machado** pediu que fossem repetidos os nomes dos medicamentos que estão sendo importados ainda e perguntou qual o entrave para que o Brasil comece a produzir medicamentos tão baratos. Questionou se está sendo feita análises da questão da órtese e prótese, em razão dos valores de cinco reais da produção nacional quando se importa por quatrocentos reais. Concordou com o Conselheiro Adriano Macedo Félix de que é preciso se apoderar mais das pesquisas, tomar mais conhecimento, participar mais para saber o que está fazendo. Cumprimentou o excelente trabalho do Coordenador da CONEP e afirmou que esse Conselho deve prestar todo o auxílio que ele precisar. **Retorno da mesa.** O Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio** sobre a questão dos treinamentos explicou que já foi feita uma quantidade razoável de esse ano, mas com essa deficiência apontada, de que ainda estava concentrado em áreas que não são as áreas principais de pesquisa e estão procurando sanar isso. Estão programados três treinamentos em São Paulo nesse ano de 2014 e também no Rio de Janeiro, Paraná, Rio Grande do Sul, Minas Gerais, em todos os principais centros. Além disso, aumentaram de nove para doze treinamentos no ano, 33%. Alguns CEP colocam determinados tipos de exigências que não são necessariamente normais. Algum CEP, por exemplo, está exigindo apresentação de papel mesmo com a inserção dos documentos na plataforma, o que já garante que o projeto está inscrito e apreciado. Essa exigência não está dentro dos conformes. O Conselheiro **Claudio Garcia Capitão** pediu um aparte para informar que, na verdade os dois CEP dos institutos nos quais ele faz pesquisa exigem o formato em papel, mesmo quando inseridos na Plataforma Brasil. Exige também a duplicidade. Por exemplo, se apresenta um projeto numa determinada instituição e o CEP daquela instituição aprova, e faz a pesquisa numa outra instituição, o CEP daquela instituição novamente aprova ou não aquele projeto. O Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio** respondeu que isso é um problema um pouco mais complexo, que tem recebido muita reclamação inclusive, porque às vezes o projeto é feito na universidade e vai ser realizado no hospital do SUS, porque tinha uma norma que não podia fazer perícia num segundo CEP. Já estão tendendo a mudar isso, inclusive porque fica uma briga que não tem jeito de resolver, porque o pessoal da universidade não conhece o SUS, não sabe direito como são as condições do hospital e ficam fazendo um projeto que não tem como funcionar dentro do SUS e eu não posso colocar pendência, tem que rejeitar e a coisa tem de começar tudo do zero de novo. A tendência é resolver isso com uma alteração na norma e permitir pelo menos que o segundo CEP faça as pendências. mas o problema é que cada CEP olha de um mundo diferente a pesquisa e tem a impressão que esse caráter complementar de que quem vai participar da pesquisa precisa ter apreciação em cada local também, embora dentro dos prazos (de trinta dias para cada CEP) tem como ser cumprido tudo. O treinamento nos principais centros vai ter uma repercussão e expor quais providências serão necessárias além disso. Sobre a certificação digital achou a ideia interessante, apesar de não ser especialista na área de informática, mas em princípio irá estudar o assunto e conversar com o pessoal do DATASUS. **Eline Jonas**, Secretária Executiva da CONEP, acrescentou que no caso da certificação digital, como os protocolos são submetidos pela Plataforma Brasil, então entende-se que já é uma certificação oficial. Essa discussão já foi feita antes. O Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio** aliviou-se com a informação, mas entendeu que talvez seja necessária alguma forma explícita desse entendimento. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** entendeu ser necessária uma conversa com o grupo da área de ciência da informação porque já teve um problema recente de vazamento de informações do Palácio do Planalto, então quanto mais segurança digital, melhor. Trata-se de certificação com segurança digital, para não ter nenhum tipo de desvio de informação pelo ambiente virtual. Vale a pena trabalhar um pouco melhor com o grupo da ciência e informação. O Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio** concluiu as respostas sobre os remédios citados, quais sejam, insulina, amoxilina (uma penicilina sintética), heparina (um anticoagulante) e dipirona (um remédio para dor de cabeça e febre). Esses quatro que estão na lista dos insumos que estão sendo importados. Agradecer as palavras de todos e disse estar seguro de que uma boa parte disso tudo está nos olhos dos interlocutores. Entrou no debate da eleição apresentando sua proposta. Esclareceu que o Conselheiro Nadir Francisco do Amaral, coordenador adjunto da CONEP, foi substituído na vaga de por decisão interna de sua entidade, com isso ele saiu do Conselho e sai também, automaticamente, de todas as representações, de comissões, que ele fazia parte, inclusive da CONEP. Isso abre uma vaga de usuário na CONEP que precisa ser preenchida e, além disso, uma vaga de coordenação adjunta que pode ser qualquer dos membros do Conselho membros da CONEP. O fórum de usuários se reuniu na véspera e decidiu indicar, por uma maioria larga, a Conselheira Patricia Augusta Alves Novo, representante da Associação Brasileira de Alzheimer. Em relação à vaga de coordenador adjunto, houve uma proposta do fórum dos trabalhadores da saúde, com concordância do fórum de usuários, de que seja a Conselheira Francisca Rêgo Oliveira de Araújo, que já é uma pessoa que já está há mais tempo na CONEP, cerca de três anos, e portanto tem mais experiência. Haviam montado uma coordenação ampliada porque os quatro coordenadores, ele e mais os três adjuntos, são pouco para conjunto de trabalho administrativo que tem lá, e a Conselheira Francisca Rêgo Oliveira de Araújo já estava participando como um desses três membros a mais. Então seria um deslocamento apenas da posição de coordenadora ampliada para coordenadora adjunta e parece que é a solução mais natural para esse problema que foi colocado. O Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** colocou em apreciação **o** **plano de trabalho e o balanço apresentados pelo coordenador, que foram aprovados por unanimidade.** **Foi aprovada com três abstenções a eleição da Conselheira Francisca Rêgo Oliveira de Araújo para coordenação adjunta e da Conselheira Patricia Augusta Alves Novo na representação dos usuários na comissão**. **Encaminhamentos: 1) aprovada a indicação da Conselheira Francisca Rêgo Oliveira de Araújo como Coordenadora Adjunta da CONEP; 2) aprovada a indicação da Conselheira Patricia Augusta Alves Novo como representante dos usuários na CONEP; 3) Aprovado o plano de trabalho da CONEP; 4) Aprovado o balanço da CONEP.** Com essa deliberação foi encerrada a mesa e iniciado o próximo item da pauta. Inversão de pauta. **ITEM 04 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS – CIRH/CNS** *Apresentação*: **Ivone Evangelista Cabral,** Coordenadora da CIRH; **José Eri de Medeiros**, conselheiro**.** *Coordenação:* **Ronald Ferreira dos Santos** e **Nelcy Ferreira da Silva**, Mesa Diretora do CNS.A coordenadora da CIRH, **Ivone Evangelista Cabral**, lembrou que a CIRH deve trazer na próxima reunião uma proposição de coordenação adjunta, haja vista que a Eliane Cruz está na Secretaria da Criança e do Adolescente do DF. Iniciou com alguns informes cumprindo o que foi determinado na jornada das comissões, atualizando sobre o que cada uma das comissões anda fazendo. Pediu a atenção de todos porque é uma demanda de conselheiros e membros da CIRH que vão se integrar a um grupo de avaliação desses municípios, fazendo a visita in loco. Irão precisar da ajuda de todos na composição dessa equipe. Já abordou alguns conselheiros que residem próximos, em cidades próximas, via aérea ou via terrestre, dos municípios onde ocorrerão as visitas para ver se tem disponibilidade de agenda. O Conselheiro **José Eri de Medeiros** fez um informe é em relação à visita em um dos municípios pré-selecionado no edital de seleção nos municípios que serão sede dos cursos de medicina, na expansão das vagas do curso de medicina. Fez uma visita na cidade de Ijuí, interior do Rio Grande do Sul, em que estiveram os três médicos representando o MEC, inclusive o Dr. Francisco Barbosa, vice-presidente da Associação Brasileira de Ensino Médico (ABEM). Foram acompanhados de uma representação do COSEMS do Rio Grande do Sul. A expectativa era grande por certa dificuldade nesse encaminhamento do processo com o MEC. Eles mandaram uma correspondência com o cronograma das visitas pelo correio que estava de greve. Então só receberam depois que acabaram as visitas, a não ser essa de Ijuí, que peguei porque estava em Brasília por acaso. Chegou meia noite em Porto Alegre e de madrugada foi para Ijuí. O relacionamento foi muito bom, a visita estava bem organizada, houve um envolvimento total da administração, prefeito, secretários, o Conselho Municipal esteve presente nas atividades e, inclusive, fizeram uma reunião extraordinária para receber o MEC. Sentiram falta do Conselho Estadual, mas também faltou informação, não ficaram sabendo. São três dias de atividades. Não participaram no relatório mas acompanhamos e se manifestaram em todas as atividades, tanto na rede como no hospital, no conselho, se posicionando em nome do Conselho Nacional, em nome do CONASEMS pela importância do fato da gestão e do controle social estarem participando na avaliação dos municípios para abertura de um curso de medicina, e que isso fosse, quiçá, um início de processo para todas as outras áreas. Formalizou isso em todo momento, falei em todos os momentos, mesmo no início, mas não houve restrição nenhuma. Disse acreditar que Ijuí vai ser aprovado por unanimidade, pela relação da sociedade, pelo clima no hospital, pelas condições de saúde do município, tanto a rede através das duas unidades de saúde da família que nós acompanharam. O hospital de Ijuí é uma referência regional. Uma questão que chamou a atenção é que eles foram realmente no hospital visitar todas as enfermarias, todas as áreas e conversaram com a população, ele estava junto e viu toda a população dar parecer favorável ao bom atendimento do hospital e que consideravam importante a abertura de um curso de medicina naquela cidade. Não estavam autorizados a participar na hora de escrever o documento, mas esteve presente em todos os momentos e temos condições de fazer uma manifestação se esse relatório não for refletir aquilo que imaginam. Sua visão é de que a cidade de Ijuí vai receber um curso de faculdade de medicina dentro já das novas diretrizes que foram aprovadas por na CIRH e pelo Conselho Nacional de Saúde. Complementou que trata-se de um hospital filantrópico, mas atende a metade do Rio Grande do Sul na área oncológica. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** comentou que são quarenta e nove cursos de medicina candidatos no Rio Grande do Sul, quarenta e nove municípios pré-selecionados no primeiro edital de chamamento público, em que os municípios se candidataram. Foram selecionados quarenta e nove, quinze já tiveram visita de avaliação in loco e os outras trinta e quatro estarão acontecendo nos próximos meses, até final de maio sendo concluída essa segunda etapa. Disponibilizou uma lista do levantamento dos conselheiros, com nomes e as cidades onde residem, relacionando com os municípios que serão visitados, entre quatorze de abril, a vinte e oito de maio. Já tem um grupo de municípios agendados com três avaliadores do MEC, nas mesmas condições que o Conselheiro José Eri de Medeiros relatou. Pediu que enquanto fosse acontecendo a reunião as pessoas fossem se inteirando desse material e até o dia seguinte para se colocar sobre a sua disponibilidade. Em razão de problemas de agenda, de voo ou com a prestação de contas, é assim a preciso ter uma reserva de pessoas. Como são muitas visitas será preciso realmente de toda a força tarefa, só os membros da CIRH não serão suficientes para atender toda essa demanda. E um aspecto importante é observar que tem períodos que vai coincidirão com reunião da plenária do Conselho, com reunião da CIRH, por isso que a gente precisa do apoio dos conselheiros para a gente cumprir esse plano. Deu a boa notícia que conseguiram encaminhar a nota técnica das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, disponibilizada aos conselheiros. Foi um trabalho muito duro, nós fizeram uma escuta do plenário do Conselho Nacional de Saúde naquele debate e elaboraram a redação com os destaques, com o conhecimento do Conselho Nacional de Educação. O relator que é o Professor Roquete. Ele considerou muitos dos pontos encaminhados pelo plenário, pelo Conselho Nacional de Saúde, pela Associação Brasileira de Educação Médica e pela DENEM (representação estudantil da medicina). Esperam a versão final que estava passando naquele momento por uma revisão ortográfica e depois irá para a homologação do Ministro da Educação. Não tiveram acesso ao texto final, só a notícias de que muito do que encaminharam como contribuição foi incorporado no texto da redação final. Pediu que se debrucem sobre ele, principalmente porque o olhar naquele primeiro momento foi pensar numas diretrizes curriculares nacionais para a medicina que depois pudesse induzir o próprio Conselho Nacional de Educação a rever as diretrizes curriculares das outras profissões da saúde. É importante que debatam isso nas instâncias das suas entidades e autarquias, e ver de que maneira podem construir juntos um processo diferente para evitar se faça num prazo de trinta a quarenta e cinco dias. A Conselheira Maria Laura Carvalho Bicca perguntou se seria para rever as diretrizes dos processos apreciados no CNS ou de todos. A coordenadora da CIRH, **Ivone Evangelista Cabral** respondeu que seria de todos porque, buscando a memória do Conselho Nacional de Saúde, todas as diretrizes de 2001 passaram por aqui, independente dos três cursos que são aprovados, e o Artigo 200 da Constituição Federal não é seletivo, eles fizeram essa seleção no curso do tempo. São todos os cursos da saúde. O Conselheiro **José Eri de Medeiros** propôs que o Conselho Nacional, a SGETS e o próprio CONASEMS deveriam promover em junho um encontro desses municípios, da gestão, da universidade e dos alunos, da representação dos alunos, embora talvez esteja fora do calendário, mas aí está a essência da discussão do futuro currículos dos alunos. Também que a gestão municipal, estadual e federal deverão participar nesse processo de montar a programação curricular. Talvez para junho, mas era o momento do Conselho marcar presença numa oficina, num encontro, chamar todos esses, inclusive as universidades também que estão interessadas nesse processo para começar a balizar quem é quem nessa história. A coordenadora da CIRH, **Ivone Evangelista Cabral**, passou para a análise dos pareceres. **1) Referência:** Processo nº 201206429. **Interessado:** Faculdade Redentor – Itaperuna/RJ. **Curso:** Autorização do curso de Medicina. **Relatório da visita técnica**: Iniciou com um relato da visita de avaliação in loco feita na Faculdade Redentor para a abertura do curso de medicina, na cidade de Itaperuna, com o conselheiro Elias. Explicou que no dia da reunião da CIRH sentiram necessidade de fazer uma avaliação in loco daquilo que o relatório do INEP apontava como uma certa inconsistência do ponto de vista da avaliação da necessidade social em saúde desse curso e foi recomendada pela CIRH e aprovada pela mesa diretora essa visita. Não houve possibilidade de trazer antes no plenário do Conselho Nacional de Saúde porque já estavam trabalhando com um tempo de prorrogação desse processo. Então para evitar que o Conselho Nacional de Saúde não opinasse sobre a abertura desse curso, a mesa diretora aprovou a visita de avaliação in loco e não havia tempo para emitir passagem, então os conselheiros que residem no Rio de Janeiro, mais próximo de Itaperuna, foram a essa visita. O relatório de visita foi apresentado pelo Conselheiro Elias José da Silva que chegou no dia três, tendo ela chegado apenas no dia quatro. No dia três ele se reuniu com representantes do Conselho Municipal de Saúde e no dia quatro fizeram a visita nas unidades de saúde na cidade de Campos e Itaperuna. Respondeu ao conselheiro da região que possuem uma lista dos conselheiros do Conselho Nacional de Saúde e, com base nesta lista, identificaram as pessoas que residiam no Rio de Janeiro. Consultaram a Conselheira Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos, “Santinha” o Conselheiro Wilen Heil e Silva, a Conselheira Denise Torreão Corrêa da Silva, dentre outros. O tempo foi passando e confessou não saber se ainda não tinha atualizado os dados dos conselheiros ou se realmente a gente precisa rever essa lista a qual pediu para ser atualizada. O Conselheiro **Elias José da Silva** cumprimentou a todos e relatou ter sido convidado para estar nessa visita como Conselho Nacional, e Conselho Estadual (indicado por seu presidente), acompanhado do Conselho Municipal de Saúde de Itaperuna. Chegou um dia antes e logo na parte da manhã, antes de ir ao Conselho Municipal, visitou os postos de saúde e conversou com umas pessoas da comunidade que estavam naquele posto e na parte da manhã. Visitou dois postos, viu as salas, como está, se tem fila, e encontrou uma visão boa para que a comunidade recebesse esses alunos. Na parte da tarde foi ao Conselho Municipal de Saúde e lá encontrou Graça, secretária executiva e ela informou que já tinha uma comissão que recebeu esse material da faculdade e estava reunida fazendo um debate e estudando o projeto. Foi acompanha-la e ficou praticamente cinquenta minutos junto com essa comissão. Ela deu parecer favorável a esse projeto e passou para o pleno do Conselho Municipal de Saúde. No outro dia teve a reunião que e acatou o parecer da comissão. Após a reunião foi convidado pela comissão para a visita ao posto de saúde, cerca de seis horas da noite, uma hora boa para ver se o posto está aberto. Os três postos de saúde estavam abertos, até dezoito e trinta quando saiu de lá. Não tinha fila, tinha poucas pessoas no posto. Voltou para o hotel e encontrou a Professora Ivone Evangelista Cabral em Campos e foram visitar o hospital lá. Como estava com a camisa do Conselho Estadual foi conversar com várias pessoas que estavam na fila. É oriundo de um município do interior do Rio, Volta Redonda, foi presidente nos quatro mandatos no Conselho Municipal de Saúde e achou diferente a intervenção do usuário que estava ali naquele hospital. Muitos já estavam sendo assistidos e os outros, que estavam também sendo acompanhados com vários estudantes. Entendeu não ser necessário perguntar a eles se eles estavam sendo satisfeitos pelo atendimento do estudante. Um deles falou que o pior é entrar, quando entra no hospital tem atendimento e ali parecia um paraíso. Com o tratamento parece que a dor diminui. O fluxo do gestor público para o hospital demorou um pouquinho mas depois que o hospital recebe o paciente, o atendimento é muito bom. Nesse hospital tem um andar que é particular e soube que nesse andar tem dois ou três quartos à disposição do SUS. O visitaram e inclusive esse quarto tinha um paciente do SUS. Entendeu a visita como favorável e a comunidade está satisfeita, com essa assistência dos alunos. A coordenadora da CIRH, **Ivone Evangelista Cabral** explicou que o motivo apontado pela CIRH para fazer a avaliação in loco foi verificar se a rede local tem capacidade para absorver todos os estudantes de todos os cursos das IES da região. Campos e Itaperuna têm três IES que juntas oferecem duzentas e vinte vagas, incluindo a Faculdade Redentor. Foi questionado se, a capacidade estalada não ficaria sobrecarregada com essas duzentas e vinte vagas, determinando dificuldades para a implantação do projeto pedagógico do curso. Também verificar a compatibilidade do corpo docente e da infraestrutura para desenvolver o curso. Fizeram uma reunião com a equipe docente, membros do núcleo docente estruturante do futuro curso de medicina, verificaram os documentos, muitos dos quais foram questionados nos aspectos negativos pelo avaliador do INEP. Localizaram esses documentos e fizeram questão de copiar esse material, colocar junto do relatório, porque o relatório acompanha o parecer. Não é que não tivesse, possivelmente não houve tempo porque o tempo do avaliador é muito pequeno para fazer a verificação de toda a documentação, ver o projeto pedagógico do curso. Apresentou a distribuição dos alunos, por setor, por hospital de ensino, hospital do próprio município de Itaperuna e do município de Campos e a rede de atenção básica da cidade de Itaperuna que cobre 68% da população. Recentemente teve um concurso público para prover as equipes de saúde da família, o CAPES e o NASFs. No que diz respeito à capacidade estalada não concordaram com a avaliação do INEP. Há uma capacidade de rede instalada, como está bem doutrinada no parecer, e também bem detalhada no relatório da visita técnica. Outro ponto destacado é a informação continuada. Foi considerado que uma região de interior teria dificuldade para ofertar um corpo clínico de médicos para fazer parte do curso. Então a faculdade iniciou uma estratégia de qualificação dos médicos daquela região para o exercício da preceptoria e da docência por meio de dois cursos, um curso de especialização em terapia intensiva para alta complexidade e um curso de especialização em medicina de família-comunidade e tem como coordenador um professor que era da UFF e ajudou na implantação do Programa Médico de Família de Niterói. Então também esse ponto foi resolvido. Verificaram se há compromisso dos gestores locais com a implementação do curso, isso já foi falado. Tiveram uma reunião com o Superintendente de Saúde da Prefeitura e o Secretário Municipal de Saúde e observaram o compromisso da gestão, inclusive uma expectativa de melhorar a própria capacidade da rede com a presença de mais estudantes e professores que estão sendo contratados para ministrar o curso. Analisaram como acontece a inserção do aluno desde o primeiro ano na rede local. Eles tem uma disciplina chamada medicina de família; medicina, saúde e sociedade que faz a articulação entre a extensão, o ensino e a prática desenvolvida na comunidade. Então, diante disso o **parecer é satisfatório** à abertura do curso da Faculdade Redentor de Itaperuna, Rio de Janeiro. O Conselheiro **Marco Antônio Castilho Carneiro** pediu para alterar a terminologia no item nove sobre o tratamento dado às pessoas com deficiência. Na verdade ainda continuam utilizando, no relato “estrutura para atender pessoas portadoras de necessidades especiais e afim de atender a legislação (...)”. Pediu para substituir por “pessoas com deficiências”. E tem uma diferença com relação ao índice populacional que está pouco mais de cinco mil e abaixo do que estabelece o IBGE para a população de Campos no item três. **Deliberação: aprovado com uma abstenção**. O Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** registrou a presença aqui de Margareth Alves, fundadora do FENTAS, e membro titular do Conselho Nacional de Assistência Social e também a presença de Claudio Garcia Capitão, representante do Conselho Federal de Psicologia, e lhes deu as boas vindas em nome da Presidente do CNS. O Conselheiro **Claudio Garcia Capitão** agradeceu e disse ter recebido as boas vindas no plenário. A coordenadora da CIRH, **Ivone Evangelista Cabral**, prosseguiu com os pareceres satisfatórios com recomendação. **2) Referência:** Processo nº 201203456. **Interessado:** Faculdade de Saúde Santo Agostinho de Vitória da Conquista - BA. Curso: Autorização do curso de Medicina. **Fundamentos do Parecer:** (1) Há documentos apensados ao Processo que comprovam a assinatura de Termo de Convênio e Termo de Compromisso entre a IES e as Prefeituras Municipais, a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista, e dos municípios de Itambé, Brumado, Guanambi, Barra do Choça, bem como com a Santa Casa de Misericórdia de Vitória da Conquista, cujo contrato, com vigência de 5 anos, prevê cláusula de contrapartida para a Proponente, garantindo a utilização da rede de serviços de saúde instalada e de outros equipamentos sociais existentes na região (Parágrafo único do artigo 27 da Lei 8080/90); (2) O registro da participação dos gestores locais do SUS está demonstrado por meio dos Termos de Compromisso apresentados, atestando o comprometimento desses com a criação do curso de Medicina pela FASA, conforme recomendação da Resolução CNS Nº 350/2005 e o Caput do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90; (3) Há referência à participação do aluno, na comunidade, desde o início do curso conforme preconiza a Resolução Nº 350/2005; (4) De acordo com o Relatório do INEP, (10/07/2013), “a estrutura curricular prevista contempla muito bem a formação integral por meio de uma articulação entre o ensino, a pesquisa, extensão e assistência; o conteúdo curricular e a carga horária previstos mostram coerência com o perfil do egresso, e as atividades pedagógicas apresentam congruência com a metodologia ativa proposta, que devem possibilitar uma formação profissional adequada”; (5) A IES, em reposta à diligência instaurada por ocasião do Despacho Saneador/SERES/MEC, que solicitou comprovante da disponibilidade de hospital de ensino, próprio ou conveniado por período mínimo de dez anos, com maioria de atendimento pelo SUS, conforme determina a Portaria Normativa n°40, Art. 29, §8, destacou, entre outros argumentos, que: “existem 06 (seis) hospitais de ensino no estado da Bahia os quais estão localizados em Salvador, situado há 519 km de Vitória da Conquista; o município de Vitória da Conquista apesar de ter uma população aproximada de 350.000 habitantes, e ser capital regional de aproximadamente 38 municípios, com população regional em torno de 1.000.000 (um milhão de habitantes), não possui um hospital de ensino, com todas as características exigidas pela Portaria Interministerial nº 2.400, de 02 de outubro de 2007, em especial, a obrigatoriedade, disposta no art. 7º, da existência de um vínculo direto com um curso de medicina para o credenciamento como hospital de ensino; a instalação do curso de medicina no município proporcionará o impulso necessário para que os hospitais privados e públicos em parceria com o Instituto Educacional Santo Agostinho Ltda, venham a adotar as medidas exigidas para o credenciamento como hospital de ensino; das instituições hospitalares já conveniadas com o Instituto Educacional Santo Agostinho Ltda., em especial o Hospital Municipal Esaú Matos e a Santa Casa de Vitória da Conquista – BA, na vigência da parceria, terão condições de adotar as ações exigidas para o credenciamento como hospital de ensino”. Diante do exposto pela FASA, a SERES considerou o Despacho Saneador satisfatório; (6) Segundo o relatório do INEP, “em relação às unidades hospitalares, a IES mantém convênio com hospitais, que apresentam condições suficientes para ensino-aprendizagem. São unidades conveniadas garantidas legalmente por período mínimo de cinco anos, com renovação automática, sendo centro de referência regional há pelo menos 2 anos”. Os avaliadores atribuíram a essa Dimensão, conceito 4,1, numa escala de 1 a 5; (7) Embora a IES descreva no PPC os municípios da região com a respectiva disponibilidade de leitos destinados ao SUS, totalizando 1.932 leitos com capacidade de absorver o número de vagas solicitado (100), há que se considerar a existência de IES pública estadual que oferta 30 vagas/ano de medicina, e também, a de oferta de outros cursos de graduação na área da saúde pela IES pública e demais Instituições de Ensino de caráter privado instaladas em Vitória da Conquista, que já utilizam a rede pública de saúde instalada, o que a médio e longo prazos poderá gerar a superlotação desses cenários de prática, afetando o atendimento dos pacientes e prejudicando o aprendizado de toda essa gama de estudantes, caso não haja ampliação da capacidade da rede de serviços instalada; (8) Conforme os avaliadores do INEP, a infraestrutura e os laboratórios atendem de maneira excelente as necessidades da IES, com normas específicas de funcionamento e utilização, requisitos legais de biossegurança e quantidade adequada de equipamentos alunos/vagas; (9) De acordo com o Relatório do INEP, (10/07/2013) uma Rede-Escola de Cuidados à Saúde deverá ser constituída por meio da parceria entre a FASA e o SUS sob a gestão da Secretaria Municipal da Saúde de Vitória da Conquista e da Secretaria Estadual de Saúde, prevendo-se obter a relação de no máximo 3 alunos/docente/paciente em nível ambulatorial, podendo assegurar absorção nos cenários de prática da rede SUS (Resolução Nº 350/2005 e Parágrafo único do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90); (10) Embora esta seja a primeira solicitação de curso de graduação da IES e ainda, abertura de curso de Medicina, os avaliadores do INEP ressaltam que as atividades práticas de formação estão muito bem previstas, pois o estudante desenvolverá ações de campo em unidades de saúde, com equipes multiprofissionais no Programa Saúde da Família, integrando atividades distintas a fim de que as habilidades sejam aprimoradas em ambientes reais e sob a supervisão de professores, prevendo a troca interprofissional; (11) Observa-se no Sistema e-MEC, que o Instituto Educacional Santo Agostinho Ltda é também, mantenedor da Faculdade de Saúde e de Desenvolvimento Humano Santo Agostinho, no município de Montes Claros, Minas Gerais, que oferta os cursos de Enfermagem e Farmácia; (12) O PDI da FASA apresenta um Programa de Abertura de Cursos de Graduação, todos na área da saúde, sendo eles: Nutrição, Psicologia e Farmácia; (13) Segundo o Relatório do INEP, (10/07/2013), o sistema de referência e contrarreferência está previsto de maneira suficiente por meio de uma Central de Regulação de Atendimentos e Central de Regulação de Leitos; (14) O corpo docente informado conta com 84% de professores com pós-graduação stricto sensu, sendo 23% com doutorado e constituído, na totalidade, por professores contratados em regime parcial ou integral. O percentual de professores, de acordo com o Relatório do INEP, com cinco ou mais anos de experiência profissional é de 96% e o percentual de professores com cinco ou mais anos de experiência na docência do ensino superior entre os professores do curso é de 73%, contudo a formação dos professores doutores não atende as áreas de clínica médica, saúde coletiva, pediatria, ginecologia e obstetrícia que se faz imperativo para assegurar a necessária formação de médico generalista para o desempenho profissional eficaz/eficiente/efetivo no Sistema Único de Saúde, conforme preconiza a Resolução Nº 350/2005, particularmente a partir do 3º ano do curso; (15) Segundo o Relatório do INEP, (10/07/2013), o Comitê de Ética em Pesquisa da IES possui espaço próprio para atuar de maneira suficiente e está em homologação pela CONEP; (16) A IES não apresenta IGC (que corresponde ao ENADE, CPC e Nota CAPES), pois se encontra em fase de criação, não tendo decorrido o tempo necessário para avaliação e mensuração desse Índice. **PARECER FINAL: SATISFATÓRIO COM RECOMENDAÇÕES** à autorização do curso de Medicina da Faculdade de Saúde Santo Agostinho de Vitória da Conquista - BA, com base em análise à luz da Resolução CNS Nº 350/2005, com as seguintes recomendações: a) reduzir o número de vagas solicitado pela IES de 100 vagas, para 80 vagas, considerando o exposto nos itens 7 e 14 do ponto conclusivo acima; b) compor o corpo docente com professores doutores com formação e experiência em docência nas áreas básicas da saúde com regime de trabalho integral, visto que dos 3 docentes doutores com previsão de contratação para dedicação integral ao curso apresentados pela IES, 2 tem formação em Ciências Biológicas e doutorado em Biologia Molecular e o outro, em medicina e doutorado em Imunologia; c) verificar (requerer) no próximo ciclo avaliativo, principalmente, o aporte/apoio da IES para a certificação do Hospital de Ensino no município de Vitória da Conquista e a previsão de abertura de Programas de Residência (Médica e Multiprofissional). Foi destacado que esse corpo docente que tem agora ele não atende as áreas de clínica médica e saúde coletiva, nem de pediatria, nem de ginecologia e obstetrícia, mas isso não é uma exigência eu estou deixando claro, para os dois primeiros anos de curso, a importância da gente recomendar a observação disso para os anos subsequentes, então eu estou justificando as recomendações para qualificar o nosso parecer. A Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos, “Santinha”,** pediu um esclarecimento porque a equipe deu o parecer satisfatório se eles haviam pedido cem vagas e o parecer está cedendo oitenta. A coordenadora da CIRH, **Ivone Evangelista Cabral**, confirmou que eles pediram cem e a CIRH está recomendando oitenta argumentando, com base no número de alunos que tem na região, não só alunos do curso de medicina, mas de outros cursos também que acabam utilizando essa mesma rede e no edital já está previsto a abertura de curso de medicina naquela região, mas mesmo assim não contempla a necessidade. Destacou que começar com oitenta ou com um número menor não impede de ter hospital de ensino. Ao melhorar a capacidade de funcionamento da rede, a faculdade pede aumento de vagas. O que é complicado é iniciar com muita vaga e depois a rede não absorver. É uma decisão madura de fazer essa recomendação porque estão olhando o interesse da sociedade naquela região. A Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** pediu um esclarecimento porque está dando a impressão que no próximo ciclo avaliativo apenas será verificado o item C. A coordenadora da CIRH, **Ivone Evangelista Cabral** disse que vai corrigir isso. Toda recomendação é para verificar no próximo ciclo avaliativo. **Deliberação: Aprovado com uma abstenção.** **3) Referência:** Processo nº 201305984. **Interessado:** Universidade Federal de São João del-Rei - UFSJ. **Curso:** Reconhecimento do curso de Medicina. **Fundamentos do Parecer:** justificou que houve uma alteração na versão enviada e a que está para ser aprovada. Foi alterada apenas a recomendação A, porque um documento que tinha sido postado no MEC e a CIRH não teve acesso porque algumas áreas do sistema de documentação complementar não conseguem visualizar. Conseguem ver que tem um arquivo em PDF mas a gente não consegue baixar, e naquele dia conversando com a secretaria no MEC, eles sugeriram que o pró-reitor ele entregasse esse documento no Conselho Nacional de Saúde. É um documento que fala sobre o ajustamento da carga horária de 7.200/h. Na explicação aparece que a carga horária era inferior ao determinado pela diretriz curricular, isso é um complicador porque os alunos já se formaram, a primeira turma concluiu agora em janeiro de 2014 e é uma irresponsabilidade do CNS que teria que estar atentos a isso mesmo, que esses estudantes tivessem assegurada uma formação dentro daquilo que a diretriz curricular determina como obrigatório. Receberam o documento e irão anexar ao parecer que houve o encaminhamento dessa forma. Deu destaque ao item 4, que havia sido alterado. Em ralação ao corpo docente não há nenhuma dificuldade. O que tem de chamar a atenção é o fato de que é um curso de uma universidade federal que não tem um hospital de ensino e o hospital de ensino que eles utilizam, fica distante quinhentos quilômetros de Divinópolis. Então a faculdade instituiu uma política de assistência estudantil. Os alunos recebem bolsa, tem mobilidade para esses estudantes, e o Ministério da Saúde tem um programa de preceptoria e os preceptores recebem bolsas para acompanhar esses alunos no internato. Então recomendaram isso: que seja ampliado o quantitativo docente na área de seção da prática médica para assegurar a supervisão de alunos no campo de prática fora da sede do curso, até que se resolva a questão do hospital de ensino. E o parecer é satisfatório com esta recomendação. (1) Os avaliadores do INEP afirmam no relatório que há 8 Termos de Convênio entre a IES e as Prefeituras Municipais, com vigência de 5 anos, garantindo a utilização da rede de serviços de saúde instalada e de outros equipamentos sociais existentes no Município de Divinópolis (Parágrafo único do artigo 27 da Lei 8080/90). Para o deslocamento dos estudantes para cidades que distam até 200 km da sede do curso, a IES assegura condições que favorecem a mobilidade dos estudantes. (2) O registro da participação dos gestores locais do SUS está demonstrado por meio dos Termos de Compromisso manuseados pelos membros da Comissão de Avaliadores do INEP, atestando o comprometimento desses com o curso de Medicina, conforme recomendação da Resolução CNS Nº 350/2005 e o Caput do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90; (3) Há referência à participação do aluno, na comunidade, desde o início do curso conforme preconiza a Resolução Nº 350/2005, por meio de atividades extensionistas de prática de estágio e pesquisa; (4) A complementação da carga horária do curso para os estudantes ingressantes em 2008 e as turmas subsequentes já foi providenciado pela IFES, em cumprimento ao definido no anexo da Resolução CNE/CES nº2/2007, para integralização do Curso de Medicina (7.200h), conforme Relatório de Carga Horária da Primeira Turma do Curso de Medicina, datado de 27 de janeiro de 2014, UFSJ, encaminhado pelo Pró-Reitor de Ensino ao CNS. (5) De acordo com o Relatório do INEP, (10/07/2013), a estrutura curricular prevista contempla muito bem a formação integral por meio de uma articulação entre o ensino, a pesquisa, extensão e assistência; o conteúdo curricular e a carga horária previstos mostram coerência com o perfil do egresso, e as atividades pedagógicas são congruentes com a metodologia ativa proposta; (6) A IES, vem se empenhando para melhorar as condições estruturais de oferta dos cursos da saúde, indicadas pela Comissão Própria de Avaliação, em 3 períodos consecutivos, ampliando o corpo docente e provendo os laboratórios e bibliotecas, o que foi reconhecido pelos avaliadores do INEP. O sistema de referencia e contra-referência proporcionado pelos convênios vem assegurando a inserção do estudante desde o inicio do curso na comunidade e no sistema único de saúde (SUS), (Resolução Nº 350/2005 e Parágrafo único do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90); (7) Conforme os avaliadores do INEP, a infraestrutura e os laboratórios atendem de maneira excelente as necessidades da IES, com normas específicas de funcionamento e utilização, requisitos legais de biossegurança e quantidade adequada de equipamentos alunos/vagas; (8) Todos os docentes possuem pós-graduação. Dos 76 professores, aqueles do quadro permanente, com titulação de doutorado equivalem a 35% (n=30); mestrado, a 23,7% (n=18) e especialização a 25% (n=19). O regime de contratação predominante é a dedicação exclusiva e tempo integral; somente 5 docentes são contratados em regime parcial. Esse quantitativo permite o acompanhamento e a supervisão das turmas de 60 estudantes na metodologia proposta, assim como assegura as atividades de pesquisa e extensão, uma vez que em 6 anos de curso (360 alunos), observa-se uma relação de 1 professor para cada 5 alunos. No entanto, é insuficiente o quantitativo de docente da área de inserção na prática médica, particularmente pela necessidade de supervisão em locais distantes da cidade sede do curso. (9) Segundo o Relatório do INEP, (10/2013), a IES possui Comitê de Ética em Pesquisa em funcionamento e está homologado pela CONEP; (10) Os cursos da área de saúde ofertados pela IES receberam notas 4 e 5 no ENADE, e o curso de medicina nota 4 no conceito de curso. O IGC contínuo da instituição é 339 (0-500), portanto acima de 50%. **PARECER FINAL: SATISFATÓRIO COM RECOMENDAÇÕES** ao reconhecimento do curso de Medicina da Universidade Federal de São João Del-Rei, com base na Resolução CNS Nº 350/2005, com as seguintes recomendações: a) que seja ampliado o quantitativo do corpo docente, na área de inserção da prática médica, para assegurar a supervisão dos alunos em campos de prática fora da sede do curso. O Conselheiro **André Luiz de Oliveira** pediu um esclarecimento se essa universidade tinha sido discutido agora na penúltima ou última reunião. A coordenadora da CIRH, **Ivone Evangelista Cabral** respondeu que não sendo a primeira vez que ela é pautada. **Deliberação: Aprovado com uma abstenção.** Passou aos pareceres insatisfatórios. **4)** **Referência:** Processo nº 20108447. **Interessado:** Faculdade Maurício de Nassau de Fortaleza – Fortaleza/CE. **Curso:** Autorização do curso de Odontologia. **Fundamentos do Parecer:** Trata-se da solicitação de autorização do curso de Odontologia, apresentada pela Faculdade Maurício de Nassau de Fortaleza, Instituição de Ensino Superior (IES) de caráter privado, com fins lucrativos, cuja mantenedora é SER Educacional S.A., sociedade anônima fechada. No Estado do Ceará existem 06 IES, sendo 01 pública (124 vagas) e 05 privadas (575), que oferecem o curso de Odontologia e disponibilizam, anualmente, 699 vagas. No município de Fortaleza são disponibilizados 03 cursos de 03 IES privadas e um curso da IES pública, que oferecem juntos 375 vagas ao ano. Os demais cursos estão situados nos municípios de: Juazeiro do Norte; Sobral e Quixadá, que distam respectivamente de Fortaleza: 495 km, 232 km e 169 km. A IES oferece outros cursos de graduação na área da saúde: Biomedicina (ENADE=-, CPC=-, CC=4), Enfermagem (ENADE=-, CPC=-, CC=5), Farmácia (ENADE=-, CPC=-, CC=4), Fisioterapia (ENADE=-, CPC=-, CC=5), Psicologia (ENADE=-, CPC=-, CC=5) e Serviço Social (ENADE=-, CPC=-, CC=3). O curso de Odontologia da Faculdade propõe ofertar um total de 240 vagas anuais, 120 vagas para o período matutino e 120 para o noturno, com previsão de entrada semestral, e carga horária de 4.000 horas, a serem cumpridas em 12 semestres letivos. (1) Não há referência a Termo de Convênio ou Termo de Compromisso entre a IES e as Secretarias Municipais de Saúde do Pólo Regional, para utilização da rede de serviços instalada e de outros equipamentos sociais existentes na região (Parágrafo único do artigo 27 da Lei 8080/90); (2) Não há registro da participação direta dos gestores locais do SUS na construção do PPC, conforme recomendação da Resolução CNS nº 350/2005 e o caput do artigo 27 da lei nº 8080/90; (3) A IES prevê que o aluno entrará em contato, “o mais cedo possível”, com a realidade social e dos serviços de saúde, segundo grau de complexidade compatível com o nível de informação e amadurecimento do mesmo , mas não explicita quando nem como e onde será essa inserção; (4) De acordo com o Relatório do INEP (30/10/2013), os objetivos do curso apresentam suficiente coerência, uma vez que dão ênfase ao perfil profissional do egresso, mas não indicam de que forma os componentes curriculares e o contexto educacional propostos foram pensados para vencer o desafio da formação discente de acordo com a proposta; (5) Segundo o Relatório do INEP (30/10/2013), a IES enfatiza o desenvolvimento da competência Atenção a Saúde, e também almeja que seus alunos apliquem seus conhecimentos de saúde bucal, e de doenças e tópicos relacionados para o atendimento do indivíduo e da comunidade da região, mas não mostra que irá desenvolver atividades acadêmicas pautadas no envolvimento do curso com o SUS; (6) A IES não menciona os campos de prática e não inclui a capacidade de atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente, não assegurando absorção nos cenários de prática da rede SUS (Resolução Nº 350/2005 e Parágrafo único do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90); (7) Em se tratando do número de vagas (120) ofertado para o período noturno, o mesmo não garante ao egresso a utilização da rede pública instalada, como campo de prática e aprendizagem conforme preconiza a Resolução Nº 350/2005, já que a mesma funciona em horário diurno; (8) De acordo com os avaliadores do INEP, o estágio curricular supervisionado está previsto, porém não foi observada uma integração efetiva com o sistema local e regional de saúde e o SUS; (9) O corpo docente informado no Relatório do INEP (30/10/2013) é de 19 professores, dos quais 09 são doutores e 10 mestres. O percentual de docentes previsto com regime de trabalho de tempo parcial ou integral, verificado in loco pelos avaliadores do INEP, é de 90%; (10) Quanto à infraestrutura para a oferta do curso, os avaliadores do INEP observaram na visita in loco (30/10/2013), que está adequada para a demanda dos serviços propostos; (11) A IES não apresenta registro de IGC (que corresponde ao ENADE, CPC e Nota CAPES), pois foi credenciada no ano de 2011; (12) O número de cirurgiões dentistas, 5.673 registrados no estado do Ceará, sendo 3.989 no município de Fortaleza, conforme dados do Conselho Regional de Odontologia, aliado ao número de 2.131 profissionais com vínculo com o SUS (SAGE/MS) e o número de 375 vagas disponibilizadas anualmente no município, para o curso de graduação de Odontologia, indicam não haver necessidade de abertura de novo curso em Fortaleza. **PARECER FINAL: INSATISFATÓRIO** à autorização do curso de Odontologia da Faculdade Maurício de Nassau de Fortaleza, com base em análise à luz da Resolução CNS Nº. 350/2005. A Conselheira **Marisa Furia Silva** perguntou se seria autorização do curso de odontologia ou medicina. A coordenadora da CIRH, Ivone Evangelista Cabral corrigiu que se trata de autorização do curso de odontologia. **Deliberação: Aprovado por unanimidade**. **5)** **Referência:** Processo nº 201306441. **Interessado:** ABEU – Centro Universitário - UNIABEU/Belford Roxo/RJ. **Curso:** Reconhecimento do curso de Psicologia. **Fundamentos do Parecer:** A IES oferece cursos de graduação de diversas áreas, sendo 6 na área de saúde, incluindo o da Psicologia, que são: 2 de Educação Física, 1 de licenciatura (ENADE=3; CPC=4; CC=3) e 1 de bacharelado (ENADE=3; CPC=SC; CC=3); Enfermagem (ENADE=2; CPC=2; CC=4); Farmácia (ENADE=SC; CPC=SC; CC=3); Fisioterapia (ENADE=2; CPC=SC ; CC=3); Serviço Social (ENADE=4; CPC=3; CC=4). O curso de Psicologia possui Conceito de Curso-CC=4 e não apresenta os conceitos ENADE e CPC. O Índice Geral de Cursos da Instituição (IGC) é um indicador de qualidade de instituições de educação superior que considera, em sua composição, a qualidade dos cursos de graduação e de pós-graduação (mestrado e doutorado), por meio do ENADE (Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes), do CPC (Conceito Preliminar de Curso) de todos os cursos da IES e da Nota Capes que expressa os resultados da Avaliação dos Programas de Pós-graduação. A Instituição apresenta um ICG continuo de 250, um conceito institucional (CI) e um IGC faixa 3. O Curso de Psicologia da UNIABEU oferece um total anual de 200 vagas, sendo distribuídas entre os turnos matutino e noturno, com entradas semestrais. A carga horária informada é de 4.220 horas a serem cumpridas no mínimo em 10 semestres letivos. A referida Instituição de Ensino Superior (IES) informa no seu Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI) que tem como diretriz: colocar sua capacidade instalada a serviço do desenvolvimento da comunidade, interagindo com o meio e conciliando demandas e necessidades e propondo ações de intervenção e como missão “melhorar a vida das pessoas através da Educação”. (1) Embora o município possua rede de saúde disponível (CAPS, UBS) e a IES relacione no PDI, as Instituições, Organizações/Empresas públicas e privadas (Prefeituras Municipais, Secretaria Municipal de Saúde) que com elas possui convênio/ parcerias, como também, cita no PPC a utilização desses entes conveniados, como campo de prática, assim como os avaliadores do INEP afirmam existirem convênios, não há registro dos termos de convênio firmados entre a IES e a Rede Municipal de Saúde de Belford Roxo ou outro município da Baixada Fluminense, região onde se encontra, para a realização de estágio dos alunos, o que não assegura a inserção nos cenários da rede de atenção, nem a utilização de outros equipamentos sociais como cenário de prática; (2) O PDI e o PPC informam que o aluno participa de programas de extensão na comunidade, como parte de uma equipe interdisciplinar, mas não há registro de participação direta dos gestores locais do SUS na construção e realização dessas atividades. Portanto, não se identifica o compromisso dos gestores locais com o desenvolvimento do curso, em acordo com o recomendado pela Resolução CNS Nº 350/2005 e o Caput do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90; (3) A IES menciona o Serviço de Psicologia Aplicada - SPA como campo de prática dos alunos, mas não inclui a capacidade de atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente, tendo em vista a relação entre o número de alunos e o corpo discente, tanto nas atividades de sala de aula, de laboratório e dos cenários de prática, o que pode não assegurar a absorção nos cenários de prática do próprio Serviço Escola de Psicologia e outros rede SUS (Resolução Nº 350/2005 e Parágrafo único do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90); (4) De acordo com o corpo docente informado (25 professores), embora 68 % tenha pós-graduação stricto sensu, 64 % estão contratados em regime de trabalho hora/aula, que para o número de vagas (200 vagas/anuais) ofertado, pode comprometer o acompanhamento e a orientação dos estudantes, não contribuindo para uma formação qualificada; (5) O PPC da IES não explicita a inserção do aluno, desde o início do curso, conforme preconiza a Resolução Nº 350/2005. **PARECER FINAL: INSATISFATÓRIO** ao reconhecimento do curso de Psicologia da ABEU Centro Universitário - UNIABEU, localizado no município de Belford Roxo (RJ), com base na Resolução CNS Nº 350/2005. **Deliberação:** **Aprovado por unanimidade.** **6)** **Referência:** Processo nº 201210967. **Interessado:** Faculdade Anhanguera de São Bernardo do Campo – FASBC/SP. **Curso:** Reconhecimento do curso de Psicologia. **Fundamentos do Parecer:** Trata-se de solicitação de reconhecimento do curso de Psicologia, apresentada pela Faculdade Anhanguera de São Bernardo, Instituição de Ensino Superior (IES) de caráter privado, com fins lucrativos, cuja mantenedora é a Anhanguera Educacional Ltda. No Estado de São Paulo, de acordo com o Sistema e-MEC, existem 82 IES (11 públicas e 71 privadas), incluindo a FASBC, que oferecem 30.112 vagas ao ano, para o curso de Psicologia. No Município de São Bernardo do Campo, além da IES requerente, existem 2 IES privadas, que ofertam 490 vagas/ano. A capital São Paulo, que dista 20 km de São Bernardo do Campo, oferta 6.205 vagas. Segundo dados da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE), o município de São Bernardo do Campo possui 06 CAPS (03 CAPS III, 01 CAPSi e 02 CAPS ad 24h) (Janeiro/2014), com cobertura populacional de 105,47%; 01 NASF e 102 Equipes de Saúde da Família, com cobertura populacional de 45,41% (Dezembro /2013); 32 Unidades Básicas de Saúde, que cobre 59,22% da população; e 13 Hospitais gerais (Janeiro/2014). São disponibilizados ao SUS, para o estado, 66.631 leitos e para o município, 729 leitos (CNES, Março/2014). O Índice Geral de Cursos da Instituição (IGC) é um indicador de qualidade de instituições de educação superior que considera, em sua composição, a qualidade dos cursos de graduação e de pós-graduação (mestrado e doutorado), por meio do ENADE (Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes), do CPC (Conceito Preliminar de Curso) de todos os cursos da IES e da Nota Capes que expressa os resultados da Avaliação dos Programas de Pós-graduação. A Instituição apresenta um ICG contínuo de 262, que corresponde ao IGC faixa 3 e um conceito institucional (CI) igual a 3 (e-MEC, 2012/2010). Na área de saúde, os cursos oferecidos pela IES são: enfermagem (ENADE=-; CPC=-; CC=5), serviço social (ENADE= -; CPC=-; CC=-). Para o curso de psicologia constam: ENADE=SC; CPC=SC e CC=-. A Faculdade Anhanguera de São Bernardo oferece outros cursos de Graduação: Administração; Ciências Contábeis; Direito; Engenharia de Produção; Letras - Português e Inglês; Pedagogia-Licenciatura; Superior de Tecnologia em Comércio Exterior; Superior de Tecnologia em Eventos; Superior de Tecnologia em Gestão Financeira; Superior de Tecnologia em Gestão de Recursos Humanos; Superior de Tecnologia em Gestão da Qualidade; Superior de Tecnologia em Radiologia. Na modalidade EAD, os cursos de pós-graduação lato sensu oferecidos são: Estratégias de Negócios; Gestão de Pessoas; Tecnologia da Informação; Psicopedagogia Institucional; Marketing de Vendas; Metodologia e Gestão do Ensino à Distância; Gestão de Projetos e Gestão Pública. O Curso de Psicologia da Faculdade Anhanguera de São Bernardo do Campo oferece um total anual de 150 vagas, distribuídas 75 no período matutino e 75 no noturno. A carga horária informada é de 4.520 horas a serem cumpridas em 10 semestres letivos. A referida Instituição de Ensino Superior (IES) informa no seu Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI) que tem como diretriz: formar profissionais reflexivos, conscientes e autônomos voltados para os desafios presentes nas problemáticas contemporâneas e implicados com as demandas sociais. (1) A IES afirma no PPC que os convênios para cumprimento de estágios são firmados no próprio município com escolas, instituições e organizações, contudo a documentação que comprove a assinatura desses Termos não está disponibilizada no Sistema e-MEC, não assegurando a utilização dos serviços de saúde instalados, bem como a interação do aluno com outros equipamentos sociais existentes na região (Parágrafo único do artigo 27 da Lei Nº 8080/90); (2) Não há registro de participação direta dos gestores locais do SUS na forma de compromisso e/ou convênio com a IES, conforme recomenda a Resolução CNS Nº 350/2005 e o Caput do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90; (3) A IES não menciona os campos de prática e não inclui a capacidade de atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente, o que não assegura a absorção/inserção em cenários de prática da rede SUS (Resolução Nº 350/2005 e Parágrafo único do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90); (4) Segundo o Relatório do INEP (12/10/2013), na matriz curricular da Faculdade Anhanguera de São Bernardo não há uma definição e descrição clara de ênfases curriculares, conforme estabelece as DCNs/2011, entretanto os estágios específicos direcionam os estudantes para as áreas Clínica e Processos de Gestão; (5) De acordo com o corpo docente informado (22 professores), embora 41% dos professores tenha pós-graduação stricto sensu, 60% tem contrato de trabalho em regime hora/aula que para o número de vagas (150 vagas/anuais) ofertado, pode comprometer o acompanhamento e a orientação dos estudantes, não contribuindo para uma formação qualificada. **PARECER FINAL: INSATISFATÓRIO** ao reconhecimento do curso de Psicologia da Faculdade Anhanguera de São Bernardo do Campo, localizado no município de São Bernardo do Campo (SP), com base na Resolução CNS Nº 350/2005. **Deliberação:** **Aprovado por unanimidade.** A coordenadora da CIRH, Ivone Evangelista Cabral, deu por encerrada a pauta da CIRH e lembro que será realizada a reunião da comissão e a oficina da CIRH no evento da Rede Unida por recomendação da Jornada das Comissões trazendo a contribuição da CIRH para debater no plenário do Conselho Nacional de Saúde sua proposição como eixo da 15ª Conferência Nacional de Saúde. O Conselheiro **Clovis Adalberto Boufleur** sugeriu à CIRH, em relação à nota técnica apresentada, que convêm como anexo a carta dos deveres e direitos do usuário do SUS, que prevê uma série de comportamento e de posicionamentos de profissionais de saúde, dentre eles, o médico em relação ao usuário, que tem a ver com a forma de prescrever o medicamento e com formação. A coordenadora da CIRH, **Ivone Evangelista Cabral** considerou a sugestão acolhida porque é pedagógica, eu acho que qualifica inclusive na apresentação do PPC. O Conselheiro **Renato Almeida de Barros** lembrou que serão quarenta e nove novos cursos de medicina abertos no país e o CNS deve intervir na grade formação. A Constituição fala que, cabe ao SUS ordenar a formação, e como se precisa ter formação voltada para o SUS e gostaria que a CIRH trouxesse a esse pleno uma proposta de uma grade que possa interferir no processo de formação. O Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** explicou que entre as várias contribuições da CIRH, tem a nota técnica, mas a Ivone Evangelista Cabral daria mais esclarecimentos de como pode ser a postura e os debates, não só para medicina, mas para o conjunto dos cursos de saúde. A coordenadora da CIRH, **Ivone Evangelista Cabral**, disse que são 14 ou 15 cursos na área de saúde porque tem o curso de saúde coletiva aprovado pelo MEC nas instituições federais de ensino superior. A nota técnica da CIRH sobre as diretrizes curriculares nacionais, quando foi debatida na plenária do Conselho, não pensaram apenas na medicina, mas no que entendem como importante para atender as necessidades do Sistema Único de Saúde e também de ter o SUS como campo de formação das diversas profissões da saúde e que ela poderia estar contribuindo para a revisão das outras diretrizes curriculares. Esse seria o primeiro marco político do que essa plenária do Conselho e a CIRH pensam em termos de formação para o SUS. Foi com a medicina, então o núcleo duro de competências específicas que é própria da medicina, mas se você observar, das diretrizes, no capítulo 1, da atenção a saúde na seção 2, da gestão em saúde, da educação em saúde, educação permanente, é o que se espera para todos da área de competência na atenção a saúde, das necessidades individuais de saúde e coletiva de saúde. Aí vai entrar no núcleo específico que é de cada campo de conhecimento que deverá ser trabalhado com as organizações profissionais de cada área. Por isso que a ideia é fazer o movimento contrário, se apropriarem do que está escrito naquele parágrafo da Lei dos Mais Médicos que diz que pode se estender para as outras profissões da saúde. O Conselho Nacional de Saúde induz o Conselho Nacional de Educação a rever as diretrizes curriculares para formação de todos os profissionais. Para aproveitar, não ficar só fazendo intervenções cirúrgicas, resolve agora as diretrizes da medicina que dialoga com os campos de conhecimento e de afazeres das outras profissões. Se apoiam na Lei nº 8080/1990 que criou o Sistema Único de Saúde, na Constituição Federal e nos dispositivos que o próprio Conselho Nacional de Saúde já criou, já tem regulamentado e constam nas referências da nota técnica. São quinze referências com vários dispositivos legais, com praticamente todas as resoluções do CNS aí. O Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** questionou se os conselheiros receberam o e-mail do Conselheiro Eni Carajá Filho sobre a situação de Betim. O CNS tem que tomar uma posição para entendimento daquela lei criada a respeito da saúde pública em Betim. É uma situação muito grave e precisa ser avaliada e tomar uma posição tão logo possível. O Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** prometeu passar para todos os conselheiros. O Conselheiro **Renato Almeida de Barros** afirmou ter recebido esse e-mail e enviado ao e-mail do Conselho Nacional e solicitou que fosse repassado a todo o Conselho, devido à gravidade da situação. O Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** pediu que considerasse encaminhado. A coordenadora da CIRH, **Ivone Evangelista Cabral**, lembrou da planilha de visitas aos municípios para que os conselheiros verifiquem suas agendas e suas disponibilidade para criar um banco de consultores das visitas. **Encaminhamentos: 1) Aprovados 7 pareceres da CIRH. 2) encaminhar e-mail sobre situação de Betim a todos os conselheiros. 3) Os conselheiros devem informar na planilha as disponibilidade para participar das visitas in loco da CIRH. 4) Promover encontro da gestão, controle social e estudantes para debater as diretrizes curriculares da medicina.** Com esses encaminhamentos, a mesa encerrou o primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: *Titulares –* **Abrahão Nunes da Silva**, Central de Movimentos Populares (CMP);**Ana Maria Costa**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); **André Luis Bonifácio de Carvalho**, Ministério da Saúde; **Claudio Garcia Capitão**, Conselho Federal de Psicologia (CFP); **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro,** Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA; **Clóvis Adalberto Boufleur,** Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Denise Rodrigues Eloi de Brito**, União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS); **Edmundo Dzuaiwi Omore,** Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Geraldo Adão Santos**, Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas – COBAP; **Gerdo Bezerra de Faria,** Conselho Federal de Odontologia – CFO; **Gilene José dos Santos**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas' e Idosos da Força Sindical (Sindnapi); **Ivone Evangelista Cabral,** Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB; **Jorge Oliveira Duarte**, Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena (FPCONSIDI); **Jurandi Frutuoso Silva,** Conselho Nacional de Secretários de Saude – CONASS; **Márcia Patrício de Araújo**, Associação Brasileira dos Ostomizados (ABRASO); **Maria Amélia Gomes de Souza Reis,** Ministério do Trabalho e Emprego; **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos, “Santinha”** RedeNacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; **Maria do Socorro de Souza**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG; **Maria Laura Carvalho Bicca,** Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Marisa Furia Silva,** Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Nelcy Ferreira da Silva,** Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Patrícia Augusta Alves Novo**, Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares – ABRAz; **Renato Almeida de Barros**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social - CNTSS; **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos – Fenafar; **Sandra Regis**, Associação Brasileira de Delegados e Amigos da Confederação Espírita Pan- Americana (CEPA Brasil) e **Verônica Lourenço da Silva**, Liga Brasileira de Lésbicas – LBL. *Suplentes –* **Adriano Macedo Félix**, Associação Nacional de Grupos de Pacientes Reumáticos – ANAPAR; **Aline Albuquerque Sant'Anna de Oliveira**, Sociedade Brasileira de Bioética (SBB); **André Luiz de Oliveira,** Conferência Nacional dos Bispos do Brasil- CNBB; **Clarice Baldotto**, Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB); **Cleuza de Carvalho Miguel,** Movimento dos Portadores de Esclerose Múltipla – MOPEM; **Edi Sinedino de Oliveira Sousa**, Associação Brasileira de Odontologia (ABO); **Elias José da Silva**, Movimento Popular de Saúde (MOPS); **Eurídice Ferreira de Almeida**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil - FASUBRA; **Fernanda Benvenutty da Silva**, Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA); **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Pscicólogos - FENAPSI; **Gilson Silva**, Força Sindical; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **José Arnaldo Pereira Diniz**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **José Eri de Medeiros**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saude – CONASEMS; **José Naum de Mesquita Chagas**, Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais (ABRATO); **Jouhanna do Carmo Menegaz**, Associação Nacional de Pós- Graduandos – ANPG; **Liane Terezinha de Araújo Oliveira**, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama – FEMAMA; **Lorena Baía de Oliveira Alencar,** Conselho Federal de Farmácia (CFF); **Luiz Alberto Catanoce,** Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical (Sindnapi); **Luiz Anibal Vieira Machado,** Nova Central Sindical de Trabalhadores(NCST); **Marco Antônio Castilho Carneiro**, Federação Nacional das Associações Pestalozzi – FENASP; **Maria Angélica Zollin de Almeida,** Federação Nacional dos Médicos Veterinarios – FENAMEV; **Maria do Socorro Bezerra Mateus,** União Nacional dos Auditores do Sistema Único de Saúde (UNASUS); **Michely Ribeiro da Silva**, Rede Nacional Lai Lai Apejo - População Negra a Aids; **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV); **Paula Johns,** Associação de Controle do Tabagismo, Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos - ACT/Aliança de Controle do Tabagismo; **Raimunda Nonata Carlos Ferreira**, Conselho Federal de Serviço Social – CFESS; **Simone Vieira da Cruz,** Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras – AMNB; **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da Criança; **Wilen Heil e Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) e **Zaíra Tronco Salerno**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN).Iniciando o segundo dia de reunião, a Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, deu continuidade à discussão do item 6 da pauta. **ITEM 06 – SISTEMAS UNIVERSAIS DE SAÚDE E COBERTURA UNIVERSAL – UM DEBATE PARA A 15ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE.** *Apresentação*: **Félix Rigoli**, Gerente de Unidade Técnica de Sistemas e Serviços de Saúde – OPAS; **Alberto Kleiman,** Assessor de Assuntos Internacionais de Saúde/MS; Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do Conselho Nacional de Saúde; Conselheiro **André Luis Bonifácio de Carvalho**, representante da SGEP. *Coordenação*: Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva**, Mesa Diretora CNS. A Presidente do CNS **Maria do Socorro de Souza**, explicou que o debate a ser realizado seria para a 15ª Conferência Nacional de Saúde e aprofundar o debate conceitual e político sobre a posição do Brasil na defesa dos sistemas universais de saúde olhando para o cenário internacional. O Gerente de Unidade Técnica de Sistemas e Serviços de Saúde – OPAS, **Félix Rigoli**, cumprimentou a todos e afirmou ver muitos amigos e muitas pessoas que estão há muito tempo na construção de coletiva do SUS e agradeceu o convite de estar na mesa. Disse que deveria também estar ali o representante da OPAS, Joaquim Molina, todavia ele estava com um problema de saúde familiar e teve que viajar e transmitiu saudações dele para todos. Lembrou a ocorrência de uma conversa com o Ministro no dia anterior na qual ele comentou a posição do Brasil. Disse estar voltando de uma reunião em São Paulo sobre sistemas universais de saúde e coberturas universais de saúde com gente do mundo inteiro e teve a oportunidade de perceber como existe um debate que pode ser parcialmente como vão as coisas e espera que seja basicamente de conceitos e de ideias, de modelo de utopia diferente, porque é verdade que sempre estamos falando para que onde queremos ir, não necessariamente onde que estamos. Na verdade o grande debate nesse momento é qual é a utopia, qual é aquele lugar onde queremos chegar, se pudéssemos, que possivelmente nunca vamos chegar completamente. Aí é onde se dividem um pouco as opções entre diferentes propostas. Pode ser que até hoje se dá o mesmo nome a diferentes utopias ou diferentes nomes podem à mesma ideia e centrou sua apresentação nesse ponto de vista. Comentou que a posição oficial do Brasil, que foi apresentada em várias assembleias, da ONU, da OPAS, da OMS, e é uma posição de apoio ao sistema universal de saúde, e a OMS tem um objetivo: cobertura universal de saúde. Essas duas coisas no começo podem ser a mesma utopia, a mesma ideia com dois nomes diferentes. Acontece, e viu isso nessa reunião, que pode ser que tenham países que utilizando nomes diferentes, têm falado de projetos de sistemas de saúde muito diferentes. Falou oficialmente em nome da OPAS que a ideia de cobertura universal de saúde seria uma grande utopia, que toda a pessoa tenha acesso a todos os serviços de saúde necessários, da forma mais acessível sem ter que pagar por isso, sem ter que sofrer para conseguir esse acesso, e que esse acesso seja igualitário. A OPAS, e pelo menos a OMS, acham que a forma melhor é através de um sistema universal de saúde como ferramenta para conseguir esse objetivo. Existem evidências de que o sistema universal de saúde tem que ter, pelo menos, duas características, ainda que com um milhão de variantes em cada país, até porque existem histórias diferentes. A sociedade, trabalhadores, sindicatos, igrejas tiveram uma participação na construção do sistema de diferentes formatos. Existe, a partir da evidência, no mundo inteiro uma característica necessária de que esse sistema tem que ser público, organizado pelo Estado, e em geral pelo Estado Nacional. Isto está sendo provado agora na Europa. Quando se atomiza excessivamente o sistema de saúde dificilmente se tem um componente de iniquidade que começa a crescer. Isso hoje está sendo visto nos sistemas universais como da Espanha e de outros países da Europa, onde um dos grandes efeitos da crise econômica é aprofundar certa descentralização para que as províncias dos mais ricos possam ter uma saúde melhor dos que os das províncias mais pobres. Então uma característica necessária para organizar um sistema nacional universal é de forma públicas e em geral, nacional, ou seja, seja uniforme para a comunidade do país. E a segunda característica com evidências suficientes prova que realmente o caminho para chegar a isso é com um financiamento público. Obviamente o financiamento público deve ser a partir de impostos ou alguma contribuição do cidadão. O Estado não fabrica (ou não deveria fabricar) dinheiro, mas tem que ter algum financiamento público do tipo progressivo. O sistema universal de saúde deve ser dirigido, organizado e coordenado fortemente pelo Estado nacional, com financiamento público majoritário. Não existem sistemas nacionais de saúde num país com menos de uns 6% do PIB público em saúde. O Brasil ainda tem que muito para trabalhar. Hoje o PIB brasileiro público dedicado à saúde está bem abaixo dos 6%. Isso se reflete nos problemas de acessibilidade, mesmo que o sistema seja universal e gratuito, tem um problema de acesso. Tanto que o Programa Mais Médicos está provando de que falta acesso realmente em alguns lugares que precisam mais reforços, mais investimentos. Também está provado (posição oficial da OPAS e da OMS) que os sistemas universais de saúde coordenados, dirigidos pelo Estado, quer dizer, sistema público, financiado com dinheiro público, não podem ter formatos fragmentados. Isso é outra lição que está saindo dos diferentes países. Não pode ser um sistema que dá uma determinada coisa para uns, outra coisa para outros, que cria, por exemplo, pela capacidade de pagamento por diferentes cidadãos, diferentes tipos de planos, pacotes de diferentes tipos. Isso conduz a pacotes para pobres e para os que tem um pouquinho mais de dinheiro, sem falar dos ricos. Com mais dinheiro compra mais e vai dividindo a sociedade em termos de saúde. Outra característica tem que ser de uniformidade de quais s prestações estão contidas. Não pode ser um pacote, tem que ser um conjunto de serviços necessários do ponto de vista da epidemiologia e da demografia do país. Adicionou outra característica que não está tão estudada, e não tem tanto fundamento (mas acabaram de ver no México, Peru, Turquia, em outros países, que até poderiam ser mais ou menos com alguma comparação com o caso brasileiro) é que o sistema pela via do seguro de saúde, o que no Brasil se chama de plano de saúde, não vai levar longe e nem está na ideia de sistema nacional de saúde, sistema universal de saúde. Esse caminho que estão fazendo em outros países de ir pela via de planos, às vezes no caso brasileiro também, nos outros países como uma solução nacional, eliminando, exonerando de impostos a pessoa que compra esse plano, como é o caso de os planos de saúde. Nos Estados Unidos, neste momento se chama Obamacare, um esquema parecido com que existe no Brasil. No final da conta é permitir que a pessoa que tem plano de saúde pode cortar os impostos em diferentes escalas. Existe um debate muito interessante sobre o caso do Peru mostrou que se pensa que gradualmente vai chegar a um sistema universal e a tendência está mostrando que não está levando a um sistema universal. Sistema universal deve ser de um processo do país e do Estado, não pode ser um processo de diferentes operadores privados que vão generosamente aumentando seus benefícios. Isso realmente não está acontecendo e nos países como no caso de algumas comunidades autônomas da Espanha onde, por efeito da crise o Estado está saindo da prestação de serviço e passando para o que seria equivalente ao plano de saúde, o que está havendo é uma segmentação da população de acordo com a capacidade de pagamento. Tanto que eles estão agora discutindo uma coesão nacional para conseguir que a Espanha consiga manter-se como um país que todos os cidadão tenham os mesmos direitos, porque se está dando este formato de dividir cada vez mais entre os que podem e os que não podem. Do ponto de vista de conteúdos, dessa utopia, desse projeto ao qual a OPAS quer chegar. A OMS é muito mais difícil de chegar a um consenso porque são cento e noventa e seis países e alguns podem estar realmente lutando, por exemplo, para ter vacina ou água para toda a população. Isso é um grave problema. Outros países estão gastando (como os Estados Unidos) oito mil e quinhentos dólares por pessoa, por ano, em saúde e não tem cobertura universal. Conseguir um consenso de utopia e projeto nesse conjunto é difícil. No caso da OPAS, é uma região um pouquinho mais homogênea e como projeto há bastante claridade. Alguns países, nesse momento, estão justamente selecionando caminhos. A experiência vai mostrar quais são os melhores. A Colômbia fez isso nos anos 90, está acontecendo em países do Caribe, onde criaram seguro nacional de saúde que no final das contas vão acabar segmentando mais a população. É uma luta muito de cidadania, democracia, direitos e tem que ter bastante claridade. Uma iniciativa (como, por exemplo, o movimento Saúde Mais Dez) que tentam evitar que sistema saúde brasileiro tenha uma ameaça pelo lado dos planos de saúde, incentivados pelos impostos e todas as desonerações impositivas, precisam ser analisadas. A saúde no Brasil tem oitenta bilhões de reais de orçamento no Ministério mas tem dez ou um pouco mais de bilhões de reais que são a desonerações de pessoas que pagam serviço de saúde, e serviço de saúde não paga imposto, só desconta imposto das pessoas. Existem várias áreas que devem ser área de atuação do grupo que quere sistema universal de saúde: que dê o mesmo direito, o mais amplo direito a população. E é preciso ter cuidado porque senão tudo é questão de palavras, talvez no mecanismo do financiamento, no mecanismo de como se define o que está incluído e o que não está incluído. Como parte da OPAS não pode defender coisas em outros países que não são uma utopia e um projeto interessante, e me parece que o Brasil tem nesses últimos um caminho me parece interessante. Como qualquer caminho em algum momento começa a desviar às vezes sem saber. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, disse que o CNS tem feito sempre do pleno um espaço de reflexão de política e com certeza também reconhecendo o papel que o Brasil tem no cenário internacional, sobretudo na América Latina. Em determinados contextos é preciso reafirmar a construção que o Brasil vem fazendo ao longo de seu processo democrático. Convidaram a OPAS exatamente por ser essa referência no campo da Organização Mundial da Saúde e no vínculo com a ONU. Os conselheiros entendem que a OPAS, inclusive no cenário mundial, tem uma contribuição diferenciada nessa discussão. O CNS se diferencia e tenta demarcar posição nesse ambiente e quer de uma forma muito fraterna e respeitosa colocar alguns contrapontos. Não dá para essa fala vir só do governo, ela tem que vir da sociedade, que tem outros elementos para reflexão. Quando se fala de utopia ou de projeto tem que se colocar dentro do escopo do capitalismo. O que se discute é direito à saúde e ele se materializa a partir de políticas sociais e econômicas numa sociedade capitalista. Os países envolvidos nesse debate, Peru, México, Colômbia, tem situações de um capitalismo mais periférico ainda do que o Brasil. Não se pode discutir utopia, projeto, sociedade, direito à saúde, sem desconsiderar a política social nesse embate do avanço do capitalismo no mundo onde internacionaliza capital, mercados, onde se discute a fronteira do papel dos países, das nações. Outro contraponto é pensar o papel do Estado e da sociedade. No Brasil tem ocorrido um processo de democratização recente, onde se está o tempo inteiro reafirmando o Estado, tentando construir um estado de direito, de bem estar e isso também não é uma disputa vencida no país. É o tempo inteiro um processo de reafirmação para que se tenha inclusive um governo mais democrático e de afirmar que sociedade se quer construir. Isso está associado ao debate feito no dia anterior de uma sociedade mais igualitária, mais justa, mais democrática. Isso tem que se dar a partir de um modelo de desenvolvimento que seja sustentável. Mesmo no marco do capitalismo se quer construir uma sociedade mais justa, mais democrática, mais igualitária e um modelo de desenvolvimento que seja sustentável. É preciso trazer o debate da saúde também nesses marcos, até porque já existe uma garantia constitucional e isso é fruto, é uma conquista da sociedade brasileira de colocar exatamente a saúde como um grande marco da cidadania, como dever do Estado, como uma condição necessária para ter também o estado de bem estar. No campo de uma afirmação política social, em outros marcos que ela está para garantir uma força de trabalho saudável, já se fez muito esse debate no Brasil. Então saúde para que? Saúde não é só para deixar uma força de trabalho saudável para aumentar o capitalismo, já está vencido no Brasil esse debate no sentido de querer saúde com qualidade de vida. Quando se fala de utopia, e ainda que se defina, ou com algumas características, qualifiquem esse debate do que que a OMS traz com cobertura, não deixa de ser uma certa tentativa de, comparando com a realidade do Brasil, se trouxer esse termo para cá, na verdade estará fazendo uma confusão de concepção, de princípios e de garantias constitucionais. Para o Brasil classicamente se tem colocado o termo cobertura como estratégia para atender demandas, e a gestão usa muito também essas terminologias. Quando se olha esse sentido mais clássico, cobertura como estratégia de garantir ofertas para atender demandas, ainda se coloca dentro de uma concepção que o Brasil construiu. Quando se traz para esse contexto internacional, é um contexto de disputa, então está extremamente no campo oposto do que o Brasil vem construindo. Não dá para ser simplesmente usar uma transferência de termo ou usar um jogo de palavras. Realmente tem um campo de disputa que precisa ser afirmado. Quando vem para algumas análises, que os estudiosos vem fazendo, inclusive que olham os próprios documentos da OMS, quando a OMS surgiu logo após a Segunda Guerra Mundial, trazia nos seus termos de declaração dos direitos universais, trazia o termo também de direito a saúde, muito no sentido amplo dos direitos fundamentais, da garantia dos direitos humanos sem distinção, e o Brasil inclusive se ancorou em boas partes dessa declaração logo após a Segunda Guerra Mundial, porque havia uma necessidade de combater toda uma situação de pobreza, de miséria e de desigualdade. Não é o que se vê hoje assim escancarado no mundo, várias situações inclusive de guerras, de miséria, com exceção da África, que continua sendo um continente muito massacrado pelo capitalismo, pela exploração, diferentes de algumas situações. Na América Latina por exemplo, existem governos mais democráticos outros mais conservadores. Tem ocorrido avanços e retrocessos na política, mas no caso do direito a saúde se vê que hoje tem um lugar que a América Latina tem ocupado. Esses países continuam a ser um grande mercado favorável a essa internacionalização dos interesses que se tem com o mercado da saúde. No caso do Brasil, quando se traz o direito a saúde na Constituição Brasileira, como dever do Estado, a grande disputa que se coloca é exatamente um financiamento estável. Quando se traz o debate da cobertura universal, ela está muito atrelada no contexto de crise econômica onde boa parte desses países também tenta evitar um custo crescente com os serviços da saúde que são prestados. Fica muito no campo da eficiência, e demarcado com essa discussão de forma de contribuir para que esse serviço seja prestado. O Brasil já tem uma forma de contribuição. A classe trabalhadora contribui de forma direta e indireta para a saúde. Nesses países ainda há uma tendência muito grande de que a cobertura seja feita a partir de uma contribuição mais direta. Quando se vê países numa situação maior de pobreza, de desigualdade de renda, com problemas de geração de emprego, com fragilidade na garantia de políticas sociais, como é que fica isso olhando a realidade de uma população menos privilegiada, mais pobre, onde ainda que se queira dizer que cobertura seria o suficiente, porque a situação de pobreza é tanta, ainda tem que se questionar porque é uma população que na maioria das condições não tem emprego, não tem renda efetiva, não tem uma escolaridade assegurada com uma política pública. Ou seja, mesmo para esses países em situação de maior desigualdade que o Brasil, ainda seria questionável. Essas formas de financiamento, tem se discutido no Brasil o quanto colocar a saúde dentro do escopo da seguridade social também garantiria essas condições necessárias para termos um sistema universal. Mesmo assim, dentro de uma concepção mais ampla de seguridade ainda se sofre muitos ataques do mercado. As próprias expressões medidas e escolhas que o governo tem feito no sentido de desonerar contribuições, folhas de pagamentos, contribuições sociais de alguns setores produtivos também tem colocado em xeque essa possibilidade de ter um sistema universal mais potente que garanta o papel do Estado como provedor dessas garantias. A questão de fundo que se coloca com o financiamento e esse debate da cobertura universal passa exatamente pelas barreiras de acesso. Nessas características, um sistema público que enfrenta determinadas iniquidades, organizado pelo Estado, olhando também o financiamento público se questiona que fontes, que garantias e que forma de contribuição são essas desse financiamento público. Já houve regras onde a condição era exatamente o trabalhador vinculado ao mercado de trabalho. Hoje, independente de ele estar ou não vinculado ao mercado de trabalho, ao sistema de seguridade, de contribuição direta e indireta, se garante a este trabalhador a proteção. No caso desses países como isso ficaria? Trabalhadores que não tem uma formalidade, não estão vinculados à sociedade salarial, que não contribuem de forma direta já que não têm a garantia de um sistema de seguridade, como é que ficam então esses trabalhadores? Mesmo no Brasil, com essa forma de contribuição ainda há muitos ataques do ponto de vista dos interesses do mercado internacional que tem fragilizado o papel do Estado em assegurar essa proteção, então eu acho que não dá para a gente discutir esses marcos conceituais sem trazer outros hoje para o centro do debate. Também sociedades capitalistas, com globalização, internacionalização de mercados, disputa de mercado onde a saúde está totalmente no centro desse debate e onde tem, de certa forma, uma pressão para que os Estados sejam mais eficientes nos gastos sociais. No caso do Brasil, mesmo que se tenha um sistema universal, sabe-se que há uma expectativa maior da população em relação ao alcance desse sistema. Tem tido avanços significativos na atenção básica, na média e na alta complexidade, do ponto de vista de ações de promoção da saúde, mas, ainda assim, o próprio preceito constitucional de ter a saúde um dever do Estado de garantir essa cobertura de forma satisfatória, ainda assim se questiona. Nesse contexto internacional de redução de financiamento, de poucas garantias sociais, o que está em fundo ainda é essa capacidade de pagar pelos serviços de saúde. Quando se traz esses elementos é preciso fazer esse contraponto olhando que boa parte dos países, como Peru, México, Colômbia, também vive uma situação econômica pressionada e que isso, com certeza, também reflete na garantia e no direito à saúde dessas populações. O Conselheiro **Marco Antônio Castilho Carneiro** parabenizou a mesa, por trazer uma temática tão importante com vistas à 15ª Conferência Nacional de Saúde, mas talvez tenha alimentado uma expectativa muito grande ou confundido a temática porque esperava que pudesse ter nessa manhã uma análise dos sistemas de saúde, em particular dos países circunvizinhos da América Latina, para que isso pudesse trazer uma contribuição para a reflexão, sobretudo para a reafirmação da luta empreendida pelo CNS por um sistema público da saúde de qualidade. Um financiamento apropriado, entre tantas outras questões já discutidas. Pediu para, se possível, fazer esse resgate para trazer essa análise. Ficou confuso na fala do palestrante com relação ao modelo da Espanha e queria entender um pouco mais como é que se dá, porque a Espanha, salvo engano, em 2013 passou por um processo significativo de mudanças do sistema público de saúde, inclusive com a reação de vários setores organizados, que nessa perspectiva de uma saúde com fins econômicos lucrativos. Outra informação que gostaria de ouvir é se nos países próximos, particularmente Argentina, Chile, vêm passando por algumas crises na área da saúde, mas é importante destacar, por exemplo, que na Argentina até 2012, salvo engano, o orçamento público para a área da saúde era na ordem de 30% do tesouro daquele país para investimento na saúde, embora isso não refletisse numa saúde de qualidade e também com essas questões todas de privatização da saúde. a Federação Sindical dos Trabalhadores da saúde, inclusive fez uma denúncia que, embora tenha o orçamento, ele alcança apenas 2%, quando a Organização Mundial de Saúde referencia e recomenda que seja 5% do PIB. O Conselheiro **Clovis Adalberto Boufleur** saudou a todos e falou da discussão de ampliar o modelo. Expressou aqui uma certa expectativa de que seria tratado como o Brasil conseguiria influenciar, de uma certa maneira mais concreta, incisiva, os países da América Latina. O que se gente vê é uma repetição de comparativo que deixa o país numa situação fragilizada na América Latina. Tem um sistema universal, investe milhões, mas a Argentina está muito melhor, faz muito mais. Quem conhece a Argentina sabe que não é assim. Os números, a realidade teórica não acompanham a realidade. Os Argentinos têm sérios problemas de endemia, basta ver as questões como a dengue por exemplo, que causaram um desastre no país porque não estavam preparados para enfrentar a situação justamente pela fragilidade que existe. Gasta determinado percentual por habitante e o Brasil está muito abaixo disso, abaixo da Colômbia, abaixo de outros países que se sabe que, na realidade, as pessoas de fato não tem um sistema tão real assim de acesso, de tratamento resolutivo, acesso a medicamentos. Há uma certa distância do que se discute teoricamente e a realidade das pessoas. Para quem transita na América latina isso é flagrante onde está a qualidade do serviço público argentino, paraguaio. Nas fronteiras se vê isso, a qualidade não existe. A Conselheira **Jouhanna do Carmo Menegaz** lembrou que nesse movimento de construção antecipada da 15ª Conferência Nacional de Saúde é necessário relembrar e rememorar ao povo brasileiro a conquista que foi o Sistema Único de Saúde de acesso universal, porque a sua geração, principalmente as gerações mais jovens não recordam e não sabem o que é o não ter acesso ao cuidado da saúde, não ter acesso público, gratuito ao Sistema Único de Saúde. Isso é um bem muito caro ao povo brasileiro e cada vez mais tem se feito necessário defender essa conquista dos lutadores do movimento da reforma sanitária. Isso cada vez mais se torna um desafio, parece que se conquistou e cotidianamente precisa reafirmar essa conquista, porque um dos gargalos mais expressivos que ainda não se conseguiu resolver é o gargalo do financiamento. Existe essa proposta de Saúde Mais Dez, bastante relevante que precisa continuar a ser defendida. Mas tem outras questões que precisam ser defendidas, por exemplo, uma reforma tributária no Brasil, porque quem tem menos paga mais imposto nesse país. Uma das propostas que estão em discussão nesse sentido é a tributação das grandes fortunas que foi uma das saídas da França num momento de crise no sistema único de saúde. Ainda em crise esses países europeus investem mais do que se investe em saúde no Brasil com o sistema universal, um sistema com uma proposta absurdamente avançada. Há uma série de questões que se precisa discutir e essa questão central do financiamento, de uma mudança na política macroeconômica do país é cada vez mais cara e o movimento social, o controle social em saúde precisa hastear essa bandeira. O sistema único de saúde público é gratuito, universal mas ainda não consegue garantir e todos os brasileiros o acesso à qualidade, integralidade e universalidade em saúde. Isso é um fato, e não se pode esquecer que essa luta é cotidiana então isso tem que ser uma marco. É interessante comparar a outros sistemas únicos de saúde, principalmente no âmbito da América Latina, nesta perspectiva de fortalecimento do eixo sul, mas o sistema brasileiro é muito peculiar. É preciso também olhar para dentro e resolver os próprios problemas através da articulação e da luta política cotidiana através do instrumento que é o controle social em saúde. A Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** pediu que fosse tratado sobre o conceito de cobertura, porque está tendo uma variação no termo. O Conselho Nacional de Saúde já fez uma primeira conferência de seguridade social do sistema, mas eu fui à China num evento de serviço social e em que vários países do mundo trabalham desde 1945 na lógica comercial e lá tinha uma bancada, um espaço brasileiro, e o que mais as pessoas se surpreendiam era com esse sistema. Porque não é uma coisa conhecida desse nível universal, é um sistema próprio. Às vezes está tão dado para todos esse sistema do qual se reclama tanto, porque realmente tem muito para ser melhorado na ponta, que precisa ter essa garantia, contar a história. As pessoas que fizeram esse processo tem que repetir, é como o golpe de 1964, quem não viveu acha que foi uma fantasia. Quem teve a sua casa invadida tem na memória. Esse é o processo de como desmistificar esse sistema, resgatar o material porque foi muito produtivo e muitos conselheiros não tiveram a oportunidade de conhecer. O Conselheiro **Geraldo Adão Santos** cumprimentou a todos, presentes e internautas. Ressaltou que está escrito no Artigo 196 da Constituição Federal que “A saúde é um direito de todos e dever do Estado”. Já se tem a compreensão da extensão de toda a cobertura que esse sistema tem compromisso com a população brasileira. Afirmou não conhecer bem outros sistemas semelhantes ao do Brasil e relatou parecer que o Brasil tem um diferencial que é a participação do controle social com caráter deliberativo. Perguntou comparativamente aos outros sistemas semelhantes, qual é a participação desse processo na deliberação do sistema. Apesar de ser um direito de todos e um dever do Estado, o Estado brasileiro ainda se omite depois de vinte e cinco anos do cumprimento do seu dever. Estabelece obrigação para os municípios e já vem cumprindo desde o início do sistema, demorou demais para estabelecer a participação do ente federado Estado, que ainda não cumpre os 12%, mas está se esforçando para cumprir e para surpresa quem deveria estar dando o exemplo (o governo federal) ainda hoje não cumpre o seu papel. Por isso está aí a luta pelo Saúde Mais Dez e espera ter sucesso neste empreendimento exatamente para colocar o SUS no caminho que ele deve seguir, com a velocidade que ele precisa, que já está muito atrasado, com muito prejuízo para a população brasileira. O Artigo 199 preconiza que as instituições privadas podem participar do sistema como prestadoras de serviço principalmente dando preferência filantrópica. Se paga pelo serviço. É natural que se não tivessem essas instituições no país as pessoas não teriam condições de assistência, porque nesse período todo o SUS não construiu hospitais. Esse acordo veio em boa hora e realmente deu uma condição de melhorar, mas a essa altura já era para o sistema estar investindo em unidades próprias e já ter estabelecido condições para os hospitais universitários parceiros do SUS prioritariamente e não secundariamente. O problema maior é que a iniciativa privada, os planos de saúde, investem mais do que o sistema público. Mas também o governo permite que haja isenção do imposto de renda. Então enquanto houver essas facilidades para ter acesso aos planos de saúde e às isenções, naturalmente vai faltar recursos para financiar o SUS para todos e também é preciso criar com a maior urgência possível o cartão SUS para definir as responsabilidades, os pagamentos e os ressarcimentos devidos ao Sistema Único de Saúde. O Conselheiro **Jurandi Frutuoso Silva** considerou bastante promissora essa preocupação do Conselho de Saúde que começa a revelar e a colocar em discussão essa disputa entre cobertura universais e sistemas universais de saúde. Isso demonstra um cuidado do controle social com o país. A utopia é necessária para continuar andando para frente. Isso é uma posição que não se pode abdicar nunca, é uma causa pétrea do SUS são a bússola, por um simples motivo: quando começar a fragilizar esse debate também fragiliza ideologicamente o sistema e começa a aceitar o descompromisso dos governos com a sua efetivação. Por isso essa questão tem que ser aqui colocada a toda hora, discutida a toda a hora para não ter uma surpresa futuramente. Sabem das crises do sistema de saúde no mundo todo. A brasileira não é diferente. Mas também sabem do cuidado que se deve que ter para ter mesmos dentro desse quadro da adversidade social que o Brasil vive, a certeza que não se vai relaxar na defesa do que é nosso, o se está posto é apenas 25% que tenta se efetivar apesar das suas dificuldades que são bastante claras e bastante conhecidas. Existem algumas janelas de oportunidades, a primeira é a eleição que se avizinha, a segunda é a conferência de saúde no próximo ano, onde o sistema não deverá ser esquecido. Alegrou-se que a OPAS, pelo seu papel relevante no mundo todo, principalmente sua preocupação com a qualidade de vida das pessoas, efetivando a postura de saúde para que ela seja eficiente, tenha essa posição e que se manifeste claramente. Cobertura universal de saúde é definida como a situação em que as pessoas são capazes de utilizar os serviços de saúde de qualidade de que necessitam sem sofrer danos ao pagar por eles. Sistema universais de saúde é definido como o gasto público é superior a 70% do gasto total em saúde, no caso brasileiro não está sendo; a APS como porta de entrada do sistema de saúde, e tendência de equidade. Isso está muito claro: em um que tem que pagar se quiser ter qualidade e no outro onde estrutura o sistema de saúde em cima de uma atenção primária fortalecida, buscando a equidade para que se tenha um sistema efetivo. Pediu que se mantenha esse discurso da OPAS de defender o que é bom para as pessoas. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** fez uma reflexão com o plenário e a mesa porque as vezes a gente precisa revisitar os termos e se situar dentro da linha do tempo do que se está falando. Existe um texto publicado pela Dra. Asa Cristina Laurell, que participou de uma conferência na Organização Panamericana de Saúde, diferenciando sistemas universais de cobertura universal. Há uma diferença enorme entre os dois. Quando se fala em sistema universal, trata-se da universalização do acesso como ponto de partida, como uma garantia do direito à saúde que está na Constituição. A premissa é básica, existem problemas organizativos de distribuição de recursos que nos sistemas universais cada país irá resolver de uma forma. A crise econômica aconteceu na Inglaterra na época da Margareth Thatcher, se fez uma grande reforma econômica mas não se mexeu no sistema universal de saúde porque houve uma pressão da sociedade e dos trabalhadores para que não mexessem com o sistema considerando que o sistema era um patrimônio do povo britânico. Nos momentos de crise é preciso fazer escolhas e um movimento social organizado trabalhando em função daquilo que acredita como sendo importante para garantir o direito à saúde das pessoas. No seguro de saúde (o que rege à cobertura universal), segundo a autora não é considerado como um direito de todos. É o direito daquele que tem o financiamento pelo seu seguro de saúde. Esse é o primeiro divisor de águas para pensar qual é a concepção de direito que organiza um sistema e que organiza o outro. Nessa lógica a relação público/privado segundo também diferencia o sistema universal daquele que é de seguro de saúde. Esse texto tem que entrar na conferência como texto base, porque ela diferencia em trinta e quatro páginas que se está falando de coisas totalmente diferentes. E se o Brasil optar por mudar a denominação tem que rasgar a Constituição Federal. O Conselheiro **Claudio Garcia Capitão** relatou ter sido contemplado em algumas falas que lhe precederam e confessou ter pensado inicialmente que fossem discutir sistemas de saúde. Os brasileiros têm olhado ultimamente com uma certa admiração, não para o norte, mas mais para o sul, especialmente para um país chamado Uruguai, quando se observa em algumas medidas ousadas de Mujica naquele país elas inspiram enquanto políticas públicas mas, no entanto, o sistema de saúde no Uruguai é um sistema essencialmente misto, em que 46% da população filiada tem acesso à assistência privada. Do ponto de vista do acesso à médicos o Uruguai só perde para Cuba: tem 3,65 médicos para cada mil habitantes. Perguntou como a OPAS e a mesa avaliam o sistema de saúde uruguaio e como poderia ser debatido. O Conselheiro Abrahão Nunes da Silva, representante da Central de Movimentos Populares (CMP), saudou a todos, conselheiros e aqueles que acompanham pelo Brasil. Para sua entidade interessa diretamente esse tipo de assunto, na sua base está o favelado, o pessoal que luta por moradia, toda a periferia da cidade. Não que seja privilégio, mas é a necessidade da luta do povo brasileiro. O que lhe preocupa quanto às comparações que fazem de um país que gasta determinado percentual do PIB com saúde, lhe parece um pouco equivocada, haja vista que não se pode fazer determinadas comparações de PIB, com o que gasta cada país, até porque a forma pela qual é feita, sistema universal e sistema de coberturas, os valores são muito diferenciados, gerando dificuldades nessas comparações. E o grande problema em toda essa discussão é que vivemos num mundo hoje extremamente capitalista, um capitalismo extremamente selvagem, tudo é mercadoria. O ser deixou de existir, o que determina é ter. Quem tem dinheiro tem o que eu quer, quem não tem “que se dane”. Não é interessante para a sociedade capitalista, que é a maior produtora desses excluídos da sociedade, no entanto ela faz reserva de mercado, contingente para ter e servir de massa de manobra para várias coisas, tanto do ponto de vista social, do ponto de vista econômico e do ponto de vista até, então porque não dizer, religioso, dessas massas que se tem para se garantir politicamente determinados grupos econômicos do poder. Haja vista o processo eleitoral brasileiro, a anarquia é onde o dinheiro determina tudo não os ideais, mas é o que estão colocados aí. É triste ver pessoas que se dizem de esquerda, cristãos, defenderem sistemas excludentes como é a tal da cobertura colocada aqui. Isso lhe preocupa muito, porque negar ao ser humano essa essência que é a vida das pessoas, enquanto um ente da sociedade, um animal pensante que é o ser humano, racional, muitas vezes lhe parece que boa parte do ser humano não tem nada de racionalidade, age simplesmente pelo ímpeto pelo impulso de se ganhar dinheiro e se dar bem na vida. Não importa se tem que matar ou tem que passar por cima para se dar bem na vida. Fica pensando em pessoas que tem bilhões e bilhões de recursos, de dinheiro e quer ter mais, para que serve isso gente? O que que ele vai fazer com isso? Aonde ele vai com isso? Mas basta o prazer de explorar, pisar nos outros e os governos, muitos na América, no caso específico, não só o caso de outros mas digo de governo de esquerda com essas propostas lamentáveis de destruir a sociedade brasileira, de matar pessoas. Isso é política de matar, genocídio do povo brasileiro e a população incauta defendendo a sociedade burguesa desse mundo. O Conselheiro Carlos Eduardo Ferrari dialogou a partir de duas reflexões. A primeira na perspectiva trabalhada pelo representante da OPAS. assegurou gostar muito do debate conceitual, teórico, mas lhe preocupa quando situa o sistema universal garantido por lei, acúmulo de uma caminhada histórica, no campo das utopias. Achou que as convicções ideológicas são orientadas por utopias, só que quando se coloca um sistema que está posto por lei, abre-se a possibilidade para uma distopia desse sistema e talvez crie a sensação de utopia por total ausência de compromisso do Estado brasileiro. Estamos num patamar em se tratando de sistema universal público que merece outro tipo de orientação ou de leitura a partir do que acumulamos em legislação. As orientações ideológicas de fato concordou que vão estar sempre norteadas por utopias que fazem a luta diária. Gostaria de ouvir um pouco mais o debate em torno da seguridade, porque lhe parece que não avança se não discutirmos seguridade social nesse país como um todo. Essa é uma luta que vai para além da saúde. O Brasil conseguiu avançar de fato no debate em torno das orientações de como se dá a o bem-estar social, do posicionamento do Estado, inclusive de destinação de recursos, mas lhe parece que quando se olha para a saúde descolada da seguridade perde-se a oportunidade de discutir que rumo se quer dar de financiamento, de prioridade para atendimento, para garantias de acesso a direitos da população como um todo à políticas social. A Conselheira **Verônica Lourenço da Silva** se disse contemplada em várias falas que lhe antecederam, mas chamou a atenção para uma característica muito brasileira. Quando se traz a questão da saúde enquanto utopia e também quando está discutindo a universalização do acesso, a universalização vai para além da ampliação desse acesso. Para levar a cada um desses municípios o acesso integral ao SUS. Vai para além de trabalhar a prevenção até tudo o mais que qualquer usuário do SUS tiver necessidade, enquanto necessidade de saúde, porque nós temos uma característica que é muito nossa e que estrutura as relações sociais brasileira que é o racismo e as discriminações. Sabe-se que o racismo é institucionalizado e isso também dificulta acesso. A gente sabe que a lesbofobia, transfobia, homofobia também estão institucionalizadas. Poderia trazer milhares de relatos de companheiras, meninas, que não vão ao serviço de saúde porque elas já são tão descriminadas na sociedade e tentaram acessar uma vez e foram tão descriminadas, desde o olhar do porteiro até os comentários, “Ué, não quer ser macho porque vem no ginecologista?”. Isso afasta. Então discutir o Sistema Universal de Saúde é necessariamente imprescindível discutir o enfrentamento e a superação do racismo, do sexismo e das fobias LGBT. Fez a leitura da expressão da utopia, da universalização nesse sentido, porque infelizmente ainda é uma utopia a qual espera ser realizável para a população negra, indígena, LGBT. de acesso de fato a esse sistema universal e que tanto se defende mas que está em uma construção constante. Outra coisa é quando o Geraldo Adão traz a questão da facilidade ao acesso do plano de saúde, facilidade para quem? A gente sabe também que essa facilidade não é para tudo mundo. Como diz o poeta, “Todos iguais. mas uns mais iguais que os outros”. Se nós estamos na base desta pirâmide por mais que a gente avance nas discussões, se a gente for olhar só a parte mais dura e mais macro e a gente não se ativer com que estrutura tudo isso, a gente não vai de fato ter um sistema universal de saúde. A Conselheira **Simone Vieira da Cruz** foi de encontro ao que já foi colocado pelos outros companheiros mas lhe parece que desde o dia anterior a gente está discutindo questões que com as quais não concorda. Diferença de classe, troca do sistema universal por cobertura universal. Esse debate com base em todo o histórico e luta pela criação do SUS, manutenção desse sistema e de ver esse sistema funcionando lhe parece que está sendo jogado fora essa história do SUS e desse Conselho que tem setenta e cinco anos. Como já foi dito, o Brasil é um país peculiar. Acredita não haver possibilidade de fazer comparações com outros países, por conta das desigualdades. A Conselheira Verônica Lourenço da Silva foi bem feliz no que ela citou, de que a gente vive das desigualdades sociais, do racismo, da homofobia, da lesbofobia, e por conta disso tem políticas que buscam dar conta dessas desigualdades no acesso ao serviço de saúde. Essa proposta de cobertura universal tira um dos principais princípios do SUS que é a integralidade das ações, integralidade do serviço de saúde e isso também faz com que se possa pensar de uma forma: quem tem para pagar já paga pelo SUS, é pelo serviço de saúde. E colocar isso numa perspectiva do serviço de saúde pública é colocar no lixo toda a luta pelo controle social que tem sido feito no país e em relação e ao SUS. A Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos, “Santinha”** avaliou a mesa que aparentemente é leve lhe preocupa bastante. Se essa é uma questão que a gente quer encaminhar na nossa 15ª Conferência Nacional de Saúde, nos vinte e cinco anos do SUS, tem que clarear o que é cobertura universal, o que é sistema universal. O nome é bom, sistema universal, mas deve ser melhor do que o SUS? E tem que clarear que são coisas totalmente diferentes. Se lhe perguntarem na área de saúde qual é a utopia hoje é ver o SUS funcionando cada dia melhor e a população brasileira sendo atendida da melhor forma possível. Essa é sua utopia. Por isso está aqui e onde quer que esteja está brigando por isso. A proposta da OPAS destrói o princípio do SUS. Como se trabalha integralidade, equidade, os princípios, quando o SUS foi criado havia oito princípios. Vem ao longo da vida trabalhando, e regionalização essa proposta. Essa é uma proposta que restringe, é o dinheiro de fora brigando já que o SUS é uma coisa maravilhosa e que todo mundo quer. Já viu nesse país outras representações do Ministério querendo vir aqui aprender o que é o SUS, porque é uma coisa que incomoda, é uma coisa que oferece um direito constitucional à população e isso aí eu não está vendo. Quando eu lê a questão do sistema universal acha que entende muito mais, quem tem dinheiro paga pela sua saúde. E essa não é a proposta do Sistema Único de Saúde brasileiro. A Conselheira **Ana Maria Costa** inverteu sua contribuição nesse debate a partir da provocação da Conselheira Santinha. Houve recentemente um encontro promovido pela Fundação Rockfeller, chamado: O Futuro do Mercado da Saúde, e talvez ajude esclarecer como a natureza. a origem e o sentido desta proposta de cobertura universal, que vem sendo preconizada pela Organização Mundial de Saúde. Diz exatamente: sistemas universais de saúde. Acerca do sistema é provável que fortes agentes de mercado, como fabricantes de produtos farmacêuticos, organizações hospitalares, associações de provedores e companhias de seguros aumentem a pressão para atrair financiamento público e privado, especialmente nos países de renda baixa e média para que adotem políticas para financiarem os seguros saúde como meio em direção a cobertura universal em saúde. Portanto Conselheira Santinha sentiu e pressentiu a origem, a natureza dessa proposta. No último relatório da Organização Mundial de Saúde está dito exatamente isso. É necessário que os países alertem para a necessidade de prover aos pobres um seguro social de saúde. A grande diferença não é apenas a questão do acesso, cobertura é um conceito que diz respeito à população coberta por determinado procedimento de saúde, é cobertura vacinal, cobertura pré-natal, etc. Quando ela é transformada num modelo de política, ele está na lógica da agenda liberal da saúde, focalizada e remetida ao mercado. O contraponto com o sistema universal é gritante, por que o sistema universal, além de público, é universal e integral, ele propõe não um pacote de serviços, mas o conjunto dos serviços pautado pelas demandas e pelas necessidades. Ora, o cenário internacional, nós sabemos muito bem, que a OPAS embora ela seja um órgão da OMS, sempre lutou por uma autonomia política. Essa autonomia política faz com que a OPAS crie com a América Latina um compromisso por sistemas universais. Fez uma convocação e pleno poderia apoiar, no sentido que a OPAS se alie aos movimentos sociais, às lutas pelos sistemas universais na Latino América a favor da luta desses países, a favor de sistemas universais. Não podemos deixar que esse conceito que estão fazendo na Colômbia, criminoso, a gente não tem mais tempo para discutir isso aqui, o Sr. Julio Franco, do México, não pode ter espaço na Latina América, mas no mundo não pode ter espaço, porque é perverso, é desumano e a gente conta com a OPAS na aliança a favor da luta pelos sistemas universais. O Gerente de Unidade Técnica de Sistemas e Serviços de Saúde – OPAS, **Félix Rigoli**, agradeceu as contribuições e declarou que o mais importante é sentir que o CNS está defendendo uma coisa que foi uma conquista e que está sempre ameaçada. Nenhuma conquista se comprou e ficou no lugar, sempre vai ficar para trás e estamos numa sociedade num contexto capitalista onde os direitos em geral, a sociedade, tem uma tendência a que seja comprado pelo poder econômico da pessoa. Portanto, lutar ou tentar criar um sistema onde o direito é integral e universal e não depender da capacidade de pagamento. É uma coisa que está como se fosse fora da sociedade normalmente, tem que ser lutado, tem que ser criado e criado permanentemente e então por isso lhe parece muito forte a conversa e não é uma coisa leve. Entendeu que é uma coisa de discussão, também sabe todo mundo sabe que, usando um conceito de utopia, primeiro: não existe. Se vocês vão aos países que vocês achem que tem o melhor sistema de saúde, os cidadãos vão dizer: esse sistema não está bem, tem muito problema. Tem que ter um projeto no longo prazo e tem que estar concretizado. Uma nuance desse assunto também é que alguns desses países que todos pensam que são um bom sistema saúde são países capitalistas, ou seja, o direito à saúde não está essa imagem de que se é capitalista não tem direito à saúde. Existe a possibilidade através de uma luta muito forte da cidadania criar e ter um pouco melhores, um pouquinho piores em diferentes contextos. O caso da Inglaterra é um paradigma. Uma das lutas da Escócia que está tendo um referendo para se separar do Reino Unido e quer criar uma república independente, justamente dizem que os ingleses tem mais saúde, totalmente individualista, sujeita a problemas, iniquidades. O Brasil tem um sistema de saúde muito mais igualitário. A Escócia quer se separar do Reino Unido para ser mais parecido com a Dinamarca. É tudo um contínuo em que em cada país está tentando, e tem pessoas querendo e tem movimentos querendo fazer algo melhor e nesse sentido ele comentava essa ideia de sistema. A segunda consideração geral feita é que a OPAS e a OMS também, não pesam a posição de um país, pesam a posição de muitos países e portanto pretendem oferecer uma evidência, alguma amostra do que funciona e do que não funciona. Não pode dizer que todos os países tem que fazer desse modo, até porque o sistema de saúde é claramente uma resposta à configuração social do país, uma resposta que o país deu a uma necessidade. O Uruguai, que é seu país, porque é muito diferente uns de outros, lhe parece que a OPAS não vai se expressar. O sistema de saúde brasileiro não pode ser feito por outro país, não pode ser esse sistema. A OPAS não pode dizer que o sistema tem que ser universal. O sistema tem que ser coordenado pelo Estado, o sistema tem que ter praticamente, preponderantemente um financiamento público e um conjunto de critério de equidade no acesso ao serviço de saúde. Inclusive aí a colocação das conselheiras Verônica e Simone são centrais. Nem sempre equidade no acesso quer dizer financiamento. As vezes é ter programas específicos. Agora mesmo em seu país, Uruguai, tem uma candidata que está dizendo que a nova bandeira é a bandeira da raça, do gênero, de outras coisas que também são necessárias, porque senão ficamos numa equidade economicista. Os comentários foram muito interessantes. Em referência a Marcos e a Clóvis entendeu que precisa dar uma análise muito mais aprofundada hoje do sistema de saúde. Todos sistemas de saúde são muito diferentes. É muito grave, é muito difícil a tentação de dizer que vai analisar o sistema de saúde de outro país como é sistema de saúde, como é o SUS no Paraguai, e outra coisa, como é o SUS no Brasil. São coisas diferentes. As pessoas que falam que são parecidos são pessoas que normalmente veem só uma parte. Como a pessoa pode ir em outro país e só olhar as coisas que acham familiares ou são parecidas? Vamos ter uma discussão muito mais aprofundada, os sistemas são todos diferentes mas se pode aprender com os sistemas de saúde. Então que coisas se podem aprender, que coisas vamos dizer que podem tomar como lição dos diferentes países, dos vizinhos, de outros muito e muito claramente muito diferentes? Trabalhou na Argentina e em todos países da América. O sistema da Argentina e o do Chile são muitos diferentes do sistema brasileiro, com coisa boa e com coisa ruim e realmente seria muito difícil comparar, a menos que comparássemos com um indicador, por exemplo, percentagem de financiamento público para saúde. Então aí podemos fazer uma tabela e dizer se achamos qual tem melhor financiamento. Mas dizer que o sistema é melhor ou pior não se pode. Foi fazer meu mestrado em Montreal pensando que o sistema canadense era o melhor sistema das américas e começou a entender que todo mundo tinha muita queixa em referência ao sistema de saúde. Descobriu que era basicamente privado, que era feito por hospitais privados, não lucrativos. Tem muita coisa para estudar, possivelmente um seminário, uma coisa mais detalhada. É importante lembrar do que era não ter SUS. Essa é uma tarefa interessante para o país porque deve ter uma geração que não lembra desse tempo. Isso é uma conquista. Não se pode reafirmar sempre só o que aconteceu vinte e cinco anos atrás, é preciso uma pesquisa na linha do tempo de tudo que foi acontecendo desde 1988 até aqui, para avisar do que pode acontecer se voltarmos para trás. O caso da Espanha, de Portugal, da Itália, o tempo mostra de que não é impossível voltar para trás e que é muito perigoso. Tem que ter um pouco dessa amostra, até aqui avançamos, mas temos que seguir e não podemos voltar para trás. São dois perigos diferentes, um perigo não avançar outro perigo é voltar para trás. A necessidade de resgatar o material e as coisas que aconteceram na reforma e juntar isso numa peça de defesa desse processo. Achou muito interessante o comentário em referência que existe uma participação do setor privado. De fato 60, 70% dos leitos hospitalares são filantrópicos e são problemas. Foi assim e ainda continua sendo assim e não tem uma política de como vai se dar essa coisa. Agora estão no estado de São Paulo com problema de agenciamento privado e que realmente é muito. Aí onde o SUS está saindo do marco, começa a entregar para OS, para o OSCIPs, começa a perder esse papel do estado em dar essa função e também concordou completamente que o Sistema Único de Saúde precisa do cartão SUS. Mas é muito mais profundo. Deve estar identificado claramente. Isso é uma coisa para poucas pessoas, mas para duzentas milhões é diferente. Gostou muito do comentário do Jurandi que realmente há uma janela de oportunidade e todas as instâncias às vezes, se movem um pouco devagar e chega o momento em que se pode ir para um lugar ou para outro. Agora é o momento para definir os grandes temas para o futuro. O CNS faz bem em estar levantando esse assunto. A OPAS vai ajudar, tem que ajudar. Não concordou e não acredita que a OPAS defende um modelo. A OPAS defende o modelo de acesso universal, serviço de saúde através do papel do Estado, central e maciço, com financiamento público central. Não é como fala a autora citada, porque ela está falando em partes, porque ela está no México onde tiveram dez anos de um governo que estava fazendo esse modelo, que concordou ser um modelo muito perverso e a reação a isso lhe pareceu adequada. Não sabe se é a mesma situação no Brasil e claramente não é uma posição da OPAS, nem da OMS. É a posição de alguns países. Não quis começar a falar do sistema de saúde do Uruguai do qual participou muito tempo. Achou muito diferente a solução que eles chegaram da solução que chegaram no Brasil. Se chegou muito mais tarde. Hoje tem 60, 70% de população pública a partir de executores que são privados cooperativos. Não seria capaz de apoiar essa solução aqui, não se pode falar de um sistema que recolha de acordo com o volume de ingresso das pessoas e paga de acordo com o risco de idade, de sexo, de outras coisas e com algumas características especiais a umas quarenta, cinquenta organizações de prestação. Pode em algum momento dentro desse seminário que estão planejando tratar o caso do Uruguai. Sobre a necessidade de diferenciar utopia do que está nas leis, do que está para ser efetivado e botar saúde dentro de um conceito maior de saúde concordou completamente. Tem que ser olhado desse ponto de vista. Todos esses enfoques de gênero, de raça e de muitos outros que existem são como se fossem a nova agenda do avanço do sistema. Nos anos 80 se pensava muito em termos econômicos, hoje tem que olhar também outras coisas e se precisa de programas específicos. Sente a pressão dos agentes privados para atrair financiamento para o seguro saúde. Existe aqui mesmo no Brasil. É preciso estar disposto, inclusive a OPAS, a apoiar e avisar o que está acontecendo, que pode ser muito perigoso. Muitas vezes vão passar o sistema nacional de saúde, mesmo nas dimensões do país do Caribe onde tem mais seguros criando cotas diferenciadas, está indo pelo caminho errado, mas o capital está atrás disso. Se um dia lhe convencerem que a OPAS realmente está nisso sairá da OPAS. A OPAS não representa a posição de um país, mas nunca deixaram de apresentar quando um país como o Brasil tenta avisar a outro país para pressionar a OPAS, OMS, Nações Unidas, UNICEF para irem em determinada direção. Também a OPAS não tem ideias isoladas dos países, eles podem influenciar e tem que influenciar muito este formato. Existe uma referência muito importante do Brasil, que é o papel deliberativo da participação social. Esse realmente, possivelmente os conselheiros conhecem mais. Acredita ser uma coisa distintiva do sistema brasileiro e muito, muito importante. O Conselho tem feito muitos esforços, aquela conferência dos sistemas universais do ano de 2011 e 2010, do seminário, do laboratório de participação social. O Conselho tem um papel de criar essa ideia de que a capacidade deliberativa da sociedade tem que ser importante para organizar o sistema. Na próxima que falar dos requisitos do sistema de saúde incluirá a participação social como decisão, não só como escuta, assim como o SAC, Serviço de Atendimento ao Consumidor. O Assessor de Assuntos Internacionais de Saúde/MS, **Alberto Kleiman**, cumprimentou a todos e agradeceu o convite. Vem acompanhando esse debate e esclareceu, na perspectiva do Ministério da Saúde, alguns pontos fundamentais para compreensão maior de qual contexto se discute sistemas universais e cobertura universal e a nota que o Ministério vai lançar. O Ministro comentou no dia anterior que emitirá um texto de esclarecimento completo da questão que, de alguns meses para cá, vem ganhando um corpo que é absolutamente relevante para o debate sobre o SUS que queremos, o sistema de saúde brasileiro que queremos, mas que em razão da forma como foi trazida coloca o Ministério como uma posição que efetivamente não adota. Disse com total clareza e segurança que não há nenhuma tergiversação. Todos já devem ter vivido situações parecidas, de má interpretação de uma fala. Isso não é uma questão de opinião. A primeira coisa que trouxe para o Conselho, com todo o respeito e com toda a deferência, é a disponibilização de todas as posições que o Brasil adotou, formuladas no Ministério, negociadas com um conjunto de ministérios, entre eles o Ministério das Relações Exteriores, pactuadas e apresentadas em todos os fóruns que o Brasil vem participando, na OMS, na OPAS, em Genebra, diante de um cenário multilateral de todos os países membros das Nações Unidas, assim como na OPAS, na Convenção Panamericana em Washington, diante do conjunto de todos os países das américas. Na UNASUL o Brasil defende a mesma posição dos países da América do Sul, MERCOSUL a mesma coisa em seminários específicos sobre cobertura universal e sistemas universais, a mesma coisa. Então o primeiro compromisso. É o texto de todas as posições que o Brasil vem defendendo nos fóruns multilaterais e mais ou menos de um ano e pouco para cá, a posição é exatamente a mesma. Pode-se ver nos textos o que disseram efetivamente e não o que interpretaram, que nós estão defendendo uma posição. O primeiro ponto passado é a clareza da necessidade do aprofundamento desse debate. Soube que houve um debate no âmbito da EXPOGEP do qual muitos dos presentes participaram. Esteve lá no segundo dia, mas parece que o dia quente foi o primeiro dia, onde se discutiu a questão da cobertura universal. Viu os vídeos no na internet e se surpreendeu muito algumas posições que eram, de novo, aquela repercussão de que o Ministério da Saúde vem defendendo. A posição colocada pelo Ministro Chioro foi muito clara, é a posição do Brasil para dentro e para fora. Não fazem o jogo de assumir uma posição para fora e assumir uma posição aqui nessa mesa do Conselho ou em qualquer outra situação. Existe evidentemente essa questão de insistências em algumas questões tentando colocar na boca do Ministério o que Ministério não pensa, não defende e não diz. A necessidade de aprofundamento que ia propor que surja espontaneamente, se conveniente num ano muito curto como é esse de 2014, mas de fazermos um debate, talvez um seminário, trazemos experiências de outros países, como o Félix, representante da OPAS, dizia. Os países tem modelos diferentes, inclusive modelos que adotam sistemas diferentes, muito, muito diferentes do Brasil, mas que visam o resultado de aumentar o acesso, de aumentar a qualidade de vida da população, mas são modelos diferentes. Talvez fosse interessante trazer esses modelos, o pessoal da OPAS, o pessoal da OMS, referência universitária e fazer um debate amplo, complexo, profundo. Colocou a Assessoria Internacional do gabinete do Ministro à disposição para formular juntos, elaborar juntos esse debate que lhes interessa, é uma prioridade da nossa discussão, esclarecer e trocar ideias, trazer o contraditório, a divergência, mas buscando sempre o aperfeiçoamento do nosso sistema, a nossa posição internacional. É muito interessante que o Conselho tem se debruçado, tenha colocado como ponto de pauta esse tema nessa discussão porque ela tem repercussão internacional. Cada vez mais é muito caro esse debate das posições internacionais, do governo brasileiro sobre a saúde que são levadas pelo Ministério da Saúde, possa ter esse espaço de reverberação social. Elaborar, esclarecer, trazer de fora para dentro, levar de dentro para fora, isso é muito rico, enriquece a sua posição e lhes dá muito mais legitimidade nas posições e é o que está acontecendo. É importante esclarecer porque hoje nós discutimos cobertura universal e sistemas universais, porque esse tema veio para a mesa e porque no Ministério estão discutindo isso. Na semana anterior tiveram uma reunião no Itamaraty com todos os ministérios. No âmbito internacional das Nações Unidas, um dos debates importantes na questão do desenvolvimento é o que a ONU vai adotar como agenda depois de 2015, que é o prazo do chamado ODM (Objetivos do milênio). Eles foram lançados há quinze anos, uma grande campanha, a agenda 21, várias outras agendas lançadas pelo sistema Nações Unidas. É um consenso na comunidade internacional o que a campanha dos ODM envolveu os países, as agências, a sociedade civil, as empresas, a iniciativa privada. Os indicadores, eles foram bem aceitos, o sistema como um todo funcionou e a ONU então se apegou a esse modelo dos Objetivos do Milênio, que foram pactuados. A importância que se diz na época da aprovação dos ODM, houve muita crítica também, porque os indicadores não eram exatamente o que se buscava, mas de fato o que a comunidade internacional, de certa forma, aceitou isso e veio crescendo. O prazo dos ODM vence em 2015, que é quando os países devem mostrar para as suas próprias populações e para a comunidade internacional o que conseguiram avançar em termos de objetivo, o que conseguiram atingir ou não. O Brasil conseguiu atingir uma série deles e vários sistemas nacionais e internacionais foram criados para monitorar o que os países alcançaram ou não. Podem disponibilizar o do Ministério da Saúde a todos. O Brasil atingiu antes do prazo de 2015 a redução prevista de mortalidade infantil, que vem reduzindo, a que mais reduziu dos países em desenvolvimento, os “Middle Income Countries”, os países de renda média. E entre os BRICS é o que mais reduziu. Mas não atingiu outros, por exemplo, a mortalidade materna que é uma meta a alcançar. Esse debate está acontecendo em todos os países do mundo. A ONU, preocupada com o vencimento do final da campanha está buscando o que fazer depois de 2015. Então nasce na agenda global esse tema, agenda de desenvolvimento pós 2015, o que vai ser. Esse debate mobilizou países, governos, grandes autoridades, grandes especialistas e vem se dando. Se analisarem os oito objetivos do milênio, três deles são de saúde: a redução da mortalidade materna, redução da mortalidade infantil e eliminação ou redução das doenças como AIDS, malária, tuberculose e outras. De oito, três especificamente sobre saúde. A responsabilidade dos sistemas de saúde (sem falar de outros temas como, valorização da mulher, temas sobre desenvolvimento que indiretamente levam a saúde) acabaram tendo um protagonismo muito forte nessa agenda de desenvolvimento. Então a OMS como a agência representante dos sistemas das Nações Unidas começou a mobilizar os países dizendo que a saúde não pode perder espaço nessa agenda pós 2015. Como se refletir como saúde, como comunidade global de saúde nessa nova agenda que ninguém sabia muito bem o que ia vir. No meio do caminho veio a Rio Mais Vinte, que traz um novo tema para a agenda com muita força que é a questão da sustentabilidade. Então os ODM, com a Rio Mais Vinte virou ODS, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Esse é o ponto inicial do debate da cobertura universal, porque a saúde começa a se preocupar com os temas que foram ou não atingidos e não entrariam mais na agenda pós-2015. É um esforço global de canalização de esforços, de financiamento, de preocupação de debate. Todas as agências da ONU estão preocupadas se estarão refletidas nessa nova agenda e a saúde é uma delas. A saúde se viu diante de um dilema: como refletir, qual a principal bandeira global hoje? No início desse debate foi muito curioso acompanhar que todas as áreas da saúde, os diversos setores muito bem organizados, começaram a indicar que eles tivessem, que eles fossem a bandeira. Começou a ter uma espécie de disputa saudável. O pessoal que cuida das doenças crônicas, o pessoal do câncer, que hoje é alta taxa de mortalidade no mundo todo, o pessoal da AIDS o pessoal das negligenciadas, o pessoal dos sistemas. Começou haver uma briga de qual seria a bandeira adotada formalmente pela saúde. A OMS, diante desse dilema, começa a buscar uma bandeira única que unificasse todos os países, como atingir essas várias metas que cada área, que cada tema da saúde quer defender? Como vamos conseguir reduzir ou pesquisar a questão do câncer, como conseguir enfrentar o mal das doenças crônicas não transmissíveis, como continuar avançando na imunização, como ampliar as campanhas, ou seja, como atingir tudo o que queremos em saúde? A resposta encontrada depois de muitos debates é ampliar o acesso. Ampliando o acesso, tudo isso vai necessitar de ampliação de acesso, então defender a ampliação da cobertura universal para todos. Essa foi a descoberta, esse é o histórico da cobertura universal. Mas o Brasil fala, cobertura universal sim, desde que baseada no princípio de universalidade, de equidade, mas outros países que têm outros sistemas também queriam mas não tinham o sistema financiado dessa forma. Países da América do Sul por exemplo, a Colômbia na recente reunião da UNASUL, instruiu a seguinte informação: o sistema brasileiro é muito belo mas na Colômbia estão preocupados com resultado e o sistema não é totalmente público, é um sistema mais ligado ao financiamento através da previdência, ele demonstra mais resultados de acessos. Iniciou um debate sobre qual o sistema traz mais resultados para o acesso a população. O tempo para marcar uma consulta no Brasil no SUS varia. Na Colômbia demora três meses, com um mês eu consigo uma consulta, mas para quem? Não é um debate simples, toda a população colombiana consegue uma consulta no especialista em um mês? Como fazem, como financiam, é verdade? Aí os canadenses afirmam ter o sistema totalmente público. Os britânicos têm um sistema de 95%, praticamente não há hospitais privados no Reino Unido, ‘é o melhor sistema público universal conhecido talvez, mas eles defendem cobertura universal na OMS, assim como os canadenses que tem um sistema praticamente público, 95% de cobertura para toda a população de trinta milhões de habitantes, mas o Brasil tem duzentos milhões de habitantes, como financiam? Lá é totalmente descentralizado, são as províncias que financiam, que têm os recursos. O governo federal canadense tem muito pouca incidência, é outro modelo. A França também tem um sistema de cobertura universal mas numa modelagem diferente da nossa, eles também defendem cobertura universal como bandeira. Há mais variedades nesse debate do que aparentemente se discute no Brasil. Os países de diferentes modelagens, de diferentes perspectivas, de diferentes modelos de financiamento, com maior ou menor atenção, com maior ou menor cobertura, com sistemas privados mais abrangentes e menos abrangentes tem defendido o sistema de cobertura universal na OMS porque eles entendem que a discussão do que vai ser cobertura universal ainda não ocorreu. Quais serão os indicadores, quais serão os conceitos, quais serão os princípios? Os canadenses que também são um modelo muito interessante, porque efetivamente têm um sistema de informação radical, que mostra a prova da cobertura universal, dizem que defender a cobertura universal, mas não está na nossa Constituição a saúde como direito. O Brasil tem saúde como direito constitucional pela conquista social. E em outros países o executivo maneja a cobertura ou maneja o sistema de saúde de acordo com a sua conveniência política, de acordo com suas possibilidades de financiamento e assim por diante. É importante entender que esse debate se dá num ambiente multilateral de muita multiplicidade e o Brasil não quer fazer, como alguns países, de chegar num espaço multilateral e dizer que o sistema que tem que valer é o dele próprio. Impor para os outros o que é melhor para ele, achando que o dele é melhor. O Brasil não adota essa posição nos fóruns multilaterais e por isso é reconhecido e respeitado. O Brasil é um país de alta flexibilidade na negociação, entretanto nunca deixando de expor sua posição. Citou um exemplo de uma situação que eu viveu na OMS, num debate muito forte sobre o acesso da população LGBT. Era uma proposta americana e tailandesa que foi para a mesa, mas alguns países queriam retirar dar pauta, porque eram totalmente contra, nem discutiam, eram contra estar na pauta. O Brasil obviamente se alinhou por um proposta de resolução que acabou no âmbito das negociações houve um racha na OMS com essa discussão, e ela nem entrou em pauta. A discussão era se entrava ou não em pauta. Ficou mais de cinco horas discutindo se entraria ou não na pauta. Num certo limite da discussão os Estados Unidos aceitaram retirar a proposta e não levaram para a pauta. O Brasil ficou sozinho na discussão argumentando, até que geramos um impasse, porque o Brasil não era o proponente da resolução, mas acreditava firmemente que aquele debate tinha que ocorrer. Na hora do almoço os países vieram contemporizar o Brasil, dizendo entender que se insistíssemos nessa agenda iríamos causar um retrocesso à causa. Se o acesso à saúde das populações LGBT entrar na pauta irá à votação onde vai perder, e aí vai ser um retrocesso. Essa negociação multilateral é complexa, quando o país leva um tema para a discussão ele pode ver o tema que ele quer promover sofrer um retrocesso e isso tem que ser levado em consideração. E isso foi o que aconteceu com o debate da cobertura universal em grande medida. Como o Brasil levava sua posição de cobertura universal desde que o fortalecimento do sistema universal, com equidade, com financiamento público que é a posição que o Brasil defende, sempre defendeu, os países começavam a dizer que não daria certo. O Brasil mantém sua posição e o conjunto dos países acabou adotando a cobertura. O que vai ser vai ser essa cobertura será definido de forma multilateral no conjunto de todos os países, cada qual com seu modelo. Daqui para frente, até setembro. Esse debate todo pode inclusive não dar em nada, porque ainda não sabemos como os países vão defender os novos objetivos do milênio. É capaz que a saúde nem entre como cobertura universal, é capaz que a saúde entre como melhoria da capacidade de vida ou aumento da expectativa de vida que o Brasil também defende. A pressão do Brasil foi a defesa da cobertura universal, baseada em direitos: 1. fortalecimento de sistemas, 2. atendimento dos objetivos do milênio não cumpridos (mortalidade materna) 3. aumento da expectativa de vida. Isso inclui toda a atenção do sistema universal. Confirmaram a posição oficial, a reformulação, o fortalecimento dos sistemas. Não existe nenhuma postura do Ministério da Saúde de duplo discurso. O MS tem clareza de que quem define as prioridades, o financiamento, a forma de gestão do sistema brasileiro é o Brasil. O debate global se dá no contexto da agenda pós-2015. Ninguém vai trazer da OMS uma determinação de o Brasil adotar essa ou aquela posição. Quem adota, quem define a adoção do sistema universal é o espaço como esse Conselho, é o governo brasileiro, é a presidente, os deputados, a sociedade brasileira. Não há nenhuma mudança com relação a isso e é isso que nós vamos defender no cenário multilateral, no cenário internacional. O Conselheiro **Luiz Anibal Vieira Machado** pediu questão de ordem para dizer que todos estavam nesse evento e a importância deesse contexto é que possa criar um documento reafirmando a defesa do sistema, através de uma resolução. A Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** esclareceu que isso remete a uns dois anos atrás, quando souberam que o Ministério da Saúde estava fechando uma parceria e nomeando uma rede de *fast food* como amiga da saúde e também foi colocado na ocasião pelo Ministério da Saúde de que aquilo foi um grande equívoco, um mal entendido e que a leitura que foi feita na época foi enganada e equivocada. São muito válidos esses esclarecimentos, mas falando de acesso, teve oportunidade de ver um clipping da reunião que passou na OPAS onde um representante do Ministério da Saúde fazia uma defesa muito clara sobre a cobertura universal, pode ter sido também equivocada. Esse plenário não tem nenhuma resistência em ouvir com toda a vontade de compreender que o Ministério não faz essa defesa. Isso lhes alivia. O Ministro antecipou essa tentativa que o Assessor de Assuntos Internacionais fez. Se essa nota de esclarecimento do Ministério atender, é possível tirar um documento que fosse homologado pelo Ministro, esclarecendo e reafirmando os princípios do SUS e esclarecendo todo esse equívoco, mas na perspectiva de ter uma nota do próprio Ministério o CNS pode aguardar. Agradeceu a presença bastante oportuna do Assessor. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** resgatou o objetivo da mesa de fazer um debate da posição do Brasil na defesa dos sistemas universais, com a vinda do Ministro também considerou que a posição governamental já estava colocada, pública, mas cabe ainda continuar com o debate até porque jamais pensariam diferente já que o governo não está autorizado pela sociedade brasileira a desconstruir o que é garantia constitucional. A autoridade do país, mesmo que num espaço bilateral ou multilateral, não cabe a nenhum representante do governo desconstruir o que historicamente, asseguradamente já está como um marco legal. Não cabe atribuir responsabilidades personificadas, até porque várias pessoas entenderam que num determinado ambiente, era o ambiente do fórum internacional que antecipava a II EXPOGEP, no contexto, nesse jogo um tanto dúbio ou confuso de terminologias, muita gente interpretou dessa forma. Em um ambiente internacional é disputa de concepção, do mundo, de posição, então não dá para ser ingênuo que simplesmente um debate é por conta de terminologias. A autonomia dos Estados deve ser assegurada e até onde esses acordos internacionais alguns deles, realmente vêm para consolidar avanços e outros para comprometer avanços. A gente está num momento de disputa onde, na verdade, a crise econômica está ditando muito mais essa linha da cobertura do que garantias de sistemas universais. Não dá para ser ingênuo, não é um termo, não é uma discussão meramente conceitual, e sim o debate político do posicionamento e de concepção de mundo, de sociedade, de confronto ideológico. Tem que ter clareza disso. O debate não está finalizado e, independente do episódio OPAS, o I Fórum Internacional, a disputa está no centro do debate. Não é responsabilidade de uma pessoa ou interpretação equivocada de alguém. O debate está no centro da disputa e vale a nota do Ministério, vale o posicionamento da sociedade brasileira em reafirmar o que é garantia do que é um sistema universal. Alguns equívocos que são cometidos porque se faz uma conceituação meio fora de método. Não dá para discutir política social, papel do Estado, papel da sociedade, condições de materializar uma política social sem trazer qual o método de análise, porque para alguns pode até trazer a saúde como uma forma compensatória de fazer o capitalismo funcionar para ter uma força de trabalho saudável. Não é isso que se está discutindo, está discutindo uma concepção nos marcos do projeto civilizatório e faz toda a diferença o que antecedeu essa garantia do direito a saúde na Constituição brasileira. Foi um processo de mobilização social, em defesa de um projeto civilizatório. O tempo inteiro se está colocando isso. A gente não quer uma sociedade mais saudável para ter uma classe trabalhadora saudável, simplesmente da lógica capitalista. Nós queremos uma sociedade saudável para ter perspectiva de vida, para ter sentido de vida, para ter sentido de viver. Isso o tempo inteiro está em disputa. Independente do episódio nós temos o tempo inteiro que reafirmar essa construção histórica, política, mas também não dá para desconsiderar que esse debate veio no ano de 2005, reiterado em 2008 num momento de crise do capitalismo na Europa. Não dá para descontextualizar que era um momento exatamente que se colocava os gastos sociais como sendo de novo o vilão da história. O Brasil se saiu bem na crise de 2008/2009, exatamente pela capacidade que se teve das políticas sociais de fortalecer o mercado interno, um consumo interno e proteger um pouco a população mais desprotegida historicamente. Então quando a gente está colocando política social no marco do capitalismo é também garantindo muitas vezes a estabilidade interna do país frente a toda uma onda de economia internacionalizada que afeta a capacidade dos países em garantir determinadas situações. Quando se traz , seja o projeto da reforma sanitária, nessa perspectiva do projeto civilizatório, seja a discussão de uma concepção de um sistema universal de saúde como é o SUS, na véspera foi reiterado que é para garantir mudanças sociais. Indiscutivelmente o Brasil fez mudanças sociais reduziu a situação de fome, de pobreza, de mortalidade infantil, está vivendo uma situação de emprego, fome, pobreza, mortalidade infantil. O Brasil tem gerado mais emprego com carteira assinada inclusive, pode até dizer que está vivendo um certo pleno emprego, mas também não garantiu, apesar desses avanços um papel maior, relevante do Estado em garantia a proteção efetiva a classe trabalhadora. Tanto é que não avançou em saneamento. Se avançou em moradia popular mas moradia é a partir de crédito, financiamento. A gente não avaliou ainda o endividamento da família, mas sabe que tem especulação imobiliária por conta do incentivo do crédito imobiliário enorme. Não avançamos na questão do debate do transporte público, está aí a grande onda nas ruas com essa questão da mobilidade urbana, avançamos no combate a fome. Mas tem uma discussão ainda da segurança alimentar e nutricional. O Brasil não superou a sua condição de dependência e cada vez mais importa tecnologias dependentes, com altos comprometimentos, inclusive da saúde, como os transgênicos, os agrotóxicos e ainda não enfrentou questões ambientais de fundo. É importante colocar isso porque também está no marco dos objetivos de desenvolvimento sustentável, está no marco dos objetivos do milênio e o Brasil teve dificuldade de assegurar esses avanços. A questão de gênero, de raça, não se pode minimizar a importância desses condicionantes. O marco da política social, capitalismo como enfrentamento das desigualdades de classes sociais mas também tem outros condicionantes, da pobreza, da fome, da exclusão, da descriminação, são as questões de classe, de gênero, de raça, de etnia. Para discutir condicionantes e relações sociais, esses elementos da desigualdade fazem toda a diferença. Isso é alimentado e produzido pelo capitalismo. As mulheres ganham muito menos do que os homens, a população negra está em situação muito maior de desvantagem numa sociedade que ainda se diz democrática. Há muito preconceito em relação a quem tem e vivencia outra orientação sexual. Não são menores os elementos condicionantes para enfrentarmos e garantirmos o sistema universal de saúde. Reiterou que falar em proteção à saúde numa perspectiva universal e integral em todas as fases da vida, o Brasil até muito pouco tempo atrás, discutia saúde para quem estava numa fase produtiva, trabalhador com carteira de trabalho assinada, trabalhador vinculado a mercado de trabalho. Não se quer retroceder para essa situação de que só tem proteção quem tem uma condição de produtividade e garantia a partir dos seus salários, sua contribuição direta, uma proteção social. Qual é o papel do Brasil nesse cenário mundial sobretudo a América Latina. Tem que comparar essa questão de acesso, de resolutividade, de qual é o sistema mais eficaz ou mais eficiente. Com todo o respeito e tranquilidade, esse não é o debate que a gente quer fazer, se o sistema é mais eficaz ou eficiente, é mais resolutividade a partir das necessidades sociais, é isso que a gente quer discutir, e nesse sentido a gente sabe que a linha da cobertura se não dá, não dá para o Brasil cobrir isso, é uma linha de cobertura mínima e nós estamos falando de uma questão básica. E básica não quer dizer mínima, tem toda uma diferença, o básico para a gente é garantir promoção a saúde, assistência a saúde, reabilitação, com um conjunto de outras políticas intersetoriais. O direito básico a saúde não pode ser comparado ao direito mínimo que nessa perspectiva de cobertura está colocada sobretudo pela capacidade de pagar pelo serviço. A questão não é a posição do Ministério da Saúde num determinado espaço porque ele não está autorizado a desconstruir o que historicamente nós conquistamos. Esse é um debate em disputa o tempo inteiro e cabe a nós afirmarmos qual deve ser a posição do Brasil sem precedente nenhum de retrocesso. O governo tem responsabilidade. A posição é de ter uma nota oficial pública que reitera isso. Não estão disputando com o Ministério da Saúde, estão fazendo uma disputa num cenário internacional que o Brasil tem um papel e que nós queremos que a OPAS venha junto. E o Ministério não pode pensar diferente. Não dá para colocar responsabilidades em determinadas pessoas ou em determinados ambientes, a disputa está colocada assim e esse é o nosso papel para ir demarcar posição para que a OPAS possa avançar, para que o Brasil faça diferença nesse debate e não fique tratando como um simples jogo de terminologias. A gente vai ter que enfrentar o debate de um padrão de integralidade. Como com essa forma de contribuição, com esse orçamento da saúde, com uma população que cresce, que tem várias necessidade de saúde, o que é de fato então uma cobertura universal com essa tendência toda que o Brasil tem de envelhecimento, e etc, de modo de vida. Não temos que discutir o padrão de integralidade, agora isso não significa dizer que nós vamos querer discutir também redução da perspectiva de um sistema universal. A discussão da reforma tributária, da seguridade social, fica claro no debate sobre financiamento da saúde. Fica muito evidente também para nós que a macropolítica econômica tem pressionado Estados, nações, inclusive para poder enfrentar toda essa onda de internacionalização, enfrentar alguns caminhos. O que a gente percebe no Brasil, mesmo que o governo brasileiro queira e afirme defender o sistema universal, o subfinanciamento histórico, não vamos atrelar a este governo a única responsabilidade, mas o subfinanciamento histórico para quem afirmou desde 1988 ter um sistema universal e esse subfinanciamento vem até de antes, não condiz com a posição de um governo também que quer defender um sistema universal. Isso a gente tem dito em todos os lugares, se o governo afirma um preceito constitucional, uma conquista histórica, na prática também com o subfinanciamento que vem sendo mantido, termina comprometendo essa perspectiva. Sobretudo não dá para alegar no caso do Brasil que nós temos a seguridade social no orçamento comprometido, pelo contrário, ele mesmo com a DRU, mesmo com o pagamento da dívida pública, com o superávit primário, a seguridade social ainda é superavitária. Mesmo assim um governo democrático que nós elegemos não reverteu essa lógica de subfinanciamento da saúde. Então a nossa bandeira, inclusive para além da reforma tributária, é defender efetivamente que o dinheiro da seguridade seja para garantir o sistema universal que a gente preconiza, e o tempo inteiro está em disputa. Mesmo um governo que afirme, que tem colocado nominalmente mais recursos, mas o problema não é mais recurso, é financiamento estável, é um sistema de seguridade que garanta sustentabilidade pelo longo das gerações e das décadas e não fique à mercê da correlação de força econômica internacional. O Brasil tem feito algumas escolhas que ao mesmo tempo avançam e ao mesmo tempo retrocedem. Avança às vezes a conjuntura aumenta e retrocede estruturalmente na perspectiva do sistema universal. As eleições são uma oportunidade, a 15ª Conferência Nacional de Saúde é uma oportunidade, o povo estar na rua é uma oportunidade, os objetivos do desenvolvimento sustentável são outra oportunidade. O Brasil fez um esforço em atender os objetivos do milênio, a gente precisa fazer mais esforços ainda. Não é aqui uma posição simplesmente de confronto, com o que foi dito ou deixou de ser dito, mas é uma posição mesmo de afirmação política num momento em que a disputa está colocada no contexto internacional e que o Brasil tem sim que afirmar sua posição e influenciar os países da América Latina e parceiros internacionais como a OPAS e outros. A Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** encerrou esclarecendo que não se trata de personalizar, mas sim considerar que ali estava um representante do Estado brasileiro. Então a origem da preocupação desse plenário vem exatamente do que foi expresso naquela reunião e isso não é o ponto. A gente dá uma abrangência e abre o debate para que, buscando essa preocupação seja reduzida através desses esclarecimentos. Sobre os encaminhamentos três das cinco propostas que vieram foram atendidas. Há uma sugestão da Ivone e da Laura de use com vistas à 15ª Conferência Nacional de Saúde, resgatar o material e usar o texto da Asa Cristina Laurell. Cláudio foi atendido com o comentário do Félix em relação ao sistema uruguaio. A Ana sugere também que a OPAS se alie a essa luta e tem uma proposta de fazer seminário onde possa discutir com mais propriedade esse tema e reduzindo essa nossa preocupação. E a questão do documento que e depois foi reafirmado pela mesa para que o plenário tire um documento que possa ser homologado pelo Ministério. A Conselheira **Aline Albuquerque Sant'Anna de Oliveira** sugeriu em relação aos encaminhamentos, porque a abordagem aqui internacional ela sempre se focou na OPAS e na OMS, e há toda uma abordagem de direito humano à saúde que é desenvolvida pelo comitê da ONU sobre os direitos econômicos, sociais e culturais, inclusive sobre a questão da universalidade, a questão do acesso e é uma posição muito mais próxima do que todos aqui defendem, o SUS, que seria importante inserir essa abordagem dos direitos humanos que a ONU sustenta, o vice comitê e a agência de saúde que é a OMS. O Conselheiro **Clovis Adalberto Boufleur** entender não ser necessário produzir um documento para praticamente reafirmar o que está na Constituição. Seria preciso pensar melhor qual estratégia para se manifestar formalmente e materializar os debates. Não vê urgência em fazer isso de uma maneira que não tenha resultado, por isso gostaria de realmente aprofundar esse debate, não é nem querer adiar mas fazer mais um documento que acaba sendo uma reprodução formal da lei, da Constituição até enfraquece porque te repete o que é bem mais forte que é a Constituição brasileira. Seria reafirmar um pouco na linha de como se consegue influenciar verdadeiramente o Brasil primeiramente e outros países da América Latina, quiçá outros países do mundo. No Brasil a gente tem medo de enfrentar de fato grandes reformas e mudanças. Deu um exemplo bem simples. Há alguns anos atrás se criou um seguro no Brasil (seguro no Brasil está em desuso da área de saúde), mas um deles perseverou, que é o seguro do DEPEVAT. Hoje são cerca de cinquenta milhões de carros no Brasil, cada pessoa que tem carro paga cem reais por ano, para três questões: seguro de morte, invalidez e uso de serviço de saúde. Quem provoca um acidente vai para uma emergência e nós aqui cansamos de discutir que emergência, 90% é SUS, então você paga por um seguro que você vai usar um serviço público que não tem como ressarcir, porque para ressarcir o DEPEVAT você tem que ter nota do que você gastou naquela emergência. Você pagou os serviços de saúde, médico, hospitalares enfim. Esse tipo de debate parece que nós precisamos fazer porque, porque nós temos um sistema universal tributado três, quatro, cinco vezes diferentes. Então quando nós discutimos esse assunto nós precisamos ser um pouquinho mais práticos para melhorar os nossos serviços, viabilizar porque na hora que vir questionamentos como esses: quanto tempo leva para você fazer uma consulta no SUS? Quanto tempo leva para você resolver o problema de saúde no Brasil? Nós estamos tão pulverizados porque ele é único mais é com três entes federados e o brasileiro vale 100% em um estado, em um município 5% ele vale em outro município em termos de direito, ele não tem acesso. Propôs discutir mais o assunto e não tomar decisão que sejam embasadas em mudanças reais do nosso sistema. A Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** comentou que essa mesa sobre os sistemas universais de saúde e cobertura, que será uma preparação para a 15ª Conferência Nacional de Saúde reúne um espaço internacional. Não é comum a representação internacional do Ministério da Saúde vir aqui, como a OPAS com o Félix que a gente está mais familiarizado. Então reportou a seguinte questão, é preciso inserir o Conselho Nacional de Saúde nesse debate, o conjunto de colegas aqui que além de dominar inglês, tem experiências internacionais. Também várias vezes ao longo desse tempo a gente conversa mas não dá seguimento ao que acontece, por exemplo na África, o que acontece em Portugal, enfim, em Cuba, e o que que acontece nos outros países, então pediu ao representante Assessor do Ministro, que o Conselho Nacional de Saúde esteja na representação do Brasil em Genebra na reunião de maio. Quando a gente se mostra nesses espaços, vai lá e aprende a gente pode trazer. Pelo tamanho da missão nós também temos que cuidar desse aspecto internacional e isso não tem sido uma continuidade. A gente tem que ampliar esse conhecimento e aproveitar a contribuição internacional que vários colegas aqui tem. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** observou a necessidade de aprofundar esse debate no espaço da plenária do Conselho Nacional de Saúde. É um tema muito delicado porque é uma posição do país e como essa posição deve ser colocada no cenário internacional em respeito até à diversidade e à pluralidade de configurações dos sistemas de saúde que existem. Um quarto da população brasileira usa os planos de saúde e os seguros de saúde e três quartos dependem do SUS. Um aprofundamento maior, uma escuta maior, trazer com mais detalhamento essas visões que são externadas e pactuadas em cartas de compromissos internacionais. Houve o Fórum Global de Recursos Humanos em Saúde que aconteceu em Recife, e lá a carta que o Brasil é signatário, a terminologia é cobertura universal de saúde o tempo todo. Nós estamos assinando documentos internacionais e nos comprometendo com essa abordagem, essa forma de resignificar o nosso acesso universal, o nosso sistema universal. A ALAMES tem debatido muito sobre essa diferenciação entre cobertura universal e sistema universal e deveria fazer parte desse seminário. Verificar quantos documentos já foram assinados pelo Brasil com essa nomenclatura que está sendo usada no cenário internacional e encaminhar qual o modelo que nós queremos na prática e sair da utopia para a realidade desse SUS de todos. A Conselheira **Ana Maria Costa** informou que as entidade, CEBES representa a ALAMES no Brasil. Esse debate internacional tem sido extremamente vigoroso e nós identificamos uma necessidade uma resistência muito grande. A mesa tranquilizou até pelo reforço da fala do Ministro no dia anterior e lhe destranquilizou a fala do Assessor. Porque estamos fazendo uma concessão a conceitos. Se essa exposição tem sido a nossa fala no plano internacional nós estamos fazendo uma confusão conceitual que é muito imprópria. Também lhe destranquiliza essa mensuração e a avaliação de sistemas universais pelo tempo de acesso. A Colômbia pelo exemplo citado, tem tempo de consulta de trinta dias mas não garante internação e não cobre determinadas patologias. Está restrita a determinado grupo populacional, então é um sistema que não nos convém de jeito nenhum. Esse assunto tem que ser politizado, porque a questão da cobertura universal que está atrelada ao seguro social é um modelo que não cabe, que não garante a saúde como direito, a responsabilização do Estado. Na prática nós estamos tendo uma conferência mundial agora em maio precisamos encaminhar com urgência essa posição brasileira. Se é possível se fazer o seminário para aprofundar e tirar uma posição, ótimo, mas nós precisamos que essa posição brasileira seja publicizada e nós temos que levar uma revisão crítica desse conceito porque ele é falacioso, ele é enganoso. Se é só para garantir acesso, porque não acesso universal? Porque não acesso, porque cobertura é um conceito falacioso. O Conselheiro **Luiz Anibal Vieira Machado** disse que gostaria de poder gozar do mesmo otimismo que o Clóvis, porque se formos entender de que está tudo certo o que está na Constituição, o que está garantido nós não precisávamos ter Conselho Municipal, Estadual nem Nacional, nós não precisávamos ter conferência, nós não precisávamos estar aqui discutindo, é só garantir o que está na Constituição. Nós não temos nem médico aqui no anexo do Ministério da Saúde. Reafirmou sua posição de que se discuta mas que se tire o documento do Conselho Nacional. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** acrescentou o encaminhamento de pautar novamente o tema. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** concordou com a preocupação do Clóvis que não cabe um documento do pleno e sim do Ministério. Cabe ao CNS reiterar isso num processo de construção da 15ª Conferência Nacional de Saúde e de um seminário. É preciso ter subsídio para os nossos argumentos, a posição do Brasil já é pública, da sociedade brasileira é pública e o marco constitucional não é isso que está sendo discutido, o que está sendo discutido são argumentos para ir para o debate político nos espaços que a gente está aqui reiterando, então a 15ª Conferência Nacional de Saúde é a referência. O que cabe é o debate de concepção, de argumentação, de reafirmação de a gente contribuir para que o Brasil assuma um papel protagonista nesse enfrentamento, temos um parceiro como a OPAS, como a ALAMES e o próprio Ministério da Saúde para fazer essa construção, então não vamos aqui nos arvorar, fazer um documento e que ele seja inócuo ou menor do que na verdade está se propondo com esse debate. O Assessor de Assuntos Internacionais de Saúde/MS **Alberto Kleiman** agradeceu e repassou uma mensagem que se o Conselho entende e se sentiu mais tranquilo com a fala do Ministro e menos tranquila com a sua, é evidente que devem ficar com a fala do Ministro. Então voltem para a casa tranquilos, tranquilas, porque a fala do Ministro é a fala definitiva e isso na verdade é uma confusão que merece atenção e aprofundamento. O encaminhamento está correto e reiterou que a disposição da Assessoria Internacional é um órgão do gabinete do Ministro, ou seja, cumpre as determinações do Ministro Chioro e antes do Ministro Padilha, e querem aprofundar esse debate e estão abertos a essa e demais temas que o Conselho julgue relevante da agenda nacional para serem trazidos aqui, a questão dos ODM trazemos aqui uma apresentação detalhada do processo. Os encaminhamentos será levado em consideração a proposta feita pela colega conselheira de uma participação mais efetiva nos espaços, a Assembleia Mundial de Saúde que acontece todo ano em Genebra e que reúne todos os ministérios da saúde, é o espaço debatido, o Brasil tem uma tradição de incorporação da sociedade civil nas delegações internacionais, isso fortalece a posição do Brasil e o governo brasileiro não tem nada a esconder, muito pelo contrário, entende que a participação da sociedade civil vai trazer aqui. Se vissem o que passam nos debates iam entender muito melhor até onde esse tema da cobertura universal está inserido na esfera internacional e que diferente do que se falou ou que vem se falando, a posição do Brasil não tem nada a ver com a questão do pacote mínimo, muito ao contrário. Essa é a posição que levam internacionalmente, nenhuma outra. Irá disponibilizar todos os documentos nesse sentido, para dar um aporte importante para essa discussão e como o Ministro disse no dia anterior a nota oficial do Ministério da Saúde com relação esse tema vai ser lançada nos próximos dias. A Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** disse ter sido muito útil a vinda e esclarecimentos do Assessor. perguntou ao Conselheiro Luiz Anibal Vieira Machado se estava convencido e retirava o documento ou o mantinha. O Conselheiro **Luiz Anibal Vieira Machado** respondeu que expressou suaposição. A Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** colocou em votação as duas propostas em realçaõ ao documento. O Conselheiro **Luiz Anibal Vieira Machado** retirou o encaminhamento. A Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** agradeceu a todos e encerrou a mesa. O Conselheiro **Marco Antônio Castilho Carneiro** invocou questão de ordem para, avaliando o horário, o tempo de apresentação da COFIN, haveria duas horas para discutir a pauta da COFIN e já está muito incomodado com essa questão dos horários e aí fazendo todo reconhecimento ao esforço da mesa, as temáticas que são trazidas são de fundamental importância mas não consegue conceber um Conselho discute política pública de saúde que nesse momento trata da saúde do trabalhador e da trabalhadora não olha para sua própria saúde. Os horários estão muito extensivos, o primeiro dia de plenária tem terminado muito tarde. Reconheceu o esforço da mesa diretora, a importância das temáticas mas pediu que fique consignado em ata e que se faça a sugestão de que essa mesa possa rever a metodologia de trabalho. Porque é impraticável ficar onze, doze horas quase ininterruptos, sem nenhum demérito ao que se discute, que é fundamental, mas se não olharmos para a nossa saúde como construiremos a saúde como um todo? Então nesse sentido, propôs interromper agora para almoço, considerando que a próxima pauta tem duas horas de discussão. A Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** afirmou que a mesa acolhe e concorda com a colocação, mas a COFIN precisaria apenas de trinta minutos e preguntou se poderiam estenderiam a reunião porque o Assessor viajaria. O que foi acolhido. **Encaminhamentos: 1) a realização de um seminário sobre as diferenças entre os dois sistemas com desdobramentos para a 15ª Conferência Nacional de Saúde e resgatando os textos trazidos pelas Conselheiras Ivone Evangelista Cabral e Maria Laura Carvalho Bicca, incluindo OPAS, ALAMES e MS, inserindo outras posições como direitos humanos. 2) o envio de representante do CNS na comissão brasileira para o evento da ONU a ser realizado em Genebra em maio. 3) Pautar novamente o tema. ITEM 8 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO – COFIN/CNS -** *Apresentação:* **André Luiz de Oliveira,** Coordenador Substituto da COFIN/CNS; **Francisco Rózsa Funcia,** Consultor Técnico da COFIN/CNS. *Coordenação:*Conselheira **Maria do Socorro de Souza,** Presidente do CNS. O Conselheiro **André Luiz de Oliveira** cumprimentou a todos e informou ter sido incumbidocomo membro titular da COFIN, substituindo o coordenador, Ronald Ferreira dos Santos que participou do primeiro dia da reunião, mas na noite anterior teve que ir para São Paulo fazer uma negociação a respeito do movimento Saúde Mais Dez e depois terá que se deslocar para Fortaleza para a Oficina Macrorregional que já começou e contará com uma atividade explícita do Saúde Mais Dez em Fortaleza, no evento da Rede Unida. Deixou claro que os informes, as tratativas seriam bem rápidas, o mais rápido possível, estipulando o teto das 13 horas conforme determinado na pauta oficial e se caso não seja possível vencer, logicamente haveria pausa para o almoço e depois retornariam com as necessidades finais. A primeira informação é que foi enviado à COFIN o RAG 2013, o Relatório Anual de Gestão. Já possuem essas informações e na próxima reunião da COFIN nos dias 23 e 24 de abril será debatido o RAG 2013 e é sugestão inclusive da COFIN, que a Secretaria Executiva possa enviar a todos demais conselheiros para tomar ciência do RAG e também em tempo hábil, até o dia 22 ou 23 de abril, receber algum aporte ou comentário pontual dos conselheiros para acrescentar no relatório final da COFIN que no próximo mês seria debatido no pleno. A Resolução nº 495 do Conselho, votada e aprovada na reunião ordinária de fevereiro se encontra no gabinete do Ministro aguardando avaliação. Para quem não está lembrado, a Resolução nº 495 é aquela resolução que discutiu e definiu as diretrizes que o Conselho sugeriu ao Ministério da Saúde a para a construção do PLDO trabalhando algumas necessidades e prioridades de entendimento do pleno. Ela aguarda a avaliação do setor jurídico do Ministério e a homologação da resolução. Cabe ao pleno agora avaliar o que vai ser enviado dia 15 de abril ao Congresso Nacional, se realmente foram contempladas algumas daquelas diretrizes apontadas como prioridade para o Conselho. Na última reunião do pleno foram feitos alguns questionamentos pelo pleno em relação à prestação de contas do terceiro quadrimestre de 2013. Esse Memorando nº 079 da Secretaria Executiva saiu protocolado também à chefia de gabinete do Ministro no dia 25 de março e aguarda-se respostas a estes questionamentos aqui colocados na avaliação do último mês. Passou aos informes do movimento Saúde Mais Dez. Não pôde participar de toda a reunião extraordinária, chegando em torno de 10:20, mas houve as exposições da mesa debatedora na parte da manhã, no Hotel San Marco, e logicamente o movimento Saúde Mais Dez entendeu ser grande valia algumas falas e logicamente algumas ponderações também. No período vespertino foram ao Congresso com a participação de mais de cento e cinquenta pessoas trajando nosso uniforme já no espírito da copa, e porque não trajando o uniforme do movimento para o espírito do SUS brasileiro. Fizeram uma ação durante a reunião da Comissão Geral, pactuada com o Presidente da Câmara dos Deputados, Deputado Henrique Eduardo Alves, em março. Ele fez apenas a abertura e depois ele deixou a condução dos trabalhos com o Deputado Lincoln Portela, algumas das falas foram definidas inclusive pelas lideranças de partido. As entidades que lá falaram foram chanceladas por lideranças partidárias, exceto especificamente da CNBB, que o presidente da Câmara definiu após uma inserção do CONASS pela qual agradeceu em público. Algumas falas foram especificamente em relação à tramitação do projeto. Solicitaram com muita veemência o desapensamento do Projeto de Lei Popular nº 321, que é o Saúde Mais Dez, de outros projetos que lá tramitam para não perder a essência da luta, da articulação e da mobilização, e também a tramitação em regime de urgência. Colocaram mais uma vez o Saúde Mais Dez inserido na pauta do Congresso. Teve uma avaliação positiva em relação a essa mobilização, com esse ato e agora podem fazer também valer essa inserção com os deputados, os parlamentares, nas bases, com as instituições também. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** relatou que boa parte dos conselheiros esteve na reunião extraordinária onde a fizeram uma reflexão mais política, trazendo a macro política econômica, a internacionalização do mercado da saúde, o quanto a lógica tem sido de forçar com que países fomentem caminhos dos planos privados de saúde em detrimento de um sistema público universal com a contribuição de dois importantes parlamentares. É preciso retomar a bandeira da defesa da seguridade social e se o Brasil fizesse cumprir os princípios constitucionais e, sobretudo a garantia de que 30% do orçamento da seguridade fosse para a saúde a gente não estaria aí ainda fazendo essa disputa de um financiamento mais estável. Ficou muito evidente que, ainda colocando aqui o debate da reforma tributária, a taxação das grandes fortunas, até discutindo essa possibilidade de uma contribuição social da saúde, o Conselho já fez vários debates, há opiniões aqui que se dividem, alguns conselheiros são favoráveis outros não, mas enfim, dizer que a gente tem um conjunto de proposições. Sobre o cenário político, trata-se de um ano eleitoral. Aquela casa funciona praticamente até julho com as agendas, com os procedimentos legislativos de prioridade. Dificilmente nesse ano legislativo, onde metade vai fazer a disputa eleitoral, projetos como esses vão tramitar e ser votados. Depois tem um cenário também de disputa onde uma das prioridades é exatamente a instalação da CPI da Petrobrás, com essa possibilidade de ampliar o objeto da CPI para outras averiguações do uso indevido de recursos públicos em outras obras públicas, como o metrô de São Paulo. Então o grande objeto hoje que está lá tramitando, são algumas medidas provisórias e também essa instalação não da CPI. Dificilmente o Congresso vai pautar uma discussão e votar em ordem como é essa do financiamento da saúde, mas estão fazendo o seu papel para que ela não saia da agenda, nem da agenda do governo, nem da agenda do legislativo, nem da agenda do CNS como forma organizada do controle social. Pelo que nós avaliou com os parlamentares, quem está puxando muito mais essa pauta são os defensores do SUS incondicionalmente, mas eles divergem dessa proposta de ter a receita corrente bruta do União, divergem dessa base de vinculação, divergem do percentual dos 10%. Então mesmo aqueles que defendem um financiamento estável para a saúde, questionam a viabilidade de base de vinculação, e isso os que são mais favoráveis ficam mais também no campo de oposição, às vezes não necessariamente estão defendendo o dinheiro para o SUS, estão defendendo dinheiro para a saúde, inclusive dinheiro que vá aportar também todo um setor privado da saúde. Então estão o tempo inteiro nesse meandro, dialogando com todos os partidos, sabendo que mesmo os aliados do SUS divergem um pouco da proposição e os que não são necessariamente defensores do SUS discutem e defendem mais dinheiro para a saúde mas não para o SUS necessariamente. Tem que está o tempo inteiro nesse jogo de equilíbrio, mas reiteraram diante do presidente da Casa e dos blocos partidários indicados, que estão numa luta suprapartidária, dialogando com todos os partidos. Tem dito isso também para o governo, para não entregar de bandeja, não terceirizar o campo da oposição. Não querem terceirizar uma atribuição que é deles para a oposição, querem que a iniciativa popular seja respeitada. Isso que foram dizer naquela Comissão Geral: não dá para aquela casa tratar uma iniciativa popular como se fosse uma iniciativa, de certa forma, até considerada menor do que outras iniciativas de parlamentares. Na prática o que aconteceu foi isso, houve uma divergência do o que colocaram com a proposta do governo e com a forma de encaminhar um processo de iniciativa popular. Estão usando de uma prerrogativa constitucional, toda legitimidade, marcaram a história com o maior número de assinaturas de um projeto de iniciativa popular. Só para ter um parâmetro, a Lei da Ficha Limpa conseguiu cerca de 500, 600 mil assinaturas, eles arrecadaram mais de 2 milhões. E a Lei da Ficha Limpa foi tocada. O judiciário também pegou uma boa parte dessa bandeira, e os parlamentares e os partidos tiveram, mesmo a contragosto, que assumir e não se pode esquecer, a Lei da Ficha Limpa inclusive foi discutida, votada e aprovada em um período também eleitoral. É regime de urgência e num ano eleitoral, fez valer na eleição seguinte, então quando tem atores influenciando, numa correlação de força sendo favorável à lei de iniciativa popular. Pediram o reconhecimento dessa legitimidade, reafirmar que não concordam com esse procedimento, com esse tratamento e pediram também que ele seja desapensado e seja colocado em votação em regime de urgência. A gente tem um cenário econômico delicado, tem que considerar isso, já teve mais oportunidades econômicas favoráveis e mesmo assim o governo brasileiro e o legislativo brasileiro não avançaram e estão fazendo a sua parte e ainda que compreenda e ter responsabilidade que o cenário econômico brasileiro e internacional também está bastante comprometido ou sob tensão. Reiterou que haverá a plenária de Conselhos 27 e 28 de maio, com quase duas mil pessoas dos estados, os Conselhos Estaduais que estão aqui conjuntamente construindo a plenária e uma das pautas de novo vai ser financiamento. Farão essa grande plenária com a pauta do financiamento, da 15ª Conferência Nacional de Saúde, das eleições. Devem reiterar o tempo inteiro nos Conselhos Estaduais, Municipais, nas entidades, a bandeira do financiamento e as demais e isso dá sustentação às demais bandeiras, colocar esse debate no cenário eleitoral. Começa a se convencer que é preciso levantar a bandeira de fato de cumprimento do que determina a Constituição, dos 30% do orçamento da seguridade, essa tem que ser a bandeira. Porque o Brasil não tem um orçamento deficitário, pelo contrário, ele ainda é superavitário. Existe uma contribuição direta da classe trabalhadora para dar sustentação a esse orçamento, ele é sustentado também, uma parte, pelas empresas, dos lucros das empresas, da movimentação, da comercialização e da produção, mas ele tem uma forte contribuição, uma forte parcela do salário, da contribuição direta dos salários. Então é levantar a afirmação de que os 30% da seguridade é o caminho, porque mesmo com a reforma tributária não se tem garantia de que uma boa parte das receitas fiscais vai ser empregada na saúde. Uma coisa que o Deputado Paulo Rubem Santiago ajudou a elucidar é que o Brasil coloca tudo num bolo só, tudo quanto é receita e quando vê tudo que é orçamento da União está lá seguridade e outras formas de contribuição tudo num bolo só. Tudo é receita e dentro desse bolo só na verdade não tem transparência, não tem controle e pode sim até ter uma reforma tributária mas isso não significa dizer que o Brasil vai investir mais no financiamento sustentável para um sistema universal que a gente preconiza. Foram ouvidos de forma diferente dessa vez, conseguiram se impor diante dos partidos, daquelas lideranças, não estavam ali para jogar uma pauta bomba, nem disseminar o pânico mas querendo o reconhecimento, o respeito de uma prerrogativa que é constitucional que é entrar com um projeto de iniciativa popular. O Conselheiro **André Luiz de Oliveira** chamou a atenção que quando fala em seguridade social, em números bem rápidos, a seguridade social tem um orçamento anual em torno de 600 bilhões de reais, 30% dá 200 bilhões de reais. Estão querendo 40 bilhões de reais e não 100 bilhões de reais. É muito melhor chamar para negociar o projeto Saúde Mais Dez do que fazer outra disputa em relação aos 30%, mas sem dúvida é um argumento muito forte. Em vez de ter lutado pelos 30% estão querendo apenas menos de 1% do PIB, será que isso não dá para sentar e negociar? Esses casos é que chamam a atenção, eu acho que é isso que a gente está querendo colocar, eu acho que as entidades ali presentes. Todo o movimento que está sendo feito, agora é uma luta que não é imediata, e estão tentando já há dois anos e ainda vão ter muito pela frente e devem manter essa motivação, essa mobilização, essa linha central que é realmente fazer valer a iniciativa popular O Conselheiro **José Eri de Medeiros** deu duas informações. Primeiro concordou com tudo o que a mesa falou. A segunda foi que já encaminharam o pedido para que a direção do Saúde Mais Dez seja recebida pelo prefeito de Porto Alegre, José Alberto Reus Fortunati, provavelmente quarta-feira. Julgou ser necessária uma articulação com todos os partidos e isso não foi feito. Não podem entrar como a oposição, devem entrar com os partidos. Aplaudir o Caiado é uma coisa difícil, então nós precisam repensar esse processo, porque que os outros partidos não se fizeram presentes e isso é uma função de muitos de aqui de buscar. Não podem virar oposição, têm que ser a situação do processo. Isso é perigoso. Senão não caminharão para frente ali. É preciso repensar aí para que numa próxima estejam realmente com os partidos e não quase com a oposição ao governo. O Conselheiro **André Luiz de Oliveira** frisou que o movimento todo é suprapartidário. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** lembrou que um dos encaminhamentos é conversarmos com as três entidades de prefeitos até maio e discutir com os partidos políticos, não só o financiamento da saúde, mas também um compromisso com uma agenda maior da sistemática do sistema universal de saúde e do SUS até a 15ª Conferência Nacional de Saúde. Na verdade toda essa mobilização para a 15ª Conferência Nacional de Saúde vai exigir conversar com prefeitos, governadores, partidos, presidentes dos partidos. Então a gente tem que olhar o Saúde Mais Dez dentro desse processo no legislativo, mas essa bandeira do financiamento vai para além desse processo do legislativo. A estratégia é também conversar com prefeitos, com governadores, além da pauta do financiamento o SUS como um todo, e com certeza também os partidos políticos. Conversou naquela ocasião com o Ministro da Saúde se for possível convencer grandes lideranças partidárias de que o SUS é viável, de que o SUS tem que ter prioridades em qualquer governo e que ele tem que ter um tratamento diferenciado, muda-se um pouco essa correlação de forças de colocar a saúde sempre como um problema e nunca como uma possibilidade de fazer um país diferente. É preciso se organizar, convidar presidentes de partidos se não para vir no pleno, mas pensar uma atividade para que a gente traga presidente de partido, governadores. Será preciso fazer essa luta política, essa luta não é só de quem é militante e defensor do SUS, tem que ser um projeto de sociedade. Houve situações que mudaram, e tem que falar antes das eleições, porque tem que se comprometer e depois tem que ser cobrado e assegurar. Depois das eleições não lhes interessa. Então qual é a capacidade de fazer isso até outubro, e os partidos que vierem ótimo, os que não vierem a gente vai ter que dar visibilidade ao descompromisso com essa agenda. O Conselheiro **José Eri de Medeiros** ressaltou que passou despercebido mas foi muito importante porque nos outros movimentos de Saúde Mais Dez o Ministério da Saúde não esteve do nosso lado e naquele momento participou a representação do Ministro da Saúde, que foi o Secretário Executivo. Isso aí deu um reforço do ponto de vista que não existe oposição. Foi muito importante e não se deram conta da importância estratégica. E ele foi e falou, nas outras vezes ficaram só o Conselho Nacional em relação ao debate em relação ao financiamento na área da saúde. O Consultor Técnico da COFIN/CNS, **Francisco Rózsa Funcia**, comentou haver uma questão que lhe parece também muito importante e precisa incorporar nessa luta mais ampla em que a questão da saúde está inserida numa discussão para além da questão da saúde. Os 10% da receita corrente bruta não são fins em si mesmo, mas trazem uma outra discussão que está embutida e que a saúde tem uma capacidade de articulação, de reflexão para a sociedade bastante ampla. A primeira questão é que 3,5% da carga tributária brasileira, da distribuição do ponto de vista da incidência, daquilo do o imposto é cobrado em cima de alguma coisa, (então o que incide sobre patrimônio é 3,5% do total que se cobra de imposto no Brasil) e 50%, na verdade 48, 49%, é o que se incide sobre, o que seria bens de serviços, consumo, circulação, etc. A gente tem uma carga tributária extremamente injusta do ponto de vista da sua tributação, ela incide muito mais sobre consumo. Costuma brincar que não é porque alguém ganha cem vezes mais que o outro que tem o estômago cem vezes maior que o outro. Aquilo que as pessoas consomem, do ponto de vista da alimentação, necessidades básicas e etc., tem uma parte de consumo que é igual para ambos. E nesse sentido, ricos e pobres pagam o mesmo imposto sobre aquilo que está consumindo, o que faz com que quem ganhe menos, os mais pobres, paguem proporcionalmente muito mais imposto do que os que ganham mais. Essa discussão não é uma discussão de curto prazo é uma discussão mais estrutural porque envolve interesses e etc., mas é preciso entrar na ordem do dia. Do ponto de vista da discussão de uma reforma tributária que ajude também a melhorar a capacidade de financiamento do Estado brasileiro com mais justiça tributária e com mais justiça social, essa é uma primeira coisa. E a segunda coisa que lhe parece extremamente interessante também foi o resultado dessa pesquisa que saiu no Datafolha, que diz que caiu por terra o mito de que não tem espaço para que eventualmente de refazer qualquer discussão de aumentar imposto ou de ter alguma mudança na questão tributária. Porque, se lerem com calma alguns daqueles resultados, percebe-se que em torno de 40% das respostas dos entrevistados disseram que preferem pagar menos imposto e a diferença (aquilo que economizariam do imposto) eles topariam pagar mais ou contratar planos de saúde privados. Essa é a primeira leitura de um dos resultados. Isso significa que há uma falta de informação monstruosa por parte da sociedade ou pelo menos desses 40% de pessoas que responderam isso, pelo menos no ponto de vista do debate em torno disso. Se imaginar, que União, Estados e Municípios deixassem de cobrar de imposto o equivalente ao que é gasto hoje em saúde, 3,7% do PIB (de forma consolidada União, Estados e Municípios gastam 3,7 do PIB, a carga tributária brasileira está em torno de 36% do PIB) as pessoas teriam uma economia equivalente a 10% de imposto para contratar, e aí não teriam nenhum serviço público de saúde. Então essa é uma hipótese extrema, limite. Daria uma economia de 10% no imposto para contratar serviços privados de saúde, que vai custar muito mais caro do que isso. Essa é a primeira discussão que precisa ser de alguma maneira colocada. A terceira questão com relação a isso é que do jeito que a carga tributária de 50% incide sobre o consumo, circulação e etc., ninguém vai ver essa economia de 10% se materializar em dinheiro no bolso. Foi o que aconteceu com a CPMF, deixou de ter CPMF e em vez de recolher no cofre público ficou no caixa das empresas. Então tem uma discussão que precisa ficar muito clara. Se fosse um imposto, a carga tributária, o patrimônio ganha da riqueza, mas era de circulação, consumo, portanto metade dessa arrecadação é feita via empresas, via caixas das empresas para ir para o cofre público. Na medida em que acabou a CPMF não teve redução de preços e, portanto, não teve redução daquilo que as pessoas pagavam e ao invés de recolher para o governo passaram a recolher para as empresas. E a segunda coisa dessa pesquisa que diz que cerca de 30, quase 40%, também toparia pagar mais imposto se fosse revertido efetivamente para melhores condições de saúde. Portanto tem um espaço por mais informação e por mais discussão, mas é um debate juntando essa questão reforma tributária com essa questão do financiamento do SUS. Com relação à oficina macrorregional, já tinha sido deliberado no Conselho o conteúdo daquilo que seria da parte de financiamento. Então especificamente teve uma mudança de formato, reduziu um pouco, mas o que basicamente será feito nessa oficina vai ser uma discussão relativa à questão das mudanças relativas à execução orçamentária, financeira, papel dos conselheiros, o que pode ser feito do ponto de vista legal para fortalecimento da gestão em prol de reforço da capacidade do orçamento do SUS, trazido pela Lei Complementar nº 141. É preciso buscar mais financiamento porque os recursos são poucos, o que é sabido. Qualquer sistema universal de saúde no mundo tem em torno de 6,5 e 7% do PIB, o brasileiro está 3,7% do PIB. Mas também aprova tentar fazer valer coisas que estão na LC nº 141, para fazer com que a gestão fique cada vez mais focada da aplicação desses recursos, da forma como a lei quer, determinou para a questão do financiamento do SUS. Chamaria muito mais de um reforço da importância da qualidade do gasto da saúde e da importância do papel do Conselho e dos conselheiros nesse processo de avaliação e do acompanhamento, do monitoramento do controle dessa gestão orçamentária, financeira nos três níveis do governo nos estados e municípios. E o Conselheiro Ronald Ferreira dos Santos vai abordar a questão do movimento Saúde Mais Dez e todo o histórico e o estado da arte do movimento. O Conselheiro **André Luiz de Oliveira** lembrou que a proposta inicial são quatro grandes momentos para essa oficina em Fortaleza. Serão dois momentos e a articulação de bastidores. Registrou a presença do pessoal da SPO, do Nivaldo e da Silvia Helena que estão acompanhando a reunião e já de antemão convidou-os para estar na próxima reunião da COFIN, para se debruçarem sobre o RAG e assim conseguir avançar nessa avaliação de maneira mais adequada e transparente possível. Como **encaminhamento** ficou o **envio do RAG para todos os conselheiros para terem acesso a esse relatório e quem quiser tomar ciência e algum detalhe e algum comentário que quiserem enviar, por gentileza enviem à Lizandra para que possamos ter isso na reunião da COFIN nos dias 23 e 24 de abril. Irão consolidar e trazer para o próximo pleno no início de maio à apreciação e aprovação do pleno e aprovação ou não do relatório da COFIN para o RAG**. O Conselheiro **Marco Antônio Castilho Carneiro** perguntou se seria enviado por e-mail para fazer as contribuições. Ao que foi respondido afirmativamente. Sobre a plenária dos Conselhos alegou não ter visto nos informes essa temática e é a primeira vez que eu participa desse processo. Pediu rapidamente que fosse esclarecido se os conselheiros participam, como é esse processo. O Conselheiro **André Luiz de Oliveira** pediu que terminasse os encaminhamentos da COFIN e do RAG para depois a Presidente do CNS, Maria do Socorro de Souza responder ao questionamento, ainda mais que ele havia cobrado o cumprimento do horário. Inquiriu aos conselheiros se concordavam com essa proposta de encaminhamento do RAG e disse que gostariam muito que os conselheiros nacionais de saúde e quem pudessem atingir na mobilização e sensibilização, tivessem não só o orgulho mas tivessem também a atitude de utilizar a camiseta que foi distribuída lá no evento do dia 8, para divulgar o movimento. É um ano de copa do mundo, um ano eleitoral, estão lutando para o Saúde Mais Dez, na defesa do SUS público, integral, universal e logicamente nós devemos mostrar, dar a cara a tapa mesmo. Dizendo que veste essa camisa, torce para o Brasil, mas acima de tudo torce para que o SUS seja cada vez mais priorizado pelas instâncias governamentais desse país. Então a proposta é que **na próxima reunião do pleno, na abertura do pleno se todos estivessem usando a camisa para** que ficasse verde e amarelo todos, nacionalizado, se todos concordarem, e aqueles que não puderem devido alguma vestimenta, pelo menos que colocassem no ombro a camiseta para que pusesse estar, pela internet, todos vendo a imagem. Às vezes a imagem ela fala muito melhor do que mil palavras. Essa é a proposta de encaminhamento. Havendo consenso, ficou assim determinado. A Conselheira Verônica Lourenço da Silva discordou por uma questão de justamente relativa à copa. Vive-se numa preocupação no contexto que está com tudo que se imagina que já está acontecendo pré-copa, que vai acontecer durante a copa e o que vem depois da copa. Então não se sinto à vontade, infelizmente, de vestir uma camisa que faz menção à seleção brasileira de futebol, quando lembra por exemplo, no Rio de Janeiro quiseram destruir o museu da população originária desse país, da população chamada indígena para fazer o estacionamento para a copa. É uma questão de princípios. Defende o SUS, eu veste essa luta, eu ganhou a camisa, está guardada, mas não conseguiu botar a camisa porque assim que eu viu lembrei daquela musiquinha “noventa milhões em ação, pra frente Brasil”. O Conselheiro **André Luiz de Oliveira** lembrou que a ideia do verde e amarelo é para o país. Estão no ano da copa coincidentemente, e estão lidando com as eleições para tratar do futuro desse país. Então ali não está a CBF, está o Brasil. Respeitando a opinião da conselheira endossou que estão aqui para defender o SUS que é patrimônio do povo brasileiro, independente de copa ou não. Cada um tem a sua opinião, mas aproveitando a questão do marketing ajudaria a fazer essa defesa que é o país, é Brasil. Tem camisetas disponíveis é só pegar com o pessoal da Assessoria Técnica. O Conselheiro **Adriano Macedo Félix** propôs que, como cada um é de um estado, e tem ligação, querendo ou não, com políticos que cada um levasse uma camisa num tamanho maior, que caiba todos eles dentro, e a cada um que contatassem fotografasse e mandasse para o e-mail do Conselho para fazer essa galeria com os políticos dos estados aderindo ao movimento. Publicar nas redes sociais. Independente de partido, ter o apoio dos prefeitos, do governador, dos deputados federais e a cada um que for visitar tem que levar uma camiseta e pedir para vestir e tirar depois a camiseta, mas tirar a foto. O Conselheiro **André Luiz de Oliveira** alertou ter uma quantidade limitada de camisas, em torno de quinhentas camisetas. Já houve a primeira distribuição no evento de terça-feira e também estão levando mais cem camisetas para Fortaleza. Então não sabe se essa quantidade daria para fazer essa estratégia mas sem dúvida é bem vinda. O Conselheiro **Adriano Macedo Félix** pediu ainda mesmo que seja uma para cada conselheiro só para levar e justamente tirar a foto. O Conselheiro **André Luiz de Oliveira** prometeu verificar essa possibilidade e garantiu que quem não recebeu na terça pudesse pegá-las, pegar pelo menos uma camiseta de acordo com seu tamanho. O Consultor Técnico da COFIN/CNS, **Francisco Rózsa Funcia**, opinou que essa questão colocada da copa, realmente é uma controversa mesmo. Tem vários focos, ela tem várias leituras e são leituras que tem fundamentação. O que talvez poderia unir todo o mundo é a tentativa de resgatar ou evitar que o verde e amarelo seja apropriado, apropriado não, que seja tomado por uma coisa ufanista que foi o que marcou a ditadura militar, mas que ele pudesse ser apropriado por todos nas grandes causas pela luta na questão da cidadania, diretas, SUS e enfim tentar fazer um mecanismo para se evitar que ele seja tomado para um fim ufanista da copa do mundo, por exemplo, e ele seja o que ele deve ser. Um dia poderia fazer um debate mais aprofundado sobre essas questões dos gastos da copa, que tem muita desinformação, não tem tudo isso de recurso público quanto estão falando. O Conselheiro **André Luiz de Oliveira** agradeceu a oportunidade e declarou encerrado esse momento. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** explicou a questão da plenária. Pedi para o Secretário Executivo do CNS, Marcio Florentino, na parte da tarde nos informes e indicações, incluir a 18ª Plenária dos Conselhos, pois ela, juntamente com outros conselheiros, já estavam saindo para Fortaleza. Disse que na plenária do Conselhos estão o tempo inteiro trabalhando com a coordenação para repensar um pouco o seu papel, sua forma de organização. Isso é um propósito, até resgatar o propósito, a plenária do Conselho estava também muito distanciada de uma articulação, de uma estratégia mais nacional e às vezes era confundida também com a quarta instância. Criou muito a ideia de ter que concorrer com o próprio Conselho Nacional de Saúde, Conselho Estadual. Tem feito muitas conversas dizendo que não existe uma quarta instância do controle social, é o Conselho Nacional, Conselho Estadual, Municipal. Coordenação de plenária é um animador e um articulador dessas três instâncias do controle social e a plenária é a expressão dessa nossa força, dos três níveis, Conselho Nacional, Estadual e Municipal, é a expressão dessa força coletiva em torno de uma agenda comum. Então até para não ter essa ideia de concorrer um com a outra e não há. O Conselho Nacional de Saúde é parte da plenária nacional de conselheiros, tanto é que estão construindo juntos a 18ª Plenária Nacional de Conselhos. Estão ampliando para além de ser só Conselho, fazer uma plenária que dialoga com a sociedade, inclusive tem entidades que não estão em Conselhos. Esse é o espírito, mais popular, mais mobilizador, mais massivo. Nessa 18ª Plenária Nacional de Conselhos estão exatamente com um pouco dessa expectativa, de que ela não tenha só conselheiros, que ela se amplie inclusive também para participação de outros movimentos sociais e o Conselho Nacional com certeza vai garantir a participação de todos os conselheiros nacionais. Vão tentar acionar outros movimentos nacionais que não estão aqui para fortalecer essa dimensão mais popular em preparação as eleições e a 15ª Conferência Nacional de Saúde. Esse é o objetivo. Fazer uma plenária mais massiva, cerca de duas mil pessoas, os Conselhos Estaduais e Municipais tem um papel importante na mobilização do público que vem, mas o CNS também é público e vão mobilizar as entidades nacionais com duas ênfases, qual é a nossa agenda para as eleições de 2014, como pautar o debate da saúde e como também já ampliar o debate da 15ª Conferência Nacional de Saúde. A programação está definida com dois dias, um dia de manifesto público, político em frente ao Congresso Nacional, outro dia mais interno de reflexão política. Haverá uma reunião para detalhar a programação. A programação está em linhas gerais pensada dessa forma, reafirmar o direito a saúde, sistemas universais olhando para o contexto eleitoral e 15ª Conferência Nacional de Saúde. Particularmente acha devem investir em partidos políticos, parlamentares, tentar conversar com os prefeitos, levar o Ministro. O compromisso era de que a gestão estivesse também compondo esta mesa, ver se garante a agenda do Ministro, porque se é nessa linha a plenária é de todos nós tem que ser uma coisa a plenária mesmo com a cara da sociedade brasileira defendendo o Sistema Única de Saúde. Mais detalhes a gente serão dados na próxima reunião. Mas assim, todos os conselheiros vão ser consultados, suplente e titular. São mais de cem conselheiros então é importante que já se agendem para 27 e 28 de maio e ligar também para as entidades, além dos conselheiros que representam suas entidades possam vir, as centrais sindicais partidos, outros movimentos que não estão no Conselho. Essa vai ser a tarefa que a assumir. **Encaminhamentos: 1) enviar o RAG aos Conselheiros que deverão enviar seus comentários para a assessora Lizandra. 2) conversar com as três entidade representantes de prefeitos para apoiarem o Movimento Saúde + 10. 3) todos os conselheiros deverão estar vestidos com a camisa do Movimento Saúde + 10 na próxima RO. 4) Postarem fotos nas redes sociais com parlamentares de seus estados vestindo a camisa do movimento.** Com esses encaminhamentos a mesa encerrou-se esse item de pauta e fez uma pausa para o almoço retornando com o próximo item da reunião. **ITEM 9 INFORMES E INDICAÇÕES.** *Apresentação:* **Márcio Florentino Pereira,** Secretário Executivo do Conselho Nacional de Saúde. *Coordenação*: Conselheiro **Edmundo Dzuaiwi Ömore**, Mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** pediu para explicar sobre as visitas aos municípios aos conselheiros que se disponibilizaram a participar. Agradeceu a todos eles e pediu que os presentes atualizem os endereços eletrônicos antes de saírem com a Técnica Miriam. Informou que será enviado para o e-mail de todos os conselheiros um roteiro de como funcionam as visitas e como é feita a avaliação do comprometimento do gestor com o projeto pedagógico do curso, a disponibilidade da oferta da rede de atenção à saúde, a divisão dos alunos por cenários de prática, para ver se a capacidade da rede instalada atende ou não às necessidades sociais em saúde e às diretrizes da Resolução nº 350/CNS. Deixou seu telefone à disposição para tirarem dúvidas a qualquer momento e o telefone da Assessora Técnica Mirian. O Conselheiro **José Eri de Medeiros** explicou a metodologia de sua visita e deixou seu telefone à disposição para os conselheiros tirarem eventuais dúvidas. Os membros do Conselho Nacional de Saúde somente acompanham os integrantes da equipe do MEC, médicos da Associação Brasileira de Ensino Médico (ABEM). São três professores, médicos, responsáveis pelo parecer. Em seu primeiro dia ocorreu o deslocamento. No segundo dia, na parte da manhã, uma visita à prefeitura e na parte da tarde acompanharam as unidades do município. No final da tarde tiveram uma reunião com o conselho municipal e no outro dia uma discussão com um corpo clínico no hospital do município. À tarde, mais uma visita a um hospital e o relatório. Foi integração total e não houve nenhum problema com pessoal do MEC. Falaram em todo momento necessário e eles deram muita importância à participação do conselho nacional e do COSEMS. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino Pereira**, realizou o informe sobre a participação dos conselheiros no congresso do CONASEMS que ocorre de 1º a 4 de junho no município de Serra no Espírito Santo e sobre a formação da agenda de eventos. Já está fechada agenda ordinária de ROs e da Mesa Diretora e também a agenda que as comissões programaram durante jornada das comissões, totalizando 4 reuniões de comissões para o ano de 2014. A agenda de eventos inclui os externos e outras demandas que aparecem, sem denominação ou dirigidas a determinado conselheiro. A participação dos conselheiros se dá na agenda ordinária, na 4ª Conferência de Saúde do Trabalhador, em suas etapas macrorregionais e nas visitas in loco de avaliação da CIRH. Isso tem um custo cujo impacto deve ser previsto no orçamento. Será enviada para cada conselheiro uma tabela para indicar quais eventos gostaria de participar, juntamente com a lista das visitas da CIRH e a programação das etapas macrorregionais da 4ª CNSTT e alguns eventos nacionais que a Secretaria Executiva tem conhecimento ou demanda de convite e eles devem indicar outros eventos, inclusive os que façam, parte das agendas específicas de seus movimentos. Devem indicar até dia 15 quais eventos desejam participar, incluído o congresso do CONASEMS, as macrorregionais da 4ª CNSTT e as visitas das CIRH. Além dos eventos nacionais de agenda sanitárias existem outros eventos específicos, tais como o lançamento da política da população de rua na Bahia e o fórum de educação permanente em saúde na paraíba. São convites que chegam solicitando que o conselho nacional se faça presente. Já existe o levantamento do orçamento das reuniões ordinárias programações oriundas da jornada das comissões e da agenda da 15ª Conferência Nacional de Saúde. Falta a agenda dos eventos que será unificada nessa lista. O resultado será enviado à Mesa Diretora para verificar o impacto orçamentário e o Pleno irá definir quais eventos serão atendidos e o critério de participação. Sugeriu como critério tratar da preparação para a 15ª Conferência Nacional de Saúde. O questionamento mais forte do TCU sobre as atividades do CNS no Relatório que avaliou prestação de contas foi que ele, naquele período, praticamente só a realizou evento. Na opinião deles, não faz o que é da competência do Conselho: avaliação das políticas e o que está contido na missão. Em função disso receberam uma solicitação com base na lei de acesso à informação para disponibilizar dados de todos os conselheiros nacionais com o gasto individual de cada um em termos de passagem e diárias. Responderam com as informações solicitadas preservando, no entanto, as informações particulares de cada um. Será disponibilizado no portal da transparência o gasto individual por conselheiro. A dinâmica do conselho não é a mesma dos outros órgãos mas os critérios que se aplica são os mesmo definidos para a administração pública O que o TCU investiga muito em auditoria é passagem fora do prazo, deslocamento em sequencia para outro evento de sua categoria, diárias emendadas. Os gastos maiores do CNS são com diária e passagem. Mas não podem sofrer esse questionamento de novo de fazer evento por evento porque eles têm uma finalidade, de avaliação da política e assim por diante. O fato de indicarem os eventos na planilha não garante participação. Ela será deliberada pelo Pleno. Para o evento da População de Rua na Bahia, já está fora do prazo de emitir passagem. Deveria ser indicado um conselheiro local que não tem custo, como a Conselheira Ubiraci Matildes de Jesus e que tem aproximação com a população de rua. A Conselheira Maria Lucia Santos Pereira da Silva está promovendo o evento e acha importante ter a presença de outro conselheiro para chamar o movimento a participar e levantar o debate da 15ª Conferência Nacional de Saúde. A Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** disse que haverão dois eventos da população de rua, esse na Bahia e outro em Curitiba e veja quem tem interesse de participar do próximo, já que esse está fora do prazo. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** pediu esclarecimento de que na jornada das comissões foi solicitado que cada comissão indicasse o evento a ser realizado no ano. E perguntou se esse evento deve ser incluído na planilha. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino Pereira** respondeu que esse já está definido no relatório da jornada e será aprovado em maio, juntamente com a ordinária e os eventos do ano que consomem todo o orçamento do CNS. O Conselheiro **Carlos Eduardo Ferrari** perguntou sobre a reunião de sua comissão que está programada par a o encontro do CONASEMS com a perspectiva de buscar interlocução com os secretários municipais. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino Pereira** respondeu que este evento está na lista a ser passada a seguir. A Conselheira **Cleuza de Carvalho Miguel** a respeito do congresso do CONASEMS, ela foi convidada para ser palestrante há 2 meses atrás e estará lá com sua acompanhante desde o dia 1º ao dia 4. Está verificando a possibilidade de fazer a reunião da comissão CIPP casada com este evento. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino Pereira** respondeu quequem tiver interesse de participar deverá listar na planilha. O Conselheiro **Gilson Silva** questionou se o evento da Paraíba sobre educação popular está relacionado com ocorreria em São Paulo e não aconteceu. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino Pereira** respondeu que não sabia informar. Sugeriu que a Conselheira Eurídice Ferreira de Almeida, que é da Paraíba, participe desse evento. Quanto mais aliviar o custo mais abre a possibilidade de participar de outros. **Deliberação: foi aprovada a participação da Conselheira Ubiraci Matildes de Jesus no evento de população de rua na Bahia e da Conselheira Eurídice Ferreira de Almeida no evento de educação permanente na Paraíba por serem locais**. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** esclareceu que um dos critérios utilizados para organizar a visita é trabalhar primeiro com a base dos conselheiros da região ou o conselheiro que mora mais próximo, mesmo tempo que pegar um avião ou um ônibus. Estão fazendo a escolha dentro de uma racionalidade econômica no fato de a pessoa conhecer a região o estado e o município.O Conselheiro **José Eri de Medeiros** disse que sobre essas visitas a Secretaria Executiva deveria conversar com Heider Aurélio Pinto porque não é interesse só as SGEP, é da SGTES e eles devem ajudar no financiamento, por ser de seu interesse. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino Pereira** concordou, da mesma forma que a 4ª CNSTT é de interesse da SVS. A depender do tamanho da demanda podem ver outras alternativas para ajudar. Fizeram o levantamento da jornada onde alguns propuseram seminário, outros visitas in loco, oficinas debates. Irá trazer tudo organizado, agenda por agenda, para verificar dentro desse conjunto o que precisa buscar apoio nas áreas técnicas do ministério. São 8 seminário propostos. Até porque são parte da agenda da 15ª Conferência Nacional de Saúde e é interesse da gestão e de todo o conjunto dos conselhos, e ver a importância de ter essa programação. A Conselheira **Verônica Lourenço da Silva** informou ter recebido um convite da SPM (Secretaria de Políticas para as Mulheres) para participar da Oficina Nacional realizada pela SPM nos dias 23, 24 e 25 de abril como convidada do movimento LGBT sobre saúde de mulheres lésbicas e bissexuais. Já está fora do prazo. Irão fazer juntamente com as lideranças nacionais do movimento LGBT a avaliação das políticas que existem para o público no âmbito da saúde integral LGBT e a construção materiais sobre saúde integral da população lésbicas bissexuais. No dia 23 ocorrerá uma reunião com a SPM para afinar agenda com os conselhos nacional LGBT, nacional de saúde, nacional de igualdade inter-racial para tratar da transversalidade dos temas. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino Pereira** colocado em votação, foi **aprovada a participação da Conselheira Verônica Lourenço da Silva no evento da SPM**. A partir de maio todos os eventos deverão ter essa agenda geral da 15ª Conferência Nacional de Saúde para serem de interesse do controle social e não só da entidade. Informou a agenda das comissões. Ainda tem alguma coisa em aberto. Conseguiram identificar a partir da jornada a possibilidade de realizar reuniões no ano dentro do calendário, ajustando os períodos considerando copa do mundo, eleição e as outras a agendas. A comissão de saúde indígena terá a primeira reunião dias 22 e 23 de abril, com indicação para o final de julho, outra reunião 18 e 19 de setembro e a outra 17 e 18 de novembro. A comissão de educação permanente se reuniu dias 27 e 28 de março; a próxima data é 13 e 14 de maio e a seguinte, 12 e 13 de agosto e mais uma indicação em aberto para o final de setembro, início outubro. Solicitou um número maior de reuniões em função do acompanhamento que a comissão terá que fazer junto aos estados da implementação do plano de educação permanente. Ela não está no escopo das permanentes mas acaba tendo um papel que vai demandar um olhar mais específico. Estão garantidas as quatro reuniões, com a possibilidade de ampliar dada a necessidade. A comissão de patologia tem a indicação da primeira reunião no congresso do CONASEMS, depois de 22 e 23 de setembro e 11 e 12 de novembro. Ainda tem uma data em aberto. O coordenador fechará depois juntamente com o técnico. A CISAMA ainda não fechou as datas, então será feito um esforço até dia 15 para junto com o coordenador e o responsável técnico fechar as datas. A comissão da saúde da população negra tem data proposta para 21 e 22 de maio, 11 e 12 de agosto e tem mais duas datas a definir. A de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia (CIVSF), só tem uma data fechada que é dia 28 e 29 de outubro. Precisam fechar as outras datas. A Conselheira **Maria Angélica Zollin de Almeida**, coordenadora da CISAMA, afirmou que fecharam para 28 e 29 de abril a primeira e as outras a Eliane estava vendo. A de saúde da mulher tem 5 e 6 de maio, 4 e 5 de agosto, tem uma prevista em setembro e em novembro, a última em 3 e 4 de novembro.

Pessoas com deficiência tem a proposta de maio no CONASEMS. O Conselheiro **Carlos Eduardo Ferrari** disse que além dessa havia uma proposta de abril, e lhe foi dito que não havia tempo hábil para agendamento, então consultaram colocá-la em maio, mas havia o CONASEMS e aí segue depois com o cronograma normal com as duas do final do ano. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino Pereira** confirmou que a primeira seria nesse período de maio, possivelmente no Congresso do CONASEMS. A assistência farmacêutica e as outras estão agendadas também. O Conselheiro **Marco Antônio Castilho Carneiro,** coordenador adjunto da comissão de Saúde da Pessoa com Deficiência (CISPD) esclareceu que o CONASEMS não é maio, é junho. Relatou que lhe foi dito que a reunião de abril que não teria tempo hábil, nessa perspectiva solicitaram então para maio e fechamos uma data dia 26, junto com a assessora técnica. Na sequência já existia um pleito anterior que seu coordenador encaminhou para a Secretaria Executiva com a participação no CONASEMS, realizando lá inclusive mais uma reunião da comissão e tem outras duas no plano de trabalho que foi encaminhado. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino Pereira** confirmou as outras para agosto e outubro. Só tem que acertar essa de maio, do CONASEMS porque está muito em cima. A de abril, pode ser no final de maio ao invés do início de maio. O Conselheiro **Marco Antônio Castilho Carneiro** explicou que a informação que a assessoria deu (ela assessora outras duas comissões), foi que na agenda dela haveria disponibilidade somente nessa reta final de maio, salvo tenha havido alguma mudança da noite anterior para aquele momento. É por isso que colocaram no final do mês. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino Pereira** disse ser preciso somente acertar porque essa agenda é problema. Final de maio e junho é muito em cima. O Conselheiro **Carlos Eduardo Ferrari** percebeu então que o problema é de equipe técnica não de operacionalização de viagem porque viu, por exemplo, a saúde indígena para 22 e 23 de abril. Haviam pleiteado 28, ou seja, está posterior, o tempo de diárias e passagens. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino Pereira** afirmou ser possível deixar essa agenda em aberto para fechar direto com a coordenação e a técnica, e que estava garantido. A assistência farmacêutica tem só uma data de novembro, precisam ver as outras datas. A de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (CIPICSUS), tem as datas de 29 e 30 de abril, 26 e 27 de agosto, 25 e 26 de novembro, falta uma data que será tratado depois direto com o coordenador. A CIST também a gente está em conversação com o coordenador porque, em função da agenda da 4ª CNSTT estão vendo como acerta, porque toda a comissão está envolvida e tem se reunido muito fortemente dentro da agenda de organização da conferência. Tratará diretamente com o Geordeci para ver como organiza essa dinâmica. A saúde da criança e do adolescente, tem uma data de 22 e 23 de maio, e a outra data 23 e 24 de outubro, outra para 13 e 14 de novembro, precisa ver mais uma data. A Conselheira **Lorena Baía de Oliveira Alencar** invocou questão de ordem para dizer que o cronograma já tinha sido enviado para Josué, técnico da comissão que mandou a sugestão de datas que foram confirmadas. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino Pereira** prometeuacrescentar. A saúde bucal tem três datas: 13 e 14 de maio, 3 e 4 de setembro e 21 e 22 de outubro. Lembrando que alguns coordenadores informaram que não haveria necessidade de quatro reuniões, então isso também a gente está sendo considerado. O Conselheiro **Adriano Macedo Félix** perguntou se isso seria encaminhado por e-mail. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino Pereira** respondeu afirmativamente e que em maio será aprovado em plenário. Corrigiu que fale saúde da mulher anteriormente, mas era saúde mental. A saúde mental fica 5 e 6 de maio, 4 e 5 de agosto, 8 e 9 de setembro e 3 e 4 de novembro. A Conselheira **Sandra Regis** confirmou as datas de 5 e 6 de maio e disse que teria que mudar tudo. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino Pereira** continuou com a SISMU que também está prevista para 5 e 6 de maio e uma outra data em 3 e 4 de novembro. Tem que ver se são só essas duas ou se tem mais alguma prevista. Justificou a ausência de alguns conselheiros que se já deslocaram para o Congresso da Rede Unida e para a CONEP. A CISLGBT tem só uma data aqui que é 13 e 14 de agosto, pediu para a coordenadora Verônica verificar as outras datas. A de alimentação e nutrição está em 15 e 16 de maio, 13 e 14 de agosto e 30 e 31 de novembro. A de eliminação da hanseníase: 5 e 6 de maio, 21 e 22 de agosto e 27 e 28 de novembro. A de AIDS: 20 e 21 de maio e 20 e 21 de novembro, tem uma data indicativa aqui de agosto, 14 e 15 de agosto. A de trauma e violência: 2 e 3 de maio, 13 e 14 de agosto e 11 e 12 de novembro. A de ciência e tecnologia e a saúde complementar não tem ainda uma definição, depois ver com os coordenadores. O Conselheiro **Renato Almeida de Barros** tomei cuidado de não anotar esse calendário para solicitar que todos esses que já estão definidos sejam encaminhados para todos os conselheiros para conhecimento, mesmo aqueles que não estejam nas comissões mas possam inclusive ter conhecimento das reuniões pré-agendadas e ter acompanhamento. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino Pereira** confirmou que iria enviar e aprovar no pleno de maio com o valor de cada agenda dessa, de cada comissão. Será aprovado o calendário e o orçamento relativo a cada evento desse. Para todos terem ciência exatamente dos impactos orçamentário do trabalho. Entra nesse calendário as atividades ordinárias, que é plenária, RO, Mesa Diretora, COFIN, CIR, CONEP. A Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** compartilhou queem função das agendas acompanha as suas representações e seria interessante antes dessa planilha ampla só encaminhar essas datas, para se organizarem. Ela está em duas comissões e já tem que saber, assim como outros companheiros, um informativo geral. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino Pereira** disse que isso será tratado na Mesa Diretora, mas logicamente a vai enviar também e solicitar que todos indiquem algum conflito de datas, de problemas para ajustar. O Conselheiro **Geraldo Adão** **Santos** informou ter feito as correções das datas, conforme solicitado, da comissão da saúde da pessoa idosa, e já podia mencionar que foi acordado com os parceiros, com a coordenação de saúde do idoso: abril nos dias 28 e 29, agosto em 27 e 28, outubro em 15 e 16, novembro em 17 e 18. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino Pereira** acrescentou a de abril. O Conselheiro **Gilson Silva** confessou ter sido contemplado pela fala do Conselheiro Renato. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino Pereira** confirmou que seria encaminhada no dia seguinte toda a agenda da saúde do trabalhador, das visitas da CIRH, dos eventos que já tem data agendada e iria solicitar que os conselheiros indiquem outros eventos e além da agenda das comissões, para até a reunião de maio aprovar todo o calendário. No item de informes tinha a solicitação da FUNDACENTRO e da Conferência do Trabalhador, mas antes disso um informe da situação de Betim, que pautaram na véspera para exatamente a gente dar os encaminhamentos e gostaria de saber se mais alguém teria informes a serem dados. Então vamos pela ordem, já que a FUNDACENTRO não estava, começaria pela questão de Betim. O Conselheiro **Renato Almeida de Barros**, como mineiro, apresentou a demanda do mês anterior ao Conselho Nacional, reenviada ao pleno solicitando que haja um acompanhamento pelo Conselho Nacional da terceirização que está ocorrendo já algum tempo em Betim onde a atenção primária está sendo repassada ao setor privado, bem como, recentemente tiveram aprovada pela pelo e referendada pelo Conselho Municipal de Saúde a decisão da gestão de doação de um terreno para a construção de um hospital pela Unimed e a transferência de alguns recursos. É uma situação preocupante. Estão vendo uma estrutura sendo criada em Betim e o aparelho do Estado sendo repassado ao consórcio que estão constituindo com o consórcio privado. São recursos oriundos do município e alguns repasses, tanto estadual como federal. Pede ao Conselho para ter esse acompanhamento, essa investigação para não permitir aquilo que rasga o que foi construído no Sistema Único de Saúde. O documento, tão logo recebeu, passou para o Conselho Nacional e pediu para socializar aos demais conselheiros para não permitir que fatos similares venham a acontecer. Em Minas Gerais têm dado conta de discutir as questões das OS, das OSCIPs, impedido que essas ações tenham desenvolvimento no Estado. Outras alternativas estão ocorrendo, a exemplo de Betim, que se permanecer, acaba virando moda e começa a alastrar em outros municípios do Estado. Então é necessário que o Conselho Nacional de Saúde possa inclusive ter uma intervenção e redirecionar o comportamento que eles estão tendo no município de Betim, que avançaram nos períodos passados na construção do Sistema Público de Saúde e nesse momento estão tendo um grande retrocesso. Inclusive faltando aí o próprio controle social. O Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** ressaltou que o preocupante da situação é que às vezes fazem determinadas discussões e colocam que “certos bodes não está na sala mas, de repente, tem um elefante e não um bode na sala”. Essa questão de Betim é muito preocupante, considerando que a lei determina o repasse do terreno para se construir e depois vai cobrar pela construção e até 1,2% ao mês do valor da obra civil por um período de trinta anos de concessão. São os absurdos. Depois cria um tal de um empregado associado, servidor associado e que vão compartilhar o pagamento dos atendimentos, numa escala de salário de quatro, dez, vinte até cinquenta por cento das despesas. É só OS que vai controlar o serviço de saúde do município, vai cobrar. É preciso fazer uma reflexão e analisar com muito carinho. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino Pereira** informou que no dia anterior estiveram presentes em uma reunião do Conselho do Ministério Público por solicitação deles. Teve a oportunidade de representar A Presidente do CNS, Maria do Socorro de Souza, que estava no debate de ciência e tecnologia na RO. O encaminhamento que saiu dessa reunião pode ser útil exatamente no enfrentamento dessa questão específica de Betim. Eles fecharam a minuta do termo de cooperação com o Conselho Nacional do Ministério Público, devem enviar para a Mesa Diretora para a reunião da próxima semana e no mês de maio será trazido ao pleno quais são as questões que fazem parte desse termo de cooperação já debatido duas vezes nesse espaço com a presença do Ministério Público. Um dos pontos principais destacados, até porque já há uma auditoria do TCU, de 2013, sobre alguns estados, inclusive Minas Gerais, analisando algumas experiências de terceirização, ou no estado ou em municípios. Eles pegaram São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Bahia. Quatro ou cinco estados, aqueles que o TCU faz uma análise e tem um conjunto de recomendações que saiu dessa auditoria do TCU que vai exatamente ao encontro dessa agenda de articulação com o Conselho Nacional do Ministério Público. Um dos conselheiros mais atuantes nessa área, conselheiro Gilmar do Ministério Público, que tem já, de alguma maneira, trabalhado com esse tema. Sugeriu na verdade talvez a possibilidade de indicar um grupo de trabalho para, junto com a Mesa Diretora e nessa discussão com o Ministério Público, pudesse exatamente dar o tratamento que essa questão merece. Se observar o que está nos documentos, no mínimo é inconstitucional. Ele perdeu toda a noção de limite. Aquele desenho fere bastante os princípios constitucionais do SUS que estão previstos. A sugestão seria comprometer os companheiros de Minas Gerais: Renato, Abraão e o André, o CONASS, considerando a paridade do GT, de cinco pessoas. É importante fazer uma articulação com o Conselho Estadual de Minas e também com o Conselho Municipal de Betim para tratar dessa questão e, ao mesmo tempo, fazer essa articulação com o Conselho do Ministério Público, planejar e enfrentar concretamente essa situação. A Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** falou sobre o GT de terceirização. Isso já é um desmembramento, já é um “avanço” do modelo de privatização que começou a partir das fundações de direito privado, da EBSERH e de outros. Eles estão sendo aprimorados e estão chegando a um tamanho inadmissível, como se está vendo agora no Conselho de Betim. Se o Conselho corrobora com a ação que foi falada, se o Conselho não tomar as rédeas agora, vão ter trabalho, vai ficar bem mais difícil. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino Pereira** considerou como um tema para trabalhar na reunião de maio, de alguma maneira com a posição desse GT ou do trabalho. O Conselheiro **Gilson Silva** não ia falar mais sobre essa questão de Betim, até porque essa denúncia também já chegou ao Conselho Estadual de Minas Gerais e estão tentando ver como faz. Seria o ideal chamar alguém á do Conselho para acompanhar esse GT que vai ser criado. Perguntou sobre a questão da coordenação de plenária de Conselhos, porque na reunião passada falou-se sobre isso e nessa reunião também. Tem uma reunião dos usuários que falou sobre isso. Que caminho foi tomado, o que está acontecendo? O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino Pereira** aclarou que isso **e**stá inclusive no item de indicações. Ainda estão nos informes. O item de indicações é tratada a questão das plenárias e da indicação de conselheiros que acompanham a plenária. Seria dado o informe da data e do encontro que definiu a nova data. O Conselheiro **Geraldo Adão Santos**, por ser de Minas Gerais, Nova Lima, considerou que uma denúncia dessa como a de Betim. Concordou com a nomeação de uma comissão que vai fazer esse trabalho, mas gostaria, como conselheiro nacional e municipal de saúde também aprovar a indicação desse GT, e toda denúncia que vier nesse sentido, de imediato esse Conselho instituir o GT e ter o relatório próprio da realidade tomar uma posição, principalmente junto ao Ministério Público que está à disposição. O Conselheiro **Renato Almeida de Barros** com relação a esse tema, perguntou se já foi feita a composição do GT. Pela gravidade mostrada no texto encaminhado, a parceria público-privado inclusive com a participação desse grupo empresarial, Amil, para gerir o sistema público de saúde do município. É tão grave que entendeu que essa comissão deveria atuar com urgência. O Conselheiro **André Luiz de Oliveira** se disse preocupado com a importância da temática, mas também com a agenda já assumida, inclusive de visitas. Talvez acompanhasse um pouco mais distante, justificando que talvez eu não possa participar agora nesse primeiro mês diretamente. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino Pereira** colocou em votação o **GT que foi aprovado assim como a indicação de pautar o tema**. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** pediu que os voluntários lembrem que a CIRH precisa de toda a força de trabalho dos conselheiros e nas visitas dos municípios. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino Pereira** colocou em votação e foi **aprovada a composição do GT com os Conselheiros: Renato Almeida de Barros, Abrahão Nunes da Silva, Eurídice Ferreira de Almeida, Geraldo Adão Santos e Gilson Silva**. O Conselheiro **João Rodrigues Filho** iniciou o informe da 4ª CNSTT. Assumiu naquele dia a coordenação da CIST junto com a 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, em face do titular Geordeci Menezes de Souza estar fazendo provas. Recebeu o e-mail às 22h56 da noite anterior e foi pego de surpresa. Sobre as macrorregionais e estaduais que estão com algumas dificuldades, Roraima continua com pendência. Está com o regimento elaborado mas não publicado no Diário Oficial. Ceará tem o regimento em elaboração mas não publicado no Diário Oficial. Pará tem o regimento elaborado mas também não publicado. Piauí tem regimento elaborado e não publicado, mas tinha outra pendência maior que era a convocação e ela já foi publicada e já realizou a macrorregional de Floriano e tem outras também já em realização. Mato Grosso tem o regimento elaborado mas não publicado no Diário Oficial. Paraná tem o regimento elaborado mas não publicado em Diário Oficial. Rio Grande do Norte, veio para surpresa. Já tinha falado com Francisco Batista Junior, que foi presidente desse Conselho e está coordenando a Conferência de Saúde do Trabalhador lá no estado. Estava com dificuldade, o Secretário de Saúde não estava querendo assinar, mas assinou e está publicada a convocação. O regimento está elaborado mas não publicado. Roraima tem regimento elaborado mas não publicado em Diário Oficial. Ainda vai ser aprovado na Comissão Estadual de Saúde no dia 22/04. A macroregional de Ariquemes, marcada para o mês de junho, fora do prazo regimental do regimento nacional está para ser apreciada ainda na reunião da comissão organizadora. Rio de Janeiro tem o regimento elaborado mas não publicado, evoluiu um pouco porque até ontem estava em elaboração. No Amazonas a data da macrorregional de Manaus não foi ainda definida. Na Bahia a data da conferência da capital é que não foi, da estadual ainda não foi definida, mas os demais atos estão em ordem e as macrorregionais também. Apresentou as etapas já realizadas. **Fernando** da Federação Estadual de Associação de Moradores da Bahia, estava participando da RO como convidado, mas eu acabou de receber do Conselho Estadual de Saúde a convocação da 4º Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador. Não conseguiu abrir porque está em PDF, mas já saiu no Diário Oficial o regimento e o estatuto. O Conselheiro **João Rodrigues Filho** pediu à técnica para buscar o Diário Oficial da Bahia e ver essa publicação, enviar de imediato para a comissão organizadora e no dia seguinte essas informações seriam repassadas. Ficaria, por enquanto, com a informação dele até que tenha a publicação. Apresentou as conferências já realizadas: Borba, Rio Madeira, Parintins, Baixo Amazonas, Maracapuru, Rio Negro e Solimões, Triângulo, Tefé, Itaquatiara, Médio Amazonas, Alto Solimões, Tabatinga. O Conselheiro José Naum de Mesquita Chagas foi há duas macrorregionais. É conselheiro e faz parte da comissão organizadora. Teve macro regionais que foram começadas, foram terminadas e os participantes não conseguiram chegar, pela questão das águas. O pessoal demora, quatro, cinco, seis, dez, quinze dias para se deslocar de um lugar para outro nos rios, nas canoas. Esse é um problema que teria que ser resolvido no dia seguinte. Estão todas agendadas mas muitas talvez não sejam realizadas em face da dificuldade de locomoção. Presidente Prudente já foi realizada, Campinas, (A Conselheira Fernanda Lou Sans Magano participou). Santos também já foi realizada, São José do Rio Preto, São Paulo estava sendo aquele dia. A Conselheira Fernanda Lou Sans Magano saiu pela manhã para representar o Conselho nessa macrorregional da capital. No Ceará Caucaia e Iguatu. No Piauí: Bom Jesus e Floriano. No Rio Grande do Sul: Caxias do Sul/Macrorregião Serra, Pelotas já teria que ter feito, Santa Maria, deve está realizando agora. No Paraná: Apucarana/Macro Norte II; Cianorte/Macro Noroeste II; Irati/Macro Campos Gerais. Em Tocantins: Augustinópolis e Araguaína. No Amapá: Macapá. Em Mato Grosso do Sul: Região Oeste do Pantanal/ Corumbá. Os textos orientadores das macro-conferências foram muito bem elaborados. Um dos técnicos da elaboração dos documentos está aqui, o Dr. Jorge, está aqui presente e mais outros companheiros que fizeram a composição dos textos e já foram enviados para as macrorregiões, pelos estados e está também a disposição no site www.cns.gov.br, acessa 4ª Conferência Nacional do Trabalhador e da Trabalhadora, clica, vai abrir todos os documentos prontos. O Diretor do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde, **Carlos Augusto Vaz de Souza**, também membro da comissão organizadora atualizou os avanços em relação à última reunião do Conselho. Além desse documento orientador, desse conjunto de textos que apresentados, também o Ministério da Previdência Social elaborou um texto de contribuição para a conferência. Uma iniciativa muito interessante. Que outros ministérios também envolvidos no processo da conferência possam também produzir materiais que sirvam de referência até para as discussões. Também já está colocado no site. Foi inserido no site um documento muito importante, o Protocolo n° 008 da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, que fala da saúde do trabalhador da saúde, entendendo que, assim como a nossa pauta geral da conferência tem como norte a Portaria da Política Nacional da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, as deliberações, as questões relacionadas com a saúde do trabalhador da saúde, elas podem e devem se referenciar a esse documento: o Protocolo n° 008 da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, que foi lançado em 2011 durante a 14ª Conferência Nacional de Saúde. Em 21 e 22 de março o Conselho realizou uma das etapas preparatórias importante da conferência, um seminário setorial com as centrais sindicais e com organizações sociais. Foi um seminário muito rico, de dois dias, em que fizeram uma divisão por setores, alguns setores produtivos cuja a definição de setores foi feita exatamente no pleno do Conselho. Nesses dois dias de seminário também fizeram debates muito importantes e que vão ser material de referência para as etapas macrorregionais, estaduais e nacional da conferência. Também já tem no site o informe sobre esse seminário, mas o relatório ainda está em elaboração e vai ser inserido no site assim que tiver feito. Destacou que no dia seguinte haveria mais uma reunião da comissão organizadora da conferência, onde apreciariam com mais detalhes esses problemas ainda existentes em alguns estados e fariam um dos grandes debate, fazendo uma distribuição entre o Ministério, membros do Conselho e da comissão organizadora para estarem acompanhando o maior número possível das etapas macrorregionais da conferência e também todas as etapas estaduais e se preparando para a etapa nacional. Esses documentos citados estão no site, na página de documentos orientadores e também produziram em seu departamento uma apresentação padrão da política, com seus principais aspectos, que também estão no site para serem também utilizados nas apresentações que vão ser feitas nas conferências macrorregionais e estaduais. Apresentou dois informes não relacionados à 4ª CNSTT. No dia 2 de abril foi feita a nomeação no Diário Oficial da União, de Jorge Machado como o novo Coordenador Geral de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde. O cargo que ele ocupava até passar para esse cargo de Diretor do Departamento que ficou durante alguns vago. Ele é uma pessoa que já estava também acompanhando a conferência como membro da ABRASCO. Foi importante para a gente dar essa continuidade nesse processo tão importante. A Conselheira **Maria Amélia Gomes de Souza Reis,** presidente da FUNDACENTRO, foi embora e deixou com ele o informe de que está disponível no site da FUNDACENTRO um software que foi desenvolvido por pesquisadores de Campinas e na parceria da FUNDACENTRO com o Instituto Nacional de Meteorologia, que faz uma conexão entre a condição climática e a questão da sobrecarga térmica no trabalho. Ele está ainda em teste, colocado no site da FUNDACENTRO. Foi baseado principalmente nessa experiência da cana-de-açúcar em São Paulo e permite até fazer simulações para verificar se uma determinada condição atmosférica é uma condição que vai exigir medidas especiais de conforto e de segurança para que os trabalhadores não sejam impactados por uma exposição excessiva ao calor. Convidou a todos que tiverem interesse para visitarem no site da FUNDACENTRO essa ferramenta bastante interessante que é muito importante para essa questão. Uma parte grande do trabalho desenvolvido pelos trabalhadores é feito a céu aberto e num país como o este de altas temperaturas, esse acaba sendo um fator importante de desgaste, de impacto na saúde do trabalhador. O Conselheiro **João Rodrigues Filho** complementou que há comissões e estados que estão fazendo as conferências municipais ao invés de macrorregionais. Estão fazendo muita solicitação para palestra e as pernas da comissão também é curta e falta dinheiro também. Quem puder e alguém que for fazer palestra sobre, principalmente, controle social, pediu que não esquecesse do embasamento legal do Artigo 198, da Lei nº 8080/1990, do SUS, do Decreto nº 7.602/2011, também da Convenção nº 155 da OIT, e a Portaria nº 493/MS, de 2013, das resoluções do Conselho e da própria Política do de Saúde do Trabalhador, Portaria nº 1823. Qualquer dúvida, se alguém necessitar desse embasamento pode pedir a ele ou ao Carlos Augusto Vaz de Souza, aos nossos membros que eles dão toda a orientação, inclusive o modelo de palestra para ajudar nesse sentido. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino Pereira** reforçou o **encaminhamento anterior de enviar para todos os conselheiros nacionais a agenda da programação das macrorregionais e das estaduais e também essa demanda de palestrantes que acaba de ser incluída, para todos que tenham disponibilidade e interesse se coloquem para depois organizar esse processo**. Obviamente que de acordo com os encaminhamentos da própria comissão organizadora também. O Conselheiro **Adriano Macedo Félix** informou que assim que recebeu o anexo com as datas encaminhou para o Conselho Estadual do Rio de Janeiro as solicitações das datas da macrorregional de Itaperuna e de Campos, e parece que já andou um pouco, pelo menos a de Itaperuna já saiu. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino Pereira** reforçou que na Mesa Diretora e também na audiência com o Ministro da Saúde foi sugerida a necessidade de **realização de uma reunião entre gestores do Ministério da Saúde, Previdência, Trabalho, CONASS, CONASEMS, ou seja, todos os segmentos de alguma maneira da gestão que estão envolvidos com o processo da conferência para reforçar uma articulação intersetorial de gestão no apoio à conferência**. Isso também poderia reforçar como uma necessidade de organizar esse momento entre gestores. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** alertou quedentro da reunião da comissão organizadora, tinham encaminhado também a necessidade da Secretaria Executiva, junto com o Ministério da Saúde, dar um reforço para os Estados da importância dessa conferência, e o Secretário Estadual de Saúde dos estados, estarem se envolvendo mais com a organização da conferência e com o cumprimento dos prazos regimentais, porque que muitas das dificuldades diagnosticadas tinham relação com documentos que ficavam parados na mesa dos Secretários, e não saiam do Conselho. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino Pereira** respondeu que a Mesa Diretora tratou disso, levou até o Ministro na audiência que houve e a sugestão que a mesa fez foi a mesma do Ministro: essa articulação de fazer um encontro não só CONASS, CONASEMS e Ministério, mas envolver também Ministério do Trabalho, da Previdência. Esse esforço feito com as centrais sindicais fazer também com a gestão em todos os níveis para reforçar esse encaminhamento. Por isso chamou a atenção do novo roteiro para tomar providências nesse sentido. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** lembrou eu teve um encaminhamento para conversar com a representação do CONASS. O Conselheiro **José Eri de Medeiros** pediu um aparte porque nesse momento estavam fechando as mesas do CONASEMS e as salas quando lhe perguntaram se iriam fazer aquele evento com os municípios e as universidades, que eles colocariam um espaço de duzentos lugares. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino Pereira** disse que naquele momento não poderia decidir. O Conselheiro **José Eri de Medeiros** explicou que a proposta é aproveitar o evento do CONASEMS e convidar os quarenta e nove municípios que estão sendo visitados para ter uma faculdade de medicina, o MEC, as universidades, o Ministério da Saúde e a CIRH comandar isso e fazer um evento para discutir as diretrizes nacionais dos currículos dos cursos de medicina. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** afirmouter saído esse encaminhamento na véspera, na pauta da CIRH. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** lembrou que ainda faltava aprovar a ata. A Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** lembrou aos conselheiros que são vinte e quatro membros compostos pelo Conselho, entre conselheiros e outros colaboradores que chegaram estão na composição da comissão organizadora, mais os membros de relatoria e os de divulgação. Mais de cinquenta pessoas. Já há uma programação paralela a essa de eventos, mas está no eixo da saúde do trabalhador e que tem a representação dos usuários e dos trabalhadores. Que se tenha o máximo de transparência, pode ser convidado, mas deve divulgar, saber aonde os conselheiros estão indo. O Conselheiro **Gilson Silva** falou sobre essas conferências municipais que estão acontecendo no sentido de tirar com certeza os delegados dos municípios poder representá-los nas macros. Observou que em Minas Gerais receberam um convite para mandar alguém para fazer uma palestra sobre financiamento na cidade de Conselheiro Lafaiete, e na programação havia o patrocínio e apoio da Unimed. O Conselho tem que tomar cuidado porque podem falar que o Conselho está referendando a questão da terceirização mesmo. O Conselho Estadual abriu mão de mandar alguém porque não considerou que era o lugar certo para o Conselho Estadual estar. A Conselheira **Paula Johns** divulgou que o CONANDA aprovou uma resolução recentemente considerando a publicidade dirigida às crianças abusivas, e pediu o suporte do CNS no sentido de aprovar uma moção apoiando essa resolução. Isso vai dar um reforço em todos os encaminhamentos que vão ser dados a partir dessa resolução. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino Pereira** realizou a leitura da Moção: “CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. MOÇÃO DE APOIO Nº 000, 10 DE ABRIL DE 2014.O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Quinquagésima Sexta Reunião Ordinária, realizada nos dias 09 e 10 de abril de 2014, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e, considerando que os Conselhos Nacionais representam uma importante conquista da sociedade brasileira rumo à democratização do Estado e ao fortalecimento da cidadania e do Estado Democrático de Direito; considerando que o Conanda – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente tem a atribuição legal de elaborar as normas gerais da política nacional de atendimento dos direitos da criança e do adolescente;

considerando que a publicidade e a comunicação mercadológica dirigida às crianças viola o direito da criança ao respeito e sua condição de pessoa em desenvolvimento e, por isso, mais vulnerável à pressão de persuasão exercidas por essa prática comercial; considerando que a publicidade e a comunicação mercadológica de alimentos e bebidas com altos teores de sódio, açúcares e gorduras dirigidas às crianças contribui para o aumento dos níveis de obesidade infantil no Brasil, atentando contra o direito das crianças à saúde; considerando que muitas publicidades e comunicações mercadológicas de produtos fumígeros e bebidas alcoólicas possuem a criança como público-alvo, atentando contra o direito das crianças à saúde; Vem a público: Manifestar apoio a Resolução nº 163 do Conanda, aprovada no dia 13 de março de 2014 e publicada no Diário Oficial da União no dia 4 de abril de 2014, a qual considera abusiva a publicidade e comunicação mercadológica dirigidas à criança e que estabelece princípios gerais a serem aplicados à publicidade e à comunicação mercadológica dirigida ao adolescente; Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Quinquagésima Sexta Reunião Ordinária.” O Conselheiro **André Luiz de Oliveira** pediu para acrescentar a palavra “adolescente” onde estiver criança que acrescente “adolescente”. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino Pereira** colocou em votação e foi **aprovada a moção de apoio à Resolução do CONANDA**. A outra moção foi encaminhada pelo Conselheiro Jurandi Frutuoso Silva de apoio às ações de fortalecimento do poder regulatório e fiscalizador da Agência Nacional de Saúde Suplementar, a ANS, indicando a necessária exclusão pelo Senado Federal das referências que alteram o atual sistema de aplicação de multas às operadoras de plano de saúde da Medida Provisória nº 627/13, que está em apreciação no Congresso. Colocada em votação, foi **aprovada a Moção de apoio à ANS e contrária à MP**. Tiveram apenas uma consideração de ajuste na ata por escrito. Solicitou se mais alguém tem alguma consideração relativa à ata que está em apreciação nessa reunião. A Conselheira Marisa Furia Silva também tinha e repassou para a mesa. O Conselheiro **Renato Almeida de Barros** justificou abstenção do voto pela ausência tanto na reunião do mês de fevereiro, como na reunião de março. A Conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** pediu um esclarecimento se as solicitação deveria ser por escrito para não ter muitas delongas porque eram muitas. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino Pereira** respondeu afirmativamente, se possível. Pediu um apoio dos conselheiros pois a responsável pela elaboração da ata ainda está em processo de conhecimento de toda a dinâmica do Conselho, então que tenham uma tolerância, uma compreensão e nos ajude fazendo esses ajustes necessários. Na próxima RO tentariam fechar mais das atas que estão em atraso. **Colocada em votação, foi aprovada a ata.** O Conselheiro **Adriano Macedo Félix** solicitar ao Conselho que encaminhe com antecedência porque nem sempre traz computador e não tem como fazer a leitura a noite. Alguns conselheiros informaram que ela havia sido mandada com antecedência. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino Pereira** respondeu que essa já havia sido e que estariam com mais força concentrados para dar conta, considerando essa transição. Pela ordem aqui dos prismas, passaram aos demais informes. O Conselheiro **Elias José da Silva** pediu para entrar no ponto da plenária para não perder o quórum. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino Pereira** informou a ocorrência de uma reunião com a coordenação de plenária e os Conselhos Estaduais há uns dez dias, onde foi pactuado por consenso a mudança da data da plenária que já haviam tratado aqui na reunião anterior. No dia 23 e 24 de abril e dia 27 e 28 de maio. Houve uma compreensão geral que a plenária possa ser um momento rico e oportuno tanto para o debate nacional sobre a 15ª Conferência Nacional de Saúde, sobre o Saúde Mais Dez e todas essas agendas que o Conselho tem tratado. Então há um esforço de trazer entre mil e quinhentos e dois mil conselheiros estaduais e municipais. Esse esforço foi potencializado exatamente com a unidade de forças da plenária com os Conselhos Estaduais. Foi um momento bastante rico do debate com os estados. Já tem toda uma agenda de mobilização nos estados para realizar a plenária neste período e trarão na reunião de maio, inclusive porque a comissão organizadora vai se reunir em abril e já vai ter uma programação, então traz mais elementos da proposta da 18ª. Nesse sentido precisam também encaminhar a representação dos conselheiros nacionais que acompanham a plenária nacional, também seguindo a paridade. São quatro conselheiros nacionais que devem ser indicados: dois usuários, um trabalhador e um gestor para fazer acompanhamento dos trabalhos da plenária. Os fóruns já tem alguma coisa debatida nesse sentido. O Conselheiro **Elias José da Silva** elucidou que o Fórum dos usuários teve a reunião na qual tirou 2 nomes para enviar ao pleno. O Conselheiro **Gilson Silva** corrigiu que são 4 nomes: os Conselheiros Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos, “Santinha”, Gilson Silva, Elias José da Silva, e Adriano Macedo Félix. Questionado, o Conselheiro **Elias José da Silva** explicou que são dois foram indicados no fórum e dois estão se candidatando aqui pelo pleno e pediu para verificar a ata da reunião. A Conselheira **Verônica Lourenço da Silva** sugeriu fazer essa discussão no fórum dos usuários, usando critérios, porque vem o tempo todo falando em politizar as indicações enquanto fórum, porque ou abre mão de ser fórum e cada segmento é legítimo também e decide, mas precisa decidir. Depende do que chama de fórum do usuário, porque tinham colocado essa reunião e depois a reunião não tinha acontecido e ficou para esse mês e não sabia quantos representantes estavam na reunião. A Conselheira **Marisa Furia Silva** informou que havia cerca de quinze pessoas, estava organizada e combinaram de se reunir, como sempre na véspera da reunião do pleno. Todos sabem que o fórum se reúne, varia o horário, sempre um dia antes. Depende do dia e do espaço que a gente tem. Nesse dia decidiram fazer lá no plenário logo depois do ato. Avisaram a todos, muita gente que participou. Se escolheram dois candidatos se tiverem mais pessoas se candidatando, leva de novo para o fórum no mês seguinte. Mas são só os dois. Os demais não se candidataram no fórum e concordaram, então não tem mais candidatura naquele momento. O Conselheiro **Elias José da Silva** explicou que no dia 8, desse mês, terça-feira, depois da reunião no Hotel San Marco, coma presença da presidenta, Maria do Socorro de Souza, os usuários se reuniram, ela deu alguns informes e teve encaminhamento que fórum dos usuários se reuniria depois do manifesto no congresso. E assim aconteceu. Foi feito um debate, até eleição de indicação do usuário na CONEP, votado nesse pleno. Então, ou acata ou a indicação que foi votada não vale. Opinou por coloca os dois nomes tirados na reunião do fórum na terça feira e se tiver outros nomes inclui e põe em votação. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino Pereira** lembrou que o colegiado é o pleno, a decisão que vale é a decisão do pleno do Conselho. Os fóruns atuam no sentido de facilitar o processo de encaminhamento, mas não são instâncias colegiadas do Conselho. Consultou o pleno se a gente votariam a partir da candidatura individualmente colocada dos dois nomes mais os dois encaminhados pelo fórum ou se a gente posterga para a próxima reunião e dá um tempo para que haja uma conversa mais acertada aí entre os membros, A Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** pediu esclarecimento se esse nome a ser indicado vai ser uma representação permanente. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino Pereira** elucidou que existe uma resolução do CNS que define esse acompanhamento. Na gestão anterior eram Junior, a Julia, Santinha, e outro nome do qual não se recordava. A Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** comentou porque algum tempo atrás tiveram uma indicação, mas foi pontual. Agora seria uma indicação permanente. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino Pereira** explicou que ela vai durante toda a gestão. Até agora a mesa diretora tem feito esse acompanhamento, não está descoberto. Mas como regimentalmente se prevê que haja, de forma paritária, quatro conselheiros para apoiar e acompanhar esse processo então é precisamos durante essa gestão deliberar sobre isso. A Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** concordou com o encaminhamento de deixar para a próxima reunião ordinária. Uma conselheira se candidatou, já que foram colocados mais dois nomes. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino Pereira** esclareceu que eram duas posições, ou vota individualmente nos candidatos que se colocaram ou deixa para a próxima reunião ordinária uma tomada de decisão. A Conselheira **Marisa Furia Silva** sugeriu deixar para a próxima reunião com esses nomes que foram indicados. O Conselheiro **Gilson Silva** fez uma pergunta antes de encaminhar. Tem alguma relação se a pessoa tiver duas, três comissões, pode também fazer parte da coordenação? Porque algumas pessoas estão em duas, três funções O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino Pereira** respondeu não ter impedimento mas não é recomendável. Lembrou do alerta feito sobre estarem observando pessoas toda semana com pagamento de diária. Isso vai gerar algum tipo de questionamento, então é bom a pessoa não acumular muito. O Conselheiro **Gilson Silva** concordou com o encaminhamento para a próxima reunião e que tenha convocação da coordenação dos usuários para essa finalidade. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino Pereira** colocou em votação as duas posições. O Conselheiro **Renato Almeida de Barros** concordou com o encaminhamento e chamou a atenção que o mês seguinte haverá aí uma plenária, caso fique para a próxima, onde a Mesa Diretora fica com a responsabilidade desse acompanhamento, não existindo uma representação do pleno. Fez esse alerta pela importância que tem a plenária e o papel fundamental que ela tem e cada vez mais nesse pleno tenha acompanhamento e a clareza que na próxima reunião nós deverão ter para os encaminhamentos políticos que exige a plenária. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino Pereira** colocou em votação e foi aprovado que será definido na próxima RO. Acrescentou que o fórum dos trabalhadores já fez sua indicação para o Conselho Consultivo da ANVISA. Falta a indicação dos nomes dos usuários. Pediu que os usuários trouxessem para a próxima reunião, tanto a indicação da plenária quanto também do Conselho Consultivo da ANVISA, lembrando sempre aquele aspecto que a presidenta destacou, no sentido de porque representar, para que representar. Não é representar por representar, mas qual é o sentido e como é que o farão. Inclusive estão fazendo um levantamento de todas as nossas representações nos espaços para a gente poder também ver como começa a trazer melhor esse nível de representação que o Conselho tem em outros espaços, que são vários e às vezes não acompanha tão de perto essas representações. A Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** lembrou haver mais uma sobre a CNPD (Comissão da Nacional de População e Desenvolvimento). O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino Pereira** disse que ainda será pautada para debate de conteúdo. Passou aos informes. A Conselheira **Jouhanna do Carmo Menegaz** deu o informe e fez um convite a todos. De primeiro a quatro de maio, na Universidade Federal do Rio de Janeiro será realizado o Congresso Nacional de Pós Graduandos, onde elegem a nova diretoria e reafirma os debates da entidade. O tema desse congresso é a Valorização da Ciência dos Pesquisadores. A ideia é debater grandes desafios nacionais como reforma política, tributária, da mídia, desenvolvimento científico e tecnológico como mola do desenvolvimento nacional e da soberania, dentre outros pontos relacionados ao papel dos pós graduandos nesse processo visto que estes estudantes trabalhadores estão na ponta da produção do conhecimento no país e nas universidades. Vai ter uma participação da CIRH, da Presidente do CNS, Maria do Socorro de Souza ou uma representação do Conselho para dar o informe da agenda política do CNS, porque não lhes interessa ter apenas porta própria, mas estar sintonizado já que ocupam um espaço. A Conselheira **Marisa Furia Silva** deu o informe que eu pediu no mês anterior e não conseguiu que dia 2 de abril comemorou-se do dia Mundial de Conscientização da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo. É um movimento muito grande, no Brasil começou a tomar uma outra dimensão, inclusive o pessoal fez na Catedral de Brasília um concerto. Todas as associações se mobilizam e a gente pediu para as pessoas usarem azul. Não pôde falar antes, falou agora e já fica para o ano seguinte. O Conselheiro **Carlos Eduardo Ferrari** informou que de 22 a 26 de abril o Movimento de Cegos Brasileiros vai realizar sua assembleia nacional, um seminário que vai tratar de sustentabilidade, relevância social das entidades de cegos do Brasil. Vai ser em Campinas, já tem confirmação de oitenta entidades participantes, esse Conselho vai ser convidado. O convite deve ter sido enviado ou estava chegando. Divulgou para a internet, para quem estava presente e conhece as organizações de cegos, os movimentos ligados a essa pauta para que procurem maiores informações no oncb.org.br, que é o domínio da entidade nacional, que possam participar desse debate sobre sustentabilidade não só sob a ótica financeira, mas bem mais amplo que isso, sustentabilidade do movimento como um todo mesmo, estão fazendo esse debate muito forte internamente. A Conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira** informou que no próximo mês, especificamente no terceiro domingo de maio, no dia 18 de maio, estaria com o dia Internacional do Celíaco e estão fazendo ao longo do mês de maio todas ações, com caminhadas, palestras, conferências nos centros comunitários, escolas, em todos os estados do Brasil, online, pelo facebook, curtam, divulguem e socializem. O Conselheiro **Luiz Anibal Vieira Machado** infelizmente trouxe essas informações que nós levaram quarenta anos para conseguir aprovar uma lei que venha beneficiar o motorista que viaja com caminhão 16, 18 horas, está na estrada correndo risco de acidentes, de matar pessoas, de morrer, e conseguiram aprovar uma lei sancionada pela Presidente Dilma e agora os representantes do agronegócio da Câmara dos Deputados conseguiram alterar a lei, flexibilizando o intervalo de descanso dos motoristas, tirando o valor. O trabalhador quando ganha o salário dele, o valor da hora mais 50% de hora extra. O motorista que estiver parado ele vai a 30% da hora só. Isso é o agronegócio que está comandando a Câmara dos Deputados e está lá para ser alterada essa lei. É lamentável que lutam para diminuir as mortes do trânsito e o próprio governo federal, os próprios deputados estão apoiando a alteração da lei. Pediu o relatório desse encontro que tiveram das centrais sindicais agora dia 21 e 22, do que se aprovou para levar para a sua central. O outro informe foi registrar a saudação ao Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, que está completando vinte anos naquele dia. Que fique registrada então essa saudação O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino Pereira** informou que a equipe está fechando o relatório para enviar para todos. Com relação à medida é importante talvez encaminhar o teor dessa mudança lá no Congresso para a mesa se manifestar encaminhar um posicionamento a favor da categoria. A Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** fez o informe sobre o retorno das atividades das SIEPS, onde estivemos a convite do Conselho Estadual de Saúde de Sergipe, numa atividade, num seminário de Educação Permanente para o Controle Social do SUS, que tinha como objetivo a formatação do fórum de educação permanente do estado. Estiveram lá com uma faixa de cento e cinquenta participantes. Aconteceu na cidade de Canindé de São Francisco, e foi muito produtivo. Trabalharam três dias e o fórum já está já com o calendário de atividades já definido, com atividades já a partir de agora mês de maio. O Conselheiro **Gerdo Bezerra de Faria** socializou que em abril o Conselho Federal de Odontologia está completando cinquenta anos de idade, zelando pela profissão, pela ética, regulamentando e ajudando a melhorar a saúde bucal da população brasileira. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino Pereira** saudou a categoria, sua categoria inclusive. A Conselheira **Lorena Baía de Oliveira Alencar** informou que a nossa entidade protocolou no dia anterior um documento encaminhando denúncias a respeito da situação dos laboratórios de análises clínica do estado do Maranhão. Estão passando por um sério problema de privatização e todas as mazelas vinda da terceirização. Tem um relatório já do sindicato dos proprietários de laboratórios de análises clínica, encaminhado também pelo Conselho Regional de Farmácia do estado do Maranhão, e essa solicitação veio de um conselheiro federal do Maranhão que é o Dr. Fernando Barcelar. Solicitou que fosse encaminhado para o controle social do Maranhão para que tivesse conhecimento e também para os órgãos de fiscalização para que sejam tomadas as devidas providências. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino Pereira** disse que levaria à Mesa Diretora, até porque naquela lógica da articulação com o Ministério Público, para tratar desse tema da terceirização, irá compor uma agenda, estado por estado, e por coincidência o próprio Conselho Nacional do Ministério Público, o primeiro evento que eles estão realizando dentro da agenda deles é no Maranhão, exatamente por considerar as dificuldades que estão acontecendo por lá. Então a gente já com base nesse documento já dá a sequência para fazer essa agenda articulada com a parceria deles. A Conselheira **Lorena Baía de Oliveira Alencar** agradeceu e disse que os colegas de lá ficarão tranquilos em saber que farão parte dessa agenda. O Conselheiro **Renato Almeida de Barros** justificou que nas reuniões do mês de fevereiro e março eu esteve ausente na representação da Confederação Nacional dos Trabalhadores Sem Seguridade Social, em função de um processo eleitoral existente numa entidade base, que lhe legitima na representação da CNTSS. Um processo eleitoral, bastante traumático que se encerrou no final do mês de março. Trouxe para esse pleno porque para a CNTSS tem importância muito grande da representação nas instâncias de controle social. Em Minas têm passado com uma dificuldade muito grande de ausência de autonomia conforme lei da gestão estadual, onde pela própria lei que regulamenta, que é de responsabilidade da gestão do acompanhamento das políticas tanto no aspecto financeiro, como também da definição de política, uma interferência direta da área de planejamento na definição dessas políticas, que acham ruim. Explicou que a sua entidade base fez uma representação junto ao Ministério Público para impedir que as ações de saúde, para que ela tenha autonomia e seja diretamente encaminhada pela gestão da saúde. O governo pode usar, interferir e encaminhar, mas tem que haver autonomia da gestão da saúde no encaminhamento das políticas e também da definição do recurso, da aplicação dos recursos nos aspectos financeiros. Independente de qual seja o governo o SUS tem que funcionar e ter sua autonomia na definição dessas políticas, caso esse que, inclusive há tempo anteriores, denunciaram essa situação que os recursos eram repassados pela área de planejamento no formato de duodécimos dentro da necessidade, e eles entendiam naquele período que o recurso tinha que ser todo ele colocado no fundo. Depois de sua interferência e do próprio Conselho Estadual de Saúde, os recursos passaram a ir para o fundo estadual de saúde, mas a definição da política acaba ainda não tendo, o próprio Secretário Estadual de Saúde, autonomia de definir essa política. Entendem que é ruim, que perde o SUS e perde a sociedade de usuário do sistema. Falou isso porque tem reflexo inclusive na vida dos trabalhadores que tem a responsabilidade de exercer a função pública e isso vai dificultando. No dia anterior fizeram uma manifestação, em Minas Gerais, em Belo Horizonte, onde o sistema público federal, estadual e municipal tiveram uma paralização e essa denúncia, talvez no mês próximo, dia 6, o setor saúde vai à greve para inclusive cobrar condições de trabalho e a autonomia da gestão para poder estar definindo política do nosso estado. O Conselheiro **Jorge Oliveira Duarte** socializou que o fórum dos presidentes dos Conselhos dos estados de Saúde Indígena teve eleição há duas semanas, onde eu era coordenador executivo do fórum. São dois anos de mandato e então seu mandato terminou e essa era sua última participação na reunião do Conselho Nacional de Saúde, como conselheiro titular. Disse que continuará como membro do fórum do Conselho Distrital de Saúde Indígena, e sempre visitará o CNS e agradeceu a cada um dos conselheiros e conselheiras que contribuíram nesse um ano e meio que esteve acompanhando, sensibilizado com a causa indígena, saúde indígena, subsistema de saúde indígena. Agradeceu em nome de quem representa, que são os povos indígenas do Brasil. Foi uma aula, foi uma faculdade o tempo que ficou no CNS. A última participação foi em um dos temas que nunca discutiu numa reunião, por isso que eu não falei nada, fiquei mais prestando a atenção. Socializou que todos os membros do fórum participarão na semana seguinte, os trinta e quatro presidentes que acompanham o fórum, estarão na reunião do COSEMS em Manaus e discutirão e continuarão na luta. Essa luta está muito longe ainda, ainda é o início, apesar de que o SUS, a democracia que existe no país, há 25 anos, é uma criança que nasceu ainda. Há muitas caminhadas. Não é fácil o desafio. A política do governo está aí contra a população de classe baixa, como eles consideram que está sendo dominado pela classe política capitalista, que infelizmente é isso que vê que a discussão aqui da população ribeirinha, negra, indígena, de rua, fica em último lugar na prioridade desse governo, infelizmente. Estará contribuindo, onde quer que eu esteja, com esse Conselho, que possui segmentos de diversas cidades, de etnias e outras e vai continuar contando com o CNS. O Conselheiro **Edmundo Dzuaiwi Ömore** agradeceu pelos informes e aproveitar para registrar seu agradecimento ao Conselheiro Jorge Oliveira Duarte pelo seu último dia no pleno, mas a porta está aberta, independentemente dessa construção política e sólida, tem parceria aqui. Cada segmento e representatividade, sabendo ser parceiro. Então a sua liderança e a liderança do Conselheiro erguidas de maneira a levar para a ponta, para base para que as novas lideranças construam de maneira coerente em prol do Estado brasileiro, que necessitam em todos os aspectos, para os povos vulneráveis. Mas politicamente estão avançando, abraçando, chamando mais parceria. É o mês de abril, abril indígena, no entanto de fato dia 22 e 23 ocorreria a reunião da comissão intersetorial de saúde indígena, CISI. Essa comemoração do abril indígena, mais para a criançada, mulheres, os anciões, para os espíritos que pairam aqui. Dia do índio é todo o dia. Registrou o fato de que a reunião da CISI que aconteceria dias 22 e 23, é uma comemorativa com relação ao abril indígena, o único mês que capta, registra, e levanta a política e a bandeira em prol desses povos que necessitam de todos ainda abraçarem essa causa. Então essa lembrança levem para as bases, para suas aldeias, na universidade, na academia, onde que estejam, essa entidade que os abraça pela causa. Isso independentemente de cada um, liderança que vão estar nesse abril aqui socializando com o governo, a CISI vai trabalhar nessa data, sabendo que tem segmento na comissão que iriam abraçar e gostar da bandeira da questão indígena e vai recomendar para o pleno do Conselho Nacional. A Conselheira **Marisa Furia Silva** acabou de vir de uma Jornada Regional de Autismo e esses eventos realmente são importantes. Montam uma mesa de políticas públicas, o Ministério da Saúde acabou não aparecendo mas foi extremamente importante. Aconteceu no Maranhão, São Luiz, um estado extremamente complexo e o Secretário de Saúde, Secretário da Educação, da Assistência Social, promotores do estado e município estavam presentes e ficaram nessa mesa onde discutiram as necessidades das pessoas com autismo. Alguns sabem que foi um trabalho grande feito junto com o Ministério. Saiu a diretriz e assim não tomaram esse posicionamento ainda porque tem uma lei e da lei tem um decreto e esse decreto, as famílias são contra que as pessoas com autismo sejam tratadas no CAPS. O CAPS é para todos os cidadãos e eles, antes de serem autistas, são cidadãos. Mas não é o tratamento adequado para se fazer, vinte horas semanais. Aquele atendimento que tem que ensinar uma série de coisas para as pessoas com autismo, mas na interpretação do texto, não enxerga que o decreto encaminhe para o CAPS, porque ficou muito claro que as pessoas com autismo têm que ser atendidas na rede da pessoa com deficiência. Por lei eles são considerados pessoas com deficiência, pela convenção já eram considerados. Está no caput do decreto que ele seja atendido na rede da pessoa com deficiência, com fortalecimento da saúde bucal, da atenção básica. Tinha ido assim para o Conselho, e na hora que foi para o CONAD, a Edeuzina do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome, levantou que também tinha que colocar a rede psicossocial. O SUS é rede, então no momento em que se coloca que as pessoas com autismos ou qualquer outra pessoa tem que ser atendidas no Sistema Único de Saúde, é na rede. A posição de sua entidade é que, o atendimento diário para ensinar a atividade de vida diária, tirar manias, fazer todo aquele trabalho não é no CAPS, no CAPS é pontual. Então é extremamente importante, na sua área. Eles não se defendem, são as famílias que defendem por eles e as famílias têm muitas dificuldades para poder participar de eventos, fazer essa parte política. Seu filho tem 36 anos e nãos e pode perder mais gerações de pessoas com autismo. Hoje a política está posta e é uma das coisas que se deve, inclusive nesse Conselho, é ver como é que está funcionando, como é que está sendo o atendimento das pessoas com deficiência no SUS. A Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** comentou que o Conselheiro Jorge Oliveira Duarte está se despedindo das atividades no Conselho, e isso aqui é uma estação de passagem, mas não é enquanto representação, mas não é para encerrar essa luta. O conheceu tanto na experiência da convivência do Conselho, mas também lá na região do Amazonas, Tabatinga. Gostaria de cumprimentá-lo e dizer que seu trabalho foi bastante importante, das representações indígenas que tem passado por aqui e que via seu compromisso com a sua base, com a sua região, com o seu povo e dizer que isso foi muito produtivo, muito significativo. Desejou boa sorte na sua luta e que certamente iriam se encontrar em outros espaços. **Encaminhamentos: 1) aprovada a moção de apoio ao PL 4385/1994, que dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas e dá outras providências, com a inclusão das contribuições realizadas pelo Pleno. 2) os conselheiros devem enviar sua disponibilidade para participação de visitas técnicas da CIRH. 3) os conselheiros devem enviar os eventos que desejam participar para realização de planilha orçamentária e escolha dos eventos pelo Pleno na próxima reunião, incluindo o congresso do CONASEMS. 4) a escolha dos conselheiros se dará preferencialmente para participação do conselheiro que reside no estado onde ocorre o evento. 5) aprovada a indicação da Conselheira Eurídice Ferreira de Almeida para participação no evento da Paraíba e da Conselheira Ubiraci Matildes de Jesus para o evento da Bahia. 6) Aprovada a participação da Conselheira Verônica Lourenço da Silva no evento da SPM com temática LGBT de 23 a 25 de abril. 7) criação de um GT para analisar a denúncia da cidade de Betim e pautar o tema para discussão na próxima reunião com a presença do CNMP. Aprovada a composição do GT com os Conselheiros: Renato Almeida de Barros, Abrahão Nunes da Silva, Eurídice Ferreira de Almeida, Geraldo Adão Santos e Gilson Silva. 8) A comissão organizadora da 4ª CNSTT irá enviar modelo de apresentação para os conselheiros palestrantes nas etapas macrorregionais e estaduais. Enviar para todos os conselheiros nacionais a agenda da programação das macrorregionais e das estaduais e também essa demanda de palestrantes que acaba de ser incluída, para todos que tenham disponibilidade e interesse se coloquem. 9) encontro CONASS OCNASEMS MS, MTE, MPS sobre a 4ª CNSTT. 10) aprovada moção de apoio à Resolução do CONANDA sobre publicidade voltada ao público infantil. 11) discutir representantes na próxima RO para a Plenária de conselhos com quatro representantes paritariamente. 12) Aprovada a indicação da Conselheira Eurídice Ferreira de Almeida para o Conselho consultivo da ANVISA. 13) o Conselheiro Luiz Anibal Vieira Machado irá enviar teor da alteração legislativa sobre lei trabalhista dos motoristas profissionais para posicionamento do CNS na próxima reunião. 14) Levar à reunião da Mesa Diretora denúncia sobre os laboratórios de análises clínicas do Maranhão. 15) Aprovada moção de apoio à ANS sobre a alteração do sistemas de multas aplicadas por aquela instituição. ENCERRAMENTO –** Nada mais havendo a tratar, O Conselheiro **Edmundo Dzuaiwi Ömore**, agradeceu a todos e encerrou a reunião. Agradeceu a presença de todos e encerrou os trabalhos da 256ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os seguintes conselheiros no segundo dia de reunião: *Titulares –* **Abrahão Nunes da Silva**, Central de Movimentos Populares (CMP); **Ana Maria Costa,** Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); **Carlos Eduardo Ferrari**, Organização Nacional dos Cegos do Brasil (ONCB); **Claudio Garcia Capitão**, Conselho Federal de Psicologia (CFP); **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA; **Cleuza de Carvalho Miguel**, Movimento dos Portadores de Esclerose Múltipla – MOPEM; **Clovis Adalberto Boufleur,** Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Denise Rodrigues Eloi de Brito**, União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS); **Edmundo Dzuaiwi Omore,** Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Geraldo Adão Santos**, Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas – COBAP; **Gerdo** **Bezerra de Faria,** Conselho Federal de Odontologia – CFO; **Ivone Evangelista Cabral,** Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB; **Jouhanna do Carmo Menegaz**, Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG; **Jurandi Frutuoso Silva**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; **Lázaro Luiz Gonzaga**, Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC); **Márcia Patrício de Araújo**, Associação Brasileira dos Ostomizados – ABRASO; **Maria Amélia Gomes de Souza Reis**, Ministério do Trabalho e Emprego; **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos, “Santinha”** RedeNacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; **Maria do Socorro de Souza,** Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG; **Maria Laura Carvalho Bicca,** Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Marisa Furia Silva,** Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Patrícia Augusta Alves Novo**, Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares – ABRAz; **Renato Almeida de Barros**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CNTSS; **Sandra Regis**, Associação Brasileira de Delegados e Amigos da Confederação Espírita Pan-Americana (CEPA Brasil) e **Verônica Lourenço da Silva**, Liga Brasileira de Lésbicas. *Suplentes –* **Adriano Macedo Félix**, Associação Nacional de Grupos de Paciantes Reumáticos – ANAPAR;**Aline Albuquerque Sant'Anna de Oliveira**, Sociedade Brasileira de Bioética (SBB);**André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil- CNBB;**Andréa Karolina Bento**, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia – ABRALE;**Clarice Baldotto**, Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB); **Elias José da Silva**, Movimento Popular de Saúde (MOPS); **Eurídice Ferreira de Almeida**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil-FASUBRA; **Fernanda Benvenutty da Silva**, Associação Nacional de Travestis e Transexuais – ANTRA; **Fernanda Lou Sans Magano,** Federação Nacional dos Pscicólogos – FENAPSI; **Gilson Silva**, Força Sindical; **João Donizeti Scaboli,** Força Sindical; **Jorge Oliveira Duarte**, Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena (FPCONSIDI); **José Arnaldo Pereira Diniz**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **José Eri de Medeiros**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saude – CONASEMS; **Liane Terezinha de Araújo Oliveira,** Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (FEMAMA); **Lorena Baía de Oliveira Alencar**, Conselho Federal de Farmácia (CFF); **Luiz Alberto Catanoce**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical (Sindnapi); **Luiz Anibal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores(NCST); **Marco Antônio Castilho Carneiro**, Federação Nacional das Associações Pestalozzi – FENASP; **Maria Angélica Zollin de Almeida,** Federação Nacional dos Médicos Veterinarios – FENAMEV; **Maria do Socorro Bezerra Mateus**, União Nacional dos Auditores do Sistema Único de Saúde (UNASUS); **Michely Ribeiro da Silva**, Rede Nacional Lai Lai Apejo - População Negra a Aids; **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV); **Paula Johns**, Associação de Controle do Tabagismo, Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos - ACT/Aliança de Controle do Tabagismo; **Simone Vieira da Cruz**, Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras – AMNB; **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da Criança; **Wilen Heil e Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) e **Zaíra Tronco Salerno**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN).