



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

Aos vinte e cinco e vinte seis dias do mês de janeiro de dois mil e doze, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde Omilton Visconde, Ministério da Saúde, Bloco G, Edifício Anexo, 1º andar, ala “B”, Brasília, Distrito Federal, realizou-se a Ducentésima Vigésima Nona Reunião Ordinária do CNS. A mesa de abertura foi composta pelo conselheiro **José Marcos de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS, e pela Secretaria Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** iniciou a sessão às 9h15 cumprimentando os presentes e os internautas que acompanhavam a reunião em tempo real. De imediato, colocou em apreciação a pauta da 229ª Reunião Ordinária e a ata da 228ª Reunião Ordinária do CNS. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DA PAUTA DA 228ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - APROVAÇÃO DA ATA DA 227ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - INDICAÇÃO DA COMISSÃO ELEITORAL PARA O PROCESSO DE ELEIÇÃO** - Em relação à pauta, foram apresentadas as seguintes sugestões: conselheira **Jurema Werneck** solicitou um espaço para tratar da Medida Provisória 557, de 26 de dezembro de 2011 e conselheira Lígia Bahia sugeriu que o Plenário fizesse uma reflexão e se posicionasse sobre o caso do secretário de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Duvanier Ferreira Paiva, que faleceu no dia 19 de janeiro, quando dois hospitais privados de Brasília recusaram-se a atendê-lo por não manterem convênio com o plano de saúde dele; e conselheira Eliane Aparecida da Cruz solicitou espaço para informe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC). **Deliberação: a pauta foi aprovada com a inclusão dos itens: Medida Provisória nº. 557/2011; morte do secretário de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Duvanier Ferreira Paiva (já constava na pauta informe sobre a CONITEC)**. Em seguida, conselheiro **José Marcos de Oliveira** colocou em apreciação a ata da 228ª Reunião Ordinária do CNS. **Deliberação: a ata da 228ª Reunião Ordinária foi aprovada com a abstenção do Conselheiro Volmir Raimondi** por não ter participado da última reunião. Antes de passar ao próximo item de pauta, conselheiro **José Marcos de Oliveira** cumprimentou os profissionais pelo dia do farmacêutico – 20 de janeiro. **ITEM 2 – BALANÇO DO ANO DE 2011 NA SAÚDE** - Coordenação: conselheiro **Clóvis Adalberto Boufleur**, da Mesa Diretora do CNS. Apresentação: **Adriano Massuda**, Secretário Executivo Adjunto do Ministério da Saúde - MS; conselheira **Jurema Werneck**, representante do segmento dos usuários; e conselheiro **José Carrijo Brom**, representante do segmento dos trabalhadores da saúde. O primeiro expositor foi o Secretário Executivo Adjunto do MS, **Adriano Massuda**, que iniciou cumprimentando os presentes e desejando um ano de muito trabalho e luta em defesa do SUS e da melhoria da qualidade da atenção prestada à população. Justificou a ausência da Secretaria Executiva do CNS e explicou que apresentaria um balanço do ano de 2011 na saúde e, posteriormente, seria feita prestação de contas ao CNS. Começou a sua explanação lembrando que o Brasil é o único país com mais de 100 milhões de habitantes que assumiu o desafio de ter um sistema universal, público e gratuito de saúde. Nessa linha, apresentou dados que demonstram a dimensão do SUS: 1 milhão de internação/mês; mais de 100 milhões cobertos pela atenção básica; 3,2 bilhões de procedimentos ambulatoriais/ano; 500 milhões de consultas médicas/ano; maior rede de banco de leite humano do mundo; maior número de transplantes de órgãos públicos do mundo; 90% do mercado de vacinas é movimentado pelo SUS; 50% do mercado de equipamentos hospitalares; 80% investimentos em câncer no Brasil; e mais de 90% das hemodiálises. Ressaltou que, apesar desses números, a população aponta a saúde como o principal problema do Brasil, configurando-se, assim, em um desafio a ser enfrentando. Por outro lado, pesquisa revelou que, quando é acolhido na “porta de entrada”, o usuário avalia bem o atendimento. Diante desse cenário, disse que o Ministro de Estado da Saúde colocou no início do seu mandato duas questões para reflexão: “1) Será que as pessoas que ascendem socialmente vão ascender buscando o SUS ou os planos de saúde? Nós vamos avançar no SUS com universalidade e equidade, ou vamos nos distanciar deste contingente populacional que chega à classe média?; e 2) Reconstruir uma aliança do SUS com a sociedade brasileira. Não haverá objetivo estratégico ou gestão que se sustente enquanto as pessoas “morrem”

59 por negligência, desamparo ou por absoluto não acesso ao SUS". Sendo assim, explicou que o  
60 planejamento do Ministério da Saúde foi elaborado a partir dos compromissos do novo governo, do  
61 contexto político, econômico e social do país, situação de saúde e avanços e desafios do SUS.  
62 Lembrou também que a Presidente da República elegeu como prioridades de governo a erradicação  
63 da miséria absoluta, direitos humanos e de cidadania, desenvolvimento econômico e social e melhoria  
64 da infraestrutura. Além disso, apontou como desafios melhorar a capacidade do Estado formular,  
65 produzir e gerenciar transformações sociais e econômicas e incluir a saúde na agenda central do novo  
66 governo. Do ponto de vista do contexto político, econômico e social, citou a matéria da revista Lancet,  
67 maio de 2011, que, entre outras questões, destaca que o mundo está de olho no Brasil como parceiro  
68 político e econômico, tendo em vista o crescimento econômico e a estabilidade política do país, a  
69 redução da pobreza de 20% para 7% da população entre 2004 e 2009 e grandes eventos mundiais.  
70 Além disso, a revista destaca a reforma sanitária, a saúde reconhecida como direito e inserida dentro  
71 de sistema de proteção social e a ampliação da concepção de saúde para além da conotação  
72 biomédica, incorporando os determinantes sociais e a participação da sociedade em todas as esferas  
73 de gestão. Como desafios, são apontados pela revista: maior taxa de cesariana do mundo,  
74 intervenções de alta tecnologia feitas por razões erradas e aumento da obesidade, consumo de álcool  
75 e violência. Por fim, a Lancet salienta que o Brasil deve ser levado mais a sério pela comunidade  
76 científica e admirado pelas reformas. Em relação à situação de saúde, destacou como novos  
77 problemas e necessidades: o rápido envelhecimento populacional; o grande aumento da carga das  
78 doenças crônicas não transmissíveis e a evolução ascendente da obesidade e do diabetes; o aumento  
79 das prevalências dos fatores de risco na população geral e nos adolescentes; a persistência das  
80 doenças crônicas transmissíveis como a tuberculose e a hanseníase e o grande impacto das doenças  
81 emergentes e reemergentes como a influenza e a dengue; a grande carga dos acidentes, com  
82 destaque para as lesões e mortes causadas pelo trânsito (situação que se agrava com o crescimento  
83 econômico); e a violência interpessoal que persists como grande responsável pela carga de  
84 mortalidade nas causas externas e com aumento do peso nas regiões Norte, Nordeste e Centro-  
85 Oeste. Apontou como desafios atuais a serem enfrentados: reduzir desigualdades geográficas e de  
86 grupos sociais; Redes assistenciais regionalizadas como estratégia de garantia do acesso e do  
87 cuidado integral; reforçar a estruturação das respostas às urgências em saúde pública; aprimorar o  
88 pacto interfederativo para o fortalecimento do SUS; aumentar a capacidade de produção de  
89 Instituições de Ensino Superior (IES), bem como a produção de inovações tecnológicas para dar  
90 sustentabilidade ao país; aumentar o financiamento da saúde e a eficiência no gasto; e qualificar a  
91 formação e fixação dos profissionais de saúde no SUS. Nesse momento de balanço, considerou  
92 importante destacar o esforço do Ministério da Saúde para unificar a peça orçamentária, o PPA e o  
93 Plano Nacional de Saúde e aproveitou para agradecer o CNS pelas contribuições ao processo de  
94 construção dos instrumentos de planejamento. Seguindo, fez uma abordagem sobre os objetivos  
95 estratégicos do Ministério da Saúde resumindo-os em grandes eixos: melhoria da gestão, acesso e  
96 qualidade do atendimento, aprimoramento do Sistema SUS, mais eficiência na execução direta e  
97 controle e transparência. Seguindo, comentou os dezesseis objetivos estratégicos do Ministério da  
98 Saúde para 2011-2015 e as estratégias definidas para alcançá-los. No Objetivo 1 (Garantir acesso da  
99 população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das  
100 necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e a atenção especializada), as  
101 estratégias são: ampliação das Redes de Atenção à Saúde buscando assegurar resolutividade e  
102 suficiência em todos os pontos; qualificação das práticas de cuidado, de gestão do cuidado e de  
103 gestão; universalização do acolhimento e práticas humanizadas nas redes de atenção; universalização  
104 do acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade na Atenção Básica; apoio e  
105 desenvolvimento de novas modelagens para Atenção Básica que atendam às especificidades dos  
106 territórios e de populações em situação de vulnerabilidade e iniquidade; apoio e fortalecimento da  
107 inclusão das Práticas integrativas e complementares (PICs) nas Redes de Atenção à Saúde; renovação  
108 da Rede de Unidades Básicas de Saúde (UBS) com estrutura adequada, ambiência,  
109 informatização e conectividade; envolvimento dos usuários e do controle social nos processos de  
110 contratualização, avaliação e controle dos resultados em saúde; e fortalecimento de mecanismos de  
111 regulação e programação nas Redes da Atenção à Saúde para garantir o acesso e a continuidade da  
112 atenção com equidade. No Objetivo 2 (Reducir os riscos e agravos à saúde da população, por meio  
113 das ações de promoção e vigilância em saúde), as estratégias são as seguintes: redução da  
114 mortalidade e aperfeiçoamento do Programa Nacional de Controle da Dengue; reestruturação do  
115 Sistema de Vigilância de Doenças Transmissíveis; ampliação da integração da Vigilância em Saúde  
116 com a Rede de Atenção à Saúde; aperfeiçoamento das ações de vigilância e controle da hanseníase  
117 e outras doenças transmissíveis relacionadas à pobreza; aperfeiçoamento da prevenção, vigilância,  
118 diagnóstico e tratamento da malária na região amazônica; construção do Plano Nacional de Resposta  
119 às Emergências de Saúde Pública e Desastres; ampliação da vigilância e prevenção do HIV/Aids e  
120 qualificação do enfrentamento das hepatites virais; ampliação da detecção precoce da sífilis em  
121 gestante; ampliação do uso das vacinas existentes e introdução de novas vacinas no Calendário  
122 Básico de Vacinação; ampliação das ações de vigilância de violência doméstica, sexual e/ou outras

123 violências; intensificação da vigilância das populações expostas a agrotóxicos; e intensificação das  
124 ações de vigilância na área de saúde do trabalhador. Em relação ao Objetivo 3 (Promover atenção  
125 integral à saúde da mulher e da criança e implementar a Rede Cegonha, com especial atenção às  
126 áreas e populações de maior vulnerabilidade), as estratégias são: implementação da Rede Cegonha  
127 mediante qualificação do modelo de atenção à gravidez, parto/nascimento, aborto e puerpério na  
128 perspectiva da promoção, humanização e práticas baseadas em evidências, na defesa dos direitos  
129 humanos e na adequação de ações para inclusão de mulheres, crianças e adolescentes mais  
130 vulneráveis; indução de ações que favoreçam o acesso a informações, insumos, serviços e práticas  
131 que garantam os direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na gravidez na adolescência e  
132 prevenção das DST/AIDS, em conformidade com o processo de implementação da Rede Cegonha;  
133 fortalecimento, ampliação e qualificação das redes de atenção integral às mulheres, crianças e  
134 adolescentes em situação de violências e sofrimento psicossocial, em conformidade com o processo  
135 de implementação da Rede Cegonha; fortalecimento e ampliação da rede de prevenção e controle do  
136 câncer de mama e colo de útero; ampliação e estruturação, em rede, de ações e serviços para  
137 diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação de crianças com agravos neuropsíquicos e deficiências,  
138 em conformidade com o processo de implementação da Rede Cegonha. Acerca do Objetivo 4  
139 (Aprimorar a rede de urgência e emergência, com expansão e adequação de UPAs, SAMU, PS e  
140 centrais de regulação, articulando-a com outras redes de atenção), as estratégias são: ampliação da  
141 capacidade resolutiva das UBS nas situações de urgência e emergência; expansão e qualificação do  
142 SAMU para coberturas e atuação regional; ampliação, qualificação e reconhecimento das diversas  
143 portas de entrada de urgência e emergência; ampliação da capacidade de gestão hospitalar com  
144 enfoque na ampliação e qualificação de leitos em áreas estratégicas; criação da força nacional do  
145 SUS; entre outras. No Objetivo 5 (Fortalecer a rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento  
146 da dependência de crack e outras drogas), estão previstas como estratégias: reestruturação da rede  
147 de atenção psicossocial, com responsabilização clara dos diversos pontos de atenção, com  
148 priorização para o enfrentamento do crack, álcool e outras drogas; ampliação da capacidade de  
149 cuidado em saúde mental na Atenção Básica, com priorização para o enfrentamento do crack, álcool e  
150 outras drogas; ampliação da capacidade de atendimento à urgência psiquiátrica na rede, com  
151 priorização para o enfrentamento do crack, álcool e outras drogas; qualificação dos profissionais da  
152 saúde em todos os pontos de atenção, com priorização para o enfrentamento do crack, álcool e outras  
153 drogas; entre outras. A respeito do Objetivo 6 (Garantir a atenção integral à saúde da pessoa idosa e  
154 dos portadores de doenças crônicas, estimulando o envelhecimento ativo e saudável e fortalecendo as  
155 ações de promoção e prevenção), estão previstas como estratégias: implantação de um modelo de  
156 atenção integral ao envelhecimento e ao portador de condições crônicas que favoreça a ampliação o  
157 grau de autonomia, promova independência para o auto cuidado e o uso racional de medicamentos; e  
158 organização das linhas de cuidado para as condições crônicas prioritárias, incluindo doenças e  
159 agravos crônicos na infância ampliando o acesso com qualidade. No Objetivo 7 (Implementar o  
160 Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral,  
161 observando as práticas de saúde e as medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o  
162 respeito às especificidades culturais), estão previstas as seguintes estratégias: implementação de  
163 modelo de atenção primária centrado na linha do cuidado, com foco na família indígena, integralidade  
164 e intersetorialidade das ações, participação popular e articulação com as práticas e medicinas  
165 tradicionais; reestruturação da rede de estabelecimentos do SASISUS quanto a estrutura física,  
166 organização, equipamentos e funcionamento; articulação interfederativa para organização da  
167 referência de média e alta complexidades para a população indígena; implantação de nova política de  
168 gestão de pessoas para a saúde indígena, visando o redimensionamento, a desprecarização da força  
169 de trabalho e a educação permanente/qualificação dos profissionais; entre outras. Acerca do Objetivo  
170 8 (Contribuir para a adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das  
171 relações do trabalho dos profissionais e trabalhadores de saúde), as estratégias são: reorientação da  
172 formação profissional na graduação em saúde de acordo com as necessidades do SUS e diretrizes  
173 curriculares nacionais; ampliação da formação profissional de nível médio dos trabalhadores do SUS,  
174 por meio do fortalecimento político, pedagógico, físico e administrativo das Escolas Técnicas do SUS;  
175 ampliação das residências em saúde em especialidades estratégicas do SUS, buscando superar as  
176 desigualdades regionais; e fomento à instituição de mecanismos de negociação entre gestores e  
177 trabalhadores da saúde em âmbitos local e regional. Em relação ao Objetivo 9 (Implementar novo  
178 modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso,  
179 gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável), como  
180 estratégias estão previstas: aprimoramento do Pacto Federativo, com desenvolvimento do processo  
181 de contratualização, cooperação interfederativa e gestão compartilhada do SUS; ampliação da  
182 participação social para o fortalecimento do SUS; consolidação das Políticas de Promoção da  
183 Equidade em Saúde; implementação da política de informação e informática em saúde para tomada  
184 de decisão na perspectiva interfederativa; universalização do Cartão Nacional de Saúde na  
185 perspectiva da qualificação da gestão interfederativa. No que diz respeito ao controle social, destacou  
186 as seguintes ações: realização da 14ª Conferência Nacional de Saúde; fortalecimento do Programa de

Inclusão Digital – PID; homologação de onze resoluções aprovadas pelo CNS em 2011 – atenção básica, rede de cuidados (saúde mental), rede de urgência e emergência, combate à dengue, formação profissional, financiamento e enfrentamento da tuberculose. A respeito do Objetivo 10 (Qualificar instrumentos de execução direta, gerando ganhos de produtividade e eficiência para o SUS), as estratégias são: institucionalizar cultura de planejamento, monitoramento e avaliação que integre as diversas áreas do MS com ênfase na construção coletiva; aprimorar a gestão de insumos estratégicos em saúde no MS; desenvolver e consolidar política da gestão da informação do SUS para propiciar transparéncia e subsidiar a tomada de decisão; implementação interfederativa de uma cultura voltada para a Ouvidoria Ativa como instrumento de gestão, com ampliação e fortalecimento do Sistema Nacional de Ouvidoria e adequação dos sistemas de informação; e acompanhamento, avaliação e controle interno da gestão do SUS, com foco em resultados, tendo como referência o COAP e a Garantia de Acesso. No Objetivo 11 (Garantir assistência farmacêutica no âmbito do SUS), estão previstas, entre outras, as seguintes estratégias: fortalecimento do Programa Farmácia Popular do Brasil; ampliação do acesso à Assistência Farmacêutica garantindo sua sustentabilidade; revisar o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos visando o seu fortalecimento; ampliar o Saúde não tem Preço. A propósito do Objetivo Estratégico 12 (Fortalecer o complexo industrial e de ciência, tecnologia e inovação em saúde como vetor estruturante da agenda nacional de desenvolvimento econômico, social e sustentável, reduzindo a vulnerabilidade do acesso à saúde e da assistência farmacêutica no âmbito do SUS), as estratégias são: fortalecimento da produção pública mediante a qualificação da gestão e ampliação de investimentos na produção, para atender as demandas do SUS; estímulo à regionalização da produção e inovação em saúde, atenuando as desigualdades territoriais, mediante o apoio aos pólos regionais; estabelecimento de diretrizes para a qualificação dos serviços e da formação dos recursos humanos vinculados ao Complexo Produtivo de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde; entre outras. No Objetivo 13 (Aprimorar a regulação e a fiscalização da saúde suplementar, articulando a relação público-privado, gerando maior racionalidade e qualidade no setor saúde), as estratégias são: ampliação do processo de resarcimento das operadoras ao SUS; regulação e fiscalização para a geração de saúde em modelos sustentáveis de planos de saúde; e garantia de acesso à informação. Em relação ao Objetivo Estratégico 14 (Promover internacionalmente os interesses brasileiros no campo da saúde, bem como compartilhar as experiências e saberes do SUS com outros países, em conformidade com as diretrizes da Política Externa Brasileira), são estratégias: fortalecimento da cooperação internacional brasileira, compartilhando e divulgando as experiências do Sistema Único de Saúde e apoiando o seu desenvolvimento; coordenação de posições de governo, influência e negociação de tópicos de interesse prioritário para a saúde em foros internacionais; apoio, no âmbito da saúde, às ações de assistência humanitária do governo brasileiro; fortalecimento, negociação e apoio a mecanismos de integração regional e ações em área de fronteira, no âmbito da saúde; e apoio ao fortalecimento, em bases sustentáveis, do Sistema de Saúde do Haiti. No Objetivo 15 (Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental, de forma sustentável, para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais), estão previstas as estratégias: ampliar a cobertura de sistema de abastecimento de água e de esgotamento sanitário, de forma sustentável, em áreas urbanas de municípios com população de até 50.000 hab., áreas rurais e de relevante interesse social (comunidades quilombolas, assentamentos da reforma agrária, reservas extrativistas, populações ribeirinhas, dentre outras); fomentar e apoiar a sustentabilidade dos serviços de saneamento implantados, priorizando os municípios contemplados com empreendimentos realizados, com ênfase no PAC; pesquisa, estudos e desenvolvimento de tecnologias alternativas regionalizadas de saúde ambiental e saneamento com vistas à sustentabilidade dos serviços; entre outros. No Objetivo 16 (Contribuir para erradicar a extrema pobreza no país), as estratégias são: apoio à Política de Universalização de Acesso à Água em áreas rurais; atenção básica; saúde mental; Programa Saúde na Escola; Rede Cegonha; Farmácia Popular; e doenças relacionadas e perpetuadoras da pobreza. Finalizando, citou a manchete da Revista Lancet que afirma “Em última análise, o desafio é político, exigindo um engajamento contínuo da sociedade brasileira como um todo para que seja assegurado o direito à saúde a todos os brasileiros.” Nessa linha, salientou não ter dúvida que a gestão comandada pelo Ministro Alexandre Padilha tem envidado esforços para colocar em prática o planejamento definido e que a situação da saúde hoje é melhor que aquela de um ano atrás. Conselheiro **Clóvis Boufleur** agradeceu o Secretário Executivo Adjunto pela explanação e registrou que ele teria que se ausentar para participar de reunião do gabinete de crise do Ministério da Saúde que iria tratar do aumento de casos de doença diarreica aguda em áreas indígenas. Também aproveitou para registrar a presença dos coordenadores da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde e para justificar a ausência de conselheiros que participavam do Fórum Social Mundial. Na sequência, conselheiro **José Carrijo Brom**, em nome do segmento de trabalhadores, fez um balanço do ano de 2011 na saúde, destacando, inicialmente, o esforço do CNS para contribuir na consolidação da Política Nacional de Saúde, com debate do PPA e Plano Nacional de Saúde. Explicou que, na visão dos trabalhadores, merecem destaque as seguintes ações na saúde em 2011: eventos realizados pelo CNS, em especial os seminários sobre financiamento e orçamento, organizados pela COFIN; trabalho conjunto do

