



1

MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

Aos quatorze e quinze dias do mês de fevereiro 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 Trigésima Reunião Ordinária do CNS. A mesa de abertura foi composta pelo conselheiro **José Marcos de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS, e pela Secretária Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** iniciou a sessão às 9h30 cumprimentando os presentes e os internautas que acompanhavam a reunião em tempo real. Também deu boas vindas aos conselheiros **Fernando da Silva Souza**, do Fórum de Presidente de Conselhos Distritais de Saúde Indígena, **Aníbal Gil Lopes**, da CNBB, **Alexandre Frederico de Marca**, Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo e **Renato Soares**, do Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão e saudou os coordenadores da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde: **Lucenir Gomes**, ES; **Cléia Aparecida**, SC; **Maria Inês**, MS; e **Eduardo Francisco**, TO. A seguir, passou ao item 1 da pauta. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DA PAUTA DA 230ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - APROVAÇÃO DA ATA DA 229ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS** - Apresentação: **Rozângela Fernandes Camapum**, Secretária Executiva do CNS. Coordenação: conselheiro **José Marcos de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. Primeiro, o coordenador da mesa apresentou e colocou em apreciação a pauta da reunião, que foi aprovada com a inclusão de informe, solicitado pelo conselheiro **Luís Eugênio de Souza** a respeito do caso do pesquisador da Fiocruz processado por realizar pesquisa sobre o uso da substância amianto (Eternit). Em seguida, submeteu à votação a ata da 229ª Reunião Ordinária do CNS que foi aprovada por unanimidade e com os cumprimentos do conselheiro **Clóvis Boufleur**. **ITEM 2 – INDICAÇÃO DA COMISSÃO ELEITORAL DO PRESIDENTE E DA MESA DIRETORA DO CNS** - Coordenação: conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Mesa Diretora do CNS. Inicialmente, conselheira **Maria do Socorro de Souza** fez a leitura dos itens do Regimento Interno do CNS que norteariam o processo eleitoral do Conselho: "Seção II - Do Presidente e da Mesa Diretora. Art. 64 A eleição do Presidente e da Mesa Diretora do CNS será coordenada por uma Comissão Eleitoral, paritária, composta de quatro Conselheiros titulares, escolhidos entre aqueles que não forem disputar cargo para a Mesa Diretora. Parágrafo único. A constituição da Comissão Eleitoral será o primeiro item da pauta do primeiro dia da reunião em que será aprovado Regimento Eleitoral. Art. 65 A inscrição para eleição do Presidente e da Mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde será feita mediante apresentação de candidatura individual, sendo facultado a qualquer Conselheiro titular candidatar-se. Art. 66 A inscrição das candidaturas será feita no primeiro dia da reunião em que tomarão posse os novos Conselheiros. Art. 67 A eleição do Presidente e dos demais membros da Mesa Diretora ocorrerá mediante votação secreta. § 1º A eleição do Presidente do CNS, membro integrante da Mesa Diretora, precede a eleição dos demais membros da Mesa Diretora. § 2º Eleito o Presidente do CNS, será preservada a paridade para a eleição dos demais membros da Mesa Diretora. Art. 68 Na eleição dos membros da Mesa Diretora, deverá ser garantida a paridade. Art. 69 O Presidente do CNS e os membros da Mesa Diretora serão eleitos pelo Plenário e a Mesa Diretora será composta por Conselheiros titulares. § 1º A Mesa Diretora do CNS será paritária e composta por oito Conselheiros, incluído o Presidente do CNS. § 2º O Presidente do CNS será o coordenador da Mesa Diretora. § 3º O mandato dos membros da Mesa Diretora, inclusive o do Presidente do CNS, será de um ano, permitidas reeleições, desde que observado o prazo de três anos, fixado no art. 7º do Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006. § 4º O adiamento da eleição do Presidente e da Mesa Diretora só poderá ser definido por maioria qualificada dos membros do CNS, devendo ser ainda estabelecido o período do próximo mandato. § 5º A Mesa Diretora desenvolverá o seu trabalho de forma colegiada. Art. 70 O resultado da eleição do Presidente e da Mesa Diretora será transscrito na ata de eleição e posse." Feita a leitura, a coordenadora da mesa solicitou ao Plenário a definição do prazo para inscrição de candidaturas e acordou-se que poderia ser

55 feita até às 14h. Conselheiro **Volmir Raimondi** recordou que o próximo mandato, excepcionalmente,
56 terá a duração de nove meses e não de um ano. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** registrou
57 que o próximo mandato encerrar-se-ia em 30 de dezembro de 2012. Segundo, fez a leitura dos artigos
58 do Regimento Interno do CNS que dispõe sobre a Comissão Eleitoral: "Art. 71 As Comissões Eleitorais
59 de que tratam os arts. 65 e 68 deste Regimento terão um Presidente, um Vice-Presidente, um
60 Secretário e um Secretário-Adjunto, que serão escolhidos entre os seus membros na primeira reunião
61 após sua constituição. Art. 72 Caberá à Comissão Eleitoral das Entidades e dos Movimentos Sociais: I -
62 conduzir e supervisionar o processo eleitoral e deliberar, em última instância, sobre questões a ele
63 relativas; II - dar conhecimento público das candidaturas inscritas; III- requisitar ao CNS todos os
64 recursos necessários para a realização do processo eleitoral; IV - instruir, qualificar e julgar, em grau de
65 recurso, decisões do presidente relativas ao registro de candidatura e outros assuntos; V - indicar e
66 instalar as Mesas Eleitorais em número suficiente com a função de disciplinar, organizar, receber e
67 apurar votos; VI - proclamar o resultado eleitoral; VII - apresentar ao CNS relatório do resultado do
68 pleito, bem como observações que possam contribuir para o aperfeiçoamento do processo eleitoral, no
69 prazo de até trinta dias após a proclamação do resultado; VIII - indicar a mesa coordenadora das
70 sessões plenárias dos segmentos, composta por um coordenador, um secretário e um relator; IX -
71 indicar um relator para acompanhar as discussões dos fóruns próprios ou grupos nas sessões plenárias
72 dos segmentos; e X - apurar os votos. Art. 73 À Comissão Eleitoral para escolha do Presidente e da
73 Mesa Diretora do CNS caberá: I - receber as inscrições dos candidatos à Presidência e à Mesa Diretora
74 e das entidades e/ou dos movimentos sociais; II - credenciar um fiscal indicado pelas entidades e/ou
75 pelos movimentos sociais que se candidataram para acompanhamento da eleição; III - coordenar a
76 apresentação da defesa dos candidatos, quando houver inscrição de mais de um, que deverá ocorrer
77 até uma hora antes do início da votação; IV - dar início ao processo de votação, mediante convocação
78 nominal por lista dos Conselheiros titulares em ordem alfabética; e V - proclamar o resultado e dar
79 posse imediata ao Presidente e à Mesa Diretora. Parágrafo único. Caberá à Secretaria Executiva,
80 quando houver inscrição de mais de uma candidatura, confeccionar as cédulas e providenciar a urna."

81 **Deliberação:** foram indicados para compor a Comissão Eleitoral: 1) segmento dos usuários:
82 Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares**; e Conselheira **Zilda de Faveri Vicente Souza**. 2)
83 Segmento dos profissionais de saúde: Conselheiro **Willen Heil**. 3) Segmento do gestor/prestador
84 de serviço: **Antônio Carlos Figueiredo Nardi**. Após constituída, a Comissão Eleitoral retirou-se para
85 dar os encaminhamentos necessários à realização do processo eleitoral. Conselheira **Maria do
86 Socorro de Souza** comunicou que a CONTAG não concorreria à reeleição na Mesa Diretora do CNS
87 na linha de contribuir para o processo democrático de renovação da Mesa. Na sequência, a mesa foi
88 recomposta e aberta a palavra para informes enquanto se aguardava a presença dos convidados para
89 o item 3 da pauta. **INFORMES – 1) A OUVIDORIA DO ESTADO DO PERNAMBUCO LANÇOU EM
90 CORDEL A CARTILHA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS DO SUS E A CARTILHA DA OUVIDORIA
91 ESTADUAL DE SAÚDE. 2) O INSTITUTO BRASILEIRO DE CRISOTILA (ETERNIT)** - está
92 processando o médico e pesquisador Hermano Albuquerque de Castro, servidor da FIOCRUZ, que
93 realiza pesquisa sobre o amianto e a relação com a saúde. Disse que a FIOCRUZ publicou nota
94 lamentando a tentativa de intimidação e de criar barreiras à liberdade de expressão e de pesquisa
95 científica. Nessa linha, solicitou que o CNS aprove moção de apoio ao pesquisador. **A esse respeito,
96 acordou-se que o conselheiro Luis Eugênio de Souza redigiria o texto da moção para submeter à
97 apreciação do Plenário.** 3) **REUNIÃO DO GT DO LABORATÓRIO DE INOVAÇÕES** – inclusão dos
98 cidadãos na implementação das políticas públicas - e representação da Organização Pan-americana de
99 Saúde (OPAS/OMS). O GT é composto por: **Nadir Amaral; Verônica Lourenço; Graciara Matos de
100 Azevedo; Maria Cristina, Francisco Batista Júnior; e José Eri de Medeiros**. Conselheira **Graciara
101 Matos de Azevedo** recuperou que, diante do sucesso do primeiro laboratório de inovações, foi
102 realizada reunião com a OPAS para debater a possibilidade de fazer um segundo laboratório. Contudo,
103 na oportunidade não foi possível definir o tema desse segundo laboratório, mas se cogitou a
104 possibilidade de tratar de experiências relativas à capacitação. Em sendo aprovado pelo CNS, o
105 segundo seminário sobre Laboratório de Inovações, a ser realizado em novembro de 2012, deveria
106 constar do planejamento do CNS. Conselheira **Verônica Lourenço** acrescentou que na reunião com a
107 OPAS/OMS foi ressaltada a importância de a publicação sobre o seminário do Laboratório ser uma das
108 referências para cursos de formação de conselheiros. Conselheiro **José Eri de Medeiros** destacou ser
109 consenso a importância de manter o GT do Laboratório de Inovações e defendeu visitas in loco para
110 verificar as experiências apresentadas. No mais, sugeriu que o livro "Inclusão dos cidadãos nas
111 Políticas de Saúde – Experiências Brasileiras e Europeias" também seja publicado em espanhol.
112 Conselheira **Júlia Maria Roland** também sugeriu um diálogo do GT com a SGEP, a fim de verificar a
113 congruência de interesses e identificar ações conjuntas. **Deliberação:** o Plenário decidiu lançar o
114 livro "Inclusão dos cidadãos nas Políticas de Saúde – Experiências Brasileiras e Europeias"; e

debater no planejamento do CNS a continuidade ou não do Laboratório de Inovações (com indicativo de debate com a SGEP). A Secretaria Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, aproveitou o momento para registrar a presença do conselheiro **Cid Roberto Bertozzo**, do Ministério da Previdência Social. **ITEM 3 – BALANÇO DO MÊS NA SAÚDE – OMISSÃO DE SOCORRO - Apresentação:** **Armando de Negri**, Coordenador Geral Rede Brasileira de Cooperação em Emergência; **Helvécio Miranda Magalhães Júnior**, Secretário de Atenção a Saúde (SAS/MS); **Maurício Ceschin**, Diretor Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); e **Jairo Bisol**, Ministério Público (MP). **Coordenação:** conselheira **Jurema Pinto Werneck**, da Mesa Diretora do CNS. O primeiro expositor foi o diretor da ANS, **Maurício Ceschin**, que iniciou a sua fala lamentando o ocorrido com o servidor público Duvanier Paiva, por falta de socorro e focou a sua fala nas definições da Agência para enfrentar essa situação. Lembrou que a ANS é responsável pela regulação de planos de saúde e não há arcabouço legal para subsidiar a regulação sobre prestadores de serviços (hospitais, laboratórios, clínicas). Portanto, a legislação é insuficiente para enfrentar os problemas na saúde suplementar acerca de fatos como o ocorrido. Desse modo, a Agência vem debatendo a necessidade de implementar marcos regulatórios na linha de assegurar a atuação nesses casos. Disse que a ANS definiu estratégia de atuação em curto e médio prazo, envolvendo debate com o Ministério da Saúde com vistas à redefinição do sistema de urgência e emergência com integração dos sistemas público e suplementar. Feitas essas considerações iniciais, passou a tratar de omissão de socorro, destacando, inicialmente, os dispositivos legais a esse respeito. Explicou que o Código Penal Brasileiro, no art. 135, define omissão de socorro como “Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública: Pena - detenção, de 1 (um) a 6 (seis) meses, ou multa. Parágrafo único - A pena é aumentada de metade, se da omissão resulta lesão corporal de natureza grave, e triplicada, se resulta a morte.” Nesses termos salientou que o socorro é, na verdade, um dever predominantemente moral imposto a todos por força da lei. Ressaltou que o Novo Código Civil (Lei 10.406/2002) também define a responsabilidade civil por omissão de socorro: “art. 927 Aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo. Parágrafo único. Haverá obrigação de reparar o dano, independentemente de culpa, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem. Art. 186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.” No Novo Código de Ética Médica, Res. CFM nº 1931/2009, destacou o Capítulo III (responsabilidade profissional) que veda ao médico causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência. A responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida. O art. 7º acrescenta que: “Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, expondo a risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.” No que diz respeito à fiscalização de prestadores de serviço, recuperou que a Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. Portanto, ao tratar de ações e serviços de saúde, refere-se a serviços públicos ou privados. No art. 15, a Lei determina que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, entre outras, a atribuição de elaborar normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública. No art. 16, a Lei determina que à direção nacional do SUS compete: “(...) XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde; e XIV - elaborar normas para regular as relações entre o SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde”. O art. 18, por sua vez, determina que à direção municipal do SUS compete, dentre outras, controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde (XI). Explicou que o Conselho Federal e Conselhos Regionais de Medicinas também tratam do tema e destacou o Decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932, que estabelece, no art. 24, que os institutos hospitalares de qualquer natureza, públicos ou particulares, os laboratórios de análises e pesquisas clínicas, os laboratórios de soros, vacinas e outros produtos biológicos, os gabinetes de raios X e os institutos de psicoterapia, fisioterapia e ortopedia, e os estabelecimentos de duchas ou banhos medicinais, só poderão funcionar sob responsabilidade e direção técnica de médicos ou farmacêuticos, nos casos compatíveis com esta profissão, sendo indispensável para o seu funcionamento, licença da autoridade sanitária. No art. 28, a determinação é que nenhum estabelecimento de hospitalização ou de assistência médica pública ou privada poderá funcionar, em qualquer ponto do território nacional, sem ter um diretor técnico e principal responsável, habilitado para o exercício da medicina nos termos do regulamento sanitário federal. Além disso, destacou que o art. 12 do Decreto nº. 44.045, de 19 de setembro de 1958 e o art. 1º da Lei nº. 6.839, 30 de outubro de 1980 estabelecem que as pessoas

175 jurídicas de prestação de assistência médica estão sob a ação disciplinar e de fiscalização dos
176 Conselhos de Medicina. No mais, citou a Resolução CFM nº. 1.980, de 13 de dezembro, que
177 estabelece que as empresas, instituições, entidades ou estabelecimentos prestadores e/ou
178 intermediadores de assistência à saúde com personalidade jurídica de direito privado devem registrar-
179 se nos conselhos regionais de medicina da jurisdição em que atuarem, nos termos das Leis nº.
180 6.839/1980 e nº. 9.656/1998. Salientou que a Resolução CFM nº. 997, de 24 de junho de 1980,
181 estabelece que o Diretor Técnico Médico, principal responsável pelo funcionamento dos
182 estabelecimentos de saúde, terá obrigatoriamente sob sua responsabilidade a supervisão e
183 coordenação de todos os serviços técnicos do estabelecimento, que a ele ficam subordinados
184 hierarquicamente. Seguindo, falou sobre a ANS, explicando que a Agência terá por finalidade
185 institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as
186 operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo
187 para o desenvolvimento das ações de saúde no País (art. 3º). Frisou que não existe previsão expressa
188 na Lei 9.961/2000 que permita a ANS fiscalizar os prestadores de serviços de saúde, apenas requisitar
189 informações. Citou que, nos termos da Lei nº. 9.961/2000, compete à ANS (art. 4º) no que diz respeito
190 a prestadores: IV - fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de
191 prestadores de serviço às operadoras; XXI - monitorar a evolução dos preços de planos de assistência
192 à saúde, seus prestadores de serviços, e respectivos componentes e insumos; XXVI - fiscalizar a
193 atuação das operadoras e prestadores de serviços de saúde com relação à abrangência das coberturas
194 de patologias e procedimentos; XXXI - requisitar o fornecimento de informações às operadoras de
195 planos privados de assistência à saúde, bem como da rede prestadora de serviços a elas credenciadas.
196 Acrescentou que a Resolução Normativa nº. 124/2006 determina apenas, no art. 33, que deixar de
197 fornecer ou se recusar a enviar as informações ou os documentos requeridos pelos Diretores da ANS
198 ou encaminhá-los com falsidade ou retardamento injustificado é passível de sanção (multa diária de R\$
199 5.000,00 (cinco mil reais)). Disse que esse assunto voltou à tona e, em 2003, a Agência publicou a
200 Resolução Normativa nº. 44 que determina, entre outros aspectos, que fica vedada, em qualquer
201 situação, a exigência, por parte dos prestadores de serviços contratados, credenciados, cooperados ou
202 referenciados das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde e Seguradoras Especializadas em
203 Saúde, de caução, depósito de qualquer natureza, nota promissória ou quaisquer outros títulos de
204 crédito, no ato ou anteriormente à prestação do serviço. Frisou que a norma não estabeleceu nenhuma
205 penalidade em face das discussões jurídicas quanto aos limites legais de atuação da Agência. Disse
206 que, concomitantemente à publicação da RN, foi criada Comissão Especial Permanente para
207 recebimento das denúncias e encaminhamentos aos Ministérios Públicos das localidades. Explicou
208 que, em 24 de setembro de 2009, a Diretoria Colegiada da ANS, ao analisar propostas de Grupo de
209 Trabalho, deliberou, por unanimidade, pela impossibilidade de penalizar diretamente os prestadores
210 pela conduta de exigência de cheque caução (posição esta da própria Procuradoria Federal na ANS).
211 Salientou ainda que há várias leis estaduais a respeito de caução (AP, DF, ES, GO, MT, MS, MG, PA,
212 RJ, RS, RO e SP), algumas com previsão de punição com multa. A respeito do ocorrido com o servidor
213 público Duvanier Paiva, disse que a ANS tomou as seguintes providências: diligência aos três hospitais
214 procurados e na operadora GEAP; participação na reunião com o Ministério da Saúde com vistas à
215 definição de medidas para o alcance dessas situações com formação de Grupo de Trabalho (SAS,
216 Gabinete MS, CONJUR, ANVISA, ANS e CFM) para elaboração de proposta de Medida Provisória
217 dispondo sobre: I – a proibição de exigência de cheque caução ou qualquer outra garantia financeira
218 como pré-requisito para o atendimento de urgência e emergência; II – penalidade para o prestador de
219 serviços em caso de descumprimento do item anterior; e III – adoção de protocolo clínico de avaliação
220 de risco antes da dispensa de pacientes em situação de urgência e emergência. Ressaltou também que
221 a ANS propõe a definição de regra de contratação das operadoras e prestadores de serviços (RNs
222 42, 54, 71), contemplando: rotina para autorização de procedimentos e eventos em saúde,
223 estabelecendo um Canal de Atendimento 24 horas; em caso de não resposta da operadora de plano de
224 saúde em determinado tempo, o procedimento será considerado autorizado; e proibição do prestador
225 em exigir do beneficiário caução ou qualquer outra garantia para procedimentos e eventos de saúde
226 objeto do contrato e para atendimentos de urgência e emergência, quando for o caso. Ainda em relação
227 às diligências da ANS acerca do caso Duvanier, realizada no dia da ocorrência, destacou que o relato
228 do Hospital Santa Lúcia para ANS foi que o contrato com a GEAP era somente para procedimentos de
229 radioterapia e nunca houve cobertura para urgência e emergência; o relato do Hospital Santa Luzia
230 para ANS foi que não há contrato para urgência e emergência; e o relato do Hospital Planalto para ANS
231 foi que possuía contrato com a operadora GEAP para urgência e emergência e o Sr. Duvanier foi
232 atendido sem restrições. Destacou que a proibição de caução não abrange os Hospitais Santa Lúcia
233 e Santa Luzia por não estarem na rede credenciada e a Resolução da ANS abranger apenas a rede
234 credenciada, o que aponta a necessidade de modificar essa situação. Salientou que as considerações

235 preliminares da ANS sobre o caso são: com base nas informações obtidas, não houve negativa de
236 cobertura pela operadora; os Hospitais Santa Lúcia e Santa Luzia não fazem parte da rede credenciada
237 da operadora GEAP para urgência e emergência e não constam como credenciados na lista de
238 prestadores de serviços; o Hospital Planalto é credenciado pela operadora GEAP; e a GEAP divulgou
239 em fevereiro de 2011 a retirada de alguns serviços do Hospital Santa Luzia de sua rede credenciada.
240 Destacou que o depoimento da esposa do Sr. Duvanier deixa claro que nas duas unidades foi solicitada
241 caução para garantia do atendimento. Finalizando, destacou que Ministério da Saúde e a Agência
242 Nacional de Saúde devem trabalhar regulamentação para evitar que esse tipo de situação volte a
243 ocorrer. Na sequência, discorreu sobre o tema o coordenador geral da Rede Brasileira de Cooperação
244 em Emergência, **Armando de Negri**, que iniciou manifestando satisfação em tratar do tema sobre
245 omissão de socorro no CNS. Todavia, avaliou que é preciso tratar da questão da omissão de socorro
246 para além da omissão do atendimento, em um marco mais amplo que caracteriza a garantia
247 constitucional do direito à saúde. Salientou que a perspectiva dos direitos humanos deve ser levada à
248 materialidade, portanto, a resposta do Estado na linha de garantir esse direito deve estar de acordo
249 com as necessidades do sujeito. Nesse contexto, disse ser necessário considerar a insuficiência da
250 capacidade instalada para dar uma resposta universal segundo a necessidade da população, haja vista
251 a dificuldade de acesso nas metrópoles e no interior do país. Diante dessa situação, afirmou que é hora
252 de discutir o tamanho do déficit da resposta às necessidades sociais e a quantidade de recurso que a
253 sociedade terá que investir e como o Estado aplicará esses recursos, levando em conta que as
254 respostas não podem traduzir-se em intervenções pontuais nos grandes problemas enfrentados.
255 Deixou claro não se tratar de um debate a favor ou contra o Ministério da Saúde, mas sim de um
256 projeto de nação que necessita de resposta contundente. Enfatizou que o maior problema decorre do
257 fato de que o direito à saúde não se inseriu na sociedade como um valor real e há uma situação de
258 naturalização do processo de violação dos direitos, com aceitação de respostas insuficientes para
259 resolver os problemas. Lembrou ainda que, no contexto da escala da universalidade, o não direito se
260 estabelece se apenas uma pessoa não tiver seu direito garantido. Assim, a insuficiência, seja na
261 dimensão que for, demarca uma situação de não direito. Nessa perspectiva, o direito não é apenas de
262 caráter universal, mas sim de caráter integral, o que demanda articulação de sequência de respostas
263 em que, a falta de uma delas, pode gerar situação de omissão com impacto no resultado final (acesso
264 com qualidade). Acrescentou que o direito exige uma dimensão de igualdade, o que significa a mesma
265 possibilidade de atenção e resultado, independente da condição social. Disse que essa situação frágil
266 do ponto de vista da garantia de direitos ("caldo de cultura") permite que a omissão de socorro se torne
267 uma situação frequente. Destacou o caso do funcionário público Duvanier, que morreu por conta de
268 uma situação de omissão de socorro sistemática, e, na lógica do direito individual, disse estar clara a
269 violação do direito humano. No entanto, o caso representa uma dimensão da violação do direito coletivo
270 e é preciso avaliar e atacar a base para violação desse direito, a fim de romper a lógica da exclusão
271 gerada no processo de insuficiência da resposta. Assim sendo, frisou que é preciso construir
272 instrumentos que vão além das normas imediatas, haja vista as limitações na regulação pública e
273 sistema suplementar. Nesse sentido, destacou que é preciso, por exemplo, as limitações da ANS no
274 que diz respeito à aplicação da lei para prestador de serviço. Por outro lado, a Agência está submetida
275 a um ordenador maior que dispõe sobre a relevância constitucional da saúde. Portanto, o MS pode
276 intervir no espaço da atenção privado considerando que a saúde no sistema suplementar é parte do
277 sistema de saúde brasileiro e os usuários desse sistema são sujeitos de direitos. Salientou que, se a
278 violação dos direitos ocorre de maneira tão sistemática, é preciso modificar o olhar a esse respeito,
279 destacando que naquele momento havia filas de esperas em todos os lugares, configurando em um
280 problema de ordem sistêmica e nacional. Pontuou, inclusive, que o tempo de espera prolongado por
281 atendimento é uma forma de omissão de socorro, sendo necessário, dessa forma, ampliar esse
282 debate. Disse que foi possível evoluir em alguns aspectos, mas o caráter imperativo da necessidade
283 humana expressa no atendimento exprime o direito do ponto de vista da materialidade mediata ou
284 imediata, segundo a situação. Assim, se a resposta para garantia do acesso com qualidade é
285 insuficiente, há urgência no tempo para o enfrentamento das condições estruturais que provocam a
286 situação. Ressaltou que é preciso projetar um tempo para construção de resposta e, enquanto isso,
287 deve-se adotar medidas emergenciais – combinação de recursos extraordinários, colocar os serviços
288 de urgência do sistema suplementar a serviço da população – para lidar com a situação de exclusão de
289 direitos. Reiterou que a omissão de socorro é uma situação estabelecida no Código Penal e no Código
290 da Ética Médica e, na sua visão, caracteriza-se omissão de socorro o não atendimento de paciente na
291 primeira instância ainda que seja atendimento em outro local e a classificação de risco de pacientes
292 com demora no atendimento (problema do deslocamento da demanda social no âmbito do Sistema).
293 Salientou que no Brasil ainda há grande lacuna entre necessidade e oferta e destacou que, no caso da
294 cobertura de serviço de urgência hospitalar, o país dispõe de apenas 50% do necessário. Diante disso,

295 lembrou que é preciso definir um plano diretor para resolver o problema do acesso geográfico mediante
296 um modelo de serviço com cobertura nacional. Em relação à internação hospital, disse que a média é
297 de 1,9 leitos por mil habitantes, o que representa um déficit de mais de 300 mil leitos, gerando, em
298 cadeia um conjunto de obstáculos para possibilidade de acesso. Salientou que é preciso debate político
299 sobre o não cumprimento da lei, que garante o princípio do direito e até que isso ocorra é natural que
300 se tenha que administrar os casos individuais que acontecem no país. Por fim, salientou que,
301 estabelecido o marco legal, é possível adentrar nas dimensões particulares, mas sem perder a
302 perspectiva da garantia do direito à saúde. Na sequência, fez uso da palavra o Secretário de Atenção a
303 Saúde/SAS/MS, **Helvécio Miranda Magalhães Junior**, iniciou a sua fala reconhecendo que o
304 problema da omissão de socorro (omissão de atendimento) é uma parte de um conjunto de problemas
305 relativos à urgência e emergência. Primeiro, destacou a crítica da população brasileira ao atendimento
306 de urgência e emergência do país. Disse que o Ministério da Saúde trabalha com o “conceito da
307 urgência sentida” para discutir o direito ao atendimento, o que significa que o usuário é quem define a
308 situação de urgência - em tese, tudo pode ser urgência. Portanto, a rede, em sua totalidade, deve ter a
309 responsabilidade para atender as situações de urgência. Acrescentou que o conceito de integralidade
310 na atenção básica deve se expressar no atendimento de ações programadas e de resposta à demanda
311 espontânea, inclusive com atendimento aos agudos. Ressaltou que o Sistema de Saúde deve estar
312 alerta para acolher e classificar risco individual, o que possibilitaria captar, entre a urgência sentida,
313 aqueles que precisam de atendimento de emergência. Salientou que o Ministério da Saúde trabalha
314 com os conceitos de Redes, ponto de atenção e articulação entre os pontos de atenção, centralidade
315 da atenção básica, acesso a várias tecnologias. Nesse sentido, destacou que o Ministério trabalha com
316 três linhas de cuidado na urgência e emergência: trauma (da prevenção à reabilitação precoce),
317 acidente vascular cerebral e insuficiência coronariana aguda. Salientou que o conceito de acesso à
318 estrutura hospitalar não deve mais ser adotado para o sistema e destacou que foi possível avançar ao
319 incluir o pronto atendimento de serviços hospitalares fixos. Disse que dados demonstram que as UPAS
320 e os Pronto Atendimentos compõem uma rede que efetivamente substituem a porta de entrada
321 hospitalar e apresentam resolutividade. Em relação aos leitos, disse ainda que houve uma
322 ambulatorizada como a pediatria e a atenção à pessoa idosa. Disse que o Ministério da Saúde está
323 convencido que precisa intervir nessa situação e salientou que é preciso exigir padrões de suficiência,
324 de acesso geográfico, de oferta de atendimento de urgências. Destacou que há uma herança
325 constitucional complexa e, na avaliação jurística, a CF/88 definiu o setor privado como serviço de
326 concessão pública, assim, o setor privado, em qualquer situação (vinculo ou não com o SUS, prestador
327 ou não de operadora regulada pela ANS) deve subordinar-se à legislação nacional. De todo modo,
328 reconheceu que há uma lacuna na Lei nº. 8.080/1990, uma vez que o setor não fora citado na Lei nº.
329 9.656, de 25 de março de 1999, que dispõe sobre os serviços privados de assistência à saúde.
330 Salientou que, para intervir nas omissões de atendimento, é preciso ampliar a capacidade reguladora
331 do Estado, com definição de ações estratégicas, táticas, operacionais e legais. Disse que foi constituído
332 GT do MS, com participação da ANS e ANVISA, para elaborar legislação, com definição de padrões
333 mínimos de funcionamento. Nessa perspectiva, salientou que implantar acolhimento com avaliação de
334 risco de forma universal no país é possível e o MS está pronto para dar esse passo. Na sequência, fez
335 uso da palavra o procurador, **Jairo Bisol**, que interveio para manifestar satisfação em debater o tema
336 no CNS e salientou a carência de uma reforma política e do judiciário do país para fazer avançar o
337 processo democrático. Salientou que o Estado é uma ferramenta e deve ser aperfeiçoado do ponto de
338 vista da democracia e do direito. Ressaltou as abordagens sobre as normas que regulam a omissão de
339 socorro – responsabilidade criminal, responsabilidade civil e responsabilidade profissional – mas
340 salientou que interpretar a lei significa atribuir significado às palavras, envolvendo uma questão política.
341 Ponderou que a idéia de omissão de atendimento é mais adequada, uma vez que “omissão de socorro”
342 imputa algum tipo penal. Salientou que está dogmatizada o que vem a ser omissão de socorro e há
343 uma subsunção do episódio do servidor Duvanier na tipicidade penal. Também disse que está
344 dogmatizada a interpretação da responsabilidade civil definida no Código Civil. Salientou que o
345 problema não é de caráter criminal, civil e profissional, exclusivamente, na verdade, trata-se de um
346 problema de interpretação. Ressaltou que a interpretação da lei é um ato político e caminha-se para um
347 caminho de ambiguidades – o país possui um dos sistemas mais avançados de saúde pública, mas não
348 há uma prática avançada do ponto de vista da efetivação da política. Disse que episódios como o
349 ocorrido mostra que a iniciativa privada não tem controle – disse se tratar de um capítulo de uma
350 pergunta maior: qual é o papel da iniciativa privada? Salientou que onde existe um serviço de saúde o
351 interesse maior é público – de toda a sociedade – e a gestão hospitalar é gestão de coisa pública,
352 independente de ser hospital privado – contratualizado ou não – ou hospital público. Ressaltou que
353 esse tipo de episódio demonstra a contradição e é necessário amadurecer o debate sobre o papel da
354 iniciativa privada no sistema público de saúde. Perguntou quem faz o controle uma vez que a ANS não

355 o faz. Salientou que o Estado, enquanto ferramenta para conter o jogo do poder, precisa de
356 aperfeiçoamento do ponto de vista do Estado democrático. Pontuou que há jogos de poder por trás dos
357 ritos do Estado e não se deve abstrair o poder econômico da iniciativa privada na definição das políticas
358 de saúde, na sua interface com o Estado. Assim, colocou para reflexão: o SUS está sendo construído
359 tendo o setor privado com função exclusivamente complementar, conforme definido na CF/1988 ou há
360 um avanço da iniciativa privada sob os subsistemas da saúde pública? A quem interessa ou não o
361 controle da iniciativa privada? Concordou com a posição do MS de reconhecer a lacuna e partir para o
362 enfrentamento do desafio. Disse que situações de desatenção são diuturnas, apesar dos avanços
363 alcançados com o SUS. Ressaltou que a omissão de socorro é uma questão menor já equacionada no
364 estado brasileiro e ficou clara a lacuna em relação ao controle do setor privado e, nesse caso, salientou
365 que o CNS pode atuar de acordo com a sua força política. Todavia, lembrou que para solucionar essa
366 questão é necessária atividade legislativa, sem esquecer do problema da interpretação da lei. Frisou
367 que urge a necessidade de debater a função da iniciativa privada no âmbito do modelo de saúde do
368 Brasil e, para isso, é necessário definir o modelo de gestão do sistema público de saúde. Concordou
369 que é necessária abordagem emergencial para suprir lacuna normativa, mas é necessário partir para
370 uma definição mais clara de como efetivar a política pública de saúde, com definição de modelo de gestão
371 para o SUS, com definição clara do papel da iniciativa privada. **Manifestações.** Conselheiro **Alexandre**
372 **Rocha Padilha**, Presidente do CNS, saudou o CNS por trazer o tema da omissão do atendimento para
373 debate e salientou que o tema suscita dois debates: direito à saúde e insuficiência de serviços. Todavia
374 frisou que insuficiência de serviço não pode justificar omissão de atendimento ou racismo institucional,
375 como há evidências no caso Duvanier Paiva. Por essa razão, disse que é preciso continuar o debate
376 com avaliação crítica sobre o esforço de ampliação da rede de urgência e emergência. Inclusive,
377 agradeceu o Ministério Público Federal por investigar o caso e foi sugerido ao MP de Brasília um termo
378 de ajustamento de conduta com todos os hospitais de urgência e emergência para estabelecer regras
379 claras e evitar omissão de socorro no DF. Todavia, para agir antes da ocorrência do fato, é necessário
380 aprimorar a legislação brasileira, de forma a permitir que a ANS regule o prestador de serviço no caso
381 de urgência e emergência. Também disse ser fundamental tipificar o crime de exigência de cheque-
382 caução como um crime contra economia popular. Além disso, é preciso normatizar o atendimento na
383 urgência e emergência cada vez mais com definição que o pronto socorro público ou privado, para
384 funcionar, deve ter acolhimento, classificação de risco, regulação de leito do pronto-socorro.
385 Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** falou da omissão de socorro das pessoas com doença
386 celíaca, porque o protocolo não está implantado em todos os municípios. No caso da saúde
387 suplementar, às vezes, o beneficiário necessita de complementação para atendimento de profissional
388 especializado. Reiterou que é preciso modificar a legislação de forma a atribuir à ANS o controle dos
389 prestadores de serviço e o CNS deve exercer o seu papel de fiscalização. Conselheiro **Clóvis Boufleur**
390 cumprimentou os expositores e lembrou que o Código de Trânsito prevê punição para omissão de
391 socorro no caso de acidentes. Nesse sentido, perguntou por que não existir uma legislação para
392 assegurar a punição no caso de omissão de socorro e qual o critério para definir situação de socorro
393 (entendida como situação iminente que pode levar à morte). Disse que é preciso qualificar o processo
394 de atendimento para identificar as situações que exigem o socorro por parte dos serviços públicos e
395 privados. Conselheiro **Volmir Raimondi**, enquanto defensor do sistema público de saúde, frisou que
396 está vivo porque o SUS lhe propiciou a realização de um transplante e lhe assegurou a medicação
397 necessária. Porém, destacou que a superlotação das emergências ocorre porque o atendimento local
398 não é resolutivo. Salientou que há ótimos e péssimos profissionais de saúde e gestores e que há
399 indiferença, muitas vezes, na necessidade de atendimento às pessoas que necessitam. Ressaltou que,
400 antes de um problema financeiro, a omissão de socorro é um problema ético e imoral, pois profissionais
401 e gestores não cumprem o seu papel. Também relatou a sua experiência na emergência no hospital
402 Miguel Couto – macas sem colchonete, soro fisiológico pendurado na rede – e a situação não se
403 modificou até agora. Salientou que há problema de gestão, problema ético profissional e também de
404 usuários que procuram o serviço de emergência porque não encontram atendimento no seu bairro.
405 Conselheira **Rosangela da Silva Santos**, na condição de representante de pacientes renais crônicos,
406 disse que esse grupo sinaliza o que é a privatização da saúde no país e, por conseguinte a dificuldade
407 para garantir uma assistência integral do SUS. Ressaltou que o paciente do SUS necessita de
408 acompanhamento clínico na rede pública, especialmente nas emergências no âmbito das clínicas de
409 diálise, ressaltando que o SAMU ainda não é o serviço de referência para atender os casos mais
410 graves, o que implica em óbitos. Registrhou que é preciso retomar para a questão da humanização, pois
411 se observa uma banalização do sofrimento da população. Avaliou que o Ministério da Saúde deve dar
412 publicizar os resultados das ações implementadas, incluindo o atendimento dos profissionais e
413 servidores, a fim de que a população possa confiar no SUS e buscar os canais de comunicação para
414 contribuir com a sua melhoria. Também destacou que não foram realizadas pesquisas, principalmente,

415 no exato momento em que a população necessita do atendimento nas unidades públicas de saúde,
416 para avaliar o grau de satisfação ou não das pessoas que usam a rede, a fim de se obter parâmetros e
417 avaliar a qualidade dos serviços prestados aos usuários. Conselheiro **Olympio Távora Corrêa**,
418 representante dos prestadores de serviços de saúde, na sua fala, defendeu o setor privado de saúde,
419 discordando que seja responsável por todas as mazelas que ocorrem na saúde. Lembrou que no
420 interior no país, onde o Estado ainda não chegou, as santas casas e os hospitais de misericórdia são
421 as únicas formas de atendimento, apesar da má remuneração dos procedimentos. Ressaltou que há
422 problemas no sistema público e no privado e citou, por exemplo, que não há médico para atender na
423 Unidade de Pronto Atendimento Urgência (UPA) de Samambaia, além de outros sérios problemas do
424 sistema público de saúde do Distrito Federal. Ressaltou que o Secretário, infelizmente, possuía um dos
425 piores planos privados de saúde com má remuneração e atraso no pagamento dos profissionais e
426 procedimentos. Perguntou quem fará o resarcimento no caso de atendimento, pelo plano de saúde, de
427 pessoa sem plano de saúde. Concordou que é preciso definir como se dará a regulamentação do setor
428 privado. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** ressaltou que, historicamente, o Estado brasileiro foi
429 omisso na regulação do setor, possibilitando a prevalência da cultura do clientelismo no país. Também
430 disse que é preciso debater com a população as ações do PAC, os critérios para instalação das UPAS
431 e da rede para garantir a interiorização da rede. A respeito do fluxo protegido, destacou que, muitas
432 vezes, se observa a existência de ambulâncias, mas sem referência e contrarreferência do primeiro
433 atendimento que é feito no município e citou o caso na dificuldade de sua mãe ser atendida, em razão
434 do sucateamento da rede. Em situações, nem o usuário sabe a prioridade de atendimento na fila. Por
435 fim, defendeu que o Conselho deve discutir a regulação do setor privado, incluindo o atendimento do
436 plano de quando o usuário está internado e os procedimentos na UTI. Conselheiro **Luís Eugênio de**
437 **Souza** saudou a postura do Secretário da SAS/MS de enfrentamento da situação que também é de sua
438 responsabilidade. Falou sobre o sistema complementar e suplementar de saúde, explicando que o
439 primeiro está previsto na CF/1988 podendo prestar ações e serviços de saúde, em caráter
440 complementar e o segundo, que não está previsto na Carta Magna, refere-se ao que não é oferecido
441 pelo SUS. Contudo, o sistema de saúde suplementar oferece os mesmos serviços do SUS, o que
442 caracteriza a existência de um sistema duplo de saúde - público e privado, financiado de forma
443 desigual, sendo que o primeiro dispõe apenas de recursos públicos e o segundo de recursos públicos
444 e privados. Frisou que essa é a questão de fundo que deve ser resolvida. Além disso, entendendo a
445 necessidade de medida concreta em relação ao caso de omissão de socorro, disse que elaborou, com
446 a contribuição dos conselheiros, em especial da Conselheira Lígia Bahia, uma proposta de
447 recomendação a respeito da situação. Conselheira **Zilda de Faveri Souza** defendeu o acolhimento
448 com igualdade, mas com atendimento diferenciado para as pessoas com necessidades especiais como
449 os idosos e deficientes. A respeito da internação domiciliar, concordou que é uma alternativa viável,
450 mas deve-se ter atenção acerca das condições do local onde será feito o atendimento e do responsável
451 pelo cuidado. Conselheira **Maria Cristhina Pedro Biz** destacou que cada vez mais será necessário
452 debater saúde suplementar, por conta do aumento da expectativa de vida e envelhecimento rápido da
453 população e os altos preços dos planos. Salientou que o CNS deve avançar no debate sobre a
454 regulamentação do setor privado de saúde, visando à definição clara dos responsáveis e da forma de
455 controle desse setor. Defendeu a apresentação de propostas mais concretas para responder a
456 realidade cotidiana de omissão de socorro. Conselheira **Maria Thereza Antunes** compartilhou duas
457 experiências: jovem com síndrome de Down, de 29 anos, que morreu em 24 horas, um hospital
458 conveniado com leucemia mielóide aguda – Disse que os médicos encontraram dificuldades para o
459 atendimento adequado; pessoa com síndrome de Down, de 40 anos, fraturou a perna em um hospital
460 particular de Recife e a unidade negou-se a atendê-la alegando que o convênio não cobria quarto
461 individual. Nessa linha, conselheira **Marisa Furia Silva** salientou a dificuldade de atendimento das
462 pessoas com deficiência, em especial, às intelectuais porque os profissionais não são capacitados para
463 atendê-las e a rede de habilitação e reabilitação é insuficiente. Conselheira **Jurema Werneck** salentou
464 que, além das medidas apontas pelo MS, é preciso definir ações para prevenir omissão de socorro,
465 destacando que a sua mãe e a sua tia morreram por falta de atendimento. Também disse que é preciso
466 oferecer informação à população para garantia do exercício de direito às ações de saúde, a fim de
467 evitar que outras mortes venham acontecer. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares**
468 cumprimentou a Mesa Diretora do CNS por pautar o tema e os expositores pelas falas. Destacou que
469 não está claro para os profissionais de saúde e os usuários o significado de omissão de socorro e as
470 universidades tem um papel importante no processo de formação e repasse desses conhecimentos.
471 Também salentou que não é a rede privada que faz o SUS, uma vez que o sistema público, por existir
472 independente do setor privado, está garantido na Constituição Federal e por isso deve ser colocado de
473 prática em prática, seguindo os seus princípios de universalidade, integralidade e equidade.. Disse que
474 o caso Aline, ocorrido no Rio de Janeiro, foi julgado na ONU e está sendo reexaminado e o país está

