

MINISTÉRIO DA SAÚDE

**CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

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

Aos onze e doze dias do mês de março de dois mil e quinze, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde “Omilton Visconde”, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar, Brasília-DF, realizou-se a Ducentésima Sexagésima Sétima Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**, da Mesa Diretora do CNS, iniciou a sessão cumprimentando os presentes e os internautas que acompanhavam a reunião em tempo real. Em seguida, apresentou os objetivos da 267ª RO: **1)** Homenagem a Lourdinha Rodrigues, feminista, defensora dos direitos humanos e ex-conselheira nacional de saúde; **2)** Socializar o andamento da Política de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher e a responsabilidade do SUS; **3)** Analisar as implicações da entrada do capital estrangeiro no setor da saúde; **4)** Dar continuidade ao processo de construção da 15ª Conferência Nacional de Saúde, com ênfase na composição da comissão organizadora; e **5)** Deliberar sobre processos da CIRH. **ITEM 1 – EXPEDIENTE - APROVAÇÃO DA PAUTA DA 267ª REUNIÃO ORDINÁRIA E DA ATA DA 265ª RO do CNS -** *Composição da mesa:*Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**, da Mesa Diretora do CNS. Primeiro, apresentou e colocou em apreciação a pauta da reunião. Conselheiro **Clóvis Boufleur** explicou que o Fórum de Usuários solicita que não haja alteração de pauta às vésperas da reunião, pois prejudica os debates e a preparação dos itens com antecedência. Solicitou, inclusive, que a Mesa Diretora do CNS siga o fluxode trabalho definido em Resolução do CNS para organizar as reuniões.No mais, perguntou à Mesa Diretora quais são os temas pendentes mais urgentes, definidos no planejamento do CNS, que precisam ser pautados.Conselheira **Patrícia Alves Novo** registrou que os conselheiros têm recebido as pautas às vésperas das reuniões, assim, solicitou o envio com tempo hábil para assegurar a discussão nos Fóruns dos Segmentos. Conselheira **Alessandra Ribeiro de Sousa** solicitou a inclusão de item extra pauta para tratar da minuta de Resolução, aprovada pelo Conselho Nacional de Políticas de Drogas no dia anterior, que regulamenta as comunidades terapêuticas, dada a incidência dessa iniciativa no SUS. Conselheiro **Clóvis Boufleur** apoiou a inclusão desse item e aproveitou para solicitar a redefinição da coordenação da Comissão Intersetorial de Saúde Mental – CISM/CNS. **Deliberação: aprovada, com uma abstenção, a pauta da 267ª RO, com a inclusão de item extra, no segundo dia, para tratar da minuta de Resolução que regulamenta as comunidades terapêuticas.** Em seguida, o coordenador submeteu à apreciação a ata da 265ª RO Ordinária do CNS.Conselheira **Clarice Baldotto** solicitou a inclusão do seguinte adendo à ata: aprovação da ata da 262ª e a resolução a respeito das agressões sofridas pelos universitários.Aproveitou para ressaltar a importância de apresentar o texto do debate sobre a resolução a respeito da violência contra estudantes universitários, lembrando que o mérito já fora aprovado. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, solicitou maiores esclarecimentos à coordenadora da CIRH uma vez que o tema foi pauta de debate na Comissão. Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** informou que o tema foi pauta na CIRH e foi elaborada e divulgada publicamente nota sobre violência nas universidades. Lembrou, inclusive, que a nota foi aprovada na reunião do CNS e divulgada no site do Conselho e esclareceu que não se trata de uma matéria de resolução. **Deliberação: o Plenário aprovou a pauta da 267ª Reunião Ordinária e a ata da 265ª RO Ordinária do CNS, com o adendo da conselheira Clarice Baldotto.** Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** apresentou e deu boas-vindas à nova conselheira do CNS **Denise de Freitas**, da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência.Em seguida, abriu a palavra para informes. **EXPEDIENTE – INFORMES – Implantação da Frente Parlamentar de Enfrentamento as DST/Aids no Congresso Nacional -** Conselheiro **Rodrigo Pinheiro** informou que a Frente é composta por mais de 220 parlamentares e, após a instalação, definiu várias ações, entre elas, a realização de audiência pública para discutir a Política de AIDS do Brasil. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** disse que a Política também será debatida na Comissão de Prevenção de AIDS, com a participação da Frente Parlamentar, e os resultados serão trazidos para o Plenário do CNS. **TUBERCULOSE E ATENDIMENTO NO SUS –** Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** solicitou pauta no CNS para tratar sobre tuberculose, lembrando que o Brasil está entre os 20 países com maior índice da doença no mundo. Ressaltou que essa situação decorre, principalmente, do abandono do tratamento (a taxa é de cerca de 10%) – os serviços abandonam o usuário e não o contrário. Também destacou as dificuldades de acesso dos usuários aos serviços de saúde, relatada inclusive por conselheiros. Conselheiro **Clóvis Boufleur** registrou que há desabastecimento generalizado da vacina BCG em determinadas regiões do país e solicitou que o Ministério da Saúde esclareça essa questão. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** ressaltou que há risco de falta da vacina no país, o que é preocupante, porque a vacina é uma forma de evitar casos mais graves de tuberculose em crianças. Conselheiro **Renato Almeida de Barros** justificou sua ausência nas reuniões ordinárias do CNS de janeiro e fevereiro de 2015. Também atualizou o Plenário sobre o trabalho do GT do CNS designado para acompanhar o processo eleitoral do Conselho Municipal de Saúde do Belo Horizonte (composição, Renato Barros, Geraldo Adão e Eni Carajá). Destacou que o GT reuniu-se com o Secretário Municipal de Saúde para intermediar a busca de solução e esteve com a promotoria pública e conseguiu intermediar encontro com os segmentos em conflito no sentido de realizar novo processo eleitoral (dia 26 de março). Conselheiro **Antônio Alves de Souza** explicou os motivos da não publicação do relatório impresso da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena e informou que essa publicação será feita via Organização Pan-Americana de Saúde. Disse que serão entregues 10 mil exemplares e distribuiu CDs com o relatório. Também comunicou que será realizada de 27 de março a 4 de abril operação com grupo voluntário para atendimento em aldeias de procedimentos de média e alta complexidade e solicitou a indicação de representante do CNS para acompanhar esse processo. No mais, disse que no dia 19 de abril será lançado o mês de vacinação dos povos indígenas e sugeriu a indicação de representante do Conselho. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** comunicou que, no dia anterior, foi realizada plenária do movimento em defesa da saúde pública – Saúde mais dez – com a participação de representantes de 17 Estados e cerca de 40 entidades. Disse que o movimento continuará a luta pelos 10% das receitas correntes brutas da União ou equivalente para a saúde e definiu os seguintes encaminhamentos: necessidade de discutir fontes, a destinação desses recursos (prioridade de aplicação em ações e serviços de natureza pública). Também solicitou a adesão dos conselheiros e das entidades e movimentos a essa nova fase do Movimento. Conselheiro **Eni Carajá Filho** informou que, junto com o conselheiro Abrahão Nunes, em parceria com a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa esteve em Araxá para tratar de irregularidades na gestão passada do município. Disse que encaminhará o relatório da situação ao Conselho e sugeriu que haja acompanhamento dessa questão. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, comunicou que foi constituído, por funcionários e conselheiros, um núcleo de atendimento do CNS aos conselhos estaduais e municipais para ter informações sobre o funcionamento do controle social. Destacou o caso de Tocantins por conta da conjuntura complexa – o Conselho sofreu auditoria e foram levantados questionamentos que podem vir a ser caracterizados como irregularidades. Disse que aguarda o resultado da auditoria para definir os próximos encaminhamentos. Explicou que a proposta da Mesa Diretora do CNS é aprovar recomendação para que os conselhos estaduais e municipais se organizem para ter equipe técnica preparada, zelo com os recursos públicos e com a transparência da informação. Além dessas questões, informou que foram realizadas reuniões em preparação à 15ª Conferência e reunião com as secretarias executivas de conselhos estaduais e das capitais com apresentação do Regimento da Conferência, a agenda das plenárias, entre outros aspectos. Disse que a minuta de recomendação será incluída no servidor para ser apreciada e, após aprovada, divulgada para conselhos estaduais e municipais. No caso de Araxá, explicou que aguarda o relatório para definir a melhor forma de acompanhar a situação. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** aproveitou para reafirmar que a Mesa Diretora do CNS leva em consideração o planejamento do CNS para definir as pautas das reuniões plenárias. Informou que na reunião de abril seria apresentado relatório a respeito das pautas pendentes. Conselheira **Ana Paula Menezes** esclareceu que não houve problemas logísticos e de compra em relação à vacina BCG, mas que ocorreu problemas no processo de produção. Explicou que o produtor comprometeu-se a fazer distribuição da vacina no dia 18 de março de 2015. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** informou que a Mesa Diretora, ao assumir, conseguiu pautar as demandas pendentes da gestão anterior. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** apresentou as seguintes justificativas de ausência: **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro; Cleuza de Carvalho Miguel; João Rodrigues Filho; Lázaro Luiz Gonzaga; Alexandre Frederico de Marca; e Sandra Régis.** Conselheiro **Willen Heil e Silva** acrescentou que a conselheira Denise Torreão também justificou ausência. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte,** coordenador do Fórum de Usuários, disse que o Fórum solicita que a eleição do CNS, prevista para o final de 2015, seja discutida na próxima reunião do CNS ou, no máximo, na reunião do mês de maio. Conselheiro **Luiz Aníbal Vieira Machado** interveio para registrar o descontentamento com a aprovação da lei que dispõe sobre o exercício da profissão de motorista que, entre outros aspectos, determina que estes devam cumprir quatro horas extras por dia. Conselheiro **Renato Almeida de Barros** informou que o Estado de Minas Gerais está contribuindo para a organização da plenária regional da Região Sudeste, todavia, manifestou preocupação com a programação definida, destacando que Minas Gerais e Rio de Janeiro não foram consultados. Assim, solicitou que a programação seja revista e também aumente o número de participantes do Estado de Minas Gerais. A Presidente do CNS sugeriu retomar esse tema no debate da 15ª Conferência. Conselheiro **Marlonei Silveira dos Santos** informou a realização, em Bento Gonçalves, do V Congresso Nacional dos Médicos Peritos da Previdência e o foco da pauta foi a terceirização dos serviços. Destacou que está em tramitação no Congresso Nacional a Medida 664 que prevê a privatização da perícia médica da Previdência Social, com fim do concurso público. Salientou que a situação dos médicos peritos é complexa e os profissionais são alvo de violência. Disse que apresentaria documento na próxima reunião para que o Plenário definisse encaminhamentos. Conselheira **Ana Maria Costa** conclamou o Conselho para mobilizar-se contra o debate, no Congresso Nacional, da PEC 451, de autoria do deputado Eduardo Cunha, que obriga os empregadores urbanos e rurais a adquirir planos privados de saúde para os seus empregados. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** disse que é preciso pautar debate sobre os projetos de lei em tramitação no Congresso Nacional com impacto na saúde. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** solicitou que a Mesa Diretora do CNS convide a ouvidoria do MS para participar da próxima reunião, a fim de apresentar informações sobre a situação da saúde do Brasil. **ITEM 2 – IMPLICAÇÕES DO CAPITAL ESTRANGEIRO NO SETOR SAÚDE –** *Convidados:* **Oswaldo José Barbosa da Silva,** Sub-Procurador Geral da República e Presidente da Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde – AMPASA; **Lenir Santos,** Instituto de Direito Sanitário Aplicado – IDISA; e conselheiro **Nelson Augusto Mussolini,** Confederação Nacional de Indústria. *Coordenação:* conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS. A Presidente do CNS recuperou que, durante a 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – 4ª CNSTT, foi aprovada nota contra o Projeto de Lei de Conversão n. 18, de 2014, da Medida Provisória n. 656, de 2014, destacando inclusive que foi discutida com a sociedade. Lembrou que, em janeiro de 2015, o Ministro da Saúde fez uma fala a respeito no CNS e o Plenário decidiu pautar a discussão, assegurando contraditório. Disse que, além dos convidados, fez um esforço para garantir a presença de representante do Legislativo, mas não foi possível. Professora **Lenir Santos**, do IDISA, agradeceu o convite para tratar do tema ao mesmo momento que estreia como conselheira titular no CNS, representando a Federação Brasileira das Federações de Síndrome de Down. Explicou que atua na área há mais de 30 anos e, atualmente, preside a Fundação Síndrome de Down em Campinas. Explicou que o Projeto de Lei de Conversão n. 18, de 2014, da Medida Provisória n. 656, de 2014, foi votado no dia 17 de dezembro de 2014, causando grande surpresa a todos, e que esse Projeto teve introdução em uma Medida Provisória que tratava de matéria financeira e tributária. Ressaltou, inclusive, que uma medida provisória ou lei não pode tratar de inúmeros temas, como é o caso da Lei °. 13.079 e que o artigo 142 é o que causa maior preocupação porque altera a Lei n°. 8.080/90, permitindo a participação, direta ou indireta, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos casos que especifica. Nesse sentido, o art. 143 do PL de conversão n°. 18 torna a vedação constitucional letra morta por admitir que o capital estrangeiro se instale em todas as áreas compreendidas pela assistência à saúde. Salientou, ainda, que a lei viola a Constituição e manifestou estranheza com essa posição do Congresso Nacional. Disse que a Constituição permitia exceções e, para isso, seria necessário verificar se havia necessidade de se permitir a participação ou não do capital estrangeiro. Ressaltou que o capital estrangeiro está ilegalmente na área da assistência à saúde no Brasil. Frisou que o primeiro ponto é que a Lei viola profundamente a ordem jurídica e violará inúmeros princípios do SUS. Ressaltou que não se deve aceitar essa iniciativa aprovada no final do ano legislativo e destacou que a PEC 358 trouxe perdas no financiamento da saúde, a Lei abre para o capital estrangeiro e a PEC 451 determina a obrigatoriedade dos empregadores oferecerem planos privados de saúde para os empregados. Ressaltou que essas iniciativas apontam para que o SUS se reduza a atender o pobre, ou seja, passaria a ser um sistema pobre para os pobres e mostrou-se refrataria a ideia de que se deve aceitar a justificativa de regularizar o que já é um fato. No seu modo de ver, deve-se planejar e definir com responsabilidade onde é preciso o capital estrangeiro na assistência à saúde e permitir tão somente naquilo onde especificamente é necessário. Disse que a Procuradoria Geral da República, junto com entidades do movimento reforma sanitária, irão entrar com uma ADIn porque a lei é inconstitucional. Além disso, ressaltou que é preciso conseguir uma liminar para evitar que essa tentativa generalizada se consolide. Por fim, manifestou a sua satisfação por participar do Conselho na condição de conselheira nacional. O Sub-Procurador Geral da República **Oswaldo José Barbosa da Silva,** na condição de Presidente da AMPASA, falou sobre o posicionamento da Associação a respeito do Projeto de Lei de Conversão n°. 18. Explicou que a AMPASA é uma pessoa jurídica de direito privado que tem entre os objetivos promover a defesa do Direito à Saúde, notadamente o acesso às suas ações e serviços, garantidos na Constituição Federal e no ordenamento jurídico nacional, velando pela sua plena implementação, bem como pela observância dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Destacou que, em virtude da natureza do trabalho, a Associação possui viés mais jurídico, mas está em contato com outras entidades da reforma sanitária brasileira para manter-se informada e participar de movimentos da defesa do SUS. Lembrou que, no final de 2014, a AMPASA foi surpreendida com uma MP que tratava de 29 assuntos distintos e o artigo 142 alterava o art. 23 da Lei n°. 