251 Ministério da Educação (MEC) e do Ministério da Saúde (MS) na apreciação dos processos de  
252 abertura, reconhecimento e renovação de cursos na área da saúde; processo vitorioso de preparação  
253 e realização da 14<sup>a</sup> CNS; importantes debates no Plenário do CNS que possibilitaram a compreensão  
254 dos vieses da saúde, a exemplo do uso de agrotóxicos; e processo de vacinação e imunização do  
255 país. Salientou que é preciso avaliar os impactos da Política de Saúde e da execução orçamentária na  
256 melhoria da saúde pública do país (o que mudou para o usuário) e, com isso, corrigir rumos, se  
257 necessário. Na linha do fortalecimento do controle social, disse ser imprescindível que as políticas de  
258 saúde estruturantes para o Sistema sejam submetidas à apreciação do CNS, lembrando que normas  
259 importantes foram publicadas sem apreciação e debate deste Colegiado. Também disse que o CNS  
260 deve manifestar-se sobre a proposta de regulamentação da EC nº. 29, aprovada pelo Congresso  
261 Nacional, avaliando ter sido a pior derrota do controle social em relação ao financiamento e lembrou  
262 que é impossível modificar o modelo de atenção sem o recurso adequado. Salientou ainda que é  
263 preciso aprofundar o debate das questões estruturantes do Sistema como a gestão, na lógica de  
264 profissionalizá-la, por se tratar de um dos pilares importantes do Sistema. Finalizando, reiterou que,  
265 para além das metas e objetivos, é preciso verificar a repercussão das ações de saúde na melhoria da  
266 qualidade de vida das pessoas. A seguir, conselheira **Jurema Werneck** apresentou o balanço do ano  
267 de 2011 na saúde, na visão do segmento de usuários. Começou destacando o reconhecimento, em  
268 2011, que a saúde precisa ser um tema da democracia brasileira, tendo sido indicada pela Presidente  
269 Dilma Rousseff como prioridade de governo. Contudo, disse que esse compromisso de prioridade da  
270 sociedade e dos governos vive ambiguidade importante que precisa ser debatida. Na linha da  
271 priorização da saúde em 2011, destacou a ação de reafirmar o SUS como conquista da população  
272 brasileira e motivo de orgulho dos brasileiros e exemplo para o mundo. Além disso, frisou o esforço  
273 para inserir a saúde/SUS na pauta intersetorial do país, com tomada de decisões a respeito da saúde  
274 de forma intersetorial. Pontuou como outro aspecto positivo a busca pela modernização do Sistema,  
275 com tentativas de criar processos e alternativas de instrumentos normativos para responder a nova  
276 realidade, de modo a tornar o SUS mais factível e o esforço para ampliar o debate da equidade com  
277 aprovação de políticas de saúde para populações específicas (população do campo e floresta, LGBT,  
278 por exemplo). No mais, destacou como temas importantes o debate sobre doenças crônicas não  
279 transmissíveis e o compromisso de fortalecer a atenção básica. Sendo assim, avaliou que se faz  
280 necessário verificar se os compromissos e prioridades estão sendo cumpridos. Do outro lado, pontuou  
281 a priorização negativa, com tomada de decisão governamental sem diálogo aprofundado com os  
282 movimentos, como é o caso das decisões na área de saúde da mulher (decreto da Rede Cegonha) e  
283 em relação à política de álcool e drogas. No mais, destacou as ações fragmentadas do governo sem  
284 enfrentamento das questões estruturais do Sistema. Apontou ainda como outro aspecto negativo o  
285 fato de a saúde, ao ser incluída na pauta intersetorial, enfrentar dificuldades para liderar essa pauta.  
286 Salientou que as decisões intersetoriais são importantes desde que priorizem a saúde e isso não  
287 ocorreu em vários momentos do debate com reflexo, por exemplo, na decisão da base do governo  
288 sobre a regulamentação da EC nº. 29. Em relação à equidade, reiterou que novas políticas foram  
289 definidas, mas não dialogam com as questões estruturantes do SUS. Também destacou que as  
290 decisões desconsideraram a necessidade de garantir a acessibilidade no cotidiano das pessoas com  
291 deficiência. No mais, disse que não foi possível debater estratégias para definir o acesso integral,  
292 configurando-se em um desafio a ser enfrentado. A respeito da saúde suplementar, destacou a morte  
293 do secretário Duvanier Ferreira Paiva, que aponta uma tragédia diuturna e o problema do  
294 resarcimento ao SUS, que não foi resolvido e precisa ser abordado. Avaliou ainda que em 2011 o  
295 CNS foi um lugar onde a ambiguidade ficou perfeitamente visível e, para ilustrar essa situação, citou  
296 as publicações de normas sem prévio debate com o Plenário. Por outro, nesse mesmo ano, o  
297 Conselho esforçou-se para ser um dos espaços para manifestação da sociedade sobre as questões  
298 de saúde – conselhos municipais e estaduais de saúde, Plenária de Conselhos de Saúde. Lembrou  
299 que o CNS definiu como pauta prioritária o tema “acesso com qualidade”, possibilitando debate na 14<sup>a</sup>  
300 Conferência com a participação dos diversos sujeitos. Identificou como desafios: a garantia da  
301 acessibilidade no CNS (equipamento adequado aos conselheiros que dele necessitem – apesar de ter  
302 sido anunciada a aquisição de computador para pessoa cega, esse equipamento não chegou) e em  
303 outros espaços; a inclusão das questões das pessoas com deficiência na pauta do Conselho e do  
304 Ministério da Saúde; o reforço dos procedimentos internos do CNS visando resultados esperados pela  
305 sociedade; e o fortalecimento dos conselhos de saúde (o CNS deve ser parceiro dos demais  
306 conselhos de saúde). Por fim, destacou que o desafio final é garantir que o CNS seja um segmento  
307 para expressar as múltiplas vozes da sociedade. O Secretário Executivo Adjunto do MS, **Adriano**  
308 **Massuda**, desculpou-se por não poder participar de todo o debate e elogiou a análise de conjuntura  
309 feita pelo conselheiro José Carrijo e pela conselheira Jurema Werneck. Também reiterou o  
310 compromisso da Secretaria Executiva do MS em apresentar ao CNS a prestação de contas do  
311 Ministério da Saúde, para debate dos equívocos e dos acertos. Com a ausência do Secretário Adjunto  
312 do MS, conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** passou a compor a mesa, representando o Ministério  
313 da Saúde. Conselheiro **Clóvis Boufleur** sintetizou as falas dos expositores nos seguintes desafios:  
314 definir parâmetros para qualificar a gestão; déficit de recursos financeiros para saúde; decisões

estruturantes do MS sem debate prévio no CNS; necessidade de diminuir iniquidades; ampliar o acesso com qualidade do atendimento; e fortalecer a fiscalização. Feita essa consideração, abriu a palavra para manifestações. Conselheiro **Volmir Raimondi** ressaltou que esse debate é importante para qualificar as discussões e as decisões do CNS voltadas ao fortalecimento do SUS. Avaliou que inexiste um pacto efetivo com a população na defesa do SUS e não há ausculta do usuário, que é o merecedor do trabalho, na definição das políticas. Nesse sentido, salientou que é essencial construir esse pacto com a população. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** começou a sua fala ressaltando a importância de fazer um balanço do ano de 2011 na saúde a partir da agenda do CNS e considerar as questões conjunturais - conferência mundial, eleições municipais e construção do PPA – que devem transversalizar a agenda da saúde. Destacou a questão da assistência farmacêutica para salientar a importância de debater temas como custos de medicamentos e insumos, impostos e parque tecnológico do país. Finalizando, enumerou os seguintes pontos a serem contemplados na avaliação: Pacto pela Saúde, pela Vida e em Defesa do SUS; saúde suplementar; e Sistema CEP CONEP/CNS. Conselheira **Maria Thereza Antunes** salientou que são necessários parâmetros para avaliar as políticas de saúde e, nessa linha, defendeu a definição do tempo para garantia do acesso (à consulta, à cirurgia, à especialidade...). Também avaliou que é preciso conhecer a realidade dos municípios e informar a população sobre o SUS para que defenda o Sistema. Por fim, reiterou que é necessário olhar mais específico para as pessoas com patologias e deficiências. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** defendeu debate voltado à construção de uma lei de responsabilidade social, assegurando que as políticas sociais sejam apropriadas pela população brasileira, de modo a garantir legitimidade a essas políticas para que alcancem consistência, estabilidade e proteção contra a malversação de políticas econômicas. Acrescentou que o governo não pode privatizar ou “semi privatizar” a responsabilidade de gestão como ocorre hoje e essa é uma questão a ser enfrentada. No mais, disse que se faz necessário discutir a política fiscal do país e o impacto econômico de uma boa saúde em sistemas universais. Finalizando, disse que o desafio é definir uma agenda propositiva capaz de superar os dilemas do momento atual. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** ateve-se a três pontos da fala da conselheira Jurema Werneck que refletem a contradição do país: esforço para pactuação das políticas voltadas à população LGBT, de um lado, e dificuldade para implementação, de outro; uma mulher ocupando a presidência da maior empresa do Brasil (Maria das Graças Silva Foster é a nova presidente da Petrobras) e, ao mesmo tempo, subordinação da saúde da mulher a interesses, ideologias; e Medida Provisória nº. 557/2011 sem debate prévio com os movimentos envolvidos e discordância desses movimentos com essa norma. Salientou que essas contradições demandam debate maduro do CNS para que não haja retrocesso nas conquistas e avanços alcançados em 2011. Conselheiro **Nelson Mussolini** começou a sua fala discordando da afirmação do Secretário Executivo do MS “que no final de 2011, vemos uma saúde melhor do que a que tínhamos no final de 2010” e, nessa linha, citou matéria do jornal Folha de São Paulo que aponta queda da aprovação do governo Dilma na saúde. Também destacou que estudo publicado pelo Instituto Brasileiro de Planejamento Tributário (IBPT), em conjunto com a Confederação Nacional da Indústria (CNI), aponta que o Brasil cobra quase 35% de impostos na área de medicamentos e gasta menos que isso no fornecimento de medicamentos. Desse modo, disse que é preciso discutir a ambiguidade de um país que cobra mais em saúde e investe menos no setor e levar em conta a avaliação da população acerca dos serviços. Ressaltou que no entendimento da Confederação não é necessário mais imposto, pelo contrário, é preciso reduzir impostos para que os brasileiros tenham mais acesso à saúde. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, após cumprimentar os conselheiros, perguntou como o governo pretende avaliar o plano de ação para além do cumprimento de metas, com foco no enfrentamento das questões das desigualdades, direito e acesso a serviços, respostas estruturantes e efeitos no cotidiano. Também destacou que no balanço da saúde é preciso avaliar em que perspectiva estados e municípios cumprem as suas atribuições de executar a política e prestar serviços. Registrhou ainda que a CONTAG reconhece o PSF, as Farmácias Populares e a Urgência e Emergências (UPAS), uma vez que são a presença do SUS em boa parte dos municípios brasileiros. Finalizando, colocou dicotomias que permanecem como desafios políticos e históricos: para além das políticas, é preciso debater os serviços na óptica dos sujeitos; é necessário debater as diferenças regionais, além do urbano e rural; o direito universal à saúde é comprometido com as práticas na ponta - patrimonialismo e clientelismo; a vigilância em saúde ainda é secundarizada; carência de saneamento básico; e formas de financiamento. Por fim, disse que o grande desafio é discutir saúde na óptica da intersetorialidade, lembrando, inclusive, que a garantia de acesso implica em transporte, comunicação, educação, entre outras questões. Conselheiro **Jurandi Frutuoso** associou-se às falas da mesa, mas sentiu falta de representação do CONASS e do CONASEMS para completar a análise de conjuntura do país. Avaliou que o Ministério da Saúde tem tido o cuidado de enfrentar os desafios do SUS nos últimos anos, mas ainda não conseguiu responder aos problemas da saúde no país. Ressaltou que o Sistema enfrenta problemas estruturais, administrativos e de modelo de atenção, mas, para além do apontamento dos problemas, frisou que é preciso, de forma conjunta, apontar soluções. Destacou como vitória na saúde em 2011 a implantação das redes de atenção e avaliou ser necessário fazer recorte para verificar no que se avançou. Por outro lado, disse que a grande perda

referiu-se à regulamentação da EC nº. 29, aprovada pelo Congresso Nacional. A esse respeito, disse que a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e a Associação Médica Brasileira (AMB) iniciaram movimento em defesa de projeto de lei de iniciativa popular para aumento dos investimentos públicos em saúde no país, com lançamento no mês de fevereiro, e conclamou a todos para engajar-se nessa iniciativa. Apontou como outra prioridade o fortalecimento da atenção primária, por ser fundamental para o Sistema, e informou que o CONASS promoverá seminário internacional sobre atenção primária, universidade e seguridade social, nos dias 24 e 25 de abril de 2012 (o CNS será convidado). Conselheira **Merula Emmanuel Steagall** destacou os seguintes na sua fala: em relação à diretriz 1 – equidade e rapidez na atenção básica e atenção à especialidade: não há avanços em relação aos que necessitam de diagnóstico precoce e rápido de doenças graves e inserção no tratamento; em 2011, o CNS criou GT para debater a questão do câncer no Brasil, mas foram realizadas apenas duas reuniões do Grupo, sem avanços em relação às questões discutidas e às demandas da população; demora na incorporação de novos medicamentos, falta de clareza nos processos de registros e incorporações; falta de registro epidemiológico e índices capazes de analisar o sucesso dos tratamentos oferecidos no SUS; dificuldade de participação das entidades médicas e do movimento de usuários nos debates da saúde; dificuldade de acesso em relação à pesquisa clínica; falta de debate sobre o acesso das pessoas com doenças crônicas ao trabalho; e falta de recursos para a saúde (sugestão: incentivo tributário para investimento da iniciativa privada na área da saúde). Conselheira **Júlia Maria Roland** concordou que os desafios do setor saúde são grandes e ponderou é preciso olhar o que foi em 2011 considerando a conjuntura do país e do mundo. Destacou que no ano passado foi possível implantar questões essenciais para a construção do SUS com destaque para o debate e construção do PPA e do PNS, a regulamentação da Lei nº. 8.080/90 e o processo de construção e implementação das Redes de Atenção para cumprimento dos compromissos do governo. Na sua avaliação, o CNS deve continuar a luta pelo financiamento adequado para a saúde e sugeriu a continuidade do movimento primavera da saúde. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares** destacou que são muitos os avanços do SUS, mas, no seu modo de ver, os desafios são maiores do que foi alcançado até o momento. Deu destaque ao fato de a saúde ter sido apontada como o principal problema do país e salientou que é preciso definir estratégias para dar respostas a essa situação. Pontuou como grande desafio da saúde a redução da mortalidade materna e da violência doméstica e sexual e perguntou as iniciativas do Ministério da Saúde para reverter essa situação. Conselheiro **Renato Padilha** começou a sua fala destacando a necessidade de se garantir medicamentos de qualidade nas redes de atenção, sem burocracia para o acesso e com acompanhamento de possíveis reações adversas a esses medicamentos. No mais, falou da falta de UTIs do país, o que leva a morte de usuários que necessitam desse tipo de tratamento. Finalizou defendendo um planejamento com ações concretas para garantir o SUS que se almeja. Conselheiro **Edmando Luiz de Albuquerque** relatou a luta e o sofrimento de uma paciente em Rondônia para conseguir medicamento para leucemia (CLIVEC 400), na linha de demonstrar a grave situação da saúde do país. Questionou a tamanha demora para disponibilização de medicamento essencial à vida do usuário, como no caso relato, lembrando que a falta pode levar a morte do usuário. Salientou que a situação é extremamente grave e carece de uma resposta rápida e eficaz do governo. Conselheira **Lígia Bahia** manifestou satisfação com as exposições da Conselheira Jurema Werneck e do Conselheiro José Carrijo e solicitou a eles que elaborem documentos sobre as suas falas para servir de subsídio à elaboração da política pública de saúde. Também avaliou que o CNS está saindo de uma crise (derrota em relação ao financiamento) e o momento é de fortalecimento do seu papel de formulador de políticas, de fato (e não se transformar em um conselho gestor). Para isso, é necessário definir medidas práticas, inclusive, em relação às eleições municipais do país e apontar norteadores como prioridade no atendimento, local e prazo para esse atendimento. Conselheira **Lucimar Batista** informou que 31 de janeiro é o dia mundial de combate à hanseníase e serão realizadas atividades para informar a população sobre a doença. Ressaltou que o desafio principal da saúde é garantir acesso com qualidade, o que demanda fortalecimento da atenção básica e definição de novas estratégias para responder a esse desafio. Com relação à hanseníase, defendeu trabalho articulado da SAS e da SVS, melhoria da vigilância epidemiológica e realização de campanhas de informação. Além disso, sugeriu pronunciamento do Ministro da Saúde a respeito do dia mundial de combate à hanseníase. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** começou a sua fala destacando a necessidade de criar indicadores para avaliar os resultados das ações de saúde para os usuários do Sistema, conforme apontado pelo Ministro da Saúde no seu discurso de posse, além de vontade e comprometimento político e fortalecimento do controle social. Citou o relatório das auditorias do Tribunal de Contas da União com referência às metas não cumpridas em relação à política de câncer e, nessa linha, salientou a importância de retomar a atribuição do controle social de formulador de políticas. Reiterou a sua preocupação com os rumos do controle social do país e defendeu que o CNS se volte para o fortalecimento desse controle, assegurando que as políticas e normas sejam submetidas aos conselhos de saúde. Conselheiro **Fernando Luiz Elliotério** avaliou que os movimentos sociais, os gestores e os trabalhadores têm a responsabilidade de debater questões importantes como necessidade de mais impostos com taxação das grandes fortunas, mais recursos

