



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Manifestações. Conselheiro **Clóvis Boufleur**, primeiro, sugeriu modificar o nome do Cartão Nacional de Saúde para Cartão de Saúde, inclusive para não confundir com a sigla do CNS. Também lembrou que, em apresentação anterior, o Plenário do CNS decidiu que não seria prontuário e, por isso, perguntou por que se recuperou essa ideia. Sobre a atualização do Sistema, perguntou como se dará a

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

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

Indústria (CNI); **Olympio Távora Derze Correa**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS); **Renato Almeida de Barros**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social (CNTSS); **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR); **Rosemeire Aparecida da Silva**, Conselho Federal de Psicologia (CFP); **Sandra Regis**, Associação Brasileira dos Delegados e Amigos da Confederação Espírita Pan-Americana (CEPA Brasil); **Ubiraci Matildes de Jesus**, União de Negros pela Igualdade (UNEGRO); **Verônica Lourenço da Silva**, Liga Brasileira de Lésbicas; e **Waldir Araújo Cardoso**, Conselho Federal de Medicina (CFM). *Suplentes* – **Alexandre Frederico de Marca**, Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo; **Ana Valéria Escolástico Mendonça**, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama – FEMAMA; **Astrit Rehbein Siqueira**, Federação Nacional das Associações Pestalozzi - FENASP; **Cláudio Fortes Garcia Lorenzo**, Sociedade Brasileira de Bioética - SBB; **Cristiano Gonzaga da Matta Machado**, Federação Nacional dos Médicos - FENAM; **Danilo Carer**, Federação Interestadual dos Farmacêuticos (FEIFAR); **Diego de Faria Magalhães Torres**, Federação Nacional dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacional (FENAFITO); **Elcio A. dos Santos**, Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Eurídice Ferreira de Almeida**, FASUBRA; **Eliane Aparecida da Cruz**, Ministério da Saúde (MS); **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; **Francisca Rego Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); **Geisyane Rodrigues Ferreira**, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina - DENEM; **Gilene Jose dos Santos**, Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados Pensionistas e Idosos (SINTAPI); **Gilson Silva**, Força Sindical; **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **José Eri de Medeiros**, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS; **José Wilson de Souza Gonçalves**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG; **Júlia Maria Santos Roland**, Ministério da Saúde; **Lorena Baía Alencar**, Conselho Federal de Farmácia – CFF; **Luciana Holtz de Camargo Barros**, Aliança Independente dos Grupos de Apoio (AIGA); **Luiz Alberto Catanoe**, Sindicato Nacional dos Aposentados (SIND-NAP); **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores - NCST; **Luiz Oberdan Liporoni**, Associação de Assistência à Criança Deficiente - AACD; **Marcos Antônio Gonçalves**, Federação Nacional das Associações para Valorização de Pessoas com Deficiência (FENAVAPE); **Marcos Vinicius S. Pedroza**, Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG; **Maria do Socorro Bezerra Mateus**, União Nacional dos Auditores do Sistema Único de Saúde – UNASUS; **Noemy Yamaguishi Tomita**, Conselho Federal de Biologia – CF; **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **Paula Johns**, Associação de Controle do Tabagismo, Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos - ACT/Aliança de Controle do Tabagismo; **Tarcísio Pinto**, Associação Brasileira de Odontologia – ABO; e **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da Criança. Iniciando o segundo dia, o Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino**, submeteu à apreciação do Plenário a seguinte proposta de data para as atividades do CNS no mês de fevereiro de 2013: planejamento estratégico do CNS: 19 e 20 de fevereiro; e 242ª Reunião Ordinária do CNS - 21 de fevereiro de 2012. O planejamento contaria com a participação de conselheiros titulares e suplentes, Coordenação de Plenária de Conselhos de Saúde e Conselhos Estaduais de Saúde e seria realizado fora do Plenário do CNS. **Deliberação: o Plenário aprovou a seguinte proposta de calendário para as atividades do mês de fevereiro de 2013: planejamento estratégico do CNS: 19 e 20 de fevereiro; e 242ª Reunião Ordinária do CNS - 21 de fevereiro de 2012.** Conselheira **Verônica Lourenço da Silva** solicitou aos conselheiros representantes dos usuários que se organizassem para chegar a Brasília no dia 18 de fevereiro, até às 13h, para reunião do segmento. Conselheira **Maria Cristhina Pedro Biz** informou que o FENTAS se reuniria antes da reunião do Plenário para elaborar o seu planejamento. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino**, sugeriu que o Fórum realizasse o seu planejamento após o planejamento do CNS. Conselheiro **Clóvis Bouffleur**, considerando a decisão da Mesa Diretora do CNS de assegurar a participação da Plenária de Conselhos e dos CES, disse que é preciso deixar claro como se dará essa participação. A esse respeito, acordou-se que o tema seria retomado posteriormente para esclarecimentos. **ITEM 2 – APROVAÇÃO DA ATA DA 240ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS – APROVAÇÃO DA ATA DA 50ª REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DO CNS - Deliberação: as atas da 240ª RO e 50ª RE do CNS foram aprovadas, por unanimidade. ITEM 7 – A SAÚDE E O CONTEXTO NACIONAL: DESAFIOS PARA OS PRÓXIMOS ANOS - Expositor:** Professor Doutor da UNICAMP, **Gastão Wagner**. *Coordenação:* conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS. Inicialmente, a Presidente do CNS esclareceu que, ao pautar o tema, a Mesa Diretora do CNS avaliou que seria necessário debater a saúde no contexto nacional e os desafios para os próximos anos e levantar mais subsídios para o processo de planejamento. Para expor sobre o tema, foram convidados o professor doutor **Gastão Wagner** e o representante da Revista Carta Capital/DF, **Leandro Fortes**, que não pôde comparecer por estar doente. Portanto, a participação dele seria garantida na segunda etapa do planejamento que ocorreria no mês de fevereiro, entendendo a 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 caminharía 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 resolvido 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 transcenda a limitação
1065 corporativa de cada um e defenda 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 legitimação.
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 defenda
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 defenda 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

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

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

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

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

as condições de saúde da população. Também apresentou o calendário de reunião da COFIN em 2013 (antes das reuniões da Mesa Diretora e do Plenário do CNS): janeiro: 21 e 22; fevereiro: 26; março: 19; abril: 16; maio: 14; junho: 11; julho: 16; agosto: 13; setembro: 17; outubro: 15; novembro: 12; e dezembro: 17. Também apresentou calendário e pauta permanente das próximas reuniões da COFIN/CNS – 2013: 1) Apreciação sobre o RPCQ-MS-3º/2012 e, se houver, indicar medidas corretivas; análise e deliberação sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades do SUS que integrarão o PLDO 2014 e a LOA 2014; e apresentação do ciclo orçamentário. COFIN: 26/02; e CNS: 13 e 14/03. Requisitos: MS/SPO encaminhará e apresentará para a COFIN/CNS o RPCQ, além das planilhas de execução orçamentária e financeira e dos restos a pagar - 20/02; COFIN/CNS encaminhará o resultado da análise do RPCQ aos conselheiros do CNS, cujas contribuições deverão ser apresentadas na reunião do CNS - 27/02; MS/SPO encaminhará e apresentará para a COFIN/CNS as diretrizes para o estabelecimento de prioridades do SUS para 2014 - 20/02; COFIN/CNS encaminhará o resultado da análise das diretrizes para o estabelecimento de prioridades para os conselheiros do CNS cujas contribuições deverão ser apresentadas na reunião do CNS - 27/02; e COFIN/CNS preparará apresentação para a reunião do CNS - 26/02; 2) Análise e deliberação sobre o PLDO 2014-MS; e análise das planilhas de execução orçamentária e financeira e dos restos a pagar referente a 28/02. COFIN: 19/03. CNS: 10 e 11/04. Requisitos: MS/SPO encaminhará e apresentará para a COFIN/CNS o PLDO 2014-MS - 18/03; A COFIN/CNS encaminhará para os conselheiros do CNS o resultado da análise do PLDO 2014-MS, cujas contribuições deverão ser apresentadas na reunião do CNS - 20/03; MS/SPO encaminhará para a COFIN/CNS as planilhas - 15/03. 3) Análise e deliberação sobre o RAG 2012-MS; e análise das planilhas de execução orçamentária e financeira e dos restos a pagar referente a 31/03. COFIN: 16/04. CNS: 08 e 09/05. Requisitos: MS/SPO encaminhará para a COFIN/CNS o RAG 2012, que encaminhará para os conselheiros do CNS - 31/03; os conselheiros do CNS encaminharão as contribuições para consolidação pela COFIN/CNS - 12/04; MS/SPO encaminhará para a COFIN/CNS as planilhas - 12/04. 4) Apreciação sobre o RPCQ-MS-1º/2013 e indicar medidas corretivas (se for o caso). COFIN: 14/05. CNS: 05 E 06/06. Requisitos: MS/SPO encaminhará e apresentará para a COFIN/CNS o RCPQ, além das planilhas de execução orçamentária e financeira e dos restos a pagar - 10/05; e COFIN/CNS encaminhará o resultado da análise do RPCQ para os conselheiros do CNS, cujas contribuições deverão ser apresentadas na reunião do CNS - 15/05. 5) apreciação dos parâmetros e das referências internas a serem utilizadas pelo MS na elaboração da programação de despesas para a LOA 2014; e análise das planilhas de execução orçamentária e financeira e dos restos a pagar referente a 31/05. COFIN: 11/06. CNS: 10 E 11/07. Requisitos: MS/SECRETARIAS/SPO apresentarão os parâmetros e as referências na reunião da COFIN/CNS - 11/06; COFIN/CNS encaminhará para os conselheiros do CNS os parâmetros e referências - 12/06; e MS/SPO encaminhará para a COFIN/CNS as planilhas - 07/06. 6) Avaliação do PLDO 2014-MS em discussão e/ou aprovado pelo Congresso Nacional; e análise das planilhas de execução orçamentária e financeira e dos restos a pagar referente a 30/06. COFIN: 16/07. CNS: 07 E 08/08. Requisitos: MS/SPO apresentará para a COFIN/CNS o PLDO 2014-MS em discussão e/ou aprovado pelo Congresso Nacional - 16/07; e MS/SPO encaminhará para a COFIN/CNS as planilhas - 12/07. 7) Análise e deliberação sobre o PLOA 2014-MS; e Análise das Planilhas de Execução Orçamentária e Financeira e dos Restos a Pagar referente a 30/07. COFIN: 13/08. CNS: 25/08 (Extra). Requisitos: MS/SPO encaminhará para a COFIN/CNS o PLOA 2014-MS - 09/08; A COFIN/CNS encaminhará para os conselheiros do CNS o resultado da análise do PLOA 2014-MS, cujas contribuições deverão ser apresentadas na reunião do CNS - 14/08; e MS/SPO encaminhará para a COFIN/CNS as planilhas - 09/08. 8) Apreciação sobre o RPCQ-MS-2º/2013 e, se houver, indicar medidas corretivas. COFIN: 17/09. CNS: 09 e 10/10. Requisito: MS/SPO encaminhará e apresentará para a COFIN/CNS o RCPQ, além das planilhas de execução orçamentária e financeira e dos Restos a Pagar - 10/09; e COFIN/CNS encaminhará o resultado da análise do RPCQ para os conselheiros do CNS, cujas contribuições deverão ser apresentadas na reunião do CNS - 18/09. 9) Análise das Planilhas de Execução Orçamentária e Financeira e dos Restos a Pagar referente a 30/09. COFIN: 15/10. CNS: 06 e 07/11. Requisito: MS/SPO encaminhará para a COFIN/CNS as planilhas - 10/10. 10) Análise das Planilhas de Execução Orçamentária e Financeira e dos Restos a Pagar referente a 31/10. COFIN: 12/11. CNS: 11 e 12/12. Requisito: MS/SPO encaminhará para a COFIN/CNS as planilhas - 08/11. 11) Análise das Planilhas de Execução Orçamentária e Financeira e dos Restos a Pagar referente a 30/11; e Avaliação do PLOA 2014-MS em discussão e/ou aprovado pelo Congresso Nacional. COFIN: 17/12. Requisitos: MS/SPO encaminhará para a COFIN/CNS as planilhas - 13/12; e MS/SPO apresentará para a COFIN/CNS o PLDO 2014-MS em discussão e/ou aprovado pelo Congresso Nacional - 17/12. Devido à exiguidade de tempo, não foi possível debater os tópicos apresentados pela COFIN/CNS. De todo modo, o tema do orçamento e financiamento é central e será base para processo de planejamento do CNS. **ITEM 9 – INFORME E INDICAÇÕES** - *Coordenação:* conselheiro **Edmundo Omore**, da Mesa Diretora do CNS. **Fórum Temático e Movimento Saúde + 10** - Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** fez um breve informe sobre o andamento do movimento Saúde + 10 com destaque para:

Mobilização promovida na Bienal da UNE e da COBAP, em Aparecida do Norte/SP, visando à coleta de assinaturas; presença da coordenação do Movimento no Fórum Social Mundial Temático 2013; reunião da coordenação do Movimento foi realizada no dia 30 de janeiro para definir os próximos encaminhamentos; inclusão do Movimento na agenda das Centrais Sindicais; o Movimento da Assembleia Legislativa de Minas Gerais está se incorporando ao Movimento Saúde + 10. Também ressaltou a importância de enviar as listas de assinaturas ao CNS. V **Encontro Nacional das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador – CIST** - Conselheiro **Jorge Alves Venâncio**, coordenador da CIST/CNS, fez um informe sobre o Encontro que ocorreu nos dias 21 e 22 de novembro de 2013. Não houve deliberação. O tema da saúde do trabalhador também foi apontado como uma das prioridades a serem tratadas no planejamento do CNS. **5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena** - conselheiro **Antônio Alves de Souza**, Secretário da SESAI/CNS, submeteu à apreciação do Plenário uma minuta de Portaria com a designação dos integrantes da Comissão Organizadora da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena: I – Usuários: Agnelo Temrité Wadzatsé – Xavante; Antonio Ricardo Domingos da Costa (Dourado) – Tapeba; Clóvis Bouffleur; Edmundo Dzuaiwi Ômore (Xavante); Fernando da Silva Souza – Terena; Ilirio Portela – Kaygang; Jorge Oliveira Duarte – Marubo; Kleber Luiz Santos dos Santos – Karipuna; Lauro Martins – Tupinikim; Maria do Carmo Andrade Silva – Pankararu; Rildo Mendes – Kaygang; e Verônica Lourenço da Silva. II – Profissionais/Trabalhadores de Saúde: Ailson dos Santos (Issô) – Truka; Jacimar de Almeida Gouveia (Mara) – Kambeba; Lindomar Santos Rodrigues – Xocó; Nelson Mutzie Rikbaktsa – Rikbaktsa; Sandro Emanuel Cruz dos Santos – Tuxá; e Ruth Ribeiro Bittencourt. III – Gestores: Antonio Alves de Souza – SESAI; Fernando Rodrigues Rocha – SESAI; Haroldo Jorge de Carvalho Pontes – CONASS; José Eri de Medeiros – CONASEMS; Patrícia Chagas Neves – FUNAI; Zenite da Graça Boguea Freitas – SGEF. A Portaria define, ainda, que a Comissão organizadora terá a seguinte composição: I - Coordenador-Geral - Antonio Alves de Souza; II - Secretário-Geral - Clóvis Bouffleur; III - Relator-Geral – Paulo Capel Narvaí; IV - Relator-Adjunto – Edmundo Dzuaiwi Ômore; V - Coordenador de Comunicação e Informação - Ruth Ribeiro Bittencourt; VI - Coordenador-Adjunto de Comunicação e Informação – Kleber Luiz Santos dos Santos – Karipuna; VII - Coordenador de Infraestrutura – Fernando Rodrigues da Rocha; e VIII - Coordenador-Adjunto de Infraestrutura - Jorge Oliveira Duarte – Marubo. Para conhecimento, informou que: o Orçamento da Saúde 2013 ainda não havia sido aprovado e, portanto, não havia sido definido recurso para realização da Conferência; e o documento orientador ainda não havia sido elaborado. Por fim, propôs que a primeira reunião da Comissão Organizadora ocorresse no dia 18 de fevereiro de 2013 para trabalhar a proposta de composição das comissões. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** disse que o documento base da Conferência deve ser produzido com a máxima brevidade possível a fim de nortear a primeira etapa. Nesse sentido, solicitou pauta na próxima reunião do CNS para apreciar esse documento. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** ressaltou a importância de garantir a participação das mulheres indígenas na Conferência e discutir a saúde das pessoas indígenas com deficiência. Conselheiro **Luís Carlos Bolzan** colocou a Ouvidoria à disposição para acompanhar as etapas da V CNSI e informou o Pleno sobre o fórum nacional de ouvidorias públicas federais. **Deliberação: aprovada a minuta de Portaria que designa os integrantes da Comissão Organizadora da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena e a composição da Comissão organizadora. Moção apresentada pelo FENTAS** – repúdio às ações realizadas pelo governo do Estado de São Paulo divulgadas como “novo serviço de assistência aos usuários de crack”, que prevê a internação compulsória. **Deliberação: aprovada a moção de repúdio. O texto deverá ser disponibilizado na página do CNS e o Conselho deverá construir pauta com outros conselhos de políticas públicas para tratar do tema. Edital de chamamento da ANVISA nº. 1/2013 – propõe a criação de Grupo de Trabalho sobre uso racional de medicamentos** - *Apresentação:* Conselheira **Lorena Baía**. **Deliberação:** aprovada a participação do Conselho Federal de Farmácia no Grupo, representando o CNS. A SE/CNS deverá providenciar a inscrição até o dia 15 de fevereiro. **Comitê Gestor para acompanhar o Plano “Crack, é possível vencer!”** – *ausência de representante dos usuários* - *Apresentação:* conselheiro **Carlos Alberto Duarte**. **Deliberação:** enviar à Mesa Diretora do CNS para encaminhamento, uma vez que não foi possível debater na reunião do Pleno. **Fórum Temático Social Mundial** - O tema será pauta da próxima reunião. **Informes e indicações** - Devido ao adiantado da hora, o Plenário decidiu encaminhar os informes e as indicações pendentes para serem tratados na próxima reunião da Mesa Diretora do CNS. Conselheira **Marisa Furia Silva** lembrou que na última reunião do CNS o Plenário decidiu que a linha de cuidado para a pessoa com autismo seria apreciada pela Comissão Intersetorial de Saúde da Pessoa com Deficiência. Entretanto, tomou conhecimento que a matéria seria colocada em consulta pública no dia 1º de fevereiro, mesmo sem ter sido tratada na Comissão, contrariando a deliberação do Plenário. **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, a mesa encerrou a 241ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os seguintes conselheiros no segundo dia de reunião: *Titulares* – **Abrahão Nunes da Silva**, Central de Movimentos Populares (CMP); **Ana Maria Costa**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); **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. Bouffleur**,
 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 Ostromizados (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 Faciliformes (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
 1573 – FEMAMA; **Antônio Alves de Souza**, Ministério da Saúde - MS; **Astrit Rehbein Siqueira**, Federação
 1574 Nacional das Associações Pestalozzi - FENASP; **Cláudio Fortes Garcia Lorenzo**, Sociedade
 1575 Brasileira de Bioética - SBB; **Cristiano Gonzaga da Matta Machado**, Federação Nacional dos Médicos
 1576 - FENAM; **Diego de Faria Magalhães Torres**, Federação Nacional dos Fisioterapeutas e Terapeutas
 1577 Ocupacional (FENAFITO); **Elcio A. dos Santos**, Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais –
 1578 **ABRATO**; **Eurídice Ferreira de Almeida**, **FASUBRA**; **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação
 1579 Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; **Francisca Rego Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de
 1580 Enfermagem (ABEn); **Fernando Antônio Menezes da Silva**, Ministério da Saúde; **Gilene Jose dos**
 1581 **Santos**, Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados Pensionistas e Idosos (SINTAPI); **Gilson**
 1582 **Silva**, Força Sindical; **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional dos Secretários de
 1583 Saúde – CONASS; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **José Eri de Medeiros**, Conselho Nacional
 1584 de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS; **José Wilson de Souza Gonçalves**, Confederação
 1585 Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG; **Júlia Maria Santos Roland**, Ministério da
 1586 Saúde; **Lorena Baía Alencar**, Conselho Federal de Farmácia – CFF; **Luciana Holtz de Camargo**
 1587 **Barros**, Aliança Independente dos Grupos de Apoio (AIGA); **Luiz Alberto Catanoce**, Sindicato
 1588 Nacional dos Aposentados (SIND-NAP); **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de
 1589 Trabalhadores - NCST; **Luís Carlos Bolzan**, Ministério da Saúde; **Marcos Antônio Gonçalves**,
 1590 Federação Nacional das Associações para Valorização de Pessoas com Deficiência (FENAVAPE);
 1591 **Marcos Vinicius S. Pedroza**, Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG; **Maria do Socorro**
 1592 **Bezerra Mateus**, União Nacional dos Auditores do Sistema Único de Saúde – UNASUS; **Noemy**
 1593 **Yamaguishi Tomita**, Conselho Federal de Biologia – CF; **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de
 1594 Medicina Veterinária – CFMV; **Paula Johns**, Associação de Controle do Tabagismo, Promoção da
 1595 Saúde e dos Direitos Humanos - ACT/Aliança de Controle do Tabagismo; **Tarcísio Pinto**, Associação
 1596 Brasileira de Odontologia – ABO; e **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da Criança.