8.080/90. Destacou que a AMPASA percebeu imediatamente a inconstitucionalidade do artigo porque a Constituição Federal veda a participação de empresas e capital estrangeiro na assistência à saúde, salvo os casos previstos em Lei. Disse que essa excepcionalidade já fora exercida de forma direta e indireta porque em 1998 foi editada lei que permitiu ao capital estrangeiro participar de empresas operadoras de planos de saúde, mas na condição de seguradoras de saúde e não de prestadores de serviços de saúde. Todavia, as empresas operadoras de planos de saúde costumam construir os próprios hospitais e atuam na área de prestação de serviços de saúde. Destacou que as empresas estrangeiras compraram ações e tornaram-se detentores da maioria acionária de algumas operadoras de planos de saúde que possuíam hospitais e clínicas que prestavam ações e serviços de saúde. Explicou que essa situação é ilegal e foi permitida pela Lei n°. 9.656/98. Detalhou que o Art. 142 determina que a Lei nº 8.080/90 passa a vigorar com as seguintes alterações: “Art. 23. É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos: I – doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos; II – pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar: a) hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada; e b) ações e pesquisas de planejamento familiar; III – serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social; e IV – demais casos previstos em legislação específica.” Além disso, inclui o Art. 53-A, determinando que, na qualidade de ações e serviços de saúde, as atividades de apoio à assistência à saúde são aquelas desenvolvidas pelos laboratórios de genética humana, produção e fornecimento de medicamentos e produtos para saúde, laboratórios de analises clínicas, anatomia patológica e de diagnóstico por imagem e são livres à participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros. Frisou que a Lei é técnica e juridicamente inconstitucional por quatro razões explicitadas em documento e, para propositura de ADIn foram definidos três argumentos. Explicou que a Confederação Nacional dos Trabalhadores Liberais Universitários Regulamentados entrou com ação e salientou que outras possíveis ações serão agrupadas em uma só e distribuídas para um único ministro, o que possibilita apresentação de argumentos diferentes em favor da tese da inconstitucionalidade. Reafirmou que a Lei é inconstitucional porque transforma exceção em regra e trata-se de lei ordinária que desobedece lei complementar (há uma lei complementar que determina que não se pode elaborar lei e colocar adendos – a lei em questão trata de 29 assuntos distintos). Além disso, destacou que foi excluído parágrafo do art. 142, assim, a iniciativa privada pode compreender que não está vinculada ao SUS. Lembrou que a CF determina que a saúde é livre à iniciativa privada. Disse que a Associação tentaria levar a Ação ao STF, todavia, o Supremo possuía quase 6 mil Ações para julgar. Destacou que seria necessária uma liminar a fim de evitar que a Ação seja julgada, caracterizando a situação de fato consumo, o que dificultaria desfazer a situação. Do ponto de vista político, disse que esse golpe ao apagar das luzes de 2014 está dentro de um conserto engendrado para a privatização de diversos serviços públicos, entre os quais a saúde. Ressaltou que diversos artigos científicos e dissertações demonstram que os serviços públicos vão aos locais onde a iniciativa privada não quer ir e garantem a saúde das populações que não estão nos grandes centros. Há razões jurídicas para entrar com a ADIn e o Supremo, razões para concessão da Ação. Destacou que o CNS precisa manter a posição contrária à privatização e torná-la mais pública porque é importante para o posicionamento do Supremo. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, explicou que tentou garantir a presença de um representante do Legislativo no debate, mas não foi possível por conta da agenda dos parlamentares. Também disse que contatou o Ministério da Saúde e a avaliação é que o Ministro já havia se manifestado a respeito. Conselheiro **Nelson Mussolini**, representante da CNI, iniciou sua fala destacando que não contestaria as questões jurídicas apresentadas e aguardaria a manifestação do STF que é a corte que decidirá se a lei fere ou não a CF. Disse que entendia os argumentos colocados e concordava com alguns, todavia, avaliou que era preciso verificar se a entrada do capital estrangeiro pode contribuir para uma melhor assistência à saúde. Disse, ainda, que representa uma entidade que tem empresas nacionais e empresas multinacionais – destacou que, no passado, 70% dos medicamentos fabricados no Brasil vinham de empresas multinacionais e 30% produzidos por empresas nacionais. Hoje, em razão de uma regulamentação eficaz por parte da ANVISA, 55% da produção é feita por empresas nacionais e 45% de empresas multinacionais, o que representa um grande desenvolvimento na área de medicamentos. Nesse sentido, observou que o capital internacional está presente há muitos anos na saúde do Brasil por meio da assistência farmacêutica e de seguros de saúde. Assim, discordou que o capital está entrando no SUS agora e está enfraquecendo o Sistema. Ao contrário, o SUS, através das ações adotadas, está cada vez mais forte. Estranhou que o CNS lute por mais recursos para a saúde e, diante da possibilidade de trazer mais recursos, o Conselho se posicione contrário. Afirmou ser favorável à entrada do capital estrangeiro na área hospitalar, mas entende que isso precisa ser feito através de uma regulamentação efetiva. Destacou que as perguntas centrais do debate são: o capital internacional irá trazer dano à sociedade brasileira? Irá melhorar a assistência ao usuário do SUS? Diante disso, entendia que é preciso pensar em regulamentação que contribua para desenvolver o SUS e outras áreas do país. Disse que o governo brasileiro não dispõe de recursos para desenvolver a saúde como seria necessário e precisa da ajuda complementar do setor privado. Assim, no seu entendimento, é preciso regulamentar como se dará essa participação. Finalizando, defendeu que o debate deve ser despedido de ideologias e focado na análise e avaliação da participação do capital estrangeiro, verificando se trará benefícios para a assistência ao usuário. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, agradeceu a participação do conselheiro Mussolini na mesa, o que demonstra a contribuição do setor privado nos debates. Explicou que o questionamento refere-se à participação do capital estrangeiro nas ações e serviços de saúde. Também perguntou se a mesa concorda com a interpretação de que há dois sistemas no Brasil - público e privado e se a entrada do capital estrangeiro afetaria mais o setor privado ou também o setor público. Além disso, quis saber, em caso de regulação, o que poderia ser feito. No mais, manifestou preocupação com a violação da Constituição Federal a partir de ações legislativas sem amplo debate com a sociedade, sem transparência política e pública e sem avaliar as consequências da aplicabilidade. Além disso, sentiu falta de uma posição crítica do governo em relação às implicações da proposta. Considerando momento internacional em que prevalece a ideologia universal, considerando o momento de ataques sistemáticos à Constituição com consequências duvidosas, considerando a pauta permanente de financiamento para fortalecer o SUS, considerando que não há regras aprimoradas, perguntou como se poderia levassem ainda mais a inviabilização do SUS. Manifestou preocupação com as medidas que se distanciam da garantia de financiamento público para sustentar o SUS. **Manifestações.** Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** começou a sua fala destacando que a Constituição não prevê dois sistemas, mas apenas o SUS (art. 200). Também salientou que o debate refere-se à disputa de ideias, centrado na defesa do interesse nacional ou não. Disse que a FENAFAR, filiada à Confederação Nacional dos Trabalhadores Universitários, entrou com ADIn por entender que a proposta fere vários preceitos da Constituição e propôs que o CNS participe da ação como *amicus curiae.* Observou quealém de ferir a soberania nacional, a entrada do capital estrangeiro não irá trazer benefícios, pois o capital busca mercado e, sendo assim, a saúde como direito fica fragilizada. Conselheiro **Renato Almeida de Barros** disse que a Medida Provisória causou estranhamento porque desrespeita os preceitos da Constituição e traz riscos para o SUS. Portanto, é preciso mobilização da sociedade contra essa proposta e em defesa do SUS – público e universal, considerando, inclusive, o ano de realização da 15ª Conferência. Informou que em Minas Gerais está sendo feita discussão com setores organizados da sociedade e é preciso debate nacional a respeito. Lembrou que os documentos produzidos pela ABRASCO e pelo CEBES têm contribuído para esse debate e será elaborado documento para ser levado à Plenária Regional da Sudeste. Sendo assim, é preciso ter ações no Supremo Tribunal Federal e realizar mobilização social, a fim de conseguir êxito e derrubar a proposta. Por fim, ressaltou que não se deve permitir uma medida que estrangule o SUS, arduamente construído. Conselheira **Suelen Geisemara Bacelar Nunes** falou sobre as consequências da entrada do capital estrangeiro no processo de formação da saúde, destacando que um dos principais empecilhos refere-se à privatização da saúde e da educação, chamando a atenção para o fato do reflexo dessa privatização estar nas estruturas antidemocráticas instauradas nas escolas, e, consequentemente, no processo de formação como um todo. Disse que a entrada do capital estrangeiro representa a consolidação da privatização no país e, dessa forma, uma atuação profissional extremamente hospitalocêntrica e assistencialista. Salientou, ainda, que não entende a necessidade de buscar recursos externos quando mais 40% dos recursos internos são direcionados a pagamento de dívida que não se sabe se é regular. Nesse sentido, perguntou se os olhos não estão se voltando a interesses sem questionar e verificar para aonde o orçamento vai de fato. Frisou que o SUS precisa ser fortalecido, mas isso só pode acontecer quando se volta os olhos para o povo brasileiro e para a saúde e não para a doença e lucro do sistema privado. Conselheira **Ana Maria Costa** ressaltou a importância de debater no CNS a presença do capital estrangeiro e a relação público/privado. Considerando que a presença do capital estrangeiro na saúde configura uma ilegalidade, perguntou por que não foi feito nada até então para coibir essa iniciativa tão danosa ao SUS. Avaliou que falta ideologia na esquerda em relação à saúde e afirmou que é preciso retomar o papel do Estado na preservação do direito à saúde e que esperava que os governos populares resgatasse o SUS como um sistema de natureza pública que se avançasse nos preceitos constitucionais. Mas, ao contrário, o que se vê é uma redução do financiamento, carência de regulação e incremento de subsídios a essa área. Afirmou que é hora de o governo decidir se quer ou não o direito à saúde. A opção será pela mercantilização? Como abrir mão da regulação que já estava definida em lei e foi descumprida? Salientou que se está assistindo de forma incrédula essa iniciativa ilegal e sem garantia de que a regulamentação seja possível e terá benefícios. Destacou que a regulação precisa ser retomada na sua base primeira – que são os artigos da Constituição e as leis regulam e preservam o Brasil da presença perversa do capital. Conselheira **Clarice Baldotto** agradeceu os expositores pelas apresentações elucidativas e lembrou que, na reunião passada, ao perguntar ao Ministro da Saúde por que o governo aceitava a entrada do capital estrangeiro, ele se reportou à Lei n°. 9656 que, em sua opinião, não tinha nenhuma relação com o que está ocorrendo. É, sim, um desconhecimento e afronta à Lei n°. 8.080/90. Afirmou que o SUS está sendo sucateado por conta da privatização (OS, EBSERH), que não traz nenhum benefício aos usuários do SUS muito menos resolutividade. Ressaltou que o grande problema refere-se ao fato de a população não saber o que é o SUS e de a população precisar recorrer à judicialização para garantir atendimento. Disse que é preciso retomar esse assunto nas reuniões do CNS, a fim de acompanhar o desdobramento desse processo. Conselheira **Paula Jhons** cumprimentou os expositores e salientou que a questão jurídica é aberta a muitas e depende também da ideologia que está por trás. Identificou como a principal falácia no debate sobre saúde a afirmação de que o governo brasileiro não dispõe de recursos. No seu entendimento, não se trata de falta de recursos para financiar a saúde, mas sim de não priorização da saúde, sendo, em muitos casos, alocado recursos ao setor privado e que deveriam ser destinados ao SUS. Nesse sentido, salientou que, primeiro, deve-se lutar para acabar com o subsídio público para o sistema privado. Destacou que não é contra o capitalismo, per si, mas sim contra concentração crescente de capital em pequenos grupos. Também apontou como grande falácia a de que a livre iniciativa é o melhor modelo para lidar com a saúde e citou, por exemplo, o modelo americano, muito valorizado pelos médicos brasileiros, e que não atende a maioria das pessoas. Nessa perspectiva, ressaltou que se trata de um tema importante e que, por isso, carece de um debate mais profundo, englobando todos os aspectos que possam comprometer o SUS **Ana Paula Menezes** disse que não se deteve aos aspectos jurídicos legais da lei, porque estes foram direcionados ao STF para avaliação, mas concordou que alguns pontos levam à dupla interpretação. Esclareceu que a Lei n°. 9.656/98 regulamentou questões referentes ao capital estrangeiro para os planos privados de saúde e a Medida Provisória amplia itens dessa Lei, e, nesse sentido, amplia também a participação desse capital para a assistência à saúde. Lembrou que desde da década de 90 a abertura do capital estrangeiro se deu de maneira forte no país, com restrição na área da saúde. Salientou que a posição do Ministério da Saúde deve ser bastante incisiva e questionou as colocações de que o governo está privatizando a saúde. Assim, reafirmou o compromisso histórico com a defesa do SUS e a ampliação da cobertura e acesso à atenção primária. Ressaltou, inclusive, que não procede a afirmação de que o governo está investindo prioritariamente no setor privado, ao contrário, está tentando ampliar o investimento no SUS, apesar de compreender a necessidade de novas fontes. Por outro lado, observou que o CNS deve aprofundar o debate sobre a PEC n°. 451, porque fere efetivamente o SUS no que diz respeito à universalidade do direito à saúde. Sobre a PEC n°. 358, disse que os números não mostram que haverá perdas de recursos para a saúde em 2015 e não se sabe a estimativa da receita corrente líquida para 2016. Por fim, lembrou que o MS reafirma o compromisso de realizar seminário ou oficina com entidades para debater capital estrangeiro e formas de regulação do mercado. Conselheiro **Renato Almeida de Barros** solicitou Questão de Ordem para que fosse incluído um representante do governo na mesa, e, assim, o debate pudesse ser feito de forma mais abrangente.Conselheira **Maria do Socorro de Souza** disse que estendeu o convite ao governo para compor a mesa, mas a posição foi que o Ministro da Saúde já havia se manifestado a respeito. Ressaltou que o Plenário não esgotaria o debate naquele momento e o CNS analisaria o impacto da PEC n°. 358. Conselheiro **Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira** interveio para esclarecer que o governo propôs a realização de um seminário para aprofundar o debate do tema, com a participação de entidades e movimentos. Além disso, lembrou que a pauta da reunião modificou várias vezes, o que prejudicou a presença do governo na mesa. Conselheiro **Wilen Heil e Silva** perguntou ao procurador se o CNS poderia ou não entrar com a ADIn contra a Medida Provisória ou outra ação. Também quis saber o que pode ser feito acerca da Resolução do CNS relativa à privatização – OS, EBSERH, fundações - não homologada pelo Ministério da Saúde. **Retorno da mesa.** OSub-Procurador Geral da República e Presidente da AMPASA, **Oswaldo José Barbosa da Silva,** disse que há duas ações em tramitação no STF - a relativa a OS está adiantada e a maioria dos votos proferidos são favoráveis e a referente a EBSERH o procurador anterior entrou com representação. Também destacou que não é possível resolver a situação com resolução porque não tem a mesma força de lei. Destacou que o Ministério da Saúde tem sido parceiro do MPF, mas, no caso em questão, o MS cometeu um equívoco. Destacou que a privatização está ocorrendo e o desmonte do SUS também e a justificativa é que SUS é ruim e o privado mais eficiente. Também salientou que a grande mídia está trabalhando para orquestrar um ataque ao SUS e acabar com a saúde pública do país. Afirmou que a AMPASA compreende a situação e o CNS existe para combater esse tipo de perfídia. Ressaltou que o governo é o primeiro que deve respeitar a CF e que a exceção constitucional não pode virar regra. Por fim, desculpou-se por não poder permanecer até o fim do debate. A seguir, a mesa abriu a palavra para os demais inscritos. Conselheiro **Carlos Eduardo Ferrari** colocou as seguintes dúvidas: qual é a correlação da lei aprovada e regulamentação? O que se espera como prioridade no que se refere à regulamentação? No texto do art. 142, qual a correlação do processo com as filantrópicas? Conselheiro **Geraldo Adão Santos** destacou a importância de defender o preceito constitucional “saúde, direito de todos e dever do Estado”, com defesa intransigente do SUS universal e igualitário. Destacou que o debate refere-se à garantia do direito à saúde e a dificuldade do acesso, da qualidade e da humanização do atendimento. Também perguntou se as leis aprovadas têm força para questionar a Constituição Federal, especialmente o § 3° do art. 199 e salientou que o Controle Social e a sociedade devem lutar para reverter a situação em benefício do SUS igualitário, universal e integral para todos. Conselheiro **José Eri de Medeiros** saudou a mesa e frisou que o CONASEMS defende o Sistema Único de Saúde e que, na sua avaliação, a conjuntura é favorável do ponto de vista democrático, mas reconheceu que há dificuldades para se avançar nesse debate, e um dos motivos é o afastamento do Congresso Nacional. Citou, por exemplo, que a gestão é contra a judicialização e deseja resolver essas demandas antes do processo judicial, todavia, em muitos casos, chega-se com atraso. Salientou que o CNS precisa definir estratégia para enfrentar a situação e, no seu modo de ver, um dos caminhos é a aproximação com o Congresso Nacional, sendo ativo do ponto de vista político. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, lembrou que o Conselho tem feito vários movimentos no Congresso Nacional, mas aquela Casa nem sempre está aberta para receber o controle social e debater as questões de interesse da sociedade. Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio** disse que houve equívoco nas interpretações da legislação – a Lei 9656 permitia a participação do capital nos planos de saúde, mas quando esses planos foram vendidos para o estrangeiro a lei aceitava que os hospitais ficassem de posse dos planos estrangeiros. No caso da compra da Amil, abriu-se a porta para que os hospitais ficassem de posse do capital estrangeiro, sendo essa iniciativa uma decisão do governo e não uma aplicação da lei. Assim, considerou inapropriada a justificativa de que já existia capital estrangeiro nos hospitais Concordou que houve fortalecimento do capital nacional na indústria farmacêutica, mas se trata de uma exceção do quadro geral do país e resultado de uma política específica. Em contrapartida, o capital estrangeiro na indústria e na educação avançou, ocorrendo á desnacionalização e o sustento à iniciativa privada com o dinheiro público Disse que o que se desenha é um avanço na investida dos grandes hospitais privados brasileiros, o que considerou ser uma situação absurda e não uma estratégia de desenvolvimento nacional. Conselheiro **Marco Antonio Gomes Pérez** lembrou o conceito de privatizaçãoe, no que diz respeito à saúde pública, disse que não está acabado na CF/88, pois a Carta define o SUS como universal e público e coloca de forma clara que a saúde é livre à iniciativa privada. Salientou que a PEC descontrói as ideias ideológicas para o SUS durante os 20 anos de reforma sanitária e, diante da gravidade da situação, defendeu a proposição de emenda de iniciativa popular contra a proposta. Também destacou que o Brasil realiza pesquisas clínicas importantes desde o começo do século XX, e que houve aumento dos ensaios clínicos farmacológicos nos hospitais para testar novos medicamentos. Sobre a MP n°. 664, discordou da colocação de que privatiza a perícia médica, ao contrário, permite que o SUS avalie a incapacidade dos trabalhadores que passam pelo SUS. A propósito, colocou-se à disposição para debater o tema no CNS. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** avaliou que o povo está perdendo a autonomia do país e cada vez mais vulnerável à intervenção do capital internacional. Também afirmou que foi o Congresso Nacional que virou as costas para o povo brasileiro e não o povo para o Congresso. Destacou ainda que o governo deve assumir, de fato, que quer privatizar, sendo essa atitude de muita irresponsabilidade porque deixa as pessoas morrerem na fila por falta de atendimento. Conselheiro **Willen Heil e Silva,** interveio para reafirmar que a situação é séria, até por que os planos de saúde são os maiores financiadores das campanhas dos senadores e deputados e, nesse, caso, certamente, não se mostrarão refratários à privatização da saúde. A propósito, sugeriu como encaminhamento que o CNS aprove uma moção de repúdio. Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes** demonstrou preocupação com o que está ocorrendo no país e também com a direção que o debate estava tomando. Defendendo a manifestação democrática e o direito ao contraditório, entendeu ser de muita responsabilidade a manifestação de opiniões sobre o assunto e, nesse caso, disse que não se deveria recorrer às frases prontas para não haver aproximação com tendências golpistas vigentes no país. Como percebeu que ainda havia dúvidas que precisavam ser dirimidas, entendeu que o assunto devesse ser debatido em outro momento com mais vagar e profundidade. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** salientou que há uma confusão entre o que foi defendido na campanha e as medidas adotadas pós-campanha. Disse que essa situação é um risco porque coloca a possibilidade de o governo da Presidente Dilma ser taxado como governo que caminhou no sentido de privatizar a saúde e promoveu a perda de direitos trabalhistas (MPs 664 e 665). Para evitar que isso aconteça, destacou que o governo deve dialogar com a população e dar a devida atenção ao debate sobre os planos privados de saúde no Brasil. Salientou, ainda, que nessa área, não rara às vezes, os atendimentos são piores que aqueles feitos no SUS e mais que isso, esses planos estão substituindo o SUS e não atuando de forma complementar como garante a legislação. Em se permitindo a entrada do capital estrangeiro na área da saúde, a situação, no seu modo de ver, se agravaria consideravelmente. Conselheiro **Wanderley Gomes da Silva** destacou as contradições no debate desse tema e ressaltou a necessidade de aprofundar a discussão no Pleno do CNS, com a presença do governo para colocar a sua posição a respeito dada a relevância para a saúde pública e o financiamento do SUS. Nesse sentido, propôs a realização de oficina ou seminário para abordar esse assunto de forma mais profunda. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** discordou da afirmação de que o governo não dispõe de recursos para garantir o direito à saúde, mas sim que não prioriza a saúde. Ressaltou que o governo está privatizando a saúde e alocando recurso no setor privado. Lembrou que a saúde privada deve ser complementar, mas o que ocorre é o contrário: o SUS é que passa a ser complementar. Que se caminha para a cobertura universal saindo da universalidade do acesso e direitos, que é a proposta da política de AIDS. Também manifestou sua insatisfação com a prática de desqualificar o Conselho e o movimento social quando se manifestam contra posição do governo. Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** disse que o estrangulamento e o subfinanciamento do SUS são argumentos utilizados para justificar a entrada do capital privado. Destacou que, segundo artigo, o investimento estrangeiro acentua as desigualdades de acesso ao sistema de saúde e prejudica os países em desenvolvimento, como, por exemplo, a Índia e a Turquia, que vivenciaram essa realidade sem ter havido avanços para o sistema de saúde no sentido de ampliação do direito ao acesso. O que ocorreu foi uma segregação ampliada com oferta de pacote de serviços na modalidade cobertura universal. Ressaltou que esse modelo não se aplica à realidade do Brasil e é preciso lutar contra essa iniciativa. Fez uma comparação com o que aconteceu com a educação – as grandes corporações internacionais de ensino invadiram o país e hoje há uma “indústria da vaga”, sem responsabilidade com a formação de qualidade, e sim com interesse no lucro. Ressaltou que, no caso da educação, houve massificação e, no caso da saúde, haverá elitização. Por fim, solicitou maiores esclarecimentos sobre a fala de que nos setores em que o país não avançou se justificaria a entrada do capital estrangeiro. Conselheiro **Eni Carajá Filho** salientou que o debate deve ser conjuntural e avaliou que o que ocorre no país é um ataque ao poder público e uma tentativa de acabar com as conquistas sociais alcançadas com o SUS. Considerou a fala do governo emocional e sem a receptividade de um debate claro. Nessa linha, defendeu um seminário e um pacto político, envolvendo as plenárias populares, para a defesa intransigente da saúde publica e manifestação contra os aproveitadores e oportunistas. Conselheira **Alessandra Ribeiro de Sousa** associou-se à opinião da maioria, dizendo que as investidas do setor privado sobre o setor público de saúde é um acinte. Chamou, ainda, a atenção para o fato de que 70% dos hospitais brasileiros estão na iniciativa privada, o que caracteriza a conformação de dois sistemas – para os que podem e os que não podem pagar. Dessa forma, há dificuldade de se efetivar o SUS conforme proposto na legislação e na vontade do povo brasileiro. Conselheira **Luciana Silveira Bernardes** entendeu que toda a discussão que está sendo feita passa por uma ampla reforma política, mas, dado perfil elitista e conservador do Congresso Nacional, dificilmente essa expectativa venha se concretizar. Também falou a respeito da grande mídia, que é tendenciosa, e , pauta, na maioria das vezes, apenas os interesses de grandes grupos. Conclamou ao CNS que debata a reforma politica focada nas grandes implicações da saúde. Apoiou a ideia de que sejam provocados debates em nível nacional – SUS integral como direito do povo. Finalizando, disse que a regulação do capital deve ser voltada tão somente para os interesses do povo e não ao mercado. **Retorno da mesa**. Conselheiro **Nelson Augusto Mussolini,** Confederação Nacional de Indústria, defendeu o capital privado, com regulamentação, controle e fiscalização porque, em seu ponto de vista e ao contrário do que se pensa, pode trazer, sim, desenvolvimento na área da saúde. Para reafirmar a sua defesa, fez alusão às pesquisas clínicas patrocinadas pelo capital privado e que contribuiu e contribui para o avanço da saúde. Com certeza, o SUS se fortalecerá, quando houver consenso na forma de financiamento efetivo, o que se justifica, vez que o país passa por problemas de poupança e há necessidade de mais recursos para a saúde. Como o problema do financiamento é real, o capital privado, se bem regulado, pode ser fonte de mais recursos para a saúde. **Lenir Santos,** Instituto de Direito Sanitário Aplicado – IDISA, esclareceu que são de natureza pública todas as ações de saúde executada no país e, sendo assim, o poder público tem o poder e o dever de realizar a devida regulamentação do setor público e privado no tocante às ações de saúde .A propósito, disse que não entende EBSERH como privatização e, para que não haja contradições inoportunas, faz-se necessário conceituar a natureza do serviço público em que o setor privado pode entra. Explicando melhor, disse que existe apenas o sistema público de saúde, o qual permite que o setor privado atue em determinados espaços, mas não de forma irrestrita. Logo, enfatizou que não há um sistema privado de saúde. Há o Sistema Único de Saúde e o setor privado que tem liberdade de atuar na forma complementar. Reconheceu que há profundos vácuos legislativos, no sentido de clarificar a participação do setor privado no sistema público de saúde. Na regulamentação do setor privado deve ser vedada a participação do capital estrangeiro, com raras exceções. Sendo assim, posicionou-se contraria a abertura da participação incondicional do capital estrangeiro na área da saúde. Em seguida, a mesa abriu a palavra para encaminhamentos. **Deliberação:** após debate,o Plenário decidiu elaborar recomendação com críticas e alertas sobre as implicações daabertura ao capital estrangeiro para oferta de serviços à saúde. Foram indicados para redigir o texto: conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, conselheira **Lenir Santos** e conselheira **Ana Maria Costa.** O plenário decidiu ainda realizar um seminário sobre “Financiamento da saúde e as relações pública e privada e seus aspectos constitucionais”, como parte do processo de mobilização da 15ªConferência Nacional de Saúde. Definido esse ponto, a reunião foi interrompida para o almoço.Retomando, a mesa foi composta para o item 3 da pauta. **ITEM 3 – POLÍTICA NACIONAL DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES E A RESPONSABILIDADE DO SUS -** *Apresentação:* **Silvia Maria Sampaio Camurça,** Articulação de Mulheres Brasileiras – AMB; **Maria Esther de Albuquerque Vilela,** Coordenação Geral de Saúde das Mulheres; **Aparecida Gonçalves**, representando aMinistra de Estado da Secretaria de Políticas para as Mulheres, **Eleonora Menicucci;** conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos**, coordenadora da Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher – CISMU. *Coordenação:* conselheira **Nelcy Ferreira da Silva,** da Mesa Diretora do CNS. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos** destacou a importância de pautar o tema no CNS e agradeceu a presença das convidadas. Em que pese à necessidade de avançar nas ações e políticas da saúde da mulher, destacou iniciativas importantes nesse setor. Também destacou assinatura, pela Presidente [**Dilma Rousseff**](http://www.brasilpost.com.br/news/dilma-rousseff/)**,** da '[Lei do Feminicídio](http://www.brasilpost.com.br/news/lei-do-feminicidio/)'. A medida classifica como homicídio qualificado aquele em que a mulher é assassinada por questões de gênero, e [prevê penas mais severas](http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2015/03/150307_analise_lei_feminicidio_ms) (12 a 30 anos ) do que o homicídio simples (de 6 a 20 anos). Também ressaltou a importância de realizar a II Conferência Nacional de Saúde da Mulher para debater temas importantes. A primeira expositora foi **Aparecida Gonçalves**, representando aMinistra de Estado da Secretaria de Políticas para as Mulheres, Eleonora Menicucci, que fez uma abordagem geral sobre a Política de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres no Brasil. Primeiro, apontou os seguintes dados sobre violência contra as Mulheres (Mapa da Violência 2012): o Brasil ocupa o 7º lugar (entre 84 países) com a maior taxa de assassinatos de mulheres, sendo: 1º: El Salvador, 2º: Trinidad e Tobago, 3º : Guatemala, 4º : Rússia, 5º : Colômbia e 6º: Belize. Acrescentou a estimativa de mais de 500 mil pessoas vítimas de estupro ao ano (2014, IPEA), dos quais cerca de 10% são denunciados. Acrescentou que entre 2009-2011 amédia foi 5.600 mulheres assassinadaspor ano (1 a cada 1h30), sendo a maioria morta por seu (ex) companheiro, no local de residência, 54% tinham entre 20-39 anos. Na última década, houve aumento de 17,2% no número de assassinatos de mulheres, contra 8,1% nos homicídios masculinos. No que se refere à violência sexual, disse que 50.320 estupros foram registrados no país em 2013, em uma leve oscilação no número de registros em relação a 2012, quando foram relatados 50.224 casos (2014, Fórum Brasileiro de Segurança Pública). Explicou que a Central de Atendimento – Ligue 180 (balanço 2014) realizou 485.105 atendimentos, com a média de 40.425 atendimentos/mês e 1.348 atendimentos/dia. Dos 485.105 atendimentos, 52.957 corresponderam a relatos de violência: 27.369 relatos de violência física (51,68%), 16.846 relatos de violência psicológica (31,81%), 5.126 relatos de violência moral (9,68%), 1.028 relatos de violência patrimonial (1,94%), 1.517 relatos de violência sexual (2,86%), 931 relatos de cárcere privado (1,76%) e 140 relatos de tráfico de pessoas (0,26%). Em relação à Política de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres, destacou as seguintes iniciativas: Diretrizes, Princípios e Orientações Nacionais para a Implementação das Ações de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres; Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres; Estratégia de Gestão para Articular as Ações de Enfrentamento à Violência com os Estado e Municípios da Federação; Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres; Estratégia de Gestão para Articular as Ações de Enfrentamento à Violência com os Estado e Municípios da Federação; Programa mulher: viver sem violência. Explicou que a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a mulher tem por objetivo estabelecer conceitos, princípios, diretrizes e ações de prevenção, combate à violência contra as mulheres e de assistência e garantia de direitos às mulheres em situação de violência, conforme normas e instrumentos internacionais de direitos humanos e legislação nacional. Acrescentou que a Política prevê as seguintes ações: Prevenção - Ações Educativas e Culturais que Interfiram nos padrões sexistas; Combate - Ações Punitivas e Cumprimento da Lei Maria da Penha (Lei 11.340/2006); Assistência - Fortalecimento da Rede de Atendimento e Capacitação de Agentes Públicos; e Garantia de Direitos - Cumprimento da legislação nacional/internacional para o empoderamento das mulheres. Detalhou que são eixos de ação do Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (26 estados e Distrito Federal): 1)Garantia da Aplicabilidade da Lei Maria da Penha – Lei nº 11.340/2006; 2) Ampliação e Fortalecimento da Rede de Serviços para as Mulheres em Situação de Violência; 3) Garantia da Segurança Cidadã e Acesso à Justiça; 4) Garantia dos Direitos Sexuais e Reprodutivos, Enfrentamento à Exploração Sexual e ao Tráfico de Mulheres; 5) Garantia da Autonomia das Mulheres em Situação de Violência e Ampliação de seus Direitos. Falou