443 para a saúde, pagamento da dívida, redução de juros. Reiterou o acesso como questão central,  
444 destacando que as filas por atendimento estão nos bairros e não mais nos centros das cidades e a  
445 situação não é mais mostrada pela mídia. Finalizou destacando que é necessária solução real para os  
446 problemas do Sistema e não medidas paleativas. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** ressaltou  
447 que o CNS deve defender a reforma tributária e não mais impostos. Conselheiro **Nelson Mussolini**  
448 também defendeu uma reforma tributária, lembrando que o imposto pago no Brasil é similar ao pago  
449 na Suécia, mas a saúde oferecida não é a mesma. Continuando, conselheiro **Francisco Batista**  
450 **Júnior** chamou a atenção para a importância do debate e, para essa avaliação, disse que é preciso  
451 considerar o esforço e as boas ideias da atual gestão do Ministério da Saúde e os feitos do SUS em  
452 2011, em pesem as dificuldades. Dito isso, reiterou que é impossível reverter os gargalos do SUS sem  
453 interferir nos grandes interesses que dominam o país e, na sua avaliação, o Ministério da Saúde,  
454 apesar dos esforços, não tomou nenhuma medida para modificar o atual modelo de atenção, por  
455 exemplo. Sendo assim, defendeu que o Ministério assuma o papel de protagonista do processo, com  
456 estruturação da força de trabalho do SUS, criação da carreira do Sistema, estímulo ao serviço civil e  
457 valorização da força de trabalho multiprofissional e discussão da relação público/privado, uma vez que  
458 a privatização avançou como nunca sobre o SUS no ano de 2011. Salientou que o Ministério da  
459 Saúde deve ter a coragem de estabelecer regras, conforme as determinações da Lei nº. 8.080/90 e da  
460 Constituição Federal, para modificar o quadro atual. Conselheiro **Ubiratan Cassano** focou a sua fala  
461 na questão do financiamento, destacando, a princípio, que a política econômica adotada pelo país em  
462 2011 foi na contramão dos esforços do Ministro Padilha voltados ao desenvolvimento da saúde e à  
463 ampliação do acesso. Inclusive, informou que, segundo o governo, há um déficit de R\$ 40 milhões no  
464 sistema de saúde público. Salientou que o controle social acumulou derrotas em 2011, por conta da  
465 não aprovação da proposta dos 10% das receitas para saúde e novas fontes de financiamento, o que  
466 decorreu da pressão do setor econômico. Também registrou que, apesar das quedas recessivas, o  
467 país pratica as maiores taxas de juros do mundo, sendo atrativo para o capital especulativo. Discordou  
468 da afirmação de que o mundo está em crise, vez que alguns países passam por crise, pois Brasil,  
469 China, Rússia e Índia, por exemplo, apresentam crescimento do PIB. No mais, mostrou os seguintes  
470 dados que apontam a necessidade de redução de juros e aumento dos investimentos para a saúde:  
471 em 2011, para pagamento de juros, foram destinados mais que o dobro do destinado à saúde; e, em  
472 2012, foi destinado apenas 3,8% do orçamento para a saúde e 47,1% para serviços da dívida pública.  
473 Disse que a manutenção dessa política de juros altos significa redução do crescimento do país,  
474 retração da indústria e do setor produtivo, garantia de menos vagas nas universidades, redução dos  
475 empregos e menos recursos para resolver o acesso, que é o principal problema da saúde. Por fim,  
476 ressaltou que é preciso manter a mobilização por mais recursos para a saúde e conclamou a todos a  
477 estar presente na reunião do COPOM para exigir a redução dos juros e o aumento de recursos para a  
478 saúde. Conselheira **Nelcy Ferreira** registrou que a sua expectativa não foi atendida com a  
479 apresentação do Ministério da Saúde e sentiu falta da presença do Presidente do CNS nesse  
480 momento de balanço da saúde. Sentiu-se contemplada nas falas do conselheiro Carrijo e da  
481 conselheira Jurema, mas considerou que, para avaliação do ano de 2011, são necessários dados  
482 mais concretos. Também ressaltou que não conseguiu localizar no PNS uma série de ações  
483 apontadas pelo CNS. Conselheiro **Reginaldo Neves** fez uma avaliação da saúde indígena  
484 destacando que os problemas de saúde e os óbitos de indígenas continuam mesmo após a criação da  
485 SESAI. Destacou a morte de crianças indígenas no Acre e solicitou socorro para reverter a situação.  
486 Conselheira **Ivone Cabral** destacou que é preciso avaliar a saúde de forma ampla, não apenas como  
487 antítese de doença e combater a noção de enfermidade. Também disse que é preciso encontrar uma  
488 saída para o excesso de medicalização e rever o paradigma do cuidado em saúde centrado no  
489 médico. Nessa linha, apontou os seguintes desafios para a saúde: mudança para um modelo de  
490 atenção centrado no usuário; estímulo ao trabalho profissional na atenção básica; fixação de  
491 profissionais em áreas remotas e de difícil acesso; inversão da lógica da mercantilização da saúde; e  
492 importância de debate sobre público e privado. Por fim, defendeu que o CNS aprecie os processos de  
493 criação de novos cursos de graduação de enfermagem, haja vista a baixa qualidade desses cursos (a  
494 categoria representa 60% dos trabalhadores do SUS). Após essa fala, o Plenário decidiu interromper o  
495 debate para o almoço, por conta do avançado da hora e retomar após o intervalo. Reiniciando,  
496 conselheiro **Clóvis Boufleur** retomou o debate da avaliação da saúde no ano de 2011 e abriu a  
497 palavra aos demais inscritos para esse item. Conselheiro **Jorge Alves Venâncio** destacou que as  
498 perspectivas são boas, mas se deve considerar o gargalo do subfinanciamento da saúde,  
499 considerando a perda com a regulamentação da EC nº. 29. Salientou que há recurso disponível, mas  
500 com direcionamento para outros fins como pagamento da dívida (mais que o dobro do recurso da  
501 saúde foi destinado ao pagamento da dívida). Pontuou que se deve considerar nessa avaliação que o  
502 Brasil possui a maior taxa de juros do mundo e a indústria, maior propulsor da economia, teve  
503 crescimento de apenas 0,5% em 2011, causando demissões. Afirmou que há um problema grave na  
504 política econômica do governo e se faz necessária mudança de qualidade em especial na política de  
505 juros. Nessa linha, disse que as centrais sindicais realizarão grande manifestação na Avenida  
506 Paulista, no mês de março, com convite ao setor empresarial contrário à política de juros, em prol da

modificação dessa política, assegurando que a verba da saúde seja direcionada para onde for necessário. Conselheiro **Willen Heil e Silva** disse que é preciso reconhecer os avanços alcançados em 2011, sem esquecer os desafios e manifestou preocupação acerca do objetivo 1 ligado às práticas integrativas, pois não há previsão orçamentária para as ações elencadas pelo CNS. Salientou a importância de estimular a realização de práticas integrativas, porque esses procedimentos contribuem para diminuição de consultas, de procedimentos, possibilitando, assim, mudança de paradigma com investimento na saúde e não nas doenças. Conselheiro **João Donizetti Scaboli** interveio para cumprimentar o governo pela assinatura da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, em novembro de 2011, que contempla plano de ação das três esferas de governo, com envolvimento da saúde, assistência e previdência. Conselheira **Maria Ermínia Ciliberti** avaliou que foi possível avançar nos oito anos do governo Lula na relação com os movimentos sociais e fortalecimento da participação e esperava-se mais avanço nesse governo acerca da participação da sociedade e democratização das instituições do país. Nesse sentido, após o processo vitorioso de realização da 14<sup>a</sup> CNS, é preciso pensar qual o projeto que se coloca e que está em jogo para o próximo período. Em relação às contradições, destacou a realização de diversos eventos sobre determinantes sociais, mas sem contemplá-los nas políticas. Disse que é preciso aprofundar o debate da diretriz sobre direitos humanos no campo da saúde e cumprimentou o MS pela política de enfrentamento das situações de emergências e desastres. A respeito da saúde mental, manifestou preocupação com a abertura de leitos psiquiátricos no país – em São Paulo, serão abertos mais de 800. Conselheiro **Luiz Alberto Catanoce**, sentindo-se contemplado nas falas dos que o antecederam, interveio para destacar a necessidade de pautar em 2012 a Política de Saúde do Idoso na linha de fazer valer o Estatuto do Idoso, que assegura atendimento e acolhimento dessa população. Conselheiro **João Rodrigues Filho** focou a sua fala no tempo de acesso aos serviços de saúde – espera entre a consulta, o procedimento, o diagnóstico e o tratamento e sentiu falta de uma política voltada à força de trabalho do SUS. Também destacou que o Relatório Final da 14<sup>a</sup> CNS aponta as diretrizes a serem seguidas na definição das políticas de saúde para o país. Conselheiro **Expedito Solaney Magalhães** avaliou que o ano de 2011, em que pese a vitória da 14<sup>a</sup> CNS, foi marcado pela derrota acerca da regulamentação da EC nº. 29. Assim, defendeu que a agenda do CNS para 2012 seja pautada pela defesa de mais recursos para a saúde, associando-se a iniciativas de outras entidades como a da OAB e da AMB, e pela definição de estratégias de acolhimento para que os usuários do SUS defendam o Sistema. Por fim, frisou que o Conselho não deve declinar da sua prerrogativa de protagonizar a formulação das políticas de saúde. Conselheiro **Arlison Cardoso** afirmou que 2011 foi um ano vitorioso na construção e consolidação do SUS e destacou como avanços a regulamentação da EC nº. 29 (traz saldo positivo, apesar de não ser o esperado), a aprovação do PPA e do PNS, a realização da 14<sup>a</sup> CNS e a estruturação da rede de urgência e emergência. Também ressaltou a importância da aproximação entre gestão e controle social. Conselheiro **José Wilson Gonçalves** destacou de 2011 o avanço nos debates de temas importantes, de um lado, e os prejuízos no que diz respeito ao financiamento da saúde, de outro. Defendeu que em 2012 é preciso ir do discurso para a prática, pois a população precisa de resultados das ações. Também manifestou preocupação com o crescimento das doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis e defendeu prioridade para as ações de promoção da saúde. No mais, sugeriu que o CNS aprofunde o debate dos seguintes temas em 2012: acesso com qualidade; distribuição e qualidade de medicamentos excepcionais (com convite à ANVISA); e financiamento da saúde. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** manifestou apoio às intervenções e ressaltou que em 2011 o CNS e as entidades que o compõem conseguiram trazer à pauta de debate o problema do financiamento do SUS, com retomada da EC nº. 29, em que pesem os termos em que fora aprovada. Ressaltou que, além de se somar às iniciativas por mais recursos para a saúde, o Conselho deve retomar as propostas acerca do financiamento da saúde, com destaque para taxação de grandes fortunas e contribuição específica para a saúde. Conselheiro **José Cechin** avaliou que são necessárias ações em várias frentes e, nesse sentido, destacou a importância da promoção de hábitos saudáveis de vida. Salientou que a priorização da saúde deve se traduzir em dotação orçamentária e avaliou que é preciso reestruturar as despesas do governo a fim de assegurar mais recursos para saúde. Também frisou que SUS e sistema privado são essenciais para atender as necessidades de saúde da população brasileira, portanto, devem trabalhar em conjunto. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** avaliou que a OAB e a AMB devem incorporar-se a luta do CNS por mais recursos para a saúde e não o contrário. Também sentiu falta de representantes dos estados e dos municípios nessa avaliação da saúde, visto que esses entes podem contribuir e enriquecer as discussões. Chamou a atenção para importantes debates no CNS e sinalizou que o CNS pecou ao suspender as reuniões das comissões, pois poderiam levantar subsídio para deliberação do Pleno. Disse não ser contrário ao aumento de impostos, mas, no atual momento deve aplicar os impostos já arrecadados e criar outros. Por fim, ressaltou que priorizar a saúde significa aportar mais recursos e melhorar a gestão. Conselheiro **Edmundo Omoré** salientou a importância de pautar essa avaliação da saúde e focou a sua fala na saúde indígena. Disse que a situação é grave e destacou a morte de crianças indígenas no Estado do Acre. Defendeu uma gestão participativa e compartilhada, capacitação e fortalecimento dos 34 Conselhos Distritais para fiscalizar as ações e melhorar a

571 situação. Diante da presença do conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, para  
572 debate da Medida Provisória nº. 557/2011, o Pleno interrompeu o debate da avaliação da saúde no  
573 ano de 2011. Após o debate a Medida Provisória, o Pleno continuaria a avaliação. **ITEM 3 – MEDIDA**  
574 **PROVISÓRIA Nº. 557, DE 26 DE DEZEMBRO DE 2011 - Composição da mesa:** conselheiro  
575 **Alexandre Padilha**, Presidente do CNS; conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares**,  
576 coordenadora da CISMU/CNS; e **Elizabete Saar**, gerente da Secretaria Especial das Mulheres.  
577 Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares**, coordenadora da CISMU/CNS, foi a primeira a expor  
578 sobre o tema, que, no seu ponto de vista, é de interesse de todos porque afeta a privacidade e  
579 liberdade das mulheres. Lembrou que a Medida Provisória nº. 557/2011 foi publicada sem debate  
580 prévio do movimento feminista e de mulheres e, de um modo geral, causou grande preocupação pelo  
581 seu conteúdo. Dada a polêmica da Medida, disse que estavam presentes naquele momento, para  
582 acompanhar a discussão, representantes da Associação e Mulheres Brasileiras, CEFMIA, Marcha  
583 Mundial para Mulheres, Fórum de Mulheres do DF, Católicas pelo Direito de Decidir e Secretaria de  
584 Mulheres. Destacou como pontos de consenso das entidades em relação à Medida Provisória, entre  
585 outros: 1) Do ponto de vista técnico e operacional, a Medida é desnecessária, pois já existem leis,  
586 normas técnicas, protocolos e orientações de serviço em vigência que contemplam todos os  
587 procedimentos de rotina, no âmbito das unidades básicas de saúde, hospitalares e maternidades,  
588 necessários para o atendimento qualificado do pré-natal, parto e puerpério; 2) Nos aspectos referentes  
589 ao Sistema de Informações, já existem diferentes formas de registro para as ações de saúde sobre  
590 qualquer usuário do SUS, entre eles, das mulheres gestantes; 3) Para a prevenção da mortalidade  
591 materna foram elaboradas estratégias, pactos, Comitês de Morte Materna (acordadas entre  
592 especialistas e representantes da sociedade civil) em todas as esferas do SUS; bastaria que fossem  
593 aprimorados com a incorporação de todas as causas e a qualificação da atenção e funcionassem  
594 adequadamente (a Medida não faz referência a esses Comitês de Morte Materna); 4) Para concretizar  
595 as intenções propostas na MP, o importante é o estímulo, o financiamento e o monitoramento para a  
596 efetiva implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). É  
597 importante enfatizar ainda que uma atividade focalizada dificilmente estrutura e organiza uma política  
598 baseada em princípios de universalidade e integralidade, não incorpora as questões de gênero e  
599 diversidade, e tampouco considera os direitos sexuais e os direitos reprodutivos das mulheres (um  
600 explícito descumprimento dos acordos internacionais firmados por nosso país). Estes são  
601 componentes indispensáveis de toda e qualquer política destinada a assegurar o direito das mulheres  
602 a uma vida saudável, sem violência e coerção. Pontuou também como outro problema da MP a  
603 inserção da figura do nascituro no texto da Medida, admitindo direitos de cidadania a uma expectativa  
604 de cidadão e a cidadã real e existente torna-se refém do serviço de saúde e/ou da polícia. Lembrou,  
605 inclusive, que a MP não foi citada no debate do CNS sobre saúde da mulher, em dezembro de 2011,  
606 nem mesmo feita referência na 14ª CNS e na III Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres.  
607 Além disso, alertou que a MP impõe o Cadastro às gestantes e lembrou que o aborto, causa  
608 determinante de morte materna, não é referido no texto da Medida. Ressaltou ainda que, na prática, a  
609 MP coloca a gestação como uma espécie de “doença de notificação compulsória”, a ser controlada e  
610 não um evento de saúde reprodutiva a ser vivido com prazer. Por fim, em nome do movimento  
611 feminista e de mulheres, solicitou ao Ministério da Saúde que indique à Presidência da República a  
612 retirada da MP para que possa ser revista e reformulada após discussão com esses movimentos. Na  
613 sequência, fez uso da palavra o conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, que,  
614 inicialmente, justificou a sua ausência no período da manhã por estar em Goiânia para visita à unidade  
615 urgência e emergência da capital. A propósito, sugeriu que, entre uma reunião e outra do Conselho,  
616 grupos de conselheiros participassem de visitas para trazer ao CNS mais temas da realidade.  
617 Agradeceu o Plenário pela inclusão da MP nº. 557/2011 na pauta, porque possibilitaria esclarecer  
618 dúvidas levantadas pelos movimentos em relação à norma. Relatou que a proposta foi apresentada na  
619 reunião do Comitê de Mobilização da Rede Cegonha, no dia 30 de novembro de 2011, e lamentou  
620 que não tenha sido tratada durante o debate no CNS sobre saúde da mulher no mês de dezembro.  
621 Explicou que essa iniciativa surgiu da proposta levada à OMS de definir ação conjunta dos países  
622 para enfrentar a mortalidade materna e foi elaborada com base em experiências positivas de outros  
623 países. Inclusive, disse que em visita a Cuba conheceu os esforços do sistema nacional de saúde  
624 daquele país nos anos 80 e 90 que tiveram impacto na redução da mortalidade materna. Ressaltou  
625 que a Medida é uma das ações do Ministério da Saúde voltadas para enfrentar as taxas inaceitáveis  
626 de mortalidade materna no Brasil e um esforço para atingir o Objetivo do Milênio 2015 (o Brasil e mais  
627 quatro países das Américas talvez não alcançarão a meta acerca da mortalidade materna) e se  
628 somam a outras ações do Ministério da Saúde na linha de garantir de um parto humanizado e seguro,  
629 que vem desde o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, definido no  
630 governo Lula. No mais, disse que a Medida Provisória traz mudanças, o que ensejou a sua  
631 promulgação por força de lei e não por portaria do Ministério da Saúde. Explicou que a primeira  
632 novidade da Medida é a obrigatoriedade de comissões presididas pelo diretor técnico responsável  
633 pelos serviços públicos e privados com a responsabilidade acompanhar, prevenir, registrar as  
634 gestantes de alto risco e definir plano de cuidado a essas mulheres. Disse que essa iniciativa adotada

em Cuba contribuiu para responsabilizar a direção da unidade pelo cuidado da gestante de alto risco e antecipou a tomada de medidas para evitar complicações no parto ou a morte da gestante. Ressaltou que essas comissões não substituem os comitês de mortalidade materna, mas sim, contribuem com o trabalho dessas instâncias. Acrescentou que esses comitês agem na investigação após a morte ocorrida e as comissões atuam para evitar a morte. Salientou que a Medida Provisória também traz a garantia do direito da gestante a acompanhante durante o pré-parto, parto e puerpério, pois esse direito, apesar de estabelecido em lei, suscitava questionamentos por parte dos serviços públicos e privados. Além disso, a MP determina que serviços públicos e privados devem colaborar com informações para investigação de mortalidade materna, fundamentais para o desenvolvimento de políticas de redução da mortalidade materna. Disse que a Medida, por fim, cria um auxílio-deslocamento para a realização das consultas, o que contribui para adesão das gestantes a um pré-natal completo, diminuindo o risco de mortalidade materna. Ressaltou que essa proposta foi inspirada em experiências bem sucedidas de municípios de incentivo ao pré-natal. Aproveitou para esclarecer que as informações sobre as gestantes não são públicas, assim como é restrito o acesso ao SISPrenatal e a outros sistemas do SUS que já existem, de modo a evitar constrangimentos das mulheres. Detalhou, por exemplo, que as informações sobre mulheres submetidas a curetagens no SUS (200 mil por ano) encontram-se em sistemas como esse (SIH) e não há acesso a esses dados. Na linha de não deixar dúvidas, informou que foi publicada regulamentação sobre o auxílio-deslocamento que determina, entre outras questões, que a divulgação dos locais onde gestantes receberam o auxílio será feita uma vez por ano, decorrido um ano após o parto, sem divulgação do nome, idade ou outro tipo de informação que possa ferir a privacidade da gestante. Reiterou que as quatro mudanças teriam que ser publicadas por lei e não por portaria e optou-se por Medida Provisória porque permite que as regulamentações e mecanismos para adoção dessas novas ações acontecessem a partir da sua edição. Além disso, justificou que a publicação ocorreu no final de dezembro de 2011, porque os benefícios instituídos em ano eleitoral (como é 2012) podem ensejar questionamento. No mais, reiterou que o Sistema Nacional de Cadastro, Vigilância e Acompanhamento da Gestante e Puérpera para Prevenção da Mortalidade Materna, assim como outros sistemas já em funcionamento, não traz risco à privacidade das gestantes. Também esclareceu pontos da Medida Provisória que foram alvo de questionamento, sendo: as Comissões de Cadastro, Vigilância e Acompanhamento das Gestantes e Puérperas de Risco serão constituídas nas unidades de saúde, presididas pelo diretor da unidade; e a Medida esclarece que o direito a um acompanhante refere-se a todo o período de internação por ocasião do trabalho de parto e pós-parto. Além disso, comentou dois termos da Medida que, na sua visão, causam maiores preocupação “Cadastro” e “Nascituro”, explicando que em relação ao primeiro não se refere a projeto de cadastro de gestantes na linha de política antiaberto e, a respeito do segundo, explicou que fora incluído posteriormente e não muda o definido no Código Civil. De todo modo, avaliou que as preocupações dos movimentos são legítimas e colocou-se à disposição para continuar o debate com o movimento. A seguir, fez uso da palavra a gerente da Secretaria Especial das Mulheres, **Elizabete Saar**, que, na ocasião, não falou em nome da Secretaria, porque não recebera o convite oficial para tratar do tema no CNS. Fez breves considerações sobre a Medida Provisória e destacou que o principal problema da norma refere-se à citação do termo “nascituros”. Avaliou que levar a proposta para debate no Congresso Nacional, contemplando essa questão, seria desnecessário e desgastante e apelou Ministério da Saúde pela retirada do termo “nascituro” na linha de encontrar uma saída que atenda melhor as mulheres. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** justificou que não foi feito convite formal à SPM, porque o tema foi incluído na pauta no início da reunião. Também aproveitou para registrar a presença de representantes do movimento feminista e de mulheres naquele momento.

