



**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

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

Aos treze e quatorze dias do mês de março de dois mil e treze, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde “O Milton Visconde” – Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar – Brasília/DF realizou-se a Ducentésima Quadragésima Terceira Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS que teve por objetivos: concluir o planejamento do CNS para 2013-2015; analisar a conjuntura e construir o posicionamento do Conselho Nacional de Saúde diante da possibilidade do Governo Federal financiar a ampliação do setor privado da saúde; e debater a condição de saúde da Mulher, com destaque para as mortes evitáveis considerando a diversidade do sujeito mulher. Este debate subsidiará o Seminário de Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. A mesa de abertura foi composta pela conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, e pelo Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino Pereira**. A Presidente do CNS abriu os trabalhos, cumprimentando todas as pessoas presentes e esclarecendo que o primeiro dia seria dedicado ao planejamento do CNS e ao debate preliminar, no final do dia, sobre as comissões do CNS.

**ITEM 1 – APROVAÇÃO DA PAUTA DA 243ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS – APROVAÇÃO DA ATA 242ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - Primeiro, a Presidente do CNS colocou em apreciação a pauta da reunião que foi aprovada, por unanimidade.** Acordou-se que a aprovação da ata da 242ª Reunião Ordinária do CNS se daria posteriormente. Conselheira **Rosângela da Silva Santos** justificou que não participaria do segundo dia de reunião, porque representaria o CNS em evento na Câmara dos Deputados em comemoração ao dia do rim.

**ITEM 2 – PLANEJAMENTO DO CNS – 2013/2015 - Apresentação:** professor **Antônio José Costa Cardoso**, consultor do Planejamento do CNS. **Coordenação:** conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, da Mesa Diretora do CNS. O professor **Antônio José Costa Cardoso** iniciou a sua recuperação que o planejamento do CNS é composto por três momentos: construção da missão, análise de situação e desenho do plano. Recuperou que na primeira oficina de planejamento os conselheiros identificaram o público e as ações permanentes necessárias ao cumprimento das finalidades e relacionaram princípios orientadores das ações permanentes do CNS; identificaram forças/fraquezas no ambiente interno e oportunidades/ameaças no ambiente externo ao CNS para o cumprimento das finalidades; e identificaram as causas/consequências dos problemas internos (fraquezas) e externos (ameaças) que dificultam o cumprimento das finalidades (cada grupo com a sua respectiva finalidade) e, a partir de critérios negociados, priorizaram 5 temas para a agenda estratégica do CNS. Explicou que essa primeira etapa teve avaliação positiva dos conselheiros e os pontos negativos apontados foram tempo insuficiente, instalações físicas. Feito esse resgate, apresentou um quadro com o resultado da consolidação dos trabalhos da primeira oficina do planejamento do CNS. Explicou que a partir desse primeiro momento do planejamento a equipe responsável pela consolidação elaborou uma proposta de missão do CNS, que sintetiza três finalidades fundamentais do Conselho, para ser validada pelos grupos: Participar da formulação e do controle da execução da Política Nacional de Saúde, articular os órgãos de controle social do Sistema Único de Saúde e mobilizar a sociedade brasileira em defesa do direito à saúde. Esclareceu que a estrutura do plano seria a seguinte: 4 diretrizes, 2 a 5 objetivos por diretriz, 3 a 10 ações por objetivo. As diretrizes e objetivos são: Diretriz 1 - Mobilizar a sociedade em defesa do Direito à Saúde e fortalecer os órgãos de Controle Social do SUS. Objetivos: Fortalecer a comunicação do Conselho Nacional de Saúde com a sociedade, ampliando a visibilidade do controle social do SUS. Fortalecer e articular os órgãos de controle social do SUS, visando uma atuação mais sistêmica e estratégica. Repolitizar a Reforma Sanitária, assegurando a primazia dos serviços públicos de saúde no SUS. Valorizar e qualificar o trabalho realizado pelos conselheiros de saúde em todos os níveis de gestão. Fortalecer estruturas e processos de trabalho do Conselho Nacional de Saúde, ampliando a efetividade do controle social. Diretriz 2 – Fortalecer o Sistema de Participação Social na formulação e no controle da execução da Política de Saúde. Objetivos: Fortalecer a participação dos órgãos de controle social na formulação da política pública de saúde. Fortalecer os órgãos de participação social

no controle da execução da Política de Saúde. Articular apoios pela ampliação do financiamento do SUS e otimização da aplicação dos recursos públicos. Fortalecer a Política Nacional de Saúde Indígena, respeitando a especificidade cultural desses povos. Apoiar políticas dirigidas a Populações vulneráveis: Quilombolas, LGBT, ribeirinhas e em situação de rua. Diretriz 3 - Participar da Formulação e Controle da Execução da Política de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde. Objetivos: Contribuir para a valorização da força de trabalho do Sistema Único de Saúde. Qualificar a formação profissional em saúde e o acesso dos profissionais do SUS à educação permanente. Fortalecer a Política de Saúde do Trabalhador do Sistema único de saúde. Diretriz 4 - Acompanhar o desenvolvimento e a incorporação de tecnologias e insumos estratégicos em saúde no SUS. Objetivos: Aproximar a produção de conhecimento e incorporação tecnológica na saúde às necessidades da população. Assegurar mecanismos para proteção dos participantes de pesquisa e valorização dos pesquisadores. Feita essa explanação, explicou que os conselheiros se dividiriam em quatro grupos (1 Grupo para cada Diretriz) com a finalidade de validar missão, diretriz, objetivos e ações propostos, podendo-se excluir, incluir ou alterar sentenças; e analisar a viabilidade de cada ação proposta (quais os recursos críticos?). As metas, produtos, prazos e responsáveis por cada ação seriam propostos pela Mesa Diretora para deliberação em abril. Conselheiro **Clóvis Boufleur** sugeriu que no debate dos Grupos se considerasse como eixo orientador o número de reuniões e o tempo disponível para debate, considerando inclusive as pautas permanentes do Conselho, a fim de definir um planejamento de acordo com a realidade do Colegiado. Após essa fala, os conselheiros reuniram-se em quatro grupos para cumprir a tarefa determinada. Retomando, os grupos apresentaram o resultado dos seus trabalhos, conforme apresentado a seguir. **GRUPO 1. Diretriz 1 - Mobilizar a sociedade em defesa do direito à saúde e fortalecer os órgãos de Controle Social do SUS. Missão do Conselho Nacional de Saúde – CNS. Nova redação da missão proposta pelo GT:** Participar da formulação, deliberar, acompanhar e controlar a execução da Política Nacional de Saúde, articular os órgãos e as instâncias de controle social do Sistema Único de Saúde – SUS e mobilizar a sociedade brasileira em defesa do direito à saúde. Objetivo 1.1 - Qualificar a comunicação do CNS com a sociedade e ampliar a visibilidade do CNS como instância de controle social do SUS. Ações: Formulação e implementação de uma Política de Comunicação do CNS; e Criação da estrutura de tecnologia de informação e comunicação permanente para o CNS. Objetivo 1.2 - Fortalecer os mecanismos de controle social do SUS, por meio de uma atuação estratégica. Ações: Construção de uma agenda permanente com os conselhos estaduais, do Distrito Federal, municipais de saúde e dos Distritos Especiais de Saúde Indígena; Articulação com os demais conselhos nacionais para definição de estratégias de fortalecimento do SUS, do controle social e da seguridade social; Realização de plenárias descentralizadas do CNS; e Redefinição do relacionamento do CNS com a Comissão Intergestores Tripartite. Objetivo 1.3 - Exigir que as instâncias de controle social e gestão do SUS implementem a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS. Ações: Elaboração de Programa de Educação Permanente dos conselheiros nacionais de saúde para 2013-2015; Fortalecimento do Fórum de Educação Permanente para o Controle Social (incluir nas estratégias); Formação de conselheiros e lideranças; (incluir nas estratégias); e Promoção da regulamentação em lei dos aspectos de relevância pública da função de conselheiro de saúde. Objetivo 1.4 - Fortalecer estruturas e processos de trabalho do CNS. Ações: Reavaliação da estrutura e competências da Presidência, Mesa Diretora do CNS, Pleno e Comissões do CNS; Atualização da legislação de instituição do CNS; Criação de comissão para atualizar a legislação do CNS (incluir como estratégia); Articulação com a academia para a realização de pesquisas voltadas para o controle social; Elaboração de diagnóstico e projeto de melhoria da infraestrutura do CNS e suas Comissões com destaque para CONEP e CIRH; Ampliação do diálogo com outras instâncias que discutem a Política de Saúde; e Implementação da diretriz nº. 10 do Plano Nacional de Saúde. (Contemplar na diretriz 4). Objetivo 1.5 - Assegurar a primazia dos serviços públicos de saúde no SUS, com base nos princípios da reforma sanitária brasileira. Ações: Mobilização da sociedade pela garantia do direito à saúde por meio de campanha nacional em defesa do SUS público, universal e integral; Articulação de agenda com os movimentos sociais, entidades e instituições em defesa do SUS; Promoção do controle social sobre as Agências Reguladoras; e Atuação no Congresso Nacional (Frente Parlamentar da Saúde, Movimento Saúde + 10) e legislativos estaduais e municipais. **GRUPO 2. Diretriz 2 - Fortalecer o Sistema de Participação Social na formulação e no controle da execução da Política de Saúde.** Objetivo 2.1 - Fortalecer a Participação dos órgãos de controle social na formulação da Política pública de Saúde. Ações: Participação efetiva dos conselhos de saúde, na formulação do Plano Plurianual (PPA), da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA), assegurando que a análise seja feita na rotina de trabalho dos conselhos, com monitoramento via Relatório Anual de Gestão, conforme disposto na lei nº 141/2012; Participação na elaboração do Plano Nacional de Saúde (PNS); Articulação com os CES e CMS a efetivação do planejamento do SUS (inclusive orçamentário) de modo participativo e ascendente; Planejar a 15ª Conferência Nacional de Saúde, respeitando as diferenças locais, com critérios que visem ampliar e qualificar a participação e discussão nos Conselhos

de Saúde; Propor pauta sobre a Política Nacional de Saúde no Fórum Interconselhos (estabelecido na Presidência da República); Acompanhamento das proposições legislativas que tramitam no Congresso Nacional, por meio de assessoria parlamentar, disponibilizando o relatório mensal no site do CNS; Filtrar os projetos de lei PL e PLS que se aproximam ao tema do controle social. Objetivo 2.2 - Fortalecer a Participação dos órgãos de controle social no controle da execução da Política de Saúde. Ações: Fortalecimento das comissões intersetoriais de monitoramento das políticas e deliberações das conferências; Monitoramento, por meio de criação de um observatório do controle social, para o cumprimento das deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e do Pleno do CNS, com efetiva participação das comissões intersetoriais do CNS; Estabelecimento de Agenda conjunta de trabalho com órgãos de controle interno (DENASUS, CGU) e externo (TCU); Construção de agenda nacional de monitoramento e avaliação dos planos de saúde nacional, estaduais e municipais; Acompanhamento da execução das correções indicadas pelas auditorias e execução financeira; Monitoramento das denúncias encaminhadas ao CNS, à Ouvidoria e DENASUS (auditoria), propiciando agilidade nas respostas aos demandantes; Ampliação da Política de Atenção Básica do SUS e estabelecer formas de monitoramento permanente; Divulgação para conselhos de saúde Das ferramentas de controle; Monitoramento DAS ações ministeriais que tenham interface com a PNS; Realização DE estudos e pesquisas para monitorar a PNS. Objetivo 2.3 - Articular apoios pela ampliação do financiamento do SUS e otimização da aplicação dos recursos públicos. Ações: Identificação de fonte de financiamento fixa e adequada para execução da Política de Saúde; Apoio e proposição de ações que fortaleçam o Movimento Nacional Saúde + 10; Apoio ao projeto de lei de iniciativa popular que garanta 10% das receitas correntes bruta da União para a Saúde; Articulação do CNS junto ao poder judiciário; Fortalecimento do Fórum Permanente criado no Seminário de Articulação entre o Controle Social e o Ministério Público Federal; Apoio à articulação dos Conselhos Estaduais de Saúde com MPE, a fim de que se cumpra o financiamento e aplicação dos recursos públicos na saúde dos estados, conforme a emenda constitucional nº 29 e a lei complementar nº 141/2012. Objetivo 2.4 - Fortalecer a Política Nacional de Saúde Indígena, respeitando a especificidade cultural desses povos. Ações: Consolidação do Subsistema de Saúde Indígena; Construção de Políticas para Indígenas Urbanos; Organização e realização da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena; Ampliação da educação dos profissionais indígenas por meio das Escolas Técnicas do SUS; Promoção de Educação Popular em Saúde Indígena e valorização da medicina tradicional indígena. Objetivo 2.5 - Apoiar Políticas dirigidas às Populações Vulneráveis: Idosos com limitações, Quilombolas, LGBT, Ribeirinhas, População Carcerária, em situação de rua e outras. Ações: Apoio e monitoramento na implementação das práticas integrativas e complementares (PIC) e das práticas populares de cuidado no SUS; Formulação e monitoramento de políticas de equidade em saúde, dirigidas para populações vulneráveis; Promoção de estratégias de Educação Popular em Saúde, dirigidas para populações vulneráveis; Formulação de Plano de Comunicação em Saúde com ações comunitárias dirigidas às populações vulneráveis. Proposta de Missão: Deliberar e participar da formulação da Política Nacional de Saúde e do controle da sua execução, articulando as instâncias de controle social, mobilizando a sociedade brasileira em defesa do SUS e do direito à saúde. **GRUPO 3. Diretriz 3: Participar da formulação e do controle da execução da Política Nacional de Saúde, articular os órgãos de controle social do Sistema Único de Saúde, mobilizar e apoiar a sociedade brasileira em defesa do direito à saúde, em cumprimento à Constituição Cidadã.** Objetivo 3.1 - Contribuir para a valorização da força de trabalho do Sistema Único de Saúde com garantia orçamentaria como Política de Estado. 1. Promoção da implementação da política de RH para o SUS nas três esferas de governo. 2. Promoção da formulação e implantação de Plano Nacional de Cargos, Carreiras e Salários do SUS nas três esferas de governo.com a garantia orçamentaria como Política de Estado. Proposta aprovada pelo Grupo: a. Promoção da formulação e implantação de Plano Nacional de Cargos, Carreiras e Salários do SUS, nas três esferas de governo, através da efetivação do financiamento compartilhado. 3. Proposição de estratégia para fixação dos profissionais de saúde na região norte do Brasil, áreas rurais e de difícil acesso. Proposta aprovada: a. Proposição de estratégia para fixação dos profissionais de saúde, seguindo as especificidades locais. 4. Reavaliação da atuação da Comissão de Recursos Humanos (CIRH) na avaliação dos cursos da saúde. Proposta aprovada: a. Reavaliação e apoio à atuação da Comissão de Recursos Humanos (CIRH) na formulação da Política de força de trabalho para o SUS e na avaliação dos cursos da saúde. 5. Ampliação da interlocução entre a CIRH e a Comissão de Educação Permanente em Saúde. Proposta aprovada: a. Potencializar a interlocução entre a CIRH, a Comissão de Educação Permanente em Saúde e Mesa de Negociações do SUS. Objetivo 3.2. Qualificar a formação profissional em saúde e o acesso dos profissionais do SUS à educação permanente. 1. Exercício do papel de articulador do processo de educação para a saúde no Sistema de Saúde. 2. Inclusão do tema do controle social na formação das equipes de atenção básica (PROVAB ETC.). Proposta aprovada: a. Inclusão do tema do controle social na formação das equipes em todos os níveis de atenção. 3. Apoio ao estabelecimento de rede de formação do SUS com investimento das três esferas. 4. Envolvimento de outros atores políticos no debate sobre educação permanente, além do MEC E MS. 5. Articulação CNE – CNS E

MEC – MS para definição de uma política de formação de profissionais para SUS. 6. Articulação para garantir assento de representação do CNS no Conselho Nacional De Educação (CNE). Inviabilizada por haver regras quanto a participação de conselheiros de saúde de outros conselhos. Verificar se é resolução ou recomendação do CNS. Proposta aprovada: a. Articular a interlocução entre a CIRH e outras comissões afins do CNS com as comissões do CNE\MEC. Objetivo 3.3. Fortalecer a política de saúde do trabalhador do Sistema Único de Saúde. a. Fortalecer a Política Nacional de Saúde e Segurança de todo o Sistema Único de Saúde. 1. Promoção de estratégias de educação popular em saúde do trabalhador. 2. Construção de agenda permanente com o movimento sindical para fortalecer a Política de Saúde do Trabalhador. 3. Realização de debates sobre a saúde do(a) trabalhador(a) nas três esferas de governo. Proposta: a. Realização de debates sobre a saúde de todos trabalhadores.

**GRUPO 4. Nova proposta de Missão:** Participar da formulação e do controle da execução da Política Nacional de Saúde, articular os órgãos de controle social do Sistema Único de Saúde e mobilizar a sociedade brasileira em defesa do direito à saúde e dos princípios do SUS. Nova proposta de diretriz: Acompanhar e participar da formulação, do desenvolvimento e da incorporação de tecnologias e insumos estratégicos em saúde. Objetivo 4.1. Aproximar a produção de conhecimento e incorporação tecnológica na saúde às necessidades da população, utilizando os conceitos da economia da saúde como elemento orientador nos processos de decisão. Ações: Apoiar a democratização da difusão do conhecimento científico em saúde para a população. Articular a ampliação do acesso da população às tecnologias em saúde e o apoio às pesquisas segundo as necessidades epidemiológicas mas sem negligenciar as doenças raras. Realizar a 2ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica e a 3ª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia e Inovação em Saúde. Articular as prioridades em Pesquisa do Ministério da Saúde com as prioridades em pesquisa do CNS. Realizar debate sobre patentes (convidar conselhos estaduais de saúde, MS, MCT e MEC). Realizar debate sobre economia da saúde. Estimular pesquisas que visem a produção de conhecimento em saúde para a pessoa com deficiência. Objetivo 4.2. Assegurar mecanismos para proteção dos participantes de pesquisa, valorização dos pesquisadores e envolvimento dos estudantes na produção do conhecimento. Ações: Aperfeiçoamento dos mecanismos definidos para proteção do sujeito de pesquisa. Lutar pela ampliação dos investimentos que qualifiquem e garantam a ação dos agentes de pesquisa em saúde. Fortalecimento da CONEP. Ampliação do espaço de comunicação CNS-CONEP. Produção de normas para acreditação e capacitação dos CEP. Divulgação da Plataforma Brasil por meio de oficinas. Incluir o quesito raça/cor e a desagregação destes dados tanto na pesquisa quanto no seu resultado. Fortalecer a articulação e a viabilização da participação das entidades estudantis. Os conselheiros debateram a produção do trabalho em Grupo e apresentaram sugestões. O resultado final desse processo de construção é o seguinte: **DIRETRIZ 1 - Mobilizar e apoiar a sociedade em defesa do direito à saúde e fortalecer os órgãos e instâncias de Controle Social do SUS. Objetivo 1.1** - Qualificar a comunicação do CNS com a sociedade e ampliar a visibilidade do CNS como instância de controle social do SUS. **Ações:** Formulação e implementação de uma Política de Comunicação do CNS; e Criação da estrutura de tecnologia de informação e comunicação permanente para o CNS. **Objetivo 1.2** - Fortalecer os mecanismos de controle social do SUS, por meio de uma atuação estratégica. **Ações:** Construção de uma agenda permanente com os conselhos estaduais, do Distrito Federal, municipais de saúde e dos Distritos Especiais de Saúde Indígena; Articulação com os demais conselhos nacionais para definição de estratégias de fortalecimento do SUS, do controle social e da seguridade social; Realização de plenárias descentralizadas do CNS; e Redefinição do relacionamento do CNS com a Comissão Intergestores Tripartite. **Objetivo 1.3** - Exigir que as instâncias de controle social e gestão do SUS implementem a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS. **Ações:** Elaboração de Programa de Educação Permanente dos conselheiros nacionais de saúde para 2013-2015; Fortalecimento do Fórum de Educação Permanente para o Controle Social; (incluir nas estratégias); Formação de conselheiros e lideranças; (incluir nas estratégias); e Promoção da regulamentação em lei dos aspectos de relevância pública da função de conselheiro de saúde. **Objetivo 1.4** - Fortalecer estruturas e processos de trabalho do CNS. **Ações:** Reavaliação da estrutura e competências da Presidência, Mesa Diretora do CNS, Pleno e Comissões do CNS; Atualização da legislação de instituição do CNS; Criação de comissão para atualizar a legislação do CNS (incluir como estratégia); Articulação com a academia para a realização de pesquisas voltadas para o controle social; Elaboração de diagnóstico e projeto de melhoria da infraestrutura do CNS e suas Comissões com destaque para CONEP e CIRH; Ampliação do diálogo com outras instâncias que discutem a Política de Saúde; e Implementação da diretriz nº. 10 do Plano Nacional de Saúde. (Contemplar na diretriz 4). **Objetivo 1.5** - Assegurar a primazia dos serviços públicos de saúde no SUS, com base nos princípios da reforma sanitária brasileira. **Ações:** Mobilização da sociedade pela garantia do direito à saúde por meio de campanha nacional em defesa do SUS público, universal e integral (Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública – Saúde + 10); Articulação de agenda com os movimentos sociais, entidades e instituições em defesa do SUS; Promoção do controle social sobre as Agências Reguladoras; e Atuação junto ao Congresso Nacional (Frente Parlamentar da Saúde, Movimento Saúde + 10) e

legislativos estaduais e municipais. **DIRETRIZ 2 - Fortalecer o Sistema de Participação Social na formulação e no controle da execução da Política de Saúde. Objetivo 2.1** - Fortalecer a Participação dos órgãos de controle social na formulação da Política pública de Saúde. Ações: Participação efetiva dos conselhos de saúde, na formulação do Plano Plurianual (PPA), da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA), assegurando que a análise seja feita na rotina de trabalho dos conselhos, com monitoramento via Relatório Anual de Gestão, conforme disposto na Lei nº 141/2012; Participação na elaboração do Plano Nacional de Saúde (PNS); Articulação com os CES e CMS a efetivação do planejamento do SUS (inclusive orçamentário) de modo participativo e ascendente; Planejar a 15ª Conferência Nacional de Saúde, articulada com o processo de planejamento do SUS, respeitando as diferenças loco-regionais, com critérios que visem ampliar e qualificar a participação e discussão nos Conselhos de Saúde; (melhorar a redação); Reavaliar a missão das conferências de saúde na estruturação do SUS; Pautar o SUS no Fórum Interconselhos (estabelecido na Presidência da República); Acompanhamento das proposições legislativas que tramitam no Congresso Nacional, por meio de assessoria parlamentar, disponibilizando o relatório mensal no site do CNS; Filtrar os projetos de lei PL e PLS que se aproximam ao tema do controle social; (contemplar nas propostas do Grupo 1). **Objetivo 2.2** - Fortalecer a Participação dos órgãos de controle social no controle da execução da Política de Saúde. Ações: Fortalecimento das comissões intersetoriais de monitoramento das políticas e deliberações das conferências; Monitoramento, por meio de criação de um observatório do controle social, para o cumprimento das deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e do Pleno do CNS, com efetiva participação das comissões intersetoriais do CNS; Estabelecimento de Agenda conjunta de trabalho com órgãos de controle interno (DENASUS, CGU) e externo (TCU); Construção de agenda nacional de monitoramento e avaliação dos planos de saúde nacional, estaduais e municipais; Acompanhamento da execução das correções indicadas pelas auditorias e execução financeira; Monitoramento das denúncias encaminhadas ao CNS, à Ouvidoria e DENASUS (auditoria), propiciando agilidade nas respostas aos demandantes; Ampliação da Política de Atenção Básica do SUS e estabelecer formas de monitoramento permanente; Divulgação para conselhos de saúde Das ferramentas de controle; Monitoramento DAS ações ministeriais que tenham interface com a PNS; e Realização DE estudos e pesquisas para monitorar a PNS. **Objetivo 2.3** - Articular apoios pela ampliação do financiamento do SUS e otimização da aplicação dos recursos públicos. Ações: Identificação de fonte de financiamento fixa e adequada para execução da Política de Saúde; Apoio ao Projeto de Lei de iniciativa popular que garanta 10% das receitas correntes brutas da União para a Saúde e ao Movimento Saúde + 10, propondo ações que o fortaleça; Articulação do CNS junto ao poder judiciário; Fortalecimento do Fórum Permanente criado no Seminário de Articulação entre o Controle Social e o Ministério Público Federal; Apoio à articulação dos Conselhos Estaduais de Saúde com MPE, a fim de que se cumpra o financiamento e aplicação dos recursos públicos na saúde dos estados, conforme a Emenda Constitucional nº 29 e a Lei Complementar nº 141/2012. *(Incluir como estratégia)*. **Objetivo 2.4** - Fortalecer a Política Nacional de Saúde Indígena, respeitando a especificidade cultural desses povos. Ações: Consolidação do Subsistema de Saúde Indígena; Construção de Políticas para Indígenas Urbanos; Organização e realização da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena; Ampliação da educação dos profissionais indígenas por meio das Escolas Técnicas do SUS; Promoção de Educação Popular em Saúde Indígena e valorização da medicina tradicional indígena. **Objetivo 2.5** - Formulação e monitoramento de políticas de equidade em saúde, dirigidas para populações vulneráveis. Ações: Apoio e monitoramento na implementação das práticas integrativas e complementares (PIC) e das práticas populares de cuidado no SUS; Fortalecer as políticas dirigidas às populações em situação de vulnerabilidade social ("equidade social"), enfatizando o enfrentamento do racismo, sexismo, fobias LGBT e demais tipos de discriminação; Promoção de estratégias de Educação Popular em Saúde, dirigidas para populações vulneráveis; e Formulação de Plano de Comunicação em Saúde com ações comunitárias dirigidas às populações vulneráveis. Missão do CNS aprovada pelo grupo 3: Participar da formulação e do controle da execução da Política Nacional de Saúde, articular os órgãos de controle social do Sistema Único de Saúde, mobilizar e apoiar a sociedade brasileira em defesa do direito à saúde, em cumprimento à Constituição Cidadã. **DIRETRIZ 3 - Participar da formulação e controle da execução da Política de Gestão do Trabalho em Saúde. Objetivo 3.1** - Contribuir para a valorização da força de trabalho do Sistema Único de Saúde com garantia orçamentaria como política de Estado. Ações: Promoção da implementação da Política de RH para o SUS nas três esferas de governo; Promoção da formulação e implantação de plano nacional de cargos, carreiras e salários do sus, através da efetivação do financiamento compartilhado, nas três esferas de governo; Proposição de estratégia para fixação dos profissionais de saúde, seguindo as especificidades locais e ações remotas; Reavaliação e apoio à atuação da comissão de recursos humanos (CIRH) na formulação da política de força de trabalho para o sus e na avaliação dos cursos da saúde; Potencializar a interlocução entre a CIRH, a Comissão de Educação Permanente em Saúde e a Mesa Nacional de Negociação do SUS. **OBJETIVO 3.2** - Qualificar a formação profissional em saúde e o acesso dos profissionais do sus à

educação permanente. Ações: Exercício do papel de articulador do processo de educação para a saúde no Sistema de Saúde; Inclusão do tema “controle social” na formação de profissionais de saúde e na educação permanente das equipes em todos os níveis de atenção; Apoio ao estabelecimento de rede de formação do SUS com investimento das três esferas; Envolvimento de outros atores políticos no debate sobre educação permanente, além do MEC e MS; Articular a interlocução entre a CIRH e outras comissões afins do CNS com as comissões do CNE/MEC. **OBJETIVO 3.3** - Fortalecer a Política de Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde. Proposta do GT: Fortalecer a Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalhador (a) de todo o Sistema Único de Saúde. Ações: Promoção de estratégias de educação popular em saúde do trabalhador; Construção de agenda permanente com o movimento sindical e a sociedade civil para fortalecer a Política de Saúde e Segurança do Trabalhador; Realização de debates sobre a saúde de todos trabalhadores. Novas propostas: Integração da Vigilância em Saúde do Trabalhador e Vigilância Sanitária nos municípios; Construir indicador universal para saúde do trabalhador; Acompanhar a agenda política produzida pela caravana do SUS; Estruturar a CIRH/CNS para mediar os debates sobre os processos e as relações do trabalho em saúde. (Retomar no debate do mês de abril). Observação: Nessa diretriz, conselheiro Jorge Alves de Almeida Venâncio sugeriu contemplar as propostas do texto aprovado no final da Conferência de Saúde do Trabalhador. **GRUPO 4.** Nova proposta de diretriz: Acompanhar e participar da formulação, do desenvolvimento e da incorporação de tecnologias e insumos estratégicos em saúde. Objetivo 4.1. Aproximar a produção de conhecimento e incorporação tecnológica na saúde às necessidades da população, utilizando os conceitos da economia da saúde como elemento orientador nos processos de decisão. Ações: Apoiar a democratização da difusão do conhecimento científico em saúde para a população. Articular a ampliação do acesso da população às tecnologias em saúde e o apoio às pesquisas segundo as necessidades epidemiológicas, mas sem negligenciar as doenças raras. Realizar a 2ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica e a 3ª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia e Inovação em Saúde. Articular as prioridades em Pesquisa do Ministério da Saúde com as prioridades em pesquisa do CNS. Realizar debate sobre patentes (convidar conselhos estaduais de saúde, MS, MCT e MEC). Realizar debate sobre economia da saúde. Estimular pesquisas que visem a produção de conhecimento em saúde para a pessoa com deficiência. Objetivo 4.2. Assegurar mecanismos para proteção dos participantes de pesquisa, valorização dos pesquisadores e envolvimento dos estudantes na produção do conhecimento. Ações: Aperfeiçoamento dos mecanismos definidos para proteção do sujeito de pesquisa. Lutar pela ampliação dos investimentos que qualifiquem e garantam a ação dos agentes de pesquisa em saúde. Fortalecimento da CONEP. Ampliação do espaço de comunicação CNS-CONEP. Produção de normas para acreditação e capacitação dos CEP. Divulgação da Plataforma Brasil por meio de oficinas. Incluir o quesito raça/cor e a desagregação destes dados tanto na pesquisa quanto no seu resultado. Fortalecer a articulação e a viabilização da participação das entidades estudantis. Novas propostas de ações: Apoiar pesquisa sobre tecnologias e insumos para o processo transexualizador. Debater a realização da 2ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica e a 3ª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia e Inovação em Saúde. Criar pesquisas que visem estabelecimentos de canais de negociação com instâncias da ciência e tecnologia, MS E MCT para o desenvolvimento de pesquisas geradoras de conhecimento em saúde para a pessoa com deficiência. Divulgação da plataforma Brasil por meio das oficinas e outros mecanismos de comunicação. Devido ao adiantado da hora, não foi possível debater em Plenário as sugestões dos grupos à proposta de missão do CNS. Sendo assim, acordou-se que a equipe responsável pelo planejamento redigirá uma nova proposta considerando as sugestões dos grupos, sendo: Grupo 1: Participar da formulação, deliberar, acompanhar e controlar a execução da Política Nacional de Saúde, articular os órgãos e as instâncias de controle social do Sistema Único de Saúde – SUS e mobilizar a sociedade brasileira em defesa do direito à saúde. Grupo 2: Deliberar e participar da formulação da Política Nacional de Saúde e do controle da sua execução, articulando as instâncias de controle social, mobilizando a sociedade brasileira em defesa do SUS e do direito à saúde. Grupo 3: Participar da formulação e do controle da execução da política nacional de saúde, articular os órgãos. De controle social do sistema único de saúde, mobilizar e *apoiar* a sociedade brasileira em defesa do direito à saúde, *em cumprimento a constituição cidadã*. Grupo 4: Participar da formulação e do controle da execução da Política Nacional de Saúde, articular os órgãos de controle social do Sistema Único de Saúde e mobilizar a sociedade brasileira em defesa do direito à saúde e *dos princípios do SUS*. Na próxima reunião do CNS será apresentada proposta de monitoramento do plano do CNS. Concluído o planejamento, o Plenário iniciou debate preliminar sobre as Comissões do CNS. *Composição da mesa:* conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS; e conselheiro **Arlison Cardoso da Silva**, da Mesa Diretora do CNS. A Presidente do CNS explicou que a intenção era ouvir os anseios do Conselho em relação às Comissões e à necessidade de recomposição desses espaços. Para orientar essa discussão, lembrou que hoje o CNS dispõe de 26 comissões – permanentes, intersetoriais e outras que foram constituídas a partir das necessidades de saúde. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** explicou que o Regimento Interno do CNS expressa o acúmulo dos debates do Plenário sobre as



comissões e prevê, entre outros aspectos, a suspensão dos trabalhos de comissões, ao invés de extinção. No seu modo de ver, as comissões devem ser reavaliadas quando houver mudança de gestão, assim como ocorreu no final de 2012, tendo como referencial o planejamento do Conselho. Nesse sentido, sugeriu fazer levantamento sobre a composição das comissões; e recompor as comissões considerando como critérios as demandas das entidades e movimentos para participação nas comissões e o interesse dos conselheiros titulares e suplentes em participar desses espaços. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca**, primeiro, disse que é preciso valorizar o acúmulo de debate das comissões e priorizar a participação dos conselheiros do CNS, inclusive os suplentes, nesses espaços entendendo que podem contribuir com o trabalho. Avaliou também que a substituição de integrante da Comissão deve ser definida no Plenário do CNS, assim como acontece com os Grupos de Trabalho. Ressaltou que a renovação é necessária e ratificou a proposta de fazer um levantamento da situação das comissões, inclusive do tempo das entidades nesses espaços. Propôs, por fim, que o Plenário reveja o limite de participação de cada entidade nas comissões (há entidades com oito ou nove representantes nas comissões). Para subsidiar o Plenário, conselheiro **Arilson Cardoso** fez a leitura dos artigos do Regimento Interno do CNS que tratam das comissões: "Capítulo III - Das Comissões - Art. 47 As Comissões são organismos de assessoria ao Plenário do CNS, que resgatam e reiteram os princípios do SUS e do controle social. Seção I - Da Composição e Organização. "Art. 48 - As Comissões têm como objetivo articular políticas e programas de interesse para a saúde; as Comissões aprovadas por Resoluções específicas, deixam de fazer parte do Regimento, conforme a Resolução CNS nº 435, de 12 e agosto de 2010. § 1º. As Comissões terão a composição, objetivos, processo de avaliação e plano de trabalho apreciados e aprovados pelo Pleno, e devem analisar as políticas e os programas de suas respectivas áreas, bem como acompanhar as suas implementações, e emitir pareceres e relatórios para subsidiar posicionamento do Pleno; §2º. As Comissões poderão realizar, quando solicitado pelo Pleno, debates específicos para subsidiar a análise do CNS. §3º. As Comissões poderão ter suas reuniões e atividades temporariamente suspensas pelo Pleno do CNS após considerar a sua agenda de prioridades, o Planejamento do CNS e a seleção de temas ao longo do ano para a composição da pauta das Reuniões Ordinárias, conforme artigo 12, inciso XI deste regimento. Art. 49 - As Comissões serão compostas por até 22 (vinte e duas) entidades, instituições e movimentos nacionais, sendo 12 (doze) titulares, incluídos o Coordenador e Coordenador-Adjunto, ambos conselheiros, sendo pelo menos um deles conselheiro titular e 10 (dez) membros suplentes. § 1º O Plenário poderá, de acordo com as necessidades e especificidades de determinada Comissão, e mediante justificativa fundamentada, aprovar composição diferente da prevista no *caput* deste artigo, quanto ao número de membros. § 2º - As Comissões poderão convidar representantes das áreas Técnicas do Ministério da Saúde e outros Ministérios, do CONASS e do CONASEMS, especialistas indicados pelo CNS, e a partir da aprovação do Pleno, constituir Assessoria Técnica Especializada de acordo com as necessidades e especificidades da própria comissão. § 3º - A Comissão Intersetorial de Recursos Humanos, Comissão Nacional de Ética e Pesquisa e Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento terão número específico de membros na composição, conforme deliberação do Plenário do CNS. § 4º As indicações das entidades para comporem cada Comissão devem ser de acordo com os seus objetivos e ser submetidas ao Plenário para deliberação. Art. 50 Serão Coordenadores e Coordenadores Adjuntos das Comissões somente Conselheiros, titulares ou suplentes, que tenham afinidades com a temática da Comissão, indicados pelo Plenário ou pelos integrantes das Comissões e referendados pelo Plenário. Art. 51 Serão considerados membros titulares e suplentes das Comissões, de acordo com as suas especificidades, Conselheiros do CNS, titulares e suplentes, especialistas e representantes de instituições/entidades e movimentos sociais, a fim de garantir a intersetorialidade. Seção II - Do Funcionamento. Art. 52 As Comissões têm o seguinte funcionamento: I - As Comissões se reunirão de acordo com as necessidades debatidas e aprovadas pelo Pleno, e seus planos de trabalho devem estar em consonância com o Planejamento do Conselho Nacional de Saúde - CNS; II - Texto revogado pela Resolução CNS 435. III - cada Comissão deverá elaborar memória da sua reunião para ser encaminhada ao Plenário do CNS e à Mesa Diretora, imediatamente após o término da reunião, a fim de garantir a socialização das informações e o acompanhamento das ações; IV - cada Conselheiro poderá participar de até duas Comissões como membro titular, coordenador ou coordenador adjunto ou suplente; V - o Coordenador e o Coordenador Adjunto terão um mandato de dezoito meses, podendo ser reconduzidos, a critério do Plenário, respeitado o prazo de três anos previstos no art. 4º do Decreto 5.839, de 11 de julho de 2006; VI - os membros das Comissões poderão ser substituídos caso deixem de justificar sua ausência em duas reuniões consecutivas ou em quatro reuniões intercaladas, no período de um ano civil; VII - Texto revogado pela Resolução CNS 435. VIII - os relatórios da avaliação das atividades serão enviados anualmente ao Plenário do CNS e divulgados em sua página; IX - caberá às Comissões acompanharem a execução do orçamento e financiamento da respectiva política ou programa; X - serão desenvolvidas, em todas as Comissões, ações transversais relacionadas à comunicação e informação em saúde e à educação permanente para o controle social"; XI - As Comissões deverão ter a composição, frequência de seus componentes nas

reuniões, funcionamento e as atribuições avaliadas e publicizadas anualmente pelo Pleno do CNS, que deliberará pela sua manutenção, suspensão temporária das atividades, alteração ou extinção; § 1º A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, pela sua especificidade, possui regimento próprio, que pode ser revisto a qualquer tempo, desde que haja indicação do Plenário. § 2º Para a criação de uma Comissão é necessário que esta atenda aos objetivos previstos nos art. 10 e 11 deste Regimento". Conselheira **Sandra Régis** concordou com a proposta do conselheiro Clóvis Boufleur e reiterou que é preciso garantir melhor utilização das comissões. Citou, por exemplo, que a CISM/CNS, da qual é coordenadora, elaborou relatório e enviou ao CNS, mas o documento não foi publicizado para os conselheiros. Por fim, registrou o seu apoio à proposta de reformular as comissões com base no planejamento do CNS e suspender as comissões que não estarão diretamente ligadas a esse plano. Conselheiro **Geordecí Menezes de Souza** salientou que é necessário debater se o CNS precisa de 26 comissões e, no seu modo ver, alguns temas das comissões poderiam ser unificados por similaridade. Também avaliou que as comissões, a exemplo do que foi feito no Plenário, devem passar por renovação da composição. Nesse processo, defendeu que se garanta a presença de entidades que participaram do processo eleitoral do Conselho e não foram eleitas, por entender que podem contribuir com os debates. Conselheiro **Renato Almeida de Barros** avaliou que é preciso avaliar a situação, o trabalho desenvolvido e o impacto das atividades das comissões, sem limitar-se à ampliação ou extinção, e, a partir daí, rediscutir a recomposição. Das comissões, fez um destaque à CIRH, à CIST pela relevância do trabalho e solicitou maior atenção do Plenário. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** explicou que o CNS ampliou o número de comissões nos últimos anos e a saída mais adequada para condução do trabalho desses espaços foi pautar pela agenda do Conselho. Nessa linha, defendeu a definição de agenda de trabalho das comissões a partir do planejamento do CNS, assim, a depender da demanda do Plenário, a comissão seria acionada, excetuando-se as permanentes. Conselheiro **Gilson Silva** avaliou que algumas comissões se reúnem de acordo com a vontade do coordenador e não das demandas do Plenário e essa situação deve mudar. Ademais, perguntou quando será definida a coordenação das comissões sem coordenador e quando as comissões poderão voltar a reunir-se. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** salientou que as comissões têm papel essencial no Conselho e, nessa linha, discordou de qualquer proposta de extinção. Também destacou que as comissões têm enfrentado dificuldades para se reunir com regularidade, impossibilitando subsidiar o Plenário sobre demandas específicas. Fez um destaque à Comissão de Eliminação da Hanseníase para lembrar que a sua criação vai ao encontro do acordo assumido pelo Brasil com a meta de eliminação da hanseníase. Como encaminhamento, sugeriu realizar uma reunião com a coordenação das comissões para identificar as demandas e, se for o caso, reduzir o número de reuniões anuais; e assegurar às comissões um espaço nas reuniões do Plenário para apresentação dos seus trabalhos. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** ressaltou que o problema não se refere especificamente ao número de comissões, mas sim ao papel desempenhado por esses espaços (de um modo geral, o papel é diferente daquele de assessorar o Plenário). Destacou que as comissões têm papel importante no acompanhamento de debates de temas da saúde e citou, por exemplo, o debate no Congresso Nacional sobre a internação compulsória e a importância da CISM no acompanhamento dessa discussão. Por fim, avaliou que é preciso reformular a composição das comissões, incorporando outras entidades/movimentos que não compõem esses espaços. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** informou que o Projeto de Lei do deputado Osmar Terra, que trata da internação compulsória, foi aprovado em caráter de urgência na Câmara dos Deputados e salientou que o CNS deve manifestar-se a respeito. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos** ("Santinha") destacou que o Regimento Interno do CNS é de suma importância porque, inclusive, esclarece dúvidas a respeito das Comissões. Avaliou que devem participar das comissões pessoas que têm conhecimento da temática a ser tratada e desejam contribuir a respeito. Também registrou que é contra a extinção ou junção de comissões, uma vez que esses espaços tratam de temas distintos e essenciais. No mais, salientou que comissões não devem ser compostas apenas de conselheiros nacionais, uma vez que outras entidades podem contribuir com o debate. Conselheira **Ubiraci Matildes de Jesus** avaliou que se deve apostar nas comissões de acordo com o novo modelo de gestão e assegurar o cumprimento do Regimento Interno do CNS no que se refere a esses espaços. Conselheiro **Luiz Aníbal Vieira Machado** chamou a atenção do Plenário para as casas geriátricas que acolhe idosos e pessoas com problemas mentais e explicou muitos desses locais estão sendo fechados por falta de condições para o funcionamento e as pessoas não têm para onde ir. Dada a gravidade, solicitou que a comissão responsável por debater esse tema se reúna o mais rápido possível para apresentar subsídios ao Plenário. Conselheira **Nádia Elizabeth Barbosa Villas Bôas** manifestou preocupação com a situação das comissões e frisou que informações sobre esses espaços não são, se quer, atualizadas e não há divulgação do trabalho executado. Como encaminhamento, defendeu que as comissões prestem conta ao CNS, por meio de relatório escrito. Conselheira **Sandra Régis** explicou que as Comissões elaboram memórias das suas reuniões, mas não têm oportunidade de apresentá-las ao Plenário do CNS. Além disso, lembrou que muitas solicitaram reformulação, todavia, nada foi feito. Nessa linha, destacou que é preciso cobrar do



Conselho e não das Comissões. Conselheira **Marisa Furia Silva** avaliou que as comissões do CNS devem ser convocadas de acordo com as demandas do Plenário e citou, por exemplo, que a Comissão da Pessoa com Deficiência reuniu-se várias vezes em 2012 para debater o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença Celíaca. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** destacou que se iniciou um novo momento no CNS, inclusive com a elaboração de planejamento estratégico e definição de novos compromissos. Portanto, é essencial avaliar a situação das comissões e revisitar o Regimento Interno do CNS. Em consonância com as falas que o antecederam, defendeu que é preciso renovar preservando o que há de acumulado. Também falou sobre a COFIN, explicando que a comissão conta com apenas um conselheiro e conclamou outros a compor esse espaço. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** interveio para propor que a Secretaria Executiva do CNS envie carta aos conselheiros nacionais solicitando que manifestem interesse em participar das 26 Comissões do Conselho, a fim de obter um diagnóstico sobre a demanda (o prazo para manifestação é a próxima reunião do CNS. Todavia, não significa garantia da participação). Lembrou, inclusive, que é preciso considerar que, das quase vagas das comissões, 250 podem ser ocupadas por não conselheiros (são 144 conselheiros e cada um pode participar de, no máximo, duas comissões). Também propôs a definição de um prazo para manifestação de interesse, por parte das entidades e movimentos, com vistas a obter um diagnóstico da demanda. Com base na manifestação dos conselheiros e das entidades em participar das comissões, sugeriu a elaboração de um estudo para servir de subsídio à recomposição das comissões. Por fim, salientou que é preciso fazer cumprir o Regimento Interno do CNS (pautar a apresentação dos relatórios das reuniões das comissões, para conhecimento e apreciação, por exemplo). Conselheiro **Arnaldo Marcolino** concordou que a recomposição das comissões é necessária, mas defendeu a manutenção daquelas que debatem questões relativas à equidade como a da Saúde da População Negra. Destacou que o CNS deve ser o espaço onde as diferenças devem se igualar e não se afastar da realidade. A partir das falas, conselheiro **Arlison da Silva Cardoso** sintetizou o seguinte encaminhamento: fazer levantamento da situação das comissões e das demandas para participar desses espaços. Conselheira **Maria Cristinha Pedro Biz** solicitou aparte para concordar que o mapeamento é importante, mas não deve ser o critério para composição das Comissões. No mais, lembrou que as indicações para as comissões são definidas no âmbito dos segmentos. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** esclareceu que a manifestação do interesse é importante para realizar um levantamento da situação, todavia, é necessário definir critérios para a composição. Conselheiro **Renato Almeida de Barros** manifestou preocupação com a proposta de provocar as entidades para manifestação de interesse em participar das comissões, porque cria uma expectativa de direito que pode não ser respondida. Também ressaltou a importância de remeter o debate sobre a composição das comissões para os segmentos que compõem o CNS. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** reiterou que a manifestação de interesse não define a composição, portanto, é preciso definir critério democrático, renovador, em consonância com o planejamento do CNS. Conselheiro **Arlison da Silva Cardoso** lembrou que se tratava de um debater preliminar sobre a recomposição das comissões e o Plenário deveria definir os critérios a serem utilizados para ocupação das vagas nas comissões. Conselheiro **Geordecio Menezes de Souza** perguntou qual o prazo para a recomposição das comissões. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** propôs que a reformulação ocorra no mês de maio, assegurando prazo para elaboração do diagnóstico e articulação dos fóruns. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** disse que, independente dos debates nos Fóruns ou segmentos, os conselheiros poderiam enviar demandas de participação nas comissões. Conselheiro **Arlison da Silva Cardoso** explicou que a Mesa Diretora do CNS debateria o tema na próxima reunião e apresentaria uma proposta de recomposição das comissões na Reunião Ordinária do CNS de abril. A reformulação ocorreria no mês de maio, com base em critérios a serem definidos pelo CNS. Para subsidiar esse trabalho, seria feito mapeamento da composição das Comissões; levantamento das demandas para participar das comissões (os interessados deveriam manifestar-se à Secretaria Executiva do CNS); e a definição de critérios, pelo CNS. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** apelou aos conselheiros que não solicitassem a realização de reuniões de comissões antes do mês de maio. **Deliberação: como encaminhamento, acordou-se que a Mesa Diretora do CNS debaterá o tema na próxima reunião e apresentará uma proposta de recomposição das comissões na Reunião Ordinária do CNS de abril. A reformulação ocorrerá no mês de maio, com base em critérios a serem definidos pelo CNS. Para subsidiar esse trabalho, será feito o mapeamento da composição das Comissões; o levantamento das demandas para participar das comissões (os interessados deverão manifestar-se à Secretaria Executiva do CNS); e a definição de critérios, pelo CNS.** 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); **Arlison da Silva Cardoso**, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); **Carlos Eduardo Ferrari**, União Brasileira de Cegos (UBC); **Carlos Alberto Ebeling Duarte**, Movimento Nacional de Luta Contra a Aids; **Cid Pimentel**, Ministério da Previdência Social; **Clóvis A. Bouffleur**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil

554 (CNBB); **Denise Rodrigues Eloi de Brito**, União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde  
 555 (UNIDAS); **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia  
 556 Brasileira (COIAB); **Eni Carajá Filho**, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela  
 557 Hanseníase – MORHAN; **Flávia de Oliveira Bernardes Brasileiro**, Federação Nacional dos  
 558 Enfermeiros – FNE; **Geordeci M. Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **Geraldo Adão dos**  
 559 **Santos**, Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas – COBAP; **Gerdo Bezerra de Faria**,  
 560 Conselho Federal de Odontologia – CFO; **Ivone Evangelista Cabral**, Associação Brasileira de  
 561 Enfermagem (ABEn); **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde  
 562 (CNTS); **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil (CGTB);  
 563 **Jorge Oliveira Duarte**, Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena; **Lázaro Luiz**  
 564 **Gonzaga**, Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC); **Luís Eugênio**  
 565 **Portela Fernandes de Souza**, Sociedade Brasileira de Profissionais em Pesquisa Clínica (SBPPC);  
 566 **Márcia Patrício de Araújo**, Associação Brasileira dos Ostomizados (ABRASO); **Maria Cristina Pedro**  
 567 **Biz**, Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos**,  
 568 Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; **Maria Angélica Zollin de**  
 569 **Almeida**, Federação Nacional dos Médicos Veterinários - FENAMEV; **Maria do Socorro de Souza**,  
 570 Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG; **Maria Laura C. Bicca**,  
 571 Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Marisa Furia Silva**, Associação Brasileira de  
 572 Autismo (ABRA); **Nadir Francisco do Amaral**, Federação Nacional das Associações de Pessoas com  
 573 Doenças Faciliformes (FANAFAL); **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN);  
 574 **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Patrícia Augusta Alves Novo**,  
 575 Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares – ABRAZ; **Renato Almeida de Barros**,  
 576 Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social (CNTSS); **Ronald Ferreira dos**  
 577 **Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR); **Rosangela da Silva Santos**, Federação  
 578 das Associações de Renais e Transplantados do Brasil (FARBRA); **Sandra Regis**, Associação  
 579 Brasileira dos Delegados e Amigos da Confederação Espírita Pan-Americana (CEPA Brasil); **Ubiraci**  
 580 **Matildes de Jesus**, União de Negros pela Igualdade (UNEGRO); **Ubiratan Cassano Santos**, União  
 581 Nacional dos Estudantes (UNE); **Verônica Lourenço da Silva**, Liga Brasileira de Lésbicas; **Waldir**  
 582 **Araújo Cardoso**, Conselho Federal de Medicina (CFM); e **Zan Mustacchi**, Federação Brasileira das  
 583 Associações de Síndrome de Down. *Suplentes* – **Alexandre Correia dos Santos**, Federação  
 584 Interestadual dos Farmacêuticos - FEIFAR; **Alexandre Frederico de Marca**, Confederação Nacional do  
 585 Comércio de Bens, Serviços e Turismo; **Cleuza C. Miguel**, Movimento dos Portadores de Esclerose  
 586 Múltipla (MOPEM); **Diego de Faria Magalhães Torres**, Federação Nacional dos Fisioterapeutas e  
 587 Terapeutas Ocupacionais (FENAFITO); **Elcio A. dos Santos**, Associação Brasileira de Terapeutas  
 588 Ocupacionais – ABRATO; **Eurídice Ferreira de Almeida**, FASUBRA; **Eliane Aparecida da Cruz**,  
 589 Ministério da Saúde (MS); **Fernanda Bevenutte**, Associação Nacional de Travestis e Transexuais –  
 590 ANTRA; **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; **Fernanda**  
 591 **Simões Guimarães Torres**, Associação de Fisioterapeutas do Brasil – AFB; **Francisca Rego Oliveira**  
 592 **de Araújo**, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); **Gilene Jose dos Santos**, Sindicato  
 593 Nacional dos Trabalhadores Aposentados Pensionistas e Idosos (SINTAPI); **Gilson Silva**, Força  
 594 Sindical; **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde –  
 595 CONASS; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **José Arnaldo Pereira Diniz**, Federação  
 596 Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Júlia Maria Santos Roland**, Ministério da Saúde; **Lorena Baía**  
 597 **Alencar**, Conselho Federal de Farmácia – CFF; **Luiz Alberto Catanoce**, Sindicato Nacional dos  
 598 Aposentados (SIND-NAP); **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores -  
 599 NCST; **Luiz Oberdan Liporoni**, Associação de Assistência à Criança Deficiente - AACD; **Luiz**  
 600 **Fernando Corrêa Silva**, Federação Brasileira de Hospitais – FBH; **Marcos Vinicius S. Pedroza**,  
 601 Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG; **Maria Lucia Santos Pereira da Silva**, Movimento  
 602 Nacional da População de Rua – MNPR; **Nádia Elizabeth Cardoso Barbosa**, Movimento Brasileiro de  
 603 Luta Contra as Hepatites Virais (MBHV); **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina  
 604 Veterinária – CFMV; e **Wilen Heil e Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional  
 605 (COFFITO). Iniciando o segundo dia de reunião, conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente  
 606 do CNS, cumprimentou os presentes e lembrou os itens previstos para aquele dia. Também anunciou a  
 607 presença de representação da coordenação nacional de estudantes de saúde coletiva, de estudantes  
 608 de serviço social da Universidade de Brasília, coordenação nacional de Plenária de Conselhos,  
 609 conselho municipal de Santa Cruz do Sul/RS, conselhos estaduais, CFO, COFFITO, DENEM. **ITEM 3 –**  
 610 **ANÁLISE DE CONJUNTURA: FINANCIAMENTO DO SETOR PRIVADO DA SAÚDE - Apresentação:**  
 611 conselheiro **Alexandre Rocha Santos Padilha**, Ministro de Estado da Saúde. *Coordenação:*  
 612 conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, da Mesa Diretora do CNS. O Ministro da Saúde iniciou a  
 613 sua fala cumprimentando os presentes e informando que no dia anterior participou do ato de  
 614 lançamento do plano de enfrentamento da violência contra as mulheres, na Presidência da República,  
 615 com a Ministra da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, **Eleonora**

**Menicucci de Oliveira.** Disse que essa iniciativa dá um passo adiante para que os profissionais de saúde tenham um papel acolhedor e humanizado no atendimento das mulheres vítimas de violência. Explicou que os profissionais de saúde deverão passar por processo de educação permanente porque o material resultado do exame físico servirá de prova no processo de julgamento daquele que pratica violência contra a mulher. Disse que essa iniciativa soma-se à iniciativa do Ministério da Saúde, em fevereiro de 2011, de transformar a violência contra a mulher em notificação compulsória, possibilitando a obtenção de dados importantes para repensar as políticas públicas para enfrentamento da violência contra a mulher. Acrescentou que a iniciativa é inspirada na experiência “Mulheres salvadorenhas”, conduzida em El Salvador. Na sequência, falou sobre a notícia veiculada pela mídia de incentivos financeiros para a saúde suplementar. Explicou que a matéria foi publicada na 4ª feira e no dia seguinte a Presidente do CNS o convidou para participar da reunião do Plenário do Conselho e tratar do tema. Destacou a importância de debater o assunto da saúde suplementar, sobretudo nesse ano em que se comemora 25 do SUS. Lembrou que, 2012, o CNS promoveu amplo debate sobre a agenda regulatória da ANS e da urgência e emergência, rede pública, credenciada e suplementar. Ressaltou que o CNS sempre buscou posicionar-se a partir do debate travado no Plenário. Nessa linha, destacou que o debate em questão não deve ser pautado em especulações da mídia. Esclareceu que recebera setores da saúde suplementar para debate e houve discussão na Câmara de Saúde Suplementar da ANS, que é composta, além de representantes da ANS, da CUT, CGTB, IDEC, CONASS, CONASS. Lembrou, inclusive, que fora o único ministro a participar da reunião da Câmara. Disse que esse debate feito no MS e na Câmara de Saúde Suplementar atende à solicitação de setores da saúde suplementar feita em audiência com a Presidente Dilma e os ministros que compõem a Câmara de Saúde Suplementar. Lembrou que houve amplo debate sobre a agenda da saúde suplementar e, após debate em dezembro de 2012, uma proposta de agenda foi colocada em consulta pública, encerrada em janeiro de 2013, possibilitando à sociedade a apresentação de temas a serem conduzidos pela ANS. Ressaltou que o CNS e os defensores do SUS devem discutir saúde suplementar por dois motivos, o primeiro é não permitir - e o governo não permitirá - nenhum movimento da saúde suplementar que reduza a força do SUS. O segundo é a interface do SUS com a saúde suplementar. Lembrou que mais da metade das internações do SUS são feitas em hospitais filantrópicos ou privados credenciados ao SUS. Além disso, mais de 60 milhões de brasileiros possuem plano privado de saúde e muitos deles por acordos coletivos negociados por movimentos sociais. Destacou a curva de crescimento de planos médicos de saúde suplementar (de 30 milhões para 49 milhões na saúde suplementar) e, no período, houve aumento de 18 milhões de empregos formais, ou seja, a curva de crescimento da saúde suplementar está ligada à curva de crescimento do emprego formal no país. Frisou que debater saúde suplementar e direitos dos beneficiários não significa negar o papel importante e estratégico do SUS. Também salientou que os gestores devem debater o tema por conta da interface clara na rede e nos serviços. Cumprimentou a Presidente do CNS e a Mesa Diretora por pautar esse tema no Plenário do Conselho para esclarecimentos necessários, todavia, ponderou que o CNS não deve se pautar por especulações, mas sim buscar o Ministério da Saúde para debate e esclarecimentos. Também explicou que a Lei de criação da ANS permite que a Agência regule as operadoras e não os prestadores de serviços. Assim, existe um vazio no que diz respeito à regulação de hospitais privados que prestam serviços à saúde suplementar. Feitas essas considerações iniciais, passou à exposição. Começou falando sobre a dimensão da saúde suplementar: 1.338 operadoras de planos de saúde com beneficiários; cerca de 62 milhões de brasileiros com cobertura: 48,6 milhões, planos médicos - 18,4 milhões, odontológicos exclusivos; 4,7 milhões de internações; 267 milhões de consultas médicas; 69 milhões de consultas médicas em pronto-socorro; 41 milhões de exames complementares (dados de 2011). Acrescentou que antes da criação da ANS havia mais de 2 mil operadoras de planos de saúde e é grande a variedade de operadoras de planos de saúde. Explicou que, além de regular a parte econômica e financeira, a ANS regula o rol da garantia de cobertura dos beneficiários de planos de saúde (cobertura obrigatória - Lei 9656/98). Falou sobre a Agenda Regulatória 2013-2014 que estabelece prioridades e cronograma de atividades, conferindo maior transparência na atuação da ANS. Explicou que a agenda contempla sete eixos temáticos com 36 projetos voltados a regulação do setor (Consulta Pública nº 52, até 29/01 de 2013) e dá prosseguimento ao trabalho iniciado no último biênio (2011-2012): 1. Sustentabilidade do setor; 2. Garantia de acesso e qualidade assistencial; 3. Relacionamento entre operadoras e prestadores (uma agenda que a ANS possui poucos instrumentos de regulação); 4. Incentivo à concorrência; 5. Garantia de Acesso à Informação; 6. Integração da Saúde Suplementar com o SUS; e 7. Governança Regulatória. A respeito da sustentabilidade do setor, ressaltou que é preciso pensar o conjunto das operadoras – é possível que o setor permaneça com mais de mil operadoras no sistema? Destacou que é preciso refletir se o setor tem condições de garantir acesso e qualidade assistencial com a rede disponível hoje. Citou, por exemplo, que a internação mais comum de beneficiários de planos de saúde no SUS refere-se a partos. Também destacou que em algumas regiões do país a saúde suplementar teve um grande crescimento e citou, por exemplo, que na região do ABCD 72% da população possui plano privado de saúde, mais de 90% por acordo coletivo. Todavia, apenas um

hospital da saúde suplementar na região presta serviços de alta complexidade. Portanto, o SUS absorve o conjunto de beneficiários de planos de saúde da região. A respeito da garantia de acesso e qualidade assistencial, lembrou que, em 2012, foi estabelecida regra sobre prazo máximo de atendimento, definido monitoramento a partir da opinião do usuário com punição e suspensão para os casos que não atenderem ao acordado. A respeito do relacionamento entre operadoras e prestadores, salientou que a ANS possui poucos instrumentos de regulação, portanto, é necessário pensar propostas nesse sentido. Também ressaltou que a garantia de acesso à informação é essencial para ANS e para a sociedade no sentido de fiscalizar, opinar e buscar os seus direitos. Sobre a integração da Saúde Suplementar com o SUS, destacou que os defensores do SUS são os que mais devem contribuir nesse debate, reconhecendo essa interface, assegurando o ressarcimento e serviços realizados no local que protejam os pacientes. No que se refere à governança regulatória, destacou que a ampliação da capacidade da ANS em regular operadoras e prestadores de serviço, contemplando as instâncias de participação dos setores de saúde suplementar, na definição da agenda regulatória. Também, salientou que esse debate passa pela definição da agenda regulatória, pelo fortalecimento da ANS, pela composição da diretoria da Agência. Destacou que é preciso se posicionar a partir de debates e não de especulações, porque o governo tem como prioridade a erradicação da pobreza e não vai discutir ou apresentar proposta de plano de saúde “pobre” para “pobre”. Lembrou que não existe proposta de redução da cobertura mínima de planos privados de saúde e salientou que não há acordo nem mesmo no setor a esse respeito. Disse que a Presidente da República e o MS adotaram medidas que buscam estabelecer monitoramento sobre a cobertura, inclusive com definição de medidas de suspensão de direito de vendas de planos de saúde. A intenção é buscar medidas cada vez mais eficazes de garantia de cobertura, com qualidade. Disse que não aceita a dicotomia: quem defende o SUS não pode olhar os direitos dos usuários de planos privados de saúde, uma vez que não definir medidas que ampliem o acesso e a qualidade desses usuários é prejudicial para o SUS, que fica sob pressão dessa demanda. Observou que o Ministério da Saúde, por meio da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), adotou medidas inéditas em defesa do usuário, tornando mais rígido o monitoramento das operadoras de planos de saúde com objetivo de melhorar o atendimento do cidadão aos serviços contratados. Além disso, foram adotadas as seguintes ações: determinação de tempo máximo para o atendimento do usuário – marcação de consultas, exames e cirurgias; suspensão dos planos de saúde que não cumprirem os prazos estabelecidos para o atendimento; Resolução Normativa que obriga as operadoras a justificarem por escritos, em até 48h, as negativas de cobertura (entra em vigor a partir de maio de 2013); aumento do ressarcimento ao SUS pelas operadoras de saúde (obrigatório às operadoras emitir número do Cartão SUS – permitirá ampliar o ressarcimento – mais de 32 milhões de números emitidos); e apoio à aprovação da lei que proíbe a exigência de cheque-caução como condição para atendimento de emergência. Explicou que, em 2012, 78% das reclamações referentes ao tema cobertura foram resolvidas em até 10 dias úteis por mediação de conflito, evitando que virassem processos e garantindo a cobertura devida. Disse que desde 2012 os planos têm de cumprir regra de tempo máximo para marcar consultas, exames e cirurgias. Assim, 396 planos de 54 operadoras tiveram suas vendas suspensas temporariamente em 2012 por desrespeitarem a regra. Além disso, quatro operadoras tiveram todos os planos suspensos já que estavam em regime especial de Direção Fiscal/Direção Técnica e outras oito estão decretadas como alienação de carteira compulsória. As operadoras com planos suspensos são obrigadas a prestar esclarecimento à ANS para registro de novos produtos. Sobre a justificativa para negativas de cobertura, explicou que as operadoras de planos de saúde têm de justificar por escrito, em até 48h, as autorizações para procedimentos médicos que foram negadas, sempre que o beneficiário solicitar. Disse que essa medida foi publicada no dia 6 de março e entra em vigor em 60 dias - Resolução Normativa nº 319. A respeito da criminalização do cheque caução, destacou o apoio à aprovação da lei que tornou crime a exigência de cheque-caução, nota promissória ou mesmo preenchimento de formulários administrativos antes do atendimento em situação de emergência. No que se refere à capacidade de atendimento ao cidadão, explicou que o MS dobrou a capacidade de atendimento pelo Disque ANS (0800 701 9656) passando de 45 para 90 ligações simultâneas no atendimento humano e eletrônico. Sobre o ressarcimento, explicou que houve um recorde no ressarcimento ao SUS, ou seja, R\$ 154,4 milhões nos últimos dois anos, representando mais que o total dos dez anos anteriores somados (2000 a 2010). Salientou que esse resultado foi possível por conta de mecanismos de gestão, cruzamento de dados e, a partir de 2013, haverá outro salto com a medida que obriga as operadoras a emitir o Cartão SUS para os beneficiários. Também esclareceu que, em 2012, 643 operadoras de planos de saúde foram encaminhadas pela ANS para inscrição de dívida ativa (os R\$ 110, 43 milhões que foram encaminhados é maior que toda a série histórica (2000-2011)). Na sequência, reiterou que é de extrema importância debater esse tema nesse ano em que o SUS completa 25 anos e também porque se vive um momento histórico e importante do desenvolvimento do país e é preciso ser firme para que a ideia do SUS público, universal e gratuito continue a ser um desafio do Brasil. Nesse sentido, lembrou que será necessário enfrentar três desafios – financiamento, gestão e qualidade de

oferta dos serviços no SUS. No que se refere ao financiamento, disse que é preciso debater esse tema inclusive considerando o cenário da crise internacional europeia por conta do seu impacto na economia e no papel dos sistemas nacionais públicos. Citou, por exemplo, que na Espanha houve redução de 30% do orçamento da saúde, em 2013; e, em Portugal, 30% em 2012 e 10%, em 2013. Ainda em relação à Espanha, disse que a cada médico aposentado, um era chamado, todavia, em 2012, a cada cinco médicos aposentados apenas um foi convocado, por conta do corte de gasto. Destacou que essa questão merece uma atenção especial por conta do impacto no Brasil, uma vez que o SUS foi inspirado no modelo do sistema público europeu – Itália, Inglaterra, Países Escandinavos, França, Espanha, Portugal. Frisou ainda que a defesa do SUS público e gratuito é decisivo na garantia da cidadania e do crescimento do país, na exclusão da pobreza e no enfrentamento da exclusão social. No que diz respeito à gestão, salientou que é preciso implantar mecanismos de gestão entre as três esferas e com os prestadores, a fim de assegurar que o SUS cumpra o prazo mínimo para atendimento, com punição, assim como estabelecido para a saúde suplementar. A respeito do desafio da qualidade de oferta dos serviços no SUS, disse que é preciso enfrentar esse debate porque a formação profissional no país, por muitos anos, não seguiu as necessidades do SUS – quantidade, distribuição das escolas, formação, residência e distribuição dos profissionais. No seu modo de ver, esse é o ponto mais crítico porque os resultados são alcançados em longo prazo. Salientou que o Conselho promoveu debates qualificados sobre a saúde suplementar, o que não significou enfraquecimento da luta em defesa do SUS. Nessa linha, avaliou que é o momento de debater esse tema com olhar na defesa do direito do beneficiário do plano de saúde, lembrando, inclusive, que são 62 milhões de beneficiários - mais de 80% de planos coletivos e menos de 20% de plano individual. **Manifestação.** Conselheira **Ubiraci Matildes** saudou o Ministro da Saúde e cumprimentou pela iniciativa de esclarecer os fatos ao CNS. Reconheceu a importância das ações implementadas na esfera nacional, todavia, considerou ser necessário maior diálogo entre as três esferas de governo, inclusive para subsidiar melhor os conselhos de saúde no desempenho do papel de fiscalização. Frisou que é contra a privatização da saúde, mas entende que a saúde suplementar exerce papel importante na complementariedade das ações de saúde, todavia, não pode substituir o SUS. Todavia, ponderou que há iniquidades no SUS que precisam ser enfrentadas e citou, por exemplo, que em Salvador/BA não há uma rede de saúde capaz de assegurar pré-natal de qualidade para evitar a morte de mulheres, especialmente negras. Solicitou a atenção do Ministro da Saúde para a importância do processo de monitoramento, estreitando a relação entre controle social e gestão, visando à diminuição das iniquidades no SUS, particularmente quando se refere à população negra. Por fim, defendeu a implantação do Plano Nacional de Saúde da População Negra, dialogando com municípios e estados, para atender esse grupo da população. Conselheira **Denise Rodrigues Eloi de Brito** iniciou cumprimentando o Ministro da Saúde e demais presentes na condição da representante da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS. Explicou que a UNIDAS participa do sistema de saúde suplementar (11% da população assistida: trabalhadores, servidores públicos e familiares) na busca de uma complementaridade no atendimento aos serviços de saúde. Disse que a intenção da entidade é ampliar o debate no CNS sobre o sistema de saúde complementar, com construção de pautas de interesse comum. Nessa linha, lembrou que a entidade defendeu a reativação da Comissão de Saúde Suplementar por entender que é um espaço importante para o debate desses temas. Também defendeu o caráter complementar do sistema suplementar ao SUS, apesar de reconhecer que hoje o papel é substitutivo. Por fim, informou que, após articulação do segmento da autogestão com parlamentares, foi apresentado o PL n°. 2.734, do deputado João Dado, que amplia a competência da ANS contemplando a regulação dos contratos dos prestadores de serviço de saúde. Diante da importância dessa iniciativa, solicitou o apoio do CNS e do MS para dar celeridade à tramitação da proposta na Câmara dos Deputados. Conselheira **Nádia Elizabeth Barbosa Villas Bôas** explicitou o seu anseio que pessoas não sejam vistas como “cidadãos de segunda classe” por usar o SUS e frisou que todos devem usar o SUS e defendê-lo. Por outro lado, destacou que é preciso cuidar da questão da iniquidade de acesso ao Sistema. Nessa linha, defendeu que haja controle do acesso no SUS, com qualidade, assim como é feito na saúde suplementar. Conselheira **Marisa Furia Silva** saudou o Ministro da Saúde e o coordenador da mesa e destacou que há ilhas de excelência do SUS que precisam ser ampliadas para todo o Sistema, a fim de atender, inclusive, as pessoas com deficiência. Nessa linha, solicitou ao Ministro da Saúde a compra de aparelhos de raio x panorâmico para o SUS, porque facilita o atendimento das pessoas com autismo, por exemplo. Também perguntou se é assegurada alimentação do acompanhante de idosos e de deficientes internados no SUS e no sistema suplementar. Conselheira **Ana Valéria Escolástico Mendonça** manifestou alívio com a fala do Ministro da Saúde e destacou que a radioterapia é um dos ralos do SUS (os planos de saúde se interessam por firmar convênios com o SUS para a quimioterapia e a radioterapia é realizada pela rede pública). Também lembrou que medicamentos importantes e de auto custo como o Clivec são custeados pelo SUS e não há cobrança dos planos de saúde. Além disso, disse que é preciso ter atenção para a falta de leitos clínicos no SUS e na saúde suplementar. Concordeu que é preciso valorizar a gestão do SUS, para além do financiamento. Por fim, disse que no Estado do Ceará a

UNIMED é a campeã de reclamações e solicitou que a ANS seja mais incisiva no que se refere ao cumprimento dos prazos para atendimento. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** destacou que são 62 milhões de brasileiros com planos privados de saúde, a maioria por necessidade porque o SUS não responde de forma adequada às demandas por exames, consultas, procedimentos. Diante dessa situação, defendeu que as exigências de cumprimento de prazo definidas para saúde suplementar sejam aplicadas ao SUS, a fim de assegurar o atendimento em tempo hábil, com ampliação da atenção básica. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** cumprimentou o Ministro da Saúde e recuperou que no dia anterior o CNS definiu como missão a defesa do direito à saúde e dos princípios do SUS. Disse que o momento coloca o SUS no centro do debate político do país e é preciso definir que saúde é desejável para o Brasil. Nessa linha, avaliou que a ANS, por se tratar de um órgão do Ministério da Saúde e ser parte da estrutura do SUS, deve rever a ordem de suas prioridades, uma vez que as primeiras referem-se ao negócio. Lembrou que, apesar de ser um país capitalista, a construção do direito a saúde pressupõe que as atividades econômicas estejam de acordo com a função social. Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio** avaliou que o momento é delicado por conta da desnacionalização de uma das maiores operadoras de planos de saúde do Brasil e da entrada de uma mega corporação norte-americana na prestação de serviços de saúde. Salientou que aos defensores do SUS cabe também a defesa dos usuários de planos de saúde e o enfrentamento dos problemas postos sob o risco que acontecer o denunciado por Michael Moore no seu filme (analistas das empresas de planos de saúde ganhavam comissão pelo número de negativa de atendimento). Explicou que a operadora desnacionalizada era proprietária de hospitais no Brasil e a Lei nº. 9.656/1998 proíbe que capital estrangeiro seja dono de hospitais no país. Sendo assim, ressaltou que não se deve facilitar o movimento de monopolização de hospitais nas mãos de corporação estrangeira. Por fim, apelou que, diante da gravidade do quadro, o quinto diretor da ANS, a ser escolhido pelo MS, seja comprometido com o SUS, para assegurar a fiscalização necessária diante da presença das grandes corporações na saúde complementar. Conselheiro **Waldir Araújo Cardoso** cumprimentou o Ministro da Saúde e os demais presentes e avaliou que o episódio foi positivo na medida em que suscitou os movimentos e entidades a se manifestarem em defesa do SUS. Também destacou que a presença e os esclarecimentos do Ministro da Saúde reforçam a luta pelo SUS público e de qualidade. Para conhecimento, fez a leitura do Manifesto de Belém, aprovado na plenária de encerramento do I Encontro Nacional de Conselhos de Medicina. No documento, os Conselhos de Medicina avaliam que a intenção de reduzir impostos, dar subsídios e destinar recursos públicos para as operadoras de planos de saúde, conforme anunciado após encontros de representantes do Governo com empresários do setor, demonstra, de forma contraditória, o favorecimento da esfera privada em detrimento da pública na prestação da assistência à saúde, cuja prática tem sido feita sob o signo do subfinanciamento público federal, principal responsável pelas dificuldades do SUS. Os Conselhos de Medicina defendem o SUS público, integral, gratuito, de qualidade e acessível a toda a população. Para tanto, exigem o cumprimento de uma agenda mínima, a qual inclui a destinação de 10% da receita da União para a saúde e o aperfeiçoamento dos serviços públicos, dotando-os de infraestrutura e recursos humanos valorizados para atender de forma eficaz a população. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** fez um destaque ao direito e à necessidade de se ter um plano privado de saúde, uma vez que a busca por esses planos deve-se à falta de acesso ao SUS. Ressaltou que é primordial considerar no debate que o direito à saúde no país está sendo negado de várias formas (não acesso a determinadas políticas, por exemplo). No seu modo de ver, o CNS deve reafirmar que é contra o financiamento do setor privado em detrimento do público, independente de como for. Conselheiro **Cid Pimentel** cumprimentou o Ministro da Saúde e solicitou que assegure a participação de representante do CNS na Câmara de Saúde Suplementar da ANS. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva**, de um lado, manifestou alívio com a fala do Ministro da Saúde, mas por outro, manifestou preocupação com fato de ser uma questão de governo. Também disse que o movimento de trabalhadores busca planos de saúde como uma forma de melhoria da qualidade de vida, entretanto, isso é uma falácia, pois os trabalhadores perdem em qualidade de vida por conta das doenças relacionadas à relação de trabalho. E, além disso, muitos são demitidos dos seus empregos quando apresentam problemas de saúde. No mais, avaliou que é preciso avançar no debate sobre as práticas integrativas e complementares e ampliá-las para a saúde suplementar. Conselheiro **Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza** agradeceu o Ministro da Saúde pela fala esclarecedora e destacou dois pontos da fala dele, no seu modo de ver, essenciais: é posição do governo não tomar medida para enfraquecer o SUS; e fortalecer a regulamentação dos planos privados para proteger os usuários. Na linha do fortalecimento, frisou que é preciso inverter a lógica, priorizando a garantia da assistência aos usuários de planos de saúde e não a “saúde financeira” desses planos. Também destacou que são necessárias barreiras para a entrada de planos de saúde no mercado, lembrando que não procede a ideia que os planos irão prestar serviços a preços irrisórios. Registrou que não é contra a existência de planos de saúde, mas sim a subsídio público para planos privados. Nessa linha, sugeriu que o CNS participe da petição pública por uma lei proibindo o repasse de recursos públicos (subvenções, isenções, deduções) para planos privados de saúde. Por fim,



esclareceu que as quinze entidades que se manifestaram não o fizeram com base em especulações, mas sim em esclarecimentos de dirigentes do MS, representantes de empresas de seguradoras. Agradeceu a presença do Ministro da Saúde e avaliou que o CNS deve continuar o debate, a partir do acompanhamento das discussões por meio da Câmara de Regulação da ANS. Conselheiro **Ubiratan Cassano** cumprimentou o Ministro e os demais presentes e focou a sua fala na venda da AMIL para um grupo internacional (valor de R\$ 9,92 bilhões). Explicou que a AMIL é a maior operadora do Brasil com 22 hospitais, 50 clínicas, mais de 5 milhões de conveniados, rede credenciada de 3,3 mil hospitais, 11 mil clínicas conveniadas e 12 mil laboratórios e centros de imagem credenciados. Lembrou que a Constituição Federal veda a participação de capital estrangeiro nos hospitais, direta e indiretamente e a Lei 9.656/1998 permitiu a participação de capital estrangeiro nas operadoras, sem citar os hospitais. Disse que o Presidente da AMIL declarou que “a intenção da empresa é entrar com força no sistema de coparticipação por entender que essa é uma melhor maneira para reduzir custo”. Nesse sentido, perguntou por que a ANS autorizou, em tempo recorde, a compra da AMIL por uma empresa norte-americana? Interessa ao país que uma das maiores empresas norte-americanas participe da saúde no Brasil? Interessa que uma empresa do modelo norte americano, falido e desigual, assuma parte do sistema suplementar do país? Conselheiro **Renato Almeida de Barros** disse que se sentiu contemplado pelas falas que o antecederam, mas reafirmou que não se deve pautar o debate do modelo de assistência regulado pelo mercado, ao contrário, é preciso reafirmar os princípios do SUS. Disse que a notícia causou grande preocupação às entidades/movimentos defensoras da saúde e, assim, perguntou por que o governo não respondeu de forma imediata à matéria. Manifestou satisfação com a presença do Ministro da Saúde e com a notícia de regulamentação e frisou que é necessário abrir essa discussão nas instâncias colegiadas. Além disso, ressaltou que é preciso identificar os pontos de estrangulamento do Sistema e apontar caminhos para solução. Por fim, solicitou a reafirmação dos princípios do SUS como política de Estado e de governo. Nesse momento, a Presidente do CNS interveio para apresentar a seguinte Questão de Ordem: diante do avançado da hora, fazia-se necessário redefinir o encaminhamento do debate, haja vista o número de inscritos e o atraso da próxima pauta que contaria com a presença de convidados. Após negociação com as convidadas para o próximo item, o Plenário decidiu continuar o debate, assegurando a fala dos inscritos, dada a importância do tema. Conselheiro **Luiz Odorico Monteiro de Andrade** avaliou que o CNS é o espaço propício para apresentação desse tema, uma vez que é no Plenário onde as contradições são debatidas. Destacou que, nesse debate, é preciso considerar, de fato, as estratégias e as ações adotadas, entre elas: prioridade da Presidente da República de acabar com a miséria no país; disponibilização, em 2013, de R\$ 1,6 bilhão para reforma de unidades básicas de saúde, garantia de internet banda larga para 13 mil unidades de saúde, ampliação do acesso a medicamentos (14 para 25 farmácias – Aqui tem Farmácia Popular), ampliação da cobertura do Farmácia Popular – com diminuição de mortes; ampliação do acesso ao SAMU (de 60% para 70% de cobertura; fortalecimento do arcabouço do SUS (Lei n°. 141/2012, Decreto n°. 7.508). Também salientou que essas são ações concretas voltadas ao fortalecimento do SUS e disse que o sistema suplementar no Brasil é um diferencial importante em relação aos sistemas universais da Europa. No seu modo de ver, o problema está na contradição: como defender o SUS quando não se usa esse Sistema? Destacou que essa questão deve ser assumida pela área acadêmica do país e é preciso amadurecimento para enfrentar esse tema. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** salientou que ex-conselheiros do CNS publicaram artigos explicitando preocupação com o desfinanciamento do SUS e financiamento da iniciativa privada. Nesse sentido, concluiu que: os sindicatos promovem os planos de saúde; os planos privados de saúde não realizam procedimentos de custo alto como diálise, quimioterapia, transplante; os planos de saúde conseguem, com menos recursos e custos em comparação ao SUS, obter lucro e realizar procedimentos para ¼ da população brasileira. Sendo assim, gostaria de entender como o SUS poderia ser melhor financiado e oferecer ações e serviços de qualidade em todas as esferas de governo. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** explicou que os usuários de planos de saúde dão preferência ao SUS no que se refere à urgência, mas acionam o plano quando vai para enfermaria. Disse que a classe em ascensão no país busca um plano privado de saúde por medo da negativa de atendimento no SUS quando necessitar. Frisou que a demora no atendimento do SUS é um problema e sugeriu uma definição de um prazo para atendimento no Sistema. Destacou que o município de Santa Maria/RS sofreu uma tragédia, mas ressaltou que ocorrem inúmeras tragédias humanas no país todos os dias e as vítimas não conseguem atendimento. Também manifestou preocupação com o núcleo operacional do governo para mudar a estrutura atual, haja vista ser necessário mais recursos para a saúde. Conselheira **Maria Cristina Pedro Biz** cumprimentou o Ministro da Saúde pelas iniciativas adotadas, por meio da ANS, inclusive de suspensão de planos de saúde que não cumprirem os prazos estabelecidos. A propósito da notícia veiculada na imprensa, disse que surpresa fora a ausência de posicionamento oficial do Ministério da Saúde a respeito. Na condição de conselheira e cidadã, solicitou que a Presidente da República venha a público reforçar a intenção do governo de fortalecer o SUS e que o Ministério da Saúde deixe claro que não haverá renúncia de impostos e incentivos fiscais, não

926 haverá dotação orçamentária pública para planos privados de saúde. Por fim, disse que o FENTAS  
927 também divulgou nota manifestando posição contra a qualquer forma de privatização. Conselheira **Ana**  
928 **Maria Costa** cumprimentou o Ministro da Saúde pela presença e destacou que o CEBES valoriza o  
929 CNS como espaço de debate. Nessa linha, a entidade solicitou à Presidente do CNS que convidasse o  
930 Ministro para os esclarecimentos sobre essa situação. Explicou que o CEBES não se baseia em  
931 suposições ou matérias jornalísticas, mas sim em evidências científicas sobre a presença do mercado  
932 da saúde no Brasil e o grau de ameaça para o SUS. Por outro lado, valorizou a importância desse  
933 momento de mobilização em defesa do SUS expressa na prática dos gestores e dos governos.  
934 Ressaltou que, para além da demanda por mais recursos para a saúde, é preciso definir como esses  
935 recursos serão utilizados. Disse que os planos privados de saúde de baixo custo prejudicam o SUS e  
936 devem ser combatidos. Retomou a denúncia de presença de capital internacional no mercado da saúde  
937 do Brasil e informou que a QUALICORP possui crescimento de 66% na bolsa, o que demonstra a  
938 gravidade do mercado da saúde que existe no país. Com isso, destacou que se conta com a presença  
939 e a força política do Ministério da Saúde no âmbito do governo para garantir o SUS nos termos  
940 definidos na Constituição Federal. Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** saudou o Ministro da Saúde  
941 e cumprimentou o governo pela iniciativa de garantir o ressarcimento ao SUS pelas operadoras de  
942 saúde. Na linha da defesa do SUS, disse que é preciso separar o que é “cliente” (*de planos privados de*  
943 *saúde*) e “usuário” (*sujeito com direito social à saúde*), uma vez que o usuário é enganado por  
944 seguradoras para adquirir seguros que não cobrem os custos de atendimento. Também salientou que é  
945 necessário inverter a lógica de que o SUS suplementa o plano privado de saúde e combater o “verniz”  
946 de direito social que o negócio da saúde deseja imprimir no Brasil. Conselheiro **Willen Heil e Silva**  
947 destacou que a precarização do SUS incentiva a venda de planos privados de saúde e com o SUS  
948 ideal os trabalhadores não iriam preferir a contratação de planos de saúde, mas sim a melhoria salarial.  
949 Também disse que há informações de investimento de operadoras de saúde em campanhas eleitorais  
950 e a dúvida é como esse fomento foi pago e da prática pelas operadoras de caixa dois (10% dos valores  
951 pagos). Disse que é preciso levantar informações sobre o recurso público gasto com planos privados de  
952 saúde e defendeu que esse montante seja direcionado para o SUS. Sugeriu a proposição de um projeto  
953 de lei determinando que os agentes políticos utilizem o SUS, o que contribuiria para a sua  
954 implementação e tornando ideal de fato e de direito. Também avaliou que é preciso ampliar a  
955 representação das profissões da saúde na Câmara de Saúde Suplementar (contemplando  
956 fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutrição, fonoaudiologia...). Como encaminhamento, propôs:  
957 divulgar uma nota pública reafirmando a posição do CNS contrária à contratação de planos de saúde  
958 pelo SUS e demais privatizações e solicitar a homologação, pelo Ministério da Saúde, das resoluções já  
959 aprovadas pelo Conselho e ainda não homologadas, entre elas contra a privatização e relativa à  
960 PICSUS. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** iniciou a sua fala com referência à renovação do  
961 CNS, com a inclusão de representante da população em situação de rua e dos transexuais e travestis e  
962 o retorno da SBPC, salientando a importância da presença do Ministro da Saúde uma vez que reforça o  
963 aspecto do debate político do Conselho. Nessa linha, observou a necessidade de definir agendas mais  
964 permanentes de debates entre o Ministério da Saúde e o CNS, ressaltando o empenho que vem sendo  
965 feito para resgatar e reapropriar a missão do CNS, com definição de prioridades. Disse que o Conselho  
966 não dispõe de assessoria política e de equipe de comunicação estruturada, por essa razão, as  
967 entidades devem ficar alerta aos debates travados fora do CNS. Salientou ainda que a proposição  
968 política deve considerar o contexto mundial, haja vista os impactos nas políticas do país. Ressaltou que  
969 regular a saúde suplementar é essencial, todavia, perguntou se existe a possibilidade de transferência  
970 de recurso público para financiar o setor privado. Assim, disse que a posição do CNS é contrária à  
971 privatização da saúde, porque, entre outros aspectos, é inconstitucional. Também relatou que escutas  
972 itinerantes realizadas pela CONTAG desmentem a posição que a classe ascendente almeja plano  
973 privado de saúde. Defendeu como prioridade (ação permanente): garantir mais recursos para saúde  
974 (Movimento Saúde + 10), direito à saúde, defesa do SUS e o fortalecimento do controle social. Nesse  
975 sentido, frisou que é necessário discutir mecanismos sobre outras formas de gestão que privatizam e  
976 terceirizam a saúde. Por fim, solicitou o apoio do MS para tratar da questão da internação compulsória  
977 no Congresso Nacional de forma a não criminalizar e marginalizar a população de rua. Conselheira  
978 **Eliane Aparecida da Cruz** destacou que são muitos anos de defesa do SUS e é preciso entender as  
979 mudanças que a conjuntura traz. A respeito das comissões, sugeriu reativar a Comissão de Saúde  
980 Suplementar do CNS para acompanhar o debate do tema em pauta. Também sugeriu que essa  
981 Comissão e a Mesa Diretora do CNS resgatassem a decisão do CNS de não participar da Câmara de  
982 Saúde Suplementar da ANS e verificar se está de acordo com a atual conjuntura. Avaliou que está em  
983 jogo o interesse dos trabalhadores da saúde e não apenas o interesse do mercado e o CNS precisa  
984 debater essa questão. Conselheiro **Jurandi Frutuoso** manifestou satisfação com o debate, agradeceu  
985 o Ministro da Saúde pela e fala esclarecedora e destacou a forma tranquila como assunto está sendo  
986 debatido no Conselho. Disse que a notícia veiculada na imprensa gerou moção do Congresso Nacional  
987 e documentos de entidades, demonstrando a preocupação com o SUS. Por fim, disse que o CONASS

promoverá discussão, no dia 24 de abril, sobre o tema “A saúde e para onde vai a nova classe média?”

Conselheiro **José Luiz Spigolon** reafirmou a importância da presença do Ministro da Saúde para debater amplamente o assunto. Disse que os prestadores de serviços encontram-se entre os dois sistemas – SUS e saúde suplementar – e esclareceu que esses poderiam destinar um percentual maior e melhor de serviços ao SUS se não fosse o problema recorrente do financiamento. Destacou que os prestadores privados lucrativos, em 2002, representavam mais de 30% do atendimento ao sistema público de saúde e, em 2012, esse percentual caiu para 9,5%, por conta da dificuldade de manutenção dos serviços diante do financiamento disponível. Explicou que as Santas Casas têm ocupado progressivamente o espaço deixado pelo sistema privado lucrativo, mas enfrentam problemas por conta do subfinanciamento, o que coloca a qualidade da assistência em risco. Conselheiro **Arilson Cardoso da Silva**, primeiro, reiterou a importância da presença do Ministro da Saúde para debate desse tema. A seguir, destacou que o Ministério da Saúde e sua equipe, conforme demonstrado pelas ações, são defensores históricos do SUS. Também salientou que a mídia se pauta por fatos e também por interesses, assim, uma situação lançada na mídia de maneira vaga serve ao interesse de alguém e visa forçar alguma situação. Disse que não cabia ao Ministério da Saúde nenhum tipo de manifestação, porque não foi citado em qualquer tipo de negociação. Por outro lado, é direito das instituições e entidades defensoras do SUS fazerem manifestações sobre o noticiado da mídia. Nessa linha, lembrou a importância de todas as entidades se manifestarem sobre o tema e marcarem posicionamento, inclusive para respaldar o Ministro da Saúde, caso seja necessário debater o tema. Nessa linha, ressaltou que o CNS defende financiamento público para o SUS e as agências reguladoras devem regular os planos que são suplementares ao SUS. Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** manifestou a preocupação da FASUBRA com a saúde suplementar, haja vista a ação do governo em implementar a EBSEH, que representa a privatização dos hospitais universitários. Salientou que os hospitais universitários estão prontos para garantir o acesso aos serviços e o que falta é utilizar os recursos oriundos do REHUF de forma mais efetiva, ao invés de entregar as unidades à iniciativa privada. Conselheiro **Zan Mustacchi**, primeiro, registrou que 21 de março é o dia internacional da síndrome de Down e várias atividades serão realizadas em comemoração a essa data. Disse que, dos 3 milhões de crianças nascidas por ano, 3% apresentam algum tipo de deficiência e os dados de 2010 apontam 24% da população com deficiência, sendo 50% com deficiência mental. Disse que nos 25 anos que trabalhou no Hospital Infantil Darcy Vargas observou que 34% dos indivíduos internados na unidade apresentaram algum tipo de má formação. Apesar desses números, observou que as pessoas com deficiência não têm acesso a atendimento de qualidade e o SUS é onde as crianças com síndrome de Down recebem a melhor atenção à saúde (hoje são 6,4 mil crianças em cuidado no Hospital Infantil Darcy Vargas). Conselheiro **Luiz Aníbal Vieira Machado** falou da dificuldade enfrentada pelos trabalhadores para garantir o auxílio doença e solicitou ao Ministro da Saúde que algo seja feito para resolver essa situação. Também relatou a demora no atendimento efetuado pelo SAMU no município de Cachoeira do Sul (é preciso contatar Porto Alegre e o resgate demora em torno de 45 minutos), assim, solicitou providência a respeito. Além disso, registrou posição contrária à terceirização e à privatização da saúde e reiterou a defesa do SUS. Conselheiro **Arnaldo Marcolino** cumprimentou o Ministro da Saúde e salientou que o CNS é o lugar onde as diferenças se igualam. Ressaltou que é preciso combater a ideia de saúde como sinônimo de mercado, visando apenas o “lucro” e debater o que se quer do SUS de hoje e do futuro. Conselheira **Fernanda Bevenutte** cumprimentou os presentes e agradeceu pela correção da Portaria de nomeação dos conselheiros retificando o nome das pessoas transexuais e manifestou sua inquietação com o caso de médicos do SUS que atendem pacientes em consultórios privados e realizam o parto no SUS. Destacou que a campanha do nome social vale também para mulheres lésbicas e bissexuais. **Retorno da mesa.** Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Ministro de Estado da Saúde, iniciou a sua fala manifestando a sua satisfação com a qualidade do debate e avaliou que se trata de um novo Conselho Nacional de Saúde, com grande diversidade. Para responder aos questionamentos, fez analogia ao papel do fogo na civilização humana para salientar a importância de buscar informações sobre o fato antes de se tirar conclusões. Disse que a culpa não é do jornal, uma vez que os três jornalistas responsáveis pela matéria são profissionais sérios; alguém quis dar uma informação e outro quis interpretar da maneira que lhe convinha. Esclareceu que a matéria publicada no jornal trata de três pontos: a) redução de imposto – a esse respeito, disse que o governo não debateu e o setor de saúde suplementar não apresentou propostas nesse sentido, que, ao contrário, as operadoras defendem propostas de redução da desoneração fiscal; b) dívidas das santas casas – o tema não foi debatido na reunião com o setor privado, nem faz parte da agenda regulatória do ANS, mas está na pauta do debate da sociedade (no CNS, na Federação, no Congresso Nacional) e o governo possui propostas de financiamento que renegociam as dívidas das santas casas, forçando o aprimoramento da gestão; e c) financiamento para rede hospitalar – o tema não foi tratado na reunião com o setor, todavia, lembrou que o governo financia, por meio do BNDES, da Caixa Econômica Federal, do Banco do Brasil, BND - a expansão de hospitais e ambulatórios na rede privada e filantrópica. Portanto, frisou que não existiu, por parte do governo e do setor de saúde

suplementar, qualquer proposta de ampliar a desoneração fiscal dos planos de saúde. Ao contrário, está em discussão propostas no sentido oposto – reduzem a amplitude de desoneração de impostos de renda para planos privados de saúde. Reiterou ainda que o governo não discutiu na agenda regulatória da ANS, nas reuniões que participaram os ministros que fazem parte da Câmara de Saúde Suplementar e na reunião com o setor e não foi apresentada proposta de plano de saúde que significasse “plano de saúde pobre para pobres”. Destacou que foram apresentadas questões da agenda regulatória e a presença da Presidente da República e dos ministros foi importante porque, inclusive, pode acelerar a discussão de um conjunto de temas da agenda regulatória da saúde suplementar. Citou, por exemplo, que há proposta de ampliação do papel regulatório da ANS para além das operadoras, contemplando prestadores, hospitais. Também será debatida a participação de órteses, próteses, material médico no custo hospitalar (na área da saúde suplementar, 56% do custo hospitalar refere-se a órteses, próteses e material médico e, na área pública, o percentual é menor). No mais, disse que representantes do setor privado defendem a definição de uma forma de obrigar os planos a oferecer assistência farmacêutica (fora do hospital). Diante disso, reiterou que, ao ver a “fumaça”, é preciso verificar do que se trata e frisou que o debate da agenda regulatória, nas reuniões, refere-se a ações de defesa do direito dos usuários e ampliação da qualificação da assistência, pensando a sustentabilidade do setor, uma vez que há vidas envolvidas. Salientou que é salutar para o CNS continuar o debate dessa agenda, iniciando pelos aspectos de interface do SUS com o setor de saúde suplementar – rede de serviços, ressarcimento, urgência e emergência. Disse que a matéria foi publicada na quarta-feira e no dia seguinte fez esclarecimentos ao CONASS e CONASEMS e colocou-se à disposição da Presidente do CNS para debater o assunto no CNS. Além disso, lembrou que na terça-feira da semana seguinte, na entrevista coletiva sobre saúde suplementar, respondeu as perguntas sobre a matéria e fez uma fala a respeito no COSEMS de São Paulo. Na sexta-feira, fez uma fala na FIOCRUZ em defesa do sistema público de saúde, universal e gratuito. Disse que, embora tenha feito vários esclarecimentos a respeito do assunto, entende a importância do debate no CNS, porque é um espaço privilegiado para essa discussão de assuntos dessa natureza. Sendo assim, reiterou a importância de manter essa agenda no CNS por meio da Comissão de Saúde Suplementar. Em resposta direta às perguntas, explicou que qualquer operadora, de capital nacional ou internacional, deverá seguir as regras da ANS. Todavia, disse que o aparato regulatório deve ser aprimorado cada vez mais. Também destacou que, além da saúde suplementar, o CNS deve apontar caminhos para construção, de forma interfederativa, de um mecanismo para acompanhar o tempo de espera no SUS. A respeito da internação compulsória, informou que o Deputado Dr. Rosinha receberia o CNS em audiência naquele dia para tratar do tema e que verificará a possibilidade de comprar equipamento para realização de panorâmica (solicitará justificativa da área técnica para contemplar na compra de hospitais especializados). Avaliou que o CNS deve assumir e dirigir o debate sobre os 25 anos do SUS e definir uma agenda própria para debater os avanços e desafios, reafirmando o papel que representa para o Brasil. Por fim, agradeceu pela oportunidade de participar do debate e registrou a defesa de dois compromissos: consolidação do SUS com qualidade e defesa dos direitos das pessoas com planos de saúde. Concluída a fala, a mesa agradeceu a presença do Ministro da Saúde e suspendeu para almoço.

**ITEM 4 – BALANÇO DO MÊS: SAÚDE DA MULHER “MORTES FEMININAS EVITÁVEIS” - ATO DE LANÇAMENTO DO LIVRO: MULHERES NEGRAS NA PRIMEIRA PESSOA - Apresentação:** conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos**, Coordenadora da Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher - CISMU/CNS; **Vera Lúcia Lemos Soares**, Secretária de Articulação Institucional e Ações Temáticas da SPM/PR; **Maria José de Oliveira Araújo**, representante do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher – CNDM; e **Valdecir Pedreira do Nascimento**, representante do Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial – CNPIR. **Coordenação:** conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS; e conselheira **Nelcy Ferreira da Silva**, da Mesa Diretora do CNS. Composta a mesa, a Presidente do CNS explicou que o objetivo é debater a condição de saúde da mulher, com destaque para as mortes evitáveis considerando a diversidade do sujeito mulher e subsidiar o Seminário de Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Para contextualizar, explicou que o CNS é composto por 224 pessoas (conselheiros e conselheiras e assessoria técnica), sendo 114 mulheres e 110 homens (mais mulheres na Secretaria Executiva e menos mulheres na condição de conselheiros). Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos (“Santinha”)** começou lembrando que no mês de março o CNS realiza debate alusivo ao dia internacional da mulher e, nesse ano, o tema é saúde da mulher com foco nas mortes femininas evitáveis. Fez uma homenagem às mulheres na pessoa da Presidente do CNS que tem uma visão de mudança na busca da igualdade do gênero. Também lembrou que o CNS compõe a comissão organizadora do Seminário para avaliação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e informou que essa atividade foi transferida para o mês de agosto de 2013. Antes das explanações, fez uso da palavra a representante da Secretaria de Articulação Institucional e Ações Temáticas da SPM/PR, **Vera Lúcia Lemos Soares**, que agradeceu o convite e cumprimentou o CNS pela iniciativa de debater as questões da saúde da mulher com enfoque nas mortes evitáveis. Explicou que a Secretaria está empenhada,

junto com o Ministério da Saúde, na revisão do Programa Nacional de Atenção Integral de Saúde da Mulher – PNAISM. Disse que, de um lado, deve-se reconhecer a diminuição da mortalidade materna nos últimos anos, mas, de outro, é necessário considerar que muitos casos de mortes maternas poderiam ser evitáveis. Nessa linha, salientou que é necessário qualificar os serviços de atenção e os profissionais de saúde que atendem as mulheres. Além disso, ao pensar nessa qualificação, frisou que é preciso levar em conta as relações de poder nos serviços, uma vez que as mortes têm relação com racismo e sexismo. Por fim, lembrou que as mulheres tiveram papel importante na construção da Política e hoje é preciso mobilização para que conheçam o conjunto dos direitos, sendo esse um papel que a Secretaria está empenhada. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos (“Santinha”)** explicou que a intenção era trabalhar três questões na mesa de debate, que, inclusive, são prioridades de governo - câncer de colo, mortalidade materna e violência contra a mulher. Lembrou que a Presidente da República, ao assumir o governo, lançou o Programa Rede Cegonha, que, apesar de importante, possui uma visão centrada na figura da mulher como mãe. Em resposta, o movimento de mulheres reagiu na defesa de uma política nacional de saúde integral da mulher. Também lembrou que a Presidente da República formalizou a luta contra a violência à mulher como compromisso de governo. No mais, recordou que, em 2012, a Presidente da República oficializou compromisso com o controle do câncer de mama e de colo no Estado do Amazonas e a previsão é R\$ 4,5 bilhões até 2014. Disse que os recursos desse Programa já começaram a ser repassados e é preciso analisar os primeiros resultados dessa ação. Registrou que houve aumento do número de mulheres com câncer de colo e de mama atendidas, todavia, após diagnóstico, essas mulheres não têm para onde ir. Nesse sentido, destacou que é preciso definir como tratar dessa situação. Recordou ainda que o Ministério da Saúde realizou levantamento do número de mamógrafos do país e citou os seguintes resultados: Região Norte: 86 mamógrafos, sendo 23,3% sem uso; Região Nordeste: 351 mamógrafos e 21,7% sem uso; Região Centro Oeste: 121 mamógrafos e 19,8% sem uso; Região Sudeste: 669 mamógrafos e 11,7% sem uso; e Região Sul: 287 mamógrafos. Disse que a maioria dos equipamentos foram importados e alguns ainda estavam embalados, sem uso. Inclusive, salientou que há empresas internacionais interessadas na venda de mamógrafos para o Brasil e entidades de mulheres ligadas a essas empresas. Nesse quadro, disse que essa questão está sendo retomada para definir o que fazer. Explicou que as mulheres afetadas por câncer de mama são as que têm mais recursos e há vários serviços assegurando atendimento na rede pública e na privada. Em relação ao colo de útero, disse que afeta mais as mulheres pobres e negras e não há interesse em tratar dessa mulher. Além disso, lembrou que o câncer de colo de útero tem prevenção, enquanto o de mama não. Nesse contexto, disse que há um leque de questões a serem tratadas e a prioridade deve ser a luta pelas mulheres. Seguindo, a representante do CNDM, **Maria José de Oliveira Araújo**, explanou sobre a saúde da mulher com enfoque nas mortes femininas evitáveis. Iniciou cumprimentando o CNS pela iniciativa de pautar o tema e lembrando que as mulheres são sujeitos de direitos e a maioria da população do Brasil. Explicou que é militante do movimento de defesa das mulheres há mais de 30 anos e, nesse período, foram poucos os avanços nessa área. Disse que a redução da mortalidade materna é resultado da grande luta das mulheres e das atividades do Brasil e do mundo. Explicou que a mortalidade materna é a 10ª causa de morte feminina no Brasil e existe um movimento para acabar com o diagnóstico incorreto dessa morte. Esclareceu que a morte materna é uma grave violação dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos das mulheres, sendo uma questão assumida por todos os países, pela ONU e pelos ministérios. Detalhou que: são 63,8 milhões de mulheres em idade reprodutiva no Brasil (de 10 a 49 anos); é obrigação do Estado Brasileiro garantir a segurança física e mental e a integralidade total das mulheres no exercício de sua maternidade; e mais de 94% das mortes maternas no país são evitáveis. Salientou que essas questões apontam a necessidade de definir estratégias para acabar com a mortalidade materna no país. Explicou que a morte materna refere-se ao óbito de mulher em idade fértil ligadas à gravidez (pré-natal, parto, pós-parto e abortos inseguros). Nesse ponto, ressaltou que é preciso debater a questão do aborto uma vez que é uma das causas da mortalidade, considerando, inclusive, a laicidade do Estado. Destacou que nos últimos vinte anos houve uma redução de 50% das mortes maternas (em 1980, a taxa (razão) era 140 mortes de mulheres por 100 mil nascidos vivos; em 2005, 74 mortes; e, em 2010, 68 mortes). Todavia, a razão aceitável pela OMS é 10 a 15 mortes por 100 mil nascidos vivos. Lembrou ainda que a meta definida pelos objetivos do milênio acerca da redução da mortalidade materna é 35 óbitos por 100 mil até 2015, todavia, segundo o PNUD, quase nenhum país conseguirá alcançá-la. Apesar disso, explicou governos estão implementando ações para reduzir as mortes maternas, entre eles, o Brasil com iniciativas como Pacto Nacional de Redução da Mortalidade Materna e Rede Cegonha. Disse que essas ações e os investimentos são necessários, mas ainda insuficientes para assegurar a redução da morte materna. Detalhou que são causas da morte de mulheres: hipertensão na gravidez, hemorragias, doenças do aparelho circulatório, infecções no pós-parto e aborto (destaque para diminuição das internações por abortos inseguros a partir de 2005). Disse que a morte materna no mundo acomete as mulheres pobres, negras e as excluídas dos bens sociais e é subnotificada (50% de subnotificação), sendo utilizados, por essa razão, fatores de

correção não somente no Brasil como no mundo. Explicou que muitas mortes de adolescentes decorrem por gravidez indesejada (por violência sexual ou outros) e, no momento da autópsia, não há verificação de óbito e, além disso, não existe notificação de morte materna de mulheres com deficiência e em situação de rua. Destacou que a maioria das mortes maternas ocorre por causas evitáveis, então, perguntou por que as mulheres continuam a morrer (a maioria das mortes maternas ocorre na faixa etária de 22 a 28 anos). Esclareceu que a morte materna decorre de uma cadeia de eventos: subfinanciamento; status das mulheres (excluídas socialmente - não são sujeitos de direitos); qualidade ineficiente do pré-natal; episiotomia; aumento progressivo do número de cesáreas (apesar das medidas do MS para redução das cesáreas, não foi possível avançar); aborto. Fez um destaque para a Rede Cegonha destacando que, apesar de uma iniciativa importante, possui concepção materno-infantil, sendo necessário ampliar esse escopo. Ressaltou ainda que o Estado é laico e deve garantir informação e contracepção às mulheres para que não percam as suas vidas com abortos inseguros. Além disso, salientou que o aborto não pode ser penalizado porque, ao final, as mais penalizadas são as mulheres mais pobres que recorrem a abortos inseguros por não terem condição de pagar por esse procedimento. Também destacou que a partir de 2008 houve uma redução de 50% dos abortos decorrentes por violência sexual (legais) nos hospitais, o que, no seu modo de ver, é resultado de uma barreira/resistência para realização desse procedimento. Frisou que o Estado deve definir mecanismos para reduzir e acabar com a morte materna no país, que representa uma grave violação dos direitos humanos das mulheres. Salientou que a morte de uma mulher é uma tragédia que, em segunda instância, leva à desestruturação da família. Por fim, salientou que, diante da descentralização das ações de saúde, é preciso observar como os municípios enfrentam esse grave problema do país. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos** (“Santinha”) salientou que a composição da mesa reflete a intenção da presidência do CNS de ampliar a interlocução com outros conselhos de políticas públicas. A seguir, a representante do Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial – CNPIR, **Valdecir Pedreira do Nascimento**, explanou sobre a violência contra a mulher. Iniciou agradecendo a oportunidade de estreitar o diálogo com outros conselhos sobre temas importantes como a morte materna e cumprimentou a Presidente do CNS pelo papel que vem cumprindo à frente do Conselho. Começou a sua fala perguntando por que o Brasil não evita a morte materna, uma vez que a possibilidade de ser evitável é 98%. Explicou que optou por trabalhar com os conceitos de violência de Santos e Marilena Chauí porque tratam do tema em uma perspectiva mais ampla. Explicou que Santos (2002) define a violência como um dispositivo de poder, composto por diversas linhas de realização, que realiza uma relação específica com outro, utilizando para isso, a força e a coerção, produzindo-se, assim, um prejuízo social. Chauí (1985) acredita na violência não como violação e transgressão, mas como a conversão de uma diferença hierárquica com fins de dominação e opressão, que ocorrem juntamente com passividade e o silêncio dos sujeitos. Lembrou que foram quase 4 séculos de escravidão no Brasil e as mulheres começaram a votar somente no século XX. Para ilustrar a situação da violência contra mulher no Brasil, apresentou dados registrados pelo Central de Atendimento à Mulher Serviço 180 da Secretaria de Políticas para as Mulheres – SPM, que tem o papel de mapear e caracterizar os tipos de violência. Disse que foram registrados 388,9 mil atendimentos no primeiro semestre de 2012; 56,6% (47,5 mil) foram relatos de violência física (violência doméstica – agressão por parentes). A violência psicológica aparece com 27,2% (12,9 mil) dos registros no período. Foram 5,7 mil chamadas relacionadas à violência moral (12%), 915 sexual (2%) e 750 patrimonial (1%). Explicou que, de posse dos dados, a SPM construiu um conjunto de instrumentos capazes de mensurar a violência, mas ainda não na dimensão desejável. Destacou que a sociedade banaliza questões como violência e racismo e, com isso, perde-se a possibilidade de aferir os dados reais e enfrentar as iniquidades. Também afirmou que as mortes maternas não são evitáveis porque o Brasil é um país racista - as pessoas negras são as que mais morrem e nada é feito. Ressaltou que a polícia reproduz essa lógica racista e crianças, mulheres e jovens negros morrem todos os dias e nada é feito (por fome, por assassinato, por falta de educação de qualidade...) Nessa linha, ao falar da violência contra a mulher negra, disse que é preciso pensar como o racismo institucional determina o lugar onde se ocupa na sociedade. Salientou que as pessoas negras são vistas como objeto estranho e há várias tentativas de “embranquecimento”, mesmo em Salvador onde 85% da população é negra. Disse que estudos realizados sobre o atendimento de mulheres negras no momento do parto demonstram que no atendimento reproduz-se o preconceito que resulta, em uma instância, na morte materna. Destacou que pensar na violência contra a mulher e na garantia dos serviços e das políticas públicas para essa população significa discutir o racismo institucional. Disse que a ODARA – Instituto da Mulher Negra é uma organização de Salvador com a tarefa de articular a rede das mulheres negras no Nordeste do país no sentido de discutir desenvolvimento e inclusão das mulheres negras no novo cenário do Brasil. Nesse sentido, falou da proposta de realizar marcha de 100 mil mulheres negras até Brasília para exigir do governo federal um olhar sobre o acesso das mulheres negras como cidadãs brasileiras. Por fim, disse que a partir do debate realizado no período da manhã, com a presença do Ministro da Saúde, será realizada campanha em Salvador em defesa do SUS. Conselheira **Maria Lúcia Santos Pereira da**



**Silva**, do Movimento Nacional da População de Rua – MNPR, fez uma fala sobre a situação das mulheres em situação de rua, que, nas suas palavras, vivem momentos de luta e luto todos os dias. Disse que essas mulheres não têm acesso a questões básicas como um local para tomar banho, outras são violentadas, muitas não podem cuidar dos seus filhos e todas enfrentam dificuldades em acessar o SUS. Diante da gravidade da situação, solicitou que no seminário se discuta a situação das mulheres em situação de rua para que se inclua esse segmento na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Ressaltou que a população em situação de rua é assassinada pelas madrugadas e, como resposta, são implementadas ações como a internação compulsória (“pessoas jogadas em depósitos humanos”). Após, a integrante da CISMU/CNS, **Carmen Lúcia Fogaça**, do Movimento Nacional de Mulheres com Deficiência – MNMPPD, fez uma fala sobre a violência contra as mulheres com deficiência. Primeiro, cumprimentou os presentes na pessoa da Presidente do CNS e agradeceu o convite para participar desse debate. Explicou que a mulher com deficiência não se vê enquanto mulher no que diz respeito aos seus direitos. Citou, por exemplo, que na cidade de Amparo a justiça autorizou a esterilização de uma mulher com deficiência intelectual leve que deseja ser mãe e é “pobre”. Além disso, ressaltou que a falta de indicadores sobre a violência contra a mulher com deficiência dificulta inclusive o acompanhamento das ações definidas para essa população. No mais, frisou que é essencial definir campanhas e políticas voltadas a esse grupo de mulheres. **Manifestações.** Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, primeiro, cumprimentou as convidadas e desculpou-se pelo atraso na pauta. Também registrou, com emoção, que naquele dia fazia 22 anos da morte materna de sua irmã e do nascimento do seu sobrinho com síndrome de Down. Disse que a luta pelos direitos das mulheres traz ganhos e perdas, nesse último caso, a morte da Secretária Nacional sobre a Mulher Trabalhadora da CUT, Maria Ednalva Bezerra de Lima e da *secretária* de Políticas para as *Mulheres* do RS, Márcia Santana. Explicou que vem cumprindo uma agenda de visitas pelo país para ouvir as mulheres e ter uma dimensão da realidade das diversas regiões brasileiras. Na sua avaliação, é preciso ter pautas articuladas com outros conselhos de políticas públicas para garantir o avanço das políticas e assegurar interferência nas decisões do governo. Também disse que se reuniu com a diretora geral da Organização Pan-Americana da Saúde, uma mulher negra da República Dominicana, que lhe fez questionamentos que mereciam a reflexão do CNS, entre eles: por que o Brasil não avançou na diminuição dos índices da mortalidade materna?; o que o país está fazendo para melhorar o acesso da população ao SUS, com qualidade e resolutividade?; e, sendo as mulheres empoderadas, como está a participação social? Avaliou que há uma oportunidade diferente inclusive para discutir o papel do Brasil na liderança mundial para colocar e reafirmar lutas como, por exemplo, a redução da mortalidade materna. Disse que junto com outros conselheiros participaria de audiência com o deputado Dr. Rosinha e um dos pontos a serem tratados é a não votação, em regime de urgência, do projeto sobre a internação compulsória. Também registrou que representaria o Brasil no Fórum Social Mundial que seria realizado em Túnis, capital da Tunísia, entre os dias 26 e 30 de março, para debater essa e outras questões. Por fim, registrou a honra de participar do CNS nesse momento em que se contempla as diversidades, com destaque para representação das populações em situação de rua e dos travestis e transexuais. Conselheira **Cleuza de Carvalho Miguel** salientou a importância da pauta e cumprimentou as expositoras pelas abordagens e pela militância. Ressaltou que é importante ampliar esse debate, haja vista as dificuldades enfrentadas pelas mulheres, em especial por aquelas com deficiência. Destacou também a gravidade da questão da mortalidade materna e salientou que é preciso definir ações que, de fato, resolvam o problema. Conselheira **Verônica Lourenço da Silva** manifestou a sua satisfação com o debate e com as falas da mesa que vão ao encontro do defendido no CNS. Salientou que é preciso enfrentar as várias formas de discriminação – racismo, sexismo, lesbofobia – para implementar as políticas e os planos definidos. Para reflexão, perguntou por que a mulher negra morre mais que a branca, quando todas são iguais. Também frisou que a lesbofobia afasta as mulheres lésbicas dos serviços de saúde e há muitos casos de mulheres lésbicas com câncer de mama, apesar da falta de dados a esse respeito. Além disso, salientou a importância de resgatar o relatório do G9 que debateu formas de implementar o eixo 9 do II Plano de Política para as Mulheres e defendeu ações mais específicas. Por fim, relatou o caso do cobrador de van, que rendeu suspeito durante assalto, e que foi confundido com ladrão e acabou morto pela polícia militar em Goiás. Explicou que o cobrador era um jovem negro e o assaltante branco, o que explica o assassinato em um país racista, machista, sexista. Disse que a humanidade ainda está em processo de construção, portanto, a pauta do enfrentamento do racismo, sexismo e lesbofobia é estruturante para toda e qualquer ação. Conselheira **Marisa Furia Silva** saudou as expositoras e falou da situação das mulheres com autismo grave que sofrem abusos, inclusive de familiares. Disse que não há dados a respeito, mas a situação é séria e precisa ser enfrentada. Também salientou a importância de capacitar os profissionais de saúde para atendimento das mulheres com autismo, considerando as peculiaridades dessas pessoas. Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** começou sua intervenção cumprimentando a mesa pelas falas e pelo debate sobre as mulheres nas suas diversas nuances. Explicou que, de 2005 a 2010, foi possível reduzir apenas treze mortes maternas em 100 mil, demonstrando que o Brasil caminha a passos lentos. Em

contrapartida, outros países da América Latina têm indicadores de mortalidade materna próximo do definido pela OMS como tolerável. Salientou ainda que o Brasil possui uma grande dívida com as mulheres, lembrando que muitas morrem por falta de vontade política em todas as instâncias e frisou que é necessário reverter essa situação. Por fim, perguntou o que fazer para despertar nos homens a consciência cidadã de proteção à mulher e inverter a lógica da paternidade não responsável. Conselheira **Ana Valéria Escolástico Mendonça** também saudou as convidadas e lembrou que o câncer de mama mata 35 mulheres por dia no Brasil e precisa de uma resposta mais eficiente. Destacou a importância da saúde inclusiva e salientou que o movimento dialogou com a indústria sobre a necessidade de mamógrafos inclusos e hoje isso é uma realidade (a rede dispõe de mamógrafos adaptados para cadeirantes). Também disse que o movimento março lilás está realizando ações no Estado do Ceará, inclusive intersetoriais relativas à violência doméstica contra a mulher, câncer de mama e câncer de útero. Também disse que nas Regiões Norte e Nordeste as dificuldades são ainda maiores e informou que a FEMAMA utiliza duas peças “colar da vida” e bicicleta para destacar a importância do diagnóstico precoce e a importância da atividade física, com vistas a diminuir as mortes de mulheres. Por fim, informou que o Centro de Câncer do Ceará dedica um dia na semana para atender as mulheres lésbicas. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** agradeceu a presença das convidadas e avaliou que o dia internacional da mulher é uma data para reflexão e debates sobre a condição da mulher. Também falou sobre a campanha publicitária da prefeitura de Porto Alegre alusiva ao Dia Internacional da Mulher que traz mensagens machistas e sexistas reduzindo o dia a questões fúteis e ressaltou que a iniciativa sofreu repúdio de movimentos sociais. No mais, sugeriu uma manifestação do CNS contra a nomeação do coordenador da Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados, deputado **Marco Feliciano** (PSC-SP), por conta de declarações públicas racistas e homofóbicas. Conselheira **Patrícia Augusta Alves Novo** salientou que no debate sobre a mulher nos vários estágios da vida é preciso considerar o processo de envelhecimento e o desafio de cuidar de outro idoso com alterações de comportamento e com demência. Nessa linha, destacou que é preciso pensar na sobrecarga da mulher idosa e pensar no apoio a essa cuidadora, que também é sujeita de direito, mas se torna invisível. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** cumprimentou a Mesa Diretora do CNS por pautar esse tema e as convidadas pelas explicações. Salientou que saúde é um direito de todos e dever do Estado, todavia, o direito não é alcançável e o dever cumprido. Acrescentou ainda que o SUS, apesar de uma Política de Estado, é implementado de forma distinta nas diversas regiões do país, gerando desigualdade no atendimento. Portanto, frisou que esse Sistema que completa 25 anos tem muitas demandas a atender. Solidarizou-se com todas as mulheres e pessoas que sofrem as consequências como as relatadas e frisou que é preciso reassumir o compromisso com o SUS de atender todos os brasileiros em suas demandas como direito. Conselheiro **Geordeci Souza** explicou que a Secretaria de Mulheres da CUT tem desenvolvido ações importantes e incentivado iniciativas nas confederações filiadas à Central. Disse que ainda há um distanciamento no que diz respeito à questão salarial e de cargos nas empresas a respeito de mulheres e homens. Também informou que o Tribunal Superior do Trabalho decidiu que a mulher que engravida durante o aviso prévio tem direito à estabilidade e houve manifestações de empregadores declarando que se trata de um expediente que dificulta a contratação da mulher. Disse que não houve respostas de vários movimentos e ressaltou que é preciso ficar atento a manifestações que podem trazer prejuízos às mulheres. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** disse que sentia falta de um processo de preparação para maternidade responsável e perguntou o que tem sido feito nesse sentido pelas entidades e pelo governo. Disse que o Grupo Hospital Conceição de Porto Alegre realiza trabalho voltado a casais sobre a maternidade responsável, com resultados positivos. Também disse que é preciso ter um local para hospedar as pessoas que vêm aos grandes centros para atendimento de alta complexidade. Além disso, perguntou o que pode ser feito pelas comunidades para diminuir a mortalidade materna e avaliou que essa questão passa por um processo de educação. Conselheiro **Renato Almeida de Barros**, primeiro, cumprimentou a Mesa Diretora do CNS por pautar esse tema no CNS e avaliou que as exposições mostraram o Brasil real. Destacou que, ao final do debate, é preciso definir direcionamentos para orientar ações futuras que assegurem direitos iguais a toda a sociedade. Por fim, sugeriu que no dia 30 abril sejam apresentadas políticas para orientar as entidades a multiplicar as informações nos diferentes espaços e assegurar outra realidade para o país. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** saudou as integrantes da mesa pelas brilhantes explicações e avaliou que a sociedade vive um momento extremamente complexo de preconceito e discriminação daqueles menos favorecidos do ponto de vista econômico. Nesse contexto, os profissionais formam-se para “ganhar dinheiro” e os avanços tecnológicos são trazidos na visão de “instrumentos para ganhar dinheiro”. Sendo assim, a saúde vira mercadoria e as relações humanas se resumem a questões de ter e poder. Ressaltou que é preciso luta constante para modificar essa lógica do mercado (lucro acima de tudo) e os movimentos devem unificar-se para modificar a sociedade. **Retorno da mesa.** A representante do CNPIR, **Valdecir Pedreira do Nascimento**, explicou que as exposições mostraram fatos reais da realidade e é importante difundir essas informações para que as pessoas tenham conhecimento do real

1360 impacto na sociedade brasileira. Disse que há quase seis anos o PNUD, em parceria com organizações  
1361 não governamentais e governos, realiza um conjunto de ações e campanhas sobre a mortalidade  
1362 materna. Também destacou que é complexo enfrentar a mortalidade materna, porque o Sistema de  
1363 Saúde reproduz as desigualdades da sociedade. Ressaltou ainda que há ações voltadas à ampliação  
1364 do controle social e à garantia de mais informações possíveis às mulheres para que possam cobrar os  
1365 seus direitos e modificar a cultura de exclusão. Por fim, agradeceu a todos os que foram receptivos à  
1366 mesa e concordou que é preciso ter um tempo maior para trabalhar o tema com mais profundidade e  
1367 definir ações para dar continuidade ao enfrentamento das questões postas. A representante do CNDM,  
1368 **Maria José de Oliveira Araújo**, primeiro, disse que a SPM possui uma série de propostas para o  
1369 fortalecimento da mulher como sujeito de direito. Salientou a riqueza do debate que, no seu modo de  
1370 ver, trouxe grandes acréscimos às questões trazidas pela mesa. Por fim, frisou que é necessário o  
1371 empenho de todos para acabar com a mortalidade materna, um grande problema de violação dos  
1372 direitos das mulheres. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos**, Coordenadora da  
1373 CISMU/CNS, destacou que os profissionais de saúde, em especial as enfermeiras, têm papel  
1374 importante para modificar a situação de exclusão e preconceito, inclusive contra as mulheres. Também  
1375 disse que, dada a complexidade do tema, é preciso assegurar um tempo maior para debate. No mais,  
1376 agradeceu a presença das convidadas e justificou que não seria possível lançar o livro “Mulheres  
1377 negras na primeira pessoa” porque a expositora fora vítima de assalto e estava hospitalizada. Frisou  
1378 que esse fato ilustra a violência permeando o cotidiano das mulheres. **Deliberação: o Plenário decidiu**  
1379 **manifestar-se contra a nomeação do coordenador da Comissão de Direitos Humanos da Câmara**  
1380 **dos Deputados, deputado Marco Feliciano (PSC-SP), por conta de declarações públicas racistas**  
1381 **e homofóbicas.** Após, conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** retomou o item 3 da pauta “Análise  
1382 de conjuntura: financiamento do setor privado da saúde” para definição dos encaminhamentos. Para  
1383 orientar o Plenário, sintetizou as propostas que emergiram do debate: elaborar nota pública com o  
1384 posicionamento do Conselho a respeito do tema; retomar os trabalhos da Comissão de Saúde  
1385 Suplementar do CNS; e indicar um representante do CNS para a Câmara de Saúde Suplementar da  
1386 ANS. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** sugeriu que a nota do CNS reafirmasse a defesa do SUS 100%  
1387 público e contemplasse os esclarecimentos do Ministro da Saúde. Conselheira **Márcia Patrício de**  
1388 **Araújo** salientou a importância de movimento para cobrar dos planos de saúde a oferta de  
1389 medicamentos para os beneficiários. Explicou que a ABRASO defende os usuários de planos privados  
1390 de saúde e lutou e foi aprovado PL que obriga os planos de saúde a oferecer bolsas coletoras aos  
1391 usuários. Disse que, apesar dessa definição, esse insumo não tem sido assegurado por falta de  
1392 regulamentação da ANS. Portanto, solicitou que sejam envidados esforços para agilizar essa  
1393 regulamentação. Conselheiro **Renato Almeida de Barros** concordou que a nota adote a linha da  
1394 reafirmação do posicionamento do CNS em relação ao SUS, mas sem ser porta voz do Ministro da  
1395 Saúde. Conselheira **Maria Cristhina Pedro Biz** sugeriu que o CNS solicite pronunciamento da  
1396 Presidente da República a respeito desse tema e aprofunde o debate sobre saúde suplementar.  
1397 Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** apresentou os seguintes encaminhamentos: elaborar nota com  
1398 posicionamento do CNS a respeito do tema; reativar a Comissão de Saúde Suplementar do CNS e  
1399 resgatar o que o CNS já debateu a respeito da temática; e trazer a pauta da Câmara de Saúde  
1400 Suplementar, que é consultiva, para o CNS, que é instância de deliberação do SUS, ao invés de indicar  
1401 representante do Conselho para a Câmara (o Plenário decidiu, anteriormente, não participar de espaços  
1402 consultivos. Anteriormente, questões eram decididas na Câmara e entendia-se que o CNS era  
1403 favorável por ter um representante naquele espaço). Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** defendeu a  
1404 elaboração de um documento reafirmando a deliberação da 14ª CNS contra subsídios para planos  
1405 privados de saúde. Conselheira **Denise Rodrigues Eloi de Brito** defendeu a reativação da Comissão  
1406 de Saúde Suplementar do CNS e a retomada do debate sobre a participação do CNS na Câmara de  
1407 Saúde Suplementar, por entender que essa presença é essencial. A partir das falas, conselheiro  
1408 **Geordeci Menezes de Souza** consultou se havia consenso sobre a proposta de elaborar documento  
1409 do CNS e identificou consenso a esse respeito. Portanto, consultou o Plenário sobre o mérito do texto:  
1410 posição do Pleno a respeito do tema, esclarecimentos feitos pelo Ministro da Saúde e deliberação da  
1411 14ª CNS (explicitar que o CNS é contra “plano para pobres”). Conselheiro **Luis Eugenio Portela**  
1412 **Fernandes de Souza** sugeriu que a nota reitere a deliberação da 14ª CNS e esclareça que o Ministro  
1413 da Saúde reiterou essa posição, portanto, não há proposta de subsídio para planos privados de saúde.  
1414 Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** apresentou a seguinte proposta de estrutura para a nota:  
1415 Introdução – SUS universal e contra “SUS para pobre”, não ao subsídio para planos de saúde;  
1416 deliberação da 14ª CNS; e esclarecimentos feitos pelo Ministro da Saúde. Sugeriu que a Mesa Diretora  
1417 do CNS redigisse o texto e os demais conselheiros pudessem apresentar contribuições. **A seguir,**  
1418 **houve outras manifestações que evoluíram para a seguinte proposta, aprovada pelo Plenário: a**  
1419 **Mesa Diretora do CNS redigirá um documento com o posicionamento do Plenário acerca do**  
1420 **financiamento do setor privado da saúde, contemplando os esclarecimentos do Ministro da**  
1421 **Saúde e a deliberação da 14ª CNS a respeito (explicitar que o CNS defende o SUS público e é**

contra “plano de saúde para pobres” e subsídio para planos de saúde). Outros conselheiros poderão contribuir na construção do documento. Além disso, o Plenário decidiu tratar da reativação da Comissão de Saúde Suplementar/CNS no processo de recomposição das Comissões. Conselheiro Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza informou que o Congresso nacional aprovou Medida Provisória sobre a desoneração de setores da economia e foi incluída emenda desonerando impostos de todas as instituições de saúde. Ressaltou que a Federação das Santas Casas de Misericórdia manifestou-se contra essa emenda, porque coloca no mesmo patamar instituições privadas lucrativas, filantrópicas ou não. Diante do avançado da hora, sugeriu que o tema fosse pauta da próxima reunião da Mesa Diretora do CNS com o indicativo de proposição ao MS para que recomende o veto à emenda. **Deliberação: pautar o tema na próxima reunião da Mesa Diretora do CNS com o indicativo de proposição ao MS para que recomende o veto à emenda.** Antes de iniciar o item 5 da pauta, foi aberta a palavra para apresentação de proposta da Comissão de Orçamento e Financiamento – COFIN sobre o Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias 2014. *Composição da mesa:* conselheiro Marcos Vinicius S. Pedroza; e Francisco Funcia, assessor especial da COFIN. O assessor Francisco Funcia lembrou que a Lei Complementar nº 141/2012 determina que os conselhos de saúde devem deliberar sobre a definição de diretrizes para o estabelecimento de prioridades para ações de serviços de saúde. Salientou que essas diretrizes, que nortearão a elaboração do capítulo saúde do Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias 2014, pelo Ministério da Saúde, deverão ser definidas antes do Conselho receber o Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias 2014 (que será encaminhado ao Congresso Nacional até 15 de abril). Sendo assim, disse que a COFIN propôs parâmetros que poderiam servir de referência para as diretrizes a serem definidas para o estabelecimento de prioridades. Conselheiro Marcos Vinicius S. Pedroza detalhou que a proposta da COFIN/CNS é a seguinte: que o Plenário do CNS, considerando o que estabelece o § 4º do artigo 30 da Lei Complementar nº 141/2012, delegasse à Comissão o papel de definir, com base nos parâmetros decorrentes do processo de planejamento do Conselho Nacional de Saúde no 1º trimestre de 2013 e no acúmulo de reflexões do CNS em relação às diretrizes orçamentárias dos anos anteriores, especialmente no que tange ao aumento de recursos para o financiamento da atenção básica em proporção mais elevada que o aumento dos recursos alocados para a média e alta complexidade, sobre as propostas de diretrizes para o estabelecimento de prioridades que nortearão a elaboração do capítulo saúde do Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias 2014, pelo Ministério da Saúde. Portanto, caberia à COFIN elaborar um documento com esse teor para ser encaminhado ao Ministério da Saúde. Conselheiro Clóvis Bouffleur concordou com a proposta e propôs que se considerasse como parâmetro o entendimento acumulado pelo CNS sobre a necessidade de inversão de valores para a atenção básica. O assessor da COFIN, Francisco Funcia, sugeriu uma proposta de escalonamento para essa inversão e o conselheiro Clóvis Bouffleur concordou. **Deliberação: o Plenário do CNS, considerando o que estabelece o § 4º do artigo 30 da Lei Complementar nº 141/2012, delegou à Comissão de Orçamento e Financiamento do CNS o papel de definir, com base nos parâmetros decorrentes do processo de planejamento do Conselho Nacional de Saúde no 1º trimestre de 2013 e no acúmulo de reflexões do CNS em relação às diretrizes orçamentárias dos anos anteriores, especialmente no que tange ao aumento de recursos para o financiamento da atenção básica em proporção mais elevada que o aumento dos recursos alocados para a média e alta complexidade, sobre as propostas de diretrizes para o estabelecimento de prioridades que nortearão a elaboração do capítulo saúde do Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias 2014, pelo Ministério da Saúde. Caberá à Comissão de Orçamento e Financiamento do CNS elaborar um documento com esse teor para ser encaminhado ao Ministério da Saúde (contemplar também o entendimento histórico do CNS sobre a necessidade de inversão de valores para a atenção básica).** **ITEM 5 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS – ANÁLISE E DELIBERAÇÕES DE PARECERES** - *Apresentação:* conselheiro José Eri de Medeiros, coordenador Adjunto da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos – CIRH/CNS. O coordenador da CIRH explicou que seriam submetidos à apreciação do plenário seis pareceres elaborados pela Comissão (cinco enviados aos conselheiros no prazo regimental). A seguir, abriu a palavra às assessoras técnicas da Comissão para leitura da conclusão dos pareceres. **1) Referência:** Processo nº 201106541. Interessado: Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte. Curso: Autorização do curso de Psicologia. Os dados disponibilizados no e-MEC para avaliação do curso com vistas a parecer de autorização indicam que: 1) Embora a IES, de acordo com PPC, faça referência ao Termo de Convênio ou Termo de Compromisso entre a IES e as Secretarias Municipais de Saúde do Pólo Regional, para utilização da rede de serviços instalada e de outros equipamentos sociais existentes na região (Parágrafo único do artigo 27 da Lei 8.080/90), não há nenhuma documentação que comprove esses convênios; 2) Não há registro da participação direta dos gestores locais do SUS na construção do PPC, conforme recomendação da Resolução CNS nº 350/2005 e o caput do artigo 27 da lei nº 8080/90; 3) Não há referência à presença do aluno, na comunidade, desde o início do curso (Resolução nº 350/2005); 4) A IES menciona como campos de prática o Serviço de Psicologia Aplicada (SPA), Hospitais gerais e

especializados, CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), Postos de Saúde, mas não cita nomes das instituições e não inclui a capacidade de atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente, não assegurando absorção nos cenários de prática da rede SUS (Resolução Nº 350/2005 e Parágrafo único do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90); 5) O corpo docente informado para os dois primeiros anos do curso corresponde a 14 docentes, dos quais apenas 06 estão contratados em período integral, sendo desses 06, apenas 02 com doutorado, o que pode não permitir o acompanhamento dos alunos; 6) A IES apresenta um IGC (que corresponde ao ENADE, CPC e Nota CAPES) igual a 231, o que indica uma avaliação abaixo de 50%; 7) Em se tratando do número de vagas (50) ofertado para o período noturno, o mesmo não garante ao egresso a utilização da rede pública instalada, como campo de prática e aprendizagem conforme preconiza a Resolução Nº 350/2005, já que a mesma funciona em horário diurno. Parecer final: insatisfatório à autorização do curso de Psicologia da Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte, com base em análise à luz da Resolução CNS Nº. 350/2005.

**Deliberação: aprovado o parecer insatisfatório à autorização do curso de Psicologia da Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte.** 2) Referência: Processo nº 201201045. Interessado: Faculdade de Ensino Superior de Catalão. Curso: Autorização do curso de Psicologia. Os dados disponibilizados no e-MEC para avaliação do curso com vistas a parecer de autorização indicam que: 1) Não há referência ao Termo de Convênio ou Termo de Compromisso entre a IES e as Secretarias Municipais de Saúde do Pólo Regional, para utilização da rede de serviços instalada e de outros equipamentos sociais existentes na região (Parágrafo único do artigo 27 da Lei 8.080/90); 2) Não há registro da participação direta dos gestores locais do SUS na construção do PPC, conforme recomendação da Resolução CNS nº 350/2005 e o caput do artigo 27 da lei nº 8.080/90; 3) A IES não menciona os campos de prática e não inclui a capacidade de atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente, não assegurando absorção nos cenários de prática da rede SUS (Resolução Nº 350/2005 e Parágrafo único do Artigo 27 da Lei Nº 8.080/90); 4) Não foi possível avaliar o conteúdo de estágios básicos e específicos, pois não se encontra disponibilizado no sistema e-MEC; 5) O corpo docente informado para os dois primeiros anos do curso corresponde a nove docentes, dos quais apenas quatro estão contratados em período integral, sendo desses quatro, apenas um com doutorado, o que pode não permitir o acompanhamento dos alunos; 6) A IES apresenta um IGC (que corresponde ao ENADE, CPC e Nota CAPES) igual a 221, o que indica uma avaliação abaixo de 50%; 7) Em se tratando do número de vagas (120), ofertado para o período noturno, não garante ao egresso a utilização da rede pública instalada, como campo de prática e aprendizagem conforme preconiza a Resolução Nº 350/2005, pois funciona em horário diurno. Parecer final: insatisfatório à autorização do curso de Psicologia da Faculdade de Ensino Superior de Catalão, com base em análise à luz da Resolução CNS Nº. 350/2005. **Deliberação: aprovado o parecer insatisfatório à autorização do curso de Psicologia da Faculdade de Ensino Superior de Catalão.** 3) Referência: Processo nº 201203583. Interessado: Faculdade Nossa Senhora de Fátima. Curso: Autorização do curso de Psicologia. Os dados disponibilizados no e-MEC para avaliação do curso com vistas a parecer de autorização indicam que: 1) Não há referência ao Termo de Convênio ou Termo de Compromisso entre a IES e as Secretarias Municipais de Saúde do Pólo Regional, para utilização da rede de serviços instalada e de outros equipamentos sociais existentes na região (Parágrafo único do artigo 27 da Lei 8080/90); 2) Não há registro da participação direta dos gestores locais do SUS na construção do PPC, conforme recomendação da Resolução CNS nº 350/2005 e o caput do artigo 27 da lei nº 8080/90; 3) Não há referência à presença do aluno, na comunidade, desde o início do curso (Resolução Nº 350/2005); 4) A IES não menciona os campos de prática e não inclui a capacidade de atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente, não assegurando absorção nos cenários de prática da rede SUS (Resolução Nº 350/2005 e Parágrafo único do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90); 5) De acordo com o Relatório do INEP (09/11/2012) foi apresentado aos avaliadores um documento que se limita a estabelecer atribuições ao corpo docente e discente. Segundo os avaliadores, não foi constatada a existência de regulamentação de estágios curriculares supervisionados. O PPC estabelece apenas atribuições para docentes e discentes; 6) O corpo docente informado para os dois primeiros anos do curso corresponde a 06 docentes, dos quais nenhum apresenta regime de trabalho em período integral. Os 02 doutores que fazem parte do corpo docente estão contratados em regime hora/aula, o que pode não permitir o acompanhamento dos alunos; 7) A IES apresenta um IGC (que corresponde ao ENADE, CPC e Nota CAPES) igual a 223, o que indica uma avaliação abaixo de 50%; 8) Em se tratando do número de vagas (100) ofertado para o período noturno, o mesmo não garante ao egresso a utilização da rede pública instalada, como campo de prática e aprendizagem conforme preconiza a Resolução Nº 350/2005, já que a mesma funciona em horário diurno; 9) O Estado do Rio Grande do Sul conta com 33 IES (04 públicas e 29 privadas) que oferecem curso de Psicologia, totalizando 5.540 vagas ao ano. Na região de Caxias do Sul (Novo Hamburgo e São Leopoldo) já existem 04 IES que, juntas oferecem ao ano, 560 vagas para o curso de Psicologia. Parecer final: insatisfatório à autorização do curso de Psicologia da Faculdade Nossa Senhora de Fátima, com base em análise à luz da Resolução CNS Nº. 350/2005. **Deliberação: aprovado o parecer insatisfatório à autorização do curso de Psicologia da**

**Faculdade Nossa Senhora de Fátima. 4) Referência:** Processo nº 201117728. Interessado: Faculdade Integrada Carajás. Curso: Autorização do Curso de Odontologia. Os dados disponibilizados no e-MEC, para avaliação da relevância social do curso com vistas a parecer de autorização do curso, indicam que: 1) Há referência à assinatura de Termo de Convênio ou Termo de Compromisso entre a IES e a Prefeitura Municipal de Redenção, para utilização da rede de serviços instalada e de outros equipamentos sociais existentes na região (Parágrafo único do artigo 27 da Lei 8.080/90), embora não haja documentação que comprove esses convênios; 2) Não há registro da participação dos gestores locais do SUS na construção do PPC, conforme recomendação da Resolução CNS nº 350/2005 e o Caput do Artigo 27 da Lei Nº 8.080/90; 3) A IES menciona os campos de prática, mas 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 8.080/90), além de que segundo a IES, são os campos de estágio devem manifestar interesse em absorver os estagiários mediante convênio e/ou acordo de cooperação e/ou parceria para a realização dos estágios; 4) O corpo docente informado para os dois primeiros anos do curso corresponde a 15 docentes, dos quais 08 estão contratados em período integral, sendo desses 08, apenas 02 com doutorado, o que pode não permitir o acompanhamento dos alunos; 5) De acordo com o relatório do INEP (13/11/2012) a infra-estrutura do curso proposto apresentada na visita "in loco" é insuficiente para o número de vagas previstas para o turno noturno (100 vagas) e suficiente para o diurno (50 vagas). Ainda segundo o relatório, os laboratórios multidisciplinares (04) comportam 25 alunos cada, e já são utilizados pelos cursos de Farmácia (110 vagas -noturno) e Enfermagem (100 vagas - noturno). Também no sistema E-mec e na visita "in loco" não estão contemplados os laboratórios específicos (Materiais Dentários e Radiologia Odontológica e Imaginologia) oferecidos nos dois primeiros anos do curso; 6) Não há registro da participação do aluno, na comunidade, desde o início do curso (Resolução nº 350/2005); 7) Em se tratando do número de vagas (100) ofertado para o período noturno, o mesmo não garante ao egresso a utilização da rede pública instalada, já que a mesma funciona em horário diurno; 8) A IES ainda não apresenta o conceito de Índice Geral de Curso (IGC), que corresponde ao ENADE, CPC e Nota CAPES. Parecer final: insatisfatório à autorização do curso de Odontologia da Faculdade Integrada Carajás, com base em análise à luz da Resolução CNS nº. 350/2005. **Deliberação: aprovado o parecer insatisfatório à autorização do curso de Odontologia da Faculdade Integrada Carajás.**

**5) Referência:** Processo nº 201202174. Interessado: Faculdade de Tecnologia e Ciências de Itabuna. Curso: Autorização do Curso de Odontologia. Os dados disponibilizados no e-MEC, para avaliação da relevância social do curso com vistas a parecer de autorização do curso, indicam que: 1) Não há referência à assinatura de Termo de Convênio ou Termo de Compromisso entre a IES e a Prefeitura Municipal de Itabuna, para utilização da rede de serviços instalada e de outros equipamentos sociais existentes na região (Parágrafo único do artigo 27 da Lei 8.080/90); 2) Não há registro da participação dos gestores locais do SUS na construção do PPC, conforme recomendação da Resolução CNS nº 350/2005 e o Caput do Artigo 27 da Lei Nº 8.080/90; 3) A IES não menciona os campos de prática, e não inclui a capacidade de atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente, não assegurando absorção nos cenários de prática da rede SUS (Resolução nº 350/2005 e Parágrafo único do Artigo 27 da Lei Nº 8.080/90); 4) Embora o relatório do INEP (13/11/2012) afirme que o projeto pedagógico do curso contemple a formação de um profissional, tecnicamente, apto e com formação humanística e social, o mesmo aponta que alguns estágios extra-muros não estão bem definidos no PPC; 5) O corpo docente informado para os dois primeiros anos do curso corresponde a 14 docentes, dos quais 10 estão contratados em período integral, sendo desses 10, apenas 02 com doutorado, o que pode não permitir o acompanhamento dos alunos; 6) Não há participação do aluno, na comunidade, desde o início do curso (Resolução nº 350/2005); 7) A IES apresenta um IGC (que corresponde ao ENADE, CPC e Nota CAPES) igual a 215, o que indica uma avaliação abaixo de 50%. Parecer final: insatisfatório à autorização do curso de Odontologia da Faculdade de Tecnologia e Ciências de Itabuna, com base em análise à luz da Resolução CNS nº. 350/2005. **Deliberação: aprovado o parecer insatisfatório à autorização do curso de Odontologia da Faculdade de Tecnologia e Ciências de Itabuna.**

**6) Referência:** Processo nº 201014059. Interessado: Centro Universitário de Brasília. **Curso:** Autorização do curso de Medicina. Os dados disponibilizados no e-MEC para avaliação do curso com vistas a parecer de autorização indicam que: 1) Há referência e comprovação ao Termo de Convênio ou Termo de Compromisso entre as IES e as Secretarias Municipais de Saúde do Pólo Regional, para utilização da rede de serviços instalada (parágrafo único do artigo 27 da Lei 8080/90); 2) De acordo com o PPC da IES (p. 09-10) há registro da participação direta dos gestores locais do SUS na construção do PPC, conforme recomendação da Resolução CNS Nº 350/2005 e o caput do artigo 27 da Lei Nº 8080/90; 3) A IES mantém, há doze anos, convênio com a SES/DF que disponibiliza diversas de suas unidades de saúde, especialmente os hospitais atualmente certificados como de ensino: Hospital de Base de Brasília (HBDF), Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), Hospital Regional da Asa Sul (HRAS), Hospital Regional de Sobradinho (HRS); 3) De acordo com a IES, em 2012, o convênio entre a instituição e a SES/DF foi



renovado para atender os cursos já existentes da área de saúde (Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Biomedicina e Psicologia). Concomitantemente a esse convênio, foi celebrado compromisso entre o Distrito Federal, por intermédio da SES/DF e do Centro de Ensino Unificado de Brasília (CEUB), mantenedor do UniCEUB, para disponibilização dos campos/cenários de estágio, atividades práticas supervisionadas na Regional de Saúde de Planaltina, ficando, também, assegurado o acesso às demais unidades de saúde da SES/DF e entidades vinculadas, visando a atender os projetos pedagógicos dos cursos do UniCEUB, em especial, o curso de Medicina, pelo prazo de 120 (cento e vinte) meses, a contar da data de sua assinatura; 4) De acordo com o PPC da IES, no primeiro ciclo do curso, distribuem-se grupos de até cinco estudantes em cada Unidade de Saúde da Família, proporcionando a participação do aluno, na comunidade desde o início do curso (Resolução 350/2005); 5) O corpo docente informado para os dois primeiros anos do curso corresponde a 49 professores, dos quais 20 estão contratados em período integral, sendo desses 20, 14 com doutorado, o que permite o acompanhamento dos alunos; 6) Segundo o PPC da IES, o curso apresenta o sistema de tutoria, realizada individual e coletivamente, do qual participam até dez estudantes por vez. O professor tutor atua como guia, facilitador e orientador dos alunos com o objetivo de promover e dar suporte a práticas que levem ao desenvolvimento cognitivo, atitudinal e psicomotor do estudante (p. 17); 7) A IES apresenta um IGC (que corresponde ao ENADE, CPC e Nota CAPES) igual a 251, o que indica uma avaliação acima de 50%. Parecer final: satisfatório à autorização do curso de Medicina do Centro Universitário de Brasília, com base em análise à luz da Resolução CNS Nº. 350/2005. **Deliberação: aprovado o parecer satisfatório à autorização do curso de Medicina do Centro Universitário de Brasília.** Aprovados os pareceres, a mesa agradeceu e encerrou o debate desse item. **APROVAÇÃO DA ATA DA 242ª RO** – A mesa colocou em apreciação a ata Deliberação da 242ª Reunião Ordinária do CNS enviada previamente aos conselheiros. **Deliberação: não havendo manifestações contrárias, nem destaques, a ata da 242ª Reunião Ordinária do CNS foi aprovada por unanimidade.** **ITEM 7 – INFORMES E INDICAÇÕES - Apresentação:** Márcio Florentino Pereira, Secretário Executivo do CNS. **Coordenação:** conselheiro Carlos Alberto Ebeling Duarte, da Mesa Diretora do CNS. **INFORMES - 1) Seminário na Câmara dos Deputados sobre o dia mundial do rim** - Conselheira Rosângela da Silva Santos informou que, diante da impossibilidade da participação da Presidente do CNS no Seminário na Câmara dos Deputados sobre o dia mundial do rim, fora indicada para representar o CNS no evento. Todavia, apesar de no cerimonial constar o seu nome, foi apresentado outro conselheiro nacional como representante do Conselho. Sendo assim, disse que não foi chamada para compor a mesa, mas acompanhou a atividade. Explicou que enviará relatório sobre a atividade e terá acesso sobre o que ocorre com a questão da diálise no Brasil. **2) Informe sobre o Movimento Saúde + 10 e 3ª plenária do movimento com as entidades** - Conselheiro Ronald Ferreira dos Santos destacou os seguintes aspectos no seu informe: presença do Movimento na marcha das Centrais Sindicais; realização da 3ª plenária do Movimento com as entidades com as seguintes definições: dia 10 de abril será realizado ato nacional em defesa da saúde pública, com concentração às 9 horas, na Catedral (coordenação: CNS com a participação da UNE e outras centrais sindicais); ato político na Comissão de Seguridade Social, dia 10, no período da tarde; no dia 10 de abril será realizada a primeira contagem oficial das assinaturas (extraoficialmente, 900 mil assinaturas); formação de uma comissão - CNS, CONASS e CONASEMS - para elaborar minuta do projeto de lei; e audiência com a OAB a fim de fechar 100% das entidades nacionais em torno do Movimento. Também informou que o CNS enviará aos conselheiros nacionais a arte da convocação para o ato nacional no dia 10 de abril para disponibilização nas redes sociais e sites das entidades representadas no CNS. **3) HOMENAGEM DO DEPARTAMENTO DE DST/AIDS E HEPATITES VIRAIS** - Conselheira Nádia Elizabeth Barbosa Villas Bôas informou que o Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais prestou homenagem às mulheres vivendo com aids e hepatites. **4) DIA DA CONSCIENTIZAÇÃO DO AUTISMO** - Conselheira Márcia Patrício de Araújo informou que 2 de abril é o Dia da conscientização do autismo e será lançada a diretriz do cuidado da pessoa com autismo. **5) DIA MUNDIAL DA TUBERCULOSE** - Conselheiro Carlos Alberto Duarte registrou que 24 de março é o dia mundial da tuberculose e fez um destaque à Resolução do CNS nº. 444/2011, que aprova diversas questões acerca da política de tuberculose. Disse que algumas questões tiveram andamento e outras não avançaram como a criação de fórum interministerial para discutir a tuberculose. Disse que é preciso pautar debate para avaliação do que foi aprovado pelo CNS em 2011 e aproveitou para informar que a Resolução nº. 462 relativa à Política de Aids está parada na CONJUR, para avaliação, junto com outras resoluções do CNS. Conselheira Nelcy Ferreira da Silva destacou que é preciso retomar o debate sobre as Recomendações do CNS, que estão na CONJUR para análise para definição de encaminhamentos. O Secretário Executivo do CNS, Márcio Florentino, informou que será realizada reunião com o Gabinete do Ministro da Saúde para definir uma saída sobre as resoluções pendentes. **INDICAÇÕES** - 1) Indicação de dois representantes, preferencialmente do segmento LGBT, para compor o Comitê Técnico de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT. Data para envio das indicações: até 15 de março de 2013. Cidade: Brasília/DF. *Indicações:*

1670 conselheira **Verônica Lourenço** e conselheiro **Carlos Magno** (a confirmar). 2) Indicação da  
1671 Conselheira **Marisa Furia Silva** para participar da I Jornada Maranhense de Autismo, dias 6 e 7 de abril  
1672 de 2013, na cidade de São Luís/MA. **Aprovada a indicação.** 3) Indicação do Fórum dos Usuários e o  
1673 Fórum de Patologias para a Câmara de Saúde Suplementar da ANS. Pautar para debate na próxima  
1674 reunião uma vez que está em vigor a decisão do Plenário do CNS de não participar de espaços  
1675 consultivos. **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, conselheiro **Carlos Alberto Duarte**, da  
1676 Mesa Diretora do CNS, encerrou a 243ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os seguintes  
1677 conselheiros no segundo dia de reunião: *Titulares* – **Abrahão Nunes da Silva**, Central de Movimentos  
1678 Populares (CMP); **Alexandre Rocha Santos Padilha**, Ministério da Saúde (MS); **Ana Maria Costa**,  
1679 Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); **Arlison da Silva Cardoso**, Conselho Nacional de  
1680 Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); **Carlos Alberto Ebeling Duarte**, Movimento Nacional  
1681 de Luta Contra a Aids; **Cid Pimentel**, Ministério da Previdência Social; **Clóvis A. Bouffleur**, Conferência  
1682 Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); **Denise Rodrigues Eloi de Brito**, União Nacional das  
1683 Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS); **Edmundo Dzuaiwi Omere**, Coordenação das  
1684 Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Eni Carajá Filho**, Movimento de  
1685 Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase – MORHAN; **Flávia de Oliveira Bernardes**  
1686 **Brasileiro**, Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE; **Geordecio M. Souza**, Central Única dos  
1687 Trabalhadores; **Geraldo Adão dos Santos**, Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas –  
1688 COBAP; **Gerdo Bezerra de Faria**, Conselho Federal de Odontologia – CFO; **Helvécio Miranda**  
1689 **Magalhães Júnior**, Ministério da Saúde; **Ivone Evangelista Cabral**, Associação Brasileira de  
1690 Enfermagem (ABEn); **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde  
1691 (CNTS); **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil (CGTB);  
1692 **Jorge Oliveira Duarte**, Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena; **José Luiz**  
1693 **Spigolon**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços – CNS; **Jurandi**  
1694 **Frutuoso**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); **Luís Eugênio Portela Fernandes**  
1695 **de Souza**, Sociedade Brasileira de Profissionais em Pesquisa Clínica (SBPPC); **Luiz Odorico**  
1696 **Monteiro de Andrade**, Ministério da Saúde; **Márcia Patrício de Araújo**, Associação Brasileira dos  
1697 Ostomizados (ABRASO); **Maria Cristina Pedro Biz**, Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa);  
1698 **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos**, Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e  
1699 Direitos Reprodutivos; **Maria Angélica Zollin de Almeida**, Federação Nacional dos Médicos  
1700 Veterinários - FENAMEV; **Maria do Socorro de Souza**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na  
1701 Agricultura – CONTAG; **Maria Laura C. Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS);  
1702 **Marisa Furia Silva**, Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Nadir Francisco do Amaral**, Federação  
1703 Nacional das Associações de Pessoas com Doenças Faciliformes (FANAFAL); **Nelcy Ferreira da**  
1704 **Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional  
1705 da Indústria (CNI); **Patrícia Augusta Alves Novo**, Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças  
1706 Similares – ABRAZ; **Renato Almeida de Barros**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em  
1707 Seguridade Social (CNTSS); **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos  
1708 (FENAFAR); **Sandra Regis**, Associação Brasileira dos Delegados e Amigos da Confederação Espírita  
1709 Pan-Americana (CEPA Brasil); **Ubiraci Matildes de Jesus**, União de Negros pela Igualdade  
1710 (UNEGRO); **Ubiratan Cassano Santos**, União Nacional dos Estudantes (UNE); **Verônica Lourenço**  
1711 **da Silva**, Liga Brasileira de Lésbicas; **Waldir Araújo Cardoso**, Conselho Federal de Medicina (CFM);  
1712 e **Zan Mustacchi**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down. *Suplentes* –  
1713 **Alexandre Frederico de Marca**, Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo;  
1714 **Ana Valéria Escolástico Mendonça**, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à  
1715 Saúde da Mama – FEMAMA; **Cleuza C. Miguel**, Movimento dos Portadores de Esclerose Múltipla  
1716 (MOPEM); **Diego de Faria Magalhães Torres**, Federação Nacional dos Fisioterapeutas e Terapeutas  
1717 Ocupacional (FENAFITO); **Elcio A. dos Santos**, Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais –  
1718 ABRATO; **Eurídice Ferreira de Almeida**, FASUBRA; **Eliane Aparecida da Cruz**, Ministério da Saúde  
1719 (MS); **Fernanda Bevenutte**, Associação Nacional de Travestis e Transexuais – ANTRA; **Fernanda**  
1720 **Simões Guimarães Torres**, Associação de Fisioterapeutas do Brasil – AFB; **Gilene Jose dos Santos**,  
1721 Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados Pensionistas e Idosos (SINTAPI); **Gilson Silva**,  
1722 Força Sindical; **Graciara Matos de Azevedo**, Conselho Federal de Odontologia (CFO); **Haroldo Jorge**  
1723 **de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS; **João Donizeti**  
1724 **Scaboli**, Força Sindical; **José Arnaldo Pereira Diniz**, Federação Interestadual dos Odontologistas –  
1725 FIO; **José Eri de Medeiros**, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS;  
1726 **Júlia Maria Santos Roland**, Ministério da Saúde; **Livaldo Bento**, Movimento Popular de Saúde -  
1727 MOPS; **Lorena Baía Alencar**, Conselho Federal de Farmácia – CFF; **Luiz Alberto Catanoe**,  
1728 Sindicato Nacional dos Aposentados (SIND-NAP); **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical  
1729 de Trabalhadores - NCST; **Luiz Fernando Corrêa Silva**, Federação Brasileira de Hospitais – FBH;  
1730 **Marcos Vinicius S. Pedroza**, Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG; **Maria de Fátima**  
1731 **Sousa**, Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO; **Maria Lucia Santos Pereira da Silva**,

1732 Movimento Nacional da População de Rua – MNPR; **Nádia Elizabeth Cardoso Barbosa**, Movimento  
1733 Brasileiro de Luta Contra as Hepatites Virais (MBHV); **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de  
1734 Medicina Veterinária – CFMV; **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da Criança; **Wilen Heil e Silva**,  
1735 Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); e **Záira Tronco Salerno**,  
1736 Associação Brasileira de Nutrição – ASBRAN.