sobre o Programa Mulher: viver sem violência, instituído pelo Decreto nº. 8.086/2013, explicando que o objetivo é integrar e ampliar os serviços públicos existentes voltados às mulheres em situação de violência, mediante a articulação dos atendimentos especializados no âmbito da saúde, da justiça, da segurança pública, da rede socioassistencial e da promoção da autonomia financeira. Detalhou também os eixos do Programa: Casa da Mulher Brasileira; Ampliação da Central180; Organização e Humanização do Atendimento à Violência Sexual; Centros nas regiões de Fronteira Seca; Campanhas de Conscientização; Unidades Móveis para o Campo e Floresta. Falou sobre a Casa da Mulher Brasileira, destacando que26 unidades da federação (com exceção de Pernambuco) aderiram ao Programa Mulher: Viver sem Violência, das quais 18 assinaram o termo de adesão por meio de ato público. A 1ª Casa da Mulher Brasileira foi inaugurada em Campo Grande, em 03 de fevereiro de 2015 e há obras em andamento em duas capitais: Brasília, Curitiba. A previsão é de entrega, até final de 2015, de 12 Casas nas seguintes capitais: Campo Grande, Brasília, Curitiba, São Luís, Boa Vista, Fortaleza, Salvador, Vitória, São Paulo, Rio Branco, Palmas, Maceió. Por fim, apresentou os desafios para saúde no âmbito do Programa Mulher: Viver sem Violência: Integração da Casa da Mulher Brasileira com os serviços de saúde; Integração da rede de saúde com as demais redes envolvidas no atendimento às mulheres em situação de violência (segurança pública, assistência social e justiça); Necessidade de construção do “panorama nacional de dados e informações sobre violência contra as mulheres” (integração dos dados da saúde (Sistema de Informações sobre Mortalidade/SIM e VIVA- Vigilância Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências) com os demais sistemas de dados sobre violência (Ligue 180, SINESP, Cadastro Nacional do Ministério Público); e Resistência dos profissionais de saúde e dos serviços com a coleta de vestígios. **Maria Esther de Albuquerque Vilela,** Coordenação Geral de Saúde das Mulheres, agradeceu o convite para participar do debate no CNS que no seu modo de ver, é um espaço privilegiado para construção de um país mais cidadão e igualitário. Destacou que o 8 de março é um dia de lutas porque ainda há conquistas a serem alcançadas. Fez um destaque à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher pela importância, todavia, disse que é preciso avançar na atenção integral às mulheres e adolescentes em situação de violência. Salientou que a violência contra a mulher envergonha uma nação e todos – homens e mulheres - deveriam lutar contra esse tipo de situação. Disse que é preciso avançar na prevenção da violência, na identificação, no cuidado às mulheres em situação de violência e no enfrentamento da impunidade. Ressaltou que tem sido feito ações importantes para avançar no cuidado integral às mulheres em situação de violência sexual e que o Ministério da Saúde, em atenção à Lei n°. 12.845/13, determina que todos os serviços devem atender a mulher em situação de violência sexual. Além disso, destacou o Decreto n°. 7.958 preceituando que o sistema de segurança, justiça e saúde devem se organizar e humanizar o atendimento, cabendo ao SUS, em ação complementar à justiça, guardar informações sobre vestígios de violência sexual para fins de criminalização do agressor. Ressaltou que nessa semana seria assinada portaria interministerial que regulamenta a lei e o decreto, determinando que os serviços de saúde habilitados possam colher vestígios de violência sexual para fins criminais. Com isso, todos os serviços de saúde devem fazer o primeiro atendimento à mulher, assegurando acolhimento e encaminhamento para o serviço de referência, a fim de receber o atendimento necessário (atendimento por equipe multiprofissional; profilaxias para HIV, hepatites e outras DSTs, pílula de emergência (se assim desejar); e prevenção de laceração; e coleta de vestígios (alguns locais). Salientou que hoje são 395 serviços de atenção às pessoas em situação de violência sexual, sendo 129 hospitais de referência e 53 hospitais que declaram ter serviço de interrupção da gravidez prevista em lei. No mais, disse que está sendo realizada capacitação de 30 hospitais de ensino em atendimento à violência sexual e aborto legal, mas ainda é preciso avançar no enfrentamento da violência doméstica. Destacou também que no Ligue 180 foi incluído item relativo à tipificação sobre violência obstétrica, considerando o aumento desse tipo de violência. Por fim, frisou que SPM e MS estão integrados para avançar no combate e na prevenção à violência contra a mulher. **Silvia Maria Sampaio Camurça,** representante daAMB, iniciou a sua fala dizendo da satisfação em participar de uma sessão do CNS dedicada ao dia da mulher, uma vez que é um fórum importante para garantir os espaços de participação popular. Salientou que a violência não é um fenômeno natural, mas sim um instrumento de dominação utilizado no sistema patriarcal para disciplinar as mulheres, impor controle, desenvolver as relações de obediência e mando, além de humilhar. Observou que a violência é exercida individualmente por homens e por grupos, e também institucionalmente. Por essa razão, ainda não foi eliminada do Brasil e do mundo e renova-se e recria-se, constituindo-se em um instrumento de domínio, controle, disciplinamento. Nessa perspectiva, destacou a gravidade da situação hoje, conforme dados da SPM (2014): aumento de 50% das denúncias de cárcere privado; aumento de 20% das doenças de violência sexual; aumento de 18% da média de estupro. Em 43% das denúncias, a violência ocorria todos os dias, em 34% ocorria uma ou duas vezes por semana, e todas as mulheres, independente de raça, faixa etária, orientação sexual, correm risco de serem violentadas. Apesar desse quadro, disse que há avanços: 70% das denúncias são feitas por mulheres vitimas; homens começam a denunciar violência contra a mulher; Lei Maria da Penha; avanço nas políticas públicas e no debate cultural na sociedade. Em relação aos desafios, apontou que o primeiro é tratar na 15ª Conferência Nacional de Saúde o problema do atendimento dos agravos da violência. Ressaltou que a violência continuada leva a um conjunto de problemas de saúde - processo profundo de depressão e alienação de si, perda de capacidade produtiva e de memória, apatia e prejuízo à saúde mental – que precisam ser enfrentados como política geral. No caso dos agravantes para a saúde, destacou as doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, destacando, inclusive, que, em desrespeito à lei, o Kit de profilaxia para casos de violência não é distribuído por decisão do posto ou do profissional responsável pelo atendimento. Também salientou o desafio de enfrentar a questão da laicidade do Estado reafirmando que as políticas de saúde precisam ser orientadas por princípios republicanos e dos direitos humanos. Nessa perspectiva, apontou como desafio a questão da política econômica que está relacionado com o avanço na privatização da saúde. Chamou a atenção para a importância de enfrentar o racismo institucional, retomar a discussão da política nacional de assistência integral, com enfrentamento das políticas familistas e da política de terceirização, porque impede a continuidade das ações. Pontuou também como grande desafio tornar efetiva a atenção humanizada ao aborto e ao aborto legal. O aborto mal tratado e o mau atendimento é a quarta causa de morte materna no Brasil. Destacou que há uma tentativa no Congresso Nacional de criminalizar ainda mais o aborto nos Estados e de colocar a leitura humanística da problemática das mulheres em segundo plano. Ressaltou que essa é uma das questões que o CNS precisa comprometer-se e tratar na 15ª Conferência Nacional de Saúde. **Intervenções.** Conselheiro **Carlos Eduardo Ferrari** agradeceu as expositoras pelas falas e cumprimentou as mulheres pelo dia internacional da mulher. Manifestou preocupação com a Casa da Mulher Brasileira por entender que vai contra o processo que estava sendo consolidado com os CREAS, no âmbito da assistência social. Sobre o aborto, disse que não se consegue avançar nesse debate mesmo em um governo popular e perguntou quando o Estado Brasileiro terá a coragem de enfrentar essa discussão. Por fim, sugeriu o tema “saúde da mulher” nas pautas das reuniões do CNS por entender que há muito que avançar. Conselheira **Ana Maria Costa** destacou a importância de debater no CNS o tema da violência contra a mulher e salientou que o assunto deve fazer parte dos processos de capacitação, de decisão no campo da saúde e seja debatido em todos os conselhos de saúde e na 15ª Conferência. Também ressaltou que o Brasil não pode continuar com a ilegalidade do aborto, levando as mulheres a viver uma solitária e clandestina condição que coloca em risco suas vidas e sua dignidade como cidadã. Frisou que é preciso criar hegemonia na sociedade favorável à legalização do aborto, devendo esse ser um tema de debate da 15ª Conferência, considerando tratar-se de um debate essencial para as mulheres e para a democracia nacional. Conselheira **Kátia Maria Souto** destacou que as diferentes formas de expressão da violência configuram-se em instrumento forte de dominação que se expressa de diferentes formas. A violência contra a mulher soma-se a outras diferenças não respeitadas que se transformam em discriminação com peso maior – mulheres negras, mulheres lésbicas, mulheres transexuais, mulheres do campo... Salientou que a Política se expressa em diferentes espaços, para além do campo da saúde física e psicológica, em função da estrutura patriarcal e da concepção de sociedade e de projeto emancipatório, discriminatório e opressor. Nessa linha, observou que o Estado laico e os direitos humanos devem participar desse debate. Conselheira **Marisa Furia Silva** manifestou-se para dizer que é preciso realizar levantamento de mulheres com deficiência que são vítimas de violência sexual, violência física, inclusive para servir de subsídio na definição de políticas. Conselheira **Patricia Augusta Alves Novo** chamou a atenção para a complexidade do tema da violência acerca da situação demencial – idoso com demência e cuidador do idoso com demência – que irá aumentar em decorrência do aumento da expectativa de vida da população brasileira. Conselheira **Liane Terezinha de Araújo Oliveira** registrou que houve avanços, mas ainda há muito para avançar, por isso, deve-se continuar a luta pelos direitos das mulheres. Também ressaltou a importância de revisar o protocolo para assegurar que mulheres com menos de 50 anos realizem a mamografia haja vista o número casos de mulheres com câncer de mama avançado nessa faixa etária. Conselheira **Michely Ribeiro da Silva** falou da importância de pautar esse tema no CNS em razão dos altos índices de violência contra a mulher. Chamou a atenção para o aumento da violência contra adolescentes e jovens, com banalização desse processo. Ressaltou as dificuldades enfrentadas pelas mulheres de rua para receber atendimento no caso de ter sofrido violência, e que a relação entre mortalidade materna e nascidos é maior entre as mulheres indígenas, seguida das mulheres negras, mas, quantitativamente, é maior entre as mulheres negras, sendo difícil fazer com que isso apareça nos inúmeros espaços. Esses dados não aparecem nos relatórios da gestão porque não é feito identificação do quesito raça/cor. Esse recorte é essencial para pensar nos investimentos na saúde nos diversos espaços, a fim de garantir o direito das mulheres de terem acesso à saúde. Também lembrou que o plano nacional de feminização da AIDS foi encerrado e não houve retorno sobre esse processo no país. Frisou que as mulheres são cada vez mais infectadas pelo vírus HIV e sem a garantia de assistência qualificada. Por fim, disse que será realizada a marcha das mulheres negras em 18 de novembro de 2015 com o tema “Contra o racismo, contra a violência e pelo bem viver”. Conselheira **Denise de Freitas** salientou que poucas escolas médicas abordam o tema da violência contra a mulher e os profissionais médicos não são treinados para o atendimento desses casos. Por essa razão, é de suma importância que o CNS aborde essa temática. Para além da violência sexual e física, destacou o problema do assédio moral enfrentado pelas mulheres que também não é abordado pelas escolas médicas. Conselheira **Verônica Lourenço da Silva** cumprimentou as integrantes da mesa pela qualidade das exposições e pela história de militante de cada uma delas. Destacou o problema da mortalidade materna por causas evitáveis e da morte por aborto, para destacar que a maioria das mulheres acometidas são negras, porque o Brasil é racista e as bases das relações são também racistas. Ressaltou a perspectiva das mulheres lésbicas e bissexuais destacando o “estupro corretivo para aprender a ser mulher”, falta de acesso ao direito à maternidade, negação à violência que sofre as mulheres transexuais. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** saudou a mesa pela riqueza das explanações e avaliou que, em que pese os avanços, muito mais se precisa avançar. Sugeriu que, nas conferências, seja pautado debate sobre questões da base e que sejam realizadas oficinas para aprofundar o tema. Destacou também a disposição das entidades para auxiliar nesses processos e levar a discussão onde os profissionais se encontram. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** salientou que as pessoas ainda não têm atendimento, acolhimento e atenção devida e apelou para que seja assegurado às mulheres, especialmente as idosas, o atendimento necessário e com qualidade. Conselheira **Denise Torreão Corrêa da Silva** ressaltou a importância desse debate no CNS e perguntou se há levantamento estatístico de dados sobre violência sexual e doméstica. Também perguntou se foi adotada medida em relação às unidades de saúde que não distribuem os Kits, chamando a atenção para o fato de que os dados da notificação podem servir de subsídio para debate, inclusive, na 15ª Conferência. Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** saudou a mesa e salientou que as expositoras apresentaram informações para orientar os debates e a definição de políticas. A respeito da Lei do Feminicídio, considerou um avanço, mas há desafios para sua implementação. Lembrou, inclusive, que o Brasil é o 7º país com maior número de mortes de mulheres. Nessa linha, lembrou que é preciso preparar as pessoas para mudança de mentalidade desde o processo de formação dos profissionais de saúde. Conselheiro **Rodrigo de Souza Pinheiro** informou que estava acontecendo uma reunião da ONU sobre o estado das mulheres e uma das questões colocadas refere-se à dificuldade da implementação de ações e não priorização, pelo governo, de medidas que atuem na violência contra as mulheres. Explicou que essa discussão é complexa e informou que disponibilizaria o documento a esse respeito para que o CNS apoiasse. Também ressaltou a importância de discutir as ações da Política de AIDS voltadas às mulheres, dado o número significativo de mulheres atingidas pelo HIV e de mortes em decorrência dessa doença. Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** disse que é preciso envolver os homens na luta pela garantia dos direitos das mulheres, a fim de fortalecer esse movimento. Conselheira **Suelen Geisemara Bacelar Nunes** destacou que se faz necessário discutir as violências contra a mulher praticadas no SUS, como a negligência em relação ao aborto, falta de acesso ao pré-natal, número alto de cesáreas, realização de episiotomia desnecessária. Ainda em relação a casos de violência, disse que estudantes violentadas em festas de Medicina da USP, ao procurar atendimento médico, foram orientadas a não denunciar. Além disso, é preciso avançar no debate sobre a saúde integral da mulher, para além da saúde reprodutiva e lembrou que o SUS possui papel de empoderamento das mulheres. Conselheira **Luciana Silveira Bernardes** chamou a atenção para o machismo que é uma violência contra a mulher e destacou que, conforme as expositoras, onde há serviços especializados, há redução do número de violência e assassinatos. Citou que no Espírito Santo, de janeiro a março de 2015, foram assassinadas 30 mulheres e, diante dessa situação, seria preciso questionar o Estado sobre a devolução de recursos das políticas públicas. Também destacou as mulheres idosas e deficientes que são brutalmente violentadas pela questão das suas fragilidades e o governo precisa olhar para esse grupo. Salientou ainda a importância de divulgar informações sobre os locais onde é realizado o aborto legal. Registrou ainda a posição das entidades contra o PL n°. 478 porque representa um retrocesso na legislação brasileira. Ainda que haja a violência contra as mulheres, disse que é preciso reconhecer os avanços com políticas, programas e projetos em defesa dos direitos das mulheres. Por fim, falou que movimentos precisam ser fortalecidos para que as mulheres participem dos espaços de decisão. A representante da Coordenação de Plenária de Conselhos/SC, **Clarinda da Luz**, chamou a atenção para a necessidade de se atuar na formação da família e trabalhar o desenvolvimento econômico social. Conselheiro **Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira** avaliou que se vive um momento da “banalização do mal” e “cultura da intolerância” e que instituições e representações de governo precisam reagir contra os casos emblemáticos. **Retorno da mesa.