**Manifestações.** Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** começou a sua fala agradecendo a inclusão desse item na pauta do CNS e questionando porque a Medida Provisória não fora apresentada na última reunião do CNS no momento do debate sobre saúde da mulher. Também cumprimentou o movimento feminista e de mulheres pela resposta rápida à norma publicada no final de dezembro de 2011, sem debate prévio com as entidades. Reiterou que a Medida retrocede em relação a conquistas das mulheres e é inconstitucional ao contemplar no texto a figura do nascituro, admitindo direitos de cidadania a uma expectativa de cidadão. Por essa razão, entre outras, defendeu que o CNS recomende a retirada da Medida Provisória do Congresso. Conselheiro **Clóvis Boufleur** fez a leitura do art. 19, “j”, na sua visão, o ponto nefrágico do debate e avaliou que visa garantir a saúde da mulher e do feto. No seu entendimento, o mérito do texto é claro na definição de ações voltadas à garantia de pré-natal de qualidade às gestantes que desejam levar adiante a gravidez e à prevenção da mortalidade materna e infantil. Considerando que a Medida Provisória vai ao encontro da necessidade de garantir maior acolhimento e facilidade ao serviço de pré-natal, manifestou o seu apoio à proposta. Conselheira **Lígia Bahia** explicou que a ABRASCO publicou nota manifestando posição contrária à Medida Provisória pelas seguintes razões: iniciativa por meio de Medida Provisória; não audiência do momento feminista e de mulheres; e discordância com a proposta de cadastro de gestantes. Por esses motivos, disse que a entidade defende a revogação da Medida Provisória. Em relação ao cadastro, avaliou ser um instrumento autoritário que atende a anseios das bancadas religiosas do Congresso Nacional. Por fim, colocou a ABRASCO à disposição para

699 contribuir na definição de estratégias para reduzir as altas taxas de mortalidade materna, dada a  
700 gravidade e a urgência da situação. Conselheira **Maria Erminia Ciliberti** lamentou que o movimento  
701 de mulheres não fora chamado para debater e definir essa questão e, portanto, defendeu que o  
702 Ministério da Saúde faça intermediação a fim de que a Presidente da República ouça a Rede  
703 Feminista sobre esse assunto. Manifestou preocupação com a criação de comissões nos serviços de  
704 saúde, uma vez que a gerência de OSs é feita por igrejas e foram identificados problemas como  
705 interrupção da distribuição de preservativos por essas Organizações. Encerrou a sua fala reforçando a  
706 importância da participação do movimento social na construção das políticas públicas. Conselheiro  
707 **João Rodrigues Filho** saudou o Ministro da Saúde pelo esforço em acertar no que diz respeito à  
708 atenção à saúde das mulheres, das gestantes e de toda a população. Contudo, apoiou a solicitação  
709 de retirada da MP para melhor debate com os movimentos. Conselheira **Jurema Werneck** disse que,  
710 para além do reconhecimento da necessidade de resolver o problema das altas taxas de mortalidade  
711 do país, o que está em debate é a solução encontrada para essa situação. Reiterou que é preciso  
712 cuidado para não transformar “remédios” (indicados para resolver problemas) em “venenos”, como é o  
713 caso da MP nº. 557/2011. Considerando que a palavra “nascituro” não estava no texto original da  
714 Medida, destacou que a sua inclusão, por si só, demonstra outro ponto de preocupação. Além disso,  
715 disse que não se deve subestimar a disputa de interesses em torno da saúde da mulher e a MP não  
716 pode servir de instrumento para essa disputa. Disse que, para garantir os direitos das mulheres, é  
717 preciso debate amplo com os movimentos, explicitar os interesses envolvidos nessa questão e chamar  
718 os gestores e prestadores para explicar porque é preciso mais uma lei para tentar fazer cumprir  
719 direitos já garantidos. Cumprimentou o CNS pela coragem de debater esse debate e agradeceu a  
720 presença da representação do movimento feminista e de mulheres. Conselheiro **Jurandi Frutuoso**  
721 ressaltou que a taxa de mortalidade no país é extremamente alta e mesmo com várias iniciativas não  
722 se consegue diminuir esses índices. Salientou que essa é uma questão de grande preocupação, visto  
723 que a morte de uma mãe é um fator desestruturante da família. Nesse sentido, salientou que a Medida  
724 Provisória avança no sentido de reduzir essas taxas de mortalidade materna sem intenção de  
725 intervenção acerca do corpo da mulher. Considerando as incompreensões sobre a Medida, ressaltou  
726 que é preciso retomar o debate com prudência e responsabilidade com vistas a garantir uma solução  
727 que assegure a vida das mulheres. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** reiterou a sua preocupação  
728 com as sucessivas decisões do Ministério da Saúde sem consulta ao CNS e discordou de que é  
729 necessário criar novas leis para garantir direitos. Avaliou que a legislação do SUS é completa e o  
730 problema do Sistema refere-se à orientação, definição e decisão política. Ressaltou ainda que a  
731 Medida Provisória não resolve o problema da falta de profissionais de saúde e serviços para atender  
732 as mulheres. Disse que pelo segundo ano consecutivo foi publicada Medida Provisória no final do ano  
733 e torceu para que o CNS não continue a ser vítima desse tipo de iniciativa. Por fim, defendeu, em  
734 nome dos trabalhadores da saúde, a retirada da Medida Provisória do Congresso Nacional.  
735 Conselheira **Júlia Maria Roland** avaliou que o debate é importante e que é consenso que os altos  
736 índices de mortalidade materna, em especial de mulheres negras, é um dos grandes problemas do  
737 SUS. Diante da gravidade da situação e das justificativas para edição de Medida Provisória, sugeriu a  
738 redefinição do art. 16, alínea “j”, preservando o objetivo central da Medida que é diminuir a mortalidade  
739 materna. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** explicou que o CEBES debateu a Medida Provisória  
740 e a entidade não tem juízo de valor sobre a intencionalidade da norma, entendendo tratar-se de uma  
741 forma para enfrentar um problema grave. Contudo, na avaliação da entidade, o método foi  
742 equivocado, uma vez que não houve debate com as entidades para se chegar a uma proposta de  
743 consenso. No mais, salientou que há outras situações dramáticas de políticas públicas que também  
744 não podem ser colocadas de modo que atropelem a melhor forma de encaminhamento da discussão,  
745 a legitimidade do debate e a participação do movimento. Resguardados os direitos, disse que o  
746 CEBES reitera o posicionamento da ABRASCO e das demais entidades na linha da retirada da MP.  
747 Conselheiro **Arnaldo Marcolino** começou pontuando duas preocupações: defesa da vida e  
748 participação da sociedade na definição das políticas. Ressaltou que é necessário cuidado ao tratar  
749 desse tema a fim de não fortalecer posições autoritárias e conservadoras em relação às mulheres.  
750 Avaliou que esse é um tema de interesse não só das mulheres, mas também de toda a família e  
751 conclamou a todos para lutar contra a Medida Provisória. Conselheiro Expedito Solaney de Magalhães  
752 registrou que a CUT soma-se às demais entidades contrárias à Medida Provisória por entender que  
753 essa iniciativa, da forma como foi apresentada, não consegue superar a gravidade real da situação da  
754 mortalidade materna. Também solicitou do governo sobre a necessidade de modificar o curso da  
755 política econômica do país, com inversão da lógica economicista de pagamento da dívida para  
756 priorização das políticas sociais visando, inclusive, atingir as metas dos objetivos do milênio. Como  
757 encaminhamento, defendeu a retirada da Medida Provisória, assegurando debate com os movimentos  
758 de mulheres e feminista. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz**, diante das falas e considerando a  
759 legitimidade das questões levantadas, sugeriu que fosse constituído GT de conselheiros para, nos  
760 próximos 15 dias, levantar sugestões à Medida Provisória nº. 557/2011. Lembrou que em agosto de  
761 2010 foi realizada reunião do MS com o movimento de mulheres para tratar dos programas de  
762 governo voltados à saúde da mulher e colocou a possibilidade de uma reunião do movimento de

763 mulheres com o Ministro da Saúde para tratar da Medida. Conselheiro **Jorge Alves Venâncio**  
764 destacou que a questão central é a busca de melhor caminho para enfrentar o grave problema da  
765 mortalidade materna no país e, na sua visão, a Medida Provisória aponta nesse sentido. Explicou que,  
766 na reunião do CNS do mês de dezembro, a coordenadora da Área Técnica de Saúde da  
767 Mulher/SAS/MS, em resposta a sua pergunta, informou que seria necessária MP para criar a proposta  
768 de benefício para deslocamento da gestante (“Vale Táxi”). Em que pese às críticas, avaliou que a  
769 Medida traz avanços como a criação desse auxílio de deslocamento à gestante e, considerando a  
770 proibição de criar benefício em ano eleitoral, disse que a revogação da Medida Provisória implicaria  
771 em adiar a criação desse benefício para 2013. Nesse sentido, defendeu que os movimentos e as  
772 entidades construam um texto a fim de não prejudicar as gestantes. Conselheira **Maria do Socorro de**  
773 **Souza** falou do seu sentimento em relação ao tema e avaliou que o movimento deve decidir sobre  
774 essa questão evitando que o Judiciário ou o Legislativo o faça. Defendeu o caminho do diálogo e  
775 ratificou a proposta de compor o GT, colocando a CONTAG à disposição. Avaliou que o debate será  
776 árduo porque será feito em um espaço onde não se tem total governabilidade. Conselheiro **Arilson**  
777 **Cardoso** destacou os esforços dos gestores municipais para reduzir os altos índices de mortalidade  
778 materna com definição de estratégias para qualificar o atendimento à saúde da mulher. Contudo, disse  
779 que é preciso definir outras estratégias para dar conta dessa questão e a Medida Provisória mostra-se  
780 como uma alternativa para tentar resolver o problema da mortalidade materna. Apoiou a proposta de  
781 criar um GT para debater a Medida e levantar sugestões e salientou que o gestor municipal deve ter  
782 respaldo legal para amparar o seu trabalho. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** abriu a palavra  
783 para encaminhamentos. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** registrou que a Frente Nacional  
784 contra Criminalização das Mulheres e pela Legalização do Aborto defende a imediata retirada da MP  
785 do Congresso Nacional, porque é uma medida ineficaz, inconstitucional, viola direitos e fortalece a  
786 criminalização das mulheres. Conselheira **Lígia Bahia** defendeu que o CNS se manifeste contra a MP  
787 nº. 557/2011 e delibere por elaborar um documento com justificativas para essa posição na linha de  
788 subsidiar o debate da Medida. **Retorno da mesa.** Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente  
789 do CNS, iniciou a sua fala assumindo total responsabilidade pela Medida Provisória, por conta dos  
790 motivos já expostos e explicou que, na avaliação da área jurídica, a inclusão da figura do nascituro  
791 não implica em nenhuma mudança do que determina o Código Civil. Avaliou como equívoco a  
792 proposta da MP não ter sido apresentada ao CNS, no mês de dezembro, durante o debate sobre  
793 saúde da mulher, mas reiterou que os conteúdos principais da Medida foram apresentados na reunião  
794 do Comitê de Mobilização da Rede Cegonha, no dia 30 de novembro de 2011, do qual participam  
795 várias entidades. Mostrou alguns slides da apresentação feita nessa reunião do comitê com destaque  
796 para o gráfico que demonstra queda na razão da mortalidade materna por conta da Rede Cegonha  
797 (espera-se maior redução dos últimos quatro anos). Salientou que essa redução será possível por  
798 conta das ações definidas pela Rede – mais profissionais, UTI materna - todavia, essas ações ainda  
799 são insuficientes para superar a situação dada a gravidade. Frisou, inclusive, que a MP se soma a  
800 outras ações voltadas à redução das taxas da mortalidade materna. Disse que as *mudanças*  
801 *propostas motivaram a necessidade de um instrumento com força de lei (MP)* e salientou que são  
802 *necessárias leis para aprimorar o SUS*. Salientou que decidir por revogar a MP significa suscitar outro  
803 debate e retroceder na garantia do benefício para deslocamento e de esclarecimento do direito da  
804 gestante de acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto. Diante dessas questões, defendeu a  
805 proposta de formar um GT para debater a MP nº. 557/2011 e apresentar sugestões na linha de  
806 subsidiar a posição do CNS. Conselheira **Lígia Bahia** salientou que permanecem muitas dúvidas  
807 sobre a MP a serem esclarecidas. A fim de possibilitar debates internos dos segmentos sobre o tema,  
808 a mesa suspendeu temporariamente o debate. Retomando, conselheira **Eliane Aparecida da Cruz**  
809 reapresentou e o Presidente do CNS colocou em apreciação a seguinte proposta de encaminhamento,  
810 resultado do debate dos segmentos: adiar a decisão sobre a Medida Provisória nº. 557/2011 para a  
811 próxima reunião do CNS; formar um Grupo de Trabalho (GT) para sintetizar as sugestões do Plenário  
812 do CNS levantadas durante o debate e outras eventuais sugestões e apresentar documento na  
813 próxima reunião do CNS; e solicitar uma audiência com a Presidente Dilma Rousseff para debater a  
814 Medida Provisória. Conselheiro **Clóvis Boufleur** registrou que o tema é de interesse de todos e não  
815 apenas do movimento de mulheres e feminista. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** registrou que o  
816 segmento dos trabalhadores não participou de articulação e é favorável à retirada da MP. Contudo,  
817 esse segmento apoia a proposta de formar um GT para ampliar o debate, desde que o Pleno  
818 manifeste sua posição contrária à Medida. Caso contrário, disse que iria abster-se da votação.  
819 Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** registrou que o segmento dos trabalhadores sente-se  
820 prejudicado porque não participou das articulações para construir um encaminhamento. Assim,  
821 solicitou à mesa que socialize o debate interno para subsidiar a tomada de decisão. **Após**  
822 **esclarecimentos, conselheiro Alexandre Rocha Padilha, Presidente do CNS, colocou em**  
823 **votação a proposta construída durante o intervalo: adiar a decisão sobre a Medida Provisória**  
824 **nº. 557/2011 para a próxima reunião do CNS; formar um GT para sintetizar as sugestões do**  
825 **Plenário do CNS levantadas durante o debate e outras eventuais sugestões e apresentar um**  
826 **documento na próxima reunião do CNS; e solicitar uma audiência com a Presidente Dilma**

827 **Rousseff para debater a Medida Provisória. Deliberação: a proposta foi aprovada com 28 votos**  
828 **favoráveis, um voto contrário e dez abstenções.** Conselheira **Lígia Bahia** desculpou-se  
829 publicamente por não ter sido feito convite ao segmento dos trabalhadores para participar das  
830 articulações. Definido esse ponto, a mesa passou à composição do Grupo de Trabalho. **Após**  
831 **considerações, o Plenário decidiu que o GT sobre a MP nº. 557/2011 seria composto por cinco**  
832 **conselheiros e dez convidados.** As indicações foram as seguintes: a) **Conselheiros:** 1) Eliane  
833 Aparecida da Cruz; 2) Nelcy Ferreira da Silva; 3) Clóvis Boufleur; 4) Maria do Espírito Santo  
834 Tavares; e 5) Jurema Werneck. b) **Convidados:** 1) CONASS; 2) Denise Reinhart, CONASEMS; 3)  
835 Maria Ermínia; 4) Lígia Bahia; 5) Guacira César de Oliveira (CFEMEA); 6) Beatriz Galli; 7)  
836 Secretaria de Políticas para as Mulheres; 8) Confederação de Mulheres do Brasil; 9) União  
837 Brasileira de Mulheres; e 10) Liga Brasileira de Lésbicas. A SAS/MS também participará da  
838 **reunião do Grupo. A reunião do GT ocorrerá no dia 2 de fevereiro de 2012.** Definido esse ponto, a  
839 mesa foi recomposta para continuação do balanço do ano de 2011 na saúde e definição de  
840 encaminhamento a respeito da morte do secretário de Recursos Humanos do Ministério do  
841 Planejamento, Duvanier Ferreira Paiva. Na condição de coordenador dos trabalhos, conselheiro  
842 **Clóvis Adalberto Boufleur**, da Mesa Diretora do CNS, abriu a palavra para considerações da mesa a  
843 respeito das intervenções. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz**, representante do Ministério da  
844 Saúde, primeiro, disse que é importante reconhecer o trabalho importante do Ministério da Saúde na  
845 linha da defesa do SUS, mas sem desconsiderar os problemas do Sistema acumulados nesses 20  
846 anos. Ressaltou que diversas pesquisas têm sido realizadas, como a da CNI, que expressam a  
847 opinião da população e os resultados são considerados pelo Ministério da Saúde. Destacou que o  
848 principal contato dos usuários com o SUS é por meio das emergências e a organização dos serviços  
849 não tem conseguido dar conta das demandas nessas emergências. No que diz respeito à avaliação,  
850 explicou que o Ministério da Saúde pretende relacionar as deliberações da 14ª CNS aos seus  
851 objetivos estratégicos e reavaliar as suas ações. Também destacou que é preciso pautar debate sobre  
852 o CNS como formulador ou articulador das políticas na linha de, inclusive, orientar as ações de  
853 governo. Salientou ainda que o CNS deve indicar o que deseja saber em relação às políticas e definir  
854 como avaliá-las. Do seu ponto de vista, a avaliação das políticas de saúde deve ser feita a partir de  
855 três eixos – PPA, PNS e deliberações da 14ª CNS. Por fim, sugeriu pautar debate no CNS sobre a Lei  
856 Complementar nº. 141/2012, que regulamenta a EC nº. 29. Em seguida, falou do caso do secretário  
857 de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Duvanier Ferreira Paiva, que morreu na  
858 madrugada de 19 de janeiro de 2012. Disse que, conforme relato da família do secretário, após sentir  
859 uma dor, o secretário, acompanhado da mulher, dirigiu-se ao hospital Santa Luzia e Santa Lúcia, mas  
860 as unidades lhe negaram atendimento porque não tinham convênio com o plano de saúde dele  
861 (GEAP) e por ele não dispor de cheque caução. Diante dessa negativa, o secretário e a esposa  
862 dirigiram-se ao hospital Planalto, mas, enquanto era feito o preenchimento da ficha, o secretário sofreu  
863 um choque e a tentativa de ressuscitação não obteve sucesso. Disse que o secretário saiu de casa às  
864 4h da manhã e morreu às 6h, sem atendimento. Diante do ocorrido, informou que o Ministério da  
865 Saúde solicitou relatório da ANS e o documento está sob análise. Além disso, foi aberto inquérito na  
866 delegacia do consumidor e na 1ª DP para apurar se houve omissão de socorro. Informou que foram  
867 solicitadas cópias dos vídeos feitos pela câmera de segurança dos hospitais, o Conselho Regional de  
868 Medicina do Distrito Federal (CRM-DF) abriu procedimento de apuração de responsabilidade dos  
869 hospitais e o Ministério da Saúde constitui um GT para levantar os projetos em debate sobre omissão  
870 de socorro. No mais, disse que o Ministério da Saúde aguarda o inquérito policial para investigar se  
871 houve omissão de socorro e racismo e a orientação da Presidente da República é de ação exemplar  
872 em relação ao caso. Além disso, informou que, após o ocorrido, denúncias de casos semelhantes  
873 foram registradas em relação aos hospitais Santa Lúcia e Santa Luzia. Conselheira **Lígia Bahia**  
874 lembrou que, em 2003, foi publicada Resolução Normativa (RN) nº. 44, que proíbe a exigência de  
875 cheque caução, portanto, o caso ocorreu não por falta de lei. Salientou que, ao contrário do que  
876 determina a lei, a negativa de atendimento de casos de emergência, por parte dos hospitais privados  
877 de saúde, ocorre diuturnamente e em todos os locais do país. Lembrou que, independente de  
878 beneficiário de plano privado de saúde, os hospitais privados são obrigados a atender qualquer  
879 pessoa em situação de emergência. Diante dessa situação, sugeriu que o CNS aprove uma resolução  
880 ao Ministério da Saúde para que determine o fechamento das emergências dos hospitais privados.  
881 Além disso, propôs que o Conselho negocie com a representação da OAB e da AMB o lançamento no  
882 CNS do projeto de lei de iniciativa popular em prol de mais recursos para a saúde. Conselheira **Eliane**  
883 **Aparecida da Cruz** concordou que é preciso regular a situação das emergências dos hospitais  
884 privados e o Ministério da Saúde está empenhado nesse sentido. Disse que serão realizadas reuniões  
885 e a sugestão da conselheira Lígia Bahia será colocada para debate, o que não impede  
886 posicionamento do CNS. Conselheira **Lígia Bahia** sugeriu levantamento das ações nos Tribunais de  
887 Justiça para servir de subsídio ao GT do Ministério da Saúde e defendeu posicionamento do CNS a  
888 esse respeito. Conselheiro **Expedito Solaney de Magalhães** sugeriu a elaboração de uma nota do  
889 CNS sobre o ocorrido. **Deliberação: o Pleno deliberou por elaborar uma nota do CNS sobre a**  
890 **morte do secretário de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Duvanier Ferreira**

