



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

7 **ATA DA DUCENTÉSIMA QUADRAGÉSIMA PRIMEIRA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO**
8 **NACIONAL DE SAÚDE – CNS**
9

10
11 Aos trinta e trinta e um dias do mês de janeiro de dois mil e treze, no Plenário do Conselho Nacional de
12 Saúde “Omilton Visconde”, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º
13 andar, Brasília/DF, realizou-se a Ducentésima Quadragésima Primeira Reunião Ordinária do Conselho
14 Nacional de Saúde - CNS. A reunião iniciou-se às 9h25 e a mesa de abertura foi composta pelos
15 integrantes da Mesa Diretora do CNS: conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS;
16 conselheira **Nelcy Ferreira da Silva**; conselheiro **Carlos Alberto Duarte**; conselheiro **Ronald Ferreira**
17 **dos Santos**; e conselheiro **Edmundo Omore**, com as ausências justificadas dos demais integrantes:
18 conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**; conselheiro **Arilson Cardoso**; e conselheiro **Luiz Odorico**
19 **Monteiro**. A Presidente do CNS procedeu à abertura dos trabalhos cumprimentando os conselheiros, a
20 equipe técnica da SE/CNS, os convidados, os observadores e os internautas que acompanhavam a
21 reunião em tempo real. **ITEM 1 – ACOLHIMENTO AOS NOVOS CONSELHEIROS – APROVAÇÃO**
22 **DA PAUTA DA 241ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS** – Após abrir os trabalhos, conselheira **Maria do**
23 **Socorro de Souza** fez a acolhida dos conselheiros considerando tratar-se da primeira reunião do CNS
24 do ano de 2013 e a primeira da nova gestão eleita no final de dezembro de 2012. Avaliou que o
25 processo eleitoral do CNS escreveu uma nova página ao eleger, em um processo democrático, uma
26 representação dos usuários para a presidência e outros segmentos excluídos para compor o Colegiado
27 como população em situação de rua e travestis e transexuais e reinserir a representação dos
28 profissionais Médicos. Fez um destaque também à participação do representante dos povos indígenas
29 na Mesa Diretora do CNS, inclusive por conta da 5ª Conferência Nacional de Saúde prevista para o
30 final de 2013. A seguir, solicitou um minuto de silêncio em respeito às vítimas da tragédia do município
31 de Santa Maria/RS e aos seus familiares e em força coletiva aos profissionais de saúde que
32 trabalhavam no local. A seguir, foi aberta a palavra aos integrantes da Mesa Diretora do CNS, para
33 apresentação e, em seguida, aos demais conselheiros presentes. Após, a Presidente do CNS abriu a
34 palavra aos convidados e observadores que acompanhavam a reunião. Concluídas as apresentações,
35 a Presidente do CNS submeteu à apreciação do Plenário a pauta da 241ª Reunião Ordinária do CNS
36 que teve por objetivos: acolher os novos conselheiros do CNS; realizar balanço, levantar expectativas e
37 traçar perspectivas de atuação do CNS; debater o contexto nacional e os desafios para a saúde nos
38 próximos três anos; discutir uma proposta de planejamento para o período de 2013/2015; fazer um
39 balanço da implantação do Cartão SUS; e informar e indicar sobre agendas de interesse do CNS. A
40 respeito do planejamento para o período 2013/2015, explicou que aquela reunião era a primeira etapa
41 do processo de elaboração de um projeto para os três anos do mandato. Acrescentou que seria
42 assegurada a participação de representantes da Plenária de Conselhos e dos Conselhos Estaduais de
43 Saúde, a fim de definir rumo político mais articulado e integrado para o CNS. **Deliberação: não**
44 **havendo destaques, a pauta da 241ª Reunião Ordinária do CNS foi aprovada**. O item 2 seria
45 apreciado posteriormente. **ITEM 3 - COMPETÊNCIAS DO CNS: BALANÇO E EXPECTATIVAS PARA**
46 **O PERÍODO DE 2013 A 2015** - Apresentação: conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do
47 CNS. Coordenação: conselheiro **Carlos Ebeling Duarte**, da Mesa Diretora do CNS. Para subsidiar o
48 balanço, a Presidente do CNS fez uma explanação sobre as competências do CNS, balanço e
49 expectativas para o período de 2013 a 2015. Começou destacando que o processo eleitoral do CNS
50 pautou-se pela assertiva “Conselho Nacional de Saúde autônomo, diverso, democrático e deliberativo”.
51 No contexto interno, lembrou que a nova composição do CNS foi eleita para um mandato de três anos,
52 com a presidência ocupada por uma mulher representante do segmento dos usuários – CONTAG.
53 Nesse contexto, destacou as seguintes questões a serem consideradas no debate: expectativas de
54 renovação e mudanças na agenda política e organizativa do Controle Social; saúde como principal
55 problema para a população em todos os levantamentos; demora no acesso aos serviços e má
56 qualidade da assistência; e processo de terceirização da gestão e privatização de serviços nos estados
57 e municípios maiores. Ainda ressaltou as limitações no orçamento e financiamento do SUS; maior

58 responsabilidade dos conselhos na prestação de contas - Lei nº. 141/2012; Conselhos estaduais e
59 municipais sem autonomia e estrutura; novos gestores municipais em 2013 - planos municipais;
60 processo de regionalização incipiente; eleições para presidente e governadores em 2014; e 15ª
61 Conferência Nacional de Saúde em 2015. Também apresentou as competências gerais do CNS
62 aglutinadas por eixo, conforme definido na Resolução nº. 453/2012: 1) mobilizar e articular a sociedade na
63 defesa do SUS: fazer articulação com entidades e movimentos populares; aperfeiçoar o relacionamento
64 com os poderes constituídos - Executivo, Judiciário (Ministério Público...) e Legislativo, com os meios
65 de comunicação; estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde; 2) fortalecer a
66 participação e o Controle Social no SUS: estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos de
67 Saúde; convocar e organizar as Conferências de Saúde; promover a educação permanente para o
68 controle social e educação popular; estimular a gestão participativa do SUS; acompanhar e monitorar
69 as propostas das Conferências de saúde e das plenárias dos Conselhos de Saúde; atualizar as
70 informações sobre o Conselho de Saúde no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde
71 (SIACS); elaborar o Regimento Interno do Conselho e outras normas de funcionamento; divulgar as
72 funções e competências do Conselho de Saúde; 3) atuar na formulação e no controle da execução da
73 Política de Saúde: definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e deliberar sobre o seu
74 conteúdo; proceder à revisão periódica dos planos de saúde; deliberar sobre os programas de saúde e
75 aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo; estabelecer estratégias e procedimentos
76 de acompanhamento da gestão do SUS; propor a adoção de critérios definidores de qualidade e
77 resolutividade, atualizando-os face ao processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos
78 na área da saúde; e articular-se com os demais colegiados como seguridade social, meio ambiente,
79 justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros; 4) aprovar a Proposta
80 Orçamentária Anual da Saúde, as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes
81 Orçamentárias: observar o processo de planejamento e orçamento ascendentes, conforme legislação
82 vigente; propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde;
83 acompanhar a movimentação e destino dos recursos; fiscalizar e controlar gastos; deliberar sobre
84 critérios de movimentação de recursos da Saúde; analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com
85 a prestação de contas e informações financeiras; 5) Acompanhar o desenvolvimento das ações e
86 fiscalizar os serviços de saúde: avaliar a organização e o funcionamento do SUS; avaliar e deliberar
87 sobre contratos, consórcios e convênios, conforme as diretrizes dos Planos de Saúde; acompanhar e
88 controlar a atuação do setor privado credenciado; responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos
89 pertinentes às ações e aos serviços de saúde; encaminhar denúncias aos respectivos órgãos de
90 controle interno e externo, conforme legislação vigente; e examinar propostas e denúncias de indícios
91 de irregularidades; 6) acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e
92 tecnológica, observados os padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sociocultural do país;
93 estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde pertinente
94 ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde -SUS; acompanhar a aplicação das normas sobre
95 ética em pesquisas aprovadas pelo CNS; e 7) deliberar, encaminhar e avaliar a Política de Gestão do
96 Trabalho e Educação para a Saúde no SUS. Concluída a apresentação, conselheiro **Carlos Alberto**
97 **Duarte** abriu a palavra ao Plenário para balanço e expectativas para o período 2013-2105, explicando
98 tratar-se do início do processo de planejamento. Conselheiro **Cláudio Fortes Garcia Lorenzo** começou
99 a sua fala reafirmando a defesa do SUS e do desenvolvimento científico dirigido às prioridades de
100 saúde do país. Do ponto de vista da Sociedade Brasileira de Bioética, disse que a expectativa é
101 contribuir para debate de situações relativas à saúde envolvendo as moralidades diversas. Entre elas,
102 citou a questão do abortamento seguro no país; políticas voltadas à diversidade sexual; política de
103 drogas, especificamente a internação compulsória; e Sistema Nacional de Ética em Pesquisa, visando
104 profissionalizar a gestão e dar mais agilidade ao Sistema. Conselheiro **Waldir Araújo Cardoso** disse
105 que a sua expectativa era contribuir para construção de um sistema único e universal de saúde para
106 toda a população do país e garantir que o controle social não se resumisse apenas ao exercício da
107 participação em conselhos de saúde. Disse que, na condição de representante do Conselho Federal de
108 Medicina no CNS, traria o acúmulo de debates em relação ao exercício do trabalho médico no país,
109 com a contribuição das entidades médicas suplementares nesse e em outros debates de interesse da saúde.
110 Para reflexão, perguntou o que fazer para que conselhos estaduais e municipais de saúde exercessem
111 efetivamente os seus papéis e como o CNS poderia interferir na elaboração do orçamento do MS de
112 modo a inverter a lógica atual, com prioridade à atenção básica. Também se comprometeu a trabalhar
113 para valorização dos trabalhadores da saúde e lutar para garantir o acesso da população aos serviços
114 de saúde, assegurando profissionais médicos em regiões de difícil provimento. Por fim, disse que irá
115 defender no CNS as especificidades do fazer saúde na região Amazônica. Conselheira **Júlia Maria**
116 **Roland** pontuou, na sua fala, cinco desafios a serem enfrentados pelo CNS: continuar a luta em prol da
117 melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde no país; avançar na implementação da
118 regionalização do SUS – Decreto nº. 7.508/2011, com foco no COAP; gestão do trabalho e da
119 educação na saúde voltada às necessidades do SUS; avançar no financiamento do SUS – expectativa

120 de êxito com o movimento Saúde + 10; e avançar na participação social e melhorar a relação
121 interconselhos – conselho nacional, estaduais e municipais. Conselheira **Marisa Furia Silva** solicitou
122 que, no mandato atual do CNS, houvesse um olhar diferenciado para o acesso e o atendimento às
123 minorias, com destaque para as pessoas com autismo, que, nos termos da Lei nº. 12.764/2012,
124 passaram a caracterizadas pessoas com deficiência (hoje no país são cerca de 2 milhões de pessoas
125 com autismo). Também frisou a importância de lutar pela ampliação de leitos de UTI em todo o país, a
126 fim de assegurar o acesso dos usuários do SUS a esse serviço. Conselheiro **Haroldo Jorge de**
127 **Carvalho Pontes** iniciou a sua intervenção ressaltando que, de um lado, é preciso reconhecer os
128 avanços e, de outro, enfrentar os desafios da saúde e que, nesse sentido, o CONASS tem construído
129 pauta importante de debate com a sociedade. Avaliou que o CNS deve ampliar a sua atuação visando,
130 primeiro, buscar o apoio da sociedade às grandes bandeiras do SUS e enfrentar fragilidades dos
131 Conselhos Estaduais e Municipais. Nessa linha, disse que a expectativa e o compromisso do CONASS
132 é construir uma agenda de debate para fora do CNS. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** começou a
133 sua fala destacando que o SUS enfrenta o problema do acesso, da qualidade e da humanização do
134 atendimento. Diante desse quadro, propôs: fortalecer a atenção básica e garantir autonomia aos
135 municípios para resolver as demandas locais; revisar a contratualização dos hospitais filantrópicos de
136 modo a garantir que sejam parceiros do SUS, mas com condições de atender bem a população;
137 integrar os hospitais universitários ao SUS; promover maior divulgação do SUS para a população;
138 melhorar a interação entre o CNS e os Conselhos Estaduais de Saúde – CES e Conselhos Municipais
139 de Saúde - CMS; descentralizar a assistência aos pacientes em tratamento de radioterapia,
140 quimioterapia e diálise; implementar a agenda do CNS que contempla temas como carreira única,
141 serviço civil, Lei de Responsabilidade Fiscal; e priorizar o Cartão SUS, para garantir a sua
142 implementação e o movimento Saúde + 10. Também sugeriu que o CNS envie uma mensagem aos
143 prefeitos e aos secretários de saúde, reunidos em evento em Brasília, manifestando apoio e maior
144 empenho em relação ao SUS. Por fim, manifestou sua satisfação com o retorno da representação dos
145 profissionais médicos ao CNS, por entender que podem trazer contribuições substanciais aos debates.
146 Conselheiro **Nelson Mussolini** salientou que, para além da visão política, o CNS precisa buscar
147 soluções técnicas para contribuir com o fortalecimento do SUS. Também disse que é preciso reverter a
148 visão negativa que se tem do capital privado, por entender que se trata de um parceiro no processo de
149 fortalecimento do Sistema. Nesse entendimento, disse que o CNS deve criar regras para assegurar a
150 participação desse setor. Conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** interveio para defender o
151 diagnóstico precoce da doença celíaca e assegurar tratamento de qualidade para evitar mortes por
152 conta da doença, assim como ocorreu com seu filho de seis meses morto em decorrência da patologia.
153 Também defendeu a inclusão das pessoas com necessidades alimentares especiais na sociedade, que
154 são discriminadas social e culturalmente. Por fim, solicitou o apoio dos conselheiros para
155 implementação da política nacional de saúde de forma ampla e agregadora. Conselheiro **Olympio**
156 **Távora D. Corrêa** começou a sua fala resgatando que a Lei nº. 1.142 determina que o CNS é
157 composto por quatro segmentos – usuários, trabalhadores da saúde, governo e prestadores de serviço
158 e, portanto, gestor e prestador de serviço não devem compor o mesmo segmento porque são distintos.
159 Destacou que o entendimento adotado nos últimos anos (de que se tratam de um mesmo segmento)
160 tem trazido prejuízos e citou, por exemplo, que o segmento dos prestadores de serviços teve que
161 disputar vaga com representante do governo na última eleição do CNS. Também disse que é preciso
162 acabar com o processo de demonização do setor privado na área da saúde, porque se trata de um
163 parceiro do SUS e sem ele o Sistema não sobrevive. Ademais, salientou que os prestadores privados
164 de serviços de saúde, responsáveis por sustentar o SUS, estão à mingua e, para comprovar, informou
165 que a dívida bancária das santas casas de misericórdia é de R\$ 11 bilhões (90% dos atendimentos são
166 do SUS). Nesse sentido, defendeu a necessidade de discutir a sobrevivência do setor saúde do Brasil.
167 Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares** avaliou que é preciso resgatar o papel importante do
168 CNS de atuar na formulação e controle da execução da política de saúde. Também disse que é
169 necessário pautar o debate da saúde em um contexto geral do SUS e não apenas nas questões
170 específicas. Conselheiro **Eni Carajá Filho** apresentou as seguintes sugestões: maior ênfase à
171 educação popular em saúde e maior articulação do CNS com os movimentos sociais; resposta às
172 denúncias que chegam ao CNS diretamente aos municípios, a fim de agilizar o retorno; e importância
173 de definir uma política de educação para responder as críticas ao controle social. Também sugeriu a
174 realização de um seminário sobre transferência de tecnologia, sobretudo acerca da questão do
175 medicamento e lembrou que no Estado de Minas Gerais, em 2007, houve uma grande perda de
176 medicamentos e até o momento não houve resposta. Conselheiro **Alexandre Frederico de Marca**
177 manifestou sua satisfação em participar do CNS e fez um destaque ao caráter plural do Colegiado,
178 ressaltando que é preciso ouvir todos os segmentos da sociedade. Explicou que a Confederação
179 Nacional do Comércio atua na área de saúde e segurança do trabalho e realiza ações de promoção de
180 saúde há 60 anos, além de qualificação e capacitação profissional. Frisou que o segmento dos
181 prestadores deseja participar e ser ouvido no CNS e em outras instâncias do SUS, por entender que

182 pode trazer grandes contribuições aos debates. Conselheira **Verônica Lourenço da Silva** destacou
183 que a sua expectativa refere-se ao grande desafio de fazer cumprir as atribuições do CNS. Nessa linha,
184 frisou que é preciso olhar para a sociedade brasileira como ela é e enfrentar o racismo, o sexismo e
185 todas as formas de discriminação à população LGBT que impedem o acesso dessa população às
186 políticas de saúde. Também salientou que é necessário criar um maior diálogo com a sociedade
187 brasileira e garantir maior aproximação com os conselhos estaduais e municipais de saúde.
188 Conselheiro **Clóvis Boufleur** disse que espera cumprir as atribuições de conselheiro com coerência
189 ética, defender a vida com justiça e diminuir a desigualdade com melhorias na qualidade dos serviços
190 de saúde. Também frisou que é preciso menos discurso ideológico e mais prática social, com ações
191 simples, replicáveis e de forte impacto no processo de saúde e doença, além de ampliar e melhorar o
192 Sistema de Acompanhamento dos Conselhos (SIACS). Conselheiro **Nadir Francisco do Amaral** disse
193 que a população ainda tem muitas dúvidas em relação aos conselhos de saúde – o que é, para que
194 serve – e é preciso envolver a sociedade para empoderar esses espaços de controle social, de modo a
195 assegurar que as deliberações sejam respeitadas pelos gestores. Destacou que, além de ações
196 políticas, o CNS precisa adotar estratégias para fazer saúde, sem esquecer que os conselheiros
197 representam o coletivo da sociedade. Conselheira **Lorena Baía** destacou que a sua expectativa no
198 CNS é contribuir para o cumprimento das atribuições do Conselho e, nessa linha, manifestou satisfação
199 com a proposta de planejamento estratégico do CNS por entender que possibilitará definir novos rumos
200 para o controle social. Também cumprimentou a Presidente do CNS e manifestou que a presença dela
201 nas reuniões fortalece o controle social do SUS. Disse que a participação do Conselho Federal de
202 Farmácia no CNS se dará no sentido de contribuir para o fortalecimento do SUS, garantir o acesso do
203 usuário à promoção do uso racional de medicamentos e promover a assistência farmacêutica de
204 qualidade. Conselheira **Denise Rodrigues Eloi de Brito** explicou que as operadoras de autogestão em
205 saúde atuam na assistência da saúde ao trabalhador brasileiro e dos serviços públicos há quase sete
206 décadas, segundo uma proposta de promoção de saúde e prevenção de riscos. Também atuam com
207 controle social por meio dos conselhos de usuários das operadoras de autogestão. Disse que a
208 intenção é contribuir para derrubar barreiras na discussão entre público e privado, com construção de
209 pontos de integração desses sistemas e debate de pautas afins. Entre elas, garantia de acesso aos
210 serviços de saúde, da atenção à urgência e emergência à organização de redes assistenciais de saúde,
211 incorporação de novas tecnologias no Sistema de Saúde e outros itens que envolvem a
212 sustentabilidade do Sistema. Frisou, por fim, que o sistema complementar pode e deve contribuir nos
213 debates do SUS para fortalecê-lo. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** explicou que a sua
214 expectativa é que o CNS cumpra as suas competências definidas na legislação e seja o fórum máximo
215 de deliberação das questões da saúde do país. Disse que o Colegiado é o fórum apropriado para
216 debater os rumos e o destino da saúde do Brasil. Nessa linha, apontou as seguintes questões a
217 resolver nos próximos três anos: subfinanciamento do setor saúde; cuidado – atender as necessidades
218 da população; fortalecimento do público; e garantia da participação do povo brasileiro, com utilização
219 das diferentes tecnologias. Conselheira **Ana Maria Costa** registrou que a expectativa do CEBES é que
220 o CNS se reafirme como espaço político e avaliou é preciso insistir no debate e definição de respostas
221 políticas sobre o lugar da saúde no projeto de desenvolvimento nacional. Para isso, os conselheiros
222 devem pensar no sentido da existência política no CNS na linha da defesa do interesse público e da
223 saúde como direito social e universal. Conselheiro **José Eri Medeiros** disse que a sua expectativa
224 primeira é aprofundar a relação do CNS com a sociedade e com os Conselhos Estaduais e Municipais
225 de Saúde, além das plenárias, inclusive com a descentralização das reuniões do Colegiado. Também
226 destacou que é preciso priorizar as comissões do CNS porque têm papel estratégico nas atividades do
227 Conselho Nacional. Ademais, avaliou que é preciso priorizar a questão do financiamento, com definição
228 de onde o recurso será investido e prioridade à atenção básica. Também salientou que a formação dos
229 profissionais de saúde é fundamental e deve uma das prioridades e lembrou que o CONASEMS é um
230 parceiro nesse processo. Por fim, destacou a necessidade de repolitização da reforma sanitária
231 brasileira e lembrou que as centrais sindicais deram o primeiro passo para reaproximação de todo
232 movimento social do país ao incluir o movimento Saúde +10 na sua pauta. Conselheiro **Marcos**
233 **Vinicius Soares Pedrosa** destacou que a expectativa da ANPG para o CNS é fortalecer o sistema
234 público de saúde, que é a principal estratégia para diminuir as iniquidades e melhorar os indicadores de
235 saúde do país. Além disso, destacou a importância de aprofundar o debate sobre a formação no campo
236 da saúde e fortalecer o movimento Saúde + 10 para combater o desfinanciamento do SUS. Conselheiro
237 **Cid Pimentel** frisou que o compromisso central do CNS é combater as iniquidades. Conselheira
238 **Sandra Regis** destacou que a sua expectativa é a ampliação do acesso, do acolhimento, do
239 atendimento eficiente e humanizado, promovendo a justiça e o bem estar das pessoas. Disse que é
240 preciso garantir o SUS para todos e não apenas para os menos favorecidos, com atendimento inclusive
241 dos trabalhadores da saúde. Também defendeu a ampliação de verbas para a saúde e a qualificação
242 da gestão, a fim de ter impacto positivo na assistência prestada na ponta. No mais, frisou que é preciso
243 retomar o debate sobre a relação público/privado e fortalecer as comissões como espaço importante de

244 debate da política de saúde. Conselheira **Maria Laura Carvalho** explicou que a sua expectativa é que o
245 CNS seja o defensor da saúde para todas as pessoas e que a segurança seja concretizada entre o
246 plano nacional e o municipal. Salientou que a missão do CNS é defender o SUS com acesso universal
247 e buscar o desenvolvimento social e a inclusão daqueles que não estão contemplados no Sistema.
248 Disse ainda que é preciso fazer um diagnóstico para definir ações de acordo com a realidade e, além
249 disso, reconhecer que há trajetórias diferentes com o objetivo comum. Conselheiro **Jorge Alves**
250 **Venâncio** destacou que as expectativas eram múltiplas, mas, diante do limite de tempo, focou a sua
251 fala na importância de priorizar a questão do acesso. Disse que é preciso trabalhar estreitando a
252 relação com os Conselhos Estaduais e as Plenárias de Conselhos de Saúde para debater a situação de
253 cada local. Também informou que um jornal de São Paulo conseguiu publicar quadro detalhado do
254 tempo de espera de cada uma das especialidades e exames realizados na capital. Segundo essa
255 lógica, sugeriu que o CNS, amparado pela Lei de Acesso à Informação, solicitasse informações sobre a
256 situação real da saúde, inclusive tempo de espera (filas), para definição do que precisa ser feito para
257 melhorar a situação local. Por fim, informou que esteve no hospital de base de Brasília e destacou o
258 trabalho dos profissionais de saúde da unidade e avaliou que deve ser copiado por outras unidades do
259 país. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** resumiu a sua expectativa ao planejamento estratégico do
260 CNS, que será elaborado com base nas deliberações das conferências de saúde de modo a contemplar
261 o que a sociedade deseja. Também manifestou a sua expectativa com a presença da presidente do
262 CNS nas reuniões do Conselho, por entender que fortalece o Colegiado. Conselheira **Maria Cristhina**
263 **Pedro Biz**, contemplada nas intervenções anteriores, acrescentou a sua expectativa que as
264 deliberações do CNS fossem cumpridas e que o Colegiado assuma o protagonismo nas discussões das
265 políticas de saúde. No mais, pontuou os seguintes temas estruturantes para serem debatidos pelo
266 Colegiado: financiamento, modelo de gestão, composição multiprofissional do SUS, relações de
267 trabalho, entre outros. Conselheiro **Jorge Oliveira Duarte ("Marubo")** disse que a sua expectativa era
268 que os gestores respeitassem as deliberações do controle social e defendeu uma posição mais firme do
269 CNS para que isso ocorra. Também avaliou que é preciso fortalecer as bases do controle social –
270 CONDISIS, CES, CMS e mobilizar a sociedade e o movimento social em prol da defesa do SUS.
271 Conselheira **Francisca Rêgo O. de Araújo** sentiu-se contemplada nas falas que a antecederam e
272 reforçou a importância de priorizar a formação e a educação permanente dos profissionais de saúde.
273 Ressaltou a importância de o CNS acolher os novos conselheiros porque fortalece o processo de
274 mudança. Também relatou a situação crítica no Rio Grande do Norte com destaque para o desrespeito
275 às deliberações do Conselho Estadual de Saúde/RN, e salientou que é preciso maior aproximação do
276 CNS com os conselhos estaduais de saúde para que se fortaleçam. Por fim, disse que é preciso
277 garantir avaliação sistemática do planejamento do CNS para correção de rumos e redimensionamento
278 das ações. Conselheira **Ubiraci Matildes de Jesus** registrou a sua expectativa de colocar em prática
279 os princípios do SUS, em especial a equidade e lembrou as dificuldades enfrentadas pela população
280 negra e indígena. Destacou que é preciso enfrentar o problema do racismo, que não se resume apenas
281 àqueles com pele negra, e salientou que o Brasil é um país de várias "cores". Conselheira **Márcia**
282 **Patrício de Araújo** priorizou na sua fala a saúde da pessoa com deficiência, salientando a importância
283 de descentralizar e fortalecer a atenção básica, inclusive para a prevenção, que é primordial no caso da
284 pessoa com deficiência. Também avaliou que o CNS deve tomar conhecimento das denúncias feitas à
285 Ouvidoria do SUS, pois esse é um canal de aproximação com a sociedade. No mais, destacou a
286 importância da ação do Ministério Público no acompanhamento e fiscalização do cumprimento das leis.
287 Conselheiro **Marcos Antônio Gonçalves** começou a sua fala destacando a diversidade do CNS e
288 salientou que é preciso conhecer cada uma das representações. Frisou que o usuário do SUS almeja
289 atendimento de qualidade e fez referência as 45 milhões de pessoas com deficiência excluídas do
290 Sistema. Também disse que não se deve demonizar as entidades e trabalhadores dos serviços
291 complementares porque há aquelas que realizam trabalho sério, com ética e qualidade. Conselheiro
292 **João Rodrigues Filho** enfatizou a importância de priorizar a atenção básica, com foco na garantia do
293 atendimento, realização de exames e de procedimentos. Também falou sobre o problema crescente da
294 privatização dos serviços de saúde do país e salientou que o CNS deve enfrentar essa questão de
295 forma mais incisiva. Conselheira **Rosemeire Aparecida da Silva** disse que a sua primeira expectativa
296 é estar à altura da responsabilidade assumida diante da sociedade brasileira, considerando que o CNS
297 é o maior conselho de política pública do país. Destacou que hoje o principal desafio é retomar a
298 discussão política sobre o "fazer em saúde" haja vista o momento interessante e arriscado que se vive.
299 Salientou que é preciso reascender os pensamentos e alimentar uma nova prática para que a saúde
300 retome o seu caráter e sua dimensão de instrumento de transformação real das condições de vida da
301 população brasileira. Também disse que é fundamental promover uma discussão consistente sobre a
302 Política de Álcool e outras Drogas que está sendo implementada no país. Conselheiro **Renato Almeida**
303 **de Barros** cumprimentou a presidente do CNS e os demais integrantes da Mesa Diretora do CNS e
304 defendeu que a nova gestão dê continuidade ao processo iniciado no mandato anterior de estruturação
305 do SUS. Salientou que é preciso efetivar a carreira SUS e combater as terceirizações que ocorrem no

306 país e, além disso, estreitar as relações com os Conselhos Estaduais de Saúde, com reuniões
307 periódicas entre o CNS e os CES. Conselheira **Astrit Rehbein Siqueira** destacou que a 14ª
308 Conferência Nacional de Saúde definiu as diretrizes para garantia do acesso dos usuários ao SUS e, no
309 seu modo de ver, é preciso maior diálogo do CNS com as instâncias estaduais e municipais a fim de
310 implementar as propostas dessa Conferência. No mais, manifestou sua disponibilidade para contribuir
311 nos debates com vistas à melhoria do orçamento da saúde e à garantia de educação voltada às
312 necessidades básicas dos usuários do SUS. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** fez referência ao 29
313 de janeiro - dia nacional da visibilidade trans – que teve por objetivo dar visibilidade e garantir acesso
314 dessa população à saúde, além de reafirmar a importância do respeito à diversidade de gênero.
315 Ressaltou que hoje se observa que as políticas de ações afirmativas e direitos humanos estão saindo
316 da área da saúde e sendo incluídas em áreas específicas e lembrou que não existe direito à saúde sem
317 direitos humanos, sem respeito às especificidades e sem combate à discriminação e ao preconceito.
318 Conselheiro **Cid Pimentel** solicitou aparte para explicar que a possibilidade de chamamento pelo nome
319 social está vigente há mais de três anos, mas não é obedecida. Conselheira **Maria do Socorro de**
320 **Souza** começou explicando que o substrato das falas servirá de subsídio para a segunda etapa do
321 planejamento que ocorrerá no mês de fevereiro. Disse que a sua expectativa não é concentrar poder na
322 presidência, mas sim partilhar responsabilidade com os demais conselheiros. Destacou que, apesar do
323 tempo exíguo, todos tiveram a oportunidade de falar e reiterou é preciso dar voz a outros participantes
324 das reuniões do CNS. Também manifestou o seu incômodo com a limitação do tempo dos debates e
325 frisou que é preciso repensar a dinâmica das reuniões e definir outros espaços de interlocução e
326 diálogo. No mais, concordou que é preciso aprofundar o diálogo com os Conselhos Estaduais de Saúde
327 (pensar em uma agenda periódica) e garantir o acolhimento dos convidados e criar mecanismos de
328 conversa. Ressaltou que é preciso reconhecer as dificuldades do SUS, sem esquecer os avanços
329 porque a mídia já desempenha o papel de desqualificar o Sistema. Das falas dos conselheiros,
330 sintetizou os seguintes pontos: necessidade de debater a gestão do Sistema, do trabalho e da
331 formação; discutir a relação público/privado, técnico/político, papel da regulamentação; papéis e
332 responsabilidades dos diferentes segmentos que compõem o CNS; papel e responsabilidade dos
333 demais órgãos de controle social em uma relação com o CNS; ênfase à relação com a sociedade e
334 incidir nas decisões de governo considerando o projeto de sociedade; dimensão do acesso, da
335 qualidade, da humanização, com enfrentamento às desigualdades regionais, respeito às
336 especificidades dos sujeitos e garantia do acolhimento; financiamento; saúde como política pública,
337 social e direito; dimensão dos princípios éticos; enfrentamento às formas de preconceito,
338 criminalização, valores morais e culturais que determinam as definições internas; inexistência de uma
339 política de informação e comunicação (é preciso pensar essa dimensão no planejamento); sentido
340 político de fazer participação social e controle; e organização do Pleno do CNS (é reproduzida matriz
341 semelhante ao Ministério da Saúde). Reiterou que a sua expectativa é trabalhar sem concentrar poder
342 na figura da presidência, partilhando poder e responsabilidades com os demais. Por fim, salientou que
343 o espírito de renovação é importante, mas é preciso garantir continuidade das ações, mas redefinindo o
344 que for necessário para otimizar a atuação do CNS. Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida**
345 interveio para registrar o seu descontentamento com o fato de os conselheiros 1º e 2º suplentes não
346 terem sido ouvidos. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, lembrou que no
347 início da reunião foi aberta a palavra a todos os presentes, conselheiros titulares, suplentes,
348 convidados, observadores, equipe técnica e o informou que o planejamento contará com quase 200
349 pessoas, sendo assegurada a participação dos suplentes, de representantes da Plenária de Conselhos
350 e dos Conselhos Estaduais de Saúde. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** interveio para colocar
351 novamente a proposta de elaborar documento dirigido aos novos prefeitos e secretários de saúde,
352 reunidos no encontro em Brasília, para que assumam compromisso com o SUS. Conselheiro **Clóvis**
353 **Boufleur** sugeriu reeditar o documento com esse teor, elaborado pelo CNS em 2012, para ser entregue
354 aos novos prefeitos e secretários de saúde. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** informou que a
355 Presidente do CNS foi convidada a participar da abertura do encontro nacional dos secretários
356 municipais de saúde com direito à fala. Após essa manifestação, conselheiro **Carlos Alberto Duarte**
357 suspendeu para o almoço. Retomando, a mesa foi composta para o item 4 da pauta. **ITEM 4 – PLANO**
358 **ESTRATÉGICO PARA 2013/2015: HISTÓRIA E MISSÃO DO CNS, O PAPEL DO CONSELHEIRO E**
359 **ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO CNS** - *Expositores:* conselheira **Eliane Aparecida da Cruz**,
360 chefe de Gabinete do Ministro da Saúde e Secretaria Executiva do CNS no período 2003/2009;
361 conselheiro **Clóvis A. Boufleur**; e **Márcio Florentino**, Secretário Executivo do CNS. *Coordenação:*
362 conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz**
363 foi a primeira expositora e iniciou cumprimentando o Plenário e desejando boas vindas aos novos
364 conselheiros. Na sua exposição, fez um histórico do Conselho Nacional de Saúde a partir da
365 Constituição Federal de 1988, da Lei nº. 8.142/1990 e do Decreto nº. 5.839/2006. Destacou que o CNS
366 é amplo, complexo e diverso e, nos 75 anos de existência, citou dois momentos importantes –
367 reconstrução do Conselho, autonomia dos movimentos na condução das políticas e eleição da

368 presidência do Conselho. Recuperou que, em 11 de julho de 2006, foi publicado o Decreto nº. 5.839
369 que dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde –
370 CNS. Destacou que o Decreto determina como papel do CNS, entre outros, atuar na formulação de
371 estratégias e no controle da execução da Política Nacional de Saúde. Na linha da formulação, disse
372 que debates do CNS alcançaram a ponta, envolveram o movimento social e resultaram em resoluções.
373 Destacou que no período de 1990 a 2013, o Plenário aprovou 500 resoluções, algumas com influência
374 na legislação da saúde; outras sem impacto expressivo; e conjunturais para marcar posição do CNS em
375 determinado momento. Citou, por exemplo, que o CNS aprovou diversas resoluções em defesa da
376 CPMF na época do Ministro Adib Jatene e talvez hoje a sua posição poderia não ser mais a mesma.
377 Passados 20 anos desse processo, salientou que o financiamento não deixou de ser um desafio e,
378 portanto, continua na ordem da formulação. Avaliou que o CNS se dedica muito à fiscalização no que
379 se refere ao financiamento, mas pouco à formulação, por entender, possivelmente, que não cabia
380 formular sobre o tema e sim fiscalizar. Ainda sobre no campo da formulação, destacou, pela
381 importância, a Resolução do CNS nº. 453/2012, que dispõe sobre o funcionamento do CNS (sofreu
382 atualizações, mas não modificou o mérito - nº. 33, 333 e 453). Salientou que essa Resolução é forte,
383 porque foi debatida nas conferências de saúde e influenciou a Lei Orgânica dos municípios e a
384 legislação municipal. Citou também a Resolução nº. 322/2006 (antiga 316), que dispõe sobre o
385 financiamento do SUS, que alcançou a ponta e influenciou a elaboração da Lei Complementar nº.
386 141/2012. Além disso, lembrou que os debates do CNS apontaram as diretrizes para criação do
387 Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS. Destacou, ainda, por entender
388 que se trata de uma importante formulação política, a Resolução nº. 311, que dispõe sobre a Política
389 Nacional de Medicamentos, resultado do debate do CNS, em 1999, que influenciou a CPI de
390 Medicamentos e produziu informações para política de assistência farmacêutica. Posteriormente, a
391 Resolução transformou-se na 338/2004, que dispõe sobre a Política Nacional de Assistência
392 Farmacêutica do SUS. Nesse contexto, salientou que a formulação das políticas de saúde deve
393 acompanhar as mudanças, assim, o papel de formulação no CNS é estratégico. Citou, ainda, as
394 Resoluções 52/1993, 229/1998, 331/2003, que dispõe sobre a Mesa Nacional de Negociação do SUS,
395 que funciona há dez anos e hoje é parte da estrutura do MS. Disse que a Mesa de Negociação
396 possibilitou avançar em debates importantes, mas há problemas que estão além desse espaço de
397 negociação - o servidor público não tem direito à negociação coletiva (o Brasil ratificou a Convenção
398 151 da Organização Internacional do Trabalho - OIT, mas não a transformou em um direito). Destacou
399 que as resoluções são resultado do processo de formulação do CNS e, quando construídas em
400 consenso, perduram por muito tempo e trazem grandes influências, inclusive para a legislação. Nesse
401 sentido, disse que o CNS deve retomar o seu papel de formular políticas de saúde, como sujeito
402 partícipe desse processo. No que se refere à fiscalização, avaliou que se trata de uma missão
403 importante do CNS e vem sendo desenvolvida com êxito. Portanto, é preciso debater se o CNS irá
404 incluir o monitoramento nesse processo de fiscalização. Também considerou importante destacar o art.
405 2º da Lei nº. 8.142/1990 que assegura o caráter deliberativo do CNS. Destacou ainda a importância de
406 aprofundar o debate sobre a missão do CNS de promover a articulação interconselhos de saúde, na
407 linha de definir estratégias para colocá-la em prática. No mais, frisou que é preciso conversar sobre os
408 interesses coletivos e específicos do CNS uma vez que a composição do Colegiado é plural. Finalizou
409 reiterando a necessidade de retomar os processos de formulação que possibilitam o funcionamento do
410 CNS e que as deliberações cheguem aos conselhos municipais e influenciem a definição das políticas
411 públicas. Na sequência, conselheiro **Clóvis Boufleur** fez uma abordagem sobre o papel do conselheiro
412 no Conselho Nacional de Saúde, segundo o Regimento Interno do CNS. Explicou que, nos últimos sete
413 anos, o CNS construiu regras para a função do conselheiro, porque não estavam explícitas na
414 Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde. Detalhou que o art. 14 do Regimento Interno do CNS
415 define como atribuições dos Conselheiros: I - zelar pelo pleno e total desenvolvimento das ações do
416 CNS; II - estudar e relatar, nos prazos preestabelecidos, matérias que lhes forem distribuídas, podendo
417 valer-se de assessoramento técnico e administrativo; III - apreciar as matérias submetidas ao CNS para
418 votação; IV - apresentar Moções, Recomendações, Resoluções ou outras proposições sobre assuntos
419 de interesse da saúde; V - requerer votação de matéria em regime de urgência; VI - acompanhar e
420 verificar o funcionamento dos serviços de saúde no âmbito do SUS, dando ciência ao Plenário quando
421 necessário; VII - apurar denúncias sobre matérias afetas ao CNS, apresentando relatório da missão,
422 sem prejuízo das competências dos demais órgãos da Administração Pública, a exemplo do
423 Departamento Nacional de Auditoria do SUS- DENASUS/MS; VIII - desempenhar outras atividades
424 necessárias ao cumprimento de suas atribuições e do funcionamento do CNS; IX - pedir vistas em
425 assuntos submetidos à análise do CNS, quando julgar necessário; e X - representar o CNS perante as
426 instâncias e fóruns da sociedade e do governo quando for designado pelo Plenário. Além do Regimento
427 Interno do CNS, esclareceu que o CNS elaborou um documento com o fluxo de trabalho do Plenário do
428 CNS, com a finalidade de otimizar os debates do Colegiado, dar mais transparências às discussão e
429 garantir respaldo normativo às decisões do Plenário. Também salientou que a Política Nacional de

430 Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde – SUS (2006), aprovada
431 pelo CNS, também trata das atribuições do conselheiro. De um modo geral, a Política Nacional reúne o
432 conjunto de contribuições, estudos, reflexões, debates, divergências e convergências em torno da
433 capacitação de conselheiros. Nos objetivos específicos, a Política contempla: fortalecer os conselheiros
434 de saúde como sujeitos sociais que participam da formulação e deliberação da política de saúde como
435 representantes da sociedade, por meio de: reflexões sobre o processo de formulação de políticas pú-
436 blicas de saúde e de mobilização social; discussão dos princípios, diretrizes e políticas do SUS que
437 orientam o modelo de atenção à saúde, a efetivação de sua gestão nas diversas esferas, o papel das
438 comissões intergestoras e dos conselhos de saúde, as metas a serem alcançadas e os obstáculos que
439 dificultam a sua efetivação; e discussão de estratégias de estruturação e articulação de canais
440 permanentes de informações sobre os instrumentos legais – leis, normas, decretos e outros
441 documentos que fazem parte da institucionalização do SUS – alimentados pelos conselhos de saúde
442 municipais, estaduais, nacional e do Distrito Federal, de entidades e instituições; e apoio a processos
443 de formação de formadores e multiplicadores para o controle social. Também falou sobre a Resolução
444 nº. 453, de 10 de maio de 2012, que recuperou de forma mais clara as atribuições do conselheiro,
445 inclusive com debate de aspectos sobre representatividade. Entre os seus dispositivos, destacou que a
446 Resolução, no inciso V, recomenda que, a cada eleição, os segmentos de representações de usuários,
447 trabalhadores e prestadores de serviços, ao seu critério, promovam a renovação de, no mínimo, 30%
448 de suas entidades representativas. No mais, determina que a representação nos segmentos deve ser
449 distinta e autônoma em relação aos demais segmentos que compõem o Conselho, por isso, um
450 profissional com cargo de direção ou de confiança na gestão do SUS, ou como prestador de serviços
451 de saúde não pode ser representante dos usuários ou de Trabalhadores. Além disso, a ocupação de
452 funções na área da saúde que interfiram na autonomia representativa do Conselheiro deve ser avaliada
453 como possível impedimento da representação de Usuário e Trabalhador, e, a juízo da entidade,
454 indicativo de substituição do Conselheiro. A norma determina ainda que as funções, como membro do
455 Conselho de Saúde, não serão remuneradas, considerando-se o seu exercício de relevância pública e,
456 portanto, garante a dispensa do trabalho sem prejuízo para o conselheiro (todavia, não há lei que
457 determine esse aspecto). Para fins de justificativa junto aos órgãos, entidades competentes e
458 instituições, o Conselho de Saúde emitirá declaração de participação de seus membros durante o
459 período das reuniões, representações, capacitações e outras atividades específicas. Além disso,
460 destacou que a norma define que o conselheiro, no exercício de sua função, responde pelos seus atos
461 conforme legislação vigente. Em seguida, fez a leitura da carta, de sua autoria, intitulada “A prática
462 cidadã do conselheiro de saúde”. O texto é o seguinte “O conselheiro de saúde exercita a arte de
463 participar da sociedade, que vai muito além das reuniões de conselho. Eles representam os
464 movimentos, entidades e instituições que esperam dos conselheiros exemplos de atitudes colaborativas
465 e comunicativas. Muitos conselheiros mostram que isso é possível. Além de participar dos conselhos,
466 eles vão ao encontro das necessidades sentidas pelas pessoas e buscam apoio nas comunidades e na
467 sua base de representação. Ouvem os clamores das pessoas. Ajudam a reduzir as causas das
468 doenças e das mortes. Os pontos chave desta escola de cidadania são: a motivação constante para
469 atuar com vistas ao bem comum, fidelidade aos objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS), educação
470 permanente por meio de materiais educativos e participação como agentes de transformação social. As
471 melhorias na qualidade de vida promovidas pelos conselheiros de saúde contribuem para o
472 desenvolvimento das comunidades no Brasil. As decisões justas tomadas no conselho de saúde, com
473 estratégias de acesso para as pessoas aos serviços de saúde e às informações sobre os direitos e
474 deveres no SUS, amplia as condições sociais de todos. As organizações da sociedade influenciam o
475 desenvolvimento nacional, com forte impacto na economia do país. Os conselheiros que representam
476 as entidades e movimentos sociais devem ser valorizados e prestigiados pelos governos em razão do
477 muito que colaboram para construir a nação, e não o contrário. A prática cidadã do conselheiro é
478 cotidiana, e começa com atitudes simples, como cuidar da saúde e do ambiente, dialogar e ajudar os
479 outros conselheiros. Mas existem estágios desta prática. Infelizmente temos que conviver com certo
480 distanciamento entre o que seria possível fazer, e o que realmente acontece. Ainda lutamos para atingir
481 aspectos universais mínimos da cidadania, como o direito ter de o registro de nascimento, ser
482 alfabetizado, ter casa, alimentação, trabalho. Somos um povo generoso e solidário, mas precisamos
483 organizar esta nossa força, para acompanhar na área social os passos largos do desenvolvimento do
484 país. O perigo deste descompasso é a diminuição da oferta de serviços públicos e o crescimento da
485 desigualdade no país, que é uma ameaça para a cidadania. Estamos em um momento privilegiado de
486 acesso ao conhecimento e informações que geram oportunidades para ações colaborativas nos
487 conselhos de saúde. Podemos com isso melhorar a qualidade dos serviços públicos e acelerar nossos
488 compromissos com a cidadania. A contribuição de cada pessoa é necessária para completar o esforço
489 de todos e gerar benefícios para a população, promover a participação, prevenir doenças e evitar
490 grandes desastres na comunidade e no planeta.” Por fim, acrescentou à fala da conselheira Eliane Cruz
491 a Resolução nº. 196/2006 que teve grande impacto social e serve de referência para várias ações nos

492 diversos campos da saúde. A seguir, o Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino**, fez uma fala
493 colocando inquietações acerca da estrutura e funcionamento do CNS a partir da sua vivência à frente
494 da Secretaria Executiva do CNS. Iniciou explicando que o professor Nelson Rodrigues dos Santos,
495 coordenador do CNS por um período, também foi convidado a participar do debate mas pôde
496 comparecer, todavia, colocou-se à disposição para contribuir em outra oportunidade. Explicou que a
497 experiência do país de construção da democracia participativa e deliberativa é singular e faz parte do
498 momento histórico e recente do Brasil. Destacou que esse modelo de participação e cidadania como
499 eixo estruturante da política é exemplo para outros países e permite pensar a questão central, que é a
500 saúde, vinculada à questão da vida e da humanidade. Também lembrou que esse é o tema da agenda
501 atual no Brasil e no mundo e envolve grandes e complexos interesses. Detalhou que na ausência de
502 um modelo de democracia participativa utiliza-se o modelo da democracia representativa e o CNS, por
503 sua vez, organiza-se em torno da experiência parlamentar e reproduz a estrutura fragmentada da
504 formulação das políticas de saúde, contrariando a dimensão da integralidade. Disse que é preciso
505 refletir sobre como articular representatividade e participação, lembrando que não há um sistema
506 nacional de participação efetivo, uma vez que cada nível de governo tem a sua lógica e perde-se a
507 visão sistêmica. Desse modo, destacou que é preciso definir um sistema nacional de participação
508 ascendente, com legitimidade e assegurado pela legislação. Salientou ainda que o CNS possui
509 legitimidade e estrutura suficiente para ter uma lei federal que garanta o sistema nacional de
510 participação e assegure o controle social. Avaliou que a estrutura é insuficiente e o Conselho reúne
511 condições para ter uma sede própria, com estrutura de tecnologia de comunicação em rede com os
512 conselhos estaduais e municipais. Destacou que o Conselho deve ser forte pelas suas resoluções e
513 pela sua estrutura, com autonomia. **Manifestações**. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** concordou
514 que é preciso alavancar a participação popular e avaliou como equívoco a organização do CNS ser
515 definida por decreto presidencial, devendo ser por resolução do próprio Conselho. Conselheiro **Cláudio**
516 **Fortes Garcia Lorenzo** ressaltou que é necessário construir decisões dialógicas e que não,
517 necessariamente, signifiquem o voto da maioria. Salientou que uma ética para o pluralismo somente
518 pode se dar em uma dimensão dialógica, que é diferente da negociação. Nessa linha, avaliou que o
519 CNS deve caminhar, do ponto de vista metodológico da discussão, no sentido de construir soluções
520 conjuntas, para além da defesa de interesses das entidades que compõem o Colegiado. Conselheiro
521 **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes** destacou que é preciso refletir sobre o nível de representatividade
522 do CNS, entendendo tratar-se de um exercício complexo porque significa um debate permanente com
523 aqueles representados no Conselho. Também reiterou que é necessário ampliar as discussões para
524 fora e para além dos conselhos de saúde, levando-se em conta a questão da representatividade.
525 Conselheira **Ubiraci Matildes de Jesus** concordou que sem planejamento não é possível alcançar
526 objetivos como a melhoria das condições de vida das pessoas. Disse que é preciso compreender a
527 diversidade do país e entender que o momento das reuniões do Colegiado é de disputa de ideias e de
528 interesses. Também chamou atenção para a importância da formação dos conselheiros de saúde e
529 defendeu que essa seja uma pauta permanente, por entender que pode evitar que o CNS fique na
530 retórica de interesses individuais de grupos e pessoas. Também frisou que o CNS deve dialogar com
531 CMS e CES para garantir estrutura necessária para que o conselheiro exerça a sua função.
532 Conselheira **Márcia Patrício de Araújo** agradeceu à mesa pelas informações esclarecedoras sobre as
533 atribuições dos conselheiros de saúde e o papel do CNS que servirão de subsídio para a atuação dos
534 novos conselheiros. Acerca da comunicação e informação em saúde, propôs que o CNS busque meios
535 para transmitir as reuniões do Plenário e citou, por exemplo, a TV Senado. Conselheiro **Carlos Alberto**
536 **Duarte** destacou que as falas apontam temas recorrentes sobre os quais não foi possível avançar –
537 financiamento, funcionamento dos conselhos de saúde, formação de conselheiros. A respeito do papel
538 do conselheiro de saúde, disse que cada um possui papéis diferentes de representação e o desafio é
539 definir como trabalhar essa questão. A respeito do funcionamento do Conselho, destacou que não é
540 possível dar conta das atribuições diante da estrutura disponível. Conselheiro **Renato Almeida de**
541 **Barros** destacou que o ponto de estrangulamento do SUS é a força de trabalho e, apesar de ser tema
542 recorrente das conferências, ainda não foi resolvido. Nessa linha, apontou que um dos grandes
543 desafios da nova gestão, para estruturar o SUS, é criar a carreira única da saúde. Além desse,
544 enumerou como desafios do CNS: promover a mudança do modelo da atenção à saúde, efetivar o
545 controle social e garantir financiamento adequado para o SUS. Por fim, defendeu uma linha de ação do
546 CNS que permita estruturar, cada vez mais, o SUS. Conselheiro **Marcos Antônio Gonçalves**
547 cumprimentou a mesa pelas falas e destacou que é preciso consensos coletivos a partir da vivência de
548 cada um. No seu modo de ver, faz-se necessário refletir sobre os segmentos que compõem o CNS e
549 buscar consensos progressivos em torno de temas que une o Colegiado. Conselheira **Maria do**
550 **Socorro de Souza** destacou que é preciso repensar a matriz institucional que molda o formato dos
551 conselhos e conferências de saúde. Ressaltou, por exemplo, que o CNS também reproduz o método de
552 trabalho do Congresso Nacional ao formar várias comissões temáticas, que não dialogam entre si e
553 adotar um formato de reunião que restringe as falas dos participantes. Como saída, concordou que é

554 preciso definir um sistema nacional de participação popular que permita o diálogo como os movimentos
555 e entidades que compõem os conselhos de saúde. A respeito do papel do conselheiro, destacou que é
556 pautar temas importantes e, para isso, é preciso conhecer a realidade; argumentar de forma
557 qualificada; negociar; ter posicionamento; e contribuir para decisões coletivas. Acerca dessa questão,
558 perguntou como exercer essa função de interesse público, assegurando legitimidade e capacidade de
559 representatividade, com autonomia, sem ser cooptado. Em relação ao papel do CNS, avaliou que a
560 dimensão deliberativa do colegiado está comprometida e é preciso debater essa questão com
561 profundidade. Por fim, salientou que é preciso debater qual democracia se quer construir para o país.
562 Conselheira **Júlia Maria Roland** cumprimentou os expositores e os conselheiros pela riqueza das falas
563 e por apontar prioridades para nortear a atuação do CNS nos próximos anos. Destacou a busca no país
564 por construir uma prática nova, por meio da experiência de democracia participativa e salientou que é
565 preciso potencializar a participação e o controle social. Diante dos desafios atuais, salientou que é
566 preciso dar continuidade ao debate na linha de definir consensos que resultem em resoluções do
567 Colegiado capazes de repercutir e intervir no atual estágio de desafios do SUS. Conselheira **Maria do**
568 **Esírito Santo Tavares dos Santos** ("Santinha") cumprimentou os expositores pela riqueza das
569 apresentações e destacou que é preciso debater no CNS conceitos importantes como
570 representatividade e autonomia. Na sua avaliação, o CNS não é autônomo, porque passagens e diárias
571 são custeadas pelo governo. Também salientou que é preciso reconhecer os avanços no SUS, apesar
572 de ainda não ser o desejável pelo controle social, e focar a atenção em temas importantes que carecem
573 de avanços ainda maiores como financiamento e organização dos conselhos. Conselheiro **Ronald**
574 **Ferreira dos Santos** destacou que a democracia participativa pode oferecer grandes contribuições ao
575 processo de civilização do país, mas, para isso, é necessário entender o cenário civilizatório do país.
576 Ressaltou que o país está consternado com a morte de mais de 230 jovens no município de Santa
577 Maria, mas lembrou que todos os dias morrem mais de 300 jovens, por violência, na maioria negro e
578 pobre, e nada é feito. No seu entendimento, é preciso formular políticas e definir ações concretas para
579 fazer avançar questões importantes como financiamento e estrutura dos conselhos. Disse que é preciso
580 resgatar o histórico e a missão do CNS e localizar na história, sem desconsiderar as conquistas já
581 alcançadas. Na sua avaliação, a continuar nesse ritmo, o CNS dará um salto de qualidade na
582 contribuição para democracia e saúde do país. Conselheiro **Cristiano Mata Machado** cumprimentou os
583 expositores e ressaltou a importância de maior interação do CNS com os conselhos estaduais e
584 municipais de saúde. Avaliou que é preciso trabalhar a elaboração de políticas no âmbito dos conselhos
585 estaduais e municipais de saúde com vistas a avançar na capacitação dos conselheiros. A respeito da
586 força de trabalho do SUS, defendeu a necessidade de discutir a carreira do SUS e não apenas a
587 carreira para os profissionais Médicos. Também falou sobre a terceirização e citou o caso do município
588 de Uberlândia, por considerá-lo emblemático, onde o sistema de saúde foi entregue a OSs e ONGs e
589 criou-se uma estrutura incompatível com o SUS. No seu modo de ver, é preciso interferir nos locais
590 onde a saúde é tratada de forma inadequada e contrária aos princípios do SUS. Conselheiro **Marcos**
591 **Vinicius Soares Pedrosa** também disse que é preciso ter cuidado com a amnésia histórica ao tratar de
592 políticas e com balanços que desconsideram o que foi possível avançar e o que ainda não se construiu.
593 Destacou, por exemplo, que foi possível avançar no debate sobre orçamento e financiamento, o que
594 qualifica o controle social e possibilita a compreensão das políticas. No mais, registrou que a
595 expectativa do movimento estudantil no CNS é contribuir para que o SUS assuma o seu papel de
596 ordenador na formação dos recursos humanos. Em que pese os avanços em áreas importantes, disse
597 que é preciso aprofundar o debate sobre: terceirização e o seu impacto na formação e no ensino;
598 implantação da EBSERH e os prejuízos desse processo; e pós-graduação – aproximar discussão sobre
599 ciência e tecnologia às áreas de formação do SUS. Conselheira **Marisa Furia Silva** sugeriu contemplar
600 no planejamento a realização de reuniões conjuntas com outros conselhos para tratar de temas
601 comuns. A representante da Plenária de Conselhos de Saúde, Luceni Gomes de Novaes,
602 cumprimentou a mesa pelas informações e reiterou a importância de maior interação entre os
603 conselhos estaduais de saúde e o CNS. Também destacou que a Plenária de Conselhos visa contribuir
604 com o controle social e fortalecer o SUS. Desse modo, solicitou que seja assegurada a participação de
605 representantes da Plenária de Conselhos nas comissões do CNS e no planejamento do Pleno para
606 contribuir com o processo do controle social. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do
607 CNS, disse que está assegurada a participação da Plenária de Conselhos de Saúde no planejamento.
608 O representante do CES/RJ, Irani F. A. Sobrinho, destacou a importância de dar voz à representação
609 dos Conselhos Estaduais de Saúde nas reuniões do CNS por entender que é uma forma de contribuir
610 para o fortalecimento do SUS. Sr. Luiz Carlos Schwinden, Presidente do Conselho Estadual de Saúde
611 do Ceará, também salientou a importância de garantir a participação dos conselhos estaduais de saúde
612 nos debates do CNS. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, convidou a
613 representação da Plenária de Conselhos e dos Conselhos Estaduais de Saúde para uma reunião com o
614 objetivo de definir uma agenda e a participação no planejamento do CNS. Conselheira **Eurídice**
615 **Ferreira de Almeida** cumprimentou os expositores pelas falas elucidativas e solicitou que essa

616 dinâmica de debate norteie as reuniões do CNS. Também explicou que a FASUBRA defende o SUS
617 nas universidades e em outros espaços por entender que informar as bases é importante para
618 assegurar a participação nesse processo de apoio do controle social. Salientou que a FASUBRA
619 defende o SUS e os hospitais universitários como espaço de ensino e extensão e é contra qualquer tipo
620 de terceirização e privatização como a EBSERH, que representa um retrocesso para o SUS. Por fim,
621 ressaltou a vontade de participar e transformar a saúde do país no que tem que ser – de qualidade e
622 democrática. Conselheiro **José Eri de Medeiros**, primeiro, justificou que o conselheiro Arilson Cardoso,
623 titular, representante do CONASEMS no CNS, não estava presente porque se encontrava no município
624 de Santa Maria com a equipe de saúde mental do município de São Lourenço assegurando
625 atendimento à população local vítima da tragédia. Também lembrou que há mais de três décadas mais
626 de 100 milhões de pessoas são atendidas por um sistema de saúde e, somente por esses números, é
627 possível dizer que houve um avanço além da expectativa dos governos. A respeito da autonomia, disse
628 que a contribuição nas décadas de 70, 80 e 90 foi a institucionalização do movimento e agora é o
629 momento da mudança. **Retorno da mesa.** Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** salientou que,
630 desde 1995, vive-se sob o marco da reforma do Estado e não houve construção na sociedade que
631 gerasse correlação de forças para mudar essa situação. Nessa linha, disse que é essencial e
632 necessário debater no planejamento do CNS, e em outros espaços para além do controle social, o
633 papel do Estado na sociedade. No mais, avaliou que, para evitar a cooptação, é preciso promover
634 debate público (“para fora”), expondo as questões em pauta no Conselho e promovendo discussões
635 com as entidades. Lembrou que o CNS é composto por movimentos sociais, entidades, representação
636 do governo, cada um com agendas próprias, que precisam ser explicitadas e conhecidas. Portanto, é
637 importante formular e promover debates externos dos temas prioritários do CNS e do SUS, além de
638 definir o que se espera para a saúde pública nos próximos vinte anos. Também salientou que a
639 legitimidade dos movimentos sociais faz do CNS um Colegiado forte e garante a sobrevivência do SUS.
640 No mais, ressaltou que é preciso contribuir para definição de uma agenda de diálogo social para que a
641 sociedade apoie a luta em prol da política de saúde. Recordou que, em 2003, o CNS sofreu uma ADIn
642 por conta da Resolução nº. 322 e, por conta da atuação de várias entidades no Supremo Tribunal
643 Federal, o Conselho ganhou a ação. Ou seja, o CNS conseguiu mobilizar representações a seu favor e
644 saiu vencedor do processo. Por fim, sintetizou que disputar a hegemonia em favor do SUS na
645 sociedade civil é a missão do CNS e dos conselheiros. Conselheiro **Clóvis Boufleur**, a respeito da
646 autonomia do CNS, avaliou que o primeiro desafio é iniciar um processo para redação de uma lei
647 federal de instituição do CNS, com base no atual decreto de composição do Conselho. A respeito do
648 planejamento, destacou que é preciso considerar que 50% das pautas das reuniões do CNS são
649 ocupadas com temas pré-definidos, inclusive pela Lei Complementar nº. 141/2012. Também recordou
650 que, nos termos do Regimento Interno do CNS, no caso de três faltas consecutivas ou seis
651 intercaladas, o conselheiro deve ser substituído e existe uma lacuna sobre como se dão as
652 justificativas. No mais, destacou que é importante garantir a participação de titulares e suplentes nas
653 reuniões, inclusive para legitimar as votações do Colegiado e fortalecer as decisões. Também lembrou
654 que, regimentalmente, a responsabilidade pelo planejamento é do CNS e, após, pode-se articular com
655 os estados e a Plenária de Conselhos (“planeja aquele que executa”). Nessa linha, avaliou que serão
656 necessárias diversas fases do planejamento – nacional e, após, articulação com os estados, de forma
657 viável. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, solicitou aos integrantes da mesa
658 que sistematizassem as suas falas também para servir de subsídio ao planejamento. Com essa fala,
659 encerrou esse item da pauta. **ITEM 5 – CARTÃO SUS: BALANÇO DO PROCESSO DE**
660 **IMPLANTAÇÃO** – Expositores: **Augusto César Gadelha Vieira**, diretor do DATASUS/MS; **Luiz**
661 **Odorico Monteiro de Andrade**, Secretário de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP/MS; e **Heider**
662 **Pinto**, coordenador do Departamento de Atenção Básica - DAB/MS. Coordenação: conselheiro **Ronald**
663 **Ferreira dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheiro **Carlos Alberto Duarte**, da Mesa
664 Diretora do CNS. Conselheiro **Luiz Odorico Monteiro de Andrade** iniciou agradecendo a oportunidade
665 de tratar do tema no CNS, que é importante para o SUS e um compromisso do Ministro da Saúde e da
666 Presidente da República. Explicou que, seguindo a agenda de implantação do Cartão, o MS iniciou a 3ª
667 e última fase que envolve a solução tecnológica de barramento e integração dos sistemas nacionais de
668 informações, CADSUS em uma plataforma web e *on line*, e-SUS AB e sistema de informatização
669 hospitalar – e-SUS Hospitalar. Disse que o E-SUS-Hospitalar foi implantado em 2012 nos hospitais
670 federais do Rio de Janeiro e será estendido para outras três unidades - Hospital Miguel Couto (Rio de
671 Janeiro), Estadual da Bahia (Roberto Santos) e José Frota (em Fortaleza) – e, progressivamente, será
672 disponibilizado para outros hospitais públicos do país. Também informou que o Ministério da Saúde, em
673 parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina, desenvolveu plataforma do prontuário
674 eletrônico e-SUS AB. Disse que o Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, lançaria o Portal do Cidadão e
675 o E-SUS Atenção Básica, duas ferramentas que permitirão acompanhar as informações sobre o
676 Sistema de Saúde. Explicou que o desafio é garantir conectividade às unidades básicas de saúde e os
677 equipamentos nos consultórios, portanto, a ideia é disponibilizar o sistema e banda larga aos

678 municípios. Em contrapartida, os gestores disponibilizariam os equipamentos de informática. Por fim,
679 fez referência ao Dia Nacional da Visibilidade Trans e informou que o Cartão terá o nome da identidade
680 social, sendo esta uma forma de lutar contra o preconceito. Disse que a conselheira nacional de saúde
681 Fernanda Bevenutte (nome social) estampa os cartazes de divulgação da data. Na sequência, o diretor
682 do DATASUS/MS, **Augusto César Gadelha Vieira**, fez uma apresentação sobre o Cartão Nacional de
683 Saúde. Explicou que o E-saúde traz impacto para: a) cidadão - serviços de saúde de melhor qualidade
684 e informação e empoderamento; b) profissional de saúde - melhoria da atividade profissional e
685 informação e conhecimento; c) para as unidades de saúde - melhores serviços ao cidadão e soluções e
686 recursos de TI; e d) gestores e tomadores de decisão - eficiência e transparência, controle financeiro e
687 base para políticas nacionais e tomada de decisão. Detalhou que as principais ações desenvolvidas
688 foram (2011 a 2013): planejamento do Projeto (2011); marcos regulatórios (2011); oficinas regionais do
689 Cartão Nacional de Saúde (desde 2012); oficinas do Registro Eletrônico de Saúde e Planejamento da
690 Estratégia de e-Saúde (desde 2012); distribuição de Cartões (desde 2011): 8 milhões de mídias
691 plásticas na Fase 1 (números aquém, por conta de problemas com a empresa contratada para emitir o
692 Cartão); distribuição de impressoras para emissão do Cartão para as unidades de saúde (2013);
693 consolidação do Sistema de Identificação de Usuários do SUS: CADSUS Web (2012), higienização das
694 bases de dados e Liberação do CADSUS Web para as operadoras da ANS; Portal do Cidadão (está
695 concluído e pronto para ser lançado – janeiro de 2013); e interoperabilidade de Sistemas: Barramento
696 de Serviços de Saúde: Programa de Adoção de SOA (setembro de 2011 a dezembro de 2013) –
697 arquitetura na área de tecnologia da informação. Além dessas ações, foram realizadas e estão
698 previstas: consolidação da infraestrutura tecnológica para o Barramento de Serviços de Saúde:
699 Implantada (2012), em processo de expansão; Registro Eletrônico de Saúde (previsto: dezembro de
700 2013); soluções de informatização com Prontuário Eletrônico: Unidades de Atenção Básica: eSUS AB
701 (previsto: março de 2013) e Hospitais: eSUS Hospitalar, já implantado em 6 Hospitais Federais e 3
702 Hospitais Municipais (desde 2011); e contratação de conectividade: acesso à Internet nas UBS e outras
703 unidades de saúde do país (2013-2014) - o governo federal realizará licitação para esse fim e a
704 previsão é contemplar 12.300 unidades básicas de saúde, escolas do MEC e o Programa de inclusão
705 digital Gesac do Ministérios das Comunicações. Destacou que o processo de identificação de usuários
706 do SUS e individualização das informações de saúde implica em higienização (qualificação e
707 deduplicação) da base de dados de usuários do SUS (CADSUS) e necessita de MPI - Master Patient
708 Index (número master), visando a geração segura de números de identificação. Disse que a geração
709 dos números foi centralizada no âmbito do DATASUS, a fim de evitar replicação de número e a
710 intenção é emitir o Cartão Nacional de Saúde para os nascituros, o que permitirá um passo de
711 qualidade. Disse que a interoperabilidade ocorrerá por meio da arquitetura SOA e Web Services, o que
712 permitirá a interoperabilidade dos sistemas do SUS e os sistemas municipais e a a meta é 100% da
713 população com o cartão até 2014 (ainda que não tenham a mídia plástica). Frisou que um dos grandes
714 desafios nesse processo é a criação do registro eletrônico de saúde do cidadão (Modelos de
715 informação e de negócio (Quem? Quando? Como? O quê?). Destacou também que a política de
716 segurança e privacidade é uma das grandes preocupações, além da arquitetura de interoperabilidade
717 (Barramento de Serviços) e arquitetura e infraestrutura técnica (datacenters). Também apresentou o
718 Portal de Saúde do Cidadão, explicando que possui duas áreas. Uma pública, que estará acessível a
719 partir do início de fevereiro e possibilitará: verificar e validar número de Cartão Nacional de Saúde;
720 buscar existência de número CNS através de informações pessoais; e realizar o pré-cadastro. E a outra
721 área é reservada ao cidadão (mediante senha) que possibilitará: verificar seus dados cadastrais;
722 imprimir em papel réplica oficial do Cartão Nacional de Saúde; baixar aplicação para tablet e
723 smartphone para visualizar o CNS; área reservada ao cidadão para incluir/editar informações pessoais
724 de saúde de seu interesse; pesquisar seu histórico de ações de saúde realizadas no SUS (dados
725 individualizados); pesquisar a localização dos estabelecimentos de saúde e das unidades do Farmácia
726 Popular; e pesquisar medicamentos disponíveis no Programa Farmácia Popular. Mostrou desenhos que
727 ilustram o funcionamento do Registro Eletrônico Pessoal de Saúde Nacional (por meio da internet, será
728 possível uma ligação com a base nacional em sistema de barramento). Explicou que o Sistema agrupa
729 os principais sistemas do SUS, entre eles: Sistema de Cadastramento de Usuários do Sistema Único
730 de Saúde – CADSUS; Sistema de Controle e Permissão de Acesso - SCPA; Sistema de Informações
731 sobre Nascidos Vivos – SINASC; Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM; Cadastro Nacional
732 de Estabelecimentos de Saúde – CNES; Sistema de Regulação, Controle e Avaliação - SISRCA;
733 Sistema de Informação Ambulatorial - SAI; Sistema de Informação Hospitalar - SIH; Boletim de
734 Produção Ambulatorial - BPA; Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade - APAC; Sistema
735 Nacional de Regulação - SISREG; Farmácia Popular; Sistema Nacional de Gestão da Assistência
736 Farmacêutica - HORUS; e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU. Sobre a arquitetura e
737 infraestrutura técnica, explicou que o Ministério conta com dois datacenter - Brasília e Rio de Janeiro e
738 essa estrutura está sendo replicada e possivelmente será definido outro site, que não o do MS para dar
739 suporte e evitar quedas no Sistema. Conselheiro **Luiz Odorico Monteiro de Andrade**, Secretário da

740 SGEP/MS, acrescentou que as estruturas de Brasília e do Rio de Janeiro funcionam com sistema de
741 datacenter – monitoramento do sistema de segurança do Cartão, com equipes de trabalho 24h, por 365
742 dias. Disse que serão adquiridas máquinas para ampliar a capacidade desses centros e aumentar a
743 capacidade de armazenamento e processamento das informações. Segundo, o diretor do
744 DATASUS/MS detalhou que os principais marcos do Projeto RES são: Sistema do Cadastro Nacional
745 de Saúde – CADSUS; RES Produção (não-clínica): Portal do Cidadão – bases de produção hospitalar,
746 ambulatorial e de distribuição de medicamentos, incluindo farmácia popular; e RES Clínico (simples):
747 dezembro de 2013. Acrescentou que os pontos fortes do projeto são: objetivo estratégico da agenda do
748 Ministério da Saúde; bases de dados nacionais e sistemas de informação estruturados e maduros (mas
749 ainda fechados em silos); estratégia pragmática de desenvolvimento; participação de estados e
750 municípios; e envolvimento de especialistas, profissionais de saúde, associações técnico-científicas e
751 academia. Finalizando, disse que os principais desafios desse processo é consenso de políticas de E-
752 Saúde; sistema de governança complexo; diversidade regional e econômica; diversidade de soluções
753 técnicas (em uso, legado e em desenvolvimento); limitações de conectividade e infraestrutura de
754 Tecnologia de Informação e Comunicação - TIC; falta de expertise necessária; burocracia nos
755 processos administrativos públicos; e ganhos rápidos x desenvolvimento estratégico. A seguir, o
756 coordenador do DAB/MS, **Heider Pinto**, fez uma explanação sobre o e-SUS Atenção Básica. Explicou
757 que a implantação do novo Sistema de Informação (SIS-AB) com a estratégia e-SUS AB traz como
758 ganhos: agiliza o atendimento, reduz o tempo de espera e melhora a qualidade da Atenção; informatiza
759 as consultas, individualiza e integra as informações associando com a localização/endereço; permite
760 acompanhar as ações de saúde e avaliar a efetividade da atenção à saúde; evita gastos
761 desnecessários com exames, medicamentos e encaminhamentos; e permite maior eficiência e redução
762 de custos. Explicou que MS e MC garantirão conectividade (Banda Larga e Satélite) a 100% das UBS
763 aderidas ao PMAQ e hoje já são 13 mil UBS e a essas se somarão outras que aderirão ao programa
764 em 2013. Também salientou que o Sistema de Prontuário Eletrônico e-SUS AB será disponibilizado,
765 gratuitamente, a todos os municípios interessados. Para isso, serão necessárias pactuações e
766 investimentos regionais e estaduais para implantação (treinamento e equipamentos) e investimentos
767 federais através do Programa de Informatização e Telessaúde Brasil Redes. Detalhou que a estrutura
768 do e-SUS/AB é a seguinte: PEC off line - Prontuário Eletrônico do Cidadão; CDS off line - Coleta de
769 Dados Simplificada (versão instalável e stand alone); CDS on line - Coleta de Dados Simplificada; e
770 PEC on line - Prontuário Eletrônico do Cidadão. Também falou sobre o cenário da Atenção Básica
771 (Questionário de Requalificação das UBS (novembro de 2011): conectividade nos municípios:
772 Secretaria Municipal de Saúde - 98% possui conectividade; Unidades Básicas de Saúde (UBS) - 70%
773 não possui conectividade; e consultórios das UBS - 88% não são informatizados. Disse que a meta é
774 implantar o Sistema com Coleta de Dados Simplificada em 70% até 2014 e o Sistema com Prontuário
775 Eletrônico em 30% das unidades básicas até 2014. Também explicou que a coleta de dados
776 simplificada contempla: atendimento de Nível Superior, Ficha de Atendimento Individual, Ficha de
777 Atendimento Odontológico, Ficha de Atividades Coletivas - Atendimento em Grupo (usuário
778 identificado), Atividade Coletiva (usuário não identificado), Ficha de Procedimentos, Atendimento de
779 Nível Médio, Ficha de Visita Domiciliar. Sobre o Prontuário Eletrônico, disse que a versão, a ser
780 lançada no dia 5 de fevereiro e entregue no dia 4 de março de 2013, Prontuário Essencial (versão 1.0),
781 contempla: Cadastro, Territorialização, Agenda, Acolhimento/Escuta Qualificada, Atendimento
782 Individual e Atividade Coletiva. A versão, Prontuário Estendido (versão 2.0), a ser lançada no segundo
783 semestre de 2013, contemplará: Cuidado Continuado, Saúde Bucal, Gestão do Cuidado, Gestão da
784 Agenda, Gestão por Resultado e Imunização. A seguir, mostrou, por meio de imagens, o funcionamento
785 do Sistema. Em suma, disse que são três movimentos importantes que permitem avançar com o E-SUS
786 Atenção Básica: integração do conjunto do sistema de informação na perspectiva da política nacional
787 de informática e informação em saúde, da integração das redes de atenção à saúde e da política
788 Nacional de Atenção Básica; mudança de conceito dos sistemas de informação utilizados na atenção
789 básica – além de individualizar e integrar a informação, utiliza o conceito de ferramenta de qualificação
790 do cuidado para o profissional de saúde (maior uso pelo profissional de saúde para cuidar do usuário);
791 e software público e compartilhado com o conjunto do Sistema. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**, da
792 Mesa Diretora do CNS assumiu a coordenação dos trabalhos, em substituição do conselheiro **Ronald**
793 **Ferreira dos Santos** que se retirou para participar de reunião da coordenação do Movimento Saúde +
794 10. Na sequência, o diretor do DATASUS/MS, **Augusto César Gadelha Vieira**, mostrou como funciona
795 o Portal do Cidadão, que permitirá ao usuário obter informações sobre procedimentos em saúde. Para
796 ter acesso ao Sistema, o paciente deverá estar cadastrado no Sistema Cartão Nacional de Saúde
797 (Cadsus Web), ter o número do cartão em mãos e registrar uma senha de acesso no Portal.
798 **Manifestações**. Conselheiro **Clóvis Boufleur**, primeiro, sugeriu modificar o nome do Cartão Nacional
799 de Saúde para Cartão de Saúde, inclusive para não confundir com a sigla do CNS. Também lembrou
800 que, em apresentação anterior, o Plenário do CNS decidiu que não seria prontuário e, por isso,
801 perguntou por que se recuperou essa ideia. Sobre a atualização do Sistema, perguntou como se dará a

802 alimentação para descredenciar o usuário no caso de morte, por exemplo, e quem será o responsável
803 por cuidar dos dados (dos profissionais, dos usuários). Disse que acompanha a evolução do projeto
804 desde 1999 e um dos problemas é o controle que exerce sobre o trabalhador, portanto, nesse aspecto,
805 esse ator deve ser convencido de que se trata de um instrumento útil. Sobre a agenda, perguntou qual
806 será a interface com o usuário (será avisado com antecedência?). Ressaltou o desafio da capacitação e
807 solicitou a inclusão da versão atualizada da Carta de Direitos dos Usuários (versão de 2009).
808 Conselheira **Lorena Baía** cumprimentou o Ministério da Saúde pela iniciativa por entender que
809 contribuirá para o atendimento do usuário. Em relação à interoperabilidade, sugeriu ampliar para além
810 da lista do Programa Farmácia Popular, contemplando os sistemas utilizados nas farmácias municipais,
811 o que facilitará o acesso dos usuários aos medicamentos necessários e evitará a duplicidade no
812 atendimento. A respeito do Sistema de Internação Hospitalar, perguntou se terá comunicação com o E-
813 SUS AB, para evitar duplicidade ou falha no tratamento. Conselheiro **Waldir Araújo Cardoso**
814 cumprimentou a equipe pela proposta e avaliou que os profissionais de saúde terão interesse em
815 trabalhar com esse Sistema, porque facilitará os trabalhos. Ressaltou que é preciso colocar em prática
816 a proposta e fazer os ajustes necessários posteriormente. Também perguntou como se dará o processo
817 de adesão de Estados e Municípios ao Sistema e se há previsão de treinamento para utilização dessa
818 ferramenta. Conselheira **Marisa Furia Silva** sugeriu que no cadastro inicial seja incluído um campo
819 para detalhar informações como alergias, patologias, deficiências, a fim de serem utilizadas no caso
820 de atendimento de pacientes vítimas de acidente. Também perguntou se o Cartão possibilitará o
821 resarcimento ao Brasil no caso de atendimento de estrangeiros no território nacional. No mais, avaliou
822 que cada usuário deve ter apenas um número de Cartão, inclusive para facilitar o atendimento.
823 Conselheiro **Cristiano Gonzaga da Matta Machado** cumprimentou a equipe do Ministério a Saúde e
824 perguntou como se dará a interface com municípios e hospitais públicos com sistemas próprios – será
825 implanto novo sistema ou os dados serão compatibilizados? Também informou que, em Belo Horizonte,
826 já existe um sistema de informação, mas se enfrenta grandes dificuldades com a operabilidade (queda
827 do Sistema). No mais, sugeriu criar uma senha para acessar os dados do Sistema, a fim de garantir
828 maior segurança. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** avaliou que, entre outros ganhos, o Cartão
829 permitirá responsabilizar o município pela sua população. Também perguntou se os dados do Cartão
830 disponibilizado pelos municípios migrarão para o Cartão Nacional ou os municípios terão que realizar
831 novo cadastramento. Quis saber ainda como unificar o acesso aos prontuários e se o Cartão terá
832 acesso aos dados da urgência e emergência e dos hospitais conveniados. Conselheira **Ana Maria**
833 **Costa** cumprimentou o Ministério da Saúde por recuperar a proposta do Cartão e lembrou os graves
834 problemas que ocorreram em 2000 relativos à solução técnica, financiamento e gestão. Por essa razão,
835 avaliou que o CNS deve monitorar a implantação do Cartão e do Sistema E-SUS, inclusive
836 acompanhando questões como custos e processo de gestão. Salientou que o Cartão é uma ferramenta
837 de gestão e não deve ser um fim em si mesmo como o prontuário. Nesse sentido, sentiu falta de uma
838 política real que apresente o sentido desse esforço de informatização do SUS. Entre as finalidades do
839 Cartão, chamou a atenção para a importância de “resolver o problema do resarcimento ao SUS”.
840 Também ponderou que o Sistema pode reforçar a fragmentação do Sistema ao contemplar apenas a
841 atenção básica e defendeu uma ferramenta de informatização de todo o sistema de atenção integral.
842 Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, avaliou que a condição de
843 funcionamento do Plenário não permite aprofundar debate de temas importantes como esse e salientou
844 que é preciso criar outros espaços de diálogo. Também perguntou qual é, de fato, a finalidade do
845 Cartão Nacional – contribuirá para organizar o serviço, com o profissional de saúde ou irá garantir o
846 histórico dos usuários – e o projeto de implantação, considerando a condição de Estados e Municípios
847 para procederem a adesão. Fez um destaque à dificuldade de cruzar informações da saúde com a
848 previdência e trabalho e avaliou que o Cartão pode contribuir para resolver essa situação. Por fim, disse
849 que é preciso incluir os CMS no processo licitatório para garantia da conectividade. Conselheiro **Cid**
850 **Pimentel** explicou que o Cartão é uma ferramenta importante e pode trabalhar questões como controle
851 de frequência, absenteísmo e fraude. Explicou também que um grupo responsável pelo Cartão está
852 trabalhando com o Ministério da Previdência a interoperabilidade dos dados da previdência. Por fim,
853 sugeriu a realização de uma oficina de trabalho com MS, CNS, CONASS e CONASEMS sobre o Cartão
854 Nacional para trocar informações e formar multiplicadores. Conselheiro **Jorge Alves Venâncio** avaliou
855 que o problema principal do Cadastro é a duplicidade e, para resolver essa questão, é preciso começar
856 o cadastramento pela atenção básica. Sugeriu que essa estratégia seja apresentada aos municípios, a
857 fim de evitar esse problema. Também disse que, na atenção básica, o atendimento domiciliar é
858 essencial, portanto, é importante integrar essa informação ao Sistema. Por último, perguntou como
859 utilizar o cadastro para medir o grau de acesso dos usuários aos serviços - filas por procedimentos,
860 tempo de espera, entre outros aspectos. Conselheira **Márcia Patrício de Araújo** saudou o MS pela
861 iniciativa, mas manifestou preocupação com a falta de conectividade nos conselhos estaduais e
862 municipais de saúde. Também solicitou maiores esclarecimentos sobre o banco de dados do Cartão e
863 salientou a dificuldade das pessoas ostomizadas para ter acesso a bolsas coletores por não possuir o

864 Cartão. Conselheira **Maria Cristina Pedro Biz** cumprimentou o MS pelas ferramentas por entender que
865 garante, entre outras questões, transparência. Acerca do Cartão SUS, perguntou como será feita a
866 integração dos sistemas municipais ao sistema do Cartão. Em relação ao e-SUS AB, sugeriu incluir
867 informações funcionais dos pacientes, não apenas dados acerca da doença. Conselheiro **Abrahão**
868 **Nunes da Silva** disse que a iniciativa é importante, mas não irá resolver o problema da má qualidade
869 da saúde. **Retorno da mesa.** Por conta da exiguidade de tempo, conselheiro **Luiz Odorico Monteiro**
870 **de Andrade** fez uma fala geral sobre as manifestações dos conselheiros, destacando: não existe
871 contradição entre o Sistema Cartão Nacional de Saúde e o prontuário; o Cartão é a chave de acesso do
872 Sistema; hoje, são 180 milhões de brasileiros cadastrados pelo Cartão SUS (após o processo de
873 higienização das bases); o prontuário será disponibilizado para um conjunto de municípios, mas a
874 intenção não é substituir sistemas já construídos; o Sistema oferece informações ao cidadão, ao gestor
875 e ao profissional de saúde e contempla os principais sistemas do MS, inclusive o HORUS (Sistema
876 Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica, por meio de barramento; o MS reservou recursos
877 para capacitação e treinamento sobre o Sistema Cartão Nacional de Saúde; o processo ao Sistema é
878 por adesão; o grande desafio é a conectividade e será assegurada pelo MS às unidades do Plano de
879 Melhoria da Qualidade – PMAQ – o MS trabalha com 13 mil unidades; é necessário o endereço e
880 georreferenciamento dos conselhos municipais de saúde para verificar a possibilidade de licitação para
881 conectividade; desde 2011, houve aumento de 20% no resarcimento ao SUS; a proposta de realizar
882 oficina sobre o Sistema Cartão Nacional de Saúde é importante; o processo de implantação do Sistema
883 do Cartão é acompanhado pela CIT e pelas CIB; e o problema da duplicidade está sendo resolvido – os
884 bancos de dados estão sendo higienizados, com batimento com o número do CPF e outras bases de
885 dados do governo (a base de dados de São Paulo é uma que falta higienizar). O coordenador do
886 DAB/MS, **Heider Pinto**, pontuou os seguintes aspectos na sua fala: na 2^a versão do e-SUS haverá
887 comunicação com o HORUS, para garantir a informação no território sobre o usuário incluído no
888 Farmácia Popular; o processo será por adesão; informações sobre alergias, deficiências constam da
889 folha de rosto do Sistema, todavia, o Sistema não processa essa informação; a integralidade está
890 assegurada e é o objetivo - o Sistema está integrado por meio do Cartão e o MS iniciou o processo de
891 oferta de prontuário eletrônico (e-SUS AB e e-SUS Hospitalar); diminuição de custos – software público,
892 com licença sem custo; atenção domiciliar está contemplada no Sistema (a versão para as equipes
893 domiciliares será definida); o sistema funciona *on line* ou desktop, portanto, no caso de queda da
894 conexão, havendo servidor local, não há perda do atendimento; e todos os sistemas informações do
895 país utilizam o CID e o e-SUS traz a possibilidade de utilizar o SIAPE. Após o retorno dos convidados, a
896 mesa passou aos encaminhamentos. **Deliberação: o Plenário decidiu realizar uma oficina para**
897 **aprofundar o debate acerca do Cartão Nacional de Saúde e seu processo de implantação, com a**
898 **participação de representantes do CONASS, CONASEMS, MS, além dos demais segmentos que**
899 **compõem o Conselho. O tema será pauta da próxima reunião da Mesa Diretora do CNS para**
900 **definição da data da oficina.** Definido esse ponto, a mesa encerrou o primeiro dia de reunião.
901 Estiveram presentes os seguintes conselheiros: **Titulares** – **Abrahão Nunes da Silva**, Central de
902 Movimentos Populares (CMP); **Ana Maria Costa**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES);
903 **Arnaldo Gonçalves**, Força Sindical; **Carlos Alberto Ebeling Duarte**, Movimento Nacional de Luta
904 Contra a Aids; **Cid Pimentel**, Ministério da Previdência Social; **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**,
905 Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil (FENACELBRA); **Clóvis A. Boufleur**,
906 Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); **Denise Rodrigues Elio de Brito**, União Nacional
907 das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS); **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das
908 Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Eduardo Azeredo Costa**, Ministério do
909 Trabalho e Emprego (MTE); **Eni Carajá Filho**, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela
910 Hanseníase –MORHAN; **Fernando Luiz Eliotério**, Confederação Nacional das Associações de
911 Moradores (CONAM); **Flávia de Oliveira Bernardes Brasileiro**, Federação Nacional dos Enfermeiros
912 – FNE; **Geraldo Adão dos Santos**, Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas –
913 COBAP; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos
914 Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos
915 Trabalhadores do Brasil (CGTB); **Jorge Oliveira Duarte**, Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais
916 de Saúde Indígena; **Luiz Odorico Monteiro de Andrade**, Ministério da Saúde; **Márcia Patrício de**
917 **Araújo**, Associação Brasileira dos Ostomizados (ABRASO); **Maria Cristina Pedro Biz**, Conselho
918 Federal de Fonoaudiologia (CFFa); **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos**, Rede Nacional
919 Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; **Maria Angélica Zollin de Almeida**,
920 Federação Nacional dos Médicos Veterinários - FENAMEV; **Maria do Socorro de Souza**,
921 Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG; **Maria Laura C. Bicca**,
922 Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Marisa Furia Silva**, Associação Brasileira de
923 Autismo (ABRA); **Maria do Socorro Bezerra Mateus**, União Nacional dos Auditores do Sistema Único
924 de Saúde – UNASUS; **Nadir Francisco do Amaral**, Federação Nacional das Associações de Pessoas
925 com Doenças Faciformes (FANAFAL); **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da

926 Indústria (CNI); **Olympio Távora Derze Correa**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais,
927 Estabelecimentos e Serviços (CNS); **Renato Almeida de Barros**, Confederação Nacional dos
928 Trabalhadores em Seguridade Social (CNTSS); **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos
929 Farmacêuticos (FENAFAR); **Rosemeire Aparecida da Silva**, Conselho Federal de Psicologia (CFP);
930 **Sandra Regis**, Associação Brasileira dos Delegados e Amigos da Confederação Espírita Pan-
931 Americana (CEPA Brasil); **Ubiraci Matildes de Jesus**, União de Negros pela Igualdade (UNEGRO);
932 **Verônica Lourenço da Silva**, Liga Brasileira de Lésbicas; e **Waldir Araújo Cardoso**, Conselho
933 Federal de Medicina (CFM). *Suplentes* – **Alexandre Frederico de Marca**, Confederação Nacional do
934 Comércio de Bens, Serviços e Turismo; **Ana Valéria Escolástico Mendonça**, Federação Brasileira de
935 Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama – FEMAMA; **Astrit Rehbein Siqueira**, Federação
936 Nacional das Associações Pestalozzi - FENASP; **Cláudio Fortes Garcia Lorenzo**, Sociedade
937 Brasileira de Bioética - SBB; **Cristiano Gonzaga da Matta Machado**, Federação Nacional dos Médicos
938 - FENAM; **Danilo Carer**, Federação Interestadual dos Farmacêuticos (FEIFAR); **Diego de Faria**
939 **Magalhães Torres**, Federação Nacional dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacional (FENAFITO);
940 **Elcio A. dos Santos**, Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Eurídice**
941 **Ferreira de Almeida**, FASUBRA; **Eliane Aparecida da Cruz**, Ministério da Saúde (MS); **Fernanda Lou**
942 **Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; **Francisca Rego Oliveira de Araújo**,
943 Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); **Geisyane Rodrigues Ferreira**, Direção Executiva
944 Nacional dos Estudantes de Medicina - DENEM; **Gilene Jose dos Santos**, Sindicato Nacional dos
945 Trabalhadores Aposentados Pensionistas e Idosos (SINTAPI); **Gilson Silva**, Força Sindical; **Haroldo**
946 **Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS; **João Donizeti**
947 **Scaboli**, Força Sindical; **José Eri de Medeiros**, Conselho Nacional de Secretários Municipais de
948 Saúde – CONASEMS; **José Wilson de Souza Gonçalves**, Confederação Nacional dos Trabalhadores
949 na Agricultura – CONTAG; **Júlia Maria Santos Roland**, Ministério da Saúde; **Lorena Baía Alencar**,
950 Conselho Federal de Farmácia – CFF; **Luciana Holtz de Camargo Barros**, Aliança Independente dos
951 Grupos de Apoio (AIGA); **Luiz Alberto Catanoe**, Sindicato Nacional dos Aposentados (SIND-NAP);
952 **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores - NCST; **Luiz Oberdan**
953 **Liporoni**, Associação de Assistência à Criança Deficiente - AACD; **Marcos Antônio Gonçalves**,
954 Federação Nacional das Associações para Valorização de Pessoas com Deficiência (FENAVAPE);
955 **Marcos Vinicius S. Pedroza**, Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG; **Maria do Socorro**
956 **Bezerra Mateus**, União Nacional dos Auditores do Sistema Único de Saúde – UNASUS; **Noemy**
957 **Yamaguishi Tomita**, Conselho Federal de Biologia – CF; **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de
958 Medicina Veterinária – CFMV; **Paula Johns**, Associação de Controle do Tabagismo, Promoção da
959 Saúde e dos Direitos Humanos - ACT/Aliança de Controle do Tabagismo; **Tarcísio Pinto**, Associação
960 Brasileira de Odontologia – ABO; e **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da Criança. Iniciando o
961 segundo dia, o Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino**, submeteu à apreciação do Plenário a
962 seguinte proposta de data para as atividades do CNS no mês de fevereiro de 2013: planejamento
963 estratégico do CNS: 19 e 20 de fevereiro; e 242^a Reunião Ordinária do CNS - 21 de fevereiro de 2012.
964 O planejamento contaria com a participação de conselheiros titulares e suplentes, Coordenação de
965 Plenária de Conselhos de Saúde e Conselhos Estaduais de Saúde e seria realizado fora do Plenário do
966 CNS. **Deliberação: o Plenário aprovou a seguinte proposta de calendário para as atividades do**
967 **mês de fevereiro de 2013: planejamento estratégico do CNS: 19 e 20 de fevereiro; e 242^a Reunião**
968 **Ordinária do CNS - 21 de fevereiro de 2012.** Conselheira **Verônica Lourenço da Silva** solicitou aos
969 conselheiros representantes dos usuários que se organizassem para chegar a Brasília no dia 18 de
970 fevereiro, até às 13h, para reunião do segmento. Conselheira **Maria Cristina Pedro Biz** informou que
971 o FENTAS se reuniria antes da reunião do Plenário para elaborar o seu planejamento. O Secretário
972 Executivo do CNS, **Márcio Florentino**, sugeriu que o Fórum realizasse o seu planejamento após o
973 planejamento do CNS. Conselheiro **Clóvis Boufleur**, considerando a decisão da Mesa Diretora do CNS
974 de assegurar a participação da Plenária de Conselhos e dos CES, disse que é preciso deixar claro
975 como se dará essa participação. A esse respeito, acordou-se que o tema seria retomado
976 posteriormente para esclarecimentos. **ITEM 2 – APROVAÇÃO DA ATA DA 240^a REUNIÃO**
977 **ORDINÁRIA DO CNS – APROVAÇÃO DA ATA DA 50^a REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DO CNS -**
978 **Deliberação: as atas da 240^a RO e 50^a RE do CNS foram aprovadas, por unanimidade. ITEM 7 – A**
979 **SAÚDE E O CONTEXTO NACIONAL: DESAFIOS PARA OS PRÓXIMOS ANOS - Expositor:** Professor
980 Doutor da UNICAMP, **Gastão Wagner**. **Coordenação:** conselheira **Maria do Socorro de Souza**,
981 Presidente do CNS. Inicialmente, a Presidente do CNS esclareceu que, ao pautar o tema, a Mesa
982 Diretora do CNS avaliou que seria necessário debater a saúde no contexto nacional e os desafios para
983 os próximos anos e levantar mais subsídios para o processo de planejamento. Para expor sobre o
984 tema, foram convidados o professor doutor Gastão Wagner e o representante da Revista Carta
985 Capital/DF, Leandro Fortes, que não pôde comparecer por estar doente. Portanto, a participação dele
986 seria garantida na segunda etapa do planejamento que ocorreria no mês de fevereiro, entendendo a
987 necessidade de definir uma política de comunicação do CNS. Em seguida, passou a palavra ao Prof.

988 Dr. da UNICAMP, **Gastão Wagner**, que começou com agradecimentos, na pessoa do Secretário
989 Executivo do CNS e da Presidente do CNS, pelo convite para debater o tema no CNS. Explicou que na
990 sua explanação enfocaria duas teses: o papel do CNS e a crise das políticas de saúde e do SUS.
991 Avaliou que, apesar do crescimento, o momento era de crise do SUS e, caso não houvesse uma
992 mudança na forma de atuação dos atores sociais, haveria um retrocesso no direito à saúde e na
993 condução do SUS. Destacou que a Política de Saúde possui dois componentes básicos: direito social à
994 saúde e garantia do cuidado à saúde. Salientou que o SUS, em grande medida, cuida do direito à
995 saúde e o entendimento é que esse Sistema é uma reforma política incompleta. Disse que, para
996 analisar a política pública, o filme é melhor que a fotografia e é preciso debater se o SUS permaneceria
997 para sempre como um programa residual para atender uma parte da população ou caminharia para
998 construção do Sistema da forma como explicitado na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde
999 - integral, universal com políticas de prevenção, promoção, reabilitação, cuidados paliativos, entre
1000 outros. Explicou que tem sido usada a imagem de que o SUS é um copo com água pela metade, por
1001 vez, meio cheio, por vezes, meio vazio. Na sua visão, esse copo, em vários aspectos, está esvaziando.
1002 Disse que, em Campinas/SP, por exemplo, observa-se um retrocesso na saúde pública: queda da
1003 capacidade de atendimento, filas de espera para atendimento de câncer de próstata (o tempo de
1004 espera é de um ano); e há dois anos, os gastos com saúde suplementar superou o da saúde pública.
1005 Destacou que a qualidade de atendimento dos sistemas público e privado é parecida, mas o modelo da
1006 saúde suplementar não pode ser universalizado. Portanto, a maioria dos países do mundo tem pensado
1007 na tradição de sistemas públicos e nacionais de saúde como alternativa e esse é o esforço, por
1008 exemplo, do Presidente dos Estados Unidos. Explicou que o Brasil não escolheu o modelo de saúde
1009 dos EUA e a Constituição Federal da República definiu o Sistema Nacional de Saúde, com papel de
1010 financiamento público solidário, responsabilidades das três esferas e garantia do direito da saúde
1011 conforme as necessidades de saúde e não a capacidade aquisitiva de cada pessoa. Esclareceu que
1012 80% das diretrizes do SUS começaram a ser definidas em 1920, no informe Wadson, que é o primeiro
1013 documento escrito que propõe a ideia do direito à saúde, do papel do Estado, do financiamento público,
1014 do sistema de rede e de que 80% dos problemas de saúde podem ser resolvidos na atenção
1015 primária/básica e da atenção básica vinculada às especialidades. Portanto, afirmou que o SUS é fruto
1016 da tradição europeia e recordou que a Suécia foi o primeiro país a construir um sistema nacional de
1017 saúde, em 1933. Salientou que esse resgate histórico era importante porque ajudava a pensar os
1018 desafios do SUS e das políticas de saúde do país. Explicou que, no séc. XIX, os estudiosos e os
1019 especialistas em saúde descobriram que uma parte da área da saúde – chamada “saúde pública”
1020 (vacinas, por exemplo) - não poderia ficar nas mãos do setor privado, a fim de evitar o caos sanitário. A
1021 partir de 1920, na Europa, a saúde pública foi ampliada para atenção individual – médica, odontológica,
1022 psicológica, entre outras e o entendimento é que mesmo na atenção individual a mistura do mercado
1023 interfere no raciocínio clínico. Sendo assim, fazia-se necessária, mesmo nos países capitalistas, a
1024 proteção da atenção à saúde da lógica do mercado para evitar problemas como iatrogenia. Explicou
1025 que o SUS se propôs a fazer o mesmo, mas no Brasil há problemas de gestão de política do Estado
1026 Brasileiro. Sendo assim, o país importou os princípios do SUS, mas criou o controle social e
1027 descentralizou os serviços (municipalização). Além disso, definiu uma relação com o setor filantrópico
1028 privado diferente dos outros sistemas. Feito esse histórico, defendeu a tese que o SUS está sendo
1029 construído de forma tão lenta e gradual que gera problemas como a crise de legitimidade perante a
1030 sociedade. Salientou que o usuário não pode esperar um ano na fila de câncer de próstata como ocorre
1031 em Campinas/SP. Avaliou que houve melhorias – vacinas, atenção à hipertensão, pessoas vivendo
1032 com AIDS – mas ainda há setores importantes da atenção à saúde com sérios problemas. Citou, por
1033 exemplo, que o Brasil é o segundo país com maior número de casos de hanseníase no mundo e, no
1034 seu modo de ver, o CNS deve propor a erradicação da hanseníase em quatro anos, visto que o país
1035 dispõe de tecnologia e conhecimento para tanto. Além disso, lembrou que o Sistema enfrenta o
1036 problema do subfinanciamento crônico e salientou que os países que optaram por sistemas nacionais
1037 públicos de saúde – Portugal, Espanha, Austrália, Nova Zelândia, Cuba – gastam com o setor público
1038 de 7 a 10% do PIB, enquanto o Brasil gasta 3,5% do PIB com o SUS e quase 4% com a saúde
1039 suplementar. Disse, por exemplo, que 99,7% dos ingleses estão cadastrados e usam regularmente a
1040 atenção básica; no Canadá, 96,8%; e Portugal e Espanha, em 4 anos, a cobertura era de 80%.
1041 Salientou que outro fator que agrava o SUS é o fato de ter sido instituída a municipalização e não ter
1042 sido definida uma forma de ser um sistema único. Destacou que não existe uma rede do SUS porque
1043 “rede” refere-se à rede integral de saúde e os hospitais não estão em rede com a atenção básica, nem
1044 com a saúde mental, por exemplo. Salientou que outro problema crônico do SUS não resolvido é o de
1045 pessoal e a “Política de Pessoal do Sistema” é crítica do ponto de vista corporativo, do atendimento,
1046 da qualidade, da promoção, da qualidade e da sustentabilidade. Disse que os municípios, por si só, não
1047 alcançarão uma política de pessoal para o SUS, nem a integralidade, uma vez que não são regiões de
1048 saúde. Além disso, destacou que, diante da municipalização e das dificuldades do Estado Brasileiro,
1049 não foi feita uma reforma administrativa do modelo de gestão que facilitasse a vida do SUS e há um

1050 grau de fragmentação. No mais, destacou que o Sistema enfrenta o problema da sustentabilidade e a
1051 dependência do Poder Executivo é altíssima. Acrescentou ainda a esse cenário o problema da
1052 iniquidade uma vez que Estados avançaram na construção do SUS mais que outros e frisou que,
1053 apesar de importante, a Lei Complementar nº. 141/2012 é insuficiente para resolver a situação. Diante
1054 desse quadro, salientou que o Conselho deve ser o protagonista de um processo de reconstrução da
1055 reforma sanitária, com resgate da legitimidade do SUS perante a população e apontamento de desafios
1056 que os setores do governo não assumem. Disse que esse é um desafio muito sério e difícil de levar
1057 adiante por conta de problemas estruturais. Também falou sobre o subfinanciamento do SUS avaliando
1058 que pedir mais dinheiro sem dizer para quê não convence mais – recurso para investir no mesmo
1059 modelo? Vai melhorar o quê? Os hospitais continuarão autônomos para operar? Frisou que o desafio
1060 do CNS é agir como intelectual orgânico da reforma sanitária com melhoria da comunicação do
1061 Conselho com o movimento organizado e com a opinião pública. Todavia, disse que, para além de
1062 críticas, é preciso apontar caminhos viáveis e possíveis. Nesse sentido, perguntou qual a dificuldade
1063 dos conselheiros. Destacou que cada conselheiro representa um setor com interesses particulares que
1064 são legítimos, mas é preciso pensar em um projeto para a sociedade que transcendia a limitação
1065 corporativa de cada um e defendia o direito à saúde, à vida, ao transporte, à moradia, ao SUS. Disse
1066 que essa é uma questão complexa porque envolve vários aspectos, de todo modo, frisou que é preciso
1067 construir o SUS de forma sistêmica, com foco na atenção básica e articulada com a área especializada.
1068 Seguindo, apresentou propostas de construção do Sistema, a primeira delas é convencer a população
1069 que o SUS é viável, com repercussão no direito à saúde e à vida. Também disse que é preciso
1070 convencimento sobre a necessidade de priorizar a atenção básica para garantir a universalidade e
1071 reiterou a proposta de ampliar a cobertura desse nível de atenção, em 4 anos, para 80% da população.
1072 Explicou que em outros países a população escolhe dentro de um território ou região os profissionais
1073 para compor a equipe de saúde, o que representa uma forma de controle social e legitimização.
1074 Destacou que o mesmo pode ser feito no Brasil, lembrando que não gera custo para o Sistema e se
1075 configura em uma forma eficaz de controle social. Citou, por exemplo, que na Inglaterra o horário das
1076 equipes é definido com a participação dos usuários e o planejamento das regiões de saúde é
1077 coordenado pela equipe da atenção. Ainda em relação à atenção básica, disse que os profissionais
1078 devem ter a possibilidade e o dever de solicitar exames e internação, segundo grau de prioridade (1, 2
1079 e 3) e com base em protocolos definidos em acordo com os especialistas. Salientou que essa é mais
1080 uma ação que não custa dinheiro e apresenta grandes resultados. Também avaliou que o SUS não
1081 deve ter uma equipe única de atenção básica, mas sim uma composição flexível que possibilite atender
1082 as peculiaridades de cada uma das áreas de saúde. Defendeu um programa de expansão da atenção
1083 básica, com a meta de, em quatro anos, assegurar 80% de cobertura, com qualidade, eficácia,
1084 resolutividade. Disse ainda que a Política de Pessoal da Saúde da Família não pode ficar a cargo
1085 somente dos municípios. Destacou que pesquisas apontam que o principal problema do usuário do
1086 SUS é a fila (atenção oncológica, traumatologia, ortopedia, especialidades médicas, reabilitação física).
1087 Assim, sugeriu que o CNS solicite um mapa das filas por regiões de saúde do país e defende
1088 investimento local conforme a situação, o que significa se pronunciar contra a lógica das emendas
1089 parlamentares. Também disse que é preciso investir no nível secundário, na urgência e emergência,
1090 mas com planejamento. Na área da saúde pública, reiterou que o CNS deve defender a erradicação da
1091 hanseníase, por exemplo. Também relatou que na cidade de São Paulo morrem 500 pessoas
1092 atropeladas por ano, 1.200 por acidentes de trânsito e 1.200 assassinadas. Assim, perguntou quantas
1093 morrem por overdose crônica de crack? Disse que isso significa que a dependência química não seja
1094 uma questão importante, mas o Conselho não pode correr atrás de todo “rojão”. Ressaltou que o
1095 Conselho deve discutir a questão da internação compulsória e, na mesma lógica dessa iniciativa,
1096 perguntou se serão internadas todas as pessoas com diabetes que não querem se tratar. A respeito de
1097 modelo de gestão e política de pessoal, defendeu carreiras específicas do SUS por áreas – atenção
1098 básica, vigilância em saúde, especialidades... com recurso das três esferas de governo e gestão
1099 municipal ou estadual. Também avaliou que o Contrato de Organização Pública não irá garantir a
1100 gestão unificada das regiões de saúde, e, nessa linha, perguntou como criar rede regional. Destacou
1101 que é preciso fortalecer as regiões, com criação de conselhos de saúde e defendeu a proposta de criar
1102 a função de secretário de saúde regional de saúde, com indicação pelo colegiado. Salientou que na
1103 mudança do modelo de gestão é preciso pensar formas para diminuir a dependência do SUS do Poder
1104 Executivo. Sugeriu ainda que o CNS defende a aprovação de lei nacional assegurando que os cargos
1105 de direção de serviços de saúde sejam definidos por seleção e não de livre provimento do Poder
1106 Executivo, nem por eleição. A respeito do financiamento, disse que solicitar mais recursos para
1107 expandir a atenção básica para 80% da população do país ou para assegurar salário digno é uma
1108 bandeira viável. No mais, destacou que é preciso priorizar o gasto com saúde e, a esse respeito,
1109 defendeu a modificação da LRF para aumentar a possibilidade de gasto. Também falou sobre a falta de
1110 médicos na atenção básica e propôs a aprovação de norma determinando que, no caso da residência –
1111 médica e multiprofissional (R2 ou R3) – custeada com recurso público, o aluno deverá permanecer um

1112 ano na atenção básica com supervisão territorial da instituição de ensino correspondente. Destacou que
1113 isso é feito no Canadá e na Inglaterra e traz ganhos para a população e para o profissional. Também
1114 informou que no dia do aniversário de São Paulo foi anunciada a construção de 25 UPA e, na sua
1115 visão, esse tipo de Unidade é uma forma demagógica e populista de estender a cobertura para a
1116 população mais carente. Registrou que é contra essa iniciativa por considerá-la equivocada uma vez
1117 que solicita o dobro do exame que a atenção primária, receita 40% a mais medicamentos que a
1118 atenção primária, com resultado pior. Destacou que o modelo de administração pública tradicional não
1119 serve para a saúde e é preciso pensar em outra forma. Por fim, disse que a 14^a Conferência apontou
1120 vários caminhos e o CNS deve abrir o debate para encontrar outras saídas para resolver os problemas
1121 diagnosticados. **Manifestações.** Conselheira **Maria do Socorro de Souza** destacou que a contribuição
1122 do professor Gastão Wagner é bem vinda nesse início de gestão que terá como desafio realinhar o
1123 papel do CNS enquanto controle social em um diálogo com a sociedade, com senso crítico e definição
1124 de saídas. Conselheiro **Renato Almeida de Barros** apontou como causas do estrangulamento no
1125 Sistema: mudança do modelo, com prioridade à ação curativa em detrimento da preventiva; não
1126 investimento na atenção básica e falta de carreira sistêmica. Como saída, defendeu a definição de uma
1127 carreira única e não por blocos, entendendo que a saúde é multidisciplinar e deve trabalhar de forma
1128 organizada. Conselheiro **Marcos Antônio Gonçalves** falou da experiência de definição de consórcio
1129 para atuar na saúde e ressaltou que é preciso debater o modelo de gestão com defesa de uma gestão
1130 regionalizada e pública. Lembrou que a maior parte da atenção à saúde nos municípios é
1131 desempenhada por OSs, OSCIPs, Fundações na saúde, desse modo, sugeriu que fosse realizada
1132 seleção pública de funcionários que irão trabalhar nesses locais a fim de acabar com a prática de
1133 indicação por interesse (clientelismo). Por fim, defendeu a definição de um novo modelo de gestão para
1134 o país. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** salientou que o primeiro desafio para construir algo novo
1135 é ser solidário e respeitar o outro como ser humano. Disse que aos conselheiros, enquanto
1136 representantes da sociedade, cabe a responsabilidade de modificar a situação atual – além de
1137 modificar o modelo de gestão, é preciso mudar o modelo de Estado. Salientou ainda que é preciso
1138 redefinir o que é democracia, o que é participação e controle social. Também apontou a falta de
1139 definição de elementos para formação dos responsáveis pelo funcionamento do Sistema e para a
1140 informação da população sobre esse Sistema, ao criar o SUS, como causa do descrédito e
1141 desconfiança em relação ao SUS. Conselheira **Maria Cristhina Pedro Biz** cumprimentou o professor
1142 Gastão Wagner pela apresentação e destacou da sua fala a importância do papel do Conselho na
1143 defesa da saúde como direito. Também perguntou como efetivar o protagonismo do CNS e garantir que
1144 o Colegiado explice a voz da sociedade. Conselheira **Ubiraci Matildes de Jesus** saudou o professor
1145 Gastão Wagner pela fala e ressaltou a dificuldade de modificar a cultura no âmbito do SUS. Também
1146 pontuou na sua intervenção os seguintes aspectos: ao falar em mudanças, é preciso pensar qual o tipo
1147 de profissional que se coloca no mercado para atuar; a cogestão é importante, assegurando a
1148 participação nos conselhos de saúde das três esferas de governo; a ausência de uma carreira do SUS
1149 é preocupante; e a saúde não pode ser vista na lógica do mercado. Também salientou que a sociedade
1150 é plural e é preciso trabalhar a especificidade da população brasileira e perguntou a visão do professor
1151 a respeito. Por fim, disse que é preciso definir um planejamento, sem desconsiderar as especificidades.
1152 Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** também avaliou como privilégio ouvir o professor Gastão, um
1153 verdadeiro colaborador do CNS, e agradeceu pela contribuição. Destacou da fala do professor pontos
1154 que considerou mais relevantes: as duas teses: direito social à saúde e garantia do cuidado à saúde; o
1155 papel do CNS; o atual momento de crise do SUS; dimensões: direito do cidadão à saúde e como
1156 garantir esse direito enquanto conselheiro. Também ressaltou a proposta de definir um projeto para a
1157 sociedade (“projetão”) e frisou que o desenho deverá ser feito no planejamento do CNS. Conselheiro
1158 **Jorge Oliveira Duarte** (“Marubo”) também agradeceu o professor Gastão Wagner e concordou que é
1159 preciso realizar uma reforma política sanitária do país. Destacou que foi constituída a SESAI/MS, mas
1160 essa Secretaria tem enfrentado dificuldades para implementar as ações de saúde nas comunidades
1161 indígenas por conta do modelo de saúde. Disse que é preciso adaptar as ações de saúde à realidade
1162 indígena das várias regiões do país e às demandas locais. Ou seja, é preciso considerar a diversidade
1163 do país e a questão étnica do Brasil na definição das políticas. Conselheira **Maria Laura Carvalho**
1164 **Bicca** salientou que é importante priorizar as quatorze profissões da saúde e citou, por exemplo, os
1165 NAFS onde os usuários contribuem com os trabalhos. Destacou ainda o papel dos assistentes sociais
1166 de mobilizar as comunidades e contribuir com a organização das lideranças. Fez um destaque à fala
1167 sobre a necessidade “de convencer a sociedade que vale a pena investir no projeto de direito à saúde” e
1168 debater a lógica do mercado. Também falou sobre a tese da conselheira Maria do Socorro, da
1169 UNASUS, sobre o controle social como legitimador do SUS que, entre outros aspectos, aponta a
1170 necessidade de empoderar o papel de conselheiro de saúde. Conselheiro **Jorge Alves de Almeida**
1171 **Venâncio** destacou que a legislação não define punição no caso de descumprimento das políticas
1172 nacionais do MS, pelas outras instâncias. Disse que os gestores que falsamente apoiam o SUS aplicam
1173 o orçamento de forma a resistir à política do Ministério da Saúde e citou o caso de São Paulo onde o

1174 orçamento da prefeitura determina mais de R\$ 1,5 bilhão para atenção básica e o governo destina
1175 recursos às AMAS entendendo que fazem parte da atenção básica, o que não procede. Disse que é
1176 preciso encontrar saídas para resolver situações como essa que ocorrem em todo o país. Também
1177 concordou que a garantia do acesso é o caminho para ganhar a sociedade para a defesa do SUS e,
1178 nesse sentido, defendeu a divulgação das informações sobre o tamanho das filas no SUS. No seu
1179 modo de ver, esse deve ser um dos temas a serem debatidos no seminário sobre o Cartão SUS.
1180 Conselheiro **José Eri de Medeiros**, primeiro, sugeriu aproximação do CNS com o grupo de debate que
1181 conta com a participação do professor Gastão a fim de tratar de outros temas de interesse do
1182 Conselho. Para alavancar o debate, fez as seguintes perguntas: Como trabalhar a questão da gestão
1183 regional?; Considerando que o Movimento nacional de defesa da saúde pública conseguirá incluir mais
1184 de R\$ 45 bilhões no orçamento da saúde, qual a estratégia para garantir que parte desse recurso seja
1185 aplicado na atenção básica? Também concordou que é preciso radicalizar na reforma sanitária
1186 brasileira por meio da participação da comunidade. Conselheira **Sandra Régis** cumprimentou o
1187 professor pela fala e partilhou as preocupações apontadas. Para reflexão, fez os seguintes
1188 questionamentos: O prazo de 4 anos é suficiente para ampliar a cobertura da atenção básica para 80%
1189 da população? Como garantir que a atenção básica seja vista como prioridade e uma política nacional?
1190 Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** trouxe elementos da política e da economia nacional para
1191 localizar o debate da saúde no cenário nacional. Destacou que a redemocratização do país foi a
1192 principal conquista da década de 80 e lembrou que os resultados no Brasil são alcançados com muita
1193 luta. Avaliou que está em jogo o rumo da sociedade brasileira, lembrando que a lógica do mercado
1194 contamina o SUS, a educação, entre outros setores importantes. Salientou que esses elementos devem
1195 ser considerados na elaboração do planejamento com vistas à construção de um país mais justo.
1196 Conselheiro **Marcos Vinicius Soares Pedrosa** destacou que a assistência individual é uma inovação
1197 do SUS e apontou as filas como principal ponto de fuga do Sistema e o campo onde se perde a disputa.
1198 Destacou que é preciso ter cuidado com o movimento de retorno ao hospital que se dá com a
1199 implantação das UPAS e citou o estudo de uma revista americana que correlaciona maior satisfação
1200 com a assistência e uso de hospital com mortalidade. Salientou também que é preciso debater que o
1201 consumo de procedimentos e insumos provoca risco à saúde. Disse que nas unidades em que a
1202 atenção à saúde é de contato, como as UPAS e as AMAS, o paciente não consegue ter um cuidado
1203 continuado de doenças crônicas, mas acredita que está sendo cuidado. Ressaltou que é preciso
1204 avançar na discussão do que é prevenção e pensar a atenção individual às pessoas como uma grande
1205 ampliação do SUS, que precisa se fortalecer. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** saudou o expositor pela
1206 apresentação e salientou que o SUS atende os 200 milhões de brasileiros, mas de uma forma
1207 diferenciada. Portanto, é nessa lógica que se deve construir o Sistema (rediscutir a matriz de acordo
1208 com a realidade das pessoas e do povo brasileiro). Disse que o desafio do CNS é iniciar uma
1209 rediscussão séria sobre a atenção básica e o modelo do Programa Saúde da Família do país. Dispôs-
1210 se a contribuir nesse debate na lógica do que foi discutido no Conselho, tendo como ponto de partida
1211 as necessidades das comunidades das regiões do país. Destacou que essa demanda deve ter uma
1212 correlação com a disponibilidade dos trabalhadores. Ressaltou que há grande dificuldade de se avançar
1213 no país por uma série de resistência a mudanças e é preciso transpor essa barreira. Conselheira **Ana**
1214 **Maria Costa** reiterou que é preciso ter coragem para o exercício da crítica e da autocritica, em especial
1215 na condição de conselheiros que têm a função de defender os interesses coletivos. Destacou que o
1216 projeto de saúde como direito social, no formato definido na Constituição Federal, foi prejudicado por
1217 vários mecanismos que a história processou nos anos 90 e nos dias de hoje. Nesse sentido, o SUS
1218 tornou-se refém de projetos de governo e é preciso cuidado para o movimento, orquestrado pela OMS,
1219 que, em síntese, reserva a proteção do Estado àquela população que não pode pagar seguro privado
1220 de saúde. Disse que esse tema está na ordem do dia e o CNS deve intervir e participar dessa
1221 discussão. Também defendeu como prioridades do planejamento do CNS a ação legislativa, de modo a
1222 intervir no cerne do processo que impede o avanço do direito à saúde e o fortalecimento da ação do
1223 CNS na defesa da saúde e não apenas do SUS. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** explicou que
1224 na segunda etapa do planejamento, que ocorrerá em fevereiro, será pautado debate sobre o cenário
1225 internacional e a saúde. No mais, registrou que há 15 mil proposições legislativas referentes à saúde no
1226 Congresso Nacional, inclusive o Cartão SUS foi objeto de projeto legislativo e foi rejeitado. Conselheira
1227 **Eurídice Ferreira de Almeida** manifestou sua satisfação com a fala do professor Gastão Wagner por
1228 estar em acordo com as bandeiras defendidas pela FASUBRA. Fez um destaque ao chamamento dos
1229 conselheiros para a responsabilidade de representação da população brasileira. Conselheiro **Carlos**
1230 **Alberto Duarte**, na condição de usuário do SUS, disse que não é possível garantir direito à saúde fora
1231 do modelo público e universal, defendido pelo CNS. Em relação ao controle social, avaliou que o “copo
1232 está esvaziando”, pois o controle é feito encima do social o que, na sua visão, trará retrocesso no que
1233 diz respeito ao direito à saúde. Também manifestou preocupação com o debate sobre as políticas
1234 afirmativas de saúde fora da área da saúde, sem a participação do usuário dessas políticas.
1235 Conselheiro **João Rodrigues Filho** manifestou preocupação com as filas de espera e sugeriu a

realização de mutirões para resolver esse problema. Também falou da situação crítica dos trabalhadores da enfermagem que, pelos baixos salários, são obrigados a trabalhar em mais de duas unidades de saúde. Nessa linha, sentiu falta da valorização e qualificação desses profissionais de saúde. Conselheira **Verônica Lourenço da Silva** cumprimentou o professor Gastão pelas respostas claras a questões complexas e salientou que o país criou um sistema maravilhoso, mas não foi efetivado por conta da lógica imposta, inclusive histórica. Disse que um dos grandes desafios é olhar para a população negra, maioria do povo brasileiro. Sugeriu que o CNS acatasse as sugestões do professor e frisou é preciso mudar as pessoas para alcançar o que se espera. Conselheiro **Olympio Távora D. Corrêa** avaliou que os gastos com áreas assistenciais aumentarão enquanto não houver resolutividade na área ambulatorial e, para resolver essa situação, é preciso investir na atenção primária e articulá-la com a atenção secundária. Também manifestou preocupação com a falta de continuidade na condução de política por conta da grande interferência do Executivo nas decisões e ressaltou que essa situação precisa ser modificada. Por fim, disse que é preciso definir uma proposta de planejamento que permita mudar o arcabouço do SUS, com envolvimento de todos os segmentos. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos** ("Santinha") manifestou satisfação com a fala do professor Gastão Wagner pela clareza das informações e solicitou maiores esclarecimentos sobre o processo de regionalização. Também disse que é preciso investir na formação do profissional de saúde voltada ao cuidado das pessoas, inclusive para tratar da questão da violência contra a sociedade, em especial contra a mulher. No mais, frisou a importância de trabalhar a questão da equidade, um dos princípios do SUS. A respeito do financiamento, disse que é preciso lutar por mais recursos para investir na atenção básica, mas com definição de prioridades. Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes** destacou que é evidente os avanços alcançados na saúde desde a criação do SUS, mas é complexo comparar determinadas datas com os dias de hoje porque se está preso, de um lado, por um discurso derrotista e, de outro, por um discurso triunfalista. A esse respeito, solicitou ao professor que comentasse as mudanças ocorridas nos últimos anos considerando a diversidade do país e como considerar essa diversidade na definição do planejamento. Também pediu que fizesse maiores considerações sobre o processo de municipalização e como deve ser agora. Por fim, reiterou que o centro dos debates deve ser a garantia da saúde das pessoas. Conselheira **Marisa Furia Silva** explicou que, nos termos da 12.764/2012, as pessoas com autismo são consideradas pessoas com deficiência e destacou a importância de capacitar a atenção básica para tratar e recuperar essas pessoas. Destacou que o diagnóstico precoce é importante, além de garantia da assistência e salientou que esse é um momento importante, inclusive por conta do Programa Viver sem Limites, da definição da linha de cuidado para as pessoas com deficiência. Frisou que o governo deve se preparar para atender as pessoas e que o CNS deve ficar atento para acompanhar essa questão. Destacou que a capacitação deve ser ampla, iniciando-se na atenção básica. Conselheira **Júlia Maria Roland** destacou que a intervenção do professor Gastão foi instigante e colocou com clareza o desafio do CNS, dialogando com o debate do dia anterior (entre as missões do CNS, quais seriam as prioritárias) e contribuindo na construção de saídas para vencer os entraves no processo de construção do SUS. Avaliou que, de um modo geral, o processo é de avanço, apesar de mais lento que o desejável e fez um destaque à diretriz de ampliação do acesso com qualidade, que inclusive orienta as ações desse Ministério, como bandeira fundamental para enfrentar a crise de legitimidade do SUS. Salientou que são muitos os desafios a serem enfrentados pelo CNS, mas alguns são fundamentais como o avanço no processo de regionalização para garantir a integralidade. Disse que o Decreto nº. 7.508/2012 contribui para essa melhoria, apesar da sua insuficiência uma vez que não foi possível resolver o gargalo da questão do financiamento. Ressaltou que, além da ampliação dos recursos, é preciso mudar a lógica do financiamento – deve ser feito com base nos planos regionais e não em programas. Salientou ainda o desafio de como fazer a gestão do trabalho e da educação e, para isso, é preciso ampliar a participação da sociedade. Conselheiro **Waldir Araújo Cardoso** manifestou satisfação por ouvir o professor Gastão Wagner e destacou que é preciso enfrentar o problema do patrimonialismo na política brasileira e assegurar o controle social para além dos conselhos de saúde. Também falou sobre o tema da carreira para registrar que as entidades médicas defendem uma carreira para atenção básica. Sobre a questão de pessoal, avaliou que o movimento sindical precisa discutir essa questão para definir saídas. A respeito do financiamento, concordou que é preciso lutar por mais recursos, mas é preciso modificar o modelo atual de financiamento. Sobre o modelo de atenção, ponderou que é preciso lutar por mais recursos para universalizar a atenção básica, com qualidade, integração de dados (Cartão SUS). Por fim, pontuou três questões que, no seu modo de ver, deveriam ser priorizadas no planejamento: universalizar a atenção básica, com integralidade; mais recursos para saúde, mas com definição de prioridade; e defesa de carreira para a atenção básica. Conselheiro **Luis Carlos Bolzan** cumprimentou o expositor e avaliou que a falta de legitimidade do SUS perante a sociedade reflete a falta de diálogo do Sistema com a sociedade. Avaliou que é necessário um choque de democracia no SUS que discuta representação e participação, democracia da legitimidade de propostas dentro de alguns territórios. Nessa linha, destacou que o MS possui uma política de atenção

1298 básica, ainda que se concorde com ela ou não. Disse, por último, que no interior o SUS cresceu com
1299 legitimidade e não se observa falta de legitimidade do Sistema como ocorre nos grandes centros.
1300 Conselheira **Maria do Socorro de Souza** avaliou que a Ouvidoria do SUS deve ser convidada a
1301 apresentar elementos para reflexão do CNS, haja vista o papel de escuta itinerante. Também destacou
1302 que a crise de legitimidade do SUS se reflete no controle social e salientou que é preciso fazer uma
1303 crítica e provocação em ser ator político nessa esfera pública da democracia. Ressaltou que é preciso
1304 refletir sobre o papel da saúde no processo de construção da democracia brasileira e, nessa linha,
1305 disse que é preciso saber qual o projeto de SUS dos governos e da sociedade. Nesse sentido, disse
1306 que o movimento social possui responsabilidade porque está realizando esse debate nos espaços
1307 formais, mas não está vocalizando para a sociedade. Destacou que um dos caminhos para dialogar
1308 com a sociedade é diminuir as filas do atendimento e dizer qual o SUS desejável. No mais, salientou
1309 que o clientelismo tem grande influência na esfera pública e privada e essa é uma situação a ser
1310 discutida. Ressaltou que o movimento nacional não pode fazer uma análise da política de saúde a partir
1311 dos parâmetros governamentais, assim, é preciso construir os parâmetros de avaliação. Por fim,
1312 agradeceu o professor Gastão pela construção e fez um destaque à mensagem de construir, nos três
1313 anos do mandato, o projeto de SUS e o governo necessário para essa construção. Conselheiro
1314 **Geraldo Adão Santos** cumprimentou o professor Gastão Wagner pela explanação e, na condição de
1315 coordenador da Comissão Intersetorial de Eliminação da Hanseníase – CIEH/CNS, defendeu que é
1316 possível eliminar a hanseníase, por conta da possibilidade de fazer a busca ativa e da disponibilização
1317 gratuita de medicamento para o tratamento. Nesse sentido, solicitou ao Pleno uma pauta para tratar do
1318 tema no CNS no sentido de mobilizar os gestores para busca ativa da incidência da doença e decisão
1319 de eliminar a hanseníase. **Retorno da mesa.** O professor doutor da UNICAMP, **Gastão Wagner**,
1320 começou a sua fala manifestando satisfação por ter conseguido transmitir a sua mensagem ao
1321 Plenário: o SUS é importante e, apesar dos avanços, ainda há muito a ser feito. Das falas, destacou
1322 que o CNS deve ter maior interlocução com a sociedade brasileira, os profissionais de saúde e a
1323 opinião pública e propôs, por exemplo, o lançamento de uma campanha para eliminação da
1324 hanseníase. Frisou que o Conselho deve dizer “não” ao que é habitual e indigno e manifestou
1325 preocupação com a influência do clientelismo na política de saúde indígena. Ressaltou que é absurdo o
1326 padrão e a qualidade da saúde indígena, apesar de compreender as dificuldades – heterogeneidade,
1327 integração cultural da saúde ocidental com a cultura de cura e saúde da população, dificuldade de
1328 seleção regionalizada... Disse que uma maneira de dar voz ao Conselho é garantir que o Colegiado
1329 assuma o diálogo com a sociedade e o movimento sanitário. No mais, propôs que o Conselho elabore
1330 uma agenda com temas prioritários a serem debatidos, com envolvimento das demais esferas de
1331 governo. Também destacou que é preciso pensar formas de controle social para além dos
1332 representantes nos conselhos e reiterou a possibilidade de os usuários indicarem a equipe da atenção
1333 básica. No mais, salientou que é preciso considerar no debate sobre o direito à saúde a diversidade e a
1334 heterogeneidade do país e, para ilustrar, disse que a mortalidade materna da mulher negra, no Estado
1335 de São Paulo, é 40% maior que a mulher branca e os médicos fazem duas perguntas para a mulher
1336 negra no pré-natal e 6 a 8 para mulher branca. Sobre a regionalização, defendeu a ideia de rede
1337 regional integral, com investimento por região e, além do colegiado regional, a definição de secretário
1338 regional de saúde, com indicação do Pleno do Colegiado, segundo critérios técnicos. Disse que é
1339 preciso caminhar para definição de um fundo regional de saúde, com planejamento. Avaliou que o CNS
1340 deve assumir o desafio de ampliar o acesso à atenção básica, com qualidade, ainda que não se
1341 alcance esse objetivo no prazo definido. Ainda sobre a atenção básica, disse que as equipes devem ser
1342 compostas por profissionais generalistas, por serem os mais requisitados pelos usuários, apesar de
1343 compreender que as especialidades são importantes. Disse que é preciso entender que existe uma
1344 equipe de referência e como agregar outros profissionais e o NASF é um caminho que pode ser
1345 aperfeiçoado. Também destacou que é necessário modificar a lógica dos hospitais e disse que, em
1346 muitos casos, os mutirões não são uma estratégia. Sugeriu que o planejamento seja realizado com a
1347 definição de prioridades (problemas), mas de forma sistêmica. Por fim, disse que o papel do CNS é
1348 essencial, lembrando que muitos educadores e gestores não acreditam do SUS. Conselheira **Maria do**
1349 **Socorro de Souza** disse que o planejamento do CNS terá a contribuição efetiva de especialistas e o
1350 professor doutor Gastão Wagner é um deles. Finalizando, agradeceu o expositor e suspendeu para o
1351 almoço. **ITEM 6 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS – CIRH - Apresentação:**
1352 conselheiro **José Eri de Medeiros**, coordenador adjunto da CIRH; **Ruth Ribeiro Bittencourt**,
1353 integrante da CIRH/CNS. **Coordenação:** conselheiro **Carlos Ebeling Duarte**, da Mesa Diretora do CNS.
1354 Inicialmente, o coordenador adjunto da CIRH explicou que a Comissão passa por um processo de
1355 transição, por conta da renovação dos conselheiros após as eleições do CNS, realizada ocorreu no
1356 mês de dezembro de 2012. Feitas essas considerações, passou a palavra à integrante da CIRH, **Ruth**
1357 **Ribeiro Bittencourt**, ex-conselheira do CNS e ex-coordenadora da Comissão, falou sobre a atuação
1358 da CIRH, por conta da renovação do Conselho. Explicou que a Comissão, entre outras questões, emite
1359 pareceres sobre processos de abertura de novos cursos, renovação e reconhecimento de cursos para

1360 três das quatorze profissões da saúde, com base nos critérios definidos pelo CNS na Resolução nº. 350
1361 - necessidade social e relevância social. Disse que uma das lutas da CIRH é ampliar esse processo
1362 para as 14 profissões da saúde e trabalhar com outras áreas. Explicou que o ano de 2012 foi atípico
1363 porque o MEC passou por grandes mudanças estruturais e no processo de trabalho. A seguir,
1364 apresentou os pareceres elaborados pela CIRH: 1) Referência: Processo nº 201008048. Interessado:
1365 Universidade de Franca. Curso: Renovação de Reconhecimento do curso de Odontologia. Parecer
1366 final: insatisfatório à renovação de reconhecimento do curso de Odontologia da Universidade de
1367 Franca, com base em análise feita à luz da Resolução CNS Nº 350/2005. 2) Referência: Processo nº
1368 201012709. Interessado: Centro Universitário de Volta Redonda. Curso: Renovação de
1369 Reconhecimento do curso de Odontologia. Parecer final: satisfatório à renovação de reconhecimento do
1370 curso de Odontologia do Centro Universitário de Volta Redonda, com base em análise feita à luz da
1371 Resolução CNS Nº 350/2005. 3) Referência: Processo nº 201100230. Interessado: Faculdade Católica
1372 Dom Orione. Curso: Autorização do curso de Psicologia. Parecer final: insatisfatório à autorização do
1373 curso de Psicologia da Faculdade Católica Dom Orione, com base em análise à luz da Resolução CNS
1374 Nº. 350/2005. 4) Referência: Processo nº 201118062. Interessado: Centro Universitário do Cerrado-
1375 Patrocínio. Curso: Reconhecimento do curso de Psicologia. Parecer final: insatisfatório ao
1376 reconhecimento do curso de Psicologia do Centro Universitário do Cerrado-Patrocínio, com base em
1377 análise feita à luz da Resolução CNS Nº. 350/2005. A seguir, detalhou como funciona o processo de
1378 emissão de pareceres e, para ilustrar, citou trechos do parecer relativo ao processo da Universidade de
1379 Franca, renovação de reconhecimento do curso de Odontologia. Explicou que, nos termos do parecer,
1380 os dados disponibilizados no e-MEC para avaliação do curso de Odontologia, com vistas a parecer de
1381 renovação de reconhecimento indicam que: 1) Não há referência ao Termo de Convênio ou Termo de
1382 Compromisso entre a IES e as Secretarias Municipais de Saúde do Polo Regional para utilização da
1383 rede de serviços instalada e de outros equipamentos sociais existentes na região (Parágrafo único do
1384 artigo 27) da Lei 8080/90; 2) Não há referência à participação direta dos gestores locais do SUS na
1385 construção do PPC, conforme recomendação da Resolução CNS Nº 350/2005 e o caput do artigo 27 da
1386 lei nº 8080/90, o que não assegura a integração com o sistema local de Saúde e uma formação do
1387 egresso dentro dos princípios e diretrizes do SUS; 3) Embora a IES mencione os campos de prática,
1388 não inclui a capacidade de atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente, não
1389 assegurando absorção nos cenários de prática da rede SUS (Resolução Nº 350/2005 e Parágrafo único
1390 do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90); e 4) Não há participação do aluno, na comunidade, desde o início do
1391 curso, segundo informações do PPC (Resolução Nº 350/2005). Na sequência, os conselheiros
1392 esclareceram dúvidas sobre esse processo de emissão de pareceres e, a seguir, a mesa colocou em
1393 apreciação os pareceres. **Deliberação: aprovados os quatro pareceres elaborados pela CIRH, com**
1394 **uma abstenção.** Na sequência, a integrante da CIRH/CNS, **Ruth Ribeiro Bittencourt**, informou que a
1395 Comissão devolveu dois pareceres ao MEC: 201011143, da Universidade Federal de Campina Grande,
1396 autorização para curso de Psicologia; e 201116419 do Centro Universitário La Salle, reconhecimento
1397 do curso de Psicologia. Também comunicou que a CIRH recebeu um documento dos residentes
1398 multiprofissionais do Hospital Municipal Odilon Behres – HMBO sobre o Programa de Residência
1399 Multiprofissional do HMBO, Hospital de Ensino do Município de Belo Horizonte/Minas Gerais, em
1400 parceria com a Faculdade Novos Horizontes. No documento, os residentes debatem tópicos do
1401 Programa de Residência que consideram dissonantes da legislação e que têm impactado no
1402 aprimoramento profissional. **Deliberação: o Plenário decidiu enviar o documento ao Departamento**
1403 **de Gestão da Educação na Saúde – DEGES e à Comissão Nacional de Residência**
1404 **Multiprofissional para manifestação e retorno ao CNS.** Por fim, o coordenador adjunto da
1405 CIRH/CNS reiterou que a Comissão encontra-se em processo de reestruturação e os interessados em
1406 participar poderiam manifestar-se à Secretaria Executiva do CNS. **ITEM 8 - COMISSÃO DE**
1407 **ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO - COFIN - Apresentação:** conselheiro **Ronald Ferreira dos**
1408 **Santos**, coordenador adjunto da COFIN. **Coordenação:** conselheiro **Carlos Ebeling Duarte.** O
1409 coordenador da COFIN/CNS fez uma breve apresentação sobre os tópicos debatidos na última reunião
1410 da Comissão, realizada nos dias 21 e 22 de janeiro de 2013. Começou explicando que a reestruturação
1411 da COFIN é necessária, inclusive com ampliação do número de seus componentes: para garantir o
1412 contato regular com as COFINs dos Estados; para realizar a articulação política referente às ações
1413 voltadas ao fortalecimento do processo de financiamento do SUS nas três esferas de governo,
1414 especialmente em relação ao fluxo de informações interconselhos; para aprimorar o acompanhamento
1415 da execução orçamentária, bem como introduzir o processo de monitoramento permanente do
1416 planejamento realizado de forma integrada com as demais comissões do CNS, buscando conhecer o
1417 que existe sobre isso no Ministério da Saúde para cotejar o desenvolvimento da política de saúde com
1418 as metas financeiras, as metas físicas e os indicadores de saúde; para desempenhar adequadamente
1419 as atribuições estabelecidas pela Lei Complementar nº 141 no que se refere à participação na
1420 formulação das políticas de saúde a serem contempladas no PPA, LDO e LOA e à fiscalização da
1421 execução dessas políticas na perspectiva da avaliação dos resultados dos indicadores que expressem

1422 as condições de saúde da população. Também apresentou o calendário de reunião da COFIN em 2013
1423 (antes das reuniões da Mesa Diretora e do Plenário do CNS): janeiro: 21 e 22; fevereiro: 26; março: 19;
1424 abril: 16; maio: 14; junho: 11; julho: 16; agosto: 13; setembro: 17; outubro: 15; novembro: 12; e
1425 dezembro: 17. Também apresentou calendário e pauta permanente das próximas reuniões da
1426 COFIN/CNS – 2013: 1) Apreciação sobre o RPCQ-MS-3º/2012 e, se houver, indicar medidas corretivas;
1427 análise e deliberação sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades do SUS que integrarão
1428 o PLDO 2014 e a LOA 2014; e apresentação do ciclo orçamentário. COFIN: 26/02; e CNS: 13 e 14/03.
1429 Requisitos: MS/SPO encaminhará e apresentará para a COFIN/CNS o RPCQ, além das planilhas de
1430 execução orçamentária e financeira e dos restos a pagar - 20/02; COFIN/CNS encaminhará o resultado
1431 da análise do RPCQ aos conselheiros do CNS, cujas contribuições deverão ser apresentadas na
1432 reunião do CNS - 27/02; MS/SPO encaminhará e apresentará para a COFIN/CNS as diretrizes para o
1433 estabelecimento de prioridades do SUS para 2014 - 20/02; COFIN/CNS encaminhará o resultado da
1434 análise das diretrizes para o estabelecimento de prioridades para os conselheiros do CNS cujas
1435 contribuições deverão ser apresentadas na reunião do CNS - 27/02; e COFIN/CNS preparará
1436 apresentação para a reunião do CNS - 26/02; 2) Análise e deliberação sobre o PLDO 2014-MS; e
1437 análise das planilhas de execução orçamentária e financeira e dos restos a pagar referente a 28/02.
1438 COFIN: 19/03. CNS: 10 e 11/04. Requisitos: MS/SPO encaminhará e apresentará para a COFIN/CNS o
1439 PLDO 2014-MS - 18/03; A COFIN/CNS encaminhará para os conselheiros do CNS o resultado da
1440 análise do PLDO 2014-MS, cujas contribuições deverão ser apresentadas na reunião do CNS - 20/03;
1441 MS/SPO encaminhará para a COFIN/CNS as planilhas - 15/03. 3) Análise e deliberação sobre o RAG
1442 2012-MS; e análise das planilhas de execução orçamentária e financeira e dos restos a pagar referente
1443 a 31/03. COFIN: 16/04. CNS: 08 e 09/05. Requisitos: MS/SPO encaminhará para a COFIN/CNS o RAG
1444 2012, que encaminhará para os conselheiros do CNS - 31/03; os conselheiros do CNS encaminharão
1445 as contribuições para consolidação pela COFIN/CNS - 12/04; MS/SPO encaminhará para a
1446 COFIN/CNS as planilhas - 12/04. 4) Apreciação sobre o RPCQ-MS-1º/2013 e indicar medidas
1447 corretivas (se for o caso). COFIN: 14/05. CNS: 05 E 06/06. Requisitos: MS/SPO encaminhará e
1448 apresentará para a COFIN/CNS o RCPQ, além das planilhas de execução orçamentária e financeira e
1449 dos restos a pagar - 10/05; e COFIN/CNS encaminhará o resultado da análise do RPCQ para os
1450 conselheiros do CNS, cujas contribuições deverão ser apresentadas na reunião do CNS - 15/05. 5) Apreciação
1451 dos parâmetros e das referências internas a serem utilizadas pelo MS na elaboração da
1452 programação de despesas para a LOA 2014; e análise das planilhas de execução orçamentária e
1453 financeira e dos restos a pagar referente a 31/05. COFIN: 11/06. CNS: 10 E 11/07. Requisitos:
1454 MS/SECRETARIAS/SPO apresentarão os parâmetros e as referências na reunião da COFIN/CNS -
1455 11/06; COFIN/CNS encaminhará para os conselheiros do CNS os parâmetros e referências - 12/06; e
1456 MS/SPO encaminhará para a COFIN/CNS as planilhas - 07/06. 6) Avaliação do PLDO 2014-MS em
1457 discussão e/ou aprovado pelo Congresso Nacional; e análise das planilhas de execução orçamentária e
1458 financeira e dos restos a pagar referente a 30/06. COFIN: 16/07. CNS: 07 E 08/08. Requisitos: MS/SPO
1459 apresentará para a COFIN/CNS o PLDO 2014-MS em discussão e/ou aprovado pelo Congresso
1460 Nacional - 16/07; e MS/SPO encaminhará para a COFIN/CNS as planilhas - 12/07. 7) Análise e
1461 deliberação sobre o PLOA 2014-MS; e Análise das Planilhas de Execução Orçamentária e Financeira e
1462 dos Restos a Pagar referente a 30/07. COFIN: 13/08. CNS: 25/08 (Extra). Requisitos: MS/SPO
1463 encaminhará para a COFIN/CNS o PLOA 2014-MS - 09/08; A COFIN/CNS encaminhará para os
1464 conselheiros do CNS o resultado da análise do PLOA 2014-MS, cujas contribuições deverão ser
1465 apresentadas na reunião do CNS - 14/08; e MS/SPO encaminhará para a COFIN/CNS as planilhas -
1466 09/08. 8) Apreciação sobre o RPCQ-MS-2º/2013 e, se houver, indicar medidas corretivas. COFIN:
1467 17/09. CNS: 09 e 10/10. Requisito: MS/SPO encaminhará e apresentará para a COFIN/CNS o RCPQ,
1468 além das planilhas de execução orçamentária e financeira e dos Restos a Pagar - 10/09; e COFIN/CNS
1469 encaminhará o resultado da análise do RPCQ para os conselheiros do CNS, cujas contribuições
1470 deverão ser apresentadas na reunião do CNS - 18/09. 9) Análise das Planilhas de Execução
1471 Orçamentária e Financeira e dos Restos a Pagar referente a 30/09. COFIN: 15/10. CNS: 06 e 07/11.
1472 Requisito: MS/SPO encaminhará para a COFIN/CNS as planilhas - 10/10. 10) Análise das Planilhas de
1473 Execução Orçamentária e Financeira e dos Restos a Pagar referente a 31/10. COFIN: 12/11. CNS: 11 e
1474 12/12. Requisito: MS/SPO encaminhará para a COFIN/CNS as planilhas - 08/11. 11) Análise das
1475 Planilhas de Execução Orçamentária e Financeira e dos Restos a Pagar referente a 30/11; e Avaliação
1476 do PLOA 2014-MS em discussão e/ou aprovado pelo Congresso Nacional. COFIN: 17/12. Requisitos:
1477 MS/SPO encaminhará para a COFIN/CNS as planilhas - 13/12; e MS/SPO apresentará para a
1478 COFIN/CNS o PLDO 2014-MS em discussão e/ou aprovado pelo Congresso Nacional - 17/12. Devido à
1479 exiguidade de tempo, não foi possível debater os tópicos apresentados pela COFIN/CNS. De todo
1480 modo, o tema do orçamento e financiamento é central e será base para processo de planejamento do
1481 CNS. **ITEM 9 – INFORME E INDICAÇÕES** - Coordenação: conselheiro **Edmundo Omore**, da Mesa
1482 Diretora do CNS. **Fórum Temático e Movimento Saúde + 10** - Conselheiro **Ronald Ferreira dos**
1483 **Santos** fez um breve informe sobre o andamento do movimento Saúde + 10 com destaque para:

1484 **Mobilização promovida na Bienal da UNE e da COBAP, em Aparecida do Norte/SP, visando à coleta**
1485 de assinaturas; presença da coordenação do Movimento no Fórum Social Mundial Temático 2013;
1486 reunião da coordenação do Movimento foi realizada no dia 30 de janeiro para definir os próximos
1487 encaminhamentos; inclusão do Movimento na agenda das Centrais Sindicais; o Movimento da
1488 Assembleia Legislativa de Minas Gerais está se incorporando ao Movimento Saúde + 10. Também
1489 ressaltou a importância de enviar as listas de assinaturas ao CNS. V **Encontro Nacional das**
1490 **Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador – CIST** - Conselheiro **Jorge Alves Venâncio**,
1491 coordenador da CIST/CNS, fez um informe sobre o Encontro que ocorreu nos dias 21 e 22 de
1492 novembro de 2013. Não houve deliberação. O tema da saúde do trabalhador também foi apontado
1493 como uma das prioridades a serem tratadas no planejamento do CNS. 5^a **Conferência Nacional de**
1494 **Saúde Indígena** - conselheiro **Antônio Alves de Souza**, Secretário da SESAI/CNS, submeteu à
1495 apreciação do Plenário uma minuta de Portaria com a designação dos integrantes da Comissão
1496 Organizadora da 5^a Conferência Nacional de Saúde Indígena: I – Usuários: Agnelo Temrité Wadzatsé –
1497 Xavante; Antonio Ricardo Domingos da Costa (Dourado) – Tapeba; Clóvis Boufleur; Edmundo Dzuaiwi
1498 Ómore (Xavante); Fernando da Silva Souza – Terena; Ilírio Portela – Kaygang; Jorge Oliveira Duarte –
1499 Marubo; Kleber Luiz Santos dos Santos – Karipuna; Lauro Martins – Tupinikim; Maria do Carmo
1500 Andrade Silva – Pankararu; Rildo Mendes – Kaygang; e Verônica Lourenço da Silva. II –
1501 Profissionais/Trabalhadores de Saúde: Ailson dos Santos (Issô) – Truka; Jacimar de Almeida Gouveia
1502 (Mara) – Kambeba; Lindomar Santos Rodrigues – Xocó; Nelson Mutzie Rikbaktsa – Rikbaktsa; Sandro
1503 Emanuel Cruz dos Santos – Tuxá; e Ruth Ribeiro Bittencourt. III – Gestores: Antonio Alves de Souza –
1504 SESAI; Fernando Rodrigues Rocha – SESAI; Haroldo Jorge de Carvalho Pontes – CONASS; José Eri
1505 de Medeiros – CONASEMS; Patrícia Chagas Neves – FUNAI; Zenite da Graça Boga Freitas – SGEP.
1506 A Portaria define, ainda, que a Comissão organizadora terá a seguinte composição: I - Coordenador-
1507 Geral - Antonio Alves de Souza; II - Secretário-Geral - Clóvis Boufleur; III - Relator-Geral - Paulo Capel
1508 Narvaí; IV - Relator-Adjunto - Edmundo Dzuaiwi Ómore; V - Coordenador de Comunicação e
1509 Informação - Ruth Ribeiro Bittencourt; VI - Coordenador-Adjunto de Comunicação e Informação –
1510 Kleber Luiz Santos dos Santos – Karipuna; VII - Coordenador de Infraestrutura – Fernando Rodrigues
1511 da Rocha; e VIII - Coordenador-Adjunto de Infraestrutura - Jorge Oliveira Duarte – Marubo. Para
1512 conhecimento, informou que: o Orçamento da Saúde 2013 ainda não havia sido aprovado e, portanto,
1513 não havia sido definido recurso para realização da Conferência; e o documento orientador ainda não
1514 havia sido elaborado. Por fim, propôs que a primeira reunião da Comissão Organizadora ocorresse no
1515 dia 18 de fevereiro de 2013 para trabalhar a proposta de composição das comissões. Conselheiro
1516 **Clóvis Boufleur** disse que o documento base da Conferência deve ser produzido com a máxima
1517 brevidade possível a fim de nortear a primeira etapa. Nesse sentido, solicitou pauta na próxima reunião
1518 do CNS para apreciar esse documento. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** ressaltou a
1519 importância de garantir a participação das mulheres indígenas na Conferência e discutir a saúde das
1520 pessoas indígenas com deficiência. Conselheiro **Luís Carlos Bolzan** colocou a Ouvidoria à disposição
1521 para acompanhar as etapas da V CNSI e informou o Pleno sobre o fórum nacional de ouvidorias
1522 públicas federais. **Deliberação: aprovada a minuta de Portaria que designa os integrantes da**
1523 **Comissão Organizadora da 5^a Conferência Nacional de Saúde Indígena e a composição da**
1524 **Comissão organizadora. Moção apresentada pelo FENTAS** – repúdio às ações realizadas pelo
1525 governo do Estado de São Paulo divulgadas como “novo serviço de assistência aos usuários de crack”,
1526 que prevê a internação compulsória. **Deliberação: aprovada a moção de repúdio. O texto deverá ser**
1527 **disponibilizado na página do CNS e o Conselho deverá construir pauta com outros conselhos de**
1528 **políticas públicas para tratar do tema. Edital de chamamento da ANVISA nº. 1/2013 – propõe a**
1529 **criação de Grupo de Trabalho sobre uso racional de medicamentos - Apresentação:** Conselheira
1530 **Lorena Baía.** Deliberação: aprovada a participação do Conselho Federal de Farmácia no Grupo,
1531 representando o CNS. A SE/CNS deverá providenciar a inscrição até o dia 15 de fevereiro. **Comitê**
1532 **Gestor para acompanhar o Plano “Crack, é possível vencer!” – ausência de representante dos**
1533 **usuários - Apresentação:** conselheiro **Carlos Alberto Duarte.** Deliberação: enviar à Mesa Diretora do
1534 **CNS para encaminhamento, uma vez que não foi possível debater na reunião do Pleno. Fórum**
1535 **Temático Social Mundial - O tema será pauta da próxima reunião. Informes e indicações -** Devido
1536 ao adiantado da hora, o Plenário decidiu encaminhar os informes e as indicações pendentes para
1537 serem tratados na próxima reunião da Mesa Diretora do CNS. Conselheira **Marisa Furia Silva** lembrou
1538 que na última reunião do CNS o Plenário decidiu que a linha de cuidado para a pessoa com autismo
1539 seria apreciada pela Comissão Intersetorial de Saúde da Pessoa com Deficiência. Entretanto, tomou
1540 conhecimento que a matéria seria colocada em consulta pública no dia 1º de fevereiro, mesmo sem ter
1541 sido tratada na Comissão, contrariando a deliberação do Plenário. **ENCERRAMENTO –** Nada mais
1542 havendo a tratar, a mesa encerrou a 241^a Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os
1543 seguintes conselheiros no segundo dia de reunião: **Titulares – Abrahão Nunes da Silva**, Central de
1544 Movimentos Populares (CMP); **Ana Maria Costa**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES);
1545 **Arnaldo Gonçalves**, Força Sindical, **Carlos Alberto Ebeling Duarte**, Movimento Nacional de Luta

1546 Contra a Aids; **Cid Pimentel**, Ministério da Previdência Social; **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**,
1547 Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil (FENACELBRA); **Clóvis A. Boufleur**,
1548 Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); **Denise Rodrigues Eloi de Brito**, União Nacional
1549 das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS); **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das
1550 Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Fernando Luiz Eliotério**, Confederação
1551 Nacional das Associações de Moradores (CONAM); **Flávia de Oliveira Bernardes Brasileiro**,
1552 Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE; **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos
1553 Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos
1554 Trabalhadores do Brasil (CGTB); **Jorge Oliveira Duarte**, Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais
1555 de Saúde Indígena; **Jurandi Frutuoso**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS);
1556 **Márcia Patrício de Araújo**, Associação Brasileira dos Ostomizados (ABRASO); **Maria Cristina Pedro**
1557 **Biz**, Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos**,
1558 Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; **Maria Angélica Zollin de**
1559 **Almeida**, Federação Nacional dos Médicos Veterinários - FENAMEV; **Maria Laura C. Bicca**,
1560 Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Marisa Furia Silva**, Associação Brasileira de
1561 Autismo (ABRA); **Nadir Francisco do Amaral**, Federação Nacional das Associações de Pessoas com
1562 Doenças Faciformes (FANAFAL); **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN);
1563 **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Olympio Távora Derze**
1564 **Correa**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS); **Renato**
1565 **Almeida de Barros**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social (CNTSS);
1566 **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR); **Rosemeire**
1567 **Aparecida da Silva**, Conselho Federal de Psicologia (CFP); **Sandra Regis**, Associação Brasileira dos
1568 Delegados e Amigos da Confederação Espírita Pan-Americana (CEPA Brasil); **Ubiraci Matildes de**
1569 **Jesus**, União de Negros pela Igualdade (UNEGRO); **Verônica Lourenço da Silva**, Liga Brasileira de
1570 Lésbicas; **Waldir Araújo Cardoso**, Conselho Federal de Medicina (CFM). *Suplentes* – **Alexandre**
1571 **Frederico de Marca**, Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo; **Ana Valéria**
1572 **Escolástico Mendonça**, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama
– FEMAMA; **Antônio Alves de Souza**, Ministério da Saúde - MS; **Astrit Rehbein Siqueira**, Federação
1573 Nacional das Associações Pestalozzi - FENASP; **Cláudio Fortes Garcia Lorenzo**, Sociedade
1574 Brasileira de Bioética - SBB; **Cristiano Gonzaga da Matta Machado**, Federação Nacional dos Médicos
1575 - FENAM; **Diego de Faria Magalhães Torres**, Federação Nacional dos Fisioterapeutas e Terapeutas
1576 Ocupacional (FENAFITO); **Elcio A. dos Santos**, Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais –
1577 ABRATO; **Eurídice Ferreira de Almeida**, FASUBRA; **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação
1578 Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; **Francisca Rego Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de
1579 Enfermagem (ABEn); **Fernando Antônio Menezes da Silva**, Ministério da Saúde; **Gilene Jose dos**
1580 **Santos**, Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados Pensionistas e Idosos (SINTAPI); **Gilson**
1581 **Silva**, Força Sindical; **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional dos Secretários de
1582 Saúde – CONASS; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **José Eri de Medeiros**, Conselho Nacional
1583 de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS; **José Wilson de Souza Gonçalves**, Confederação
1584 Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG; **Júlia Maria Santos Roland**, Ministério da
1585 Saúde; **Lorena Baía Alencar**, Conselho Federal de Farmácia – CFF; **Luciana Holtz de Camargo**
1586 **Barros**, Aliança Independente dos Grupos de Apoio (AIGA); **Luiz Alberto Catanoce**, Sindicato
1587 Nacional dos Aposentados (SIND-NAP); **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de
1588 Trabalhadores - NCST; **Luís Carlos Bolzan**, Ministério da Saúde; **Marcos Antônio Gonçalves**,
1589 Federação Nacional das Associações para Valorização de Pessoas com Deficiência (FENAVAPE);
1590 **Marcos Vinicius S. Pedroza**, Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG; **Maria do Socorro**
1591 **Bezerra Mateus**, União Nacional dos Auditores do Sistema Único de Saúde – UNASUS; **Noemy**
1592 **Yamaguishi Tomita**, Conselho Federal de Biologia – CF; **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de
1593 Medicina Veterinária – CFMV; **Paula Johns**, Associação de Controle do Tabagismo, Promoção da
1594 Saúde e dos Direitos Humanos - ACT/Aliança de Controle do Tabagismo; **Tarcísio Pinto**, Associação
1595 Brasileira de Odontologia – ABO; e **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da Criança.