** A representante da Secretaria de Políticas para as Mulheres, **Aparecida Gonçalves**, explicou que a proposta da Casa da Mulher Brasileira é garantir serviços especializados em um mesmo espaço, assegurando com mais celeridade o atendimento às mulheres, principalmente nos casos de urgência e emergência. Destacou que é preciso fortalecer os serviços especializados e garantir também o atendimento nos serviços não especializados, e que o Estado, ao definir políticas públicas, ao prever legislação mais forte e ao estabelecer diretrizes, contribui para o aumento das denúncias. Avaliou que, ao longo das últimas décadas, houve uma transformação da cultura do que é a violência contra as mulheres e é preciso posicionar-se a respeito. Disse que é preciso lutar por respeito às mulheres a fim de evitar violência e morte em todos os locais – na rua, no trabalho e em outros espaços. Que se deve priorizar o debate, na 15ª Conferência, sobre violência contra as mulheres, misoginia, ódio... Destacou que é preciso trabalhar na perspectiva da construção do debate político e de uma democracia forte. **Maria Esther de Albuquerque Vilela,** Coordenação Geral de Saúde das Mulheres, agradeceu as contribuições e avaliou que se vive em uma sociedade violenta para as mulheres, com aumento dos estupros e dos feminicídios. Disse que assusta o silêncio acerca dessa situação, o que demonstra o desafio a ser enfrentado e chamou a atenção para o fato de que as informações sobre os serviços de atenção à violência são públicas, inclusive, informando os 59 serviços que realizam o aborto previsto em lei. Também disse que, além da notificação compulsória, é possível verificar, no DATASUS, os serviços que atenderam as pessoas em situação de violência sexual. Reconheceu, entretanto, que há subnotificação, e que é um desafio incluir o tema das relações de gênero nas escolas médicas, sendo preciso assegurar o direito das pessoas ao acesso tal com a legislação prevê. **Silvia Maria Sampaio Camurça,** representante da AMB, na sua fala, fez um destaque ao papel da mídia na banalização da violência e , lembrou dos radialistas e parlamentares que exploram a violência. Além disso, colocou a discussão do papel dos canais públicos de rádio e TV para reverter a situação de banalização da violência. Incluiu também na sua fala o papel de aconselhamento às famílias, no sentido de que se tenha muito cuidado, porque a “paz” não pode ser construída a partir de ideia autoritária da figura masculina e nem na linha de que o casal seja obrigado a continuar junto. Ainda, no que se refere à violência, destacou que a decisão da mulher de denunciar é uma decisão de respeito à vida humana e à família. E, ao decidir não levar adiante uma gravidez indesejada decorrente de violência, trata-se de uma decisão ética e responsável, sendo, por isso, necessário reconhecer o cuidado histórico da mulher com a família e a capacidade ética em tomar decisão. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** fez uma síntese dos encaminhamentos que emergiram do debate. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos** (“Santinha”) propôs a aprovação de uma carta de apoio do CNS à lei do feminicídio, dada a importância dessa iniciativa. Além disso, manifestou sua preocupação com altos índices de mortalidade materna em decorrência do aborto e lamentou que apenas 60 serviços/maternidades realizem o aborto legal. Nesse sentido, defendeu a proposta, já apresentada no CNS, de que todo o SUS possa atender e realizar caso de aborto legal, incluindo os serviços conveniados ao SUS e os hospitais das universidades. Avaliou que o CNS deve manifestar-se a respeito e apoiar essa proposta. **Deliberação: incluir o tema “enfrentamento à violência contra as mulheres e a responsabilidade do SUS” na pauta da 15ª Conferência e nas plenárias regionais; definir o tema “saúde da mulher”, nas suas diversas dimensões, como pauta permanente do CNS (saúde da mulher idosa, com deficiência, indígena, entre outras); pautar debate sobre o aborto no CNS com a finalidade de aprovar posição a respeito desse assunto; debater nas plenárias regionais formas de preparar os estados e municípios para acompanhar as denúncias de violência contra a mulher; posicionar-se contra o PL n°. 478; indicar à CISMU/CNS que convide a Comissão Mista de Combate à Violência contra a Mulher para sintonizar a agenda de debate entre as duas Comissões. ITEM 4 – HOMENAGEM A EX-CONSELHEIRA LURDINHA RODRIGUES -** O Plenário do CNS fez uma homenagem à ex-conselheira do CNS, Maria de Lourdes Rodrigues (“Lurdinha”) falecida no dia 14 de fevereiro de 2015, em um acidente de carro, junto com outras duas militantes feministas. Suas posições na Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República coroavam suas trajetórias de luta pelos ideais feministas de igualdade e justiça para todas, contra o machismo, a opressão, o racismo e a lesbofobia. Lurdinha era uma dessas mulheres que acreditava que outro mundo é possível. Vinha  de uma trajetória política marcada por grandes, importantes e inestimáveis contribuições políticas para diversas lutas. Uma pessoa polêmica, uma pessoa inesquecível, uma liderança marcante, uma mulher de jeito cearense e sedutor. Uma militante/ativista proativa e determinada que não mediu esforços para levar adiante todas questões de lutas, pautando-as com a garra de uma feminista e a sensibilidade de uma socióloga, amante e guerreira. Lurdinha estava exercendo o cargo de Coordenadora Geral da Diversidade Sexual na Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) da Presidência da República. Militante desde a juventude no Movimento Sindical, quando trabalhava na indústria têxtil, dedicou-se às causas dos Direitos Humanos, ao Feminismo e ao Movimento Lésbico. Atuou no Conselho Nacional de Saúde e lutou pela Democratização da Mídia. Mas foi no movimento lésbico-feminista que Lurdinha, sem deixar de lado suas contradições, melhor expressou sua ousadia. Por tudo isso, o Ministério da Saúde, em parceria com o Conselho Nacional de Saúde, reconheceu o legado e homenageia a socióloga Maria de Lourdes Alves Rodrigues pela sua contribuição na construção e fortalecimento da saúde pública no Brasil. Após a homenagem, a mesa interrompeu para o lanche. **ITEM 5 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO – COFIN -** *Apresentação:* **Francisco Funcia**, assessor da COFIN/CNS. *Coordenação:* conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos,** da Mesa Diretora do CNS e coordenador da COFIN/CNS. O assessor da COFIN, **Francisco Funcia** mostrou o quadro resumo das ressalvas apresentadas pelo Conselho Nacional de Saúde aos Relatórios Anuais de Gestão (RAG) do Ministério da Saúde no período 2008 a 2013. Disse que a intenção é garantir que esse elemento possibilite acompanhamento mais sistemático. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** explicou que as observações e ressalvas do quadro é objeto do debate das comissões e o objetivo da COFIN foi disponibilizar um instrumento para que os conselheiros acompanhem as providências do Ministério da Saúde em relação às ressalvas. Conselheiro **Clóvis Boufleur** lembrou que, nos últimos anos, o CNS aprovou os Relatórios com ressalvas e perguntou se o MS se manifestara a esse respeito. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** disse que a COFIN sistematizou as ressalvas do Conselho e os conselheiros devem cobrar os desdobramentos das áreas técnicas. Conselheiro **Clóvis Boufleur** chamou a atenção para a dificuldade desse encaminhamento, porque as comissões se reuniram muito pouco em 2015 por conta do processo preparatório da 15ª Conferência. **Após considerações, o Plenário decidiu que a COFIN, por meio da Secretaria Executiva do CNS, solicitará posicionamento ao Ministério da Saúde, até a reunião ordinária do CNS do mês de abril, a respeito das ressalvas apresentadas pelo CNS aos RAGs do Ministério. Após a resposta, as comissões acompanharão o processo. O quadro de ressalvas do CNS deverá ser encaminhado à Secretaria do Ministério da Saúde a fim de que mobilize as Secretarias para responder aos questionamentos do Conselho.** Seguindo, o assessor da COFIN apresentou a análise da Execução Orçamentária do Ministério da Saúde - janeiro-dezembro/2014 (fechado) e 3º Quadrimestre/2014 (acumulado). Primeiro, apresentou a Base Legal para análise: Constituição Federal; Lei 8.080/90; Lei 8.142/90; Lei Complementar n°. 141/2012; Lei n°. 4320/64; Lei Complementar n°. 101/2000; e Lei Complementar n°. 131/2009. Em relação ao processo de planejamento, execução orçamentária e prestação de contas, explicou que o Conselho Nacional de Saúde (CNS) avalia e/ou delibera sobre: Plano de Saúde (PNS); Programação Anual de Saúde (PAS); Plano Plurianual (PPA); Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO); Lei Orçamentária Anual (LOA); Relatório de Prestação de Contas Quadrimestral (RPCQ); e Relatório de Gestão (RG). A respeito do Plurianual (PPA); Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO); Lei Orçamentária Anual (LOA); Relatório de Prestação de Contas Quadrimestral (RPCQ), informou que as planilhas foram entregues antes de 26/02/2015; a planilha revisada entregue em 27/02/2015; e o prazo legal entrega do RPCQ/3: 28/02/2015. No que se refere a Ações e Serviços Públicos de Saúde - Despesas Inválidas, destacou o artigo 4º que excluiu os gastos com: assistência médica a servidores para o cômputo da aplicação mínima com ações e serviços públicos de saúde, considerando o disposto no inciso III; a parte das despesas referentes à farmácia popular decorrente dos pagamentos efetuados pelos usuários, considerando o disposto no inciso X; e outras despesas financiadas com recursos próprios vinculados, como por exemplo, DPVAT no caso da União, considerando o disposto no inciso X. Ressaltou ainda que o inciso V considera o entendimento expresso na Resolução 322/2003 do CNS no que se refere à exclusão das ações financiadas com taxas, tarifas ou preços públicos para esse fim. Falou sobre a aplicação mínima ASPS 2014 - parâmetros e aplicação (revisão SPO MS entregue reunião 27/2/2015): a) PIB a preços correntes (em R$ Bilhões) 4.392,09 (2012) e 4.844,82 (2013 - Rev) - variação: 10,308%; b) Base de cálculo Piso 2014: Variação PIB NOMINAL X EMPENHO 2013 (em R$ 1,00) - Fator Variação PIB: 1,10308, 83.053.255.549, Base de cálculo: 91.614.259.623; c) PIB – mínimo x empenhado: Piso: 91.614.259.623, RP Cancelados em 2013: 1.305.666.573, Total (PISO+RPC): 92.919.926.196; Empenhado (Revisto MS): 92.243.191.171; Acima do Piso: +628.931.548, Abaixo do Piso+RPC (-676.735.025). Sobre as emendas parlamentares artigo 52 da LDO/2014 - parâmetros e aplicação, destacou: 2014 - Receita Corrente Líquida: R$ 641,58 Bilhões; Base de cálculo: RCL X 0,6%= R$ 3,850 Bilhões 2014; Empenhado: R$ 2,917 Bilhões (2013: 0,899 Bilhões). A respeito docontingenciamento ASPS (Decreto 8.197/2014), salientou: 1) Pessoal – não teve; 2) OCC – dotação atualizada: 88.542,8; Dotação Disponível para Empenho: 83.053,2; Contingenciamento: 5.489,6. Sobre o Orçamento do Ministério da Saúde - Dotação Inicial e Atualizada e Saldo Orçamentário (Janeiro-Dezembro/2014), ressaltou: Ações e Serviços de Saúde - dotação inicial (A): 95.739.443.014; DOTAÇÃO ATUALIZADA (B): 97.932.046.073; Diferença: 2.192.603.059; Variação (D=C/A): 2,29%; Saldo Orçamentário (E): 5.688.854.902; Relação (E)/(B): 5,81%. Sobre a execução orçamentaria do Ministério da Saúde, disse que a situação é a seguinte: Ações e Serviços de Saúde - DOTAÇÃO ATUALIZADA (A): 97.932.046.073; EMPENHADO (B): 92.243.191.171; LIQUIDADO: Não disponível; PAGO ( D ): 85.108.282.921; saldo a pagar - inscrição em Restos a Pagar: 7.134.908.250. Destacou que o nível de empenhamento em dezembro de 2015 foi de 94,1% e o saldo a pagar de 7,7% (a maior parte dos Restos a Pagar refere-se à Funasa e FNS). Ressaltou que é preciso acompanhar a execução em 2015. Sobre a Metodologia de Cálculo da Aplicação Mínima e para os Restos a Pagar Cancelados, explicou que o caput do artigo 24 e seus incisos I e II estabeleceu que o cálculo da aplicação mínima em ações e serviços de saúde considerará as despesas empenhadas, liquidadas ou não no exercício. Assim as despesas empenhadas e não liquidadas no exercício, a serem inscritas em restos a pagar, serão consideradas até o limite das disponibilidades de caixa ao final do exercício, desde que consolidadas no respectivo Fundo de Saúde. No caso de cancelamento ou prescrição dos Restos a Pagar, deverá ocorrer compensação no exercício seguinte por meio de consignação em dotação orçamentária específica, conforme disposto nos parágrafos 1º e 2º. Feita essa contextualização, apresentou a Análise da Execução Orçamentária e Financeira - Ações e Serviços Públicos de Saúde por itens, unidades, programas e ações. Para análise, foram considerados os seguintes critérios: adequado – nível de empenhamento: x=>98% e nível de liquidação: x=>90%; regular - nível de empenhamento: 90%<x<98% e nível de liquidação: 82%<x<90%; e inadequado - nível de empenhamento: x=<90% e nível de liquidação: x=<82%. Com base nesses parâmetros, explicou que dos 79 itens: 28 itens foram considerados adequados - 35,5%; 20 regulares - 25,3%; e 31 inadequados - 39,2%. Por fim, apresentou solicitação preliminar de esclarecimentos (com o objetivo de definir a posterior indicação de medidas corretivas prevista pela LC 141): 1- Por que a diferença entre o valor obrigatório de aplicação das emendas individuais e o valor empenhado, que totalizou R$ 1,5 bilhão, não foi alocada para outras necessidades de execução orçamentária da “Programação Própria” do MS para Ações e Serviços Públicos de Saúde?; 2- Quais foram as programações do MS afetadas pela execução orçamentária (empenho) das emendas individuais no valor de R$ 2,9 bilhões (quase 3 vezes maior que média de R$ 1,0 bilhão do período 2009-2013), considerando que foi mantida a lógica de aplicação do “PISO=TETO”?; 3- Quais foram as programações mais afetadas com o contingenciamento de mais de R$ 2,0 bilhões alocados na Lei Orçamentária como sendo “Programação Própria” do MS para Ações e Serviços Públicos de Saúde?; 4- Para alguns itens da Média e Alta Complexidade e da Atenção Básica que tiveram um nível de empenhamento adequado, os valores alocados foram suficientes para atender às necessidades, especialmente para as transferências para os Estados e Municípios?; 5- Além do contingenciamento estabelecido pelo Decreto nº 8197/2014, o que mais explica o baixo nível de empenhamento detectado para 31 itens de despesas e a insuficiência de recursos financeiros para atender às necessidades das transferências para Estados e Municípios?; e 6- Por que não foram compensados em 2014 como empenho adicional ao mínimo todos os valores de Restos a Pagar cancelados em 2013, conforme determina a LC141?. Após a apresentação, foram levantadas as seguintes questões: é preciso definir encaminhamento a respeito da execução orçamentária da FUNASA, pois a má execução é recorrente; preocupação com o baixo índice de execução orçamentária da Secretaria de Saúde Indígena; elogios à metodologia adotada para análise da execução orçamentária e apresentação da análise; é importante esclarecer os motivos dos níveis de empenho inadequados e regulares de todas as secretarias do MS e avaliar as consequências para as condições de saúde da população. Registradas as considerações do Pleno, a mesa procedeu aos encaminhamentos. **Deliberação: os conselheiros aprovaram o encaminhamento da COFIN de solicitar esclarecimentos ao MS (conforme lista apresentada pela Comissão) e adicionaram mais três itens para esclarecimentos: 7 - Quais são as medidas que o MS adotará para resolver o baixo índice de execução orçamentária da FUNASA, bem como o elevado saldo a pagar de Restos a Pagar? O que deixou de ser realizado por causa disso e quais foram as consequências para as condições de saúde da população?; 8 - Quais são as medidas que o MS adotará para resolver o baixo índice de execução orçamentária da Secretaria de Saúde Indígena? O que deixou de ser realizado por causa disto e quais foram às consequências para as condições de saúde da população?; e 9 - Quais são as explicações para os níveis de empenho inadequados e regulares de todas as secretarias do MS? O que deixou de ser realizado e quais foram as consequências para as condições de saúde da população?. Além disso, os conselheiros, dada a relevância do tema para a execução da política de saúde, solicitaram à Mesa Diretora do CNS que programe as pautas das próximas reuniões do Pleno do CNS de modo que o tema do orçamento e financiamento do SUS, sob a responsabilidade da COFIN/CNS, seja o primeiro ponto de debate do primeiro ou do segundo dia da reunião.** Definido esse ponto, a mesa encerrou o primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros:

xxxxxx