891 **Paiva, tendo sido indicados para redigir o texto a conselheira Lígia Bahia, o conselheiro**  
892 **Expedito Solaney de Magalhães e o conselheiro José Marcos de Oliveira.** Definido esse ponto, a  
893 mesa abriu a palavra para manifestação da conselheira Jurema Werneck e conselheiro José Carrijo  
894 Brom. Conselheira **Jurema Werneck** destacou na sua fala a importância de definir agenda do CNS  
895 2012 pró-ativa e com capacidade de dialogar com as necessidades das pessoas. Também ressaltou a  
896 necessidade de esforço coletivo na linha de reconstruir projeto comum de democracia e de  
897 intervenção do CNS no cenário político e da saúde no país. Conselheiro **José Carrijo Brom** salientou  
898 que as falas dos conselheiros convergiram nos seguintes aspectos: acesso, financiamento,  
899 intersectorialidade, equidade, modelo de atenção, política geral, mobilização e papel do CNS de  
900 formulador da política. Finalizou destacando que o SUS é um sistema heterogêneo entre as  
901 necessidades da população e as políticas econômicas. Conselheiro **Clóvis Boufleur** listou os  
902 encaminhamentos que emergiram do debate: 1) elaborar nota do CNS sobre o dia mundial de  
903 combate à hanseníase - 29 de janeiro; 2) definir o tema “acesso” como pauta prioritária do CNS –  
904 contemplar no planejamento e encaminhar para Mesa Diretora do CNS; 3) solicitar aos painelistas a  
905 redação de um texto sobre o mérito das suas falas; e 4) convidar a representação da Ordem dos  
906 Advogados do Brasil (OAB) e da Associação Médica Brasileira (AMB) para tratar das iniciativas em  
907 defesa de mais recursos para a saúde. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** defendeu que o  
908 CNS inclua o tema do financiamento no centro de sua agenda com continuidade das ações realizadas  
909 em 2010 (defesa dos 10%, taxação das grandes fortunas). Após essa fala, a mesa encaminhou as  
910 propostas. **Deliberação: o Plenário decidiu demandar ao conselheiro José Carrijo Brom e à**  
911 **conselheira Jurema Werneck a elaboração de documento a respeito das suas falas, para**  
912 **divulgação no site do CNS; e convidar a representação da Ordem dos Advogados do Brasil**  
913 **(OAB) e da Associação Médica Brasileira (AMB) para tratar das iniciativas em defesa de mais**  
914 **recursos para a saúde (a Mesa Diretora do CNS, em articulação com a COFIN/CNS, verificará a**  
915 **possibilidade de lançamento, na reunião de fevereiro de 2012, da proposta da OAB e da AMB**  
916 **de lei de iniciativa popular para efetivo aumento dos investimentos públicos em saúde no país);**  
917 elaborar nota do CNS sobre o dia mundial de combate à hanseníase - 29 de janeiro (**elaborado pelo**  
918 **Conselheiro Clóvis Boufleur e pela conselheira Lucimar Batista e será divulgado no site do**  
919 **CNS**); e definir o tema “acesso” como pauta prioritária do CNS – contemplar no planejamento e  
920 encaminhar para Mesa Diretora do CNS. O Plenário retomaria o tema “financiamento” no dia seguinte,  
921 caso necessário. Conselheira **Lucimar Batista** perguntou sobre a possibilidade de pronunciamento do  
922 Ministro da Saúde sobre o dia mundial de combate à hanseníase. A proposta foi registrada pelos  
923 representantes do Ministério da Saúde para verificar a viabilidade. A representante da Coordenação  
924 de Plenária de Conselhos de Saúde/PA, **Maria Inês Reis**, destacou que a situação da saúde no Pará  
925 é dramática e citou o caso da grávida de trigêmeos que, no dia 19 de janeiro de 2012, morreu no  
926 corredor do Hospital Municipal de Santarém/PA, sem atendimento médico. Salientou que a  
927 Coordenação de Plenária de Conselhos de Saúde deseja contribuir com os trabalhos do CNS e, nesse  
928 sentido, solicitou que as propostas da Coordenação sejam incluídas no planejamento do Conselho no  
929 sentido de fortalecer o controle social. Após essa fala, a mesa encerrou este item. **ITEM 4 –**  
930 **APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO DA 14ª CNS – Composição da mesa:** conselheiro **Arnaldo**  
931 **Marcolino**, Relator Adjunto da 14ª CNS; **Paulo Navarro**, Relator da 14ª CNS; conselheiro **Clóvis**  
932 **Boufleur**, Comissão Organizada da 14ª CNS. **Coordenação:** conselheira **Jurema Pinto Werneck**,  
933 Mesa Diretora do CNS e Coordenadora da 14ª CNS. Conselheira **Jurema Werneck** iniciou este item  
934 parabenizando a Comissão Geral de Relatoria pelo trabalho com destaque para a entrega do Relatório  
935 Final da 14ª Conferência no dia 13 de dezembro de 2011. De imediato, conselheiro **Clóvis Boufleur**  
936 passou à apresentação da proposta de formato do Relatório Final da 14ª CNS, conforme sugestão da  
937 Mesa Diretora do CNS: 1) Sumário; 2) Apresentação; 3) Propostas; 4) Moções; 5) Carta da 14ª CNS;  
938 6) Programação da 14ª CNS; 7) Anexos: Regulamento, Regimento e Portarias; 8) Proposta para a 15ª  
939 CNS; e 9) Ficha Técnica. Esclareceu que a decisão da Mesa Diretora do CNS de incluir a Carta da 14ª  
940 CNS no Relatório não foi unânime, tendo sido aprovada pela maioria. Além disso, registrou que a  
941 Mesa Diretora do CNS acatou as propostas conforme apresentadas pela Comissão Geral de  
942 Relatoria. **Manifestações.** Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** reiterou, em nome dela, do  
943 conselheiro José Carrijo e da conselheira Nelcy Ferreira, posição contrária à Carta da 14ª CNS e  
944 solicitou que na publicação desta não seja feita a afirmação de que fora elaborada e aprovada pela  
945 Comissão Organizadora da 14ª CNS. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** lembrou que a Carta  
946 da 14ª CNS fora aprovada pelo CNS e aprovada pela Plenária Final da 14ª CNS, portanto, concordou  
947 não se tratar de um documento da Comissão Organizadora da Conferência. Conselheiro **Clóvis**  
948 **Boufleur** esclareceu que o Relatório Final da 14ª CNS não menciona que a Carta é um documento da  
949 Comissão Organizadora. Conselheiro **Arnaldo Marcolino**, Relator Adjunto da 14ª CNS, iniciou a sua  
950 fala explicando que o trabalho da Relatoria pautou-se pela fidelidade aos debates, sem avaliações  
951 pessoais e diversidade (relatores de todos os Estados). Avaliou que, para as próximas conferências,  
952 devem ser realizadas reuniões prévias dos coordenadores dos Grupos com a relatoria para um  
953 trabalho mais articulado. Destacou o trabalho do Sr. Felipe Cavalcanti, da coordenadora do Comitê de  
954 Relatoria, Zenite Graça e dos técnicos do DATASUS, Rafael e Gleide Isaac, pelo trabalho

desenvolvimento na Comissão de Relatoria da 14<sup>a</sup> CNS e sugeriu o envio de uma carta de agradecimentos aos três últimos. Também considerou importante destacar o trabalho articulado dos integrantes da Comissão de Relatoria e da equipe de relatoria. No mais, sugeriu que o CNS avalie a possibilidade de publicação posterior dos relatórios dos Diálogos Temáticos e da Mesa de Abertura da 14<sup>a</sup> CNS, dada a riqueza dos debates nesses espaços. Também propôs que as moções não sejam numeradas, a fim de evitar interpretações acerca de prioridades, o que não existe. Por fim, agradeceu pela confiança na indicação do seu nome para relator adjunto e destacou que todas as decisões da Relatoria foram feitas em conjunto. A seguir, fez uso da palavra o Relator Geral da 14<sup>a</sup> CNS, **Paulo Navarro**, que, de início, agradeceu a oportunidade de participar do processo de construção da 14<sup>a</sup> CNS e destacou pontos na linha de colaborar para os próximos processos. Explicou que foram 946 propostas dos Estados e a Comissão de Relatoria da 14<sup>a</sup> CNS sintetizou em 359, contempladas em quinze diretrizes. Desse total, 347 foram aprovadas, sendo treze com supressão parcial e doze foram rejeitadas. Portanto, houve consenso em torno de 95% das propostas oriundas dos Estados, o que possibilitou expressar no Relatório Final a síntese do que foi debatido no país. Quanto ao método, avaliou que a novidade referiu-se à valorização das propostas aprovadas nas conferências municipais e estaduais, não permitindo a inclusão de propostas novas na etapa nacional. Salientou que esse processo exigirá dos movimentos maior valorização das etapas municipais e estaduais, o que fortalecerá o controle social em outros âmbitos. Diante da definição de não permitir novas propostas, avaliou que o trabalho da Relatoria ganha maior importância e, nessa linha, cumprimentou o CNS pela escolha do Prof. Gastão Wagner para coordenação da Comissão de Relatoria, além de outros que emprestaram a sua credibilidade para o processo. Lembrou que, apesar dos conflitos, a Comissão de Relatoria não fora questionada e foram poucos os erros cometidos (apenas 12 erratas). Para as próximas conferências, sugeriu que fosse instituído dispositivo formal para apresentação de recurso à relatoria na linha de democratizar o debate. Apesar dos poucos erros, avaliou que poderiam ser menores se houvesse prazo maior entre a entrega dos relatórios estaduais e a elaboração do consolidado (no caso da 14<sup>a</sup>, foram dois dias de intenso trabalho). Em relação ao Sisconferência, reiterou os elogios aos técnicos do DATASUS e destacou a importância de o Sistema permitir identificar as propostas estaduais, o que facilitará o trabalho da Relatoria. Para as próximas conferências, apresentou a seguintes propostas: percentual de aprovação - mais de 50% em mais de 70% dos Grupos; e maior intervalo entre o término dos Grupos e a Plenária Final (proposta apresentada pelo técnico do DATASUS, Rafael). Finalizou agradecendo novamente a oportunidade de participar do processo vitorioso da 14<sup>a</sup> CNS e frisou que o momento é de transformar as deliberações em realidade. Conselheira **Jurema Werneck** agradeceu novamente a Comissão Geral de Relatoria 14<sup>a</sup> CNS e o Comitê de Relatoria pelo trabalho. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** salentou que é preciso sintetizar a avaliação da Comissão de Relatoria, a fim de ser considerada para as próximas conferências. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** lembrou que as oitenta moções foram votadas em dois blocos; o primeiro com análise e votação de quarenta moções, das quais 39 foram aprovadas e uma recusada; e o segundo bloco foi aprovado em conjunto. Conselheiro **Expedito Solaney de Magalhães** reiterou os cumprimentos ao Coordenador Geral de Relatoria da 14<sup>a</sup> CNS e sua equipe pelo trabalho e destacou a riqueza dos debates da Conferência. Também reforçou a observação do Conselheiro Alcides Miranda sobre a votação das moções na Plenária Final. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares** também elogiou o trabalho da equipe de relatoria pela qualidade e agilidade. Conselheiro **Arnaldo Marcolino**, Relator Adjunto da 14<sup>a</sup> CNS, sugeriu que a Carta da 14<sup>a</sup> CNS fosse incluída antes das Moções. Conselheira **Nelcy Ferreira** somou-se aos que reconheceram o excelente trabalho da equipe de Relatoria. Conselheiro **Clóvis Boufleur** ratificou a proposta de numerar as moções porque facilitaria a identificação. Conselheira **Jurema Werneck** destacou que, independente da forma de votação, as moções foram aprovadas pela Plenária Final, não havendo maior legitimidade de uma em relação a outra. A Secretária Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, sugeriu encaminhar o relatório dos Diálogos Temáticos e da Mesa de Abertura da 14<sup>a</sup> CNS à Comissão de Relatoria para avaliação e possibilidade de publicação posterior. **Deliberação: aprovado o seguinte formato do Relatório da 14<sup>a</sup> CNS: 1) Sumário; 2) Apresentação; 3) Propostas; 4) Carta da 14<sup>a</sup> CNS; 5) Moções 6) Programação da 14<sup>a</sup> CNS; 7) Anexos: Regulamento, Regimento e Portarias; 8) Proposta para a 15<sup>a</sup> CNS; e 9) Ficha Técnica.** Além disso, acordou-se que a Secretária Executiva do CNS encaminhará o relatório dos Diálogos Temáticos e da Mesa de Abertura da 14<sup>a</sup> CNS à Comissão Geral de Relatoria da 14<sup>a</sup> CNS para avaliação e possibilidade de publicação posterior; e que será enviada Carta parabenizando a coordenadora do Comitê de Relatoria, Zenite Graça e os técnicos do DATASUS, Rafael e Gleide Isaac, pelo trabalho desenvolvimento na Comissão de Relatoria da 14<sup>a</sup> CNS. A representante da Coordenação de Plenária de Conselhos de Saúde/PA, **Maria Inês Reis**, manifestou-se para agradecer, em nome da Coordenação de Plenária, a Comissão Organizadora da 14<sup>a</sup> CNS pela estrutura da Conferência e o CNS pela construção de um processo ascendente das propostas. Também agradeceu a inclusão da Coordenação de Plenária na Comissão Organizadora da 14<sup>a</sup> CNS e fez um destaque ao trabalho do Coordenador Geral de Relatoria Adjunto, Arnaldo Marcolino, também coordenador de Plenária. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** justificou que

1019 estaria ausente no segundo dia de reunião, por conta da preparação do planejamento da CONTAG e  
1020 confirmou a sua presença na reunião da Mesa Diretora do CNS, dia 16 de janeiro. Com esse registro,  
1021 conselheira **Jurema Werneck** agradeceu os presentes e encerrou o primeiro dia de reunião.  
1022 Estiveram presentes os seguintes conselheiros: **Titulares - Abrahão Nunes da Silva**, Central de  
1023 Movimentos Populares; **Alcides Silva de Miranda**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES);  
1024 **Alexandre Rocha Santos Padilha**, Ministério da Saúde (MS); **Arilson da Silva Cardoso**, Conselho  
1025 Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); **Clóvis A. Boufleur**, Conferência  
1026 Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); **Fernando Luiz Eliotério**, Confederação Nacional das  
1027 Associações de Moradores (CONAM); **Francisco Batista Júnior**, Confederação Nacional dos  
1028 Trabalhadores em Seguridade Social/Central Única dos Trabalhadores; **João Donizeti Scaboli**, Força  
1029 Sindical; **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Jorge**  
1030 **Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil (CGTB); **José Carrijo Brom**,  
1031 Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO); **José Cechin**, Federação Nacional de Saúde  
1032 Suplementar; **José Marcos de Oliveira**, Movimento Nacional de Luta Contra a Aids; **Jurema Pinto**  
1033 **Werneck**, Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras (AMNB); **Lígia Bahia**,  
1034 Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO); **Luiz Alberto Catanoce**,  
1035 Sindicato Nacional dos Aposentados (SIND-NAP); **Maria do Socorro de Souza**, Confederação  
1036 Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG); **Maria de Lourdes Alves Rodrigues**, Liga  
1037 brasileira de Lésbicas (LBL); **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos**, Rede Nacional Feminista  
1038 de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; **Maria Thereza Antunes**, Federação Brasileira  
1039 das Associações de Síndrome de Down; **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da  
1040 Indústria (CNI); **Olympio Távora Derze Correa**, Confederação Nacional da Saúde, Hospitais,  
1041 Estabelecimentos e Serviços (CNS); **Paulo Guilherme Romano**, Confederação Nacional do Comércio  
1042 de Bens, Serviços e Turismo; **Reginaldo Neves Gomes**, Fórum de Presidentes de Conselhos  
1043 Distritais de Saúde Indígena; **Ubiratan Cassano Santos**, União Nacional dos Estudantes (UNE);  
1044 **Volmir Raimondi**, União Brasileira de Cegos (UBC); **Wilen Heil e Silva**, Conselho Federal de  
1045 Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). **Suplentes - Ana Maria Rodrigues da Silva**,  
1046 Confederação das Mulheres do Brasil (CMB); **Arnaldo Marcolino**, Rede Nacional de Controle Social e  
1047 Saúde da População Negra; **Edmando Luiz Saunier de Albuquerque**, Associação Brasileira de  
1048 Autismo (ABRA); **Edmundo Dzuaiwi Omoré**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia  
1049 Brasileira (COIAB); **Eliane Aparecida da Cruz**, Ministério da Saúde (MS); **Expedito Solaney Pereira**  
1050 **de Magalhães**, Central Única dos Trabalhadores (CUT); **Francisco Rego Oliveira de Araújo**,  
1051 Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); **Graciara Matos de Azevedo**, Conselho Federal de  
1052 Odontologia (CFO); **Ivone Evangelista Cabral**, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn);  
1053 **Jeferson Seidler**, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); **José Naum de Mesquita Chagas**,  
1054 Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais (ABRATO); **José Wilton da Silva**, Federação das  
1055 Associações de Renais e Transplantados do Brasil (FARBRA); **Júlia Maria S. Roland**, Ministério da  
1056 Saúde (MS); **Jurandi Frutuoso**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); **Lucélia**  
1057 **Silva Costa**, Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil (FENACELBRA); **Lucimar**  
1058 **Batista da Costa**, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN);  
1059 **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil (CGTB); **Luís Antônio**  
1060 **Festino**, Nova Central Sindical de Trabalhadores (NCST); **Maria Ermínia Ciliberti**, Conselho Federal  
1061 de Psicologia (CFP); **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais  
1062 (FENAS); **Merula Emmanuel Anargyrou Steagall**, Associação Brasileira de Talassemia (ABRASTA);  
1063 **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); **Noemy Yamaghishi Tomita**,  
1064 Conselho Federal de Biologia (CFBio); **Renato de Jesus Padilha**, Associação Pró-Renais Crônicos  
1065 (APREC-BRASIL); e **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos  
1066 (FENAFAR). **ITEM 5 – DECRETO Nº. 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011, QUE REGULAMENTA A**  
1067 **LEI Nº. 8.080/1990** - Apresentação: **André Luis Bonifácio**, diretor do Departamento de Articulação  
1068 Interfederativa/SGEP/MS; **Marco Antônio Teixeira**, Procurador de Justiça/Ministério Público do  
1069 Estado do Paraná. Coordenação: conselheiro **José Marcos de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. O  
1070 diretor do Departamento de Articulação Interfederativa/SGEP/MS, **André Luis Bonifácio**, foi o  
1071 primeiro a explanar sobre o tema, destacando, inicialmente, a importância de pautar o debate no CNS  
1072 na linha de dirimir as dúvidas em relação ao Decreto. Lembrou que, na reunião do CNS do mês de  
1073 abril de 2011, o Ministro da Saúde abordou, de forma ampla, os conteúdos do Decreto durante o  
1074 debate sobre os elementos centrais do aprimoramento do Pacto pela Saúde e qualificação da gestão.  
1075 Além disso, salientou que, desde a publicação do Decreto, o Ministério da Saúde está em amplo  
1076 processo de diálogo com os gestores e os conselhos sobre a norma. Também manifestou sua  
1077 satisfação em dividir a mesa com o Procurador de Justiça/MP, **Marco Antônio Teixeira**, com o qual  
1078 foram feitas discussões na perspectiva do fortalecimento da relação federativa e do controle social.  
1079 Começou a abordagem do Decreto nº. 7.508/2011, explicando que a elaboração parte da Constituição  
1080 Federal de 1988, das Leis Orgânicas da Saúde, da NOB e do Pacto pela Saúde, com o objetivo de  
1081 regulamentar a Lei nº 8.080/1990 para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde,  
1082 a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Detalhou que o Decreto traz um conjunto de

dispositivos importantes e destacou o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada. Fez uma referência também a Lei nº. 12.401, de 28 de abril de 2011, que altera a Lei nº 8.080/1990 para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS e a Lei Complementar nº. 141, de 13 de janeiro de 2012, que trata dos valores mínimos a serem aplicados, critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde. Salientou que esse processo de regulamentação ocorre à luz da autonomia federativa em três esferas e se fazem necessários mecanismos de coordenação e cooperação intergovernamentais. Explicou que a construção do Decreto pautou-se nos desafios permanentes da gestão do SUS, sendo: alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade da resposta do sistema às necessidades da população tendo como eixo central “acesso com qualidade”; inovar nos processos e instrumentos de gestão do SUS; e superar a fragmentação das Políticas de Saúde. Ressaltou que esses desafios devem ser enfrentados na linha de fortalecer os vínculos interfederativos necessários à consolidação do Sistema. Detalhou que o Decreto nº. 7.508/2011 regulamenta a Lei nº 8.080/1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências e compõe-se de sete capítulos. Citou o capítulo II, que trata da organização do SUS, com destaque para os conceitos de Região de Saúde (espaço geográfico contínuo constituído por aglomerado de municípios com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. É referência para a transferência de recursos entre os entes federativos) e Rede de Atenção à Saúde (conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual. As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde ou em várias delas). Explicou que hoje são 446 regiões de saúde instituídas no país e, para construção dessas regiões, é preciso considerar aspectos relativos à identidade cultural, social, política, econômica, rede de comunicação e de transporte, fluxos populacionais no território, observando a característica de unicidade territorial. Contudo, para qualificação do processo de atenção à saúde a partir das redes deve-se considerar um conjunto de elementos como limites geográficos, população usuária das ações e serviços, Rol de Ações e Serviços que serão ofertados (RENASES e RENAME), critérios de acessibilidade, escala para conformação dos serviços e respectivas responsabilidades (COAP). Ressaltou que o Decreto demarca um conjunto de ações que necessariamente devem constar das Regiões, sendo elas: ações de atenção básica, vigilância em saúde, atenção psicossocial, urgência e emergência, atenção ambulatorial especializada e hospitalar. Detalhou que são objetivos das Regiões de Saúde: garantir o acesso resolutivo, em tempo oportuno e com qualidade, às ações e serviços de saúde de promoção, proteção e recuperação, organizados em rede de atenção à saúde, assegurando um padrão de integralidade; efetivar o processo de descentralização de ações e serviços de um ente da Federação para outro, com responsabilização compartilhada, favorecendo a ação solidária e cooperativa entre os gestores, impedindo a duplicação de meios para atingir as mesmas finalidades; e buscar a racionalidade dos gastos, a otimização de recursos e eficiência na rede de atenção à saúde, por meio da conjugação interfederativa de recursos financeiros, entre outros, de modo a reduzir as desigualdades locais e regionais. Em relação ao Capítulo III – Planejamento da Saúde (Art. 15 ao Art. 19), destacou o Mapa da Saúde que é definido como a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, que será utilizado na identificação das necessidades de saúde, orientação do planejamento integrado dos entes federativos e contribuição para o estabelecimento de metas de saúde. Acrescentou que o Decreto define mapa de metas com retrato da situação a ser buscada (imagem-objetivo), evidenciando as metas de saúde contratualizadas, que se pretende alcançar no marco de tempo definido no COAP. Além disso, no artigo 15, o Decreto define que o processo de planejamento será ascendente e integrado, ouvidos os respectivos Conselhos, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros. Além disso, determina que o planejamento da saúde é obrigatório e será indutor de políticas para a iniciativa privada e que o Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde. No artigo 16, define-se que devem ser considerados os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, os quais deverão compor os mapas da saúde regional, estadual e nacional. Também destacou os arts. 17, 18 e 19, que determinam, respectivamente, que o Mapa da Saúde será utilizado na identificação das necessidades para o estabelecimento de metas de saúde e orientará o planejamento integrado; o planejamento em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde; e compete à CIB pactuar as etapas do processo e os prazos do planejamento municipal em consonância com os planejamentos estadual e nacional. Também mostrou a ferramenta “Busca Saúde”, que será de acesso dos gestores e dos usuários. Explicou que o planejamento integrado da saúde parte de diretrizes nacionais para os planos de saúde estabelecidas pelo CNS que irão gerar

1147 programação anual para Ministério da Saúde, Estados e Municípios, induzindo a construção de  
1148 planejamento integrado nas regiões de saúde do país e que dará condição para construir diretrizes,  
1149 objetivos plurianuais e metas da saúde para a Região. Estes serão conformado em Contrato  
1150 Organizativo da Ação Pública da Saúde que será assinado em cada região do país, tendo prefeitos,  
1151 governos e Ministro da Saúde como signatários. Disse que esse processo será alimentado por uma  
1152 ação de planejamento tendo por instrumento o mapa da saúde e será articulado ao PPA, LDO, LOA.  
1153 Também explicou que deverá ser feita prestação de contas sobre esse processo, por meio de relatório  
1154 anual de gestão, que será aprovado pelos conselhos de saúde locais. Segundo, enfocou o Capítulo  
1155 IV – Assistência à Saúde (Art. 20 ao Art. 29), com destaque para a definição de que a integralidade da  
1156 assistência se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do  
1157 usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores. Além  
1158 disso, o Decreto determina que a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES)  
1159 comprehende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da  
1160 integralidade da assistência à saúde e que o MS disporá sobre a Relação em âmbito nacional,  
1161 observadas as diretrizes pactuadas pela CIT (a cada dois anos, o MS consolidará e publicará as  
1162 atualizações da RENASES). Ressaltou que a RENASES tem por finalidade tornar públicas as ações e  
1163 serviços de saúde que o SUS oferece à população e será organizada da seguinte forma: ações e  
1164 serviços da atenção primária; ações e serviços da urgência e emergência; ações e serviços da  
1165 atenção psicossocial; ações e serviços da atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e ações e  
1166 serviços da vigilância em saúde. Segundo, falou da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais  
1167 (RENAME), que comprehende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para  
1168 atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS, explicando que está estruturada do  
1169 seguinte modo: I - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico da Assistência  
1170 Farmacêutica; II - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência  
1171 Farmacêutica; III - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência  
1172 Farmacêutica; IV - Relação Nacional de Insumos Farmacêuticos; e V - Relação Nacional de  
1173 Medicamentos de Uso Hospitalar. Segundo, falou do Capítulo V – Da Articulação Interfederativa, com  
1174 destaque para a Seção II, que dispõe sobre o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde  
1175 (COAP). Explicou que, nos termos do Decreto, o objeto do COAP é a organização e a integração das  
1176 ações e dos serviços, em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da  
1177 assistência aos usuários e resultará da integração dos planos de saúde dos entes federativos na Rede  
1178 de Atenção à Saúde, tendo como fundamento as pactuações estabelecidas pela CIT. Salientou que,  
1179 nos termos do art. 36, o Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde conterá as seguintes  
1180 disposições essenciais: I - identificação das necessidades de saúde locais e regionais; II - oferta de  
1181 ações e serviços de vigilância em saúde, promoção, proteção e recuperação da saúde em âmbito  
1182 regional e interregional; III - responsabilidades assumidas pelos entes federativos perante a população  
1183 no processo de regionalização, as quais serão estabelecidas de forma individualizada, de acordo com  
1184 o perfil, a organização e a capacidade de prestação das ações e dos serviços de cada ente federativo  
1185 da Região de Saúde; IV - indicadores e metas de saúde; V - estratégias para a melhoria das ações e  
1186 serviços de saúde; VI - critérios de avaliação dos resultados e forma de monitoramento permanente;  
1187 VII - adequação das ações e dos serviços dos entes federativos em relação às atualizações realizadas  
1188 na RENASES; VIII - investimentos na rede de serviços e as respectivas responsabilidades; e IX -  
1189 recursos financeiros que serão disponibilizados por cada um dos partícipes para sua execução. Disse  
1190 que as normas de elaboração e fluxos do COAP serão pactuados pela CIT, cabendo à SES coordenar  
1191 a sua implementação e o Sistema Nacional de Auditoria e Avaliação do SUS fará o controle e a  
1192 fiscalização do Contrato. Salientou que aos partícipes do Contrato caberá monitorar e avaliar a  
1193 execução do COAP e também incluir dados sobre o Contrato no sistema de informações em saúde,  
1194 organizado pelo MS, e os encaminhar ao respectivo Conselho de Saúde para monitoramento.  
1195 Detalhou que o COAP conterá a seguinte estrutura formal: Parte I: das responsabilidades  
1196 organizativas; Parte II: das responsabilidades executivas - Anexo I: caracterização, Anexo II:  
1197 programação geral e Anexo III: referenciamento; Parte III: das responsabilidades orçamentário-  
1198 financeiras e formas de incentivo, com a identificação dos repasses; e Parte IV: das responsabilidades  
1199 pelo monitoramento, avaliação de desempenho da execução do COAP e auditoria (RENASES e  
1200 RENAME). Disse que o balizamento desse processo será feito a partir de Indicador de Desempenho  
1201 do SUS. Também detalhou como se dá a transição dos instrumentos do Pacto pela Saúde para o  
1202 Decreto 7.508/2011: Termo de Compromisso de Gestão (parte I); Prioridades, objetivos e indicadores  
1203 do Pacto (parte II e Parte IV); Protocolo entre entes públicos e declaração de comando único PCEP  
1204 (Parte II do Controle); e o Termo do Limite Financeiro Global (parte III). Destacou que o Contrato  
1205 Organizativo de Ação Pública de Saúde observará as seguintes diretrizes básicas para fins de  
1206 garantia da gestão participativa: I - estabelecimento de estratégias que incorporem a avaliação do  
1207 usuário das ações e dos serviços, como ferramenta de sua melhoria; II - apuração permanente das  
1208 necessidades e interesses do usuário; e III - publicidade dos direitos e deveres do usuário na saúde  
1209 em todas as unidades de saúde do SUS, inclusive nas unidades privadas que dele participem de  
1210 forma complementar. No mais, salientou que a humanização do atendimento do usuário será fator

determinante para o estabelecimento das metas de saúde previstas no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde. Salientou que o Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA), por meio de serviço especializado, fará o controle e a fiscalização do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde. Além disso, o Relatório de Gestão (inciso IV do art. 4º da Lei nº 8.142/1990) conterá seção específica relativa aos compromissos assumidos no âmbito do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde. Salientou que esse debate traz à tona o aspecto da relação intergestores (M, E e U), em um espaço territorial definido, com integração de um conjunto de compromissos, tendo RENASES e RENAME como fortes componentes de fortalecimento de aspectos da integralidade, captaneado por um processo de monitoramento e avaliação, que auxiliará, tendo o contrato como instrumento importante, na qualificação ainda mais da gestão do SUS. Por fim, salientou que é preciso reinstituir a prática de informes no CNS sobre a agenda da Tripartite e estabelecer uma agenda temática para qualificar e esclarecer as mudanças voltadas ao fortalecimento das ações do SUS. Fechou agradecendo o espaço e colocando-se à disposição para aprofundar o debate com o CNS. Na sequência, conselheiro **José Marcos de Oliveira** fez a leitura de manifesto do Conselho Estadual do Rio Grande do Sul sobre o Decreto nº. 7.508/2011, com posição contrária, porque, entre outras questões, a norma atribui aos Conselhos de Saúde prerrogativas consultivas, e não mais deliberativas, quando em seu texto utiliza a expressão “serão ouvidos os Conselhos de Saúde”, afrontando assim, de forma inequívoca, a Lei nº. 8.142/1990. A seguir, fez uso da palavra o Procurador de Justiça/Ministério Público do Estado do Paraná, **Marco Antônio Teixeira**, que iniciou manifestando satisfação em retornar ao CNS e com saudação a todos os presentes. Na sua apresentação, optou por abordar dois aspectos do Decreto nº. 7.508/2011: controle social e integralidade. Começou explicando que o Decreto é a quarta geração regulatória no SUS, sendo antecedido pela NOB, NOAS, Pacto pela Saúde (PT MS nº 399/06), sendo que cada um delas não deixou de existir e estar presente na subsequente. Disse que, nos mais de vinte anos de existência, o SUS organizou-se com um aparato de legislação em torno de dois eixos: integralidade e universalidade na saúde. Ressaltou que, indubitavelmente, o Decreto representa um avanço, com ressalvas e propõe encaminhamentos para dilemas distributivos e escolhas alocativas. Salientou como grandes novidades do Decreto: articulação interfederativa formal e material; COAP (vantagem significativa em relação ao contrato de gestão); Mapa da Saúde; Rede de Atenção à Saúde (RAS) – nova dimensão no contrato; e portas de entrada do Sistema como elemento organizador e de equidade. Segundo, explicou que o Decreto dispõe sobre a regulamentação parcial da Lei 8.080/1990, pois não abrangeu o financiamento (art. 35, LF nº 8.080/1990), não tratou do concurso da iniciativa privada no SUS (complementaridade e “terceirização”; art. 24, LF nº. 8.080/1990) e não disciplinou a organização da Política de Formação de RH no SUS (art. 27, LF nº. 8.080/1990). Em relação à participação dos conselhos de saúde, avaliou que houve um retrocesso ao determinar que apenas o RAG deverá ser submetido aos conselhos de saúde e não mais a prestação de contas trimestrais, conforme determina a Lei nº. 8.689/1993. Todavia, não impede que os conselhos solicitem prestação de contas ao gestor local. Segundo, explicou que o Decreto adapta alguns elementos de modelos anteriores, sendo: OAP - Termo de Compromisso de Gestão (TCG), Região de Saúde – contemplada na Portaria nº. 399/06, Comissão Intergestores – constava da NOB nº 1/93 e Redes de Atenção à Saúde – constava da Portaria nº 4279/10. Pontuou como outra vantagem do Decreto maior segurança jurídica sobre as regras da gestão sanitária, o que possibilita à comunidade jurídica debucar com mais atenção nas questões da saúde. Além disso, a norma traz mais clareza no que diz respeito à distribuição das atribuições dos entes. Contudo, salientou que o decreto não se substitui a tônica “morbocêntrica” da atenção, ou seja, quase a totalidade do Sistema é para custear a doença e não há quase nada voltado para prevenção. Ressaltou que é preciso cumprir a determinação da Constituição Federal de atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (diretriz, art. 198, II). No mais, faz-se necessário reverter a lógica do foco na doença e, na sua avaliação, o CNS, representante da sociedade, tem papel fundamental na condução desse debate. No mais, destacou que ainda não há um conceito claro de saúde na legislação, o que prejudica a própria noção do direito correspondente. Lembrou que o legislador adotou o conceito da Organização Mundial de Saúde “Dizem respeito também à saúde as ações que (...) se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social” (art. 3º, par. único, LF nº. 8.080/1990). Destacados os aspectos positivos do Decreto, passou a apontar os pontos que, no seu modo de ver, merecem reflexão. A primeira questão é que o Decreto não foi prévia e efetivamente debatido em Conferências e Conselhos de Saúde e não houve audiências públicas. Em que pese a esse fato, frisou que é preciso avançar na discussão, o que significa colocar o Decreto em execução da melhor forma possível. Ressaltou que submeter o Decreto, dada a sua complexidade, à discussão dos conselhos e conferências levaria muito tempo, mas enriqueceria e legitimaria o processo. Salientou ainda a redução de representatividade política e social da gestão e o fato de as pessoas não se vêem no Decreto por não o conhecer. Nessa linha, disse que o direito à saúde, que é invocado no Judiciário, será difícil de ser aceito, porque há balizas (RENASES e RENAME). Disse que possivelmente o Decreto não diminuirá o processo de judicialização porque as pessoas continuarão a buscar o Judiciário por desconhecer o processo, visto que não participaram da discussão da norma. Informou, inclusive, que defesas recentes das

1275 Procuradorias dos Estados e Municípios já invocam o Decreto como razão de não fornecer algo, logo,  
1276 haverão decisões de 1º grau nesse sentido. Frisou que a discussão do Decreto foi interna ao MS,  
1277 CONASS e CONASEMS e, na sua avaliação, deve ter sido feito debate com a participação da  
1278 comunidade, mesmo com os atrasos que esse processo poderia acarretar. Nessa linha, recordou que  
1279 o processo de planejamento e orçamento do SUS será ascendente, do nível local até o federal (art.  
1280 36, LOS). Segundo, destacou a deliberação da Conferência Estadual de Saúde do Paraná, em  
1281 outubro de 2011, de “261. Implantação do Decreto 7.508/2011, quanto às ações de Vigilância em  
1282 Saúde, com base na RENASES e no COAP”, o que significa um distanciamento do que é o Decreto.  
1283 Reforçou que o assunto passou pelas conferências de saúde, não tendo sido debatido com  
1284 profundidade e, nessa ótica, afirmou que não houve um pacto político entre a sociedade e o Estado  
1285 sobre qual “padrão” de integralidade. Acrescentou que a CF não utiliza o valor integralidade  
1286 restritivamente, tanto que “direitos de todos” inclui até mesmo os estrangeiros. Também destacou a  
1287 Resolução da CIT nº 1, de setembro de 2011, que estabelece padrão de integralidade (“garantir o  
1288 acesso resolutivo da população, em tempo oportuno e com qualidade, a ações e serviços de  
1289 promoção, proteção e recuperação, organizados em redes de atenção à saúde, assegurando-se um  
1290 padrão de integralidade” (art. 3º, I)). Nessa linha, detalhou as regulamentações legais sobre  
1291 “integralidade”: 1ª menção - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem  
1292 prejuízo dos serviços assistenciais (diretriz, 198, II/CF); 2ª menção - a execução de ações de  
1293 assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (6, I, d/ LF 8.080/1990, princípio); 3ª menção -  
1294 integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços  
1295 preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de  
1296 complexidade do sistema (princípio, 7, II/8080); e 4ª menção - a assistência terapêutica integral a que  
1297 se refere a alínea “d” do inciso I do art. 6º consiste em diretrizes definidas em protocolos e  
1298 procedimentos constantes em tabelas SUS (19-M/ LF 8.080/1990). Salientou que, ao invés de ampliar  
1299 a integralidade, observa-se processo de restrição e avaliou que seria necessário aprofundar o debate  
1300 a fim de ter uma noção mais objetiva de integralidade. Salientou que a “integralidade” está  
1301 amplamente prevista no Decreto: Região de Saúde (art. 12); na RAS (Rede de Atenção em Saúde;  
1302 art. 20); na RENASES (art. 21); e no COAPS (art. 34). Portanto, na sua visão, há uma “desidratação  
1303 semântica” da palavra integralidade, retirando valor, conteúdo e aplicabilidade dela. Ainda em relação  
1304 à integralidade e SUS, destacou que o art. 7º da Lei 8.080/1990 define que as ações e serviços  
1305 públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS, são  
1306 desenvolvidos de acordo, entre outros, com o princípio “II - integralidade de assistência, entendida  
1307 como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e  
1308 coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do Sistema (LF nº.  
1309 8080/1990)”. Sobre a integralidade e RENASES, destacou que a Relação Nacional de Ações e  
1310 Serviços de Saúde compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para  
1311 atendimento da integralidade da assistência à saúde (art. 21). A primeira RENASES é a somatória de  
1312 todas as ações e serviços de saúde que na data da publicação do Decreto são ofertados pelo SUS à  
1313 população, por meio dos entes federados, de forma direta ou indireta (art. 43). Ressaltou que a  
1314 RENASES não pode ser reduzida, mas sim ampliada, lembrando que é nacional e não regional.  
1315 Salientou que o disposto na RENASES deverá estar disponível para todos, mas indagou como se  
1316 apurarão as necessidades. Por fim, ressaltou que o Decreto nº 7.646/2011 determinada que ao CNS  
1317 compete propor critérios para a definição de padrões e parâmetros assistenciais e acompanhar o  
1318 processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de saúde, visando à  
1319 observação de padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sócio-cultural do País (art. 2º, V e  
1320 VII). Sendo assim, salientou que o papel do CNS na adequação e execução do Decreto é essencial e  
1321 serve de parâmetro para atuação dos demais conselhos de saúde. Conselheiro **José Marcos de**  
1322 **Oliveira** agradeceu os expositores e lembrou a cobrança dos demais conselhos para um  
1323 posicionamento do CNS. **Manifestações.** Conselheira **Jurema Werneck** salientou que o CNS está  
1324 em processo de definição da agenda de trabalho para 2012 e o Procurador de Justiça apontou eixos  
1325 essenciais para esse documento. Além disso, ressaltou que é preciso trazer reflexão na linha de  
1326 restabelecer o lugar da democracia participativa na construção de políticas. Conselheira **Eliane**  
1327 **Aparecida da Cruz**, considerando que a lei permite diversas interpretações, sugeriu que o CNS  
1328 trabalhe com o Ministério da Saúde as questões do Decreto que suscitam dúvidas. Concordou que é  
1329 preciso debater no CNS o que se entende por integralidade na perspectiva da formulação de política  
1330 e ponderou que será feita correção no Decreto de acordo a Lei. Também defendeu que o CNS retome  
1331 informe sobre as reuniões da Tripartite, na linha de demandar as questões que deseja debater.  
1332 Sugeriu que o CNS paute debate sobre COAP, Termo de Compromisso de Gestão e outras  
1333 regulamentações colocadas na Lei nº. 8.080/1990. No mais, sugeriu a elaboração de um documento  
1334 do CNS à gestão sobre como o Colegiado deseja apreciar as políticas de saúde. Por fim, solicitou  
1335 espaço na próxima reunião do CNS para apresentar o Índice de Desenvolvimento do SUS (ID SUS).  
1336 Conselheira **Lígia Bahia** registrou que a ABRASCO não possui posição sobre o Decreto, mas  
1337 defendeu que os conselheiros aprimorem a democracia participativa a partir das posições das  
1338 entidades. No seu ponto de vista, o Decreto é um avanço, pois condensa conjunto de esforços de

especialistas e o CNS deve positivar a sua posição em relação a essa norma. Como problema, apontou o fato de o Decreto não dispor sobre o que é público e o que é privado. Também falou da complexidade dos contratos “de concessão de serviços”, destacando que possuem metas e não realizam procedimentos além do número definido. Nesse sentido, salientou que, além de debater princípios como universalidade e integralidade, o CNS precisa debater o teor do contrato. Também fez referência ao documento “Quem usa o SUS pode reclamar” para registrar que o CNS não debateu esse documento. No mais, defendeu que, ao invés de debater ID SUS, é preciso discutir o que se entende por direito à saúde. Conselheiro **Abraão Nunes da Silva** salientou que, após muita luta, foi possível avançar no processo de construção da democracia no país, contudo, observa-se que essa conquista tem sido desrespeitada. Nesse sentido, ressaltou que a população deve conhecer os seus direitos e saber usá-los e o CNS deve avançar no debate sobre a integralidade. Por fim, destacou que é preciso garantir ao controle social o debate das políticas públicas. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** salientou que a democracia é a principal conquista da CF/1988, com destaque para a participação da comunidade nas discussões da saúde. Contudo, no processo de regulamentação do direito à saúde essa participação tem sido afetada do ponto de vista do ordenamento jurídico. Como encaminhamento, sugeriu que o CNS convoque a sociedade para debater a regulamentação da Lei nº. 8.080/1990 e da Lei nº. 8.142/1990 a fim de assegurar as conquistas consubstanciadas na Carta Magna. Conselheira **Júlia Maria Roland** começou salientando que é preciso definir a agenda do CNS para 2012 apontando os temas essenciais para a pauta, considerando o tempo das reuniões. Avaliou que o Decreto é positivo para o processo de construção do SUS e é preciso debatê-lo com os conselhos estaduais de saúde para que conselheiros conheçam e acompanhem a implementação. Também salientou que a 14ª CNS aprovou questões importantes que dialogam com o Decreto e apontou o Contrato como elemento positivo importante. Também reiterou a preocupação com o dispositivo da LC nº. 141/2012 de que “os conselhos serão ouvidos”, visto que o papel dos conselhos é aprovar e avaliou ser necessário definir alternativas para rever essa questão. Por fim, informou que o DAGEP realizará, a partir do mês de março, seminários regionais para divulgar as deliberações da 14ª CNS e debater o Decreto nº. 7.508/2011 e as políticas de promoção de equidade e o CNS será convidado. Conselheiro **Expedito Solaney de Magalhães** defendeu que o CNS auxilie na divulgação e implementação do Decreto que contribui para consolidação e fortalecimento da democracia participativa, da integralidade e da universalidade. Concordou que o Decreto deveria ter sido debatido com mais profundidade nas etapas estaduais da Conferência, mas salientou que foi tratado na etapa nacional. Ressaltou que é preciso fazer valer o que dispõe o Decreto e o CNS tem papel essencial nesse sentido. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** avaliou que o Decreto traz avanços que devem ser resguardados, mas limitações que devem ser debatidas. Ratificou a proposta de debate da Lei nº. 8.142/1990, de forma ascendente, na linha de definir como se estabelecem práticas e instâncias de controle social em âmbito regional. A respeito da integralidade, frisou que é preciso definir como lidar com o definido pela CF/1988, art. 198, “promoção, proteção e recuperação”. Conselheiro **José Carrijo Brom** destacou que o Decreto, em que pesem os limites, traz avanços e cabe ao CNS aprofundar o debate das omissões da norma sobre questões estruturantes do SUS (financiamento, terceirização, força de trabalho...) na linha de contribuir no aprimoramento, considerando a discussão acumulada desse Colegiado. Além disso, concordou que o Plenário deve debater também os temas universalidade e integralidade, lembrando que o último está em discussão na Câmara dos Deputados. Conselheiro **Jurandi Frutuoso** reiterou que essa nova legislação é positiva para qualificação do Sistema e a inquietação do Conselho diante do Decreto é salutar, uma vez que o Colegiado exerce o seu papel de participar da construção da política de saúde. Considerando que o decreto está em processo de implementação, disse que é preciso garantir que aconteça de forma a garantir maior benefício para o SUS. Destacou que a CF/1988 determina como dever do Estado “garantir tudo para todos”, mas não se coloca claramente as condições para que isso aconteça. Sendo assim, frisou que é preciso discutir que o padrão de integralidade e o modelo de saúde que se deseja e quem vai pagar a conta. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** ressaltou que, nos últimos quatro meses, aquela era a terceira vez que o CNS debatia decisões do governo sobre as quais não pôde contribuir na elaboração. Ressaltou que essa situação é grave e não deve ser a regra do Colegiado maior do Brasil. Lembrou que o Presidente do CNS explanou no CNS aspectos do Decreto - estruturação da rede, regionalização e contratualização – que foram aprovados pelo CNS, mas os demais aspectos da norma não foram tratados. Pontuou que o Decreto traz aspectos positivos, sendo o principal deles a responsabilização dos gestores em relação ao Sistema. Por outro lado, manifestou preocupação, além das omissões já levantadas, com a pouca ênfase dada ao controle social. Disse que o maior perigo é de interpretação equivocada dos artigos do Decreto que tratam das Comissões Intergestores e citou que, a não ser as ações relativas a aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, as demais ações da Comissão ocorrerão à revelia dos conselhos de saúde . Nessa linha, salientou que é preciso deixar claro, no que diz respeito às competências das Comissões Intergestores, que o papel de deliberação dos conselhos de saúde é irrevogável e as decisões dessas Comissões deveriam ser consubstanciadas em deliberações dos Conselhos. Além disso, manifestou preocupação com o art. 16 (“No planejamento devem ser considerados os serviços e as ações

1403 prestados pela iniciativa privada, de forma complementar *ou não ao SUS*"), uma vez que em todo o  
1404 arcabouço jurídico do SUS o setor privado é tratado como complementar e o Decreto abre a  
1405 possibilidade desse setor ser complementar ou não. Conselheiro **Arlison Cardoso** registrou que o  
1406 CONASEMS apoia o Decreto, por entender que se trata de um instrumento importante para organizar  
1407 o SUS. Entre outros aspectos, salientou que essa norma possibilita ampliar e qualificar a participação  
1408 do controle social no debate das ações de saúde, além de se tratar de um instrumento de gestão. Por  
1409 fim, concordou que é preciso regulamentar a Lei nº. 8.142/1990, com definição clara das atribuições  
1410 da CIT, da CIB e os conselhos de saúde. Conselheiro **Aníbal Machado**, na condição de representante  
1411 da Plenária de Conselhos de Saúde, ressaltou que o Decreto é importante, mas traz o equívoco de  
1412 colocar o controle social como mero observador. Reiterou que se deve garantir ao controle social a  
1413 prerrogativa de fiscalizar e de ser ouvido. Por fim, agradeceu o CNS pela oportunidade de participar  
1414 das reuniões do CNS e registrar a posição da Plenária de Conselhos de Saúde. Conselheira **Maria de**  
1415 **Lourdes Rodrigues** pontuou a contradição do Decreto, que traz avanços importantes, mas mantém a  
1416 ausência de questões fundamentais para o SUS. Nesse sentido, reforçou a necessidade de incluir as  
1417 questões levantadas no debate na agenda do CNS para 2012. Também reiterou a importância de  
1418 debate prévio das normas, a fim de evitar questionamentos posteriores e assegurar a participação do  
1419 CNS na construção. Conselheiro **Jorge de Almeida Venâncio** concordou que o Decreto apresenta  
1420 mais aspectos positivos do que limitações e defendeu que a preocupação se volte para definição de  
1421 formas de enfrentamento das lacunas da norma. Explicou que o objetivo da lei é cercear a atividade  
1422 negativa dos poucos gestores que não têm boa vontade para atender as necessidades da população  
1423 e essa deve ser uma busca permanente. Concordou que o contrato com metas é importante, mas é  
1424 preciso cuidado, destacando, por exemplo, que no Estado de São Paulo as unidades de saúde  
1425 entregues à gestão das OSs têm metas quantitativas e, alcançada a meta, o hospital suspende o  
1426 atendimento. Nessa linha, salientou que no debate sobre acesso, que deve ser o foco do CNS, é  
1427 preciso estabelecer metas pelo tempo de espera para atendimento nos níveis de atenção - básica,  
1428 média e alta complexidade – e distribuição de medicamentos. Conselheiro **Renato Padilha** reiterou a  
1429 importância de priorizar as ações de prevenção, com alocação de recursos e solicitou aos  
1430 conselheiros que somem esforços nesse sentido. Também defendeu a realização de seminário para  
1431 tratar das questões das patologias e deficiências, uma vez que, apesar os esforços, as ações ainda  
1432 são insuficientes para dar conta das demandas da população. Conselheiro **José Marcos de Oliveira**  
1433 registrou que 8 de março é o dia mundial do rim. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** começou  
1434 concordando com a afirmação que o Decreto foi publicado para encaminhamentos de dilemas  
1435 distributivos. Também perguntou como definir as necessidades de saúde (conforme indicação da  
1436 RENAST) e lembrou que o Decreto determina o prazo de 180 dias para que o CNS apresente as  
1437 diretrizes para construção do processo, mas isso não ocorreu na 14ª CNS. Salientou que a  
1438 Conferência debateu o Decreto e aprovou diretrizes que apontam para o respeito à participação da  
1439 comunidade e ao fortalecimento do controle social. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** ressaltou  
1440 que o Decreto 7.508/2011 e a Lei Complementar nº. 141/2012 prejudicam a prestação de contas aos  
1441 conselhos de saúde e, nessa linha, solicitou comentários do Procurador a esse respeito. Também  
1442 solicitou a atenção dos conselhos para o relatório da Subcomissão da Câmara de Reestruturação do  
1443 SUS, a fim de evitar surpresas desagradáveis. **Retorno da mesa.** A primeira a fazer uso da palavra foi  
1444 a consultora do Ministério da Saúde, **Lenir Santos**, que iniciou agradecendo o convite para tecer  
1445 comentários sobre o Decreto. Explicou que um decreto explica os conteúdos de uma única lei e o  
1446 7.508/2011 regulamenta a Lei nº. 8.080/1990, que não dispõe sobre conselhos e conferências de  
1447 saúde. Justificou que, por essa razão, esses dois aspectos, objeto da Lei nº. 8.142/1990, não foram  
1448 tratados no Decreto. Destacou que o Decreto traz à tona o debate sobre integralidade, que consiste  
1449 na matriz do direito à saúde, e o Conselho precisa debater essa questão. Disse que explicitar a  
1450 RENASES no Decreto é fundamental, porque dá publicidade às ações e serviços de saúde que serão  
1451 garantidos à população. Também salientou que a RENASES não pode estabelecer expressão de  
1452 tabela de procedimento, porque este dispositivo serve para remuneração do setor privado. Portanto,  
1453 não se deve considerar o art. 26 da Lei nº. 8.080/1990 para transferência de recursos e sim o art. 35.  
1454 Discordou que o art. 15 do Decreto diminua a participação da sociedade, ao contrário, afirmou que  
1455 amplia o papel do conselho de saúde, lembrando que não se aprova o processo de planejamento,  
1456 mas se participa dele. Também esclareceu que o art. 16 determina a necessidade de considerar os  
1457 serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, a fim de  
1458 definir o planejamento, possibilitando regulamentar e controlar o setor privado, na linha de cumprir o  
1459 art. 197 da CF/1988. Em relação ao art. 20, esclareceu que a pactuação refere-se ao referenciamento  
1460 e não à integralidade e, acerca do art. 27, explicou que permite aos entes da Federação ter lista  
1461 mínima definida na RENAME (a RENASES também pode ser complementada). Disse que há duas  
1462 exceções relativas a medicamento, a primeira para possibilitar a aquisição também por aqueles que  
1463 não estão no SUS - diabetes, hipertensão, AIDS – e a outra refere-se ao medicamento especializado.  
1464 Explicou que a LC nº. 141/2012 dispõe sobre o termo de compromisso de gestão e recepcionará os  
1465 dispositivos do Decreto, inclusive em relação ao contrato. Detalhou que o Decreto não aprofundou a  
1466 questão do setor privado, porque a norma explicita a Lei nº. 8.080/1990, que não trata

detalhadamente dessa questão, sendo necessária outra norma para dispor sobre essa questão. O Procurador de Justiça/MP do PR, **Marco Antônio Teixeira**, primeiro, cumprimentou o CNS por convidar a professora Lenir Santos, que, inclusive, contribui na elaboração do Decreto. Diante dos pontos tratados nas falas, ateve-se aos seguintes aspectos: integralidade, prevenção, dilema distributivo. Avaliou que há uma concepção sobre saúde, mas não um conceito, o que leva à discussão da integralidade como sinônimo de direito à saúde, o que não é, visto que a primeira é menor que o segundo. Nessa linha, concordou que Estado e sociedade devem debater a integralidade, assim, como o Estado já o fez, cabendo à sociedade, por meio do CNS, fazê-lo nesse momento. Também falou da prevenção, destacando que o primeiro passo é realizar diagnóstico (por meio da RENASES, Mapa da Saúde) para, em seguida, incluir no planejamento a fim de ser contemplado nos instrumentos da gestão. Destacou que esse processo é lento, uma vez que o processo de prevenção no orçamento deve ser inserido aos poucos. Também abordou a questão do dilema distributivo (dar o que para quem?), destacando que a sociedade, com o auxílio dos conselhos e das conferências de saúde, deve identificar que integralidade é essa e o quanto se está disposto a pagar por ela. Explicou que as atribuições dos conselhos estão definidas na Lei nº. 8.142/1990, assim, o fato de o Conselho ter sido afastado formalmente das prestações de contas trimestrais não o impede de solicitar essa prestação ao gestor. Colocou que o Ministério Público não se coloca contra as mudanças definidas no Decreto, ao contrário, dispõe-se a contribuir na discussão para o avanço dessas mudanças. Também informou que o MP do PR iniciou ciclo de relacionamento com os conselhos de saúde do Estado enviando-lhes informativo, a fim de aproximar o Ministério Público e os Conselhos que têm as atribuições comuns de fiscalização das ações e serviços de saúde. O diretor do Departamento de Articulação Interfederativa/SGEPS/MS, **André Luis Bonifácio**, salientou que as falas demonstram que o Decreto traz à tona aspectos importantes para debate do CNS e da sociedade. Além disso, a norma que, regulamenta a Lei nº. 8.080/1990, após vinte anos, traz avanços importantes, com destaque para as Regiões de Saúde e a integralidade, sendo necessário ampliar o diálogo para esclarecer pontos levantados no debate. Também destacou que a CONITEC possibilita ampliar o debate sobre a incorporação das ações e serviços de saúde, medicamentos e insumos e o CNS tem um papel importante. Disse que é preciso debater o Decreto 7.508/2011 e a Lei Complementar nº. 141/2012 porque esta contempla aspectos da regulamentação da Lei nº. 8.080/1990 como a prestação de contas. Salientou que, nos termos da Lei Complementar, os conselhos de saúde deverão aprovar e avaliar de forma permanente o Plano Anual, a Programação e o Relatório. Frisou que o Decreto amplia a participação do controle social, pois assegura a participação de usuários, trabalhadores, gestores desde o início do processo de planejamento. Por fim, ressaltou que a CIT e o CNS devem firmar alianças políticas voltadas ao fortalecimento do SUS e o debate deve avançar para construção de uma agenda estratégica e política também nesse sentido. O Procurador de Justiça/MP do PR, **Marco Antônio Teixeira**, explicou que o art. 34 da Lei Complementar nº. 141 prevê um relatório executivo de execução orçamentária e, independente do art. 41, o Conselho tem a atribuição legal de solicitar prestação de contas ao respectivo gestor. No mais, lembrou que o art. 19, "q", da Lei nº. 12.401/2011, indica a participação de um representante do CNS na CONITEC e alertou o Colegiado para necessidade de debater essa participação, uma vez que o propósito do CNS é fiscalizar e a Comissão possui caráter gestor. Ressaltou que é preciso definir os parâmetros de atuação do Conselho na Comissão a fim de não criar conflito de interesse para o Conselho ("o CNS não pode ser fiscal e fiscalizado ao mesmo tempo"). Encaminhando, conselheiro **José Marcos de Oliveira** lembrou que o debate da CONITEC seria feito no item indicações. A seguir, listou as propostas que emergiram do debate: retomar a relação entre a Comissão Intergestores Tripartite e o CNS; pautar debate sobre o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) e a Lei Complementar nº. 141/2012; definir uma agenda temática acerca do Decreto para ser debatida no Pleno do CNS, com foco na integralidade; criar GT para elaborar minuta de resolução sobre as questões normativas do Ministério da Saúde e sua relação com o Pleno do CNS. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** apresentou as seguintes sugestões: retomar informe da Comissão Intergestores Tripartite no CNS; debater os temas do Decreto na linha de construção de uma agenda temática – integralidade, RENASES, RENAME; e criar GT para elaborar minuta de resolução do CNS sobre as normativas – leis, decretos, resoluções – na linha de orientar os gestores sobre as questões que o CNS possui deliberação ou deve deliberar. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** perguntou se o Ministério da Saúde dispõe-se a debater as questões colocadas pelo CNS em relação ao Decreto (força de trabalho, participação do controle social...) e se a proposta de resolução, sugerida pela conselheira Eliane Aparecida, responde às questões levantadas. O diretor do Departamento de Articulação Interfederativa/SGEPS/MS, **André Luis Bonifácio**, reiterou que a proposta é construir uma agenda temática sobre o que foi apontado pelo CNS, sendo necessário definir o conteúdo e o prazo. Também reiterou a disposição do governo em debater as questões colocadas pelo CNS - RENASES, RENAME, integralidade, Lei nº. 8.142/1990, entre outras. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** explicou que o Ministério da Saúde está disposto a discutir, de forma ampliada, outros aspectos da Lei nº. 8.080/1990 e a possibilidade de regulamentação da Lei nº. 8.142/1990. Explicou que a minuta de resolução, conforme sugeriu, visa organizar o processo de apresentação de temas ao CNS.

1531 Conselheiro **Francisco Batista Júnior** defendeu um acordo para além do proposto e retomou a  
1532 proposta, apresentada no debate sobre contratualização e organização de rede, que a  
1533 contratualização seja estendida aos contratos entre os serviços e as Secretarias Municipais e  
1534 Estaduais e o governo federal. O diretor do Departamento de Articulação Interfederativa/SGEP/MS,  
1535 **André Luis Bonifácio**, ressaltou que o governo federal, por meio do Ministério da Saúde, tem  
1536 interesse em debater com o CNS temas como contratualização, RENASES, RENAME, integralidade  
1537 e, para isso, sugere a construção de uma agenda temática com esses assuntos. Conselheiro  
1538 **Francisco Batista Júnior** sugeriu elaborar um documento do CNS reiterando a necessidade de  
1539 debater, à luz do Decreto, temas como contratualização dos serviços, força de trabalho e participação  
1540 do controle social. Conselheira **Jurema Werneck** clarificou que a proposta de resolução visa organizar  
1541 o fluxo da normatização na área da saúde, porque tem havido uma série de atropelamentos.  
1542 **Deliberação:** neste item de pauta, o Plenário decidiu: retomar informe da Comissão  
1543 Intergestores Tripartite no CNS; definir uma agenda temática acerca do Decreto para ser  
1544 debatida no Pleno do CNS; pautar debate sobre o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) e a  
1545 Lei Complementar nº. 141/2012; delegar à Mesa Diretora do CNS a elaboração de uma  
1546 resolução sobre as questões normativas do Ministério da Saúde e sua relação com o Pleno do  
1547 CNS; e redigir um documento com síntese do debate ocorrido no Pleno, indicando temas a  
1548 serem debatidos à luz do Decreto nº. 7.508/2011 (indicados: Eliane Aparecida e André Luis  
1549 Bonifácio). Com esse encaminhamento, a mesa encerrou este item agradecendo a presença dos  
1550 convidados. Na sequência, conselheiro **José Marcos de Oliveira** submeteu à apreciação do  
1551 Pleno, tendo sido aprovada, a convocação de uma reunião extraordinária, dia 16 de fevereiro de  
1552 2012, para tratar das ações do CNS para 2012. **ITEM 6 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE**  
1553 **RECURSOS HUMANOS – CIRH – APROVAÇÃO DE PARECER** - Apresentação: conselheira **Ana**  
1554 **Estela Haddad**, coordenadora da CIRH/CNS; conselheira **Graciara Matos de Azevedo**, da  
1555 CIRH/CNS. Coordenação: conselheiro **Francisco Batista Júnior**, da Mesa Diretora do CNS.  
1556 Conselheira **Ana Estela Haddad**, coordenadora da CIRH/CNS, recuperou que, na última reunião, foi  
1557 solicitada vista ao parecer do processo do Centro Universitário de Votuporanga de autorização do  
1558 curso de Medicina. Contudo, o solicitante reiterou o pedido de vista e a CIRH/CNS trazia ao Plenário  
1559 parecer favorável ao pedido do Centro Universitário de Votuporanga de autorização do curso de  
1560 Medicina. Conselheiro **Arilson Cardoso** registrou que o Secretário de Saúde e os gestores da região  
1561 apoiam a criação do curso de Medicina. Conselheiro **Jurandi Frutuoso** registrou que o CONASS  
1562 também é favorável à criação do curso de Medicina do Centro Universitário de Votuporanga. Não  
1563 havendo outros inscritos, conselheiro **José Marcos de Oliveira** colocou em votação o parecer.  
1564 **Deliberação:** o parecer, elaborado pela CIRH, favorável ao pedido do Centro Universitário de  
1565 Votuporanga de autorização do curso de Medicina (Referência: Processo nº 20050009075) foi  
1566 aprovado, por unanimidade. Definido esse ponto, a mesa suspendeu para o almoço. Retomando, a  
1567 mesa foi composta para o item 8 da pauta. **ITEM 8 – INFORMES E INDICAÇÕES – PRESTAÇÃO DE**  
1568 **CONTAS DO CNS/2011** - Apresentação: **Rozângela Fernandes Camapum**, Secretária Executiva do  
1569 CNS. Coordenação: conselheiro **José Marcos de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. **INFORMES** –  
1570 a) A Secretaria Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, fez um informe sobre o  
1571 processo eleitoral da Mesa Diretora do CNS, que ocorrerá na próxima reunião do CNS. O tema será  
1572 ponto de pauta da próxima reunião da Mesa Diretora do CNS. **INDICAÇÕES - 1) COMISSÃO**  
1573 **INTERGESTORES TRIPARTITE** - solicita indicação de um representante do CNS para participar das  
1574 reuniões da CIT. O Pleno decidiu indicar dois nomes, a cada reunião da Comissão e os indicados  
1575 deverão apresentar informe ao CNS e a Mesa Diretora do CNS avaliará a necessidade de pautar os  
1576 temas tratados na reunião. A Secretaria Executiva do CNS encaminhará o calendário anual da CIT  
1577 para os Fóruns de Trabalhadores da Saúde e de Usuários para indicação de nomes para as reuniões  
1578 da Comissão. Próxima reunião da CIT. Data: 16 de fevereiro de 2012. Local: OPAS, Setor de  
1579 Embaixadas Norte, Lote 19, Brasília-DF. **Indicação:** **Maria Ermínia Ciliberti e André Luiz de**  
1580 **Oliveira.** **2) MEDIDA PROVISÓRIA 557/2011 – COMITÊ GESTOR NACIONAL** – foi reservada vaga  
1581 para o Conselho Nacional de Saúde. O Plenário decidiu definir essa questão na próxima reunião do  
1582 CNS, uma vez que o debate da MP nº. 557/2011 retornará nessa oportunidade. **3) DECRETO Nº.**  
1583 **7.646, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2011** - dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de  
1584 Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação,  
1585 exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras  
1586 providências. A Comissão é composta por 13 membros, sendo um deles representante do CNS, com  
1587 direito a voz e voto. O Pleno manifestou-se a respeito, mas não houve consenso sobre a participação  
1588 ou não do Conselho. **Deliberação:** o Plenário suspendeu o debate sobre a participação do CNS  
1589 na Comissão para retomar na próxima reunião do CNS, com convite ao Secretário de Ciência e  
1590 Tecnologia para esclarecimento sobre o tema. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** registrou  
1591 que 29 de janeiro é o dia nacional da visibilidade trans – homenagem às travestis e transsexuais.  
1592 Disse que em Porto Alegre estava sendo feito debate sobre a data com SDH, MS e o movimento  
1593 LGBT e trans. Conselheiro **Clóvis Boufleur** informou que fora distribuído, para conhecimento, a nota  
1594 do Conselho Nacional de Saúde sobre o dia mundial de combate à hanseníase - dia 29 de janeiro. O

1595 texto é o seguinte “No dia 29 de janeiro de 2012 é comemorado o dia mundial da pessoa com  
1596 hanseníase. No nosso país, esse dia de mobilização serve para que os governos e a sociedade  
1597 acelerarem a eliminação da doença. O Conselho Nacional de Saúde (CNS) reafirma nesta data o  
1598 empenho e a colaboração no processo de eliminação da hanseníase como problema de saúde  
1599 pública. Nos últimos anos, o Brasil estabeleceu iniciativas contra a hanseníase, mas continua em  
1600 primeiro lugar do mundo em incidência ao se comparar a proporção da população com o número de  
1601 pessoas com hanseníase. Sofremos atraso na eliminação desta doença, e se faz necessário  
1602 restabelecer as ações e alianças com objetivo de avançar na identificação, cura e tratamento das  
1603 sequelas da hanseníase. Nas três esferas de governo, com a participação das organizações,  
1604 entidades e movimentos da sociedade civil, como o MORHAN (Movimento de Reintegração das  
1605 Pessoas Atingidas pela Hanseníase), procura-se manter na agenda dos gestores e conselhos de  
1606 saúde a necessidade de acabar com esta doença e romper com o preconceito milenar que invisibiliza  
1607 a cura das pessoas atingidas e dificulta o sucesso de programas governamentais. A luta contra a  
1608 doença requer profissionais em estado de alerta e devidamente capacitados, para identificar os casos  
1609 de maneira precoce, evitar a transmissão da doença. Preocupa-nos os estados com altíssimo índice  
1610 da doença, mas também os estados com baixo índice, pois o diagnóstico nestes estados tem sido  
1611 tardio, e consequentemente as pessoas chegam à unidade básica de saúde com algum grau de  
1612 incapacidade física. O medicamento para curar a hanseníase está disponível para todos que buscam  
1613 tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS). A Organização das Nações Unidas (ONU) e a  
1614 comunidade internacional reconhecem o avanço do Brasil no cumprimento da Resolução 65/215 sobre  
1615 a Eliminação da Discriminação das Pessoas Atingidas pela Hanseníase e seus Familiares. Foi  
1616 estabelecida no país uma indenização para as pessoas que foram confinadas em colônias.  
1617 Convidamos a sociedade, governos e trabalhadores da saúde para colaborar na luta pela eliminação  
1618 da hanseníase, do preconceito e do isolamento das pessoas atingidas pela doença. Juntos, vamos  
1619 acabar com a Hanseníase.” **ITEM 7 – COMISSÃO PERMANENTE DE ORÇAMENTO E**  
1620 **FINANCIAMENTO – PRESTAÇÃO DE CONTAS DO MS – 1º, 2º e 3º TRIMESTRE/2011 -**  
1621 **Apresentação:** Sandra Yoko Sato, Subsecretária Adjunta de Planejamento e Orçamento/SPO/MS; e  
1622 conselheiro Fernando Luiz Eliotério, Coordenador da COFIN. **Coordenação:** conselheiro Francisco  
1623 Batista Júnior, da Mesa Diretora do CNS. Conselheiro Fernando Luiz Eliotério, inicialmente,  
1624 informou que a apresentação da COFIN estava prejudicada porque a Comissão não havia se reunido  
1625 naquele ano e o assessor da Comissão não pôde participar da reunião do Pleno. De todo modo,  
1626 informou que foi disponibilizado aos conselheiros os seguintes materiais: Relatório da Subcomissão  
1627 Especial Destinada a Tratar do Financiamento, Reestruturação da Organização e Funcionamento; Lei  
1628 nº. 141/2012; e Relatórios de Prestação de Contas do Ministério da Saúde relativos ao 1º, 2º e 3º  
1629 trimestre. Explicou que a Comissão se reunirá nos dias 31 de janeiro e 1º de fevereiro e a deliberação  
1630 sobre o RAG e a prestação de contas ocorrerá em março de 2012, haja vista as mudanças trazidas  
1631 pelas normas publicadas nos últimos dois meses. A Subsecretária Adjunta de Planejamento e  
1632 Orçamento/SPO/MS, Sandra Yoko Sato, destacou a publicação da Lei Complementar nº. 141/2012  
1633 que traz mudanças metodológicas e informou que a equipe do Ministério da Saúde está realizando  
1634 novas análises para identificar os impactos da norma na execução orçamentária. Nessa linha, propôs  
1635 adiar a apreciação da prestação de contas do Ministério da Saúde 2011 (1º, 2º e 3º e 4º trimestres) a  
1636 fim de ser feita sob a ótica da LC nº. 141/2012. Enfatizou que as mudanças trazidas pela Lei serão  
1637 discutidas com a COFIN/CNS na próxima reunião da Comissão. Entre as inovações da Lei, citou a  
1638 determinação de que a assistência privada à saúde de servidores não contará para o cômputo do  
1639 cumprimento da Emenda (“Art. 4º Não constituirão despesas com ações e serviços públicos de  
1640 saúde, para fins de apuração dos percentuais mínimos de que trata esta Lei Complementar, aquelas  
1641 decorrentes de: (...) III - assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal”).  
1642 Conselheiro Ronald Ferreira dos Santos solicitou aos conselheiros que busquem informações sobre  
1643 a execução a fim de possibilitar debate e análise mais aprofundada do Relatório da Execução  
1644 Orçamentária, no mês de março de 2012. Conselheira Eliane Aparecida da Cruz sugeriu que a  
1645 COFIN aprofunde o debate sobre a Lei nº. 141/2012, haja vista o papel importante do controle social  
1646 nesse processo de regulamentação. Conselheiro Ronald Ferreira dos Santos concordou que é  
1647 preciso aprofundar o debate da Lei, haja vista os seus desdobramentos (o § 1º do artigo 36 define  
1648 que: “§ 1º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão comprovar a observância  
1649 do disposto neste artigo mediante o envio de Relatório de Gestão ao respectivo Conselho de Saúde,  
1650 até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir  
1651 parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas estatuídas nesta Lei Complementar, ao  
1652 qual será dada ampla divulgação (...)”). Conselheira Graciara Matos de Azevedo destacou a  
1653 publicação do PPA e salientou que muitas das questões colocadas pelo CNS no processo de  
1654 elaboração não foram incorporadas, como, por exemplo, a proposta de fluorotação das águas.  
1655 Também perguntou o significado da inclusão da palavra “não” antes das ações listadas – significa que  
1656 não será feita inclusão no PPA, apesar de constar PNS. Conselheiro Abrahão Nunes da Silva  
1657 perguntou se é possível calcular o montante de recursos que não eram gastos e que agora serão com  
1658 essa nova regulamentação. Conselheiro José Marcos de Oliveira salientou que o CNS deve

1659 contribuir com os conselhos municipais de saúde para posicionamento acerca da saúde e o seu  
1660 financiamento, no processo de eleições municipais. **Retorno da mesa.** A Subsecretaria Adjunta de  
1661 Planejamento e Orçamento/SPO/MS, **Sandra Yoko Sato**, destacou que foram publicadas várias leis  
1662 sobre orçamento e finanças nesse início do ano – Lei do PPA, Lei Orçamentária 2012, Lei  
1663 Complementar nº. 141/2012 e a equipe do Ministério da Saúde está realizando avaliações e estudos.  
1664 Sugereu que seja feito debate com a COFIN sobre a melhor forma para apresentar a LOA 2012 e o  
1665 PPA, na linha de subsidiar conselhos estaduais e municipais a posicionar-se e fiscalizar a questão  
1666 orçamentária e financeira. Destacou que estudo apontou que a Lei Complementar nº. 141/2012 trouxe  
1667 um ganho de R\$ 3 bilhões para a área de saúde, por conta da explicitação do que são ações e  
1668 serviços públicos de saúde. Salientou que, em nível federal, estão sendo realizados estudos, mas, de  
1669 antemão, não há nova forma de se calcular ações e serviços de saúde. Conselheiro **Fernando Luiz**  
1670 **Eliotério** lembrou que o Pleno aprovou o RAG 2010 com ressalvas relativas à Farmácia Popular e  
1671 saúde do servidor e, de acordo com a LC nº. 141/2012, essas despesas não poderão ser computadas  
1672 para efeitos de cumprimento da EC nº. 29. Disse que o PPA e a LC nº. 141/2012 serão analisados na  
1673 próxima reunião da COFIN/CNS. Considerando a fala do conselheiro José Marcos de Oliveira,  
1674 conselheiro **Clóvis Boufleur** sugeriu que a COFIN/CNS e a CICIS/CNS elaborem um texto com  
1675 orientações para eleitores e candidatos sobre a saúde para ser divulgado no site do CNS e distribuído  
1676 no processo eleitoral dos municípios. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** propôs continuar o  
1677 debate sobre mais financiamento para a saúde na Reunião Ordinária de fevereiro com convite à  
1678 representação da AMB, da OAB e da Frente Parlamentar de Saúde para participar desse momento.  
1679 Conselheiro **Clóvis Boufleur** disse que o lançamento da iniciativa popular da AMB e OAB foi marcado  
1680 para o dia 3 de fevereiro. **Deliberação: neste item de pauta, o Pleno decidiu adiar a apreciação e**  
1681 **votação da prestação de contas do Ministério da Saúde 2011 para a Reunião Ordinária de**  
1682 **março de 2012. Além disso, foi definido que: a COFIN, em parceria com a SPO/MS, analisará a**  
1683 **Lei Complementar nº. 141/2012 e o PPA, publicado pelo MPOG, e fará apresentação no Plenário**  
1684 **do CNS; a COFIN/CNS e a CICIS/CNS redigirão um texto sobre financiamento da saúde para ser**  
1685 **divulgado no site do CNS e distribuído no processo eleitoral dos municípios; e continuar o**  
1686 **debate sobre mais financiamento para a saúde na Reunião Ordinária de fevereiro com convite à**  
1687 **representação da AMB, da OAB e da Frente Parlamentar de Saúde para participar desse**  
1688 **momento.** Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** agradeceu a SPO na pessoa coordenadora adjunta  
1689 da Secretaria pelo diálogo e debate coletivo nesse processo. Sr. **Paulo**, em nome do conselheiro  
1690 Pedro Tourinho, denunciou a possibilidade de demissão de 1,3 mil profissionais da saúde do  
1691 município de Campinas, contratados por meio de convênio entre a Prefeitura de Campinas e o Serviço  
1692 de Saúde Dr. Cândido Ferreira, modelo de cogestão instituída por lei municipal em 1990. Explicou que  
1693 a Prefeitura mantém dois convênios com o Cândido Ferreira, um relativo à saúde mental e outro para  
1694 o PSF, considerado irregular com a indicação de suspensão. Ressaltou que o segundo convênio  
1695 encerra-se no dia 2 de fevereiro e a preocupação é que a demissão desses funcionários ocasiona  
1696 colapso no atendimento ((80% da força de trabalho é contratada por meio desse convênio). Além  
1697 disso, disse que causa preocupação a orientação do MP de São Paulo de contratar uma OS para  
1698 assumir a gestão dos serviços. Defendeu o preenchimento das vagas por profissionais selecionados  
1699 mediante concurso público e solicitou o apoio do CNS nessa luta. Conselheiro **Francisco Batista**  
1700 **Júnior**, diante da gravidade da situação, sugeriu que o CNS se manifeste à SMS e ao CMS de  
1701 Campinas esclarecendo que, diante da denúncia formulada, reconhecerá a decisão do Conselho  
1702 Municipal de Saúde sobre o tema. Conselheiro **Expedito Solaney de Magalhães** sugeriu que o  
1703 conselheiro Pedro Tourinho elabore o documento e encaminhe ao CMS. **Deliberação: protocolar a**  
1704 **denúncia no CNS e encaminhar de acordo com o fluxo para exame e apuração de denúncias.**  
1705 **PRESTAÇÃO DE CONTAS DO CNS/2011 - Apresentação:** **Rozângela Fernandes Camapum**,  
1706 Secretária Executiva do CNS. **Coordenação:** conselheiro **Clóvis Boufleur**, da Mesa Diretora do CNS.  
1707 A Secretária Executiva do CNS começou por uma tabela consolidada do orçamento do CNS 2011, de  
1708 R\$ 9.286.000,00, distribuído da seguinte forma: 1) Eventos: R\$ 1.994.415,81; 2) Passagens: R\$  
1709 1.166.193,44; 3) Diárias: R\$ 1.173.625,99; 4) Capital: R\$ 64.000,00; 5) OPAS TC 23: R\$  
1710 2.574.100,00; 6) Publicações: R\$ 513.664,76; 7) Transferência – SGEP: R\$ 1.000.000,00; 8)  
1711 Transferência para 14ª CNS: R\$ 800.000,00. Explicou que da dotação inicial de eventos foram  
1712 retirados R\$ 755.644,48 de eventos, \$ 987.206,56 de passagens e R\$ 291.605,10 de diárias, em  
1713 virtude do Decreto nº 7.446 (redução na quantidade de passagens e diárias emitidas). Além disso,  
1714 foram feitas as seguintes transferências: a) R\$ 1.000.000,00 para a SGEP (compra dos equipamentos  
1715 de videoconferência); b) R\$ 800.000,00 para a 14ª CNS; e c) R\$ 285.356,14 para publicações. Além  
1716 disso, da dotação inicial da OPAS, foi retirado R\$ 50.900,00 para adequar ao orçamento planejado  
1717 para o TC de 2012. Em relação ao empenho, detalhou: 1) Eventos: R\$ 1.747.714,71 (sobra de R\$  
1718 246.701,10 por conta de eventos cancelados em decorrência da 14ª CNS); 2) Passagens: R\$  
1719 1.042.397,84 (sobra de R\$ 123.000,00 por conta de eventos cancelados em decorrência da 14ª CNS);  
1720 3) Diárias: R\$ 1.162.033,55 (sobra de R\$ 11.000,00); 4) Capital: não houve empenho porque, apesar  
1721 dos esforços, não foi possível realizar licitação para compra de equipamento; 5) OPAS TC 23: R\$  
1722 2.574.100,00 (recurso que será gasto em 2012); 6) Publicações: R\$ 460.664,76 (sobra de R\$

1723 53.000,00 por conta de equívoco no momento do empenho); 7) Transferência – SGEP: R\$  
1724 1.000.000,00 (recurso reservado para compra de equipamento); 8) Transferência para 14ª CNS: R\$  
1725 800.000,00. Com isso, destacou que o nível de empenho do orçamento do CNS 2011 foi de 94,63%.  
1726 A seguir, detalhou cada um dos itens do orçamento, sendo: 1) Eventos: a) Seminário de Alinhamento  
1727 Estratégico da SE/CNS: R\$ 127.095,00; b) Oficina Nacional da COFIN: R\$ 14.769,40; c) Seminário  
1728 Nacional Sobre Serviço Civil e Demandas Judiciais no Âmbito do SUS: R\$ 600.835,00; d) IV  
1729 Seminário Nacional de Residência Multiprofissional: R\$ 505.389,80; e) Oficinas Regionais da CONEP:  
1730 R\$ 360.904,08; f) Seminário de Mídia e Saúde: R\$ 14.245,00; g) Pagamento de TR - 14º CNS  
1731 (SGEP): R\$ 25.999,91. Sendo assim, o empenho do orçamento destinado a eventos foi de 87,63% do  
1732 orçamento previsto. Também detalhou: a) Passagens: empenho de 89,38% (valor não empêchado  
1733 devido ao cancelamento de eventos); b) Diárias: empenho de 99%; e c) Publicações: 89,6% (empenho  
1734 total não ocorreu por conta de equívoco no momento do empenho). Por fim, informou que o  
1735 Orçamento do CNS 2012 é de R\$ 10 milhões e será apresentado no mês de março, após definição  
1736 das ações do CNS em 2012. Conselheiro **Volmir Raimondi** perguntou se o recurso não utilizado volta  
1737 para o Tesouro e o CNS perde no próximo orçamento. A Secretaria Executiva do CNS explicou que os  
1738 R\$ 499.000,00, que foram utilizados em 2011, por conta de ajustes e do Decreto, volta para o  
1739 Tesouro, mas não prejudica o Orçamento 2012 (o orçamento foi de R\$ 9,28 milhões, em 2011, para  
1740 R\$ 10 milhões, em 2012). Conselheiro **Volmir Raimondi** reiterou a importância de reservar recurso  
1741 em 2012 para a participação de conselheiros em eventos externos. A Secretaria Executiva do CNS  
1742 informou que destinará recurso no orçamento 2012 para a participação de conselheiros em 60  
1743 eventos, desde que não haja limitação de diárias e passagens. Conselheira **Maria do Espírito Santo**  
1744 **Tavares** perguntou se foi reservado recurso para as quatro reuniões das Comissões do CNS. A  
1745 Secretaria Executiva do CNS informou que estarão previstas quatro reuniões de cada Comissão, caso  
1746 não haja limite de diária e passagens. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** recuperou que o CNS  
1747 promoveu amplo debate sobre as Comissões, inclusive com reunião dos coordenadores das  
1748 comissões, e foi feita a indicação de duas reuniões de cada comissão e mais duas, por convocação do  
1749 Plenário. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva**, após cumprimentar a SE/CNS pela prestação de  
1750 contas, cobrou resposta da Mesa Diretora do CNS sobre a pauta para tratar das políticas integrativas  
1751 e complementares do SUS e também solicitou a presença da ouvidoria do SUS para tratar das  
1752 principais demandas. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues**, em que pese concordar com as  
1753 regras que norteiam as Comissões, ressaltou que é preciso flexibilizar o número de reuniões de  
1754 acordo com demandas emergenciais. No mais, disse que há demanda acumulada por conta da  
1755 suspensão das reuniões das Comissões em decorrência da preparação e realização da 14ª CNS e  
1756 ponderou sobre a possibilidade de reuniões ampliadas na linha de subsidiar o Pleno na tomada de  
1757 decisão. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** registrou que a COFIN não pôde apreciar a prestação  
1758 de contas do CNS, mas, na condição de coordenador da Comissão, concordou com os números  
1759 apresentados pela SE/CNS. Chamou a atenção ainda para o aumento do orçamento do CNS para  
1760 2012, o que demonstra o compromisso com o controle social. **Deliberação: aprovada, por**  
1761 **unanimidade, a prestação de contas do CNS 2011.** Antes de encerrar, conselheira **Eliane**  
1762 **Aparecida da Cruz** sugeriu um ponto permanente na reunião do CNS para informe sobre as reuniões  
1763 da CIT. **Deliberação: a proposta de ponto de pauta permanente no CNS para a CIT será tratada**  
1764 **na próxima reunião da Mesa Diretora CNS. ENCERRAMENTO** - Nada mais havendo a tratar, deu-  
1765 se por encerrada a 229ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os seguintes conselheiros:  
1766 **Titulares** - **Abrahão Nunes da Silva**, Central de Movimentos Populares; **Alcides Silva de Miranda**,  
1767 Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); **Arilson da Silva Cardoso**, Conselho Nacional de  
1768 Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); **Clóvis A. Boufleur**, Conferência Nacional dos  
1769 Bispos do Brasil (CNBB); **Fernando Luiz Eliotério**, Confederação Nacional das Associações de  
1770 Moradores (CONAM); **Francisco Batista Júnior**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em  
1771 Seguridade Social/Central Única dos Trabalhadores; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João**  
1772 **Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Jorge Alves de**  
1773 **Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil (CGTB); **José Carrijo Brom**,  
1774 Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO); **José Cechin**, Federação Nacional de Saúde  
1775 Suplementar; **José Marcos de Oliveira**, Movimento Nacional de Luta Contra a Aids; **Jurema Pinto**  
1776 **Werneck**, Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras (AMNB); **Lígia Bahia**,  
1777 Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO); **Lucélia Silva Costa**,  
1778 Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil (FENACELBRA); **Luiz Alberto Catanoce**,  
1779 Sindicato Nacional dos Aposentados (SIND-NAP); **Maria de Lourdes Alves Rodrigues**, Liga  
1780 brasileira de Lésbicas (LBL); **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos**, Rede Nacional Feminista  
1781 de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; **Maria Thereza Antunes**, Federação Brasileira  
1782 das Associações de Síndrome de Down; **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da  
1783 Indústria (CNI); **Olympio Távora Derze Correa**, Confederação Nacional da Saúde, Hospitais,  
1784 Estabelecimentos e Serviços (CNS); **Paulo Guilherme Romano**, Confederação Nacional do Comércio  
1785 de Bens, Serviços e Turismo; **Reginaldo Neves Gomes**, Fórum de Presidentes de Conselhos  
1786 Distritais de Saúde Indígena; **Volmir Raimondi**, União Brasileira de Cegos (UBC). **Suplentes** - **Ana**

1787 **Estela Haddad**, Ministério da Saúde (MS); **Edmundo Luiz Saunier de Albuquerque**, Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Eliane Aparecida da Cruz**, Ministério da Saúde; **Expedito Solaney Pereira de Magalhães**, Central Única dos Trabalhadores (CUT); **Francisco Rego Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); **Graciara Matos de Azevedo**, Conselho Federal de Odontologia (CFO); **Ivone Evangelista Cabral**, Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn; **Jeferson Seidler**, Ministério do Trabalho e Emprego; **José Naum de Mesquista Chagas**, Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais (ABRATO); **José Wilton da Silva**, Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil (FARBRA); **Júlia Maria S. Roland**, Ministério da Saúde; **Jurandi Frutuoso**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); **Lucimar Batista da Costa**, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN); **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil (CGTB); **Maria Ermínia Ciliberti**, Conselho Federal de Psicologia (CFP); **Merula Emmanuel Anargyrou Steagall**, Associação Brasileira de Talassemia (ABRASTA); **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); **Noemy Yamaghishi Tomita**, Conselho Federal de Biologia (CFBio); **Renato de Jesus Padilha**, Associação Pró-Renais Crônicos (APREC-BRASIL); e **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR).