



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

ATA DA DUCENTÉSIMA VIGÉSIMA SEGUNDA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS

8 Aos oito e nove dias mês de junho de dois mil e onze, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde
9 Omilton Visconde, Ministério da Saúde, Bloco G, Edifício Anexo, 1º andar, ala "B", Brasília, Distrito
10 Federal, realizou-se a Ducentésima Vigésima Segunda Reunião Ordinária do CNS dedicada à
11 memória do ex-senador Abdias, um dos militantes do movimento negro, falecido aos 97 anos, no dia
12 24 de maio de 2011. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, da Mesa Diretora do CNS, iniciou a
13 reunião cumprimentando os presentes e os internautas que acompanhavam a reunião em tempo real.
14 Conselheira **Jurema Werneck** anunciou a presença de importantes lideranças e pesquisadores do
15 movimento negro: Damiana Miranda e Alaerte Martins. Em seguida, apresentou a pauta da 222ª
16 Reunião Ordinária. A Secretária-Executiva, **Rozângela Fernandes Camapum**, comunicou as
17 seguintes mudanças na pauta: transferência do Item 6 – Comissão Intersetorial de Recursos Humanos
18 – CIRH - aprovação de pareceres da manhã do segundo dia de reunião para das 14h às 14h30; e das
19 9 às 9h30 – pendências da reunião; inclusão do coordenador da COFIN/CNS no Item 5 – Plano
20 Plurianual - PPA 2012/2015; e apresentação do relatório do GT UPA no Item 7 - Balanço do mês na
21 saúde – urgência e emergência, sem deliberação, visto que o documento não foi enviado aos
22 conselheiros com antecedência. Conselheira **Rosangela da Silva Santos** explicou que o relatório do
23 GT UPA não foi apresentado porque houve mudança do governo e seria necessário trazer novamente
24 o debate para o Plenário, além de chamar outra reunião do Grupo com essa nova representação
25 governamental. A Secretária-Executiva do CNS também informou que o Conselheiro Francisco Batista
26 Júnior apresentou uma proposta de moção. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** propôs a
27 apreciação da proposta de moção de apoio à ADI 1.923 no Item 03 – Análise situacional da saúde no
28 Brasil, porque tem relação com item e, em sendo aprovada, poderia ser utilizada pela delegação de
29 vários estados que faria mobilização no STF em favor da ADI. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz**
30 concordou em apreciar a moção no item 3 desde que a votação fosse no dia seguinte. Conselheiro
31 **Jurandi Frutuoso** justificou que esteve ausente nas duas últimas reuniões do CNS por conta do
32 planejamento estratégico do CONASS. Também informou que foi enviado aos 144 conselheiros, por
33 correio, coleção de livros. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** dialogou com a conselheira Eliane
34 Cruz para votar a moção naquele dia, a fim de ser utilizada como subsídio pela delegação dos estados
35 no convencimento do Supremo. A esse respeito, acordou-se que a moção de apoio seria apreciada no
36 período da manhã daquele dia. **ITEM 1 – Aprovação da Ata da 221ª Reunião Ordinária do CNS –**
37 **Apresentação:** **Rozângela Fernandes Camapum**, Secretária-Executiva do CNS. **Coordenação:**
38 Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, da Mesa Diretora do CNS. **Deliberação:** **aprovada, por**
39 **unanimidade, a ata da 221ª Reunião Ordinária do CNS com contribuições da Conselheira Maria**
40 **Thereza Antunes e dos Conselheiros Geraldo Alves Vasconcelos e Júlio César Caetano.** **ITEM**
41 **2 – Informes e indicações.** **prestação de contas do 1º trimestre de 2011.** **recomendação da mesa**
42 **diretora do cns (Resolução CNAS Nº 39/10)** - **Apresentação:** **Rozângela Fernandes Camapum**,
43 Secretária-Executiva do CNS. **Coordenação:** Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, da Mesa Diretora
44 do CNS. Inicialmente, a Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, apresentou
45 a prestação de contas do cns referente ao 1º trimestre de 2011, que fora apresentada à COFIN na
46 última reunião da Comissão. Explicou que a prestação de contas tem como base o orçamento
47 aprovado para o CNS em 2011 de R\$ 9.286.000,00, sendo: 1. Eventos: R\$ 2.750.060,29; 2.
48 Passagens: R\$ 2.153.400,00; 3. Diárias: R\$ 1.465.231,09; 4. Capital: R\$ 64.000,00; 5. OPAS TC 23:
49 R\$ 2.625.000,00; 6. Publicações: R\$ 228.308,62; e 7. Transferência – SGEP: R\$ 0,00. Disse que da
50 dotação orçamentária a proposta remanejar o R\$ 1,15 milhão do orçamento destinado à realização da
51 Plenária de Conselhos de Saúde, que não será realizada visto que a prioridade é a 14ª CNS, da
52 seguinte forma: R\$ 1 milhão de Eventos para a SGEP para compra do equipamento de
53 videoconferência e troca dos microfones do Plenário do CNS e R\$ 59.367,87 para publicações. Além
54 disso, informou que foi transferido R\$ 167.407,70 do montante de Passagens para Eventos referente
55 ao valor que não foi autorizado para ser gasto com passagens (Decreto Nº 7.446). Explicou que

56 poderão ser feitos novos remanejamentos no decorrer do ano e que o valor empenhado não significa
57 que foi gasto. Informou que, nesse primeiro trimestre, foram pagos: 1. Evento – até o final do primeiro
58 trimestre não fora gasto; 2. Passagens: R\$ 61.876,02; 3. Diárias: R\$ 492.730,66; 4. Capital: não foi
59 pago porque a compra está em processo de negociação; 5. OPAS/OMS: não foi pago nenhum valor
60 nesse primeiro trimestre; 6. Publicações: R\$ 6.367,87 (publicações relativas a 2010); e Total liquidado
61 e pago: R\$ 560.974,55. **Manifestações.** Conselheiro **Clóvis Boufleur** saudou a iniciativa da
62 prestação de contas porque dá publicidade às informações. Também solicitou maiores informações
63 sobre os equipamentos que serão comprados com o R\$ 1 milhão de remanejamento. A Secretária-
64 Executiva do CNS respondeu que a intenção é adquirir com o R\$ 1 milhão equipamento de som, vídeo
65 e áudio para o Plenário do CNS e contratar empresa para prestar manutenção, por três anos, e
66 comprar o equipamento de videoconferência para o Conselho. Dispôs-se a apresentar, na próxima
67 reunião do CNS, a lista detalhada dos equipamentos a serem comprados. **Deliberação: aprovada a**
68 **prestação de contas do CNS relativa ao 1º trimestre de 2011 e a proposta de remanejamento de**
69 **R\$ 1 milhão da rubrica Eventos para a compra de equipamento de som, vídeo e áudio para o**
70 **Plenário do CNS e R\$ 59.367,87 para publicações. recomendação da mesa diretora do cns**
71 **(Resolução CNAS Nº 39/10)** – A Secretaria-Executiva do CNS informou que o CNAS enviou ao CNS
72 a Resolução do CNS nº 39/10, que dispõe sobre o processo de reordenamento dos benefícios
73 eventuais no âmbito da Política de Assistência Social em relação às políticas de saúde. Explicou que o
74 CNAS suspendeu os benefícios oferecidos que tinham relação com a saúde e, na última reunião da
75 Mesa Diretora do CNS, foi feito debate, com a participação dos coordenadores das áreas técnicas
76 com relação aos benefícios suspensos. Como resultado, a Mesa Diretora do CNS elaborou uma
77 proposta de recomendação, propondo ao Ministério da Saúde e ao Ministério do Desenvolvimento
78 Social e Combate à Fome que, no prazo de 30 (trinta) dias, sejam instituídos mecanismos de
79 elaboração de agenda conjunta entre esses Ministérios, visando soluções e definição de
80 responsabilidades setoriais em relação às políticas públicas para as pessoas com deficiência.
81 Conselheiro **Jurandi Frutuoso** explicou que a decisão unilateral de suspender benefícios pode trazer
82 prejuízo à população, por esse motivo a Mesa Diretora do CNS sugeriu a recomendação. Conselheiro
83 **Volmir Raimondi** lembrou que, junto com a conselheira Cleusa Miguel e uma representante do
84 Ministério da Saúde, acompanhou o GT do CNS de Benefícios Assistenciais e a Resolução do CNAS
85 foi fruto de debate entre os dois Ministérios. Clarificou que o GT avaliou que havia, por exemplo,
86 repetição de benefício (uma pessoa recebia duas cadeiras de roda). Detalhou ainda que a Resolução
87 visa organizar o Sistema porque a repetição de benefícios causa prejuízos e entendeu que a decisão
88 é válida, concordando com a proposta de recomendação da Mesa Diretora do CNS. Conselheira
89 **Ruth Ribeiro Bittencourt** explicou que a Mesa Diretora do CNS recebe demandas sobre a
90 certificação das entidades filantrópicas e a intenção da recomendação é formalizar para que os
91 setores responsáveis definam os procedimentos. Conselheira **Rosangela da Silva Santos** ressaltou a
92 importância de serem observados os marcos regulatórios, visando o atendimento integral da pessoa
93 com deficiência com garantia da cobertura além das órteses e próteses. Frisou que nesse processo é
94 preciso considerar as patologias, inclusive as associadas à deficiência. Conselheiro **Ronald Ferreira**
95 **dos Santos** salientou que é preciso debater a Portaria do Ministério da Saúde, de 25 de maio, que
96 trata dos ritos, formas, diretrizes, convênios e formas de certificação das entidades filantrópicas, por
97 entender que tem relação com a Resolução do CNAS nº 39/10. Conselheiro **Francisco Batista**
98 **Júnior** esclareceu que a recomendação sugerida pela Mesa Diretora não se refere à questão da
99 certificação de entidades, mas este é um tema que deve ser objeto de debate no CNS. Conselheira
100 **Ruth Ribeiro Bittencourt** avaliou que a Resolução tem relação com a questão da certificação de
101 entidades e este tema deve ser tratado no CNS. A Secretaria-Executiva do CNS, **Rozângela**
102 **Fernandes Camapum**, clarificou que a decisão do CNAS não foi um ato unilateral, inclusive reiterou
103 que o CNS indicou dois conselheiros – Volmir Raimondi e Cleusa Miguel – para acompanhar o
104 trabalho do GT e estes contribuíram com a Resolução do CNAS. Detalhou que a recomendação
105 sugerida pela Mesa Diretora do CNS propõe que Ministério da Saúde e ao Ministério do
106 Desenvolvimento Social e Combate à Fome definam uma agenda conjunta visando soluções e
107 definição de responsabilidades setoriais em relação às políticas públicas para as pessoas com
108 deficiência, a fim de evitar, inclusive, a suspensão imediata dos benefícios. Sobre a certificação de
109 entidades, lembrou que o CNS debateu esse tema em 2010 e a intenção é pautá-lo novamente na
110 próxima reunião para debate. **Deliberação: aprovada a recomendação do CNS ao Ministério da**
111 **Saúde e ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Além disso, o Plenário**
112 **decidiu pautar o debate sobre a certificação de entidades na próxima reunião do CNS.** Antes de
113 passar ao próximo item, Conselheiro **Francisco Batista Júnior** registrou a presença da delegação
114 dos conselheiros do Rio de Janeiro e do Rio Grande do Norte. Conselheira **Jurema Werneck**
115 registrou a presença de lideranças do movimento negro no CNS: Damiana, Luiz Alves, Laertes e José
116 Marcos. Conselheira **Júlia Maria Roland** informou que convidou e estavam presentes representantes

117 do movimento negro que fazem parte do Comitê Técnico de Saúde da População Negra para
118 acompanhar os debates da análise situacional da saúde no Brasil, Plano Nacional de Saúde/2012 a
119 2015 e Plano Plurianual - PPA 2012/2015. Conselheiro **José Carrijo Brom** registrou a presença do
120 professor de saúde coletiva na UnB, Márcio Florentino. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues**
121 registrou a presença da sua suplente, Verônica Lourenço. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**
122 comunicou a presença de integrantes da Frente de Privatização contra o SUS. **INFORMES E**
123 **INDICAÇÕES** – *Informes* – A Secretaria-Executiva do CNS lembrou que o CNS aprovou a proposta
124 de Laboratórios de Inovação Tecnológica – participação social em processos decisórios e a fase atual
125 são de seleção de experiências da saúde e fora da saúde nessa área. Contudo, apesar da divulgação
126 e incentivos, chegaram poucas experiências. Portanto, os responsáveis pelo projeto conversariam
127 com os conselheiros visando recolher mais experiências. Também registrou a presença do
128 conselheiro Plínio José de Carvalho, da CUT, que participava da reunião do CNS pela primeira vez.
129 **INDICAÇÕES – A) INDICAÇÃO PARA COMISSÃO INTERSETORIAL DE SANEAMENTO E MEIO**
130 **AMBIENTE – CISAMA** - Coordenação adjunta - substituição do Conselheiro Edmilson Canale. Foram
131 feitas duas indicações - Sebastião Geraldo Venâncio e Noemy Yamaguishi – os segmentos se
132 reuniriam para chegar a um nome de consenso. **B) INDICAÇÃO PARA COMISSÃO**
133 **INTERSETORIAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CIAF** - Coordenação adjunta - substituição
134 do Conselheiro Jorge Venâncio. Nesse momento, foi feita a indicação do Conselheiro Nadir Amaral e
135 foi sugerido discutir um nome na Comissão. Os segmentos se reuniriam visando chegar ao consenso.
136 **C) OFICINA DE TRABALHO SOBRE AS PRIORIDADES DE AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E**
137 **NUTRIÇÃO NO SUS**. Convite da Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição/DAB/SAS/MS. **Data:**
138 4 e 5 de julho. **Local:** Brasília. **Objetivo:** discutir com conselheiros de saúde a agenda de prioridades
139 de alimentação e nutrição no SUS no contexto do Direito Humano à Alimentação Adequada e da
140 Segurança Alimentar e Nutricional. **Indicação de três conselheiros nacionais** (preferencialmente,
141 entre os que participaram do Seminário do PNAM em 2010: Alexandre Magnum, André Luiz de
142 Oliveira, Geraldo Adão, Gilson Silva, José Marcos de Oliveira, Lírida Maria dos Santos, Marisa Fúria e
143 Nildes de Oliveira Andrade). **Indicações:** **Nelci Dias da Silva, Nildes de Oliveira Andrade e Gilson**
144 **Silva**. Nesse ponto, **Conselheira Ruth Ribeiro Bittencourt** comunicou que a Conselheira **Nelci Dias**
145 **da Silva**, do CFN, substituirá a ex-Conselheira Rosane Nascimento no CNS. **D) INDICAÇÃO DE UM**
146 **REPRESENTANTE DO CNS PARA COMPOR A COMISSÃO ORGANIZADORA DA VIII**
147 **CONFERÊNCIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**. **Tema Geral da Conferência:** “Avançando
148 na Consolidação do Sistema Único de Assistência Social com a Valorização dos Trabalhadores e a
149 Qualificação da Gestão, dos Serviços, Programas e Projetos e Benefícios”. Próxima Reunião da
150 Comissão: dias 9 e 10 de junho, das 9h às 18h, no CNAS. O Plenário decidiu retomar posteriormente.
151 **E) Seminário Nacional sobre Serviço Civil em Saúde e sobre as Demandas Judiciais no âmbito**
152 **do SUS**. **Data:** 07 e 08 de julho de 2011. **Período de inscrição:** até 15 de junho de 2011. **Período de**
153 **inscrição para participantes com passagens custeadas pelo CNS:** até 10 de junho de 2011. A
154 Secretaria-Executiva do CNS apresentou a programação para representantes do CNS. Acordou-se
155 que as indicações seriam feitas posteriormente. A Secretaria-Executiva do CNS, **Rozângela**
156 **Fernandes Camapum**, explicou que há grande demanda para participar do Seminário e a proposta é
157 abrir duzentas vagas para os interessados em geral. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** disse que
158 sugeriu à SE/CNS o envio de convite aos conselhos de saúde. A Secretaria-Executiva do CNS,
159 **Rozângela Fernandes Camapum**, informou que já havia sido encaminhado ofício aos conselhos de
160 saúde convidando para o seminário. Também informou que, dos 144 conselheiros, apenas 34 foram
161 inscritos, assim, frisou que os conselheiros deveriam inscrever-se no site do CNS até segunda-feira
162 (13 de junho), a fim de garantir a participação custeadas pelo CNS. Conselheira **Ruth Ribeiro**
163 **Bittencourt** salientou a importância de incentivar a participação dos setores da educação no
164 Seminário em especial no debate sobre serviço civil. A Secretaria-Executiva do CNS, **Rozângela**
165 **Fernandes Camapum**, informou que enviou o convite ao MEC, ao CNS e às Secretarias Estaduais de
166 Educação, porém, até o momento não tinha havido nenhum retorno, por isso, solicitou o apoio do
167 Conselheiro **José Rubens Rebelatto** na divulgação do seminário. Conselheiro **José Rubens**
168 **Rebelatto** comprometeu-se a divulgar a atividade no âmbito do MEC. Antes de passar aos informes, a
169 Secretaria-Executiva do CNS explicou que enfrenta dificuldades no encaminhamento dos trabalhos da
170 Secretaria porque os conselheiros não acessam o e-mail e não respondem. Portanto, a orientação
171 será, no caso de não obter resposta em dois dias, contatar para a demanda outro conselheiro.
172 Conselheiro **Clóvis Boufleur** sugeriu aos conselheiros que façam uma pasta do CNS a fim de facilitar
173 o acompanhamento das mensagens do Conselho. Também propôs que a SE/CNS avalie a
174 possibilidade de enviar SMS no caso de convites. **INFORMES – A) RESOLUÇÃO DAS DIRETRIZES**
175 **E NORMAS SOBRE AS DENÚNCIAS APRESENTADAS AO CNS** - A Mesa Diretora do CNS
176 apresenta proposta e solicita aos conselheiros enviar sugestões à SE/CNS até o dia 30 de junho,
177 pelo e-mail: thaylla.silva@sauda.gov.br. A SE/CNS consolidará as contribuições e apresentará à Mesa

178 Diretora do CNS. Em seguida, a proposta será trazida para apreciação do Pleno. **B) A 223ª REUNIÃO**
179 **ORDINÁRIA DO CNS SERÁ REALIZADA NOS DIAS 5 E 6 DE JULHO DE 2011. C) CONFERÊNCIA**
180 **MUNDIAL DE DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE.** A Mesa Diretora do CNS entendeu que o
181 CNS deve compor a comissão organização da Conferência Mundial de Determinantes Sociais em
182 Saúde e foi sugerido encaminhar um ofício ao Ministro da Saúde solicitando a inclusão do CNS.
183 Acordou-se que esse tema seria retomado posteriormente na presença do Conselheiro Luiz Odorico
184 de Andrade. **D) 4ª EDIÇÃO DO PRÊMIO SÉRGIO AROUCA DE GESTÃO PARTICIPATIVA NO SUS.**
185 Conselheira **Júlia Maria Roland** comunicou que o lançamento da 4ª Edição do Prêmio Sérgio Arouca
186 de Gestão Participativa no SUS será feito durante o Congresso do CONASEMS e a premiação
187 durante a 14ª CNS. **E) SEMINÁRIO DE ALINHAMENTO ESTRATÉGICO DA SECRETÁRIA**
188 **EXECUTIVA DO CNS.** **Data:** 19 e 20 de maio de 2011. A Secretaria-Executiva do CNS informou que
189 participaram do Seminário os integrantes da Mesa Diretora (José Marcos de Oliveira, Clóvis Boufleur e
190 Ruth Ribeiro), coordenadores da Plenária e SGEP/MS. Disse que, na oportunidade, foram definidas
191 diretrizes para aperfeiçoar os trabalhos da SE/CNS e o relatório da atividade, tão logo concluído, será
192 enviado aos conselheiros. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** cumprimentou a SE/CNS pela
193 iniciativa e avaliou que deve ser repetida. **F) INFORME SOBRE BULAS E ROTULAGEM DE**
194 **MEDICAMENTOS** – Conselheiro **Nelson Mussolini** informou que a ANVISA, com o apoio da indústria
195 farmacêutica, tomou a iniciativa de clarificar as bulas e a rotulagem dos medicamentos para o
196 consumidor. Disse que, visando melhor adequação dos dizeres das bulas e dos rótulos, a diretoria da
197 ANVISA decidiu postergar a entrada em vigor dessa medida. **G) DESABASTECIMENTO DE**
198 **INSUMOS DE PREVENÇÃO** – Conselheiro **Júlio César Caetano** denunciou o desabastecimento de
199 preservativo feminino na rede, um insumo de prevenção da AIDS e DSTs para mulheres. Ressaltou
200 que é preciso pactuar essa questão na CIT porque estados e municípios enfrentam dificuldade para a
201 compra por se tratar de um insumo com custo alto. Por fim, informou também a falta do gel lubrificante
202 nos municípios, lembrando que a aquisição desse insumo é de responsabilidade do Ministério da
203 Saúde. A esse respeito, acordou-se que representação do Departamento de HIV/AIDS faria um
204 informe posteriormente. Na sequência, foi aberta a palavra para outros informes dos conselheiros.
205 Conselheiro **Bruno Metri** informou ao Pleno a publicação da Portaria do MS nº. 248, de 2 de junho de
206 2011, que institui no âmbito da SAS/MS a decisão de elaborar estudo de remuneração dos
207 profissionais médicos do SUS e manifestou preocupação com essa iniciativa que prioriza apenas uma
208 categoria profissional da área da saúde pública. Desse modo, sugeriu uma recomendação do CNS ao
209 Ministério da Saúde para o realinhamento da Portaria que valora apenas uma categoria profissional.
210 Conselheira **Rosangela da Silva Santos** destacou que é preciso maiores informações sobre uma
211 eventual parceria do Ministério da Saúde com a rede Mac Donalds acerca da política de promoção de
212 hábitos saudáveis. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** informou que a Federação Nacional dos
213 Farmacêuticos lançou a campanha de valorização das farmacêuticas mulheres “Sou mulher, sou
214 farmacêutica, tenho direitos”. Além disso, comunicou que a Federação, em parceira com outras
215 entidades da categoria, está realizando encontros regionais visando preparar a categoria para
216 intervenção qualificada na 14ª CNS. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** reiterou a importância de
217 esclarecimento sobre a campanha do Ministério da Saúde com o Mac Donald acerca da promoção de
218 hábitos saudáveis e de providências sobre a publicação da Portaria do MS nº. 248, de 2 de junho de
219 2011. Também manifestou satisfação com a não edição da MP nº. 520, mas pontuou que é preciso
220 ficar alerta a essa questão. Também disse que é preciso incorporar ao debate do 4º Seminário
221 Nacional de Residência Multiprofissional de Saúde um representante do Ministério do Trabalho e
222 Emprego. Por fim, informou a sua participação na atividade em Caxias do Sul – 35 anos do curso de
223 serviço social da Universidade, Semana da Enfermagem e conclusão de curso de gestão estratégica e
224 participativa. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** solicitou pauta no CNS para tratar da revisão
225 da Portaria da ANVISA sobre a doação de sangue, visto que o Ministro da Saúde assumiu o
226 compromisso de revê-la, mas enviou o documento às entidades que solicitaram a revisão
227 comunicando a impossibilidade de fazê-lo. Conselheiro **Luiz Odorico de Andrade** esclareceu que não
228 há parceria do Ministério da Saúde com a rede Mac Donald. Disse que a empresa utilizou a orientação
229 da página do Ministério da Saúde sobre a campanha de promoção de hábitos saudáveis. Ressaltou
230 que o Ministério da Saúde tem orientado a indústria de alimentos para redução de sódio nos
231 alimentos. Disse, ainda, que faria informe sobre a Conferência Mundial de Determinantes Sociais em
232 Saúde posteriormente. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** esclareceu que a campanha de
233 doação de sangue é uma questão ainda em debate no Ministério da Saúde e a nova portaria a ser
234 publicada leva em consideração ponderações do movimento, a fim de evitar relação da campanha
235 com homofobia. A Secretaria-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, reiterou a
236 solicitação de envio dos informes com antecedência, inclusive para organizar a pauta. Diante da
237 presença dos convidados para o próximo item, a mesa suspendeu os informes. **ITEM 03 – ANÁLISE**
238 **SITUACIONAL DA SAÚDE NO BRASIL** - Apresentação: **Otaliba Libânio**, Diretor do Departamento

239 de Análise de Situação de Saúde (DASIS/SVS/MS); Conselheira **Lígia Bahia**, representante dos
240 trabalhadores da saúde; e Conselheiro **Geraldo Adão**, representante dos usuários. *Coordenação:*
241 Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS. O primeiro expositor foi o Diretor do
242 Departamento de Análise de Situação de Saúde - DASIS/SVS/MS, **Otaliba Libânio**, que fez uma
243 abordagem geral sobre a situação da saúde no Brasil, com enfoque nas necessidades da população
244 brasileiras que orientam a elaboração do Plano Nacional de Saúde. Inicialmente, destacou a transição
245 demográfica com destaque para os seguintes aspectos: rapidez com que o país deixou de ser um país
246 rural para ser um país urbano; velocidade da redução das taxas de fecundidade – em 1940, em média
247 6,2 filhos e, em 2009, 1,8 filho; aumento da população adulta jovem - bônus demográfico brasileiro
248 (dados do Censo de 2010; e projeção para 2045 – grande contingente de população com mais de 60
249 anos. Ressaltou ainda que, em 1980, a população com mais de 60 anos era 239 mil homens e 351 mil
250 mulheres e a projeção para 2050 é R\$ 5 milhões de homens e 8 milhões de mulheres. Ressaltou que
251 essa mudança terá um grande impacto no SUS e se configura em um dos primeiros grandes desafios
252 a serem enfrentados pelo Plano Nacional de Saúde e debatidos na 14^a CNS. Também destacou o
253 aumento da expectativa de vida no período de 1980 a 2009, sendo de 59,6 para 69,4, no caso dos
254 homens, e de 66% para 77%, no caso das mulheres. Também falou da transição epidemiológica,
255 explicando que nas décadas de 30 e 40, o índice de doenças infecciosas era de quase 40% e, em
256 2009, o índice é inferior a 10%. Contudo, observa-se aumento das doenças cardiovasculares,
257 cânceres e causas externas. Frisou que o perfil epidemiológico atual é complexo e configura-se em
258 mais um desafio: combinação de carga de doenças infecciosas e parasitárias, doenças crônicas não
259 transmissíveis (74% da mortalidade) e violências (12% da mortalidade). Segundo, destacou como
260 outro grande desafio do SUS a transição nutricional explicando que houve redução da desnutrição em
261 crianças de 5 a 9 anos e aumento do excesso de peso e obesidade nas crianças. Observa-se
262 aumento do excesso de peso e obesidade nos adolescentes e na população adulta (16,9% das
263 mulheres são obesas e 12,4% dos homens). Ressaltou que o aumento da carga de doenças crônicas,
264 do sobrepeso e da obesidade combinado com a falta de promoção de hábitos saudáveis é um dos
265 grandes desafios para enfretamento das necessidades da população. Em relação a doenças
266 transmissíveis, destacou aquelas com tendência de diminuição: doenças imunopreveníveis,
267 hanseníase, tuberculose, esquistossomose mansônica, doenças de Chagas por transmissão vetorial e
268 raiva humana. A respeito das doenças com manutenção de elevada carga ou com potencial
269 epidêmico, citou: dengue, malária, febre amarela, leishmanioses, entre outros. No que se refere à
270 dengue, chamou a atenção para a circulação dos quatro sorotipos de dengue no país. Explicou que,
271 em 2010, foram mais de 16 mil casos de dengue, 572 óbitos, tendência de aumento da letalidade.
272 Sobre a malária, concentra-se na Amazônia, com tendência de redução de casos nos últimos anos.
273 Destacou também que o país irá conviver com emergências de saúde pública e o país deve ter
274 preparação e capacidade de resposta a essas demandas. Citou, por exemplo, a pandemia de
275 influenza (H1N1) que teve como resposta, em 2010, a campanha de vacinação. Sobre AIDS/DST,
276 salientou a expansão destacando que todos os municípios do país têm, pelo menos, um caso.
277 Observa-se certa estabilidade na taxa de incidência e é preciso trabalhar para diminuí-la. Explicou que
278 pesquisa de saúde mostrou que 75,9% dos adolescentes do 9º ano do ensino fundamental
279 declararam ter utilizado preservativo na relação sexual e 89,4% declararam ter informação de
280 prevenção de DST AIDS na escola. A taxa de mortalidade é estável com aproximadamente 12 mil
281 mortes/ano. No caso da sífilis, destacou que, apesar da redução do número de casos de sífilis
282 congênita, os números ainda são altos (em 2009, foram 3.500). Diante dessa situação, a redução da
283 sífilis congênita e na gravidez é um dos objetivos estratégicos do Ministério da Saúde. Sobre as
284 doenças crônicas não transmissíveis, destacou que representa 72% dos óbitos, mas se observa
285 redução de casos nos últimos, principalmente por conta da redução das doenças cardiovasculares.
286 Por outro lado, observa-se aumento no índice de mortalidade por diabetes mellitus. Também explicou
287 que há uma tendência de redução dos casos de cânceres em homens, principalmente o de estômago,
288 mas, de outro lado, há aumento de casos de câncer de próstata. Nas mulheres, observa-se tendência
289 de aumento do número de casos de câncer de mama e pulmão. Disse que a diminuição das doenças
290 crônicas associa-se principalmente à redução do tabagismo e à qualificação dos métodos de
291 diagnósticos. Ressaltou que os fatores mais preocupantes em relação às doenças crônicas referem-se
292 ao aumento da obesidade e do sobrepeso e do consumo de bebidas alcoólicas. Detalhou que a
293 redução do tabagismo foi uma das experiências mais exitosa da saúde pública no Brasil. Em 1989 a
294 taxa de tabagismo era 34,8%; em 2003, 22%; e 2010, cerca de 17%. A respeito dos acidentes e
295 violências, destacou que há uma tendência de aumento das mortes com concentração nas Regiões
296 Norte e Sul. Ressaltou que preocupa, em especial, o aumento da mortalidade no trânsito nos
297 municípios de pequeno porte (menos de 20 mil hab.) e aumento exponencial dos óbitos envolvendo
298 motocicletas (em 1990, eram 200 mil mortes; em 2009, foi 1,8 milhão morte). Acrescentou que, hoje,
299 48% das vítimas de acidente de trânsito que chegam aos hospitais de urgências são condutores ou

300 passageiros de motocicletas. Com relação à violência, disse que dados da PNAD 2008 mostram que
301 foram vítimas de violência no período de referência dos doze últimos meses 3,7 milhões de pessoas,
302 3,5% deixaram de realizar atividades e 53% procuraram serviço de saúde. Sobre as taxas de
303 mortalidade por homicídios, explicou que a partir de 2004 observa-se redução resultado do Estatuto
304 do Desarmamento e de outras intervenções. Disse que algumas capitais do país causam
305 preocupação pelo aumento da mortalidade por homicídios principalmente Maceió e Salvador. Por
306 outro lado, outras capitais tiveram redução da taxa como São Paulo e Rio de Janeiro. Explicou que
307 outro dado preocupante refere-se à situação de violência em escolares, pois, segundo dados do
308 PeNSE 2009, 6% dos meninos do 9º ano do ensino fundamental envolveram-se em brigas utilizando
309 armas de fogo. Seguindo, apresentou dados sobre mortalidade infantil e materna, dados que medem
310 a qualidade de vida: melhora do quadro da mortalidade infantil – a taxa de mortalidade em 1990 era
311 47/1000, e, em 2009, passou a 19,1/1000. Apesar desse avanço, verifica-se desigualdade entre as
312 regiões - no Norte a taxa de 27 e no Sul 11,9. Sobre a mortalidade materna, destacou que se observa
313 uma tendência de diminuição, mas, em 2009, houve leve aumento devido à pandemia de influenza
314 pelo H1N1 e implantação da vigilância de óbitos maternos e infantis em todo o país, o que permitiu
315 captar um maior número de óbitos. Sobre o acesso aos serviços de saúde, explicou que dados da
316 PNAD mostram que o Posto/Centro de Saúde foi o serviço de saúde mais procurado por 41,8% das
317 pessoas em 1998 e por 52,4% em 2003 e há uma diminuição na procura do ambulatório do setor
318 privado de 21,5% para 12,2%. Com relação a consultas médicas nos últimos doze meses anteriores a
319 entrevista, observa-se aumento no número tanto na área urbana e rural (67,7% da população
320 residente realizou esse procedimento em 2008). Disse que o atendimento foi avaliado como “muito
321 bom ou bom” para 86,4% das pessoas, regular para 10,4% e “ruim ou muito ruim” para 3,1%. De
322 todos os atendimentos, 58,6% foram realizados em instituições públicas. As pessoas atendidas por
323 problemas odontológicos foram as que melhor avaliaram o serviço, 93,6% consideraram o
324 atendimento “muito bom ou bom”, sendo que 68,8% dos atendimentos por este motivo foram
325 realizados pela rede particular. Também, falou do complexo produtivo e de ciência, tecnologia e
326 inovação em saúde, explicando que saúde é um setor estratégico para a economia brasileira:
327 representa de 8% do PIB, responde por 10% do emprego qualificado e por cerca de 30% de toda
328 produção científica nacional. O Brasil apresenta grande dependência de tecnologias internacionais
329 protegidas por patentes: déficit comercial que já supera U\$S 10 bilhões no Complexo Produtivo em
330 seu conjunto, envolvendo medicamentos, hemoderivados, vacinas, equipamentos e reagentes para
331 diagnóstico; Programa Nacional de Imunizações: produção nacional de 96% das doses; e fabricação
332 de genéricos para Aids e Hepatites: dez dos vinte medicamentos antirretrovirais fornecidos pelo SUS
333 são fabricados no Brasil. Citou iniciativas na produção e inovação: aprovação de 20 parcerias que
334 contemplam a produção de 25 produtos que representam R\$ 1,2 bilhão de compras anuais pelo MS e
335 devem gerar uma economia média de R\$ 250 milhões por ano, com previsão de economia de divisas
336 quando da conclusão dos projetos de US\$ 500 milhões/ano; quatro novas parcerias realizadas em
337 2011 que incluem laboratórios públicos e que deverão gerar uma economia para o MS estimada em
338 R\$ 140 milhões/ano; e lançamento do kit nacional para diagnóstico da influenza H1N1. Tecnologia
339 desenvolvida no Brasil que se mostrou mais eficiente e 55% mais barata do que os insumos
340 importados utilizados até então. Sobre o financiamento, explicou que a EC nº. 29 provocou uma
341 relativa elevação no volume de recursos aplicados em ações e serviços públicos de saúde. No total
342 das três esferas de governo, as despesas com ações e serviços públicos de saúde passaram de
343 3,21% do PIB, em 2002, para 3,67% em 2008. Somados os gastos privados o percentual do PIB
344 chega a 8,4%. Em 2008, o gasto público em saúde nas três esferas de governo correspondeu a cerca
345 de R\$ 559,02 por habitante/ano. Ressaltou que são necessários: regulamentação da Emenda
346 Constitucional nº 29; Lei de Responsabilidade Sanitária; e financiamento estável e suficiente para
347 promoção do Pacto pela Saúde. Por fim, listou os grandes desafios que orientam os objetivos
348 estratégicos do MS, do PPA e que devem ser tratados na 14ª CNS: o rápido envelhecimento
349 populacional; o grande aumento da carga das doenças crônicas não transmissíveis e a evolução
350 ascendente da Obesidade e do Diabetes; o aumento das prevalências dos fatores de risco na
351 população geral e nos adolescentes; a persistência das doenças crônicas transmissíveis como a
352 tuberculose a hanseníase e o grande impacto das doenças emergentes e reemergentes como a
353 Influenza e a Dengue; a grande carga dos acidentes, com destaque para as lesões e mortes causadas
354 pelo trânsito. Uma situação que se agrava com o crescimento econômico; a violência interpessoal
355 persiste como grande responsável pela carga de mortalidade nas causas externas e com aumento do
356 peso nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste; a necessidade de priorizar as intervenções sobre a
357 redução das desigualdades geográficas e de grupos sociais; a necessidade de reforçar a estruturação
358 das respostas às urgências em saúde pública tendo em vista os impactos decorrentes das
359 intervenções ambientais e das mudanças climáticas; aumentar a capacidade de produção de
360 medicamentos, hemoderivados, vacinas, métodos de apoio diagnóstico, bem como a produção de

361 inovações tecnológicas para dar sustentabilidade ao país; fortalecer as redes assistenciais
362 regionalizadas como estratégia de garantia do acesso e do cuidado integral; aprimorar o pacto
363 interfederativo para o fortalecimento do SUS; e aumentar o financiamento da saúde e a eficiência no
364 gasto. A segunda expositora foi a conselheira **Lígia Bahia** que iniciou explicando que esse é o
365 primeiro de uma série debates sobre a 14^a CNS e a intenção é chegar à etapa nacional com acúmulo
366 de experiência para discussão dos temas. Fez uma análise da situação da saúde e apontamentos
367 para o debate, com foco no Sistema de Saúde que temos e que podemos ter: acesso e qualidade. Na
368 sua apresentação, seguiu esta lógica: contexto internacional, contexto nacional, situação de saúde,
369 oferta de recursos, acesso e utilização de ações e serviços de saúde e agenda estratégica para
370 efetivação do SUS e Reforma Sanitária Brasileira. No contexto internacional, explicou que o Brasil
371 está inserido na era da globalização. Disse que os chamados “anos de ouro” do estado do bem-estar
372 social terminaram na década de 70 e hoje países que construíram grandes sistemas de bem estar
373 social estão passando por crise econômica. Por consequência, estão reduzindo os direitos sociais
374 conquistados. Destacou como elemento novo nesse processo as democracias “orientais” – Egito,
375 Sírio, o que modifica o cenário. Explicou que houve uma financeirização importante nos últimos anos e
376 o PIB cresceu nos últimos anos. Entretanto, os ativos financeiros cresceram dez vezes mais do que
377 cresceu a produção. Disse que o Brasil aparece na agenda internacional por conta da sua janela
378 demográfica, do seu crescimento econômico e da sua estabilidade democrática. A maior novidade é a
379 hipótese de “Economia “Normal”, ou seja, empregos qualificados e aumento da produtividade. De um
380 lado, observa-se policialização das políticas sociais e estadualização do Estatismo-Privatista e, do
381 outro, a revitalização dos movimentos sociais. Disse que a política macroeconômica do país continua
382 sendo uma política que favorece investidores e esse pode gerar uma inserção via consumo. Sendo
383 assim, esse contexto favorável pode não ter uma linearidade com os sistemas universais. De toda
384 forma, abre-se uma imensa possibilidade de debates de sistemas universais que são mais efetivos
385 aos mercados como alternativa de proteção social. Ressaltou que hoje se discute o “trilema”: finançamento,
386 acesso e qualidade e é preciso definir como harmonizar esses três elementos. Destacou que os sistemas nacionais de saúde passam por mudança e há uma espécie de
387 convergência. O sistema europeu caracterizava-se pela igualdade e o sistema americano no valor da
388 liberdade de escolha (do médico, do plano de saúde...). Nesse momento, o sistema europeu adotou
389 os valores de liberdade e os Estados Unidos institui um seguro obrigatório de saúde. Disse que o
390 debate internacional utiliza-se do argumento financeiro de que gastos com saúde geram déficits fiscais
391 e progressão da dívida pública versus PIB e do argumento econômico de que despesa com saúde
392 não gera riqueza e impacto dos “serviços de saúde nos níveis de saúde”. Ressaltou que é preciso
393 discutir esses dois argumentos, pois despesas com saúde gera riqueza de cidadania, de direitos, de
394 bem estar... Explicou que utilizaria como ponto de partida para análise da situação de saúde (sistema
395 de saúde brasileiro) o seguinte padrão: dois subtipos de Estado de Bem-Estar Social: desenvolvimentista
396 inclusivo – fundado em programas sociais universalistas, os quais mantêm seus
397 imperativos sociais e contribuem para o aprofundamento da democracia; e desenvolvimentista
398 seletivo, o qual, ainda que estimule o crescimento, limita suas ações sociais aos segmentos pobres da
399 população. Frisou que o SUS é uma importante e implementada reforma administrativa, entretanto,
400 trata-se de uma reforma parcial porque não houve mudança de padrão: não foi possível avançar do
401 padrão seletivo para um padrão inclusivo. Sobre a situação de saúde, destacou os problemas de
402 saúde prioritários, frequência e tendências. Em relação à saúde das mulheres e crianças: abortos
403 ilegais - alta prevalência; mortalidade materna - lento declínio; partos prematuros – crescimento;
404 medicalização do Parto (cesáreas etc) – crescimento. Sobre as doenças infecciosas: Dengue
405 (epidemias recorrentes) - “out of control”; Leishmaniose Visceral – Crescimento. Acerca das
406 doenças não transmissíveis: sobre peso e obesidade - rápido crescimento; diabetes - crescimento;
407 hipertensão - alta prevalência, continua crescendo; doenças mentais - alta prevalência; asma - alta
408 prevalência; cânceres de mama, pulmão, próstata e cólon – crescimento; tabaco – declínio; uso
409 excessivo de álcool - alta prevalência. No que se refere às causas externas: homicídios - leve declínio
410 (mas continua com padrões epidêmicos); acidentes de trânsito e mortes - leve declínio (mas continua
411 com padrões epidêmicos); e violência doméstica - alta prevalência. Destacou que no Brasil há uma
412 tripla carga de doença – doenças infecciosas, doenças crônicas e as violências – e o Sistema de
413 Saúde deve responder a essa questão. Falou das iniquidades em relação à situação de saúde,
414 destacando que as pessoas com menor renda não sabem que têm problemas de saúde. Ou seja, se
415 conseguem chegar aos serviços de saúde, as pessoas não têm os seus problemas diagnosticados.
416 Explicou que a maior procura por atendimentos ambulatoriais básicos aos dos hospitais significa que
417 as pessoas estão tendo mais oportunidades de atendimento correto. Disse que as pessoas com
418 menor renda, principalmente os mais velhos, têm quase a mesma chance de ter uma consulta médica
419 que as pessoas com maior renda. Explicou que esse processo de redução da inequidade é efetivo,
420 entretanto, não é homogêneo, pois, no caso da odontologia, por exemplo, o acesso é estratificado,
421

422 sendo que as pessoas mais velhas têm menos acesso. Explicou, ainda, que houve aumento do
423 acesso aos serviços, de cobertura, contudo, isso não ocorreu por conta da universalização do SUS.
424 Citou a definição de “saúde é sossego”, de um xavante indígena, e avaliou que é um lema a ser
425 pensado na 14^a CNS para repensar o Sistema, pois indígenas continuam denunciando discriminação,
426 dificuldade de acesso, maus tratos quando atendidos... Sobre a oferta de serviços, destacou o
427 aumento dos ambulatórios públicos e dos privados e, no caso dos recursos humanos, no setor
428 privado, mantém-se o padrão de oferta. No caso dos profissionais médicos, explicou que hoje há mais
429 postos de trabalho na rede privada que em 1986. A respeito dos odontólogos, houve um aumento de
430 41% para 55% na rede pública, o que demonstra inversão do padrão. Sobre os enfermeiros, disse que
431 acompanha a tendência dos profissionais médicos – não foi possível fazer a inversão. Explicou que
432 na saúde observa-se uma economia dual porque os equipamentos aumentam para quem não tem
433 SUS. Sintetizou os seguintes eixos: financiamento: instabilidade e insuficiência de volume das Fontes;
434 gestão: politização dos cargos técnicos e precariedade da qualidade da atenção e do gasto; e valores:
435 “Sistema pobre para pobres”. Também destacou o sucateamento das estruturas públicas e
436 precarização dos vínculos profissionais. Falou sobre a renúncia fiscal, lembrando que, nos termos da
437 CF/88, a assistência à saúde é livre à iniciativa privada. As instituições privadas poderão participar de
438 forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de
439 direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.
440 Também, reafirmou ser vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às
441 instituições privadas com fins lucrativos e a participação direta ou indireta de empresas ou capitais
442 estrangeiros na assistência à saúde no país, salvo nos casos previstos em lei. Contudo, lembrou que
443 há entidades que têm capital estrangeiro na assistência à saúde. Destacou ainda que as seguradoras
444 brasileiras registraram forte crescimento no segmento de saúde no primeiro trimestre deste ano. Na
445 sequência, apresentou a Agenda Estratégica da Abrasco - Atenção à Saúde; Gestão; e
446 Financiamento: ampliação da oferta (qualidade); fixação de profissionais (ensino permanente de
447 profissionais de saúde); Cartão SUS; Rede Exclusiva para o SUS (filantrópicos SUS); Universitários
448 (Empresa); eliminação dos subsídios e deduções fiscais para o setor privado (assistencial e
449 comercial); regulação do ciclo de Inovação; e EC29 e aumento dos recursos para a saúde. Também
450 falou da regulação dos preços, explicando que há regulação de tarifa e não de preço e esse é um
451 passo importante para o padrão público/privado: o Ministério da Saúde deve regular preço e não tarifa.
452 Disse que no Brasil falta de dinheiro e falta eficiência no seu gasto. Também falou da dupla porta de
453 entrada do Hospital das Clínicas de São Paulo, com destaque para as associações de funcionários
454 com convênio com essa dupla porta. Ressaltou que os funcionários públicos são os que mais têm
455 cobertura de plano de saúde, assim, como fazer com o que o SUS seja público se os funcionários têm
456 plano privado. Disse que a perspectiva é de expansão da oferta pública (melhoria da qualidade da
457 assistência), reordenamento do mercado (barreiras à entrada) e explicitação de interesses/conflitos de
458 interesses ou haverá privatização com planos de saúde para os segmentos C e D. Também
459 apresentou as perspectivas no que se refere à Agenda ampliada de debates sobre o Sistema de
460 Saúde Brasileiro: 14^a Conferência Nacional de Saúde; 9º Simpósio de Saúde (Congresso Nacional)
461 em 2011; Reforma Política e Reforma Tributária; Seguridade Social (Articulação Saúde, Previdência e
462 Assistência Social Programática e nas Atuais e Futuras Receitas da Seguridade Social ou suas
463 expansões); participação no ciclo orçamentário (definição de juros e superávit primário); e
464 dimensionamento, divulgação e revisão das isenções, deduções e subsídios fiscais envolvidos com a
465 assistência não universalizada. Nesse sentido, destacou que houve mudanças importantes na
466 fisionomia do Sistema de Saúde, mas mantém-se a preservação do padrão seletivo, estratificado,
467 discriminatório e vazado por privilégios. Ressaltou que o sistema universal é universal porque a rede
468 de atenção à saúde é universal. Ressaltou que a mortalidade infantil decresce desde os anos 40 do
469 século XX, a vacinação existe desde 1970 e o Programa de Pronto Atendimento - PPA universalizou
470 consultas de emergência desde 1974.e que a intenção do SUS não é apenas universalizar a água,
471 mas sim para fazer uma reforma sanitária profunda no país, com mais democracia e uma sociedade
472 mais igualitária. Na sequência, Conselheiro **Geraldo Adão Santos**, do segmento dos usuários,
473 também fez uma análise situacional da saúde no Brasil. Destacou que o Brasil é um país amado e
474 potencialmente rico, politicamente evoluído e estável, economicamente próspero, mas ainda
475 socialmente injusto, com a maioria absoluta da sua população. Portanto, corrigir os equilíbrios e as
476 injustiças são os desafios nacionais, tendo por referencial a Constituição Federal do Brasil de 1988.
477 Lembrou que a Carta Magna define que a República Federativa do Brasil, formada pela união
478 indissolúvel dos estados e municípios e do Distrito Federal constitui-se em estado democrático de
479 direito e tem como fundamentos: I - A soberania, II - A cidadania, III - A dignidade da pessoa humana,
480 IV - Os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa, V - O pluralismo político. Além disso, define que
481 todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente nos
482 termos desta Constituição e que todos são iguais perante a lei. Sobre a saúde no Brasil, lembrou que,

483 antes do SUS, o INAMPS/INPS garantia assistência à saúde para aqueles com carteira assinada. Os
484 demais tinham que pagar ou dependiam da benevolência das instituições filantrópicas. Hoje o Sistema
485 Único de Saúde – SUS assegura a saúde – um direito de todos e dever do estado, mas há
486 dificuldades na garantia do acesso. Destacou que o SUS na seguridade social significa que saúde não
487 é tratar apenas da doença; é necessário garantir condições de sobrevivência. Destacou as
488 aposentadorias, pensões e o BPC e, considerando o crescimento da população idosa do país, foi
489 favorável que, na 14^a CNS, seja defendido aumento do teto do BPC, ampliando o acesso. Citou as
490 Leis Complementares nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que
491 define o SUS e garante a participação social. Contudo, lamentou a existência de conselhos de saúde
492 que não sigam as definições da legislação no que diz respeito à estrutura e funcionamento. Também
493 falou da atenção básica, porta de entrada do SUS, destacando que esse nível é de extrema
494 importância. Explicou que os municípios aplicam os 15% previstos na Lei (alguns mais que isso), mas
495 ainda assim não conseguem ampliar a oferta de serviços diante das demandas. Por essa razão, é
496 preciso verificar como melhorar as condições dos municípios para que ofereçam mais serviços
497 próprios. Salientou também que as filas de espera é uma realidade em todos os municípios do país e
498 a demora leva ao agravamento da situação de saúde. Também disse que o tratamento fora do
499 domicílio – pactuado (e não pactuado – é uma questão complexa. Frisou que é importante organizar o
500 sistema de controle e avaliação e integrar os serviços de saúde ofertados. Sobre a urgência e
501 emergência, explicou que o SAMU cobre as cidades com mais 200 mil hab. e os municípios de
502 pequeno porte não têm esse serviço. Salientou que é necessário ampliar a rede e garantir a interação
503 entre os municípios. Nessa linha, avaliou que as UPAS são a estrutura adequada para organizar o
504 sistema nos municípios, mas essas unidades devem ser integradas às unidades básicas, PSF e
505 outros serviços. Com relação aos trabalhadores da saúde, avaliou que o setor saúde vem sendo
506 prejudicado pela falta de profissionais. Destacou as propostas do CNS, a serem debatidas na 14^a
507 CNS, de serviço social obrigatório e carreira única para o trabalhador da saúde. Também falou do
508 exercício do poder de influência para obtenção ou agilização de serviços, o que contraria o SUS
509 definido na legislação. Comentou ainda a situação das pessoas que buscam atendimento fora dos
510 seus municípios e enfrentam dificuldade de acesso aos serviços. Ponderou sobre a possibilidade de
511 criar casas de acolhimento para as pessoas que precisam fazer tratamentos, por exemplo, de
512 radioterapia, fora do seu município. Como proposta, defendeu o aumento dos repasses aos
513 municípios visando ampliar a capacidade de oferta de serviços próprios. Por fim, solicitou atenção
514 para a Resolução do CNS nº 439, de 07 de abril de 2011, onde o CNS resolve: mobilizar todos os
515 esforços e forças sociais para aumentar a destinação de recursos financeiros para a Atenção Básica,
516 especialmente nas esferas Federal e Estadual; que as três esferas garantam ações necessárias para
517 que a Rede de Atenção Básica, inclusa ou não na estratégia de saúde da família, seja efetivamente a
518 principal porta de entrada do SUS, com agenda aberta e acolhimento humanizado em todas as
519 unidades básicas de saúde, capaz de prestar atenção integral resolutiva, equânime e multiprofissional,
520 com condições de coordenar e garantir o cuidado do usuário mesmo quando ele necessita de serviços
521 de apoio diagnóstico e terapêutico em outras redes e níveis de atenção; que o controle social, a
522 participação da comunidade em cada serviço e coletas sistemáticas da opinião e satisfação do usuário
523 sejam fatores permanentes de crítica, correção e orientação da política e da organização e atuação
524 dos serviços de saúde da atenção básica; que se intensifiquem os esforços e criem novas políticas
525 que visem garantir profissionais de saúde em todas as regiões e localidades do país, principalmente
526 nas mais vulneráveis e de difícil acesso, universalizando de fato o direito à saúde; e que o Ministério
527 da Saúde, no âmbito nacional, e as Secretarias Estaduais e Municipais no âmbito estadual e
528 municipal, respectivamente, aprimorem e qualifiquem os mecanismos de controle, fiscalização do
529 cumprimento de responsabilidades, tal como a medida tomada recentemente pelo Ministério com
530 relação ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES e avaliação da qualidade dos
531 serviços de atenção básica. Conselheiro **Alexandre Rocha Santos Padilha**, Presidente do CNS,
532 cumprimentou os expositores pelas apresentações e sugeriu utilizar o material nos debates das
533 conferências estaduais e municipais. Tendo em vista o avançado da hora, propôs suspender o debate
534 para o almoço. O Plenário acatou a proposta. Recomeçando, conselheira **Jurema Werneck**, da Mesa
535 Diretora do CNS, assumiu a coordenação dos trabalhos e, de início, anunciou a presença da
536 Secretaria de Políticas de Ações Afirmativas/SEPPIR, Anhamona Silva de Brito. Em seguida, retomou
537 o debate do item 3 e recompôs a mesa: **Otaliba Libânia**, Diretor do Departamento de Análise de
538 Situação de Saúde (DASIS/SVS/MS); Conselheira **Lígia Bahia**, representante dos trabalhadores da
539 saúde; Conselheiro **Geraldo Adão**, representante dos usuários; e Conselheiro **Alexandre Rocha
540 Padilha**, Presidente do CNS. Dando início às intervenções Conselheiro **Júlio César Caetano**
541 cumprimentou os expositores e, em relação à apresentação do Diretor do DASIS, sugeriu incluir dados
542 sobre DST AIDS e hepatites virais, casos notificados de hepatite C, B e Delta, taxa de incidência do
543 HCV, HDV e taxa de mortalidade de hepatite C e B. No que se refere à AIDS, destacou que o maior