Iniciando o segundo dia de reunião, a mesa foi composta e aberta a palavra para o item 7 informes e indicações. **ITEM 6 –  INDICAÇÕES E INFORMES –** *Coordenação:*conselheiro **Carlos Alberto Duarte,** da Mesa Diretora do CNS. **1) Carta das Juventudes ao Jovem povo Brasileiro** – elaborada durante o“Seminário Educação, Saúde e Desenvolvimento: A juventude por mudanças na saúde do Brasil para cuidar bem das pessoas”, realizado em uma parceria entre a União Nacional dos Estudantes – UNE e a Associação Nacional de Pós-Graduandos - ANPG, durante a 9ª Bienal de Arte e Cultura da UNE. Conselheira **Michely Ribeiro da** **Silva** informou que durante a 9ª Bienal de Arte e Cultura da União Nacional dos Estudantes (UNE), ocorreu o “Seminário Educação, Saúde e Desenvolvimento: A juventude por mudanças na saúde do Brasil para cuidar bem das pessoas”, realizado em uma parceria entre UNE e a Associação Nacional de Pós-Graduandos (ANPG) e idealizado pelo Fórum Nacional de Pós-Graduandos em Saúde (FNPGS) da ANPG e pelas lideranças ligadas a saúde da UNE. O evento contou com cerca de 300 jovens que representam as pluralidades da população brasileira. O seminário foi realizado em duas manhãs, sendo a primeira de um amplo debate com a participação do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e do público presente. Já na segunda manhã foram realizados quatro grupos de trabalho com os seguintes temas: Direito à saúde com ampliação do acesso e atendimento de qualidade; Financiamento adequado do SUS; Valorização do Trabalho e Educação em Saúde, Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS; Fortalecimento da participação e controle social na saúde. O Objetivo deste seminário foi produzir a carta a ser disseminada a toda juventude do país. A intenção é que os ecos das vozes do Brasil presentes no debate cheguem aos Centros Acadêmicos, Diretórios Centrais Estudantis, Executivas de Cursos, Associações de Pós-Graduandos e a toda a sociedade jovem organizada deste país continental que luta por um Sistema Único de Saúde Público, Equânime e Universal. Além disso, incentivar os jovens a participar das etapas da 15ª Conferência Nacional de Saúde que ocorrerão a partir de março nas Plenárias Populares Regionais, seguidas das Conferências Municipais, Estaduais, até culminarem entre os dias 23 e 26 de novembro na Conferência Nacional. **2)** **Reunião do Comitê Técnico de Saúde da População Negra** – realizada de 25 a 27 de fevereiro de 2015. Conselheira **Michely Ribeiro da** **Silva** destacou o alto índice de morte de jovens negros e salientou a importância de envolver a população no debate desse tema que engloba situações de âmbito regional, com impacto nacional. **3)** Comissão de Saúde da Pessoa Idosa – solicita apoio à realização de pesquisa que será realizada pelo MDS e MS sobre o número de instituições de longa permanência e número de pessoas abrigadas. Apresentação: conselheiro **Geraldo Adão Santos.** O texto será lido posteriormente para deliberação. **4) Cartilha sobre prevenção de câncer de mama -** *Apresentação:* **Maria do Espírito Santo. 5) Texto “AIDS no Brasil nos dias de hoje – uma reflexão.** Autor: conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte. Encaminhamento:** enviar à Mesa Diretora do CNS para pautar posteriormente; e debater o tema na Comissão de AIDS e, depois, no Conselho. **6) Movimento Saúde+10: a luta continua -** foi disponibilizado documento sobre o Movimento aos conselheiros. Não houve deliberação. **INDICAÇÕES - 1)** O Ministério da Saúde, em atendimento à Portaria GM/MS N° 2.814, de 24 de dezembro de 2014, solicita a indicação dos representantes titular e suplente para composição do Comitê de Avaliação do PROASI-SUS. **Encaminhamento:** enviar à Mesa Diretora do CNS e retomar no mês de abril com mais informações a respeito. **2)** “Autismo: Inclusão, Conscientização e Ciência”. Data: 23 e 24 de abril de 2015. Local: São Luís/MA. *Indicação:* **Conselheira Marisa Furia Silva. 3)** Convite do MS para participar divulgação dos resultados rápidos do índice de infestação do Aedes aegypti. **ITEM 8 – 15ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE -** *Composição da mesa:* conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, da Mesa Diretora do CNS;econselheira **Maria do Socorro de Souza,** Presidente do CNS. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** explicou queneste pontoo Plenário deveria definir a composição da comissão organizadora, marcar a data da primeira reunião dessa comissão e deliberar sobre a mudança da data da etapa nacional da conferência. O Secretário Executivo do CNS, **João Palma**, iniciou com informe sobre o calendário, os locais e o público das plenárias temáticas. Em seguida, apresentou a proposta de modificar a data da etapa nacional da conferência para 1° a 4 de dezembro de 2015 porque o Centro de Convenções Ulisses Guimarães não estaria disponível na data anteriormente definida – de 23 a 26 de novembro de 2015. Explicou que realizar a conferência no Centro de Convenções possibilitaria utilizar espaços próximos para as atividades dos Grupos de Trabalho além de haver vantagens na localização. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** abriu a palavra para dúvidas sobre a proposta de modificar a data da etapa nacional. Nas intervenções, foram levantadas as seguintes questões e propostas: é preciso envolver a Coordenação Nacional de Plenária de Conselhos de Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde na realização das plenárias regionais; no processo de organização e condução das plenárias é preciso envolver os movimentos populares ausentes dos espaços de controle social; as plenárias são uma fase da conferência e o CNS deve elaborar um documento expressando sua mensagem para ser lido durante essas plenárias – garantir elemento de ligação entre o CNS e as plenárias; deve ser feito levantamento dos conselheiros com disponibilidade de agenda para acompanhar essas plenárias; as entidades dos Estados devem ser mobilizadas para participar da Conferência; deve ser feita a reserva do local na nova data a fim de evitar problemas; o CNS precisa definir diretriz para orientar as conferências, em termos de procedimentos, a fim de garantir resultados exitosos; incluir os coordenadores da Plenária Nacional como delegados ou convidados para garantir a participação na etapa nacional da conferência, haja vista o importante papel de articulação da coordenação; é importante encaminhar orientação aos Estados sobre a metodologia das plenárias e da conferência; será necessário prorrogar a data da eleição do CNS por conta de mudança de data da conferência; é preciso considerar a dificuldade da participação dos conselheiros nacionais nas plenárias regionais; é preciso recomendar aos CES que convidem os conselheiros nacionais do local para participar da Conferência; é preciso envolver movimentos sociais e populares no processo de realização das plenárias e da conferência; é necessário definir a questão da metodologia; movimentos sociais devem mobilizar-se para participar das plenárias regionais; o CNS deve elaborar documento que explique a mudança na 15ª CNS (conferência municipal aberta) para servir de subsídio, inclusive, nas plenárias regionais. Além disso, foram levantados os seguintes questionamentos: Como será trabalhado o conteúdo e como se dará a comunicação para as plenárias regionais? Quem participará da plenária? A mudança de data da etapa nacional traz prejuízos para as demais etapas da Conferência e para o processo eleitoral do CNS? Qual será o custo para ampliar a duração da Conferência? Sobre a mudança da data da conferência, a maioria dos conselheiros manifestou apoio. Retorno da mesa. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** explicou que a Mesa Diretora do CNS elaborou documento orientador sobre as plenárias regionais que foi entregue a Secretários de Saúde e enviado às Coordenações de Plenária. Sobre a eleição do CNS 2015, disse que Mesa Diretora do CNS discutirá, de modo a não ter prejuízo para a agenda do CNS e a 15ª Conferência. Também lembrou que a metodologia será objeto de resolução específica que será elaborada pela Comissão Organizadora e sugeriu informar os conselhos estaduais a respeito. Informou ainda que poderão ser realizadas conferências livres de trabalhadores, estudantes... para debaterem a 15ª. Por fim, sugeriu que a reivindicação de incluir os 27 coordenadores de plenária na Conferência seja debatida na próxima reunião. A respeito da proposta de incluir os coordenadores de plenária, foi sugerido, apesar da legitimidade do pleito, seguir a definição do Regimento Interno da Conferência. **Como encaminhamento, a mesa registrou o pleito da Coordenação de Plenária de Conselhos para participar da etapa nacional da conferência na condição de convidado e acordou-se que essa solicitação será debatida em momento oportuno.** O Secretário Executivo do CNS, **João Palma,** explicou que estão previstas 15 conferências até o fim de 2015, sendo que 13 já foram marcadas. Também disse que a ampliação de mais um dia para a etapa nacional da Conferência não teria grande impacto no custo, lembrando, inclusive, que, dos cinco dias, o último destinava-se a desmontagem da estrutura para a conferência. Informou que está em negociação com o Ministério da Saúde o termo de referência para a Conferência e a intenção é fechar esse documento em 30 dias. Manifestou satisfação com os avanços alcançados até o momento, com destaque para a aprovação do Regimento Interno da 15ª. Em sua opinião, há esforços para elaborar documento comentado sobre o Regimento. Na sequência, sugeriu que os conselheiros de saúde participem das plenárias da sua região e avaliou que os movimentos e entidades devem atuar nas regiões para mobilizar as pessoas a participar das plenárias. Por fim, saudou os conselheiros pela coragem de enfrentar os riscos dos avanços e frisou que é preciso identificar os problemas e resolvê-los. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** apresentou o calendário das plenárias populares regionais: Nordeste – 13 e 14 de março; Norte – 27 e 28 de março, no Pará; Sudeste – 21 e 22 de março, em São Paulo; Centro-Oeste – 27 e 28 de março, em Brasília; e Sul – 21 e 22 de março, em Porto Alegre. Ainda sobre as plenárias, foram apresentadas as seguintes propostas: repassar material aos Estados para servir de subsídio; os movimentos devem mobilizar as suas bases para participar das plenárias regionais e da plenária nacional; que a SE/CNS se informe sobre o processo de inscrição para participar das plenárias e comunique aos conselheiros; é preciso garantir a participação de novos atores nas plenárias. O Secretário Executivo do CNS, **João Palma,** explicou que foi feita uma divisão por Estado e encaminhada orientação de que a inscrição é feita no CES. Ressaltou que houve diálogo com os Conselhos de Saúde e comunicou que foi destinado percentual de vagas para os movimentos sociais, que devem ser custeados pelo seu município de origem, lembrando que há sindicatos e entidades que estão ajudando a garantir a participação dos seus representantes e de movimentos sociais na Plenárias Regionais. **Deliberação: o Plenário aprovou a mudança de data da Conferência para 1 a 4 de dezembro de 2015, porque o espaço apontado para realização (Centro de Convenções Ulysses Guimarães) não estaria disponível na data anteriormente definida.** Seguindo, a mesa abriu para debate da composição da comissão organizadora. Conselheiro Carlos Alberto Duarte apresentou as indicações do segmento dos usuários para compor a comissão: conselheira **Maria do Socorro de Souza;** conselheiro **Geordeci Menezes de Souza;** conselheiro **Edmundo Omoré;** conselheiro **Carlos Alberto Duarte;** conselheiro **Wanderley Gomes da Silva;** conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos (“Santinha”);** conselheira **Marisa Furia Silva;** conselheira **Verônica Lourenço da Silva;** conselheira **Maria Zenó Soares da Silva;** econselheiro **Abrahão Nunes da Silva.** Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** apresentou as indicações dos trabalhadores de saúde para compor a comissão organizadora: **Nelcy Ferreira da Silva; Ronald Ferreira dos Santos; Wilen Heil e Silva; Ivone Evangelista Cabral; Eurídice Ferreira de Almeida.** Conselheira **Kátia Souto**apresentou as indicações dos gestores: **Kátia Maria Souto; Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira; Haroldo de Carvalho Pontes**; **um do CONASEMS** – a definir. Faltou a indicação de um representante dos prestadores de serviço. Após considerações, a mesa colocou em apreciação a composição da comissão organizadora da 15ª CNS. Deliberação: aprovados os seguintesconselheiros e conselheiras para compor a comissão organizadora da Conferência:*usuários -* **Maria do Socorro de Souza; Geordeci Menezes de Souza; Edmundo Omoré; Carlos Alberto Duarte; Wanderley Gomes da Silva; Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos (“Santinha”); Marisa Furia Silva; Verônica Lourenço da Silva; Maria Zenó Soares da Silva; e Abrahão Nunes da Silva.** *Trabalhadores da saúde:***Nelcy Ferreira da Silva; Ronald Ferreira dos Santos; Wilen Heil e Silva; Ivone Evangelista Cabral; Eurídice Ferreira de Almeida.** *Gestores e prestadores de serviços:***Kátia Maria Souto; Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira; Haroldo de Carvalho Pontes**; **um do CONASEMS** – a definir; **e um representante dos prestadores de serviço –** a definir. A primeira reunião da comissão organizadora será dias 24 e 25 de março ou 25 e 26 de março. Nesse encontro, a comissão definirá o seu calendário (o indicativo é marcar as reuniões próximas as do Pleno do CNS). Definido esse ponto, a reunião foi interrompida para o almoço. Reiniciando, a mesa foi composta para a apresentação do item 8 da pauta. **ITEM 9 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSO HUMANOS – CIRH -** *Composição da mesa:* conselheira **Ivone Evangelista Cabral**, coordenadora da CIRH; e conselheiro **Alexandre Medeiros de Figueiredo,** coordenador adjunto da CIRH. *Coordenação:* conselheira **Nelcy Ferreira da Silva**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando, a coordenadora da CIRH apresentou as indicações de integrantes da CIRH para participar das plenárias regionais da 15ª Conferência: Nordeste – Haroldo Pontes; e Ruth Ribeiro. Sul – Vera Maria da Rocha; Maria Angélica Zolin de Almeida, José Eri de Medeiros; Maria Luiza Jaeger; Michely Ribeiro da Silva. Sudeste – Irene Batista de Paula; Tânia Maria de Souza Pires Makluf; e José Roberto Prebill. Centro-Oeste – Arindelita. Norte – sem integrante da CIRH. Conselheira **Suelen Geisemara Bacelar Nunes** destacou a importância do trabalho do Comitê Nacional dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde - COAPES e avaliou que a CIRH deva ser um canal direto para resguardar a implantação dos contratos conforme aprovado. Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** explicou que, junto com a conselheira Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos participa do Comitê Nacional dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde - COAPES e, entre os avanços alcançados, destacou a inclusão de um capítulo sobre o controle social, de modo a assegurar a participação desde o município. Com isso, é possível equacionar a ausência de regulamentação e de espaços para denunciar possíveis problemas na implantação do Contrato. Conselheiro **Alexandre Medeiros de Figueiredo** informou que o documento com as diretrizes de integração ensino-serviço será colocado em consulta pública para receber contribuições e, tão logo aprovado, será elaborado documento sobre como elaborar os contratos. Disse que serão elaborados textos específicos para gestores, escolas e pode ser feito um para o controle social. Inclusive, sugeriu pautar apresentação sobre os Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde – COAPES. Conselheiro **Renato Almeida de Barros** sugeriu elaborar uma recomendação para orientar os Estados no acompanhamento da implantação dos Contratos. Seguindo, a coordenadora da CIRH falou sobre a Nota Técnica aprovada na 238ª Reunião Ordinária do CNS, realizada nos dias 9 e 10 de outubro de 2012. Recordou que a CIRH realizou uma reunião ampliada, no dia 18 de agosto de 2012, para discutir o tema “a carreira única no SUS”, sendo convidados, além de seus membros, representantes da Mesa Diretora do CNS, do CONASS, do CONASEMS, da Mesa Nacional de Negociação (DEGETS) e os parlamentares João Ananias e Rogerio Carvalho, da Subcomissão de Seguridade Social e Família, que tratavam à época do ordenamento da formação de RH e do SUS e da Educação Permanente na área de saúde. Os parlamentares não compareceram e justificaram ausência em razão do período eleitoral. Após o debate, resultados (não conclusivos) foram apresentados ao Pleno do CNS por meio de uma Nota Técnica com a proposta de colaborar para o aprofundamento dos elementos conceituais e iniciar um processo de aproximação da realidade da gestão da saúde na atualidade. Destacou que a nota mostra que a gestão do trabalho tem sido duramente atingida durante desde a implantação do SUS, em função dos mais variados fatores. Dentre as questões que têm comprometido drasticamente esse fundamental eixo estruturante do Sistema, a nota cita: 1) Significativa desresponsabilização dos entes federal e estadual, através da não realização de concursos públicos, bem como da adoção por todos, de políticas precarizantes do trabalho; 2) reduzida capacidade de investimento da imensa maioria dos municípios caracterizada por um perfil crítico de baixíssima autonomia financeira e consequente absoluta dependência dos repasses estaduais e federais; 3) o advento da Reforma do Estado, os limites legais impostos pela lei de responsabilidade fiscal e outros dispositivos, com o estabelecimento da regra da precarização na forma de contratação bem como da remuneração; 4) o financiamento voltado para o pagamento de procedimentos realizados, fortalecendo a cultura da atenção especializada bem como o caminho mais fácil da substituição dos serviços públicos pelos privados contratados e conveniados. Com isso, consolidou-se um processo de desvalorização do trabalho multiprofissional em saúde, bem como da atenção básica e da consequente supervalorização do profissional médico, particularmente dos especialistas; 5) a substituição do público pelo privado contratado/conveniado forçou o deslocamento dos profissionais médicos para aquele setor, consolidando a lógica do trabalho remunerado por procedimento realizado e não mais pela jornada a ser desenvolvida num serviço de saúde; 6) diante do quadro colocado, os municípios que tinham condições para tal, bem como alguns estados, passaram a instituir Planos de Cargos e Salários locais, das formas mais díspares possíveis, cada um de acordo com a sua realidade e condições objetivas. Estabeleceu-se a disputa fraticida por alguns profissionais pelo país; e 7) fortalecidos e valorizados pelo aprofundamento da cultura especializada e médico centrada, e de uma conjuntura favorável no que diz respeito à lei da oferta e da procura, os profissionais médicos deflagram em todo o país movimentos não só pelo tratamento diferenciado nos Planos de Cargos instituídos, mas da criação de cooperativas e radicalizam na defesa de carreira apenas para aquela categoria e piso salarial nacional independente das demais categorias profissionais. Esclareceu que a nota cita como principais dificuldades enfrentadas por gestores para a contratação: má distribuição de médicos pelo país; modelo de atenção assistencialista; ausência de equipe multiprofissional na rede; e formação insuficiente para a demanda de um mercado hipertrofiado. A nota destaca que são consequências na realidade atual: quadro inadministrável em situações normais, com enormes dificuldades de disponibilidade de profissionais especialistas em todas as regiões do país inclusive nos grandes centros urbanos; aumento de profissionais generalistas e que necessita de ações em várias frentes de curto, médio e longo prazo, na perspectiva de paulatinamente transformar o quadro. Além disso, sinaliza como ações necessárias à proposta: é fundamental o entendimento de que a Carreira do SUS é um poderoso instrumento que poderá estabelecer um marco inicial na transformação do quadro, mas necessitará de outras medidas concomitantes como, por exemplo: serviço civil; residências multiprofissionais; estruturação e fortalecimento da rede pública; e priorização da rede básica. Segundo a nota, os principais desafios são: superar os limites políticos, geográficos, administrativos e financeiros dos municípios; superar as questões colocadas pela lógica instituída de e pelo mercado; e superar a cultura uniprofissional em saúde fortemente enraizada na população e no Sistema como um todo. Explicou que a nota traz os princípios básicos da Carreira do SUS, destacando que **a** proposta da carreira do SUS deve buscar, através de uma pactuação entre os entes federados, estabelecer regras nacionais a serem cumpridas por todos. As bases para essas regras são exatamente as Diretrizes Nacionais para a carreira no SUS, aprovadas no Conselho Nacional de Saúde e pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite: 1) Municípios, estados e governo federal devem apresentar o levantamento do que entende como sendo a demanda da equipe multiprofissional em saúde, necessária para atender as reais necessidades dos municípios, tendo como parâmetros fundamentais a estruturação da atenção básica bem como as regras concernentes a hierarquização da rede e regionalização dos serviços. Não pode haver sob qualquer hipótese, sobreposição de serviços públicos num mesmo espaço geográfico delimitado. 2) Definição da carga horária dos profissionais e de pisos salariais nacionais por nível de escolaridade. 3) Acréscimos na remuneração definitivos e incorporados ao piso salarial de acordo com: carga horária cumprida na formação intelectual, aprimoramento e aperfeiçoamento profissional em cursos de residência, pós-graduação e qualificação, definição de percentuais a serem instituídos como estímulo a dedicação exclusiva bem como à interiorização, para isso levando-se em consideração não só as diversas macrorregiões do país, mas também as particularidades existentes nos grandes centros urbanos, garantia da autonomia e da responsabilização dos entes federados na realização dos concursos públicos para os serviços de cada alçada de governo, bem como da contratação dos profissionais que lhes são inerentes. Municípios, estados e governo federal, contratam os profissionais que são necessários para os diversos serviços que estão sob a responsabilidade de cada um. 5) Tendo como parâmetros as disponibilidades financeiras de cada ente federado, estabelecer de forma pactuada aquilo que em cada município do país será o componente do financiamento de cada ente, da correspondente força de trabalho no plano local. 6) Instituição e pactuação de regras que apontem para a efetiva profissionalização da gestão até o cargo de diretor conforme estabelecido pela Constituição Federal, enquanto ferramenta estruturante e valorizadora da Carreira. 7) É fundamental um amplo movimento político pela supressão do limite imposto pela Lei de responsabilidade fiscal a contratação de trabalhadores com a finalidade de viabilizar o SUS nos três planos de governo. 8) É importante que paralelamente se promova a partir da proposta de contratualização entre os entes federados que está em curso, a alteração da lógica de financiamento, substituindo-se paulatinamente os pagamentos por procedimentos pelo financiamento de metas a serem estabelecidas e cumpridas de acordo com as necessidades de cada local. Por fim, um levantamento das possíveis adequações jurídicas que por ventura sejam necessárias para institucionalizar a Carreira com o envolvimento e plena responsabilização de todos os entes federados. Desse modo, esclareceu que a nota propõe a **c**riação de um Grupo de Trabalho (GT) ampliado, sob a coordenação da CIRH, para aprofundar o estudo e tentar mapear a realidade da gestão do trabalho no SUS, nos três níveis federativos, de forma direta ou através de parcerias, além de promover um amplo debate nacional sobre o tema. Nessa linha, a Comissão propõe a seguinte composição para o Grupo de Trabalho:5 membros Conselheiros – CONASEMS, CONASS, Ministério da Saúde, ABEn e conselheiro Nacional de Saúde/CIRH – Usuários (Rede Lai Lai Apejo); e especialistas – membros da CIRH: Conselho Federal de Serviço Social – CFESS; Conselho Federal de Farmácia – CFF; Rede Unida; CNTSS; e CGTB. Concluída a apresentação, os conselheiros fizeram algumas considerações sobre o tema e esclareceram dúvidas. **Deliberação: aprovada, com uma abstenção, a criação de GT, sob a coordenação da CIRH, composto por cinco integrantes (CONASEMS, CONASS, Ministério da Saúde, ABEn e Rede Lai Lai Apejo), além de especialistas, para aprofundar o estudo e tentar mapear a realidade da gestão do trabalho no SUS, nos três níveis federativos, de forma direta ou através de parcerias, além de promover um amplo debate nacional sobre o tema (com base na Nota Técnica aprovada na 238ª RO CNS, de 9 e 10 de outubro de 2012).** Definido esse ponto, a coordenadora da CIRH procedeu à apresentação dos pareceres. Inicialmente, apresentou os pareceres insatisfatórios. **1)** Referência: 201400425 - Centro Universitário Euro-Americano - (UNIEURO/DF), Brasília/DF. Curso: Odontologia. Autorização. Parecer: insatisfatório. Fundamentos do Parecer: a) Não há documentos anexados ao Processo, que comprovem a assinatura de Termos de Convênios ou Termos de Compromisso entre a IES e a Secretaria de Saúde de Brasília nos diferentes níveis de complexidade para utilização da rede de serviços de saúde instalada e de outros equipamentos sociais existentes na região, não estando assegurados os cenários de prática na rede de saúde do SUS (Parágrafo único do artigo 27 da Lei 8080/90; b) Não há menção sobre a importância da participação 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; c) Há indicação de que o aluno se inserirá na comunidade no primeiro ano do curso na disciplina de Saúde Coletiva I com 20 horas de atividades práticas, no entanto não está claro no PPC. Os estágios iniciam-se a partir do 5º semestre e o supervisionado a partir do 9º; d) O corpo docente informado (17 professores), a serem contratados em regime de tempo parcial e integral, corresponde de maneira insuficiente para atender a demanda de 100 vagas anuais, considerando atividades de sala de aula, laboratório, acompanhamento de alunos em atividades realizadas na comunidade no primeiro ano do curso. Destaca-se ainda, que no segundo ano, o curso poderá contar com 200 alunos, implicando numa relação professor-aluno de 1\12; e) Corpo docente composto de 10 Mestres e 4 Doutores (14 pós-graduados stricto sensu) com regime de trabalho configurado de 93% em regime parcial ou integral. De acordo com os avaliadores do INEP o corpo docente apresenta funcionários que atuam em outros cursos já implantados (Fisioterapia, Biomedicina e Enfermagem). Considerando a solicitação de 240 vagas anuais, a relação professor/aluno (1:34) compromete o desenvolvimento/orientação dos estudantes nos dois anos iniciais da abertura do curso; f) Clínica-escola instalada, já utilizada para os cursos de Biomedicina, Enfermagem e Fisioterapia, necessitará de um aporte significativo para atender a demanda futura de estudantes diante do número de vagas solicitadas (240 vagas); sinalizar a existência de um potencial para a construção e a implantação de laboratórios específicos da Psicologia, não assegura a viabilidade de inclusão de um Serviço de Psicologia Aplicada que qualifique o curso. O Relatório de avaliação na visita in loco do INEP (5 a 8/11/2014) atribuiu conceito 3,1 para a Dimensão avaliativa Infraestrutura; e g) Não há menção no PDI nem no PPC sobre a composição de CEP pela IES. **2)** Referência: 201400533. Faculdade São Francisco da Paraíba – FASP. Local: Cajazeiras/PB. Curso: Odontologia. Solicitação: autorização. Parecer: insatisfatório. Fundamentos do Parecer: a) A carga horária mínima do estágio supervisionado não atende os 20% da carga horária do curso conforme definido no Art. 7º das DCN do curso de Odontologia; b) Não há documentos que comprovem a existência de Termos de Convênios ou Termos de Compromisso entre a IES e a Secretaria Municipal e Estadual de Saúde para uso da rede de atenção a saúde do SUS, de saúde bucal; e, o PPC não apresenta indicativos de articulação da IES gestão local do SUS; c) A matriz curricular do curso e as ementas das disciplinas não explicitam que conteúdos referentes à educação ambiental, direitos humanos e relações étnico-raciais e ensino da cultura afro-brasileira serão abordados no curso; d) O PPC não esclarece qual será o modo de inserção do aluno na atenção básica e nem registra a atuação do aluno na comunidade desde o primeiro ano do curso; e) A matriz curricular não apresenta nas ementas que conteúdos relacionam-se a temática da saúde ambiental, conforme previsto na Lei nº 9.795, de 27 de abril de 1999 e Decreto Nº 4.281 de 25 de junho de 2002; f) Os conteúdos curriculares não anunciam como o processo formativo será orientado para a multiprofissionalidade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade conforme estabelecido no Art. 5º, Inciso 3 da DCN do curso de Odontologia; e g) O NDE não tem um papel claramente definido na implementação do curso. **3)** Referência:201400971. Faculdade Aliança. Local: Teresina/PI. Curso: Psicologia - Bacharelado. Solicitação: autorização. Parecer: Insatisfatório. Fundamentos do Parecer: a) Não existe documentação anexada ao Processo, no Sistema e-MEC, para comprovar a intenção de assinatura de Termo de Compromisso/Convênio e não há referência sobre a celebração de convênio com a rede pública de saúde, para utilização da rede de serviços do SUS instalada no Município de Teresina (PI) e de outros equipamentos sociais existentes na região (Parágrafo único do artigo 27 da Lei 8080/90); b) Não há, na documentação analisada, subsídios que permitam identificar o comprometimento dos gestores locais do SUS com a abertura do curso de Psicologia, de acordo com o recomendado pela Resolução CNS Nº 350/2005 e o Caput do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90; e c) O PPC não descreve um programa de inserção do estudante nos campos de prática desde o início do curso, nem da capacidade de atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente nesses cenários, o que pode não assegurar a absorção dos discentes conforme esperado, principalmente, na rede SUS existente na região. (Resolução Nº 350/2005 e Parágrafo único do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90). **Deliberação: aprovados os três pareceres insatisfatórios.** Em seguida, apresentou dois pareceres favoráveis com recomendação. **1)** Referência: 201407721. Instituição de Ensino Superior: Faculdade INEDI – CESUCA. Local: Cachoeirinha/RS Curso: Psicologia – Bacharelado. Solicitação: renovação de reconhecimento. Parecer: satisfatório com recomendações. Recomendações para que, nos próximos ciclos avaliativos, a IES apresente: a) Termo de Convênios ou Acordos que consubstanciam parcerias entre a Faculdade INEDI e a Secretaria Estadual de Saúde, e a Secretaria Municipal de Saúde/Prefeitura Municipal de Cachoeirinha e de Gravataí, com possibilidades de inserção dos estudantes no atendimento de saúde mental no SUS; b) Indicativos do compromisso dos gestores locais do SUS com o desenvolvimento do curso, seja no PPC ou por meio de documentos comprobatórios; c) Explicitação da capacidade de atendimento e da disposição dos alunos, física e numericamente, nos cenários de prática extramuros, para evidenciar a inserção dos estudantes do curso de Psicologia na rede de saúde do SUS, existente na região; uma vez que, a relação professor-aluno por turma de 200 vagas ofertadas é de 1:11, incluindo atividades em sala de aula, orientação de alunos, supervisão em campo de estágio; d) O Plano de Promoção de Acessibilidade, com atendimento diferenciado de pessoas com deficiência necessidade especial; e) Indicativos de que o PPC foi reorientado para os determinantes sociais da saúde e para o Sistema Único de Saúde como eixo estruturante da política nacional de saúde do Brasil. A concepção de que as características da população (baixa renda, com ganhos de até três salários mínimos, sendo que 20% dos domicílios estão localizados em áreas consideradas precárias, sem água, esgoto, equipamentos e serviços) determinam a busca pelos serviços públicos de saúde mental reforça uma ideia equivocada de que o Sistema Único de Saúde destina-se à população de baixa renda; e f) Detalhamento da ementa das disciplinas de Saúde Coletiva I e II e sua articulação com os determinantes sociais da saúde e a política nacional de saúde. **2)** Referência: 201408058. Instituição de Ensino Superior: Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Localidade: Santa Maria/R. Curso: Psicologia – Bacharelado. Solicitação: Renovação de Reconhecimento. Parecer: satisfatório com recomendações. Recomendações para que, nos próximos ciclos avaliativos, a IES apresente: a) Comprovação de Termos de Convênio com os serviços de saúde que compõe a rede de saúde mental do município e registro de inserção dos estudantes na rede de saúde mental do SUS; b) Melhorias das condições de conservação do elevador ou outras formas de acesso à pessoas com deficiência e ou mobilidade reduzida nas dependências da IES; e c) Explicite a capacidade de atendimento e a disposição dos alunos, física e numericamente, nos cenários de prática extramuros, bem como o modo de inserção. **Deliberação: aprovados os dois** **pareceres favoráveis com recomendação.** Na sequência, conselheira **Michely Ribeiro da Silva** apresentou o Relatório da Visita de Avaliação in loco à Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal - Processo e-MEC nº 201407809, que teve como dispositivos legais orientadores: Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 350, de 9/06/2005; Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 429, de 12/11/2009 e Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 430, de 12/11/2009 e seu anexo. Detalhou, primeiro, o roteiro de visita para avaliação *in loco:* apresentação da Comissão; apresentação da coordenadora do curso de Psicologia; visita às dependências da Faculdade; análise documental; reunião com a equipe docente do curso de Psicologia; diálogo com estudantes em sala de aula; diálogo com a gestão municipal; e visitas às unidades de saúde - campo de prática para os estudantes da Faculdade. Falou sobre a sociodemografia e especificidade da região: Rondônia - população de 1.748.531 habitantes; microrregião de Cacoal - 246.464 (2013); a população de Cacoal – 86.556 habitantes; acesso à capacidade instalada (econômica, educacional e de saúde); o Estado de Rondônia tem a maior população indígena do país; e economia com bases nos serviços, agropecuária e indústria. Salientou o potencial de ingressantes nos cursos: índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é 0,718, em 2010; renda per capita de R$ 8.856,72 (Atlas de Desenvolvimento Humano de 2010). Bloco I – necessidades sociais em saúde: Utilização da rede de serviços instalada – processo de judicialização na saúde; Relação entre a oferta de vagas e capacidade instalada para a prática (3-45 / 1-3 / 1-6); Compromisso social com a promoção do desenvolvimento regional; e Mecanismos desfavoráveis para a interiorização e a fixação de profissionais.Bloco II – Coerência entre o projeto político-pedagógico e as necessidades sociais regional:Apresenta uma matéria optativa “Psicologia da s Populações Indígenas”, “Libras” e “Saúde Mental e Políticas Públicas”; Coerência entre o projeto político-pedagógico e a organização de práticas de aprendizagem orientadas para o SUS consta no PPC, mas estudante não se inserem no primeiro ano do curso; Compromisso com a promoção do conhecimento sobre a realidade local, seus saberes e práticas e com o desenvolvimento de responsabilidades entre instituição, estudantes, profissionais e realidade local; Compromisso com o desenvolvimento social, urbano e rural, por meio da oferta de atividades de extensão em diálogo com a gestão municipal, sem a saúde; Compromisso com o diálogo entre docentes, estudantes e sociedade; Compromisso de contrapartida das instituições privadas que utilizam instituições públicas como campo de ensino em serviço; Responsabilidade social de atendimento às necessidades locais, inclusive nos aspectos relacionados ao acesso a serviços, como espaço físico e profissional compartilhando profissionais. Bloco III. Relevância social do curso - projeto politico-pedagógico: Contribuição para a superação dos desequilíbrios na oferta de profissionais de saúde atualmente existentes; e Formação a partir do 7º período para todas as 3 ênfases apresentadas pelo curso (saúde, organizacional e educacional). Bloco III – Psicologia: Número de psicólogos na microrregião de Cacoal 83 profissionais (CRP – 20ª, 2015); Poucos profissionais psicólogos na rede saúde local; O psicólogo tem inserção em outros campos de atuação, que não somente os serviços de saúde, como as escolas e indústrias. São: 1 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II), 4 CAPS I (municípios da microrregião), 1 Equipe NASF Cacoal, 4 Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), 1 Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), 1 Hospital Regional, 1 Hospital São Daniel Comboni e 8 UBS. Dificuldades: acessibilidade – ser adequada; ausência de plano de carreira docente; IES desenvolve atividades, porém não há convênio específico com a rede SUS; Atividades de extensão; 2 Curso ofertado em várias UNESC e FACIMED; e Estágio Profissionalizante I – 6º período. Conselheiro **Gerdo Bezerra de Faria** explicou que as dificuldades encontradas são pequenas e as falhas identificadasdecorrem de problemas políticos e de dificuldade na rede. Destacou, por exemplo, que o CEO está pronto para iniciar atendimento, mas não começou por falta de equipamentos, e que a IES comprometeu-se a incluir a disciplina na grade curricular. Em seguida, a coordenadora da CIRH apresentou o parecer da Comissão com base nos resultados da visita in loco. Referência: 201407809 - Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal – FACIMED. Local: Cacoal/RO. Curso: Psicologia – Bacharelado. Solicitação: Renovação de Reconhecimento. Parecer: satisfatório com recomendações. Recomendações para que, nos próximos ciclos avaliativos, a IES: a) Adeque, distribua e atualize os conteúdos curriculares/disciplinas de modo a promover um maior equilíbrio da saúde nas demandas sociais (etnia/raça) da região, incluindo proposta de oportunizar o ingresso de estudantes indígenas da região; b) Insira estudante em atividades na comunidade desde o primeiro ano do curso, seja por meio de atividades extensionistas contínuas que atendam as demandas loco regionais de saúde, desde o início do curso; c) Explicite a inserção de estudantes do curso de Psicologia em cenários de prática da rede de saúde do SUS; d) Providencie orientação tátil para promover o acesso a pessoas com deficiência e mobilidade reduzida; e) Estabeleça diálogos com a rede SUS para promover a inserção de estudantes na rede de saúde local, buscando os conselhos Estadual e Municipal de saúde como mediadores nas relações com a Secretaria Municipal de Saúde/Estadual; f) Se articule com o Conselho Estadual de Saúde para o acompanhamento das negociações com a rede de saúde local no processo de implementação do PPC, assim como atividades práticas do curso de Psicologia. **Deliberação: aprovado o parecer.** Aprovado o parecer, a mesa agradeceu e encerrou a discussão desse ponto. Item extra pauta. **REGULAMENTAÇÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS –** *Apresentação:* conselheiro **Cláudio Garcia Capitão,** representante doConselho Federal de Psicologia no CNS;conselheira **Alessandra Ribeiro de Sousa,** representante do Conselho Federal de Serviço Social no CNS**;** [**Leon de Souza Lobo Garcia**](http://portal.mj.gov.br/main.asp?View=%7B8C70F01E-5987-4547-A75F-FAA7828B2E4F%7D&Team=&params=itemID=%7B23A380CB-2509-433C-960A-178730C75F7B%7D;&UIPartUID=%7BFC05AE9D-AD96-4A34-A927-9DF80C11DFB7%7D), Diretor de Articulação e Coordenação de Políticas sobre Drogas da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça (Senad/MJ).  Inicialmente, Conselheiro **Cláudio Garcia Capitão** fez uma exposição do [Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/2a_Edixo_relatorio_inspecao_VERSxO_FINAL.pdf), publicado em 2011 e apresentou o posicionamento contrário do Conselho a práticas implementadas por essas entidades. O documento, que contou com a participação de todos os Conselhos Regionais de Psicologia (CRPs), procuradores, entidades sindicais, apresenta a avaliação feita em 68 instituições de comunidades terapêuticas de 25 Unidades da Federação. Destacou que a realidade encontrada evidencia questões e reflexões que exigem uma tomada de posição por parte do Estado e da sociedade brasileira sobre a assistência ofertada nesses locais. Segundo o conselheiro, a maioria desses lugares fundamenta-se em princípios que contrariam os pressupostos que orientam as políticas públicas - o respeito à cidadania dos usuários. Ressaltou que há claros indícios de violência e violação em todos os relatos como interceptação e violação de correspondência, violência física, castigos, tortura, exposição a situações de humilhação, imposição de credo, exigência prévia de exames clínicos como teste de HIV, intimidações, desrespeito à orientação sexual, revista vexatória de familiares, violação de privacidade, entre outras. Ressaltou também que o modo de tratar ou a proposta de cuidado apresentada visa forjar como efeito ou cura da dependência a construção de uma identidade culpada e inferior, em que, segundos seu ponto de vista, substitui-se a dependência química pela submissão ao ideal, mantendo submissos e, inferiorizados os sujeitos que são tratados. Salientou que a maioria dessas práticas sociais adota a opção por um credo pela fé religiosa como recurso de tratamento. Além da incompatibilidade com os princípios que regem as políticas públicas, o caráter republicano e laico delas, essa escolha conduz à violação de um direito, escolha de outro credo ou a opção de não adotar nenhum, ou seja, não seguir nenhuma crença. Na prática desses lugares, conforme relatado, os internos são constrangidos a participar de atividades religiosas, mesmo quando sua crença e fé são outras, até porque não existe outra possibilidade. Falou ainda que nos locais visitados verificou-se que há poucos profissionais de saúde, como médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, técnicos de enfermagem e, quando existem, as suas atuações são submetidas a princípios religiosos e morais. Além dessas questões, disse que a inspeção identificou outros problemas nessas comunidades como falta de higiene, utilização de usuários em tratamento para trabalhos não remunerados (laborterapia), tratamento diferenciado entre os pacientes com recursos financeiros para os de pouco ou sem recursos e internação de menores nessas unidades sem a presença dos pais. Conselheira **Alessandra Ribeiro de Sousa** comentou pontos da proposta de regulamentação das comunidades terapêuticas, conforme explicitado na minuta de Resolução do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas - CONAD, cuja consulta pública foi encerrada em 28 de fevereiro de 2015 e teceu críticas à proposição. Destacou que algumas das questões colocadas na minuta apresentam contradições ao que rege a legislação em saúde e políticas públicas. Primeiro, destacou que a minuta coloca que ‘considerando que as entidades que realizam o acolhimento de pessoas com problemas decorrentes de abuso ou dependência de substância psíquico-ativa não são equipamentos de saúde, mas de interesse e apoio dos sistemas de saúde e assistência social’, ou seja, um serviço que vai fazer a internação, o acolhimento de usuários não é entendido como um serviço de saúde pela própria minuta. Assim, é retirada do âmbito dos serviços de saúde. Ao citar o artigo 4º, o qual aponta que “a instalação e funcionamento das entidades que promovem acolhimento de pessoas com problemas decorrentes do abuso de substâncias psicoativas, denominadas ou não de comunidades terapêuticas, tendo condicionadas as concessões de alvará sanitário ou de outro instrumento congênere, de acordo com a legislação sanitária específica, aplicadas a essas entidades”, faz uma comparação ao ponto anterior. “ Se elas (comunidades terapêuticas) não são serviços de saúde, como ficam submetidas a alvará sanitário, como se fossem serviço de saúde ou legislação congênere. A bem da verdade, não se entende o que significa uma legislação congênere, se já há regulamentações feitas pela própria Anvisa que dispõem sobre alvará sanitário para as instituições que vão prestar atendimento à saúde”, questiona. Além de citar outros dispositivos da minuta, como os artigos 3º e 6º, que tratam sobre as pessoas elegíveis para internação, as obrigações destas entidades quanto ao acolhimento, bem como a contradição no prazo limite para o acolhimento, respectivamente. **Alessandra Ribeiro** mostrou-se preocupada com o controle social e o financiamento das comunidades terapêuticas. Baseada em dados do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad), até agosto de 2014, foram repassados por convênios para as comunidades terapêuticas, ainda não regulamentadas, R$ 92 milhões. Ressaltou que esses recursos deveriam ser investidos na rede de atenção psicossocial e serviços substitutivos. Além disso, manifestou preocupação sobre quem fiscaliza o gasto e salientou que a própria minuta não prevê a fiscalização dessas instituições, nem mesmo o controle dos gastos do financiamento que é público. O diretor [**Leon de Souza Lobo Garcia**](http://portal.mj.gov.br/main.asp?View=%7B8C70F01E-5987-4547-A75F-FAA7828B2E4F%7D&Team=&params=itemID=%7B23A380CB-2509-433C-960A-178730C75F7B%7D;&UIPartUID=%7BFC05AE9D-AD96-4A34-A927-9DF80C11DFB7%7D) fez um breve histórico do contexto das comunidades terapêuticas nos últimos dez anos que levou ao processo de regulamentação. Salientou o crescimento do número de vagas disponibilizadas nesses espaços, dizendo que o CONAD está debatendo os pontos sobre a regulamentação e qual o contexto dessa regulamentação. Ressaltou que as comunidades terapêuticas existem há 20 anos, mais de 10 anos recebem recursos públicos e há cinco anos recebem do Governo Federal e já são regulamentadas por outros textos e pela fiscalização de outras normas superiores. Finalizando, disse que o cenário aponta para a necessidade da regulamentação dessas comunidades. **Manifestações**. Conselheiro **Clóvis Boufleur** fez uma intervenção do ponto de vista do usuário, ou seja, daquele que precisa de ajuda para enfrentar o problema com álcool e drogas. Nessa perspectiva, disse que é preciso oferecer as melhores possibilidades que existem na área da saúde e reconheceu que há divergências sobre conceitos, um deles saúde e espiritualidade, o que não pode deixar de ser considerado. Sobre o Relatório de inspeção, disse acreditar que o CFP solicitou providências. Por fim, destacou que pesquisas apontam que o Estado não teria condições de oferecer assistência se as comunidades deixassem de funcionar. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** ressaltou que é preciso aprofundar o debate e sinalizou que há forte interesse em reproduzir estruturas econômicas ao invés de solucionar os problemas. Conselheira **Verônica Lourenço da Silva** perguntou se a CISM debateu o tema. Conselheira **Michely Ribeiro da Silva** ressaltou a importância da religiosidade e não da religião nesse contexto. Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** disse que é preciso identificar como o SUS pode inserir-se nesse processo e nesse debate não confundir religião com religiosidade. Frisou que é preciso ficar mais clara a participação do SUS nas comunidades terapêuticas. Conselheira **Lorena Baía** destacou que há casos que precisam de avaliação clínica e dispensação de medicamentos e, no seu modo de ver, é preciso verificar o que mais os usuários precisam. Defendeu, ainda, a ideia de que é preciso regulamentar a equipe multiprofissional mínima para garantir a integralidade das ações de saúde e não mais como simples hotelaria. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** ressaltou que é preciso aprofundar o debate a fim de encontrar melhor caminho para a população brasileira e acrescentou que outros entes do governo precisam atuar junto com a saúde. Como encaminhamento, sugeriu promover discussão mais ampla com os conselhos envolvidos a fim de tomar posição. Conselheiro **Rodrigo de Souza Pinheiro** disse que a regulamentação causa preocupação e ponderou que o governo, por não encontrar saída para resolver a situação, utiliza-se das comunidades terapêuticas. Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano** sugeriu pautar esse tema com mais tempo para aprofundar o debate e definir encaminhamentos. Disse não concordar com a regulamentação via CONADE e defendeu uma rede de atenção psicossocial. Conselheiro **Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira** avaliou que não havia necessidade de deliberar sobre o tema porque o CNS já havia se manifestado a respeito. Como encaminhamento, sugeriu reencaminhar ao CONADE a resolução do CNS a respeito e a RDC. **Retorno da mesa.** [**Leon de Souza Lobo Garcia**](http://portal.mj.gov.br/main.asp?View=%7B8C70F01E-5987-4547-A75F-FAA7828B2E4F%7D&Team=&params=itemID=%7B23A380CB-2509-433C-960A-178730C75F7B%7D;&UIPartUID=%7BFC05AE9D-AD96-4A34-A927-9DF80C11DFB7%7D), Diretoria de Articulação e Coordenação de Políticas sobre Drogas/Ministério da Justiça, destacou que as falas apontam a necessidade de aprofundar o debate sobre a regulamentação das comunidades terapêutica. Esclareceu que a proposta de regulamentação apoia-se na RDC 29 da ANVISA e comprometeu-se a encaminhar as resoluções aos conselheiros. Também destacou que as comunidades terapêuticas possuem forte base de apoio social. Destacou que alguns pontos na regulamentação estão abertos a discussão – abstinência, espiritualidade, ... Esclareceu ainda que não se trata de internação, mas sim de acolhimento. Disse que, pela SENAD, a saída é a expansão da RAPS – opção complementar. Conselheira **Alessandra Ribeiro de Sousa** destacou que as falas mostram o afinamento do CNS contrário à proposta. Discordou da avaliação de que há apoio e quando há destacou que acontece por insuficiência da RAPS. Também destacou que o CNS dispõe de resoluções a respeito do tema que poderiam ser disponibilizadas ao CONAD. Como encaminhamento, sugeriu que o Plenário aprovasse uma nova recomendação do CNS solicitando que o CONADE considere a RDC e a resolução do CNS no processo de regulamentação e que a CISM acompanhe a discussão da minuta no CONAD. Conselheiro Clóvis Boufleur sugeriu que a Mesa Diretora do CNS contatasse a coordenadora da CISM e chamasse uma reunião da Comissão para definir encaminhamentos a respeito desse tema. **Deliberação: o Plenário decidiu elaborar minuta de recomendação ao CONADE a respeito do processo de regulamentação; e indicar a Comissão Intersetorial de Saúde Mental – CISM/CNS para acompanhar a discussão da minuta no CONADE (entrar em contato com a coordenadora da Comissão e marcar reunião para definir os encaminhamentos a respeito).** Itens pendentes. **RECOMENDAÇÃO** - com críticas e alertas sobre as implicações daabertura ao capital estrangeiro para oferta de serviços à saúde. Não foi possível apreciar a minuta de recomendação na reunião. Portanto, o texto será enviado aos conselheiros, para conhecimento e votação na próxima reunião do CNS. **CARTA DE APOIO** - à realização do levantamento censitário das Instituições de Longa Permanência para Pessoas Idosas, promovido pelo Ministério da Saúde. *Apresentação:* conselheiro **Geraldo Adão Santos. Deliberação: por falta de quórum, a proposta será apreciada na próxima reunião do CNS. O texto será enviado com antecedência para os conselheiros. MINUTA DE RECOMENDAÇÃO -** ao CONADE a respeito do processo de regulamentação das comunidades terapêuticas. **O texto da recomendação foi elaborado, mas não foi possível apreciá-lo na reunião. Sendo assim, será encaminhado aos conselheiros para votação na próxima reunião do CNS. PLENÁRIA REGIONAL DO CENTRO-OESTE** – a Secretaria Executiva do CNS entrará em contato com os conselheiros para confirmar plano de voo. **ENCERRAMENTO –** Nada mais a tratar,a mesaencerrou os trabalhos da 267ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os seguintes conselheiros no segundo dia de reunião: *Titulares –*