544 desafio era a mortalidade por comorbidades. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** ressaltou que é
545 preciso fazer o debate de forma definitiva sobre a situação do Sistema Único de Saúde. Disse que a
546 forma de estruturação do SUS atende a interesses poderosos e, na sua avaliação, nenhum governo
547 teve a coragem de enfrentar essa questão. Frisou que é preciso assumir a responsabilidade de
548 transformar o SUS em um sistema de saúde e não de tratamento de doença. Nessa linha, destacou
549 que o sistema privado de saúde é excludente, com alto custo para o Estado e não é possível alcançar
550 um sistema público universal que concorre com o sistema privado de saúde. Explicou que não
551 defende a extinção do setor suplementar, mas sim a definição clara do seu papel. Por fim, disse que o
552 Ministério da Saúde tem um papel fundamental na mudança dessa lógica do Sistema. Conselheira
553 **Jurema Werneck**, primeiro, apresentou e entregou ao Ministro da Saúde uma carta da esposa do ex-
554 senador Abdias Nascimento endereçada à presidente Dilma Rousseff. No documento, a esposa relata
555 a experiência de acompanhar o senador em CTIs de hospitais públicos do país, dizendo que a saúde
556 pública tem tudo para funcionar melhor. Também apela, em nome da memória do ex-senador, à
557 Presidenta que invista na valorização dos profissionais de saúde pública e melhore as condições de
558 trabalho, o que significa melhorar o Sistema e sua administração, com especial ênfase na implantação
559 efetiva da Política de Saúde Integral da População Negra. A respeito das exposições, ressaltou que é
560 preciso mostrar as iniquidades – exclusão racial, de gênero, sexual, entre outras – para superá-las. A
561 Secretaria de Políticas de Ações Afirmativas/SEPPIR, **Anhamona Silva de Brito**, manifestou a sua
562 satisfação por estar no CNS, um espaço de participação popular e lembrou o papel da SEPPIR de
563 enfrentar o racismo e promover a igualdade racial. Lembrou, ainda, que a população negra
564 brasileira, apesar de maioria, não ter os seus direitos protegidos e salvaguardados, no governo
565 democrático reconheceu avanços. Solicitou aos conselheiros que, na discussão do PPA, considerem
566 que o racismo é um fator que determina às condições de saúde e é preciso explicitá-lo para
567 possibilitar a mudança. Ressaltou ser necessário institucionalizar a Política Nacional de Atenção à
568 Saúde da População Negra no âmbito dos estados e municípios e, ao apontar para a consideração da
569 lei no programa temático “aperfeiçoamento do SUS”, o Ministério da Saúde aponta caminhos para
570 estados e municípios. Também registrou a presença de ativistas do movimento negro integrantes do
571 Comitê Técnico de Saúde da População Negra na reunião e que contribuíram na definição de metas e
572 indicadores. Citou que, em 2010, foi aprovado o Estatuto da Igualdade Racial e o documento
573 apresenta um capítulo voltado ao direito à saúde, definindo princípios da Política Nacional e objetivos
574 a serem alcançados. Além disso, o Estatuto determina ao governo federal que assinale os recursos
575 destinados aos interesses e necessidades da população negra. Ressaltou que essa questão deve ser
576 considerada na análise da proposta do PPA a fim de ser contemplada. Conselheira **Jurema Werneck**
577 agradeceu a presença da Secretaria de Políticas de Ações Afirmativas/SEPPIR e reiterou a
578 importância de buscar saídas pactuadas para resolver os desafios relativos ao direito à saúde.
579 Conselheira **Rosangela Silva dos Santos** disse que nas apresentações sentiu falta de avaliação
580 econômica de custo/benefício, o que contribuiria para análises críticas das ações que devem ser
581 priorizadas. Apontou como outra questão crítica do Sistema de Saúde a falta de regulação de vagas
582 no âmbito da rede. Ressaltou que a intenção é trabalhar a prevenção das doenças e, em paralelo,
583 acompanhar a avaliação da qualidade e eficácia dos medicamentos. Conselheira **Ruth Ribeiro**
584 **Bittencourt** registrou a sua satisfação com a presença da Frente Nacional contra a Privatização do
585 SUS nesse debate. Destacou que os dados demonstram a situação de hoje da saúde como
586 mercadoria e a necessidade do enfrentamento contra um projeto privatista de saúde. Desse modo,
587 salientou que é preciso avançar no conceito de saúde como qualidade de vida. Também questionou o
588 fato da pesquisa apresentada pela Conselheira Lígia Bahia tratar apenas de três categorias
589 profissionais – médico, odontologista e enfermeiro. Afirmou que o SUS é de todos e a universalização
590 é para todos – saúde – direito de todos e dever do Estado. Conselheiro **Arilson Cardoso**
591 cumprimentou os expositores e destacou que os dados apresentados pelo Ministério da Saúde
592 mostram os avanços alcançados com o SUS nos últimos anos. Concordou que é preciso reconhecer
593 as limitações do Sistema e resolvê-las, mas sem desconsiderar os avanços. Também disse que houve
594 mudança nos responsáveis pela contratação de pessoal – da União e dos estados para os municípios.
595 Ressaltou que essa questão precisa ser equacionada no que se refere ao financiamento e à lei de
596 responsabilidade fiscal, entre outras questões que interferem na contratação de pessoal. Conselheiro
597 **Clóvis Boufleur** interveio para dizer que as informações apontam a necessidade de revitalizar o
598 modelo, ou seja, o SUS precisa adequar-se à realidade que o progresso trouxe. Na sua avaliação, o
599 SUS logrará êxito somente com a adesão da população, dos gestores e dos trabalhadores da saúde.
600 Também registrou que a maior causa de internamento no SUS não foi citada e solicitou que a mesa se
601 manifestasse a respeito. Conselheiro **Bruno Metri** cumprimentou os expositores e se ateve à
602 apresentação da conselheira Lígia Bahia. Questionou o recorte feito em apenas três categorias da
603 saúde, visto que, sendo assim, gera vieses e dúvidas na interpretação. Ressaltou que o SUS está
604 sendo questionado e pressionado pelo processo de privatização e o CNS deve olhar com atenção

605 para essa questão. Conselheiro **Remígio Todeschini** saudou os expositores e avaliou que o grande
606 desafio do SUS é avançar na promoção, proteção e prevenção. Nessa perspectiva, chamou a atenção
607 para a apresentação do Ministério da Saúde que mostra avanços onde a saúde pública realiza
608 prevenção, mas ao comparar público e privado no que se refere à cura, o público perde. Nesse
609 sentido, citou a importância de um pacto nacional contra os acidentes de trânsito, com investimento
610 em políticas de prevenção, haja vista o montante de recurso dispensado na cura, e no pagamento de
611 benefícios por incapacidade feitos pela previdência social. Também ressaltou que é preciso avançar
612 na publicação da Política Nacional de Saúde e Trabalho. Conselheira **Maria Erminia Ciliberti** focou
613 em três dos pontos das apresentações, sendo o primeiro deles a saúde suplementar. Destacou que
614 algumas áreas da saúde suplementar não cumprem os modelos e a legislação do SUS e citou, como
615 exemplo, a não implementação da Lei 10.216, que dispõe sobre a reforma psiquiátrica. Também falou
616 da importância de investir no desenvolvimento de tecnologias leves. Por fim, ressaltou que é preciso
617 criar indicadores sobre a participação social. Conselheira **Maria do Espírito Santo**, primeiro, enfatizou
618 a necessidade de se definir como levar esse debate para a 14^a CNS. Ressaltou que as falas
619 apontaram os avanços nos últimos vinte últimos e desafios a serem enfrentados. Entre esses
620 desafios, chamou a atenção para o aumento do pagamento da mamografia e aumento da realização
621 das cesáreas no país. Referiu-se também à diminuição da mortalidade materna, porém, com elevação
622 em 2009 por conta da vigilância e perguntou se essa vigilância ao registro se estende à questão do
623 aborto, que é a terceira causa de mortalidade materna. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz**,
624 primeiro, registrou a importância de abrir o debate sobre o CNS do PPA, PNS e LOA com a análise
625 situacional da saúde. Avaliou que a valorização do quadro de pessoal é essencial, com
626 despreciação das relações de trabalho, contrato coletivo de trabalho. Também destacou que é
627 preciso aprofundar o debate do “SUS para pobre”... Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**
628 cumprimentou os expositores e manifestou a sua satisfação com a presença da SEPPIR nesse
629 debate. Colocou que é preciso considerar nesse debate os condicionantes e determinantes de saúde
630 a fim de vencer a lógica do “SUS pobre para pobre”. Também salientou a importância de o Ministério
631 da Saúde priorizar as questões de vigilância. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** cumprimentou os
632 expositores e ressaltou que os temas levantados pelos conselheiros foram objeto de debate nas
633 atividades da CONAM que culminou com o Congresso que reuniu 2 mil delegados. Avaliou que as
634 apresentações dos expositores e as intervenções dos conselheiros contribuirão para a construção do
635 PNS e do PPA. Falou da questão do financiamento destacando que é inviável discutir mais
636 financiamento sem tratar da questão dos juros e amortização da dívida. Conselheira **Maria de**
637 **Lourdes Rodrigues** aproveitou a oportunidade para registrar que a Portaria da ANVISA sobre doação
638 de sangue discrimina a população LGBT e solicitou manifestação do Ministro da Saúde sobre a
639 possibilidade de revê-la. Conselheira **Marisa Fúria** elogiou a apresentação, mas sentiu falta de
640 referência à pessoa com deficiência ao tratar da análise situacional. Ressaltou que se deve estruturar
641 a atenção primária e preparar a equipe para tratar das pessoas idosas com doenças mentais.
642 Conselheira **Zilda de Faveri Souza** chamou a atenção para o rápido envelhecimento populacional,
643 reiterando a preocupação com os idosos com doenças mentais. Salientou que é preciso preparar o
644 Sistema para atender essa demanda. Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha** informou que se
645 ausentaria para participar da solenidade de posse da Ministra da Casa Civil, Gleisi Hoffmann, mas
646 retornaria para acompanhar o debate que estava sendo feito sobre análise situacional da saúde no
647 Brasil. Conselheiro **Jorge de Almeida Venâncio** comentou os aspectos relativos à economia,
648 explicando que o volume de recursos em especulação ultrapassa em dez vezes o PIB mundial.
649 Ressaltou que esse excesso de especulação provocou a crise internacional que se arrasta há quase
650 dois anos. Disse que a “solução” apontada nos Estados Unidos foi de impressão de dólares e repasse
651 aos bancos que quebraram através de taxas de juros negativas. Destacou que os bancos estão
652 fazendo especulação com os dólares “emprestados” e compra de empresas nacionais para
653 especulação. Falou também que as Centrais Sindicais colocam no centro de debate a importância do
654 salário e da economia produtiva. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** cumprimentou os
655 expositores e destacou a iniciativa do Ministério da Saúde de propor a iodação do sal, uma ação
656 simples com grande repercussão. Também propôs que o Ministério da Saúde promova uma
657 campanha de esclarecimento sobre a obesidade, a exemplo do que foi feito acerca do fumo e do
658 álcool. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** questionou a avaliação de que a saúde gera déficit,
659 afirmando que o superávit primário é o que gera déficit. Perguntou se houve aumento dos prédios
660 públicos para a rede pública ou se foram destinados às OSs para administração. Também falou da
661 renúncia fiscal que prejudica a população menos favorecida. Por fim, questionou o resultado da
662 pesquisa que aponta que 84% da população atendida pelo SUS está satisfeita. Conselheiro **Luiz**
663 **Odorico de Andrade** manifestou satisfação com esse debate e com a presença do Ministro da
664 Saúde, no período da manhã, discutindo questões do SUS. Cumprimentou os expositores e informou
665 que, junto com a sua equipe, aprofundaria a análise dos dados. Como encaminhamento, sugeriu uma

666 resolução do CNS determinando o prazo de 180 dias para que a Tripartite faça uma agenda para
667 apresentação dos Planos de Saúde por municípios e estados, em cumprimento a Lei nº. 8.142/90.
668 Conselheiro **Nelson Mussolini** disse desconhecer que haja qualquer renúncia fiscal em relação à
669 indústria farmacêutica, ao contrário, lembrou que a tributação sobre medicamentos no Brasil é de
670 33,9%, enquanto a média mundial é de 6%. Inclusive, em alguns países como Canadá, Reino Unido,
671 Suécia, Colômbia, México, Venezuela, entre outros, a tributação é zero, tendo em vista o
672 entendimento de que medicamento é bem de primeira necessidade e, portanto, não deve ser
673 tributado. Citou, ainda, que o sal de cozinha, que pode causar muitos danos à saúde tem uma
674 tributação de 16% e os medicamentos veterinários, por exemplo, não têm tributação, o que é, no
675 mínimo, uma contradição. Conselheiro **João Rodrigues Filho** cumprimentou os expositores e
676 perguntou o que poderia ser feito para minimizar o sofrimento da população, visto que, em alguns
677 locais, espera-se até 14 meses por uma cirurgia. Conselheiro **José Carrijo Brom** saudou os
678 expositores pelas contribuições para o debate e apontou aspectos para ampliar a discussão.
679 Ressaltou que, para além dos gargalos do Sistema - financiamento, modelo de gestão e de atenção,
680 formação profissional – é preciso considerar nesse debate o processo de privatização em curso e as
681 políticas macroeconômicas. Ressaltou, ainda, que é preciso fazer um trabalho de convencimento dos
682 economistas, a exemplo do que foi feito com o judiciário, de defesa do SUS. Também disse que é
683 essencial discutir e fazer um movimento contrário à proposta de reforma tributária em debate, pois
684 inviabilizará a seguridade social como um todo. Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** destacou
685 que os hospitais universitários são essenciais no processo de formação e qualificação de pessoal para
686 a transformação na saúde do país. Destacou que a não publicação da MP 520 é uma vitória, mas é
687 preciso ficar alerta, porque há um projeto de lei pronto para retomar esse tema. Conselheira **Dulce**
688 **Helena Chiaverini** sentiu-se contemplada nas falas que a antecederam e ratificou a necessidade de
689 aprofundar o debate da formação e qualificação dos profissionais de saúde a fim de garantir a
690 implantação e implementação das políticas públicas, especialmente na área da saúde.. Salientou que
691 é preciso aprofundar a análise dos dados relativos ao modelo de saúde como um todo e não apenas
692 da atenção primária, como vem sendo feito. A representante da Frente Nacional contra a Privatização
693 da Saúde, Fátima, em sua intervenção, destacou a gravidade da situação e apontou duas questões
694 para serem debatidas na 14ª CNS: transferência de recursos para empresas principalmente na área
695 de imagens e exames (quarteirização); e privatização sob a forma de controles menos rígidos.
696 Conselheiro **Edmundo Omore** cumprimentou os expositores e deu um informe sobre a aprovação do
697 Código Florestal. Depois, ressaltou que a saúde indígena, principalmente, não pode ser uma disputa
698 política e defendeu investimento na formação e qualificação dos profissionais de saúde para resolver
699 os problemas do Sistema. Professora **Maria Inês Bravo**, representante da Frente em Defesa pela não
700 Privatização do SUS, explicou que as principais preocupações da Frente são a defesa do SUS
701 público, estatal e de qualidade e a defesa da reforma sanitária. Disse que a Frente faria um
702 movimento em defesa da ADI 1.923, que contesta a legalidade das organizações sociais como
703 gestores dos serviços públicos de saúde, e solicitou o apoio do CNS a esse movimento. Conselheiro
704 **Jurandi Frutuoso** cumprimentou os expositores pelas abordagens e salientou que esse debate deve
705 ser um referencial a ser seguido na 14ª CNS. Conselheira **Maria Thereza Antunes** considerou
706 oportunas as apresentações e sentiu-se contemplada nas falas relativas à saúde da pessoa com
707 deficiência e da pessoa idosa. Porém, perguntou ao representante do Ministério da Saúde qual fora o
708 impacto da sífilis congênita e da mortalidade materna e infantil associada à gestante usuária de crack.
709 **Retorno da mesa.** Conselheiro **Geraldo Adão Santos** agradeceu ao Fórum dos Usuários a confiança
710 de tê-lo indicado para tratar do tema e aos conselheiros pelas menções à sua exposição. Conselheira
711 **Lígia Bahia** sugeriu que a carta do ex-senador Abdias Nascimento endereçada à presidente Dilma
712 Rousseff fosse lida na etapa nacional da 14ª CNS, a fim de mostrar experiência concreta do
713 atendimento no SUS. Esclareceu que os dados sobre acidentes no Brasil, apresentados pelo
714 Ministério da Saúde, é diferente daqueles publicados na Revista Lancet. Sendo assim, comprometeu-
715 se a verificar os dados da sua apresentação. Em relação a não ter contemplado as demais categorias
716 da área da saúde, explicou que a pesquisa sobre a distribuição de postos de trabalho apresenta
717 dados de profissionais – além dos médicos, odontólogos e enfermeiros – mas na sua apresentação
718 fez um recorte e nos anos definidos não havia informações sobre todas as profissões. Também
719 manifestou a sua satisfação em abordar alguns pontos da agenda da ABRASCO e manifestou o seu
720 ensejo de outros sejam debatidos. Sobre os medicamentos, disse que há gasto tributário em
721 medicamento e essa questão deve ser debatida. Ressaltou que a ABRASCO enviou a sua agenda a
722 várias entidades e a expectativa é promover ampla discussão para que as entidades cheguem à etapa
723 nacional com acúmulo de debate. Encerrou a sua fala, salientando que os conselheiros devem falar
724 em nome das suas entidades. O diretor do DASIS/SVS/MS, **Otaliba Libânio**, agradeceu a
725 oportunidade de expor sobre o tema no CNS, bem como as contribuições. Esclareceu que uma
726 análise de situação de saúde para subsidiar a construção do PNS deve trazer informações gerais do

727 país e, na medida do possível, de acordo com a disponibilidade das fontes e respeitar com
728 especificidades. Esclareceu que, no caso da população negra, há dados da SVS/MS com recorte
729 raça/cor, mas não foi possível aprofundar nas especificidades por conta do tempo disponível. Sobre o
730 modelo assistencial do SUS, ressaltou que há três dimensões da produção da saúde – promoção,
731 prevenção/vigilância e clínica/atenção – e é essencial priorizá-las, inclusive do ponto de vista
732 orçamentário e financeiro. Por fim, destacou que os serviços de saúde contribuem inclusive para
733 redução das desigualdades. Conselheiro **Volmir Raimondi** solicitou que as apresentações tenham
734 informações acerca dos gráficos e das tabelas a fim de que as pessoas com deficiência visual possam
735 acessá-las. Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, destacou que o material das
736 apresentações, como o vídeo e do debate, serão disponibilizados a fim de serem utilizados nas
737 conferências estaduais e municipais. Também informou que o site do Ministério da Saúde está em
738 reformulação para adequar-se às questões de acessibilidade. Cumprimentou os expositores e as falas
739 dos conselheiros que, na sua avaliação, esse foi um dos debates mais qualificados do CNS. Lembrou,
740 inclusive, que a intenção é debater um tema da 14^a CNS a cada reunião do CNS até a etapa nacional.
741 Reiterou que é essencial construir uma aliança estratégica com a sociedade para avançar na
742 consolidação do SUS. Nessa linha, esclareceu que a carga tributária no Brasil é similar à média dos
743 países da Europa, o que difere e a composição dos tributos que nos países europeus é mais justa.
744 Além disso, salientou que uma parte do arrecadado no país não é revertido para o orçamento público
745 porque é comprometido com o pagamento dos juros, sendo esse um tema para ser tratado com a
746 sociedade. Ressaltou que é importante debater o tema da sustentabilidade dos sistemas universais e,
747 nessa linha, frisou que é preciso reforçar a aliança internacional em torno desses sistemas. Salientou
748 que é preciso defender o tema da 14^a CNS – Todos usam o SUS - lembrando que 90% dos
749 procedimentos de alta complexidade dos usuários de plano privado de saúde são feitos pelo SUS, que
750 os planos privados de saúde não cobrem mais que 15 dias em UTI. Além isso, lembrou que a urgência
751 e emergência são feitas pelo SUS e defendeu que o debate do acesso deve estar combinado com a
752 discussão do modelo de atenção para evitar que seja feito a partir do acesso a determinado padrão de
753 incorporação tecnológico que pode não ser bom para o Sistema. Disse que o SUS deve ser um
754 Sistema com padrão de qualidade e preferencialmente para os menos favorecidos e não um “SUS
755 pobre para pobres”. Sendo o SUS único pela dimensão e diversidade do país, pelo modelo de
756 federação trina e pelo processo de participação social, disse é preciso discutir o processo de
757 pactuação federativa, valorização e fortalecimento da participação do controle social. Com essa
758 compreensão, destacou que a federação trina, ainda que tenha algumas dificuldades, garante um
759 sistema universal na diversidade do país. Em seguida, apresentou informes gerais ao CNS: 18 de
760 junho – campanha de vacinação contra pólio – primeira etapa (crianças de 0 a 5 anos); de 18 a 22 a
761 julho de 2011 – vacinação contra o sarampo (em oito estados; 13 de agosto de 2011 - campanha de
762 vacinação contra pólio – segunda etapa; e 17 de junho de 2011 – encerramento da força tarefa de
763 vistoria dos mamógrafos. Depois, informou o Pleno sobre a Assembleia Geral da OMS, explicando
764 que o Brasil reafirmou o compromisso de lutar pela eliminação da hanseníase sendo definido
765 parâmetro claro e transparente acerca da rede relativa à influenza. Também, informou sobre os
766 esforços envidados por um grupo de países para combater a falsificação de medicamento.
767 Conselheira **Jurema Werneck** entregou uma cópia da carta da viúva do senador ex-senador Abdias
768 Martins ao Ministro da Saúde e registrou as seguintes propostas de encaminhamentos: **proposta de**
769 **resolução, sugerida pelo Conselheiro Luiz Odorico - o texto será apresentado posteriormente;**
770 **e promover uma ação de convencimento dos economistas, a exemplo do que foi feito com o**
771 **judiciário, em prol da defesa do SUS. Não houve manifestações contrárias às propostas.**
772 Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, destacou que o tema da Assembleia
773 Geral da ONU, em setembro de 2011, será doenças crônicas não transmissíveis e o Ministério da
774 Saúde iniciará debate desse assunto e trará posteriormente ao CNS. Na sequência, informou que, em
775 outubro de 2011, será realizada a Conferência Mundial de Determinantes Sociais. Por fim, destacou
776 que estava ocorrendo, em Nova Iorque, a Conferência da ONU de combate à AIDS. Feitos esses
777 acréscimos, fez a leitura da moção de apoio à ADI 1.923, que contesta a legalidade das organizações
778 sociais como gestoras dos serviços públicos de saúde. O texto contempla o seguinte enunciado: “O
779 Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Vigésima Segunda Reunião Ordinária,
780 realizada nos dias 8 e 9 de junho de 2011, no uso de suas competências regimentais e atribuições
781 conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de
782 1990 e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e considerando que: A Reforma Administrativa,
783 ocorrida nos anos 90, que prometia modernizar o Estado brasileiro, não dialogou com o fortalecimento
784 do Sistema Único de Saúde Universal quando, promovendo diferenciações entre o serviço burocrático
785 e a prestação de serviços assumiu o primeiro bloco como função do Estado e incentivou que os
786 demais passassem à responsabilidade da própria sociedade. Diante dessa possibilidade jurídica, foi
787 aprovada a lei que criou as Organizações Sociais. Esse projeto atingiu diretamente o SUS em

788 princípios basilares como o do concurso público, da imparcialidade, da moralidade e da
789 transparéncia, bem como dos artigos 17 e 18 da lei 8.080/90 que tratam das competências dos entes
790 federados, no Sistema Único de Saúde. As Organizações Sociais têm reforçado e ampliado a sua
791 ação patrimonialista e clientelista enfraquecendo o Estado brasileiro da Constituição Federal de 1988.
792 Como consequência, o alto custo decorrente dessa ação, a princípio denominada de modernizante,
793 atua como um instrumento político e ideológico comprometendo drasticamente o financiamento da
794 rede eminentemente pública, criando distorções na remuneração de pessoal, precarizando as
795 relações de trabalho bem como desconstruindo e inviabilizando quase que por completo, a
796 possibilidade de atuação sinérgica e produtiva da equipe multiprofissional em saúde. Ao mesmo
797 tempo, a contratação de profissionais sem amparo legal e técnico, tem comprometido a qualidade do
798 serviço prestado à população usuária do SUS. Os fatos observados e as informações da mídia
799 apontam a terceirização da gestão do SUS como um dos mais importantes fatores de desvios e
800 corrupção no sistema. Que a solução dos graves problemas de gestão do SUS, passam pela
801 regulamentação do art. 37 da CF, propiciando autonomia administrativa e orçamentária dos serviços,
802 bem como a profissionalização da gestão, com os seus próprios quadros devidamente qualificados. O
803 Conselho Nacional de Saúde vem a público, e particularmente junto aos Ministros do Supremo
804 Tribunal Federal, manifestar seu mais absoluto e irrestrito apoio a ADI 1.923, que contesta a
805 legalidade das organizações sociais como gestores dos serviços públicos de saúde." Conselheira
806 **Lígia Bahia** lembrou que o CNS já se manifestou sobre as OS em outras oportunidades e a moção
807 serviria apenas para marcar posição. Na sua visão, o CNS deveria ir além e apontar uma alternativa
808 para a situação do país no que se refere à contratação de pessoal. No mais, frisou que a proposta de
809 moção não expressa o debate sobre a análise situacional da saúde no Brasil. Conselheiro **Ronald**
810 **Ferreira dos Santos** propôs que o CNS manifestasse apoio à ADI 1.923 na forma de uma resolução.
811 Conselheiro **Bruno Metri** ratificou a proposta do Conselheiro Ronald dos Santos e sugeriu que as
812 entidades apresentem informações ao Supremo para que haja análise mais ampla da questão.
813 Conselheiro **Clóvis Boufleur** manifestou apoio à proposta recomendação e também a de uma
814 resolução baseada no debate de análise situacional da saúde no Brasil, a ser apresentada no dia
815 seguinte. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** ressaltou o STF está apreciando a ADI impetrada
816 contra as OS, tendo se manifestado dois ministros, e as entidades com posição contra essas
817 Organizações não se manifestaram ao Supremo. Sendo assim, destacou que a manifestação do CNS
818 nesse momento é essencial, inclusive, que a proposta de moção faz um diagnóstico político da
819 situação e aponta propostas em relação a gestão do Sistema. Defendeu o mérito da proposta e
820 concordou, caso o Plenário assim entendesse, em aprová-la no formato de resolução. Conselheiro
821 **Volmir Raimondi** ratificou a proposta do Clóvis Boufleur – moção e resolução. Conselheira **Eliane**
822 **Aparecida da Cruz** explicou que a moção foi sugerida porque a ADI está em votação no STF e o
823 documento reafirma posição anterior do CNS. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** concordou
824 com as propostas de moção e resolução e também sugeriu que as entidades integrantes do CNS
825 sejam amicus curiae na ADI. Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, explicou
826 que, apesar ter sido apresentada nesse momento de debate, a moção não é fruto do debate da
827 análise situacional da saúde no Brasil, visto que esse tema é parte do debate do PNS e PPA.
828 **Deliberação: aprovada moção de apoio à Ação Direta de Inconstitucionalidade nº. 1.923 com os**
829 **votos contrários da conselheira Lígia Bahia e dos conselheiros Olympio Távora e Luís Eugênio**
830 **e uma abstenção (conselheiro Arilson Cardoso).** O Plenário decidiu também elaborar uma
831 resolução com base no debate da análise situacional da saúde no Brasil. Além disso, sugeriu
832 às entidades integrantes do CNS que sejam amicus curiae na ADI. Conselheiro **Bruno Metre**
833 **Fernandes** reiterou a sua solicitação de encaminhamento do Pleno acerca da publicação da Portaria
834 do MS nº. 248, de 2 de junho de 2011. A mesa registrou a demanda para debate posterior. **ITEM 04 –**
835 **PLANO NACIONAL DE SAÚDE - 2012 A 2015 - Composição da mesa: Márcia Amaral**, Secretária-
836 Executiva do MS; Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério**, coordenador da COFIN/CNS; **Airton**
837 **Galiciano**, da SPO/MS; e **Arionaldo Bonfim**, da SPO/MS. **Coordenação:** Conselheiro **Alexandre**
838 **Rocha Padilha**, Presidente do CNS. A Secretária-Executiva do MS, **Márcia Amaral**, iniciou a sua fala
839 manifestando satisfação em apresentar ao CNS a primeira versão do Plano Nacional de Saúde e
840 Plano Plurianual 2012 – 2015, conforme cronograma acordado na reunião ordinária do CNS do mês
841 de março de 2011. Explicou que o processo de elaboração do Plano Nacional de Saúde e Plano
842 Plurianual 2012 – 2015 - metas 2012/15 – 2022 foi estruturado tendo em vista: a nova metodologia do
843 Plano Plurianual (PPA) 2012 - 2015 proposta pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão;
844 o efetivo dos Instrumentos de Planejamento no SUS; busca de racionalidade e efetividade: redução do
845 número de instrumentos e do retrabalho; e compatibilidade e interrelação PPA e PNS. O processo de
846 formulação do PNS e do PPA 2012 - 2015 foi iniciado em fevereiro e seguirá de forma conjunta até o
847 prazo fixado (final de julho de 2011). A versão final do PNS será trazida para apreciação do Plenário
848 do CNS. Esclareceu que também foram feitas mudanças na nomenclatura, sendo: o PPA trabalha

849 com o conceito de Programa - Programa de Aperfeiçoamento do SUS e o PNS com o do objetivo
850 (aperfeiçoamento do SUS). O PPA com objetivos estratégicos e o PNS com diretrizes. Os dois
851 instrumentos trabalham com metas e, no caso do PPA, os objetivos são detalhados em iniciativas que
852 correspondem às ações orçamentárias. O PNS trabalha com a Programação Anual de Saúde – PAS.
853 Em se tratando de planos plurianuais, disse que a ideia é fazer um balanço a cada ano e
854 replanejamento considerando objetivos e metas. Detalhou que os principais subsídios ao processo de
855 elaboração do PPA e do PNS foram os compromissos de governo; o Alinhamento Estratégico do
856 Ministério da Saúde; os produtos prioritários 2011 (Desdobramento Monitoramento e Avaliação); a
857 avaliação do PNS 2008-2011; e a elaboração da análise situacional em Saúde. Feitas essas
858 considerações gerais, passou a detalhar os dezesseis objetivos estratégicos do Programa
859 Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde, sendo dois intersetoriais – Plano de Combate à Miséria
860 e Plano de Saneamento. Diante da extensão do documento, comentou, em bloco, as principais
861 iniciativas considerando as questões levantadas no debate da análise situacional da saúde. Disse
862 que os objetivos estratégicos do Programa Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde são os
863 seguintes: 1) Garantir acesso de qualidade em tempo adequado às necessidades de saúde dos
864 cidadãos, aprimorando a Política de atenção básica e a atenção especializada; 2) Promover atenção
865 integral à saúde da mulher e da criança e implementar a Rede Cegonha; 3) Aprimorar a rede de
866 urgência e emergência, com expansão e adequação de UPAs, SAMU, PS e centrais de regulação,
867 articulando-a com as outras redes de atenção; 4) Fortalecer a rede de saúde mental, com ênfase no
868 enfrentamento da dependência de crack e outras drogas; 5) Garantir atenção integral à saúde da
869 pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas em todos os níveis de atenção; 6) Implementar o
870 Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral,
871 observando as práticas de saúde e as medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o
872 respeito às especificidades culturais; 7) Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio
873 das ações de promoção e vigilância em saúde, com especial atenção no combate à dengue; 8)
874 Contribuir para a adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das
875 relações do trabalho dos profissionais e trabalhadores de saúde; 9) Garantir assistência farmacêutica
876 no âmbito do SUS; 10) Fortalecer o complexo produtivo de ciência, tecnologia e inovação em saúde
877 como vetor estruturante da agenda nacional de desenvolvimento econômico e social sustentável,
878 reduzindo a vulnerabilidade do acesso à saúde; 11) Aprimorar a regulação e a fiscalização da saúde
879 suplementar articulando a relação público – privado, gerando maior racionalidade e qualidade no setor
880 saúde; 12) Implementar novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com
881 centralidade na garantia do acesso, gestão por resultados, participação social e financiamento estável;
882 13) Qualificar instrumentos de execução direta, gerando ganhos de produtividade e eficiência para o
883 SUS; 14) Representar e defender internacionalmente os interesses brasileiros no campo da saúde,
884 bem como partilhar as experiências e saberes do SUS com outros países; 15) Contribuir para
885 erradicar a extrema pobreza no país; e 16) Implementar ações de saneamento básico e saúde
886 ambiental, de forma sustentável, para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais,
887 com ênfase no Programa de Aceleração do Crescimento. Nesse ponto, destacou que o primeiro
888 desafio é analisar se o conjunto de objetivos envolve as preocupações e necessidades do SUS.
889 Explicou que, para cada objetivo, há um conjunto de iniciativas e metas para o período 2012-2015 e
890 que há objetivos apresentam meta para 2022. Segundo, destacou iniciativas de cada um dos
891 dezesseis objetivos. No que se refere ao objetivo “Garantir acesso de qualidade em tempo adequado
892 às necessidades de saúde dos cidadãos, aprimorando a Política de atenção básica e a atenção
893 especializada”, destacou as seguintes iniciativas: 1. Ampliação da Atenção Primária e Especializada
894 em Redes de Atenção à Saúde, com qualificação das práticas e da gestão do cuidado, buscando
895 assegurar resolutividade; 2. Reordenamento da AE nas Redes de Atenção à Saúde visando à
896 integralidade de atenção; 3. Promover o fortalecimento, ampliação, qualificação e monitoramento das
897 Redes de Atenção à Saúde nas Regiões; 5. Implementar a Política Nacional para a Pessoa com a
898 Deficiência; 6. Efetivar a Política Nacional de Saúde Integral para a população negra; 7.
899 Universalização do acolhimento e das práticas humanizadas nas redes de atenção à saúde. No
900 compromisso “Promover atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementar a Rede
901 Cegonha”, destacou que estão previstas as seguintes iniciativas: 1. Ações de Promoção e Garantia da
902 Atenção Integral à Saúde da Mulher, conforme as diretrizes do Programa de Assistência Integral da
903 Saúde da Mulher – PAISM; 2. Implementação da Rede Cegonha mediante qualificação do modelo de
904 atenção à gravidez, parto/nascimento, aborto e puerpério na perspectiva da promoção, humanização e
905 práticas baseadas em evidências, na defesa dos direitos humanos e na adequação de ações para
906 inclusão de mulheres, crianças e adolescentes mais vulneráveis; 3. Fortalecimento e ampliação da
907 rede de prevenção e controle do câncer de mama e colo de útero; 4. Ações de Promoção e Garantia
908 da Atenção à Saúde Integral de Crianças e Adolescentes; 5. Ações de ampliação e qualificação do
909 acesso a uma alimentação saudável; 6. Fortalecimento, ampliação e qualificação das redes de

910 atenção integral às mulheres, crianças e adolescentes em situação de violências e sofrimento
911 psicossocial, em conformidade com o processo de implementação da Rede Cegonha; 7. Atenção de
912 Referência e Pesquisa Clínica em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente; e 8. Adequação Física e
913 Tecnológica dos Institutos de Saúde da Mulher e da Criança e de Infectologia. Em relação ao objetivo
914 “Aprimorar a rede de urgência e emergência, com expansão e adequação de UPAs, SAMU, PS e
915 centrais de regulação, articulando-a com as outras redes de atenção.”, citou as seguintes iniciativas: 1.
916 Ampliação, qualificação e reconhecimento das diversas portas de entrada de urgência e emergência;
917 3. Expansão e qualificação do SAMU para cobertura e atuação regional; 4. Criação e Implantação da
918 Força Nacional de Saúde; e 5. Ampliação da capacidade de gestão hospitalar com enfoque na
919 ampliação e qualificação de leitos em áreas estratégicas. O Objetivo “Fortalecer a rede de saúde
920 mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de Crack e outras drogas” prevê duas
921 iniciativas: 1. Reestruturação da rede de atenção psicossocial, com responsabilização clara dos
922 diversos pontos de atenção, com priorização para o enfrentamento do Crack, álcool e outras drogas; e
923 2. Promoção da inclusão social dos usuários de saúde mental, crack, álcool e outras drogas, por meio
924 da cultura, redes sociais e fomento às ações intersetoriais. A respeito do Objetivo “Garantir atenção
925 integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas em todos os níveis de
926 atenção”, nominou as três iniciativas previstas: 1. Implantação, implementação e qualificação de um
927 modelo de atenção integral e integrada ao processo de envelhecimento, com foco na saúde da
928 pessoa idosa, favorecendo a ampliação do grau de autonomia e independência; 2. Implantação de um
929 modelo de atenção integral ao portador de condições crônicas que favoreça a ampliação do grau de
930 autonomia, promova independência para o auto cuidado e o uso racional de medicamentos; e 3.
931 Aprimoramento do monitoramento e vigilância das condições crônicas. A respeito do objetivo
932 “Implementar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS, baseado no
933 cuidado integral, observando as práticas de saúde e as medicinas tradicionais, com controle social,
934 garantindo o respeito às especificidades culturais”, disse que as iniciativas são as seguintes: 1.
935 Implementação de modelo de atenção integral centrado na linha do cuidado, com foco na família
936 indígena, integralidade e intersetorialidade das ações, participação popular e articulação com as
937 práticas e medicinas tradicionais; 2. Implementação de sistema de abastecimento de água, melhorias
938 sanitárias e manejo de resíduos sólidos nas aldeias, em quantidade e qualidade adequadas,
939 considerando critérios epidemiológicos e as especificidades culturais dos povos indígenas; e 3.
940 Estruturação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena - SASISUS. Nesse objetivo, destacou que
941 as metas apontam para melhoraria dos níveis de saúde da população indígena, de organização a
942 Secretaria de Saúde Indígena e de universalização dos serviços de abastecimento de água, manejo
943 de resíduos sólidos nas aldeias com mais de 50 indígenas. No que se refere ao objetivo “Reducir os
944 riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde, com
945 especial atenção no combate à dengue” destacou a iniciativa de implantação da Política Nacional de
946 Saúde do Trabalhador e citou algumas das metas, que, na sua visão, mereciam maior atenção:
947 reduzir em 50% o número absoluto de óbitos por dengue até 2015, sendo 10% a cada ano (Linha de
948 base 201: 671 óbitos); ampliar a cura dos casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera para 85%
949 até 2015 (Linha de base 2009: 64,4%); reduzir em 26,9% o coeficiente de detecção de casos novos
950 de hanseníase em menores de 15 anos, passando de 5,43/100.000 para 3,97/100.000 hab. em 2015.
951 (Linha de Base 2009: 5,43/100.000 hab.); reduzir a incidência de Aids para 18,9/100.000 hab. até
952 2015 (Linha de Base 2009: 20,1/100.000 hab.); implementar e monitorar o Plano Nacional para o
953 Controle de Doenças Crônicas não Transmissíveis (2011 a 2015) até 2015; ampliar o número de
954 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) desenvolvendo ações de vigilância em
955 saúde do trabalhador para 100% até 2015 (Linha de Base: 12% - 22 Cerest). No que diz respeito ao
956 objetivo “Contribuir para a adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização
957 das relações do trabalho dos profissionais e trabalhadores de saúde”, destacou as seguintes
958 iniciativas: 1. Apoio ao Desenvolvimento da Graduação, Pós-Graduação Stricto e Latu Sensu em
959 áreas estratégicas para o SUS; 2. Ampliação e qualificação da formação profissional de nível médio
960 dos trabalhadores do SUS, por meio do fortalecimento político, pedagógico, físico e administrativo das
961 Escolas Técnicas e Centros Formadores do SUS; 3. Ampliação do acesso dos trabalhadores da saúde
962 e aprimoramento da qualificação em serviço; 4. Fomento à criação e fortalecimento das estruturas
963 institucionais da gestão do trabalho e da educação em saúde; 5. Escola de Governo em Saúde da
964 Fiocruz; e 6. Ampliação da Cobertura da TV Saúde no Brasil. A propósito do **Objetivo** “Garantir
965 assistência farmacêutica no âmbito do SUS”, as iniciativas são: 1. Promoção do acesso aos
966 medicamentos considerados essenciais através do Programa Farmácia Popular do Brasil e “Saúde
967 não tem Preço”; 2. Promoção do acesso aos medicamentos para atendimento da rede básica e
968 especializada bem como dos programas estratégicos do Ministério da Saúde; 3. Fortalecimento do
969 Sistema Nacional de Gestão de Assistência Farmacêutica; 4. Promoção do acesso seguro e uso
970 racional de plantas medicinais e fitoterápicos; e 5. Modernização de Farmanguinhos. No objetivo

971 “Fortalecer o complexo produtivo de ciência, tecnologia e inovação em saúde como vetor estruturante
972 da agenda nacional de desenvolvimento econômico e social sustentável, reduzindo a vulnerabilidade
973 do acesso à saúde”, destacou que há iniciativas no escopo da Secretaria de Ciência e Tecnologia/MS,
974 FIOCRUZ e Hemobrás, destacando as seguintes: 1. Adequação do parque produtivo brasileiro de
975 produtos e serviços estratégicos para atendimento ao SUS; 2. Aperfeiçoamento do marco regulatório
976 para o fortalecimento do Complexo Produtivo e de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde; 3.
977 Fortalecimento do Sistema de Ética em Pesquisa com Seres Humanos; 4. Implementação da Lei nº
978 12.401/2011 de incorporação tecnológica no âmbito do SUS (integralidade); 5. Implementação de uma
979 regulação de preços que articule acesso com a produção e a inovação no país; 7. Pesquisa e
980 Desenvolvimento em Saúde para o SUS. A respeito do **objetivo** “Aprimorar a regulação e a
981 fiscalização da saúde suplementar articulando a relação público - privado, gerando maior
982 racionalidade e qualidade no setor saúde”, citou as seguintes iniciativas: 1. Regulação e Fiscalização
983 para a geração de saúde em modelos sustentáveis de planos de saúde; e 2. Garantia de acesso à
984 informação. Ressaltou que o tema saúde suplementar foi amplamente debatido no período da manhã
985 e merecia debate interno do Ministério da Saúde mais aprofundado. No que se refere ao objetivo
986 “Implementar novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na
987 garantia do acesso, gestão por resultados, participação social e financiamento estável”, citou as
988 iniciativas previstas: 1. Aprimoramento do Pacto Federativo, com desenvolvimento do processo de
989 contratualização, cooperação interfederativa e gestão compartilhada do SUS; 2. Ampliação da
990 participação social para o fortalecimento do SUS; 3. Consolidação das Políticas de Promoção de
991 Equidade em Saúde; 4. Implementação da política de informação e informática em saúde para tomada
992 de decisão na perspectiva interfederativa; e 5. Universalização do Cartão Nacional de Saúde na
993 perspectiva da qualificação da gestão interfederativa. A propósito do objetivo “Qualificar instrumentos
994 de execução direta, gerando ganhos de produtividade e eficiência para o SUS”, citou as seguintes
995 iniciativas: 1. Institucionalização da cultura de planejamento, monitoramento e avaliação que integre
996 as diversas áreas do MS com ênfase na construção coletiva Desenvolvimento institucional e
997 aprimoramento da articulação interministerial; 2. Desenvolvimento e consolidação da política da
998 gestão da informação do SUS para propiciar transparência e subsidiar a tomada de decisão; 3.
999 Qualificação e racionalização dos gastos e ampliação das fontes de recursos; 4. Desenvolvimento
1000 institucional e aprimoramento da articulação interministerial; 5. Fortalecer a capacidade de gestão no
1001 SUS por meio do uso de ferramentas de Economia da Saúde, da produção de informações sobre
1002 investimentos em estruturação física e tecnológica e apoio à gestão de projetos de cooperação técnica
1003 nacional e internacional; 6. Desenvolvimento Institucional da Gestão Orçamentária, Financeira e
1004 Contábil do Fundo Nacional de Saúde e dos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde; 7. Implantação
1005 de gestão por competências no Ministério da Saúde e outras ações voltadas ao desenvolvimento
1006 Institucional e à modernização administrativa; 8. Modernização do processo de gestão de documentos
1007 e acesso à informação institucional; 9. Ampliação e fortalecimento do Sistema Nacional de Ouvidoria
1008 com adequação dos sistemas de informação; 10. Implementação interfederativa de uma cultura
1009 voltada para a Ouvidoria Ativa como instrumento de gestão com ampliação e fortalecimento do
1010 Sistema Nacional de Ouvidoria e adequação dos sistemas de informação; e 11. Acompanhamento,
1011 avaliação e controle interno da gestão do SUS, com foco em resultados, tendo como referência o
1012 Contrato Organizativo de Ação Pública – COAP - e a Garantia de acesso. No que se refere ao objetivo
1013 “Representar e defender internacionalmente os interesses brasileiros no campo da saúde, bem como
1014 partilhar as experiências e saberes do SUS com outros países”, destacou: 1. Fortalecimento da
1015 atuação do Ministério da Saúde na defesa e promoção, no âmbito internacional, dos interesses
1016 brasileiros em saúde pública; 2. Fortalecimento da cooperação internacional brasileira, compartilhando
1017 e divulgando as experiências do Sistema Único de Saúde, e apoiando o seu desenvolvimento; 3.
1018 Coordenação de posições de Governo, influência e negociação de tópicos de interesse prioritário para
1019 a saúde em foros internacionais; 4. Apoio, no âmbito da saúde, as ações de assistência humanitária
1020 do Governo Brasileiro; 5. Fortalecimento, negociação e apoio a mecanismos de integração regional e
1021 ações em área de fronteira, no âmbito da saúde; e 6. Apoio ao fortalecimento, em bases sustentáveis,
1022 do Sistema de Saúde do Haiti. Em relação ao objetivo “Implementar ações de saneamento básico e
1023 saúde ambiental, de forma sustentável, para a promoção da saúde e redução das desigualdades
1024 sociais, com ênfase no Programa de Aceleração do Crescimento”, destacou as iniciativas: 1.
1025 Fortalecimento e expansão das ações de apoio ao controle da qualidade da água para consumo
1026 humano em serviços de saneamento de pequenos municípios, comunidades rurais e especiais; 2.
1027 Ampliação da cobertura de sistemas de abastecimento de água, de forma sustentável, em áreas
1028 urbanas de municípios com população de até 50 mil habitantes, áreas rurais e de relevante interesse
1029 social (comunidades quilombolas, assentamentos de reforma agrária, reservas extrativistas,
1030 populações ribeirinhas, dentre outras); 3. Ampliação da cobertura de sistemas de esgotamento
1031 sanitário, de forma sustentável, em áreas urbanas de municípios com população de até 50 mil

1032 habitantes, áreas rurais e de relevante interesse social (comunidades quilombolas, assentamentos de
1033 reforma agrária; 4. Fomento e apoio a sustentabilidade dos serviços de saneamento implantados,
1034 priorizando os municípios contemplados com empreendimentos do PAC; 5. Fomento a pesquisa e
1035 desenvolvimento de tecnologias alternativas regionalizadas, com vistas à sustentabilidade dos
1036 serviços e ações de saúde e saneamento ambiental. Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**,
1037 Presidente do CNS, cumprimentou o esforço da equipe do Ministério da Saúde e ressaltou a iniciativa
1038 do governo de repensar a forma de construção e consolidação do PPA. Disse que se trata de uma
1039 primeira versão do PPA e do PNS e serão necessários ajustes, em especial nas metas. Sugeriu que
1040 os conselheiros concentrasssem o debate nos objetivos e nas iniciativas, visto que as metas não estão
1041 fechadas e que, ao final do debate, apresentaria uma proposta de calendário para apreciação do
1042 documento referente ao Plano Nacional de Saúde e Plano Plurianual 2012 – 2015. Conselheiro
1043 **Fernando Luiz Eliotério** informou que a reunião da COFIN/CNS será realizada nos dias 21 e 22 para
1044 apreciação do documento referente ao Plano Nacional de Saúde e Plano Plurianual 2012 – 2015,
1045 ressaltando que é preciso avançar na integração do PPA, PNS e LOA e perguntou se isso seria
1046 possível nesse momento. Também perguntou se o Ministério da Saúde considerou as propostas do
1047 Fórum Interconselhos de Políticas Públicas, realizado nos dias 24 e 25 de maio de 2011, com a
1048 finalidade de contribuir no processo de elaboração do PPA e no PNS. Antes de abrir para
1049 manifestações, Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha** explicou que no objetivo “Garantir atenção
1050 integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas em todos os níveis de
1051 atenção” está contemplado “elaborar um plano nacional de promoção, prevenção e controle”.
1052 **Manifestações.** Conselheiro **Francisco Batista Júnior** cumprimentou a Secretaria-Executiva do MS
1053 pelo trabalho e apresentou contribuições. A respeito da assistência farmacêutica, explicou que a
1054 impressão é de crise na rede básica dos municípios. Porém, o que lhe causa preocupação é o
1055 avanço do Farmácia Popular, de um lado, e o aumento das carências nas redes básicas dos
1056 municípios, de outro. Lembrou que, ao aprovar o Programa, a intenção do CNS era ter outro
1057 paradigma da atenção farmacêutica, mas isso não ocorreu. Propôs que o Plano contemple o tema
1058 assistência farmacêutica com qualificação profissional tanto para farmacêutico quanto para o auxiliar.
1059 A respeito da gestão, sugeriu que o Ministério da Saúde avance na lógica da contratualização, da
1060 definição de metas e da fiscalização. Também solicitou que o Programa conte com as práticas
1061 integrativas e complementares e que se possa discutir o serviço civil e carreira. Conselheira **Marisa**
1062 **Furia Silva** manifestou satisfação com o fato de o Plano contemplar iniciativas relativas às pessoas
1063 com deficiência e solicitou a atenção para as especificidades das pessoas com autismo. Também
1064 comentou a proposta de implantação de novas residências terapêuticas e destacou que devem
1065 atender população que não seja egresso de hospitais psiquiátricos, como idosos com deficiência.
1066 Solicitou, ainda, a revisão da portaria que trata da inclusão de novos medicamentos para as pessoas
1067 com autismo. Conselheiro **Clóvis Boufleur** sugeriu que nas iniciativas referentes ao objetivo “Garantir
1068 acesso de qualidade em tempo adequado às necessidades de saúde dos cidadãos, aprimorando a
1069 Política de atenção básica e a atenção especializada” seja esclarecida a questão do “tempo
1070 adequado” de tratamento, consultas, atendimento... Propôs também no Objetivo “Promover atenção
1071 integral à saúde da mulher e da criança e implementar a Rede Cegonha” incluir nas iniciativas a
1072 garantia de consultas de pré-natal de qualidade, haja vista o impacto dessa ação na redução da
1073 mortalidade materna. Conselheira **Rosangela da Silva Santos** também comentou a questão da
1074 assistência farmacêutica e ressaltou que, no caso da terapia renal substitutiva e dos transplantes, as
1075 pessoas mais pobres não conseguem comprar medicamentos básicos que possibilitam melhora no
1076 tratamento. Desse modo, ressaltou que é preciso tratar dessas especificidades a fim de garantir
1077 tratamento com eficácia e salientou que a Política Nacional da Pessoa com Deficiência deve estar
1078 associada à questão das patologias, garantindo a prevenção. Perguntou ainda se a atenção domiciliar
1079 irá tratar de pessoas com complicações e se há como garantir a orientação farmacêutica nos pólos de
1080 dispensação dos medicamentos. Chamou a atenção para a falta dos encontros nacionais envolvendo
1081 as lideranças das pessoas com patologias para avaliar políticas e programas dessa área. Por fim,
1082 sugeriu que o PPA trate da intersetorialidade e da transversalidade das ações desenvolvidas pelos
1083 Ministérios. Conselheiro **Júlio César Caetano** cumprimentou a Secretaria-Executiva do MS pela
1084 apresentação e perguntou de que forma os conselheiros nacionais poderão apresentar contribuições
1085 ao PPA e ao PNS e como será feita a sistematização das sugestões. Conselheira **Ruth Ribeiro**
1086 **Bittencourt** parabenizou o Ministério da Saúde pela iniciativa de trazer a proposta para debate no
1087 CNS e reiterou a importância de considerar as propostas do Fórum Interconselhos ao PPA. Também
1088 solicitou maiores informações a respeito da elaboração do Plano e das questões sobre álcool, drogas
1089 e saúde mental. Sugeriu que a proposta seja debatida virtualmente pelas Comissões do CNS. Por
1090 fim, perguntou como será contemplada a participação social na proposta. Conselheira **Jurema**
1091 **Werneck** manifestou a satisfação com a possibilidade de debater a proposta de PPA e PNS,
1092 demonstrando que se vive um novo tempo. Para além dessa observação, informou que

1093 representantes da saúde da população negra, a convite do MS e da SEPPIR, reuniram-se para
1094 debater as possibilidades de inserção de ações, no PPA, que beneficiem a população negra. Disse
1095 que desse debate resultaram sugestões como: incluir no objetivo a necessidade de abordagem
1096 diferenciada, dirigida e específicas a populações vulneráveis – negra, indígena, com deficiência, LGBT
1097 visando diminuir as iniquidades; e para atingir os objetivos e iniciativas relativos à população negra, as
1098 metas devem ser diferenciadas em relação às metas gerais. Por fim, disse que o documento seria
1099 debatido na Comissão de Saúde da População Negra e perguntou sobre os prazos para o envio de
1100 contribuições ao PPA e ao PNS. Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS,
1101 informou ao colegiado que, dada a necessidade de participar da Conferência da ONU sobre o AIDS,
1102 precisaria se ausentar novamente. Nesse momento, houve um intervalo para o lanche. Recomeçando,
1103 a mesa foi recomposta por: **Márcia Amaral**, Secretária-Executiva do MS; Conselheiro **Fernando Luiz**
1104 **Eliotério**, coordenador da COFIN/CNS; **Airton Galiciano**, da SPO/MS; e **Arionaldo Bonfim**, da
1105 SPO/MS. Coordenação: Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, da Mesa Diretora do CNS.
1106 Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** interveio para dizer que, na sua avaliação, a forma de
1107 apresentação do PPA e do PNS inaugura um novo momento de tratar esses dois instrumentos que
1108 antes eram peças burocrática e hoje uma construção coletiva. Salientou que questões específicas
1109 estão contempladas no PPA e outras têm caráter transversal. Destacou, em especial, as iniciativas
1110 relacionadas a pesquisas específicas e à inclusão de questões específicas na formação de
1111 profissionais, que respondem às demandas dos movimentos sociais referidas pelo Ministro da Saúde.
1112 Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** cumprimentou a Secretária-Executiva do MS pela
1113 apresentação e reiterou a importância de dar maior visibilidade às populações vulneráveis. Nessa
1114 linha, sugeriu novo objetivo “pactuar e implementar a Política de Saúde da População LGBT” e
1115 “pactuar e implementar a Política de Saúde da População do Campo e Floresta”. Quanto às iniciativas,
1116 propôs: realizar oficinas para monitorar a implementação da Política de Saúde da População LGBT;
1117 realizar oficinas para monitorar a implementação da Política de Saúde da População do Campo e
1118 Floresta; realizar pesquisas de saúde sobre a população LGBT, com atenção especial às mulheres
1119 lésbicas, travestis e transsexuais femininos e masculinos; e inclusão do quesito orientação sexual e
1120 identidade de gênero no Sistema de Notificação do Ministério da Saúde. Conselheiro **José Naum de**
1121 **Mesquita Chagas** apresentou as seguintes sugestões: saúde mental – não direcionar as ações
1122 apenas para álcool e drogas e incluir ação efetiva de extinção ou humanização dos manicômios
1123 judiciais. Também perguntou qual o recurso que seria utilizado para implantação das Academias da
1124 Saúde e da Rede Cegonha, visto que não há destinação de novos recursos para essas iniciativas.
1125 Sobre os Institutos Nacionais do Ministério da Saúde, destacou a proposta de equipes integrais
1126 nesses institutos para lembrar que não há serviço integral nos serviços de referência. Também citou a
1127 proposta de oferta de atenção psicossocial para ressaltar que não há essa oferta nas redes de
1128 assistência. Além disso, ressaltou que a meta de distribuição de 1.000 Kits parteira distribuídos para
1129 questionar que esse número não é suficiente para atender todo o país. Tendo dúvidas, quis saber o
1130 que é a Força Nacional de Saúde e como qualificar a gestão dos hospitais administrados por OS e
1131 OSCIP. Para concluir, sugeriu a inclusão da seguinte iniciativa: “propor a criação de um hospital do
1132 Ministério da Saúde em cada região do país, para que sejam centros de referência”. Conselheira
1133 **Maria Thereza Antunes** saudou a Secretária-Executiva do Ministério da Saúde pela exposição e
1134 ressaltou a importância de realizar seminários e oficinas para monitorar a implementação das
1135 políticas. Conselheira **Lígia Bahia** saudou o Ministério da Saúde pela iniciativa de apresentar e
1136 debater no CNS as propostas de PPA e PNS, por entender que essa iniciativa fortalecia o Conselho.
1137 Elogiou a proposta dos Planos, mas avaliou que o eixo do acesso está mais forte que o da qualidade.
1138 Nesse sentido, sugeriu uma institucionalidade forte para a dimensão da qualidade. Sugeriu, ainda,
1139 articular a Rede de Saúde do Trabalhador com as universidades, visando uma rede nacional e incluir
1140 no objetivo “Fortalecer o complexo produtivo de ciência, tecnologia e inovação em saúde (...)" o termo
1141 “conhecimento”. Conselheiro **Jorge de Almeida Venâncio** cumprimentou a Secretária-Executiva do
1142 MS e avaliou que os objetivos e iniciativas referentes à saúde do trabalhador estão superficiais.
1143 Propôs que as três esferas definam, em conjunto, metas relativas a essa área a serem alcançadas,
1144 contemplando, inclusive, uma meta de redução de acidente de trabalho. Apresentou como sugestão
1145 que, nesse processo, sejam utilizados os indicadores do Ministério do Trabalho até que se defina um
1146 indicador mais efetivo da saúde, enfrentando o problema da subnotificação. Conselheiro **Luís**
1147 **Eugenio Souza** disse que o objetivo finalístico do Plano Nacional de Saúde é a saúde da população.
1148 Nesse sentido, sugeriu a inclusão do seguinte texto ao objetivo do PNS: contribuir para melhorar a
1149 situação de saúde da população brasileira por meio do aperfeiçoamento do SUS. Também propôs a
1150 incorporação das metas e objetivos do Pacto pela Saúde e Pela Vida no PPA e no PNS. Salientou
1151 ainda a importância da articulação entre PPA e Plano Nacional de Saúde, o que fortalece a prática do
1152 planejamento na atual gestão do Ministério da Saúde. Elogiou a forma como fora colocado o objetivo
1153 relativo ao fortalecimento das ações de ciência, tecnologia e inovação. Por outro lado, avaliou que se

1154 deve explicitar melhor o objetivo “Qualificar instrumentos de execução direta, gerando ganhos de
1155 produtividade e eficiência para o SUS”. Conselheiro **Geraldo Alves Vasconcelos** sentiu falta da
1156 Política de Saúde Bucal no PPA e no PNS, lembrando que o Programa Brasil Sorridente, que é
1157 vitorioso em várias ações de saúde, não foi contemplado nos objetivos nem nas metas. Nesse sentido,
1158 solicitou o compromisso do atual governo com o fortalecimento dessa Política. Conselheiro **Abrahão**
1159 **Nunes da Silva** cumprimentou a equipe do MS pela proposta e comentou alguns pontos que
1160 merecem debate mais aprofundado. No caso do saneamento, reiterou que esse item não deve ser
1161 incluído como gasto em saúde, lembrando que há receita própria para executar saneamento. A
1162 propósito, perguntou o porquê da diferenciação entre profissionais e trabalhadores da saúde no texto
1163 e sugeriu a realização de campanhas de prevenção do uso de crack nas redes de educação do país e
1164 a realização de estudos para produção de fitoterápicos. Por fim, ressaltou a importância de
1165 contemplar no Plano as ações de saúde mental voltada aos trabalhadores e defendeu a
1166 nacionalização dos CERESTs. Conselheiro **Bruno Metre Fernandes**, na sua fala, destacou a
1167 iniciativa “Aperfeiçoamento, Avaliação, Desenvolvimento e Pesquisa Clínica de Ações e Serviços
1168 Especializados em Traumatologia e Ortopedia – Inte” para dizer que a fisioterapia e a terapia
1169 ocupacional não foram contempladas no PPA e no PNS. Com essa preocupação, ressaltou que a
1170 reabilitação e a reinserção continuam sendo feitas por institutos não ligados ao governo. Solicitou
1171 maiores esclarecimento acerca da meta “Formação de 8.700 técnicos de nível médio (auxiliares de
1172 enfermagem, agentes de saúde indígena, técnicos de vigilância em saúde, técnicos em novas áreas –
1173 manutenção de equipamento, órtese e prótese”. Para finalizar, sugeriu que no tratamento das práticas
1174 integrativas, seja contemplada a multidisciplinariedade. Conselheiro **José Carrijo Brom** saudou a
1175 iniciativa e, na busca da integralidade, defendeu o fortalecimento das ações de promoção e prevenção
1176 no Plano. Nesse sentido, propôs incluir nas metas “fluoretação das águas de abastecimento”, uma
1177 ação de baixo custo, de amplo alcance e de grande resolutividade. Também registrou falta de menção
1178 aos laboratórios que apoiam os centros de reabilitação oral. Perguntou, finalmente, sobre qual seria a
1179 concepção definida para as equipes que atuariam nas UPAs. Conselheiro **Ronald Ferreira dos**
1180 **Santos** fez questão de registrar esse novo momento em que o CNS pode contribuir no prazo e no
1181 espaço adequado ao PNS e PPA e destacou o PlanejaSUS que apresenta indicadores que podem
1182 contribuir para a formulação do PPA. Também chamou a atenção para que a qualidade deva estar
1183 vinculada à lógica da proteção e, nessa linha, defendeu um destaque maior à vigilância – sanitária e
1184 em saúde – nesse processo. Conselheiro **Artur Custódio de Souza** cumprimentou a Secretaria-
1185 Executiva do Ministério da Saúde e da sua equipe pelo trabalho que estão desenvolvendo. No que se
1186 refere à hanseníase, defendeu como meta principal o compromisso da eliminação, visto que reduzir o
1187 coeficiente de detecção de casos novos em menores de 15 anos é uma submeta de um componente
1188 operacional. Também pontuou que a proposta não contempla a nova postura da vigilância acerca das
1189 doenças negligenciadas (o Brasil tem dez doenças negligenciadas, sendo hanseníase, uma delas).
1190 Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** saudou a Secretaria-Executiva do MS e, a propósito do
1191 texto, destacou as metas 2012-2015 “Programas em residência em saúde em todas as especialidades
1192 prioritárias do SUS de todas as regiões do país (...)” e 2022 “Residência Médica com vagas suficientes
1193 para todos os graduados em Medicina (...),” para propor que se explique na primeira meta “programas
1194 em residência multiprofissional e residência médica em saúde em todas as modalidades prioritárias”.
1195 Citou, nesse sentido, a meta de implantar 953 Centros de Especialidades Odontológicas para destacar
1196 que o Plano não explicita a preocupação acerca da especialização desses Centros. Por fim, destacou
1197 a alta incidência de câncer e a falta de profissionais qualificados para fazer diagnóstico precoce.
1198 Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** cumprimentou a Secretaria-Executiva pela apresentação e
1199 defendeu a inclusão de ações relativas à Política Nacional de Alimentação e Nutrição, que fora
1200 aprovada há um ano. Solicitou maiores esclarecimentos acerca da iniciativa “Apoio ao fortalecimento,
1201 em bases sustentáveis, do Sistema de Saúde do Haiti”. Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**,
1202 em relação à rede de saúde mental, destacou a meta “640 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)
1203 financiados, implantados e custeados” para avaliar que esse número é insuficiente para atender a
1204 demanda. Também salientou a resistência da estruturação de residências terapêuticas nos estados.
1205 Sobre a saúde da criança, manifestou preocupação com os objetivos e metas que focam na Rede
1206 Cegonha e em pesquisas. Somando-se a isso, falou da dificuldade dos CAPs voltados para crianças,
1207 haja vista a fala de psiquiatras infantis. No referente à saúde suplementar, defendeu uma metodologia
1208 que possibilite ao CNS opinar sobre as normas área de atendimento. Manifestou preocupação com a
1209 priorização das UPAs, voltadas à urgência e emergência e a falta de menção à questão da violência.
1210 Sobre a saúde do sistema prisional, defendeu maior detalhamento no Plano, visto que a atenção é
1211 insuficiente. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares** sugeriu à equipe do MS a redefinição do
1212 objetivo “Promover atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementar a Rede Cegonha”,
1213 com exclusão de “implementar a Rede Cegonha” e inclusão nas iniciativas. Também destacou a
1214 iniciativa “Ações de Promoção e Garantia da Atenção Integral à Saúde da Mulher, conforme as

1215 diretrizes do Programa de Assistência Integral da Saúde da Mulher – PAISM” para esclarecer que não
1216 se trata de um Programa, mas sim, de uma Política, que é mais ampla. Por fim, sugeriu uma iniciativa
1217 que trate do aborto nos termos da lei. Finalizadas as inscrições, a mesa registrou a proposta de
1218 calendário para apreciação do documento referente ao Plano Nacional de Saúde e Plano Plurianual
1219 2012 – 2015. Metas 2012/15 – 2022: envio de sugestões, por parte dos conselheiros nacionais de
1220 saúde até 19 de junho; consolidação das sugestões, pela Secretaria-Executiva do CNS, em 20 de
1221 junho; apresentação na COFIN/CNS, em 21 e 22 de junho; envio ao Ministério da Saúde, em 23 de
1222 junho; e apresentação da proposta, pelo Ministério da Saúde, com as contribuições do CNS na
1223 próxima reunião do Conselho, em 5 de julho de 2011. A secretaria-Executiva do CNS, **Rozângela**
1224 **Fernandes Camapum**, informou que o calendário será enviado, por e-mail, aos conselheiros.
1225 Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** conclamou a todos os conselheiros para analisar e enviar
1226 contribuições ao documento referente ao Plano Nacional de Saúde e Plano Plurianual 2012 – 2015,
1227 conforme encaminhamento feito pela mesa. **Retorno da mesa.** A Secretaria-Executiva do MS, **Márcia**
1228 **Amaral**, começou a sua fala agradecendo a dedicação e o entusiasmo do CNS na análise da pré-
1229 proposta do PNS e do PPA. Contudo, ponderou que é impossível refletir a totalidade das iniciativas do
1230 Ministério da Saúde no Plano Nacional de SAÚDE. Disse que as metas foram reduzidas a fim de
1231 facilitar a apresentação ao CNS, mas é possível elaborar dois documentos, um mais amplo com todas
1232 as metas e outro com as metas que serão acompanhadas. Citou, por exemplo, que a metas de
1233 eliminação da hanseníase estava no Plano e foi retirada, todavia, é possível trazê-la e dar visibilidade.
1234 Sobre a saúde bucal, concordou com a proposta de citar o Programa Brasil Soridente e acrescentou
1235 que há um contingente de ações voltadas ao Programa Brasil sem Miséria. Nesse sentido, disse que
1236 seria importante contemplar no Plano o conjunto das ações que o Ministério da Saúde comprometeu-
1237 se a realizar. Sobre a qualidade, disse que o Ministério da Saúde está fortalecendo o Departamento
1238 de Monitoramento e Avaliação que será responsável por apurar o indicador de acesso e qualidade e
1239 acompanhar o Plano Nacional de Saúde. Sobre a segurança alimentar, explicou que há um conjunto
1240 de ações contempladas no PPA do Ministério do Desenvolvimento Social, apesar de algumas delas
1241 serem executadas pelo Ministério da Saúde. Concordou com a proposta de dar destaque ao pré-natal
1242 com qualidade. Sobre saúde mental, explicou que a Política está condensada em duas iniciativas, mas
1243 é muito abrangente, contemplando equipamentos, CAPs infantis, CAPs AD, Casas de Acolhimento,
1244 entre outros. Ressaltou o compromisso de implementar o conjunto das ações definidas pelo governo,
1245 considerando que às da Rede Cegonha são prioritárias. Também disse que seria contemplada a
1246 solicitação de seminários para aprofundar o debate e acompanhar a implementação das políticas de
1247 saúde. Sobre os medicamentos fitoterápicos, destacou que o Plano contempla projetos na ciência e
1248 tecnologia. A respeito da fisioterapia e terapia ocupacional, lembrou que a Rede Sarah está incluída
1249 no orçamento do Ministério da Saúde, portanto, deve aparecer como uma iniciativa e ação.
1250 Acrescentou que a fisioterapia está contemplada no Núcleo de Apoio de Atenção Domiciliar e os
1251 técnicos de órteses e próteses referem-se à produção e não adaptação. Também estão prevista as
1252 ações de saúde mental e para as unidades para reabilitação dos pacientes com acidente vascular
1253 encefálico, entre outros. Sobre as nomenclaturas “trabalhador da saúde” e “profissional da saúde”,
1254 Conselheira **Ana Stella Haddad** sugeriu a adoção de “trabalhador de saúde”. Conselheira **Jurema**
1255 **Werneck** manifestou-se acerca da proposta de destacar a questão da equidade no Plano. A
1256 Secretaria-Executiva do MS, **Márcia Amaral**, explicou que, após diálogo com a equipe dirigente da
1257 SEPPIR, acordou-se por contemplar no texto do primeiro objetivo “redução das iniquidades” e o
1258 objetivo específico da Política de Saúde da População Negra será contemplado no PPA da SEPPIR.
1259 Também registrou a solicitação do Ministro da Saúde de não divulgar as metas até que seja feita
1260 revisão e adaptação. O representante da SPO/MS, **Arionaldo Bonfim**, acrescentou que o Ministério
1261 da Saúde está debatendo como financiar novas políticas como as Academias de Saúde e Rede
1262 Cegonha, por isso, o Plano trabalha com metas até 2022. De todo modo, em 2011, está prevista a
1263 implantação de mil academias. Sobre as ações de saneamento básico, explicou que o Ministério da
1264 Saúde está seguindo a Resolução do CNS que define as ações e serviço de saúde. Conselheiro Artur
1265 Custódio de Souza salientou a importância da pactuação do CNS e do MS. Conselheiro **Bruno Metre**
1266 **Fernandes**, no que se refere às academias da saúde, lembrou que a fisioterapia e a terapia
1267 ocupacional são as únicas profissões que recebem formação para orientar pacientes na realização de
1268 exercícios associados à deficiência. Conselheiro **Luís Eugênio de Souza** reiterou a sua dúvida em
1269 relação ao Pacto pela Saúde. A Secretaria-Executiva do MS, **Márcia Amaral**, explicou que o indicador
1270 de acesso e qualidade considera os indicadores do Pacto e que este Pacto será contemplado no
1271 contrato de ação pública. Deliberação: **aprovada a seguinte proposta de calendário para**
1272 **apreciação do documento referente ao Plano Nacional de Saúde e Plano Plurianual 2012 – 2015.**
1273 **Metas 2012/15 – 2022: envio de sugestões, por parte dos conselheiros nacionais de saúde: até**
1274 **19 de junho; consolidação das sugestões, pela Secretaria-Executiva do CNS: 20 de junho;** e
1275 **apresentação na COFIN/CNS: 21 e 22 de junho; envio ao Ministério da Saúde: 23 de junho;** e

1276 apresentação da proposta, pelo Ministério da Saúde, com as contribuições do CNS na próxima
1277 reunião do Conselho: 5 de julho. Nada mais havendo a tratar, conselheira Ruth Ribeiro
1278 Bittencourt agradeceu aos integrantes da mesa e encerrou o primeiro dia de reunião. **ITEM 05 –**
1279 **PLANO PLURIANUAL - PPA 2012/2015** – O Ministério da Saúde apresentou em conjunto a proposta
1280 do Plano Nacional de Saúde e do PPA. Estiveram presentes os seguintes conselheiros no primeiro
1281 dia de reunião: Abrahão Nunes da Silva, Alexandre Rocha Santos Padilha, Arilson da Silva
1282 Cardoso, Artur Custódio M. de Souza, Cleuza C. Miguel, Clóvis A. Boufleur, Edmundo Dzuawi
1283 Omore, Fernanda Lou Sans Magano, Fernando Luiz Eliotério, Francisco Batista Júnior, Geraldo
1284 Alves Vasconcelos, João Donizeti Scaboli, João Rodrigues Filho, Jorge Alves de Almeida
1285 Venâncio, José Carrijo Brom, José Cechin, José Rubens Rebelatto, Jurema Pinto Werneck,
1286 Lígia Bahia, Luiz Alberto Catanoce, Luiz Odorico M. de Andrade, Maria de Lourdes Alves
1287 Rodrigues, Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos, Maria Thereza A. Antunes, Marisa Furia
1288 Silva, Nelson A. Mussolini, Nildes de Oliveira Andrade, Olympio Távora Derze Correa,
1289 Reginaldo Neves Gomes, Remígio Todeschini, Rosangela da Silva Santos, Ruth Ribeiro
1290 Bittencourt, Solange Aparecida Caetano, Volmir Raimondi e Zilda de Faveri Vicente Souza.
1291 *Suplentes:* Bruno Metre Fernandes, Dulce Helena Chiaverini, Eliane Aparecida da Cruz, Eurídice
1292 Ferreira de Almeida, Geraldo Adão Santos, Gilson Silva, Graciara Matos de Azevedo, José
1293 Naum de Mesquita Chagas, Juarez Pires de Souza, Júlia Maria Roland, Júlio A. Gevaerd, Júlio
1294 Cesar Figueiredo Caetano, Jurandi Frutuoso Silva, Laudeci Vieira dos Santos, Lázaro Luiz
1295 Gonzaga, Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza, Maria Ermínia Ciliberti, Maria Laura
1296 Carvalho Bicca, Merula Emmanuel Anargyrou Steagall, Milton de Arruda Martins, Nelcy Ferreira
1297 da Silva, Noemy Yamaghishi Tomita, Plínio José Pavão de Carvalho, Ronald Ferreira dos
1298 Santos, Sebastião Geraldo Venâncio e Verônica Lourenço da Silva. A Secretaria-Executiva do
1299 CNS, Rozângela Fernandes Camapum, iniciou o segundo dia de reunião com os itens pendentes.
1300 **INFORMES E INDICAÇÕES** - a) **INDICAÇÃO PARA COMISSÃO INTERSETORIAL DE**
1301 **SANEAMENTO E MEIO AMBIENTE – CISAMA** - Coordenação adjunta - substituição do ex-
1302 conselheiro Edmilson Canale. *Indicação:* Conselheiro Sebastião Geraldo Venâncio. b)
1303 **INDICAÇÃO PARA COMISSÃO INTERSETORIAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CIAF** -
1304 Coordenação adjunta - substituição do Conselheiro Jorge de Almeida Venâncio. *Indicação:*
1305 Conselheiro Nadir Francisco do Amaral. c) **OFICINA DE TRABALHO SOBRE AS PRIORIDADES**
1306 **DE AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NO SUS**. Convite da Coordenação-Geral de
1307 Alimentação e Nutrição/DAB/SAS/MS. Data: 4 e 5 de julho. Local: Brasília. Objetivo: discutir com
1308 conselheiros de saúde a agenda de prioridades de alimentação e nutrição no SUS no contexto do
1309 direito humano à alimentação adequada e da segurança alimentar e nutricional. *Indicação de três*
1310 *conselheiros nacionais:* Nelci Dias da Silva, Nildes de Oliveira Andrade e Gilson Silva. d)
1311 **INDICAÇÃO DE UM REPRESENTANTE DO CNS PARA COMPOR A COMISSÃO ORGANIZADORA**
1312 **DA VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**. Tema Geral da Conferência:
1313 “Avançando na Consolidação do Sistema Único de Assistência Social com a Valorização dos
1314 Trabalhadores e a Qualificação da Gestão, dos Serviços, Programas e Projetos e Benefícios”. Próxima
1315 reunião da Comissão: dias 9 e 10 de junho, das 9h às 18h, no CNAS. *Indicação:* José Naum de
1316 Mesquita Chagas. e) **SEMINÁRIO NACIONAL SOBRE SERVIÇO CIVIL EM SAÚDE E DEMANDAS**
1317 **JUDICIAIS NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**. *Indicação para as mesas do Seminário:*
1318 Dia: 07 de julho de 2011. 9h às 10h - Solenidade de Abertura. 10h às 11h30 - Mesa 1 – Demandas
1319 Judiciais no Âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Coordenação: Conselho Nacional de Saúde –
1320 representante de Usuário: Clóvis Adalberto Boufleur. Secretaria: Conselho Nacional de Saúde –
1321 representante de Trabalhador: Geraldo Alves Vasconcelos. Debatedores: Conselho Nacional de
1322 Saúde – Usuário: Rosangela da Silva Santos. Trabalhador: Ronald Ferreira dos Santos. 14h30min
1323 às 17h- Plenária Final. Mesa: Coordenação: Conselho Nacional de Saúde – Gestores (aguarda
1324 indicação). Conselho Nacional de Saúde – Trabalhador: Francisco Batista Júnior. Conselho
1325 Nacional de Saúde – Usuário: Fernando Luiz Eliotério. Dia: 8 de julho de 2011. 9h às 11h30 - Mesa
1326 2 - Serviço Civil em Saúde. Coordenação: Conselho Nacional de Saúde – Trabalhador: Eurídice
1327 Ferreira de Almeida. Secretaria: Conselho Nacional de Saúde – Usuário: Maria Thereza Almeida
1328 Antunes. Palestrantes: Conselho Nacional de Saúde: Francisco Batista Júnior. Plenária Final.
1329 Mesa: Coordenação - Conselho Nacional de Saúde – Trabalhadores: Ruth Ribeiro Bittencourt.
1330 Conselho Nacional de Saúde – Gestores (aguarda indicação). Conselho Nacional de Saúde –
1331 Usuários: Abrahão Nunes da Silva. *Indicações para relatoria:* Mesa 1: Alexandre Magno Lins Soares
1332 e Luís Eugênio Portela Fernandes de Souza. Mesa 2: Ana Cristina Brasil e André Luiz de Oliveira.
1333 **INFORMES** – Conselheiro Fernando Luiz Eliotério informou o Pleno sobre o Congresso da CONAM,
1334 realizado de 26 a 29 de maio, que envolveu mais de 20 mil associações de moradores e contou com a
1335 participação de 2000 delegados. Disse que, na oportunidade, foi feito amplo debate sobre o SUS e
1336 divulgação da 14ª CNS. Destacou que o relatório do Congresso, tão logo concluído, será divulgado

1337 aos conselheiros, para conhecimento. Por fim, agradeceu a parceria do Ministério da Saúde na
1338 realização do Congresso e o apoio do CNS. Conselheiro **Geraldo Alves Vasconcelos** informou que
1339 participara, representando o CNS, de uma mesa de debate sobre gestão de pessoas em saúde bucal,
1340 em Caruaru e comunicou que recebeu convite para participar de quatro conferências municipais em
1341 Pernambuco. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares** informou que realizara encontro de
1342 mulheres da Região Norte, em Belém, para discussão sobre câncer de colo de útero e destacou que
1343 95% das participantes não tinha conhecimento da realização das conferências de saúde. Disse que as
1344 mulheres manifestaram satisfação com a notícia e anseio de participar da 14ª CNS. Conselheira
1345 **Graciara Matos de Azevedo** informou que participara de atividade do PID em Tocantins/PA, no dia
1346 21 de maio, e, ao falar da 14ª CNS, percebeu que a população não tinha conhecimento da
1347 Conferência. Por essa razão, sugeriu tratar dessa questão no ponto de pauta da 14ª CNS e como
1348 idéia inicial sugeriu incluir spot na rádio local. Também informou que a Comissão de Comunicação e
1349 Informação da 14ª CNS recebera projeto de ações culturais a serem desenvolvidas pelo
1350 HumanizaSUS. **ITEM 07 - BALANÇO DO MÊS NA SAÚDE – URGÊNCIA E EMERGÊNCIA – GT**
1351 **UPAs** – Composição da mesa: conselheiro **Helvécio Miranda Magalhães Júnior**, Secretário de
1352 Atenção à Saúde – SAS/MS; e Conselheira **Rosangela Santos**, do GT UPAs. Coordenação:
1353 Conselheira **Jurema Werneck**, da Mesa Diretora do CNS. Inicialmente, Conselheira **Jurema**
1354 **Werneck** resgatou que o tema urgência e emergência fora pauta da última reunião do CNS com a
1355 apresentação dos conselheiros **Luís Odorico de Andrade** e **Helvécio de Miranda Magalhães**,
1356 contudo, não foi possível debater o assunto pela falta de tempo. Portanto, naquele momento, seria
1357 feita a apresentação do relatório da conclusão do GT UPAs e o debate do tema. Feitas essas
1358 considerações iniciais, passou a palavra à Conselheira **Rosangela da Silva Santos**, do GT UPAs,
1359 para apresentação das conclusões do Grupo de Trabalho de Unidades de Pronto Atendimento – UPA.
1360 Conselheira **Rosangela da Silva Santos** iniciou a sua exposição lembrando que o GT foi constituído
1361 com o objetivo de subsidiar o Conselho Nacional de Saúde no que tange à avaliação da Portaria GM
1362 nº 1.020, de 13 de maio de 2009. No mais, informou que, após a apresentação ao Pleno, será
1363 realizada nova reunião do GT com a representação governamental para alinhar as propostas à
1364 Portaria. Feitas essas considerações, passou a apresentar as sugestões do GT à da Portaria GM nº
1365 1.020/09: § 1º São competências/responsabilidades da UPA: (...); II - acolher os pacientes e seus
1366 familiares sempre que buscarem atendimento na UPA - Proposta: acrescentar: “com a recomendação
1367 de profissional capacitado e com perfil adequado (relações interpessoais e habilidades de
1368 comunicação) que fará este acolhimento”; IV – Proposta: retirar a palavra “estabelecer” e incluir
1369 “estabelecer e adotar protocolos de atendimento clínico, de triagem e de procedimentos
1370 administrativos definidos pelo Ministério da Saúde ou pactuados e adaptados à realidade local”; V -
1371 articular-se com a Estratégia de Saúde da Família, Atenção Básica, SAMU 192, unidades
1372 hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde
1373 do sistema locorregional, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência e
1374 ordenando os fluxos de referência através das Centrais de Regulação Médica de Urgências e
1375 complexos reguladores instalados - Propostas: acrescentar após “unidades hospitalares” o trecho
1376 “com monitoramento contínuo das Centrais de Regulação” e incluir, após “sistema locorregional”,
1377 “devendo ser públicas e, na ausência destas, conveniadas com o SUS”; VI - possuir equipe
1378 interdisciplinar compatível com seu porte – Propostas: acrescentar após “interdisciplinar” o trecho “e
1379 multiprofissional, ressaltando a importância da presença também do assistente social, cirurgião
1380 dentista, enfermeiro, farmacêutico, nutricionista, psicólogo, técnico de enfermagem, técnico de
1381 radiologia e outros” e incluir no final da frase “ou necessidade local”; XIII - prestar apoio diagnóstico
1382 (realização de Raios-X, exames laboratoriais, eletrocardiograma) e terapêutico nas 24 horas do dia –
1383 Proposta: acrescentar ao final da frase “inclusive com assistência farmacêutica”; XV – Encaminhar
1384 para internação em serviços hospitalares os pacientes que não tiverem as suas queixas resolvidas em
1385 24h de observação acima mencionada por meio do complexo regulador – Proposta: manter o prazo
1386 máximo de 24h; XVI - prover atendimento e/ou referenciamento adequado a um serviço de saúde
1387 hierarquizado, regulado e integrado à rede locorregional de urgência a partir da complexidade clínica e
1388 traumática do usuário - Proposta: incluir no final da frase o trecho “com a implantação de um sistema
1389 de acolhimento individual e humanizado, conforme a Política Nacional de Humanização.”; XVII -
1390 contrarreferenciar para os demais serviços de atenção integrantes da rede proporcionando
1391 continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo - Propostas:
1392 incluir a palavra “resolutivo” após “tratamento” e acrescentar após “coletivo” o trecho “sendo
1393 monitorado por um sistema de avaliação através do cumprimento de metas qualitativas e
1394 quantitativas, indicadores de qualidade no atendimento e satisfação do usuário e impactos na rede”.
1395 (Portaria nº 161, de 21/1/2010); XIX - garantir apoio técnico e logístico para o bom funcionamento da
1396 Unidade - Proposta: acrescentar ao final da frase o trecho “assumindo diretamente o gerenciamento
1397 público das UPA, dentro dos parâmetros da legislação vigente”; Acrescentar um novo item (XX) nos

1398 seguintes termos: "Garantir capacitação prévia, promovida e custeada integralmente pelo gestor e
1399 especifica da área de urgência e emergência a todos os profissionais envolvidos diretamente ao
1400 atendimento do paciente"; § 2º - As UPAs são classificadas em três (3) diferentes portes (...) -
1401 Propostas: Obrigatoriedade de profissional enfermeiro 24h, médicos habilitados em urgências e
1402 trauma e de equipe multiprofissional, de acordo com a necessidade local e Alteração no quadro do §
1403 2º: "Número de atendimentos médicos em 24 horas" - Proposta: acrescentar o termo "referência" após
1404 a palavra "número"; § 2º - A sala de estabilização poderá ser instalada em unidade de menor porte
1405 destinada à interiorização dos cuidados urgentes - Proposta: incluir ao final do período "sendo
1406 necessária a presença mínima um (a) enfermeiro e um (a) médico (a) previamente treinados e
1407 habilitados"; § 2º - Na eventualidade de as propostas apresentadas pelos gestores serem maiores que
1408 o estabelecido no *caput* deste artigo, a diferença deverá correr por conta dos gestores locais, de
1409 acordo com pactuação na CIB - Proposta: incluir ao final do período "e aprovação pelos conselhos de
1410 saúde nos âmbitos municipal e/ou estadual"; Art. 6º - Definir que, para a habilitação aos recursos de
1411 incentivo financeiro de investimento para implantação de UPA e de SE, de que trata o artigo 4º desta
1412 Portaria, os gestores do SUS deverão submeter ao Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção a
1413 Saúde, proposta de implantação dessas unidades - Proposta: acrescentar ao final da frase "com a
1414 aprovação dos conselhos de saúde no âmbito municipal e/ou estadual"; I - o compromisso formal do
1415 respectivo gestor de prover a UPA e/ou a SE com equipe horizontal de gestão da unidade, sendo de
1416 responsabilidade dos gestores a definição de estratégias que visem garantir retaguarda médica, de
1417 enfermagem nas 24 horas e de pessoal técnico e de apoio administrativo, possibilitando o primeiro
1418 atendimento/estabilização a pacientes acometidos por qualquer tipo de urgência - Propostas:
1419 acrescentar a palavra "pública" após "gestão" e "públicos" após "gestores"; IV - A demonstração de
1420 cobertura da estratégia da Estratégia de Saúde da Família de no mínimo na área de abrangência de
1421 cada UPA - Propostas: acrescentar "e/ou unidades básicas de saúde", incluir mínimo de 70% e
1422 exclusão da última frase "ou apresentação de plano do respectivo compromisso de implantação dessa
1423 cobertura no prazo máximo de dois anos"; X - Declaração do gestor local ; § 3º Uma vez elaborada e
1424 devidamente instruída conforme o estabelecido no parágrafo imediatamente anterior, a proposta deve
1425 ser submetida à apreciação dos Colegiados de Gestão Regional - CGR, se houver, da CIB, para
1426 avaliação e aprovação - Proposta - Acrescentar: "e dos conselhos de saúde no âmbito municipal e/ou
1427 estadual," após "da CIB"; § 4º - A complementação dos recursos necessários ao custeio das unidades
1428 é de responsabilidade dos Estados, do Distrito Federal e do Municípios, em conformidade com a
1429 pactuação estabelecida na respectiva CIB e deverá estar expressa nas propostas enviadas ao
1430 Ministério da Saúde - Proposta: acrescentar "solidária" após "responsabilidade". Apresentadas as
1431 sugestões do GT, apresentou os comentários finais do GT que são os seguintes: 1) respeitar as
1432 realidades locais e epidemiológicas para estabelecer as condições físicas e as necessidades
1433 estruturais das UPA, com aprovação prévia de todos os projetos por parte dos órgãos competentes
1434 (como a VISA Local); 2) destacar o papel dos conselhos municipais e/ou estaduais e a
1435 corresponsabilidade de seus(suas) conselheiros(as) na aprovação prévia do projeto, bem como, no
1436 monitoramento e avaliação do serviço prestado nas UPA; 3) Ministério da Saúde e gestores
1437 responsáveis pelas UPAs devem esclarecer e divulgar à população a função e o perfil de atendimento
1438 das UPAs (exclusivo de urgência e emergência) para público em geral e classificação de risco para
1439 usuários e trabalhadores da unidade; 4) quanto ao perfil dos profissionais das UPAs, entende-se que:
1440 a) as UPAs devem ter uma equipe multiprofissional, capacitada e qualificada previamente em
1441 urgências e trauma; e b) recomenda-se a presença de um cirurgião dentista às unidades de porte III,
1442 para o devido atendimento de situações de urgência e emergência na saúde bucal; 5) quanto ao
1443 atendimento dos usuários nas UPAs: a) a logística de um atendimento digno e humano deve ser uma
1444 constante nas UPAs; b) deve ser observada a questão da acessibilidade dos usuários com
1445 deficiências física e múltiplas, mobilidade reduzida, idosos e obesos nas unidades e fazer as devidas
1446 adequações quando necessárias; e c) estabelecer uma prática contínua e acessível de comunicação
1447 sobre os critérios, fluxo e especificidades do atendimento de urgência e emergência nas UPAs,
1448 garantindo a eficácia e resolutividade dos serviços prestados; e 6) Quanto à prática de terceirização
1449 das UPA - apesar da frequente argumentação de alguns gestores sobre a diferenciação do padrão de
1450 qualidade dos serviços terceirizados em relação ao público, conclui-se que: a) o CNS tem posição
1451 contrária sobre a prática de modelos de gestão terceirizados de unidades públicas de saúde, conforme
1452 Resolução CNS OSCIPS/2004; b) as UPA devem ter gestão pública e oferecer um atendimento de
1453 melhor qualidade, resolutivo e padronizado; e c) o Ministério da Saúde deve iniciar processo de
1454 suspensão paulatina e gradativa dos repasses referentes ao custeio mensal das UPAs que não
1455 estejam sob gestão pública, em adequação à legislação vigente. Por fim, destacou alguns dos dados
1456 complementares apresentados pelo GT: Total de Habilidades ocorridas pela Portaria = 471 UPAs;
1457 Habilidades com devolução do recurso = 9 UPAs; Saldo de Habilidades = 462 UPAs; habilitações
1458 mais avançadas: MG, RJ e SP; Investimento para as 462 UPAs = R\$ 898.800.000,00; Custeio para as

1459 462 UPAs = R\$ 932.400.000,00; em trâmite para Portaria de habilitação: 16 UPAs; e UPAs em
1460 funcionamento no Brasil: destaque para Pernambuco (14 UPAs), São Paulo (14 UPAs) e Rio de
1461 Janeiro (43 UPAs). **Manifestações.** Conselheiro **Luís Eugênio de Souza** cumprimentou o GT pelo
1462 trabalho e apresentou as seguintes sugestões: slide 7 – no trecho “compatível com seu porte ou
1463 necessidade local” substituir “ou” por “e; e slide 13 – acrescentar “ou indiretamente” após “direta”.
1464 Também perguntou os motivos da inclusão de apenas três exames (slide) e ressaltou que, para
1465 garantir pronto atendimento 24h, será necessária estrutura adequada. Conselheira **Eliane Aparecida**
1466 **da Cruz** fez a seguinte questão de ordem: que o debate ocorra com base na apresentação feita na
1467 última reunião e na minuta de resolução, uma vez que o Pleno terá até a próxima reunião para avaliar
1468 as sugestões do GT. Conselheira **Jurema Werneck** recuperou que o debate deveria focar-se na
1469 apresentação feita na última reunião do CNS, tendo em vista que o Plenário não deliberaria naquele
1470 momento sobre as sugestões do GT UPAs. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** sugeriu que o
1471 Secretário da SAS/MS, **Helvécio Miranda Magalhães Júnior**, fizesse considerações sobre o tema. A
1472 Secretaria-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, sugeriu que fosse feita a
1473 apresentação da proposta de resolução, que é resultado da apresentação feita na última reunião do
1474 CNS. Contudo, a mesa acatou o encaminhamento do Conselheiro **Jorge de Almeida Venâncio** de
1475 garantir a fala dos inscritos e apresentar a resolução ao final. Conselheira **Nildes de Oliveira**
1476 **Andrade** sugeriu que no item V (slide 25) fosse contemplada “alimentação adequada aos usuários
1477 com necessidades especiais durante o atendimento nas UPAs”. Conselheiro **Jorge de Almeida**
1478 **Venâncio** destacou a gravidade da situação relativa aos acidentes de trânsito no país e sugeriu
1479 separar os casos de acidentes desse tipo relacionados ao trabalho, pois esta situação merece
1480 tratamento diferenciado. Citou, por exemplo, a situação dos motoristas de caminhão, na maioria
1481 autônomos, que trabalham sem limite de horas, visto que não há legislação específica sobre a jornada
1482 de trabalho. Diante da gravidade da situação, disse que foi constituído GT e há acordo sobre a
1483 necessidade de intervenção legislativa e definição de responsabilidade compartilhada
1484 (motorista/contratante) para resolver a situação. Conselheira **Marisa Furia Silva** destacou que as
1485 unidades de urgência e emergência devem ser equipadas com aparelho de ultrassom e os
1486 trabalhadores das unidades devem ser preparados para atender as pessoas com deficiência que
1487 precisam de tratamento diferenciado. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** informou que, para
1488 subsidiar o debate, fora disponibilizada aos conselheiros a nota técnica da SAS sobre urgência e
1489 emergência, apresentada na última reunião do CNS. Lembrou que as Unidades de Pronto
1490 Atendimento é parte da Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências e visam garantir o
1491 atendimento aos usuários com quadros agudos e de risco, nas primeiras 24 ou 48 horas, para, em
1492 seguida, se for o caso, fazer a transferência para hospital, leito de retaguarda, etc. Esclareceu ainda
1493 que urgência e emergência refere-se ao momento em que ocorre o evento e a UPA não é equipada,
1494 por exemplo, com ultrassom. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** começou a sua fala destacando o
1495 consenso de que o tema urgência e emergência envolve ações intersetoriais. Disse que a
1496 municipalização é importante, mas tem ocorrido desresponsabilização acerca do financiamento e os
1497 municípios estão sobrecarregados com a questão do financiamento, força de trabalho e estruturação
1498 da rede. Além disso, salientou que a autonomia dos entes federados não pode significar ausência de
1499 regras. Ressaltou que em nome da municipalização (desresponsabilização) e autonomia dos entes
1500 federados têm sido cometidos equívocos na estrutura da rede do SUS. Um desses equívocos são
1501 políticas positivas, mas que se perdem por conta da verticalização, da desresponsabilização e da
1502 exagerada autonomia do ente federado, como é o caso do PSF, e o que começa a ocorrer com as
1503 UPAs e o SAMU. Destacou, por exemplo, que em muitos locais o SAMU passou a ser o único e
1504 exclusivo serviço de urgência e emergência. Ressaltou que é hora do Ministério da Saúde resolver o
1505 problema da carência de leitos de UTI, com rede própria. Sobre as UPAs, avaliou como excelente o
1506 trabalho do Grupo e salientou que essas Unidades estão substituindo os serviços instalados,
1507 passando a ser a única porta de entrada do Sistema. **Retorno da mesa.** O Secretário da SAS/MS,
1508 **Helvécio Miranda Magalhães Júnior**, ressaltou que é preciso reconhecer os avanços alcançados
1509 com as UPAs e com o SAMU, o que não significa desconsiderar os problemas. Ressaltou que é
1510 preciso aprofundar o debate e a implantação de redes regionais de saúde e pactuar as
1511 responsabilidades de cada ente e divulgá-las, fiscalizando a implementação do pacto firmado. Nessa
1512 linha, disse que o Ministério da Saúde está pactuando diretrizes gerais com Estados e Municípios e
1513 acompanhá-los o desenvolvimento nas regiões do país. Ressaltou ainda que a regulação é de dupla
1514 responsabilidade – municípios e estados - e não há hierarquia entre os entes. Lembrou que, conforme
1515 apresentara na última reunião do CNS, há vários componentes de uma proposta de Rede de Atenção
1516 à Saúde no campo da urgência e emergência – promoção da saúde, prevenção de agravos, doenças
1517 crônicas, acidentes e violências. Explicou que o Ministério da Saúde assinou o Pacto da Redução dos
1518 Agravos visando à redução dos acidentes de trânsito, com foco nos caminhoneiros e motociclistas e
1519 destacou que essa é uma questão que precisa de acompanhamento do CNS. Por fim, destacou que

1520 não há contradição acerca das propostas do GT, portanto, serão acatadas pelo Ministério da Saúde.
1521 **Manifestações.** Conselheiro **Volmir Raimondi** colocou em sua avaliação que as UPAs serão mais
1522 um espaço físico com acúmulo de pessoas reclamando por falta de atendimento. Citou a situação do
1523 município onde reside - pessoas que não conseguem atendimento nas unidades básicas de saúde
1524 buscam o pronto atendimento 24h – e ressaltou que é preciso refletir se é um equívoco ter uma UPA
1525 próxima a hospital. Também frisou ser necessário pensar na criação de espaços individualizados de
1526 atendimento, porque, muitas vezes, os usuários não sabem onde buscar atendimento. Conselheiro
1527 **Clóvis Boufleur** relatou o caso ocorrido em unidade mista de atendimento no Distrito Federal, durante
1528 o jogo do Brasil, em que três médicos de plantão deixaram de atender as crianças da urgência e
1529 emergência para assistir ao jogo. Ao reclamar da situação, a responsável pela criança foi ofendida e
1530 houve demora na administração do medicamento para a criança. Destacou que esse não é um fato
1531 isolado e situações semelhantes podem estar ocorrendo em outras cidades. Nesse sentido, ressaltou
1532 que é preciso investir na estrutura da rede, na organização e na gestão, mas também construir uma
1533 consciência de saúde. Também destacou que as mudanças na emergência devem ser acompanhadas
1534 com informação e educação à população. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** avaliou que as
1535 UPAs devem ser parte de uma rede integrada e regionalizada e concordou que a população buscará o
1536 local com melhor estrutura e capacidade de resposta para sua demanda. Nesse sentido, destacou que
1537 o desafio é implementar as ações de urgência e emergência e, ao mesmo tempo, estruturar a unidade
1538 básica de saúde. Concordou que há municípios sobrecarregados, mas lembrou que há outros que não
1539 investem o definido pela legislação e aguardam o repasse de recursos federais. Também destacou a
1540 defasagem entre a equipe de atendimento e o administrativo e enfatizou que muitos dos problemas
1541 não se resolvem apenas com Portaria. Conselheira **Lígia Bahia** começou a sua fala registrando a
1542 confiança da comunidade científica na gestão da Política pelo Secretário **Helvécio Miranda** e sua
1543 equipe e avaliando que a resolução do CNS sobre o tema deve ser na lógica do controle da política –
1544 fiscalizar, por exemplo, se os leitos de CTI estão em funcionamento e sendo utilizados pelo SUS.
1545 Também salientou que é preciso experimentar outros modelos de atenção nas UPAs. Conselheiro
1546 **Arilson Cardoso** ressaltou que a atenção básica de qualidade é essencial para garantir a rede de
1547 urgência e emergência desejável. Portanto, a unidade básica de saúde deve estar equipada para
1548 resolver os problemas da urgência básica, evitando que estes cheguem à Unidade de Pronto
1549 Atendimento. Destacou que o acolhimento precisa ser trabalhado em todas as áreas do Sistema, com
1550 foco na urgência e emergência. Sobre o financiamento, disse que 95% dos municípios aplicam mais
1551 de 15% do seu orçamento e esses entes necessitam de recurso para custear o atendimento e pronto
1552 atendimento de qualidade. Também destacou que é preciso trabalhar a formação da gestão e
1553 estruturação de rede e, por outro lado, não se deve desarticular as Unidades de Pronto Atendimento
1554 pela necessidade do custeio. Conselheiro **Geraldo Alves Vasconcelos** explicou que, segundo
1555 pesquisa, 7% das urgências e emergências são na área de odontologia, portanto, estranhou a
1556 ausência do cirurgião dentista nas equipes das UPAs. Além disso, ressaltou que no projeto das UPAs,
1557 na área de equipamentos de odontologia para a Unidade tipo III, falta o raio x odontológico.
1558 Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares** destacou que a universidade deve envolver-se nesse
1559 processo a fim de preparar os médicos para atuar na urgência e emergência. Também ressaltou a
1560 importância de acolhimento, com classificação de risco e resolutividade. Por fim, cumprimentou o
1561 Grupo do CNS pelo trabalho e manifestou apoio às propostas. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz**
1562 destacou que há experiências importantes no âmbito do SUS e salientou, em relação à atenção
1563 básica, que “básico” não significa mínimo, mas sim o essencial, a sustentação do conjunto das ações.
1564 Também explicou que a proposta de resolução foi elaborada pela representação do Ministério da
1565 Saúde, mas poderia ser ampliada no sentido de contemplar a questão da fiscalização. Desse modo,
1566 convidou a Conselheira Lígia Bahia para auxiliar na reconstrução do texto da minuta. Por fim, lembrou
1567 que, excepcionalmente, o CNS traz Portaria para debate e, nesse sentido, sugeriu que as sugestões,
1568 a exemplo das colocadas pelo GT, sejam apresentadas no formato de resoluções e recomendações
1569 do CNS. **Retorno da mesa.** Conselheira **Rosangela da Silva Santos** reiterou que o GT se reunirá
1570 mais uma vez para concluir o relatório e contemplará informações acerca da função das UPAs. Disse
1571 que o Grupo irá rever a questão administrativa que está na linha da humanização e do acolhimento.
1572 Também manifestou preocupação com a dificuldade de diagnóstico nas UPAs, com o atendimento das
1573 pessoas com doenças crônicas e com deficiências e com o atendimento do SAMU. Salientou ainda
1574 que é vital definir um canal de comunicação por meio dos conselhos de saúde e garantir o
1575 monitoramento desses serviços também pelos conselhos. Por fim, ponderou sobre a possibilidade de
1576 obrigatoriedade de exames antidoping para as profissões de riscos, que têm impacto nas urgências e
1577 emergências (motoristas de caminhões, por exemplo). Conselheiro **Helvécio Miranda Magalhães**
1578 **Júnior**, Secretário da SAS/MS, declarou não ter discordância com as questões colocadas e salientou
1579 que, de algum modo, as preocupações estão contempladas nas diretrizes da Política. Frisou que a
1580 idéia é definir uma rede integral de atenção às urgências e emergência, com definição clara de cada

1581 papel. Avaliou que não há um sistema de informação em urgência e a dificuldade de monitoramento
1582 inicia-se nesse ponto. Nessa linha, concordou em acrescentar na resolução o monitoramento das
1583 ações, por parte do Conselho. Também destacou que foram definidas ações voltadas à formação de
1584 profissionais para urgência e emergência. Reconheceu que as urgências odontologias é um problema
1585 e, por isso, orientou a Coordenação de Saúde Bucal a discutir essa questão. Disse que foi definido
1586 parâmetro geral e incluídas regiões, além de admitir serviços já existentes, adequando-os, quando
1587 necessário e oferecendo condições mínimas de qualidade e financiamento do custeio para evitar
1588 disputas por profissionais da atenção básica. Explicou que há adequações a serem feitas na Portaria,
1589 mas essas questões não seriam tratadas naquele momento. Defendeu a aprovação de uma resolução
1590 que fortaleça a lógica pública de uma rede de urgência e emergência. Por fim, disse que parte das
1591 conquistas do SUS é reduzida por conta da situação das portas de entrada do Sistema, portanto, é
1592 preciso enfrentar essa questão. Encaminhando, conselheira **Jurema Werneck** sugeriu que os
1593 conselheiros com contribuições à resolução sobre o tema se reunissem para redefinir o texto e
1594 apresentá-lo posteriormente. Conselheiro **Luis Eugênio de Souza** apresentou as seguintes
1595 sugestões ao texto da minuta de resolução, que foram acatadas pelo Pleno: no item 1, substituir
1596 “propor” por “aprovar”; no item 2, substituir o verbo por “aprovar”; e no item 3, substituir “propor” por
1597 “determinar e incluir “prestando conta sistematicamente ao Conselho”. **Deliberação: a proposta de**
1598 **resolução sobre a Rede de Urgência e Emergência (RUE) foi aprovada com sugestões.** O texto
1599 **final do resolve é o seguinte:** 1. Aprovar a conformação da Rede de Urgência e Emergência
1600 (RUE) articulada a todas as redes de atenção presentes no território, objetivando ampliar e
1601 qualificar o acesso ágil, integral e humanizado dos usuários em situação de
1602 urgência/emergência nos serviços de saúde. Para tanto, o Ministério da Saúde deverá organizar
1603 o complexo regulador na lógica das redes de atenção à saúde e contratualizar repasses de
1604 reajustes ao investimento e custeio necessários, visto que a integração da RUE a todos os
1605 demais componentes da atenção à saúde torna imperativo articular equipamentos e suas
1606 interfaces nas modalidades de: promoção e prevenção; atenção primária: unidades básicas de
1607 saúde; UPA e outros serviços com funcionamento 24h; SAMU 192; portas hospitalares de
1608 atenção às urgências; enfermarias de retaguarda, unidades de cuidados intensivos e atenção
1609 domiciliar; protocolos e inovações tecnológicas nas linhas de cuidado prioritárias definidas
1610 como prioritárias; 2. Aprovar a criação da Força Nacional de Saúde do Sistema Único de Saúde
1611 (FN-SUS), sob a gestão do Ministério da Saúde. A Força Nacional de Saúde do SUS deverá ser
1612 organizada na lógica de aglutinar esforços para garantir a integralidade da assistência em
1613 situações de risco ou emergenciais a que esteja exposta à população brasileira, e,
1614 especialmente, os povos indígenas e grupos populacionais localizados em território de difícil
1615 acesso, devendo conduzir suas atividades segundo os princípios de equidade, integralidade e
1616 universalidade. A FN-SUS deverá prover resposta rápida e eficiente em situações de
1617 calamidade e urgências específicas em todas as unidades federativas do território nacional e,
1618 extraordinariamente, em outros países, quando sua participação integrar ajuda humanitária que
1619 seja oficialmente solicitada à Presidência da República; e 3. Determinar que o Ministério da
1620 Saúde, no âmbito nacional, e as Secretarias Estaduais e Municipais, no âmbito estadual e
1621 municipal, respectivamente, aprimorem e qualifiquem os mecanismos de controle e
1622 fiscalização para o cumprimento das responsabilidades relacionadas ao desempenho das
1623 unidades integrantes da Rede de Atenção às Urgências. Definido esse ponto, conselheira
1624 **Graciara Matos de Azevedo** fez uso da palavra para solicitar ao Secretário Helvécio Miranda que a
1625 SAS/MS repense o conteúdo e o sentido da Portaria nº 248/11, que institui um GT para elaborar
1626 estudos sobre remuneração dos profissionais médicos no âmbito do SUS. Destacou que essa Portaria
1627 causou estranheza visto que o Sistema não se constrói apenas com um profissional e a remuneração
1628 traz agravantes para todas as categorias profissionais. O Secretário da SAS/MS, **Helvécio Miranda**
1629 **Magalhães Júnior**, explicou que a intenção é obter contribuição mais organizada o que pode ser feito
1630 para todas as categorias no campo da média e alta complexidade. Conselheiro **Francisco Batista**
1631 **Júnior** explicou que a questão é complexa, lembrando que há dificuldade de profissionais
1632 especialistas no SUS, porque estes preferem trabalhar na rede conveniada e privada. Portanto, se o
1633 Ministério da Saúde apontar para o aumento dos procedimentos da tabela a situação se agravará
1634 mais ainda. Considerando essas e outras preocupações, solicitou pauta no CNS para debater a
1635 Portaria da SAS. **Deliberação: pautar debate no CNS da Portaria MS nº. 248/11.** Inversão de pauta.
1636 **ITEM 8 – RESOLUÇÃO CNS Nº. 333/03 - Apresentação:** Conselheiro **Clóvis Adalberto Boufleur**.
1637 **Coordenação:** Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheiro **Clóvis**
1638 **Boufleur** recuperou que, na última reunião, o Pleno avançou até o inciso VI da Terceira Diretriz,
1639 portanto, o debate se iniciaria a partir do inciso VII. Destacou que algumas das sugestões do FENTAS
1640 (em vermelho) foram incorporadas à proposta de texto do GT (em azul). Feitas essas considerações,
1641 passou à leitura da proposta, iniciando pelo inciso VII da terceira diretriz: *Proposta do GT: “VII - A*

1642 participação do Poder Legislativo e Judiciário, como conselheiro, não é permitida nos Conselhos de
1643 Saúde, em face da independência entre os Poderes." *Proposta do FENTAS*: "VII - A participação do
1644 Poder Legislativo e Judiciário ou de seus membros, como conselheiro, não é permitida nos Conselhos
1645 de Saúde, em face da independência entre os Poderes." Conselheiro **Clóvis Boufleur** explicou que a
1646 proposta do FENTAS amplia o leque de restrição e impede, por exemplo, a participação de um
1647 servidor do Judiciário no Conselho. A proposta do GT visa impedir a participação, por exemplo, de
1648 vereadores e juízes nos conselhos. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** esclareceu que, ao propor
1649 o adendo, o FENTAS entendeu que "os membros" são aqueles que representam o Poder Legislativo e
1650 não os servidores. Portanto, é preciso clarificar quem são os "membros do Poder Legislativo e
1651 Judiciário". Conselheiro **Nelson Mussolini** sugeriu a inclusão do termo "eleitos" passando o texto a ter
1652 a seguinte redação: "(...) membros eleitos do Poder Legislativo (...)" Conselheiro **Clóvis Boufleur**
1653 destacou que era necessário incluir também o Ministério Público. Conselheiro **Júlio César Caetano**
1654 perguntou, por exemplo, se um vereador, cuja participação no conselho não é permitida, poderia
1655 indicar um assessor para representá-lo no conselho. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** explicou
1656 que é impossível impedir conflito de interesses desse tipo. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz**
1657 explicou que não é cabível a participação dos Poderes Judiciário e Legislativo nos conselhos porque
1658 estes são órgãos do Executivo. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** explicou que o debate refere-
1659 se à inclusão do adendo "ou de seus membros". Conselheira **Lígia Bahia** explicou que, segundo o
1660 conceito da democracia participativa, os conselhos não pertencem a nenhum dos três Poderes. Feita
1661 essa consideração, pontuou três temas polêmicos que merecem debate aprofundado: o CNS é um
1662 órgão de gestão do MS?; Os usuários podem ou não representar trabalhadores da saúde?; e é
1663 importante a participação de representantes das entidades médicas no CNS. Conselheiro **Francisco**
1664 **Batista Júnior**, primeiro, clarificou que as entidades integrantes do CNS entendem que é importante a
1665 participação das entidades médicas no CNS, mas, apesar dos esforços do Conselho, as entidades se
1666 recusaram a participar do processo eleitoral desse colegiado. Também relembrou que o Plenário
1667 decidiu reformular a Resolução nº 333/03 e submetê-la à consulta pública, para, em seguida, tomar
1668 posição final sobre o documento. Sobre o inciso VII, avaliou que uma redação capaz de impedir a
1669 participação nos conselhos de membros eleitos do Poder Legislativo - vereadores, deputados,
1670 senadores, Judiciário - juízes, desembargadores e Ministério Público – promotores seria a mais viável.
1671 Conselheiro **Luís Eugênio de Souza** ponderou que é impossível definir uma norma que resolva todos
1672 os problemas concretos do dia a dia. No caso dos conselhos de saúde, destacou que qualquer
1673 cidadão pode ser conselheiro, portanto, o que se deve impedir é representação do Legislativo e
1674 Judiciário no Conselho. Conselheiro **Nelson Mussolini** clarificou que a intenção é impedir a afronta ao
1675 princípio Constitucional da independência entre os Poderes (interferência de um Poder no outro), o
1676 que não significa proibir a participação. Citou, por exemplo, que um vereador pode afastar-se do cargo
1677 para o qual foi eleito para compor o conselho de saúde de seu Município. Conselheira **Ruth Ribeiro**
1678 **Bittencourt** recuperou que os conselhos são canais que permitem à sociedade influir na gestão das
1679 políticas públicas e salientou que é preciso impedir a justaposição de poderes. Conselheiro **Francisco**
1680 **Batista Júnior** ressaltou que esse debate ocorre nos municípios e o CNS é cobrado para dar uma
1681 resposta. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** destacou que os conselhos têm o papel de
1682 democratizar as ações do Estado e se localizam na esfera do Poder Executivo, o que não significa
1683 que estão subordinados a esse Poder. Disse que acompanhou situações em que, para aprovar a
1684 criação de conselhos em municípios, era preciso destinar vagas para vereadores, tendo em vista a
1685 disputa entre conselho e Poder Legislativo. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** explicou que o
1686 debate justificava-se por demandas de conselhos municipais de saúde que se sentiam prejudicados
1687 com a intervenção de membros do Poder Legislativo, principalmente, nos conselhos de saúde,
1688 portanto, o CNS deve manifestar-se sobre essa questão. Conselheira **Lígia Bahia** destacou que os
1689 conselhos municipais são açodados por tentativas de cooptação o que prejudica a atuação desses
1690 órgãos do controle social. Contudo, ponderou que a norma não resolverá esse problema porque se
1691 refere à correlação de forças. No mais, colocou o entendimento que o CNS não deve tomar para si a
1692 tarefa de instituir conselhos municipais, porque isso burocratizaria o Conselho. Como
1693 encaminhamento, sugeriu excluir "em face da independência entre os Poderes" por entender que
1694 impede a condição de ser da democracia participativa. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** explicou
1695 que "em face da independência entre os Poderes" justifica-se por se tratar de uma federação.
1696 Conselheiro **Francisco Batista Júnior** clarificou que é tarefa do CNS aprovar resolução sobre a
1697 organização e funcionamento dos conselhos, o que não significa intervenção na autonomia dos
1698 conselhos estaduais e municipais de saúde. **Deliberação: após essas considerações, a mesa**
1699 **apresentou a seguinte proposta de redação, que foi aprovada pelo Plenário: "VII - A**
1700 **participação dos membros eleitos do Poder Legislativo, representação do poder Judiciário e do**
1701 **Ministério Público, como conselheiro, não é permitida nos Conselhos de Saúde, em face da**
1702 **independência entre os Poderes".** Na conclusão do texto, será feita consulta ao setor jurídico sobre

1703 a proposta de excluir “em face da independência entre os Poderes” e, caso não haja prejuízo, o trecho
1704 será retirado. Seguindo, conselheiro **Clóvis Boufleur** fez a leitura do inciso VIII (proposta de redação
1705 do GT com acréscimo do FENTAS): “Quando não houver Conselho de Saúde constituído ou em
1706 atividade no município, caberá ao Conselho Estadual de Saúde assumir, junto ao executivo municipal,
1707 a convocação e realização da Conferência Municipal de Saúde, que terá como um de seus objetivos a
1708 estruturação e composição do conselho. O mesmo será atribuído ao CNS, quando não houver
1709 Conselho Estadual de Saúde constituído ou em funcionamento.” Segundo o conselheiro, este item
1710 visa evitar eventuais impasses, visto que há conselhos municipais instituídos em todos os municípios
1711 do país, mas estes podem ser suspensos. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** explicou que,
1712 nesse caso, deverá haver recomendação aos conselhos estaduais para que considerem a mesma
1713 referência no seu regulamento a fim de que as condições sejam válidas. Conselheira **Eliane**
1714 **Aparecida da Cruz** ressaltou que é preciso considerar no debate que a Resolução, apesar da sua
1715 legitimidade, não é uma lei. Conselheiro **Júlio César Caetano** destacou que as resoluções do CNS,
1716 apesar de não serem leis, devem ser cumpridas. No caso da Resolução 333/03, frisou que se trata de
1717 um referencial de organização e funcionamento dos conselhos de saúde. Também disse que
1718 conselheiro de saúde não pode ocupar mandato eletivo. Conselheiro **Clóvis Boufleur** destacou que o
1719 CNS deveria seguir a apreciação do texto, considerando que a resolução se trata de um instrumento
1720 normativo e houve acordo sobre esse mérito. **Deliberação: no caso do inciso VIII, o Pleno aprovou**
1721 **a proposta de redação apresentada:** “Quando não houver Conselho de Saúde constituído ou
1722 em atividade no município, caberá ao Conselho Estadual de Saúde assumir, junto ao
1723 executivo municipal, a convocação e realização da Conferência Municipal de Saúde, que terá
1724 como um de seus objetivos a estruturação e composição do conselho. O mesmo será atribuído
1725 ao CNS, quando não houver Conselho Estadual de Saúde constituído ou em funcionamento.”
1726 Seguindo, Conselheiro **Clóvis Boufleur** fez a leitura do item IX (proposta de redação do GT com
1727 acréscimo do FENTAS): “As funções de membro do conselho de saúde não serão remuneradas,
1728 considerando-se o seu exercício de relevante serviço público e, portanto, garante sua dispensa do
1729 trabalho sem prejuízo para o conselheiro. Para fins de justificativa junto aos órgãos, entidades
1730 competentes e instituições, o conselho de saúde emitirá declaração de participação de seus
1731 membros durante o período de reuniões, representações, capacitações e outras atividades
1732 específicas.” O conselheiro esclareceu que este item estava contemplado no texto da Resolução e a
1733 proposta do GT foi ampliá-lo. **Deliberação: não havendo manifestações contrárias, o plenário**
1734 **aprovou a proposta de redação do item IX:** “As funções de membro do conselho de saúde não
1735 serão remuneradas, considerando-se o seu exercício, de relevância pública e, portanto,
1736 garante sua dispensa do trabalho sem prejuízo para o conselheiro. Para fins de justificativa
1737 junto aos órgãos, entidades competentes e instituições, o conselho de saúde emitirá
1738 declaração de participação de seus membros durante o período de reuniões, representações,
1739 capacitações e outras atividades específicas.” Continuando, fez a leitura do item X: “O conselheiro,
1740 no exercício de sua função, responde pelos seus atos conforme legislação vigente”. **Deliberação: não**
1741 **havendo manifestações contrárias, o plenário aprovou a proposta de redação do item X-** “O
1742 **conselheiro, no exercício de sua função, responde pelos seus atos conforme legislação**
1743 **vigente”**. Concluída a apreciação dessa parte, passou ao capítulo “Da estrutura e funcionamento dos
1744 conselhos de saúde”, quarta diretriz: “Os Governos garantirão autonomia administrativa para o pleno
1745 funcionamento do Conselho de Saúde, participação tripartite na dotação orçamentária, bem como a
1746 organização da secretaria executiva com a necessária estrutura administrativa: I – Cabe ao
1747 Conselho de Saúde deliberar em relação à sua estrutura administrativa e o quadro de pessoal.”
1748 Conselheiro **Nelson Mussolini** sugeriu substituir “Os governos” por “As três esferas de Governo”.
1749 Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** sugeriu excluir a expressão “participação tripartite”, porque
1750 poderia gerar dúvidas. **Deliberação: aprovada a seguinte redação para a Quarta Diretriz:** “As três
1751 **Esferas de Governo garantirão autonomia administrativa para o pleno funcionamento do**
1752 **Conselho de Saúde, na dotação orçamentária, bem como a organização da secretaria**
1753 **executiva com a necessária estrutura administrativa”**. Em relação ao item, foi aprovada a
1754 **redação sem alterações:** “I – Cabe ao Conselho de Saúde deliberar em relação à sua estrutura
1755 **administrativa e o quadro de pessoal.”** Dando sequência, Conselheiro **Clóvis Boufleur** fez a leitura
1756 dos itens II e III da quarta diretriz: Inciso II – *Proposta do FENTAS*: “II - As formas de estruturação
1757 interna do Conselho de Saúde voltadas para a coordenação e direção dos trabalhos, deverão garantir
1758 a funcionalidade na distribuição de atribuições entre conselheiros e servidores, fortalecendo o
1759 processo democrático, no que evitará qualquer procedimento que crie hierarquia de poder entre
1760 conselheiros ou permita medidas tecnocráticas no seu funcionamento.” *Proposta do GT*: Inciso II “O
1761 conselho de saúde contará com uma secretaria executiva para o suporte técnico-administrativo.”
1762 Inciso III – *Proposta do FENTAS*: “III – O conselho de saúde contará com uma secretaria executiva
1763 para o suporte técnico-administrativo, subordinada ao Plenário do Conselho de Saúde, que definirá

1764 sua estrutura e dimensão". **Deliberação:** aprovada a exclusão do inciso II "As formas de
1765 estruturação interna do Conselho de Saúde voltadas para a coordenação e direção dos
1766 trabalhos, deverão garantir a funcionalidade na distribuição de atribuições entre conselheiros e
1767 servidores, fortalecendo o processo democrático, no que evitará qualquer procedimento que
1768 crie hierarquia de poder entre conselheiros ou permita medidas tecnocráticas no seu
1769 funcionamento." e a redação do inciso III "O conselho de saúde contará com uma Secretaria-
1770 Executiva para o suporte técnico-administrativo, subordinada ao Plenário do Conselho de
1771 Saúde, que definirá sua estrutura e dimensão". Nesse ponto, será necessário renumerar os
1772 incisos. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** perguntou o significado de "o CNS definirá a
1773 estrutura e a dimensão da Secretaria-Executiva do CNS". Conselheiro **Clóvis Boufleur** explicou que o
1774 CNS deve referendar a indicação para a Secretaria-Executiva do CNS, feita pelo Ministro da Saúde, e
1775 definir o seu formato e dimensão, conforme prevê o Regimento Interno. Conselheiro **Fernando Luiz**
1776 **Eliotério** retornou ao inciso IX da terceira diretriz para apresentar a ponderação da Conselheira
1777 Sandra Régis, enviada por meio eletrônico, de que a participação nas reuniões do CNS não abonam
1778 as faltas em cursos. Conselheiro **Clóvis Boufleur** explicou que essa questão fora tratada
1779 anteriormente e o Conselho fora esclarecido que não há legislação que regulamenta a função de
1780 conselheiro do ponto de vista de relevância pública. Explicou que hoje é feita negociação entre
1781 empregadores e empregados, visto que não há exigência legal. Conselheira **Ruth Ribeiro**
1782 **Bittencourt** sugeriu que a Mesa Diretora do CNS faça um levantamento da legislação existente a
1783 esse respeito e apresente uma proposta. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** explicou que a
1784 legislação atual é insuficiente, em muitos casos, para garantir a liberação dos conselheiros.
1785 **Deliberação:** acordou-se que a Mesa Diretora do CNS promoverá debate sobre a liberação dos
1786 conselheiros para participar das atividades do CNS, considerando tratar-se de uma função de
1787 relevância pública. Continuando, Conselheiro **Clóvis Boufleur** fez a leitura dos incisos IV e V.
1788 **Deliberação:** não havendo destaques, a redação dos incisos foram aprovadas: "IV - O Conselho
1789 de Saúde decide sobre o seu orçamento; e V - O Plenário do Conselho de Saúde que se reunirá,
1790 no mínimo, a cada mês e, extraordinariamente, quando necessário, funcionará com base em
1791 seu Regimento Interno. A pauta e o material de apoio às reuniões devem ser encaminhados aos
1792 conselheiros com antecedência mínima de 10 (dez) dias." **CONSELHEIRO CLÓVIS BOUFLEUR**
1793 CONTINUOU COM A LEITURA DOS INCISOS SEGUINtes, TENDO SIDO APROVADOS, NOS TERMOS PROPOSTOS:
1794 INCLUSÃO DE NOVO INCISO COM A REDAÇÃO: "As reuniões plenárias dos conselhos de saúde são
1795 abertas ao público e deverão acontecer em espaços e horários que possibilitem a participação
1796 da sociedade" (é preciso renumerar); "VI - O Conselho de Saúde exerce suas atribuições
1797 mediante o funcionamento do Plenário, que, além das comissões intersetoriais, estabelecidas
1798 na Lei nº 8.080/90, instalará outras comissões intersetoriais e grupos de trabalho de
1799 conselheiros para ações transitórias. As comissões poderão contar com integrantes não
1800 conselheiros.;" e "VII - O Conselho de Saúde constituirá uma Mesa Diretora, respeitando a
1801 paridade expressa nesta Resolução, eleita em Plenário." Conselheira **Maria do Espírito Santo**
1802 **Tavares** explicou que os funcionários públicos federais do Ministério da Saúde, como era o seu caso,
1803 não recebem a diária paga pelo CNS e essa limitação prejudica a atuação desses conselheiros.
1804 **Encaminhamento:** acordou-se que essa situação também será debatida pela Mesa Diretora do
1805 CNS. Segundo, Conselheiro **Clóvis Boufleur** fez a leitura do inciso VIII: "As decisões do Conselho de
1806 Saúde serão adotadas mediante quorum mínimo (metade mais um) dos seus integrantes, ressalvados
1807 os casos regimentais em que se exija quorum especial, ou maioria qualificada de votos: a) entende-se
1808 por maioria simples o número inteiro imediatamente superior à metade dos membros presentes; b)
1809 entende-se por maioria absoluta o número inteiro imediatamente superior à metade de membros do
1810 conselho; e c) entende-se por maioria qualificada 2/3 (dois terços) do total de membros do conselho."
1811 **Deliberação:** a redação do inciso VIII foi aprovada por unanimidade: "VIII - As decisões do
1812 Conselho de Saúde serão adotadas mediante quorum mínimo (metade mais um) dos seus
1813 integrantes, ressalvados os casos regimentais em que se exija quorum especial, ou maioria
1814 qualificada de votos. a) entende-se por maioria simples o número inteiro imediatamente
1815 superior à metade dos membros presentes; b) entende-se por maioria absoluta o número
1816 inteiro imediatamente superior à metade de membros do conselho; e c) entende-se por maioria
1817 qualificada 2/3 (dois terços) do total de membros do conselho. Segundo, fez a leitura do IX,
1818 para o qual não houve destaques, tendo sido aprovado: "IX - Qualquer alteração na
1819 organização dos Conselhos de Saúde preservará o que está garantido em Lei, e deve ser
1820 proposta pelo próprio conselho e votada em reunião plenária, com quorum qualificado, para
1821 ser alterada em seu Regimento Interno e homologada pelo gestor do nível correspondente."
1822 Segundo, leu o inciso X: "A cada três meses, deverá constar dos itens da pauta e assegurado o
1823 pronunciamento do gestor, das respectivas esferas de governo, para que se faça a prestação de
1824 contas, em relatório detalhado, sobre andamento do plano de saúde, agenda de saúde pactuada,

1825 relatório de gestão, dados sobre o montante e a forma de aplicação dos recursos, as auditorias
1826 iniciadas e concluídas no período, bem como a produção e a oferta de serviços na rede assistencial
1827 própria, contratada ou conveniada, de acordo com o art. 12 da Lei n.º 8.689/93, destacando-se o grau
1828 de congruência com os princípios e diretrizes do SUS.” Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** sugeriu
1829 a exclusão do trecho “destacando-se o grau de congruência com os princípios e diretrizes do SUS”.
1830 **Deliberação: aprovada a redação do inciso X com a exclusão do trecho “destacando-se o grau**
1831 **de congruência com os princípios e diretrizes do SUS”.** A redação passa a ser a seguinte: “X -
1832 A cada três meses deverá constar dos itens da pauta e assegurado o pronunciamento do
1833 gestor, das respectivas esferas de governo, para que se faça a prestação de contas, em
1834 relatório detalhado, sobre andamento do plano de saúde, agenda de saúde pactuada, relatório
1835 de gestão, dados sobre o montante e a forma de aplicação dos recursos, as auditorias
1836 iniciadas e concluídas no período, bem como a produção e a oferta de serviços na rede
1837 assistencial própria, contratada ou conveniada, de acordo com o art. 12 da Lei n.º 8.689/93.”
1838 Seguindo, fez a leitura dos incisos XI e XII, aos quais não houve destaques, tendo sido
1839 aprovados nos seguintes termos: “XI - Os Conselhos de Saúde, desde que com a devida
1840 justificativa, buscarão auditorias externas e independentes, sobre as contas e atividades do
1841 Gestor do SUS, ouvido o Ministério Público”. “XII - O Pleno do Conselho deverá manifestar-se
1842 por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos. As resoluções
1843 serão obrigatoriamente homologadas pelo chefe do poder constituído em cada esfera de
1844 governo, em um prazo de 30 (trinta) dias, dando-se-lhes publicidade oficial. Decorrido o prazo
1845 mencionado e não sendo homologada a resolução, nem enviada pelo gestor ao Conselho
1846 justificativa com proposta de alteração ou rejeição a ser apreciada na reunião seguinte, as
1847 entidades que integram o Conselho de Saúde podem buscar a validação das resoluções,
1848 recorrendo, quando necessário, ao Ministério Público.” Continuando, passou ao capítulo “Da
1849 competência dos Conselhos de Saúde”, com a leitura da Quinta Diretriz, que, não havendo
1850 destaques, foi aprovada: “Aos Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais, Municipais e do
1851 Distrito Federal, que têm competências definidas nas leis federais, bem como, em indicações
1852 advindas das Conferências de Saúde, compete:” Nesse ponto, Conselheiro **Francisco Batista**
1853 Júnior, considerando que fora disponibilizado prazo para análise e envio de contribuições à proposta
1854 de Resolução, sugeriu que fosse feita a leitura e apreciação dos itens que tiveram contribuições dos
1855 conselheiros. A proposta foi acatada. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** fez uso da palavra
1856 para solicitar a flexão de gênero no texto da Resolução. A sugestão foi acatada. Seguindo,
1857 Conselheiro **Clóvis Boufleur** apresentou a proposta de inclusão de novo inciso na quarta diretriz nos
1858 seguintes termos: “Anualmente, deliberar sobre a aprovação ou não do relatório de gestão”.
1859 **Deliberação: não havendo destaques, o Plenário aprovou a proposta de incluir novo inciso na**
1860 **quarta diretriz com a redação sugerida.** Na sequência, após a leitura, o Plenário aprovou o
1861 inciso XI: “Avaliar e deliberar sobre contratos, consórcios e convênios, conforme as diretrizes
1862 dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais.”, que fora aprovado
1863 sem destaques; e a inclusão de novo inciso com a redação “Acompanhar e controlar a atuação
1864 do setor privado na área de saúde, credenciado mediante contrato ou convênio.” Continuando,
1865 fez a leitura do inciso XIV: “Fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação
1866 de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os transferidos e próprios do Município, Estado,
1867 Distrito Federal e da União, com base na Emenda Constitucional nº 29 de 13/09/2000 e na legislação
1868 vigente sobre o tema”. Conselheiro **Nelson Mussolini** sugeriu a exclusão da expressão “Emenda
1869 Constitucional nº 29 de 13/09/2000”. **Deliberação: aprovada a redação do inciso XIV com a**
1870 **exclusão de “Emenda Constitucional 29 de 13/09/2000”, permanecendo o texto da seguinte**
1871 **maneira: “XIV - Fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de**
1872 **recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os recursos transferidos e próprios do**
1873 **Município, Estado, Distrito Federal e da União, com base na legislação vigente sobre o tema”.**
1874 Continuando, apresentou a redação para o inciso XV: “Analizar, discutir e aprovar
1875 trimestralmente, o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras,
1876 repassadas em tempo hábil aos conselheiros, com a garantia do devido assessoramento.”, que
1877 **foi aprovada sem destaques.** Seguindo, apresentou o inciso XVI: “Fiscalizar e acompanhar o
1878 desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar os indícios de denúncias aos
1879 respectivos órgãos de controle interno e externo, conforme legislação vigente”. **Deliberação: o inciso**
1880 **XVI foi aprovado com a exclusão de “os indícios”.** A redação passa a ser a seguinte: “XVI -
1881 Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar
1882 denúncias aos respectivos órgãos de controle interno e externo, conforme legislação vigente.”
1883 Continuando, fez a leitura dos incisos XVII e XVIII, que foram aprovados sem destaques: “XVII -
1884 Examinar propostas e denúncias de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas
1885 sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a

1886 **respeito de deliberações do Conselho, nas suas respectivas instâncias"; e "XVIII – Estabelecer**
1887 **a periodicidade de convocação e organizar as Conferências de Saúde, propor sua convocação**
1888 **ordinária e (ou) extraordinária e estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo**
1889 **regimento e programa ao Pleno do Conselho de Saúde correspondente, convocar a sociedade**
1890 **para a participação nas pré-conferências e conferências de saúde.** Continuando, apresentou
1891 duas propostas de redação para o inciso XIX: a) Estimular articulação e intercâmbio entre os
1892 Conselhos de Saúde, movimentos e instituições, para à promoção da Saúde; e b) Estimular
1893 articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde, entidades governamentais, movimentos,
1894 instituições públicas e privadas para à promoção da Saúde. **Deliberação: aprovada a seguinte**
1895 **redação para o item XIX: "Estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde,**
1896 **entidades, movimentos, instituições públicas e privadas para à promoção da Saúde."** Seguindo, submeteu à apreciação a proposta de inclusão de novo inciso com a redação: "Acompanhar
1897 o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica, observados os padrões
1898 éticos compatíveis com o desenvolvimento sócio-cultural do país." **Deliberação: aprovada a**
1899 **proposta de inclusão de novo inciso com a redação sugerida.** Seguindo, leu o inciso XXII: "Apoiar
1900 e promover a educação permanente para o controle social, de acordo com as Diretrizes e a Política
1901 Nacional de Educação Permanente para o Controle social do SUS." Conselheira **Ruth Ribeiro**
1902 **Bittencourt** sugeriu a inclusão de "deliberar" a fim de ampliar o texto. **Deliberação: aprovado o texto**
1903 **com a inclusão de "deliberar e elaborar". O texto passa a ter a seguinte redação: "XXII –**
1904 **DELIBERAR, ELABORAR, Apoiar e promover a educação permanente para o controle social, de**
1905 **acordo com as Diretrizes e a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle social**
1906 **do SUS".** Seguinte, apresentou a proposta de incluir novo inciso com a seguinte redação:
1907 "Incrementar e aperfeiçoar o relacionamento sistemático com os poderes constituídos, Ministério
1908 Público, Judiciário e Legislativo, meios de comunicação, bem como outros setores relevantes, não
1909 representados nos conselhos." **Deliberação: aprovada a inclusão de novo inciso com a redação**
1910 **proposta.** Continuando, apresentou novo inciso com a seguinte redação: "Acompanhar a aplicação
1911 das normas sobre ética em pesquisas envolvendo seres humanos e outras questões no campo da
1912 bioética." Explicou que esta é uma determinação do Regimento Interno do CNS e remete à atribuição
1913 da CONEP. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** sugeriu não incluir este inciso porque não cabe
1914 na Resolução nº 333/03. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** esclareceu que o papel da CONEP
1915 vai além de acompanhar, visto que a Comissão delibera sobre as norma de ética em pesquisa.
1916 Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** avaliou que não se deve tratar da Resolução nº 196/06 na
1917 Resolução nº 333/03. Conselheiro **Clóvis Boufleur** explicou que, na avaliação do GT, seria
1918 necessário incluir um inciso na Resolução nº 333/03 sobre ética em pesquisa, visando envolver os
1919 conselhos municipais no acompanhamento e fiscalização do processo. Consultou se a proposta
1920 "Acompanhar a aplicação das normas do CNS sobre ética" atendia às ponderações colocadas.
1921 Conselheira Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** explicou que participam da CONEP representante
1922 dos usuários e dos trabalhadores e os CEPs estaduais têm a presença de usuário. Defendeu um
1923 inciso na linha do que foi proposto pelo GT. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** apresentou a
1924 seguinte redação: "Acompanhar a aplicação das normas sobre ética em pesquisa aprovadas pelo
1925 CNS". Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** concordou com a sugestão. **Deliberação: aprovada a**
1926 **seguinte redação para o inciso "Acompanhar a aplicação das normas sobre ética em pesquisas**
1927 **aprovadas pelo CNS".** Seguindo, leu o inciso XXIII: "Aprovar, encaminhar e avaliar a Política de
1928 Gestão do Trabalho e Educação para a Saúde no SUS (NOB/RH-SUS)". **Deliberação: aprovado o**
1929 **inciso XXIII com a exclusão de "(NOB/RH-SUS)" e substituição de "aprovuar" por "deliberar".** A
1930 **redação passa a ser a seguinte: "DELIBERAR, encaminhar e avaliar a Política de Gestão do**
1931 **Trabalho e Educação para a Saúde no SUS".** Por último, apresentou a redação do inciso XXIV:
1932 **"Acompanhar a implementação das propostas constantes do relatório das plenárias dos**
1933 **conselhos de saúde.", que fora aprovada.** Concluída a apresentação e apreciação, Conselheiro
1934 **Francisco Batista Júnior** submeteu à votação o texto da Resolução com as modificações feitas pelo
1935 Plenário. **Deliberação: aprovado, com uma abstenção (Conselheiro Francisco Batista Júnior) o**
1936 **texto da Resolução nº 333/03 com as modificações feitas pelo Plenário do CNS.** Após revisão, o
1937 **texto da Resolução será submetido à consulta pública para receber contribuições.** Conselheiro
1938 **Francisco Batista Júnior** declarou que se absteve da votação por discordar da redação do inciso VI
1939 da terceira diretriz, conforme fora aprovado pelo Pleno. Conselheiro **Luís Eugênio de Souza** informou
1940 que participaria de reunião com o Pleno do Conselho Federal de Medicina para discutir a agenda
1941 estratégica para o SUS, na tentativa de mobilizar a categoria para participar da 14ª CNS. Desse modo,
1942 consultou o Plenário sobre a possibilidade de levar a posição do CNS sobre a importância da
1943 participação das entidades médicas no Conselho. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** explicou
1944 que, por ocasião da eleição do CNS, esteve em reunião com as entidades médicas e deixou clara a
1945 posição de que a categoria teria três vagas no CNS – uma de titular e duas de suplente. Contudo, a
1946

1947 representação dos médicos decidiu não participar do processo eleitoral. De todo modo, ressaltou que
1948 o CNS entendia ser importante a participação das entidades médicas no CNS. Conselheira **Ruth**
1949 **Ribeiro Bittencourt** clarificou que não se trata de vaga cativa para as entidades médicas no CNS.
1950 Definido esse ponto, a mesa suspendeu para o almoço. **ITEM 6 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE**
1951 **RECURSOS HUMANOS – CIRH - APROVAÇÃO DE PARECERES DA CIRH** - *Apresentação:*
1952 Conselheira **Ana Estela Haddad**, coordenadora da CIRH/CNS; e Conselheira **Graciara Matos de**
1953 **Azevedo**, da CIRH/CNS. *Coordenação:* Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, da Mesa Diretora do
1954 CNS. A coordenadora da CIRH informou que seria submetido à apreciação do Pleno apenas um
1955 parecer, o que refletia o intenso trabalho da Comissão de análise de passivo de processos. Explicou
1956 que a Comissão está definindo pauta para as próximas reuniões que amplia o debate sobre as
1957 questões relativas à gestão do trabalho e educação na saúde. Também informou que a CIRH/CNS
1958 aprofundará o debate dos objetivos do PPA e do PNS relativos à gestão e regulação do trabalho e
1959 gestão da educação e colocou a Comissão à disposição para trazer esse debate ao Pleno do
1960 Conselho. Por fim, informou que na próxima reunião da Comissão será feito debate sobre serviço civil
1961 em saúde. Conselheiro **José Rubens Rebellato** informou que o MEC passou por reestruturação e a
1962 Diretoria de Regulação, dada a sua amplitude, transformou-se em uma Secretaria. Nesse sentido,
1963 sugeriu que a Secretaria de Regulação e a SESu (titular e suplente, respectivamente, com
1964 possibilidade de revezamento) tivessem representação no CNS por conta da proximidade dos
1965 assuntos e ações. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** sugeriu que o titular e o suplente do MEC,
1966 por residirem em Brasília, participassem das reuniões do CNS. Conselheiro **José Rubens Rebellato**
1967 disse que conversaria com o prof. Paulo Wollinger, da SESu, e traria posição ao CNS. Conselheira
1968 **Graciara Matos de Azevedo**, da CIRH/CNS, explicou que o intenso trabalho da CIRH possibilitou a
1969 emissão de pareceres no prazo e apenas um parecer a ser submetido à apreciação do Pleno. Feitas
1970 essas considerações, passou à apresentação do parecer elaborado pela CIRH: **Referência:** Processo
1971 nº 201015086. **Interessado:** Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Campinas. **Curso:**
1972 Autorização do curso de Medicina. **Parecer:** insatisfatório. **Deliberação:** aprovado o parecer da
1973 **CIRH desfavorável, até que se resolvam as pendências, ao pedido de autorização do curso de**
1974 **Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Campinas.** Conselheira **Dulce**
1975 **Helena Chiaverini** perguntou que espaço os conselheiros terão para discutir no CNS, por meio da
1976 CIRH, a política de formação de pessoal para a saúde. Conselheira **Ana Estela Haddad**,
1977 coordenadora da CIRH/CNS, esclareceu que durante um período a pauta da CIRH no CNS ficou
1978 sobrecarregada pelo acúmulo de processos para análise, destacando, por exemplo, que, em 2010, o
1979 CNS emitiu 700 pareceres. Explicou que o passivo de processos foi resolvido e a Comissão atingiu
1980 uma maturidade na análise dos processos. Assim, desde o início de 2011, a Comissão vem tratando
1981 da temática mais ampla da gestão do trabalho e da educação na saúde. Destacou que na próxima
1982 reunião da CIRH será promovido debate sobre a proposta de serviço civil e a Comissão tem a
1983 expectativa de ampliar a pauta de discussões no CNS. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**
1984 também comunicou que a CIRH integra a comissão organizadora do 4º Seminário Nacional de
1985 Residência Multiprofissional e a intenção é fazer um informe a esse respeito na próxima reunião do
1986 CNS. **ITEM 9 – COMISSÃO ORGANIZADORA DA 14ª CNS – Composição da mesa:** Conselheiro
1987 **Francisco Batista Júnior**; e **Rozângela Fernandes Camapum**, Secretária-Executiva do CNS.
1988 Inicialmente, foram feitos informes sobre a 14ª CNS. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** falou das
1989 conferências municipais de saúde que estavam ocorrendo em todo o país e destacou a de Anápolis,
1990 da qual participara na última semana. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** informou a sua
1991 participação na pré-conferência do segmento dos trabalhadores, em Caxias do Sul, e comunicou que
1992 foram realizadas dezenas de pré-conferências com o segmento dos usuários no Estado. Também disse
1993 que participaria da conferência municipal de saúde de Joinville, no dia 17 de junho e, no dia 10 de
1994 junho, da Sala de Convidados do Canal Saúde, para tratar da 14ª CNS. Conselheiro **Clóvis Boufleur**
1995 aproveitou para formalizar que o relatório das Etapas Municipais deverá conter até sete diretrizes
1996 relacionadas com o eixo da Conferência, podendo cada diretriz conter dez propostas a serem
1997 encaminhadas à etapa estadual. Considerando as dúvidas a esse respeito, solicitou que seja incluída
1998 informação no site da 14ª CNS. A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**,
1999 reiterou a informação que o relatório das etapas estaduais poderá conter até sete diretrizes nacionais
2000 relacionadas com o eixo da Conferência, podendo cada diretriz conter cinco propostas a serem
2001 encaminhadas à etapa nacional da Conferência. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** informou
2002 que o Distrito Federal realizaria diversas pré-conferências preparatórias para a etapa nacional.
2003 Também comunicou que a CONTAG, em parceria com a CONAM, realizou encontro no início do mês
2004 de junho de 2011 para mobilizar as bases de trabalhadores rurais e setores populares. A atividade
2005 contou com a participação de mais de vinte entidades de âmbito nacional e regional (movimentos
2006 sindicais, população do campo, quilombolas, LGBT, seringueiros...). Explicou que, na lógica de definir
2007 um mote para dialogar com o conjunto da sociedade sobre o tema do acesso, foi sugerido o seguinte

2008 slogan para a 14ª CNS “acesso sem filas, com dignidade e cidadania”. Conselheiro **Fernando Luiz**
2009 **Eliotério** destacou que o encontro promovido pela CONAM e CONTAG apresentou contribuições das
2010 entidades à 14ª CNS. Também informou que foi discutida a realização de um amplo movimento,
2011 iniciando-se nos municípios e culminando com mobilização em defesa do SUS na véspera da etapa
2012 nacional da 14ª. Conselheiro **Jorge Alves Venâncio** informou que no dia 4 de junho foram realizadas
2013 as 24 pré-conferências de São Paulo que contaram com a participação do Conselho de Saúde e a
2014 prefeitura. A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, informou que enviou
2015 ofício à presidência das entidades que compõem o CNS, com cópia aos conselheiros, solicitando
2016 mobilização e a inclusão do link da 14ª CNS no site das entidades. No momento, o link da 14ª CNS
2017 fora incluído apenas no site do Ministério da Saúde, do CONASS, do CONASEMS, da CNTSS/CUT e
2018 da Federação Interestadual dos Odontólogos. Conselheiro **Volmir Raimondi** solicitou que a
2019 logomarca da 14ª CNS, a ser incluída no site das entidades, tenha autodescrição a fim de garantir
2020 acesso às pessoas com deficiência visual. Inclusive, colocou-se à disposição para contribuir com a
2021 equipe de comunicação nesse trabalho. A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes**
2022 **Camapum**, informou que verificará essa possibilidade e destacou, inclusive, que parte do material da
2023 14ª CNS será publicado em Braille. Conselheira **Maria Cristina Pedro Biz** informou que o link da 14ª
2024 CNS já constava na página de sua entidade, o Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFa. Em
2025 seguida, a Secretária-Executiva do CNS apresentou o material gráfico da 14ª CNS: cartaz, crachá,
2026 papel timbrado, pasta, adesivos para carro, banner, caneta e bloco de anotação, folder, sacola e
2027 camisetas. Na sequência, houve um breve debate sobre a mensagem – “Eu vou” – para o adesivo de
2028 carro. Uma parte dos conselheiros entendeu que a mensagem pode passar a idéia de que todos os
2029 interessados podem participar da 14ª CNS, o que não é possível. Como alternativa, foi sugerida a
2030 frase “14ª CNS - eu apoio”. Outra parte dos conselheiros manifestou apoio à mensagem “14ª – Eu
2031 vou”, visto que contribui para mobilização. Uma terceira proposição foi a mensagem “Eu vou e apoio”.
2032 Não havendo consenso, a mesa colocou em votação as duas propostas: 1) dois verbos – “eu vou e
2033 apoio”; e 2) um verbo – “eu apoio” ou “eu vou”. **Deliberação: aprovada, com vinte votos, a proposta**
2034 **de um verbo para o adesivo de carro.** Diante dessa votação, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**
2035 colocou em votação as seguintes propostas: 1) Eu vou – 12 votos; e 2) Eu apoio – 11 votos.
2036 **Deliberação: aprovada a mensagem “14ª CNS - Eu vou” para o adesivo de carro. As sugestões**
2037 **de camiseta não foram discutidas visto que serão solicitadas novas propostas para serem**
2038 **debatidas na próxima reunião. Também foi aprovado o material gráfico da 14ª CNS.** Na
2039 sequência, a Secretária-Executiva do CNS apresentou o texto para o spot de rádio: “A 14ª
2040 Conferência Nacional de Saúde se aproxima. Construir caminhos que consolidem o Sistema Único de
2041 Saúde, a maior conquista do povo brasileiro, é o grande desafio. Afinal, todos usam o SUS. Vamos
2042 fazer essa política acontecer, participe das conferências municipais, estaduais e nacional e ajude a
2043 melhorar a saúde no Brasil. O acesso e acolhimento com qualidade, um desafio para o SUS, será uma
2044 conquista para todos nós. SUS na seguridade social, política pública, patrimônio do povo brasileiro.
2045 Ministério da Saúde e Governo Federal. País rico é país sem pobreza”. Após a apresentação, os
2046 conselheiros apresentaram as seguintes sugestões ao texto: excluir o trecho “País rico é país sem
2047 pobreza”; citar o Conselho Nacional de Saúde, além de Ministério da Saúde e Governo Federal;
2048 substituir o termo “política”; incluir “informe-se na prefeitura da sua cidade”; e rever o segundo período
2049 “Construir caminhos que consolidem o SUS, a maior conquista do povo brasileiro, é o grande desafio”.
2050 **Deliberação: aprovado o texto do spot de rádio com as modificações sugeridas.** A Secretária-
2051 Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, informou que, nos dias 29 e 30 de junho de
2052 2011 e 1º de junho, a Comissão Organizadora da 14ª CNS se reunirá com os coordenadores
2053 estaduais de relatoria, secretarias-executivas e presidentes dos CESs para apresentar o sistema de
2054 relatoria das etapas estaduais e nacional. Também destacou que o CNS deveria definir o tema relativo
2055 à 14ª CNS para ser debatido na próxima reunião do CNS, tendo em vista que, para as próximas
2056 reuniões, a Comissão Organizadora da 14ª CNS elaboraria uma proposta e apresentaria ao Pleno do
2057 CNS. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** apresentou as seguintes sugestões de temas para as
2058 próximas reuniões: 1) gestão do Sistema; 2) gestão do trabalho e da educação em saúde; 3) relação
2059 público/privado; 4) modelo de atenção e financiamento; e 5) participação social. Conselheira **Eliane**
2060 **Aparecida da Cruz** sugeriu “complexo produtivo na saúde” como tema de debate para a próxima
2061 reunião do CNS. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** explicou que a proposta de agenda de debate
2062 foi elaborada em parceria com a comunidade científica e ressaltou que a intenção é tratar do
2063 complexo produtivo em saúde no debate sobre público/privado. Conselheira **Jurema Werneck**
2064 concordou com a agenda de debate sugerida, contudo, salientou que é preciso debater o significado
2065 de “acesso com qualidade”. Conselheiro **Clóvis Boufleur** defendeu que o tema de debate da próxima
2066 reunião do CNS seja acesso com qualidade. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** ressaltou que o
2067 eixo geral do debate é o acesso com qualidade, contudo, é preciso contextualizá-lo. Conselheiro
2068 **Francisco Batista Júnior** avaliou que há consenso sobre priorizar o debate do acesso com

2069 qualidade, todavia, salientou que é preciso aprofundar o debate dos eixos estruturantes do SUS, que,
2070 equacionados de forma equivocada, comprometem o acesso. Nessa linha, sugeriu como tema de
2071 debate da próxima reunião “financiamento e modelo de atenção”. Conselheira **Maria do Socorro de**
2072 **Souza** concordou com a proposta de focar o debate sobre “acesso com qualidade”, sem perder a
2073 visão do conjunto - seguridade, política pública e patrimônio - e salientou que é preciso repercutir o
2074 debate para fora do CNS. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares** defendeu o debate dos
2075 temas sugeridos com foco na garantia do acesso com qualidade. Conselheira **Jurema Werneck**
2076 sugeriu o debate dos temas a partir de outro enfoque “acesso com qualidade”, com linguagem
2077 acessível e aproximando-se da sociedade. Conselheiro **José Naum Chagas** ratificou a proposta do
2078 Conselheiro Francisco Batista Júnior e sugeriu convidar os expositores da primeira mesa do seminário
2079 da COFIN para tratar do tema “acesso com qualidade diante do orçamento e da gestão do SUS”.
2080 Avaliou que esse debate seria oportuno também porque o CNS discute nesse momento o PNS.
2081 Conselheira **Maria Cristina Pedro Biz** concordou com a proposta da Conselheira Ruth Ribeiro, com
2082 definição do enfoque e tendo por eixo norteador acesso e qualidade. Conselheira **Eliane Aparecida**
2083 **da Cruz** perguntou se a metodologia seria a mesma utilizada no debate da análise situacional da
2084 saúde no Brasil – indicação de representantes dos três segmentos do CNS - e foi esclarecida pela
2085 mesa que seria essa metodologia. Sugeriu trabalhar com o tema geral “acesso e qualidade” e definir
2086 subeixos. Desse modo, apresentou as seguintes sugestões de temas: modelo de atenção; recursos
2087 humanos; financiamento; e gestão (controle social é um tema transversal). Conselheiro **Francisco**
2088 **Batista Júnior** explicou que, na avaliação dos expositores da oficina da COFIN, com o modelo de
2089 atenção vigente o financiamento compromete o acesso e a qualidade. Desse modo, sugeriu pautar na
2090 reunião de julho o tema acesso e qualidade a partir do modelo de atenção. Em que pese a decisão de
2091 indicar representantes dos segmentos do CNS para expor sobre os temas relativos à 14ª CNS, disse
2092 que seria possível convidar expositores externos para contribuir no debate. Conselheira **Eliane**
2093 **Aparecida da Cruz** sugeriu os seguintes temas para os próximos quatro meses: acesso e qualidade,
2094 financiamento, gestão de recursos humanos e dos serviços e relação público privado. Conselheiro
2095 **Francisco Batista Júnior** explicou que defendeu o debate do financiamento com acesso, por
2096 entender que é preciso promover um debate educativo, inclusive, sobre a relação entre financiamento
2097 e acesso. Nessa linha, colocou a sua avaliação que o financiamento é insuficiente e equivocado, visto
2098 que se pauta no pagamento por procedimentos, na lógica de mercado, sem metas e
2099 contratualização... Frisou que essa forma de financiamento compromete o acesso e a qualidade e, se a
2100 lógica for a mesma, não adiantará investir mais recursos. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues**
2101 explicou que não há discordância sobre o conteúdo a ser discutido, mas sim a lógica da discussão.
2102 Defendeu que o debate considere as dificuldades de acesso (filas para atendimento, discriminação,
2103 entre outros aspectos) visando encontrar a saída para as diversas situações (financiamento, gestão,
2104 modelo, formação...) Sugeriu, inclusive, convidar editores dos principais jornais para acompanhar esse
2105 debate no CNS e levá-lo à mídia. Conselheiro **José Naum Chagas** perguntou ao Conselheiro
2106 Francisco Batista Júnior se houve acordo acerca da proposta dele, inclusive de convidar os
2107 expositores da oficina da COFIN. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** destacou que não houve
2108 manifestações contrárias à sua proposta de tema para debate. Além disso, perguntou se o Plenário
2109 definiria naquele os temas das próximas reuniões. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** sugeriu
2110 debater na Comissão Organizadora da 14ª CNS os temas das próximas reuniões e trazer uma
2111 proposta na 223ª RO. Na sequência, houve uma rodada de manifestações com sugestões de temas
2112 relativos à 14ª CNS para debate no CNS. **Deliberação: o Plenário decidiu que o tema de debate da**
2113 **próxima reunião do CNS será “acesso e acolhimento com qualidade na lógica do financiamento**
2114 **necessário”.** **Na reunião da Comissão Organizadora da 14ª CNS serão definidos os temas de**
2115 **debate das próximas reuniões do Conselho e estes serão apresentados na próxima reunião do**
2116 **CNS.** Conselheiro **Volmir Raimondi** solicitou que no debate sobre acesso e acolhimento com
2117 qualidade se considere a Carta de Direitos dos Usuários do SUS. Em seguida, conselheira **Jurema**
2118 **Werneck** informou o Peno sobre a videoconferência, realizada no dia 1º de junho, que com contou
2119 com a participação de 25 Estados, conselheiros nacionais (Nildes de Oliveira e Geraldo Vasconcelos),
2120 conselheiros estaduais e teve grande repercussão. Disse que a próxima videoconferência será
2121 realizada no mês de agosto de 2011. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** sugeriu rever a
2122 metodologia da videoconferência, possibilitando maior participação dos estados. Conselheira **Maria**
2123 **do Socorro de Souza** sentiu falta do Ministro da Saúde e da coordenadora da 14ª CNS nessa
2124 primeira videoconferência e avaliou que a metodologia não possibilitou a interação com estados.
2125 Avaliou também que ainda não há apropriação do temário da 14ª CNS, por parte da sociedade.
2126 Conselheiro **Francisco Batista Júnior** avaliou que a primeira videoconferência teve uma boa
2127 repercussão e essa iniciativa contribuirá para o debate nas etapas da Conferência. Conselheira
2128 **Graciara Matos de Azevedo** destacou que é preciso melhorar as questões técnicas, visto que
2129 prejudicaram os debates e sugeriu a divulgação do debate nas reuniões do CNS, a fim de possibilitar

2130 maior interação entre os estados e os debatedores. Conselheiro **Clóvis Boufleur** sugeriu que na
2131 próxima videoconferência seja feita uma enquete com município, a fim de estimular o debate.
2132 Conselheira **Maria do Socorro de Souza** sugeriu realizar a enquete agora e não esperar a próxima
2133 videoconferência. Também informou que lideranças do Distrito Federal reuniram-se e definiram como
2134 slogan para a Conferência do Distrito Federal "Somos pessoas e não coisas. Por um SUS com
2135 dignidade". Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** registrou a dificuldade dos municípios em
2136 entender a divisão das propostas e das diretrizes. Conselheira **Jurema Werneck** disse que,
2137 aparentemente, os estados enfrentaram dificuldade de manusear o equipamento e, por essa razão,
2138 salientou a importância de um técnico nos estados para tirar dúvidas e acompanhar a
2139 videoconferência. Conselheiro **José Naum Chagas** informou que a CICIT/CNS solicita à Comissão
2140 Organizadora da 14ª CNS que defina uma forma de incluir o debate da questão da ciência e
2141 tecnologia nas conferências. Conselheira **Jurema Werneck** destacou que podem ser elaboradas
2142 notas, a serem divulgadas no site do CNS, destacando temas a serem debatidos. Conselheira
2143 **Graciara Matos de Azevedo** informou que fora distribuída aos conselheiros moção de apoio à ADI
2144 1.923. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** apresentou a proposta de entregar em mão ao
2145 Presidente do STF a moção e a resolução do CNS sobre a ADI 1.923. Conselheira **Graciara Matos**
2146 **de Azevedo** sugeriu enviar a moção às entidades que compõem o CNS para que estas encaminhem
2147 aos Ministros do STF. **Acordou-se que a moção de apoio do CNS à ADI 1.923 será amplamente**
2148 **divulgada**. Por fim, Conselheira **Jurema Werneck** sugeriu que a reunião fosse dedicada à memória
2149 do ex-senador Abdias, um dos militantes do movimento negro, falecido aos 97 anos, no dia 24 de
2150 maio de 2011, nas dependências do SUS. A proposta foi acatada com uma salva de palmas.
2151 **ENCERRAMENTO** - Nada mais havendo a tratar, Conselheiro **Francisco Batista Júnior** encerrou os
2152 trabalhos da 222ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os seguintes conselheiros:
2153 *Titulares* - Abrahão Nunes da Silva, Arilson da Silva Cardoso, Cleuza C. Miguel, Clóvis A.
2154 Boufleur, Edmundo Dzuawi Omore, Fernanda Lou Sans Magano, Fernando Luiz Eliotério,
2155 Francisco Batista Júnior, Geraldo Alves Vasconcelos, Helvécio Magalhães Júnior, João
2156 Donizeti Scaboli, João Rodrigues Filho, Jorge Alves de Almeida Venâncio, José Carrijo Brom,
2157 José Cechin, José Rubens Rebelatto, Jurema Pinto Werneck, Lígia Bahia, Luiz Alberto
2158 Catanoce, Maria Cristina Pedro Biz, Maria de Lourdes Alves Rodrigues, Maria do Socorro de
2159 Souza, Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos, Maria Thereza A. Antunes, Marisa Furia
2160 Silva, Nelson A. Mussolini, Nildes de Oliveira Andrade, Olympio Távora Derze Correa,
2161 Reginaldo Neves Gomes, Rosangela da Silva Santos, Ruth Ribeiro Bittencourt, Solange
2162 Aparecida Caetano, Volmir Raimondi, Wilen Heil e Silva e Zilda de Faveri Vicente Souza.
2163 *Suplentes*: Ana Estela Haddad, Bruno Metre Fernandes, Dulce Helena Chiaverini, Eliane
2164 Aparecida da Cruz, Eurídice Ferreira de Almeida, Graciara Matos de Azevedo, José Naum de
2165 Mesquita Chagas, Júlio A. Gevaerd, Júlio César Figueiredo Caetano, Luis Eugenio Portela
2166 Fernandes de Souza, Maria Laura Carvalho Bicca, Nelcy Ferreira da Silva, Noemy Yamaghishi
2167 Tomita, Plínio José Pavão de Carvalho, Sebastião Geraldo Venâncio e Verônica Lourenço da
2168 Silva.