475 apresentando as suas justificativas. Conselheiro **Geraldo Alves Vasconcelos** destacou dificuldades
476 no atendimento são comuns em unidades públicas e privadas e relatou que, quando sofreu uma crise
477 renal, foi atendido por unidade particular, mas teve que pagar por procedimento (anestesia) que o plano
478 privado se negou. A despeito do ocorrido (caso Duvanier), manifestou a sua confiança no trabalho da
479 ANS e defendeu punição das operadoras de planos de saúde e responsabilização dos profissionais nos
480 casos de omissão de socorro. Relatou ainda que a sua mãe de 81 anos sofreu um grave acidente no
481 final de 2011 e o socorro do SAMU não chegou, do que se pode concluir que privado e público são
482 suscetíveis a “erros” (no caso, omissão). Abrindo um parêntese no debate, conselheiro **Antônio Carlos**
483 **Figueiredo Nardi** informou que a Comissão Eleitoral receberá as candidaturas até as 14h e retornará
484 ao Plenário. Disse que o processo de votação será definido após o intervalo do almoço. Dando
485 prosseguindo, conselheiro **Aníbal Gil Lopes** lembrou que inúmeras escolas de Medicina do país não
486 oferecem formação em pronto socorro e destacou a proliferação de escolas médicas no país sem a
487 capacidade de formar bons profissionais, ou seja, com a capacidade de atender urgência e emergência
488 em todas as áreas. No seu modo de ver, a capacidade da escola em oferecer treinamento profissional
489 deve ser um dos critérios para abertura dos cursos da área. Salientou que o CNS deve ampliar o
490 debate, com enfoque na formação profissional, nos conteúdos programáticos e nas ações com um
491 todo, uma vez que tem responsabilidade nesse processo. Conselheiro **José Marcos de Oliveira**
492 destacou que o CNS não proveu debate estruturante sobre saúde suplementar apesar das questões
493 trazidas ao Plenário. Concordou com as falas que o antecederam e destacou a do Armando Negri em
494 relação à responsabilidade do CNS nesse processo. Nesse sentido, sugeriu que seja pautado debate
495 estruturante sobre resarcimento e como os conselheiros podem acompanhar essa questão. Também
496 disse que é preciso debater os recursos públicos para subsidiar a ação dos serviços privados. Por fim,
497 salientou que o MP é o guardião dos direitos violados pelos interesses econômicos. **Retorno da mesa.**
498 O coordenador da Rede Brasileira de Cooperação em Emergência, **Armando de Negri**, focou a sua
499 fala em alguns pontos levantados pelos conselheiros e iniciou com a seguinte pergunta: quando o
500 direito universal à saúde chegará ao Brasil? Disse que, primeiramente, é necessário reconhecer que,
501 apesar da declaração do direito universal, não se tem esse direito e reconhecer isso significa definir a
502 agenda estratégica do debate desse tema no país. Também manifestou preocupação com a
503 possibilidade de satanizar a saúde suplementar como o grande problema e, da forma como se constitui
504 no país, não se trata de um problema, mas sim uma consequência da ausência de uma resposta ao
505 direito à saúde. Disse que há fragilidade do ponto de vista estrutural no campo das especialidades e da
506 hospitalização e no campo da urgência. Também esclareceu que público usuário do SUS é o que
507 está sob a égide do direito público e, portanto, contratado pelo direito público para prestação universal
508 de assistência. Nesse marco público, há entes estatais e privados, com ou sem fins lucrativos. Nesse
509 contexto, a saúde suplementar não está fora da relevância pública que a CF/1988 outorga e autoriza o
510 direito público a disciplinar a saúde suplementar. Todavia, do ponto de vista político, a
511 desmercantilização definida no texto constitucional, ao declarar saúde como direito, não resolveu o fato
512 de existir uma dinâmica de mercado na saúde. Nesse sentido, ressaltou que é preciso definir
513 mecanismos de regulação pública para controle da dinâmica do mercado de saúde. Concordou que o
514 fortalecimento do setor estatal é a melhor forma de combater a privatização do sistema de saúde
515 brasileiro, contudo, é preciso investimento em um grau que não se tem feito. Nesse sentido, destacou a
516 derrota com a aprovação da EC nº. 29, após anos de luta. No mais, ressaltou o problema do subsídio
517 ao setor de saúde suplementar mediante isenções fiscais, entre outros, e a manutenção de
518 subsistemas de saúde no âmbito estatal (funcionários públicos com seguros privados, estatais com
519 sistemas auto gestionáveis...). Salientou que é importante discutir omissão de socorro e definir
520 penalidades do ponto de vista ético e dos direitos. Finalizando, destacou que é necessário definir
521 estratégias para aplicação imediata do direito à saúde, a fim de assegurar respostas eficientes. O
522 representante do MP, **Jairo Bisol**, ressaltou que, além de garantir mais recursos para saúde, é preciso
523 definir modelo de gestão para o SUS e ampliar o controle. Salientou que a terceirização avança no
524 Sistema e o Estado perde o controle cuja retomada será difícil. Também respondeu que há regra penal
525 para punir omissão de socorro e a possibilidade é criar uma legislação específica para criminalizar no
526 caso de emergência hospitalar. Na sua avaliação, essa não é a melhor solução para situação atual,
527 apesar de reconhecer a necessidade de regulamentação. Também pontuou o mito da separação entre
528 público e privado, uma vez que todas as atividades possuem dimensão privada e se projetam na
529 dimensão pública. Todavia, ao tratar de ação e serviço de saúde, em uma sociedade caracterizada,
530 essa atividade deve ser exercida sob o controle estadual, assim, fica clara a lacuna no ordenamento.
531 Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, registrou que foram acrescentados novos
532 documentos à apuração das denúncias sobre hemocentros no país. O diretor presidente da ANS,
533 **Maurício Ceschin**, agradeceu o convite e colocou-se à disposição para responder aos
534 questionamentos específicos. Salientou que a ANS não irá se omitir do debate sobre a regulação do

535 atendimento, a fim de resolver as lacunas que afetam a quem necessita de atendimento. Também
536 concordou que é preciso avançar no debate sobre o papel do setor público e do privado e salientou que
537 o país deve buscar novas fontes de recursos para a saúde. Pontuou a preocupação com a
538 sustentabilidade do SUS, em função da mudança demográfica que demandará maior financiamento do
539 ponto de vista da integração. Por fim, frisou que o CNS e ANS estão atentos e à disposição para tratar
540 de temas que possibilitem construir um sistema melhor de saúde. Conselheira **Jurema Werneck**
541 agradeceu os expositores e abriu a palavra para apresentação da proposta de recomendação
542 elaborada pelo conselheiro **Luís Eugênio de Souza** com a contribuição da conselheira Lígia Bahia e de
543 outros conselheiros. Conselheiro **Luís Eugênio de Souza** passou à leitura da proposta de
544 recomendação cujo teor é o seguinte: "Considerando que, de acordo com a Constituição Federal, no
545 caput do Art. 196 "A saúde é um direito de todos e dever do Estado..."; Considerando que a Lei nº
546 8080/90 regula todos os serviços de saúde, de direito público ou privado; Considerando que os códigos
547 de ética profissional estabelecem que é vedado "deixar de atender em setores de urgência e
548 emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, expondo a risco a vida de pacientes, mesmo
549 respaldado por decisão majoritária da categoria"; Considerando que, infelizmente, o Brasil tem assistido
550 a casos de omissão de socorro em serviços de saúde, que, muitas vezes, resultam em mortes e que
551 parte significativa desses casos se deve, certamente, à priorização do faturamento financeiro em
552 relação à atenção à saúde, mesmo quando há o risco iminente de vida. O Conselho Nacional de Saúde
553 recomenda às instâncias de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), à Agência Nacional de Saúde
554 Suplementar, ao Ministério da Educação e ao Congresso Nacional que adote medidas visando a:
555 garantia efetiva de atendimento a todos os cidadãos brasileiros em todas as unidades de emergência
556 independentemente da capacidade direta ou indireta de pagamento, mediante exame clínico completo,
557 classificação de risco e registro sistemático dos atendimentos realizados; estabelecimento de critérios
558 clínicos para transferência de pacientes de unidades de emergência para outros estabelecimento e
559 registro sistemático das justificativas de remoção de pacientes; punição progressiva com aplicação de
560 multas e interdição temporária ou definitiva de unidades de urgência e emergência em serviços
561 privados e particulares que neguem ou posterguem atendimento de urgência e emergência; promoção
562 de mudanças legislativas que tipifiquem o crime de cobrança de cheque caução e reforcem a
563 capacidade regulatória do SUS e da ANS sobre os serviços de urgência/emergência privados; e
564 exigência de que os estabelecimentos de ensino de cursos da área de saúde tenham serviços de
565 urgência e emergência ativos nos quais os alunos possam adquirir habilitação necessária. Concluída a
566 leitura, foram feitas as seguintes sugestões ao texto: recomendar ao MS que disponibilize canal de
567 comunicação para o usuário (ouvidoria); contemplar no texto a responsabilidade do serviço público;
568 abranger no texto da recomendação o sistema estatal e suplementar; explicitar mais claramente que os
569 serviços devem acolher e classificar, com indicativo de organização dos serviços para garantir tempo
570 de espera; substituir a expressão "omissão de socorro por "omissão de atendimento", uma vez que a
571 primeira é limitante e não responde a tônica do debate; garantir sistema de divulgação de informação
572 aos usuários e ouvidoria para retorno. Como encaminhamento, acordou-se que os propositores da
573 recomendação incorporariam as sugestões e trariam o texto final para aprovação do Plenário. Definido
574 esse ponto, a mesa suspendeu os trabalhos para o almoço. Reiniciando, conselheiro **Ronald Ferreira**
575 dos Santos informou que a AMB e a OAB lançaram proposta de PL de iniciativa popular em favor dos
576 10% de verbas para a saúde e sugeriu que, após o processo eleitoral, as entidades que compõem o
577 CNS que participaram do movimento em favor da EC nº 29 se reunissem para definir estratégias de
578 continuidade da luta por mais financiamento para a saúde. **ITEM 4 – MEDIDA PROVISÓRIA Nº**
579 **557/2011 - INDICAÇÃO COMITÊ GESTOR** – Apresentação: conselheira **Maria do Espírito Santo**
580 **Tavares dos Santos**, GT sobre a Medida Provisória Nº 557/2011; Conselheira **Maria do Espírito**
581 **Santo Tavares**. Coordenação: conselheiro **Alexandre Rocha Santos Padilha**, Presidente do CNS.
582 Inicialmente, conselheira **Maria do Socorro de Souza** apresentou os componentes do GT: Eliane Cruz;
583 Clóvis Boufleur; Maria do Espírito Santo; Nelcy; Maria de Lourdes; Jurema Werneck. Convidadas: Maria
584 Ermínia- CFP, Conceição Cassandro - CMB, Eline Jonas-UBM, Beth Saar – SPM, Eliana Dourado-
585 CONASS; Lígia Bahia – Abrasco; Denise Rinehart - Conasems ; Guacira Cesar – Cfemea;; Batriz Galli
586 – OAB/RJ e IPAS-Brasil. A seguir, conselheira **Maria do Espírito Santo** fez um breve informe sobre a
587 reunião do GT e destacou que foi elaborado relatório preliminar com a seguinte estrutura: 1) Introdução:
588 A situação da morte materna no Brasil. As estratégias do SUS adotadas até aqui - Portaria GM
589 1459/2011 e as medidas de gestão para prevenir a morte materna; 2) Histórico da edição da MP e sua
590 repercussão pública – e no movimento social; 3) As razões apresentadas pelo MS para apresentar a
591 MP – o conteúdo da medida e seus propósitos. As razões que justificaram a escolha deste instrumento;
592 4) Assinalar a atuação da Presidenta Dilma e o recuo em relação ao artigo 19-J; 5) Os debates no CNS:
593 as diferentes posições. As críticas agrupadas por natureza; e 6) A criação e o trabalho do GT e sua
594 composição. A seguir, apresentou os encaminhamentos propostos pelo GT: a) Reforçar medidas de

595 prevenção da morte materna – especialmente ao acesso e à qualidade da atenção à saúde da mulher;
596 b) Prestação de contas sobre as estratégias adotadas até aqui pelo MS; c) Especificar a situação da
597 morte materna nos municípios e estados – detalhar e singularizar mais a dimensão do problema e
598 conhecer os encaminhamentos dados; d) Reforçar a necessidade de diálogo com sujeitos sociais
599 diretamente envolvidos, especialmente o movimento de mulheres; e) CNS designar a CISMU como
600 instância de acompanhamento permanente da situação da MP, com reuniões mensais da comissão –
601 reuniões mensais (no mínimo), possibilidade de convocar especialistas; f) O CNS- CISMU estimule a
602 inserção deste tema e do acompanhamento da política nos estados e municípios; g) CNS designar a
603 comissão para se colocar à disposição do Congresso Nacional para esclarecer a posição do CNS; h)
604 Aprovar recomendação e/ou resolução apontando para: fortalecimento da Política Nacional de Saúde
605 Integral da Saúde da Mulher e fortalecimento da ampliação do SIS Pré-natal, obrigando o setor privado
606 a alimentar sua base de dados, com garantia do sigilo aos dados individuais, sanções para violação
607 deste sigilo, transparência quanto aos dados de morte materna; i) Reafirmar a necessidade de debate
608 no Conselho Nacional de Saúde ANTES da edição de medidas como essas; j) Utilizar o 28 de maio
609 para realização de evento nacional do CNS para debate sobre a morte materna, organizado pela
610 CISMU; e k) Propor a inserção de medidas de prevenção da morte materna nos instrumentos de gestão
611 criados recentemente, entre eles o decreto 7508, especialmente no COAP. Por fim, informou que o
612 documento do GT seria concluído naquela semana para ser disponibilizado aos conselheiros e sugeriu
613 que o Plenário debatesse o subitem “Comitê Gestor” em outro momento. Conselheiro **Alexandre**
614 **Rocha Padilha**, Presidente do CNS, colocou o MS à disposição para, na próxima reunião do CNS,
615 fazer um balanço das ações voltadas à redução da mortalidade materna e informou que se encontrava
616 em processo de conclusão os dados sobre mortalidade materna de 2011. Registrhou que dados
617 preliminares indicam redução considerável da mortalidade no país, mas os índices estão em um
618 patamar elevado, longe da meta definida para o objetivo do milênio, o que demanda continuidade das
619 ações. Concordou com a proposta de realização de evento nacional do CNS, conforme sugerido pelo
620 GT, para aprofundar sobre a morte materna. Também comunicou que se reuniria com o movimento de
621 mulheres no dia 1º de março de 2012 para debater questões de interesse desse movimento. Sugeriu
622 que a CISMU/CNS amplie o debate sobre “mortalidade materna” para “atenção integral à saúde da
623 mulher” e aproveitou para cumprimentar o Grupo pelo trabalho. Registrhou ainda que a Presidente da
624 República retificou a MP 557, após o debate no CNS e disse que solicitou reunião com a frente
625 parlamentar de direitos das mulheres para tratar de assuntos diversos e a Ministra da Secretaria de
626 Políticas para as Mulheres **Eleonora Menicucci** será convidada. **Manifestações**. Conselheira **Maria de**
627 **Lourdes Rodrigues** lembrou que o GT sugeriu diálogo com o movimento de mulheres na perspectiva
628 de reeditar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e destacou a indicação da
629 socióloga **Eleonora Menicucci** para comandar a Secretaria de Políticas para as Mulheres, na linha da
630 continuidade do debate sobre a saúde das mulheres. Por fim, cumprimentou a Presidente da República
631 pela retificação da MP, excluindo ponto principal de divergência. Conselheira **Junéia Batista**
632 cumprimentou o CNS pelo debate da MP na última reunião e registrou que esse ato contribuiu para
633 reverter a situação sobre a MP. Conselheiro **Geraldo Alves Vasconcelos**, em relação aos
634 encaminhamentos, perguntou se a CISMU/CNS ou o GT se reuniria mensalmente nos próximos 120
635 dias. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares** explicou que a CISMU/CNS se reuniria nos
636 próximos meses para acompanhar os desdobramentos do tema, uma vez que o trabalho do Grupo
637 encerrasse com a conclusão do parecer. Conselheira **Rosangela da Silva Santos** alertou que é
638 preciso contemplar a questão das mulheres com patologias e deficiências. Conselheira **Jurema**
639 **Werneck** lembrou que é preciso considerar outros programas do MS na linha de qualificar a Política
640 Integral da Saúde da Mulher, atendendo as mulheres nas suas singularidades. Esclareceu que o GT
641 seria extinto naquela reunião, uma vez que concluiu a tarefa para o qual fora criado e a CISMU
642 assumiria a tarefa de monitorar a tramitação da MP e apresentar a posição do CNS. Por fim, registrou o
643 contentamento da Articulação das Mulheres Negras pela indicação da socióloga **Eleonora Menicucci**
644 para comandar a Secretaria de Políticas para as Mulheres. Conselheiro **Geraldo Alves Vasconcelos**
645 disse que a sua fala foi no sentido de explicitar, com clareza, que a CISMU, excepcionalmente, se
646 reuniria nos próximos meses dada à importância de acompanhar a tramitação da MP. Conselheira
647 Maria do Socorro de Souza sugeriu que o CNS aprove o mérito do parecer elaborado pelo GT e o
648 Documento Final seria apresentado até 16 de fevereiro de 2012. Conselheiro **Clóvis Boufleur** registrou
649 que o relatório explicita as posições dos movimentos, algumas divergentes e controversas, e os
650 encaminhamentos de consenso do Grupo. Conselheira **Jurema Werneck** informou que as
651 contribuições da ABRATO não foram consideradas porque não chegaram em tempo hábil, mas serão
652 acatadas e contempladas no documento. **Deliberação: aprovado o mérito do parecer sobre a MP nº.**
653 **557/2011, elaborado pelo GT do CNS. O Documento será formatado e disponibilizado aos**
654 **conselheiros até 16 de fevereiro. ITEM 5 – DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO ELEITORAL –**

655 **Composição da mesa:** Conselheiro **Antônio Carlos Figueiredo Nardi**; Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares**; Conselheiro **Willen Heil e Silva**; e Conselheira **Zilda de Faveri Vicente Souza**.
656 Inicialmente, conselheiro **Antônio Carlos Figueiredo Nardi** informou que, após ser constituída, a
657 Comissão Eleitoral reuniu-se e indicou: Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares**, Presidente da
658 Comissão Eleitoral; Conselheiro **Willen Heil e Silva** Vice-Presidente da Comissão Eleitoral;
659 Conselheiro **Antônio Carlos Figueiredo Nardi**, Secretário da Comissão Eleitoral; e Conselheira **Zilda de Faveri Vicente Souza**, Secretário Adjunto da Comissão Eleitoral. A Presidente da Comissão
660 Eleitoral informou que apresentaram candidatura ao cargo de Presidente do Conselho Nacional de
661 Saúde os Conselheiros **Alexandre Rocha Padilha** e **José Marcos de Oliveira**. Em seguida, abriu a
662 palavra para defesa das candidaturas, tendo concedido cinco minutos para cada um. A seguir, o
663 Secretário da Comissão Eleitoral fez a leitura dos Conselheiros aptos a votar em ordem alfabética em
664 número de 48 (quarenta e oito), sendo 47 (quarenta e sete) votantes e um ausente: Presentes:
665 **Abrahão Nunes da Silva**, Central de Movimentos Populares; **2. Alcides Silva de Miranda**, Centro
666 Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES; **3. Alexandre Frederico de Marca**, Confederação Nacional
667 do Comércio de Bens, Serviços e Turismo; **4. Alexandre Rocha Santos Padilha**, Ministério da Saúde;
668 **5. Ana Estela Haddad**, Ministério da Saúde; **6. Antonio Carlos Figueiredo Nardi**, Conselho Nacional
669 de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS; **Artur Custódio Moreira de Sousa**, Movimento de
670 Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase – MORHAN; **Celso Bittencourt dos Anjos**,
671 Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **Cid Roberto Bertozzo Pimentel**, Ministério da
672 Previdência Social; **Cleuza de Carvalho Miguel**, Movimento dos Portadores de Esclerose Múltipla –
673 MOPEM; **Clóvis Adalberto Boufleur**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Eurídice**
674 **Ferreira de Almeida**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Fernanda Lou Sans**
675 **Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; **Fernando da Silva Souza**, Fórum de
676 Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena; **Fernando Luiz Eliotério**, Confederação
677 Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Francisco Batista Júnior**, Confederação Nacional
678 dos Trabalhadores em Seguridade Social /Central Única dos Trabalhadores - CNTSS/CUT; **Geraldo**
679 **Alves Vasconcelos**, Associação Brasileira de Odontologia – ABO; **Ivone Evangelista Cabral**,
680 Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; **João Donizete Scaboli**, Força Sindical; **João**
681 **Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; **Jorge Alves de**
682 **Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB; **José Cechin**, Federação
683 Nacional de Saúde Suplementar; **José Marcos de Oliveira**, Movimento Nacional de Luta Contra a
684 Aids; **José Rubens Rebelatto**, Ministério da Educação; **Junéia Martins Batista**, Central Única dos
685 Trabalhadores – CUT; **Jurema Pinto Werneck**, Articulação de Organizações de Mulheres Negras
686 Brasileiras – AMNB; **Jurandi Frutuoso Silva**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS;
687 **Ligia Bahia**, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO; **Luiz Alberto**
688 **Catanoce**, Sindicato Nacional dos Aposentados(SIND-NAP); **Luiz Odorico Monteiro de Andrade**,
689 Ministério da Saúde; **Maria Cristina Pedro Biz**, Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFa; **Maria de**
690 **Lourdes Alves Rodrigues**, Liga brasileira de Lésbicas – LBL; **Maria do Espírito Santo Tavares dos**
691 **Santos**, Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; **Maria do**
692 **Socorro de Souza**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG; **Maria**
693 **Thereza Almeida Antunes**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down; **Marisa**
694 **Furia Silva**, Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação
695 Nacional da Indústria – CNI; **Nildes de Oliveira Andrade**, Federação Nacional das Associações de
696 Celíacos do Brasil –FENACELBRA; **Olympio Távora Derze Correa**, Confederação Nacional da Saúde,
697 Hospitais, Estabelecimentos e Serviços – CNS; **Rinaldo Marinho Costa Lima**, Ministério do Trabalho
698 e Emprego; **Rosangela da Silva Santos**, Federação das Associações de Renais e Transplantados do
699 Brasil – FARBRA; **Ruth Ribeiro Bittencourt**, Conselho Federal de Serviço Social – CFESS; **Sandra**
700 **Regis**, Associação Brasileira dos Delegados e Amigos da Confederação Espírita Pan-Americana
701 (CEPA Brasil); **Ubiratan Cassano Santos**, União Nacional dos Estudantes – UNE; **Volmir Raimondi**,
702 União Brasileira de Cegos – UBC; **Wilen Heil e Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia
703 Ocupacional – COFFITO; **Zilda de Faveri Vicente Souza**, Associação Brasileira de Alzheimer –
704 ABRAZ; e Ausente: **Antonio Marcos Alcântara de Oliveira**, Coordenação das Organizações Indígenas
705 da Amazônia Brasileira – COIAB. Após a leitura dos conselheiros aptos a votos, passou a chamar um a
706 um para a votação com vistas à escolha do Presidente do CNS. **Concluída a votação, a Comissão**
707 **Eleitoral procedeu à apuração dos votos. Finalizada a apuração, o Secretário da Comissão**
708 **Eleitoral proclamou eleito Presidente do Conselho Nacional de Saúde, com 34 (trinta e quatro)**
709 **votos, o Conselheiro Alexandre Rocha Padilha**. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** recebeu 12
710 (doze) votos. Houve 1 (um) voto nulo. Na sequência, a Presidente da Comissão Eleitoral apresentou os
711 conselheiros candidatos inscritos para a eleição da Mesa Diretora do CNS: **Clóvis Boufleur**, **Jurema**
712 **Pinto Werneck**, **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, **Marisa Furia Silva**, **Ruth Ribeiro Bittencourt**,

715 **Alcides Silva de Miranda, Francisco Batista Júnior, Olympio Távora e Jurandi Frutuoso.** A
716 Presidente da Comissão Eleitoral informou que houve consenso na indicação dos
717 representantes dos usuários para a Mesa Diretora, portanto, foram eleitos por aclamação os
718 seguintes conselheiros: **Clóvis Boufleur, Jurema Pinto Werneck, Jorge Alves de Almeida**
719 **Venâncio, Marisa Furia Silva.** Em seguida, a Presidente da Comissão Eleitoral concedeu a defesa de
720 três minutos para os Conselheiros do segmento dos profissionais de saúde candidatos à Mesa Diretora
721 do CNS: **Alcides Silva de Miranda, Francisco Batista Júnior e Ruth Ribeiro Bittencourt.** Na sua
722 fala, conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** retirou a sua candidatura em favor do Conselheiro
723 Francisco Batista Júnior. Nesse momento, o Plenário decidiu suspender os trabalhos para que a
724 Comissão Eleitoral avaliasse essa questão. Retomando, a Presidente da Comissão Eleitoral informou
725 que, após avaliar o Regimento Interno do CNS, a Comissão conclui tratar-se de um caso omissو.
726 Portanto, decidiu que a retirada de candidatura só poderia ser feita até às 17h. Assim, daria
727 continuidade ao processo eleitoral, considerando os três candidatos do segmento dos profissionais de
728 saúde inscritos para a Mesa Diretora do CNS. Segundo o processo, abriu a palavra para apresentação
729 da defesa dos candidatos à Mesa Diretora do CNS, representando os gestores/prestadores de serviço:
730 **Olympio Távora e Jurandi Frutuoso.** Após essas defesas, Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**
731 solicitou Questão de Ordem para colocar o entendimento de que poderia retirar o seu nome do
732 processo a qualquer tempo, se assim o desejasse. O Secretário da Comissão Eleitoral esclareceu que
733 as candidaturas foram recebidas até às 14h e às 17h iniciou-se o processo eleitoral. Assim, no
734 entendimento da Comissão Eleitoral, a retirada da candidatura poderia ter sido feita antes do início da
735 votação para escolha do Presidente e da Mesa Diretora do CNS. Segundo, explicou como seria o
736 processo de votação para a Mesa Diretora: cédula com 5 (cinco) nomes, sendo 3 (três) trabalhadores
737 da saúde e 2 (dois) do segmento de gestores/prestadores de serviço. Cada conselheiro deveria votar
738 em dois trabalhadores e um governo/prestador de serviço. Após a votação, a Presidente da Comissão
739 Eleitoral abriu a urna na presença dos 3 (três) fiscais - **Arthur Custódio Moreira de Souza**,
740 representando o segmento de usuários; **Geraldo Alves Vasconcelos**, representando o segmento de
741 profissionais da saúde; e **Júlia Maria Santos Roland**, representando o segmento de
742 gestores/prestadores de serviços - e registrou o resultado da votação: segmento de profissionais de
743 saúde: Conselheiro Francisco Batista Júnior – 19 votos; conselheiro Alcides Silva de Miranda – 34
744 votos; Conselheira Ruth Ribeiro Bittencourt – 4 votos. Segmento de gestores/prestadores de serviço:
745 Conselheiro Jurandi Frutuoso – 38 votos; Conselheiro Olympio Távora Derze Correa – 5 votos. Houve 4
746 (quatro) votos nulos. **Diante dos resultados, o Secretário da Comissão Eleitoral deu posse aos**
747 **conselheiros eleitos para Presidência e Mesa Diretora do CNS: Alexandre Rocha Padilha,**
748 **Presidente do CNS; Clóvis Boufleur; Jurema Pinto Werneck; Jorge Alves de Almeida Venâncio;**
749 **Marisa Furia Silva; Alcides Silva de Miranda; Francisco Batista Júnior; e Jurandi Frutuoso.**
750 Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, na condição de Presidente do CNS, encerrou a Eleição do
751 Conselho Nacional de Saúde, às 19h40. Estiveram presentes os seguintes conselheiros no primeiro dia
752 de reunião: **Titulares - Abraão Nunes da Silva**, Central de Movimentos Populares; **Alcides Silva de**
753 **Miranda**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); **Alexandre Rocha Santos Padilha**,
754 Ministério da Saúde (MS); **Artur Custódio M. Souza**, (MORHAN); **Cleuza C. Miguel**,
755 MOPEM/FEBRAPEM; **Cid Pimentel**, MPS; **Clóvis A. Boufleur**, Conferência Nacional dos Bispos do
756 Brasil (CNBB); **Fernanda Lou Sans Magano**, FENAPSI; **Fernando Luiz Eliotério**, Confederação
757 Nacional das Associações de Moradores (CONAM); **Fernando S. Souza**, Fórum de Presidentes de
758 Conselhos Distritais de Saúde Indígena; **Francisco Batista Júnior**, Confederação Nacional dos
759 Trabalhadores em Seguridade Social/Central Única dos Trabalhadores; **Geraldo Alves Vasconcelos**,
760 (ABO); **Helvécio Miranda Magalhães Júnior**, Ministério da Saúde (MS); **João Donizeti Scaboli**, Força
761 Sindical; **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Jorge**
762 **Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil (CGTB); **José Cechin**,
763 Federação Nacional de Saúde Suplementar; **José Marcos de Oliveira**, Movimento Nacional de Luta
764 Contra a Aids; **José Rubens Rebelatto**, Ministério da Educação (MEC); **Junéia M. Batista**, Central
765 Única dos Trabalhadores (CUT); **Jurema Pinto Werneck**, Articulação de Organizações de Mulheres
766 Negras Brasileiras (AMNB); **Lígia Bahia**, Associação Brasileira de Pós- Graduação em Saúde Coletiva
767 (ABRASCO); **Luiz Alberto Catanoce**, Sindicato Nacional dos Aposentados (SIND-NAP); **Luiz Odorico**
768 **Monteiro de Andrade**, Ministério da Saúde (MS); **Maria Cristina Pedro Biz**, (CFF); **Maria do Socorro**
769 **de Souza**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG); **Maria de Lourdes**
770 **Alves Rodrigues**, Liga brasileira de Lésbicas (LBL); **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos**,
771 Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; **Marisa Furia Silva**,
772 ABRA/FNDPD; **Maria Thereza Antunes**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down;
773 **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Nildes de Oliveira Andrade**,
774 Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil-FENACELBRA; **Olympio Távora Derze**

775 **Correa**, Confederação Nacional da Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS); **Rinaldo**
776 **Marinho Costa Lima**, (MTE); **Rosangela da Silva Santos**, Federação das Associações de Renais e
777 Transplantados do Brasil (FARBRA); **Ruth Ribeiro Bittencourt**, (CFESS); **Sandra Regis**, CEPA Brasil;
778 **Ubiratan Cassano Santos**, União Nacional dos Estudantes (UNE); **Volmir Raimondi**, União Brasileira
779 de Cegos (UBC); **Wilen Heil e Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
780 (COFFITO); e **Zilda de Faveri Vicente Souza**, Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAz). *Suplentes*
781 – **Alexandre Frederico**, (CNC); **Ana Estela Haddad**, Ministério da Saúde (MS); **Anibal Gil Lopes**,
782 CNBB; **Antônio Carlos Figueiredo Nardi**, CONASEMS; **Carlos Alberto E. Duarte**, MNAIDS/GAPA;
783 **Celso Bittencourt dos Anjos**, (CFMV); **Eurídice Ferreira de Almeida**, (FASUBRA); **Eliane Aparecida**
784 **da Cruz**, Ministério da Saúde (MS); **Elísio Nunes Ribeiro**, SINAGENCIAS; **Gilson Silva**, Força
785 Sindical (FS); **Graciara Matos de Azevedo**, Conselho Federal de Odontologia (CFO); **Ivone**
786 **Evangelista Cabral**, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); **José Eri Medeiros**, CONASEMS;
787 **José Naum de Mesquista Chagas**, Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais (ABRATO);
788 **Jovita José Rosa**, UNASUS; **Júlia Maria S. Roland**, Ministério da Saúde (MS); **Jurandi Frutuoso**,
789 Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); **Laudeci V. dos Santos**, (ANAPAR); **Luis**
790 **Eugenio de Souza**, (ABRASCO); **Luiz Fernando C. Silva**, (FBH); **Maria Ermínia Ciliberti**, Conselho
791 Federal de Psicologia (CFP); **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes
792 Sociais (FENAS); **Milton Arruda Martins**, Ministério da Saúde (MS); **Nelcy Ferreira da Silva**,
793 Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); **Noemy Yamaghishi Tomita**, Conselho Federal de Biologia
794 (CFBio); **Pedro Tourinho de Siqueira**, (ANPG); **Renato Soares do Nascimento**, (MPOG); **Ronald**
795 **Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR); e **Verônica Lourenço da**
796 **Silva**, Liga Brasileira de Lésbicas (LBL). Iniciando o segundo dia de reunião, conselheiro **Clóvis**
797 **Boufleur**, da Mesa Diretora do CNS, compôs a mesa com os convidados para o item 7 da pauta. **ITEM**
798 7 – **ÍNDICE DE DESEMPENHO DO SUS – IDSUS** - Apresentação: **Afonso Teixeira dos Reis**,
799 Coordenador do Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS/SE/MS; e **Paulo de Tarso**
800 **Ribeiro de Oliveira**, Diretor do Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS/SE/MS.
801 Coordenação: conselheiro **Clóvis Boufleur**, da Mesa Diretora do CNS. Nas considerações iniciais, o
802 representante do Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS/SE/MS), **Paulo de**
803 **Tarso Ribeiro de Oliveira**, manifestou a sua satisfação em apresentar ao CNS o Índice de
804 Desempenho do SUS (IDSUS), um instrumento para avaliar o desempenho do SUS e contribuir para o
805 aperfeiçoamento do Sistema. Explicou que coube ao Departamento de Monitoramento e Avaliação do
806 SUS (DEMAS/SE/MS, instituído formalmente em 2011, a elaboração do IDSUS. Ressaltou que o
807 DEMAS/MS tem a atribuição de monitorar e avaliar a gestão de informação e, para desenvolver as suas
808 atribuições, qualificou a sala de informação em saúde para disponibilização dos dados de saúde na
809 linha de servir para informação pública. Disse que, além do IDSUS, o Departamento criou o ECAR
810 (software livre) e o Portal de Transparência e IDSUS. Esclareceu que o Coordenador Afonso Teixeira
811 dos Reis liderou a elaboração do Índice pela expertise (desenvolveu índice de desempenho da saúde
812 suplementar). Clarificou que o IDSUS é um dos elementos para avaliação do SUS, pois um programa
813 de avaliação completo necessita de três componentes: Índice de desempenho a partir da base
814 secundária de dados do SUS, pesquisa nacional de avaliação do SUS e pesquisa de satisfação dos
815 usuários. Sendo assim, frisou que o Índice não é um programa de avaliação do SUS. Disse que o
816 Departamento consultou as principais bases de dados do SUS e lançou em maio de 2011 mais de 100
817 questões sendo duas centrais para elaboração do Índice. Além disso, foi constituído comitê de
818 especialistas para debate da proposta e iniciado processo de pactuação da Tripartite, quando foram
819 feitos debates com as Comissões de Saúde da População Negra e da Pessoa com Deficiência do CNS.
820 Esclareceu que não foi possível atender a todos os pedidos de inclusão de indicadores específicos por
821 conta da precariedade das bases de dados disponíveis. Informou que estão sendo feitas as avaliações
822 finais e a intenção é lançar o Programa no início de março de 2012. Por fim, comunicou que o site
823 www.saude.gov.br/idsus está disponível para consulta dos documentos de referência, com exceção da
824 nota que será lançada posteriormente. Após essas considerações iniciais, o Coordenador do
825 DEMAS/SE/MS, **Afonso Teixeira dos Reis**, fez uma explanação detalhada do Índice de Desempenho
826 do SUS (IDSUS). Iniciou explicando que o IDSUS é parte do Programa de Avaliação do SUS que tem
827 por pressupostos: Projeto de Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do
828 Sistema de Saúde Brasileiro (PRO-ADESS); Propostas e experiências de monitoramento e avaliação
829 do Ministério da Saúde, como o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) e o
830 Pacto pela Saúde; Experiências de avaliação advindas de estados e municípios brasileiros; Política
831 Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde; Pesquisas Nacionais de Saúde (PNAD Saúde e
832 Vigitel); e Experiência da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ao avaliar as operadoras de
833 planos privados de saúde. Detalhou que são ações do Programa: participação em pesquisas nacionais
834 de saúde, tais como pesquisa Nacional de Saúde (PNS), pesquisa de satisfação dos usuários e

pesquisa de custos em saúde; Participação na reestruturação do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS); e IDSUS. Explicou que os objetivos do IDSUS são avaliar o desempenho do SUS, nos municípios, regionais de saúde, estados, regiões e no país, avaliar o acesso e a efetividade nos diferentes níveis de atenção - Básica, Especializada, Ambulatorial , Hospitalar e de Urgência e expressar essa avaliação por meio de um índice. Em relação ao fundamento teórico do Programa, destacou que o índice foi elaborado com base na proposta metodológica do Projeto Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PRO-ADESS) do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT/Fiocruz). Destacou que a proposta metodológica propõe as seguintes dimensões para avaliação: determinantes da saúde; condições de saúde da população; estrutura do Sistema de Saúde; e desempenho do Sistema de Saúde (o modelo avalia se o Sistema é capaz de superar as inequidades). Disse que, a partir das contribuições da Consulta Pública, de técnicos e dirigentes do MS, do Comitê Técnico Assessor e de testes com indicadores pesquisados e sugeridos, definiu-se por: usar as quatro dimensões do PRO-ADESS (indicadores mais adequados e disponíveis atualmente); pontuar resultados de cada indicador a partir de parâmetro ou meta estabelecida em sua ficha técnica; e estabelecer que o foco da avaliação (municipal, regional, estadual e federal) é o usuário do SUS residente em cada município brasileiro. Detalhou que o IDSUS possui dois blocos distintos que se relacionam: caracterização dos municípios e avaliação dos serviços (todos os 5.573 municípios, com exclusão de apenas um município e da ilha de Fernando de Noronha (a ilha não tem característica do município)). Ainda sobre o modelo avaliativo do SUS, destacou que a avaliação tem como foco o usuário do SUS residente em cada município brasileiro ("usuário central") e permite comparar o desempenho do sistema, quanto à universalidade do acesso e integralidade da atenção e avalia a atenção regionalizada, assim o grau de descentralização, hierarquização e regionalização. Acrescentou que a caracterização dos municípios contextualiza o desempenho segundo as diferenças socioeconômicas e de estrutura dos sistemas de saúde municipais. No mais, o Índice ajusta-se à proposta do Contrato de Ação Pública, que visa a organizar as ações e serviços de saúde especializados em redes regionalizadas e hierarquizadas nas Redes de Atenção à Saúde. Detalhou como se dá a aplicação do modelo avaliativo, explicando que a avaliação explicita a responsabilidade dos entes federados pelo desempenho do SUS, reforçando a necessidade do compromisso compartilhado entre as três esferas de gestão para superar as deficiências e alcançar seus princípios e diretrizes. Além disso, deixa claras as responsabilidades dos municípios pela realização e desempenho da Atenção Básica em seu território e das três esferas de gestão pela realização e desempenho da Atenção Especializada, ambulatorial e hospitalar e regionalizada. Para os municípios que realizam apenas a Atenção Básica, o desempenho do SUS é inerente à corresponsabilidade do gestor municipal pela Atenção Especializada, Ambulatorial e Hospitalar. Disse que os resultados da avaliação serão divulgados para o SUS municipal, estadual e federal, além da nota de desempenho das micro ou macrorregiões de saúde (de 0 a 10). Destacou também que o desempenho do SUS nos municípios resultará dos indicadores da atenção básica realizada no município e da atenção especializada, ambulatorial e hospitalar, realizada no município ou em outros municípios (rede de atenção). Em relação ao cálculo do IDSUS, explicou que a nota dos estados, regiões e União é obtida a partir do cálculo da média ponderada do IDSUS dos municípios, ponderado pela respectiva população, conforme a fórmula: somatória do percentual da população de cada município em relação à população considerada (estado, região ou país) x IDSUS do município. Detalhou que os indicadores estão agrupados em duas linhas avaliativas - acesso e efetividade – para cada nível assistencial - atenção básica, atenção ambulatorial, atenção hospitalar geral, atenção hospitalar especializada. Enumerou as fontes de pesquisa dos indicadores: Pacto pela Saúde e outras iniciativas do MS; Projeto Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PRO-ADESS); Agências reguladoras ANVISA e ANS; Indicadores e Dados Básicos para a Saúde (IDB); Outros órgãos governamentais (IPEA, IBGE, etc.); e Instituições internacionais (OPAS/OMS, OECD, AHRQ). Os critérios para escolha dos indicadores foram consulta e consenso entre dirigentes e técnicos do MS, incluindo contribuições e críticas da academia, gestores, trabalhadores e usuários do SUS e indicadores testados a partir de quatro características: validade, viabilidade, relevância e confiabilidade. Acrescentou que o Índice de Desenvolvimento do SUS é composto por um conjunto de 24 indicadores, sendo 14 de acesso e 10 de efetividade. Além disso, pode-se caracterizá-los pelos seus níveis de complexidade (atenção básica, hospitalar, ambulatorial e urgência e emergência) e tipos de atenção (atenção básica, média complexidade, alta complexidade e média e alta). Também falou dos parâmetros e pontuação utilizados no IDSUS, explicando que os parâmetros não representam apenas uma referência técnica, mas quais os resultados esperados para os indicadores. Calcula-se o percentual dos resultados obtidos em relação aos parâmetros e este dá a nota, de 0 a 10, e a distância entre a situação atual e a situação objetivo. Disse que as notas obtidas para cada indicador dão as notas de Acesso e de Efetividade, que

formam o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS). Para os indicadores clássicos, lembrou que foram adotados parâmetros aceitos nacional e internacionalmente tais como: exame de colo de útero, mamografia, tuberculose e parto normal. Para outros indicadores (como o número de procedimentos por hab./ano ou o número de internações sensíveis à atenção básica), adotou-se um conjunto de municípios de referência, dos quais os resultados dos indicadores foram tomados como parâmetros. Esses municípios são aqueles que contam com uma estrutura de sistema de saúde mais completa. Assim, foi evitado o viés dos baixos resultados por deficiência de oferta. Detalhou que os critérios utilizados para seleção do grupo de referência foram os seguintes: população acima de 50 mil habitantes; índice socioeconômico acima de 0,45; proporção de óbitos por causas desconhecidas e menores que 15%; mais de 50% da população coberta por equipes da atenção básica; produção de procedimentos ambulatoriais (MAC) maior que número de procedimentos destinados à população residente; número de internações SUS (MAC e obstétricas) maior que o número de internações para população residente; capacidade de realizar 0,08 internação por hab./ano ou mais (para a pop. residente sem plano de saúde) e de realizar 0,04 internação por hab./ano ou mais (para toda população); e mortalidade infantil menor que 17 por mil. Disse que foram selecionados sessenta municípios que contemplam cerca de 20% da população (40 milhões de brasileiros). A respeito da pontuação do IDSUS, esclareceu que a pontuação ou nota é uma proporção do resultado em relação ao parâmetro, ou seja, é igual ao resultado do indicador em cada município dividido pelo seu respectivo parâmetro. Esse quociente forma uma nota de 0 a 10 para cada indicador simples em relação à distância entre a situação atual e a situação desejada. Lembrou que as notas, obtidas para cada indicador simples por meio da PCA, resultam em índices de acesso e efetividade nos diferentes níveis de atenção e no IDSU. Reiterou que o IDSUS é resultante da nota dada ao SUS em cada município. Essa nota é obtida pelos indicadores simples, que formam as notas dos indicadores compostos de Acesso e Efetividade. Essas, por sua vez, compõem a nota de indicadores compostos por nível de atenção. O peso (proporcional ao poder de mostrar as diferenças) de cada indicador simples que compõe cada indicador composto, assim como entre os indicadores compostos, é dado pela metodologia de Análise de Componentes Principais. Detalhou que os passou para chegar ao IDSUS são: indicadores municipais do SUS, parâmetros usados como referência e base para calcular os índices de acesso e efetividade. Falou dos métodos aplicativos utilizados: a) Para o cálculo dos indicadores simples do IDSUS: padronização Indireta por Faixa Etária e Sexo: elimina a influência das diferenças populacionais de faixas etárias e sexo existente entre os municípios. Bayes Empírico: elimina a grande variação do resultado de indicadores em pequenas populações (ex: a morte de uma criança em 10 nascidos vivos resulta em uma alta taxa de mortalidade infantil: 100 por mil); b) Para dar pesos aos indicadores simples e compostos do IDSUS: análise de Componentes Principais (PCA – Principal Component Analysis): transforma variáveis originais em outras de mesma dimensão com menor perda possível da informação, e usado para julgar a importância dos indicadores de maior peso; e c) Para encontrar os grupos homogêneos: análise de Cluster K-means: dá transparência a um indivíduo para o cluster cujo centroide está em menor distância. A similaridade dos municípios é medida em relação ao seu valor médio. Também detalhou os grupos homogêneos, explicando que o país possui um perfil demográfico, social e sanitário bastante complexo e diverso. Assim, o IDSUS não pode apenas classificar seus mais de cinco mil municípios em uma ordem crescente ou decrescente. A análise comparativa dos resultados do IDSUS deve considerar a existência de municípios com características similares, são os chamados grupos homogêneos. Acrescentou que os grupos homogêneos são utilizados para avaliar o SUS discriminando, em cada município brasileiro, especificidades e diferenças socioeconômicas, de perfil de morbimortalidade e de suficiência de estrutura do sistema de saúde e para possibilitar uma análise comparativa do IDSUS entre municípios homogêneos do mesmo grupo e entre municípios de diferentes grupos homogêneos. Em relação aos métodos para criação dos grupos homogêneos, esclareceu que foram utilizados três índices para encontrar municípios segundo suas semelhanças: 1) Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (IDSE); 2) Índice de Condições de Saúde (ICS); e Índice de Estrutura do Sistema de Saúde do Município (IESSM). Para o cálculo desses índices, foram usados indicadores simples, cujo peso foi dado pela metodologia de Análise de Componentes Principais. Posteriormente esses índices foram submetidos à metodologia da Análise de Cluster pelo método K-means. Para finalizar, o diretor do DEMAS/MS, **Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira**, mostrou o site: www.saude.gov.br/idsus, onde se pode ter acesso a mais informações sobre o assunto. **Manifestações.** Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** cumprimentou o MS pela iniciativa com destaque para a construção de forma participativa e salientou a importância de testá-lo e reavaliá-lo, na perspectiva de aprimorá-lo se for o caso. Entendendo a necessidade de mais elementos para avaliação, disse que é preciso definir de que desempenho se trata no Indicador. Segundo o seu entendimento, o uso da sigla IDASUS, na linha de avaliar o desempenho da assistência e da atenção do SUS, seria mais eficaz do ponto de vista

955 pedagógico. Conselheiro **Geraldo Alves Vasconcelos**, primeiro, convidou os responsáveis pelo
956 Departamento para apresentar o Programa na próxima reunião da CICIS/CNS, que é composta pela
957 maioria de não conselheiros, no sentido de contribuir com o aprimoramento do instrumento.
958 Considerando tratar-se de um processo em construção, apresentou uma série de argumentos para
959 defender que o Programa avalie também a situação do SUS do distrito federal de Fernando de Noronha
960 cuja população é atendida 100% pelo SUS. Conselheiro **Jorge Alves Venâncio** saudou o Ministério da
961 Saúde pela proposta e destacou que o indicador terá grande força indutora no caminho de
962 desenvolvimento do SUS. Também destacou que é preciso debater as consequências da construção
963 do Indicador, uma vez que, incluído no contrato, orientará o desenvolvimento do Sistema em todos os
964 municípios. Disse que é preciso considerar que se trata de um índice em construção, uma vez que será
965 necessário incorporar outros indicadores, a serem produzidos a médio e longo prazo, com vistas a
966 atingir um índice para o bom atendimento dos usuários. Na sua avaliação, outro aspecto positivo da
967 proposta refere-se à prioridade ao indicador do acesso em relação ao de efetividade. Por fim, sugeriu a
968 construção de um indicador para verificar a distribuição de medicamentos nas regiões. Conselheiro
969 **Artur Custódio de Souza** também parabenizou o Ministério da Saúde, contudo, solicitou atenção para
970 casos específicos como a questão da hanseníase em que o indicador de cura não é eficaz para
971 verificar eficiência e eficácia. Nesse sentido, sugeriu que as áreas técnicas do MS definam indicadores
972 mais próximos à realidade, por exemplo, de questões específicas como hanseníase e tuberculose.
973 Conselheiro **José Marcos de Oliveira** reiterou os elogios ao mérito da proposta e perguntou em que
974 momento dialoga com as propostas da 14ª CNS. Também ponderou que o IDSUS pode apontar dados
975 para subsidiar posicionamento do que se espera dos candidatos em relação à saúde. Também sugeriu
976 que a apresentação da proposta seja feita com uma linguagem popular para facilitar a compreensão por
977 parte da população e possibilitar a fiscalização do processo na ponta. Conselheira **Zilda de Faveri**
978 cumprimentou os expositores e perguntou se o Indicador possibilitará avaliar o acesso da
979 população de rua aos serviços de saúde. Também perguntou como será feita a avaliação de demandas
980 específicas como internação por parto e psiquiatria. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**
981 concordou com a proposta de modificar o nome do Índice de IDSUS para IDASUS, uma vez que avalia
982 a atenção/assistência no Sistema. Defendeu que o Índice seja uma ferramenta para tomada de decisão
983 sobre as políticas de saúde e reiterou à importância de a sociedade, por meio do controle social,
984 aprofundar o debate sobre a qualidade do Sistema. Por fim, avaliou que o instrumento será uma
985 ferramenta importante para o controle social desenvolver o seu papel de fiscalização. Conselheiro
986 **Fernando S. Souza** cumprimentou os expositores e avaliou que o IDSUS é um instrumento importante
987 para o aperfeiçoamento do SUS. No mais, destacou o fato de a proposta apontar como foco da
988 avaliação (municipal, regional, estadual e federal) é o usuário do SUS e registrou o entendimento de
989 que a satisfação do usuário é a principal ferramenta para verificar o desempenho do Sistema. Por outro
990 lado, disse que é necessária atenção para os locais onde não há acesso e nem atendimento, a fim de
991 não camuflar dados. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** cumprimentou o esforço do MS na
992 construção da proposta, contudo, sentiu dificuldade para compreender a metodologia (na sua visão, o
993 foco está na organização dos serviços e não nos usuários). Depreendeu que a proposta contribuirá
994 com a população para o debate e definição do conceito de acesso e efetividade. Disse também que é
995 importante dar evidência às responsabilidades das três esferas de gestão, possibilitando à sociedade
996 cobrar a quem de direito. A respeito do indicador de acesso, em especial da atenção básica, solicitou
997 atenção para as áreas dispersas e de difícil acesso, com menos informação e com demanda
998 concentrada como os assentamentos e áreas indígenas. Também perguntou quais as estratégias para
999 preparar os gestores para entender e implementar a proposta e o controle social para contribuir no
1000 monitoramento. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** cumprimentou os expositores e falou da
1001 importância do Departamento de Monitoramento e Avaliação, destacando a complexidade dessa área.
1002 Concordou que o IDSUS é um instrumento eficaz para avaliar o Contrato de Ação Pública, por outro
1003 lado, perguntou sobre os vazios assistenciais e geográficos não completados nos grupos homogêneos.
1004 Salientou que é preciso socializar o Programa para as Comissões do CNS e divulgá-lo externamente
1005 com material de linguagem popular, que contribua para compreensão da sociedade. Conselheira
1006 **Jurema Werneck** destacou que o tema foi objeto de debate na Comissão de Saúde da População
1007 Negra, uma vez que a construção de um indicador de acesso e qualidade é fundamental. Todavia,
1008 manifestou insatisfação por não ter sido contemplada a sugestão da Comissão sobre acesso como
1009 parâmetro de equidade, entendendo que os dados devem expressar a realidade. Assim, convidou o
1010 Departamento para continuar o debate da proposta e contemplar as "ausências". Conselheira **Maria do**
1011 **Espírito Santo Tavares** cumprimentou os expositores, mas concordou que é preciso decodificar a
1012 informação. Perguntou como trabalhar a questão do acesso, na sua totalidade e como busca da
1013 qualidade e manifestou preocupação com os dados por não expressar, na sua totalidade, a realidade.
1014 Nesse sentido, contemplar, por exemplo, a periodicidade para realização do papanicolau e da

1015 mamografia. Perguntou, ainda, como compatibilizar a avaliação com as diretrizes definidas pelas áreas
1016 do Ministério da Saúde e como trabalhar a avaliação do papanicolau na Região Norte do país, onde
1017 apresenta o maior índice de câncer de colo de útero. Conselheiro **José Eri de Medeiros** cumpriu
1018 os expositores pela proposta e perguntou o período para implantação do Índice, uma vez que os dados
1019 podem ser utilizados, inclusive, para pressão política no que se refere às eleições. Também destacou
1020 que é preciso utilizar tecnologia que permita correção de rumos no ano de aferição dos dados.
1021 Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva também** perguntou a relação do Departamento com a Ouvidoria
1022 do SUS no que diz respeito à utilização dos dados para construção do Índice. Também manifestou
1023 preocupação com as fontes utilizadas para definição do Índice uma vez que algumas não explicitam a
1024 realidade da população brasileira. **Retorno da mesa.** O diretor do Departamento de Monitoramento e
1025 Avaliação do SUS/SE/MS, **Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira**, respondeu aos questionamentos
1026 pontuais dos conselheiros, explicando inicialmente que o Departamento utiliza as bases nacionais de
1027 dados do Sistema do país. Frisou que o IDSUS não é um programa de avaliação do SUS, mas sim um
1028 dos componentes desse programa, que é composto também pela pesquisa nacional de saúde,
1029 pesquisa da assistência médica sanitária, satisfação dos usuários, inquéritos realizados pelo Vigitel. A
1030 respeito da sugestão de mudança do nome do Índice, ressaltou que é preciso pensar em uma definição
1031 permanente, a fim de evitar novas mudanças. Também se convenceu que é preciso incluir Fernando de
1032 Noronha, diante das informações colocadas pelo conselheiro Geraldo Alves Vasconcelos. Também
1033 assumiu um compromisso de fazer recorte temático acerca das populações possíveis de serem
1034 identificadas nas bases de dados do SUS. No que se refere ao Contrato, disse que o Índice é um dos
1035 seus indicadores, chamando a atenção, nesse sentido, para que não haja confusão entre meta e
1036 indicador. Salientou ainda que é preciso iniciar o Programa para induzir a qualificação dos dados e
1037 destacou que as notas serão publicadas a cada três anos. Concordou com as sugestões de que sejam
1038 consideradas as propostas da 14^a CNS no Programa. Informou que para clarificar o Índice será
1039 elaborado um manual e feita revisão do site. Disse que o Ministério da Saúde está pensando em uma
1040 pesquisa nacional de custo do SUS e lembrou que a qualidade do Sistema não pode ser medida
1041 apenas pela vigilância sanitária, e que o SIASI está sendo aprimorado na linha de qualificar os dados
1042 sobre saúde indígena e fazer recorte acerca dessa população. Ressaltou que é preciso verificar a
1043 capacidade instalada/demandada e, posteriormente, verificar os dados sobre saúde do trabalhador. A
1044 respeito dos vazios assistenciais, ponderou ser importante não comparar o IDSUS com o mapa da
1045 saúde, uma vez que o primeiro é mais amplo (panorâmico) e o segundo mais específico (focado).
1046 Salientou que o Programa está afinado com a Ouvidoria e será verificada a questão da satisfação do
1047 usuário ser contemplada. O coordenador do Departamento de Monitoramento e Avaliação do
1048 SUS/SE/MS, **Afonso Teixeira dos Reis**, na linha de contribuir para clarificar a proposta do IDSUS,
1049 utilizou a metáfora “o Índice é uma câmara fotográfica para retirar retrato do SUS” de um período
1050 passado – 2008 a 2010 - para atuação presente e futura. Por se tratar de uma foto da área nacional,
1051 não dará conta dos detalhes e não contemplará indicadores específicos (saúde da criança, indígena,
1052 idoso...”). Salientou que não foi possível, por exemplo, contemplar dado sobre raça, porque os dados
1053 dos Sistemas disponíveis não permitiram (somente 40% do Sistema, por exemplo, possuem o campo
1054 “raça”). Disse que o IDSUS considera quatro metodologias estatísticas para o cálculo do Indicador e
1055 mais uma para o grupo homogêneo. Também esclareceu que o IDSUS é uma das referências para o
1056 contrato, sendo necessários outros indicadores específicos e o Índice apresentará um panorama geral
1057 dos déficits de acesso, qualidade e o mapa possibilitará um panorama específico desses aspectos.
1058 Salientou que essa primeira máquina possibilitará tirar uma primeira foto e indicará pistas para
1059 aprofundar o estudo e melhorar o que for necessário. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues**
1060 convidou o Departamento para apresentar a proposta na próxima reunião da Comissão de Saúde da
1061 População LGBT. Conselheira **Marisa Furia Silva** solicitou que o Departamento avalie a possibilidade
1062 de identificar a especificidade dentro da especificidade – na Política com Deficiência, ver a questão da
1063 reabilitação, por exemplo. **Não houve deliberação nesse item.** Conselheiro **Clóvis Boufleur**
1064 agradeceu os convidados e encerrou este item. Antes de passar ao próximo item de pauta, conselheiro
1065 **José Marcos de Oliveira** manifestou sua insatisfação e solicitou esclarecimentos do Departamento de
1066 AIDS do Ministério da Saúde sobre a retirada de circulação de um vídeo com um casal homossexual da
1067 Campanha do Carnaval de 2012, haja vista entender que esse ato significa não reconhecer o avanço
1068 da epidemia e ceder a posições conservadoras. A esse respeito, acordou-se que o Departamento se
1069 faria presente para dar esclarecimentos sobre o ocorrido. **ITEM 8 – COMISSÃO PERMANENTE DE**
1070 **ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO – LEI COMPLEMENTAR Nº 141/2012 – INFORME DA**
1071 **AUDIÊNCIA DA MESA DIRETORA DO CNS ACERCA DO PROJETO LEI INICIATIVA POPULAR -**
1072 **Apresentação:** conselheiro **Fernando Luiz Eliotério**, Coordenador da COFIN/CNS; **Arionaldo Bomfim**
1073 **Rosendo**, Subsecretário da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO/MS); **José Carlos da**
1074 **Silva**, Secretaria Executiva (SE/MS); e **Francisco Funcia**, consultor da COFIN/CNS. Coordenação:

1075 conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheiro **Fernando Luiz**
1076 **Eliotério** informou que a COFIN reuniu-se nos dias 31 de janeiro e 1º de fevereiro de 2012 e debateu a
1077 Lei nº. 141/2012. O assessor da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, explicou que a Comissão fez amplo
1078 debate sobre a Lei nº. 141/2012, com foco em dois aspectos: participação da comunidade e processo
1079 de financiamento segundo a Lei. Disse que uma das conclusões gerais da Comissão refere-se à
1080 necessidade de continuar a mobilização em torno de mais recursos para saúde. Feitas essas
1081 considerações iniciais passou à apresentação dos principais pontos do relatório da COFIN sobre a Lei
1082 nº. 141/2012. Disse que a metodologia adotada visou destacar, comentar e/ou questionar os aspectos
1083 relacionados a esses temas nos artigos, incisos e/ou parágrafos da citada legislação. As controvérsias
1084 surgidas durante o debate também estão registradas. Salientou que fica evidenciado o comando
1085 constitucional que deve reger o entendimento e aplicação dos dispositivos desta Lei Complementar, na
1086 perspectiva de que, no setor público, nada pode ser feito sem lei que autorize, enquanto que, no setor
1087 privado, tudo pode ser feito desde que a lei não proíba. Este aspecto é de grande relevância para
1088 elucidar algumas controvérsias surgidas durante a reflexão em torno do tema. A respeito do art. 2º,
1089 explicou que estabelece no Parágrafo Único que a movimentação financeira dos recursos vinculados ao
1090 financiamento do SUS deverá ser realizada pelos respectivos fundos de saúde da União, dos Estados,
1091 do Distrito Federal e dos Municípios, assunto que será retomado posteriormente para a União no artigo
1092 12 desta Lei Complementar. Além disso, nos Incisos I, II e III, estão presentes as diretrizes para
1093 caracterizar o que são ações e serviços públicos de saúde, adicionalmente aos princípios anteriormente
1094 estabelecidos pelo artigo 7º da Lei nº 8.080/90. Destacou que o artigo 3º da Lei Complementar
1095 141/2012 disciplina o que pode ser considerado como despesas com ações e serviços públicos de
1096 saúde para o cômputo da aplicação mínima estabelecida por essa lei. Inicialmente, destacou que o
1097 Inciso VI desse artigo atribui competência deliberativa aos respectivos Conselhos de Saúde para
1098 definição das despesas com saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades que
1099 poderão ser consideradas como ações e serviços públicos de saúde em cada ente da Federação. Disse
1100 que a reflexão sobre os dispositivos do artigo 3º da Lei Complementar 141/2012 suscitou os seguintes
1101 questionamentos: a) Qual será a metodologia para implantar o disposto no Inciso VI desse artigo 3º? b)
1102 Quando será definida essa metodologia? c) Quais serão os parâmetros a serem considerados para a
1103 definição dessa metodologia? d) O que se entende por "saneamento básico de domicílios ou de
1104 pequenas comunidades"? Continua válido o disposto na Sexta Diretriz, XII, combinado com o disposto
1105 na Sétima Diretriz, IV, da Resolução 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde, que considera no
1106 cômputo da aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde as despesas com "saneamento
1107 básico e do meio ambiente, desde que associado diretamente ao controle de vetores, ações próprias de
1108 pequenas comunidades ou em nível domiciliar, ou aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas/DSEI, e
1109 outras ações de saneamento a critério do Conselho Nacional de Saúde; (...) (desde que não) realizado
1110 com recursos provenientes de taxas ou tarifas e do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza"?
1111 Cabe destacar que o inciso V do artigo 4º da Lei Complementar 141/2012 mantém o entendimento
1112 expresso na Resolução 322/2003 do CNS no que se refere à exclusão dessas ações financiadas com
1113 taxas, tarifas ou preços públicos para esse fim. e) Considerando o disposto nos incisos IX e XI do artigo
1114 3º, qual é a abrangência conceitual de "estabelecimentos públicos de saúde" e "instituições públicas do
1115 SUS"? E, nesse contexto, como classificar as Organizações Sociais (OS) e as OSCIPs? Seguindo,
1116 explicou que o art. 4º da Lei Complementar 141/2011 define o que não pode ser considerado no
1117 cômputo da aplicação mínima com ações e serviços públicos de saúde e deve ser combinado com o
1118 parágrafo 4º do artigo 24 da Lei, que também indica outras despesas que não podem ser consideradas
1119 para esse mesmo fim, a saber: "despesas custeadas com receitas provenientes de operações de
1120 crédito contratadas para essa finalidade ou quaisquer outros recursos não considerados na base de
1121 cálculo da receita..." de Estados, Distrito Federal e Municípios. Primeiramente, salientou que o art. 4º
1122 exclui os gastos com: a) assistência médica a servidores para o cômputo da aplicação mínima com
1123 ações e serviços públicos de saúde, considerando o disposto no inciso III; b) parte das despesas
1124 referentes à farmácia popular decorrente dos pagamentos efetuados pelos usuários, considerando o
1125 disposto no inciso X; e c) outras despesas financiadas com recursos próprios vinculados, como por
1126 exemplo, DPVAT no caso da União, considerando o disposto no inciso X. Explicou que a combinação
1127 dos dispositivos do artigo 4º com o parágrafo 4º do artigo 24 permite deduzir que as despesas
1128 financiadas com operações de crédito não serão computadas para o cálculo da aplicação mínima em
1129 saúde a partir de 13 de janeiro de 2012 e, como decorrência, as despesas com amortização e juros
1130 dessas operações passarão a computar esse cálculo. Por outro lado, como as despesas financiadas
1131 com operações de crédito anteriores a 13 de janeiro de 2012 já foram consideradas no cálculo da
1132 aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde, os respectivos gastos com amortização e
1133 juros da dívida que venham a ocorrer a partir de 13 de janeiro de 2012 não poderão ser computados
1134 para evitar a dupla contagem, ou seja, para evitar que gastos que já foram computados como aplicação

em saúde (no momento do recebimento dos recursos das operações de crédito para financiar uma obra) sejam novamente computados quando do pagamento da amortização e juros dessa mesma operação de crédito a partir da vigência desta lei complementar. O espírito do legislador, declarado por vários congressistas no momento do voto, não pretendia reduzir o processo de financiamento do SUS, pelo contrário. Além disso, nenhuma lei pode retroagir seus efeitos e nem há na Lei Complementar dispositivo que autorize esse procedimento de computar a mesma despesa duas vezes, ainda que com classificações orçamentárias diferentes (na primeira vez, dotações de obras e equipamentos, e na segunda, dotações de amortização e juros). Disse que a COFIN/CNS alerta para a necessidade de posicionamento oficial do Ministério da Saúde sobre esse tema, visto que um dos representantes da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO/MS), na reunião dos dias 31 de janeiro e 1º de fevereiro de 2012, manifestou entendimento favorável à computação dessa despesa na forma da “dupla contagem”, ainda que tenha expressado que se tratava de opinião pessoal. Se esse entendimento prosperar, haverá prejuízo ao financiamento do setor, pois a inclusão de despesa “duplicada” resultará na exclusão de outra, mantida a política observada, especialmente na União, desde 2000 de considerar a aplicação mínima constitucional como “máxima”. Para tanto, é necessário conhecer a situação dos contratos de operação de crédito ainda vigentes, tanto em termos de recebimento de recursos, quanto em termos dos pagamentos das respectivas amortizações e juros onerando o orçamento do Ministério da Saúde. Destacou que o artigo 5º da Lei Complementar estabeleceu que a base de cálculo para apuração da aplicação mínima em ações e serviços de saúde no âmbito da União é o valor empenhado no exercício financeiro anterior acrescido do percentual correspondente à variação nominal do PIB ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual. Considerando que nenhuma lei pode retroagir seus efeitos, o valor da aplicação com ações e serviços públicos de saúde pelo governo federal obedeceu aos dispositivos estabelecidos pela Emenda Constitucional 29/2000. Nesse sentido, a base de cálculo para apuração da aplicação mínima em 2012 deve ser o valor empenhado em 2011 acrescido do percentual correspondente à variação nominal do PIB de 2011. Esse valor mínimo apurado para 2012 poderá financiar as despesas enquadradas nos termos desta Lei Complementar. Porém, a redação desse artigo trouxe um aspecto que pode trazer prejuízo ao financiamento do SUS no âmbito da União, tomando por base a posição pessoal expressa por um dos representantes da SPO/MS na última reunião da COFIN/CNS, a saber: quando da apuração do valor mínimo a ser aplicado em 2012, a base de cálculo (valor empenhado em 2011 com ações e serviços públicos de saúde) deverá ser reduzida do valor das despesas que, a partir de 2012, não serão mais computadas para esse fim. Se essa interpretação do representante da SPO/MS prevalecer, estará consolidado o prejuízo ao processo de financiamento do SUS, pois com a inclusão dessas despesas no passado no conjunto de recursos destinados ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde, menos recursos puderam ser alocados para o financiamento de outras despesas, como por exemplo, atenção básica. Agora, com a exclusão dessas despesas indevidas em termos legais a partir de 2012 da base de cálculo do ano anterior (2011), perpetuou-se de forma definitiva a redução de recursos alocados para esse financiamento em termos do cálculo da aplicação mínima a partir de 2012. Em outros termos, explicou que antes da Lei Complementar 141/2012, despesas como assistência médica a servidores e farmácia popular eram indevidamente computadas como ações e serviços públicos de saúde, o que retirava recursos para aplicação em despesas com atenção básica, por exemplo. Agora, após a Lei Complementar 141/2012, a exclusão daquelas despesas que parecia um reforço ao processo de financiamento do SUS a partir de 2012 veio acompanhada de um artifício, que reduz da base de cálculo de 2011 as despesas indevidas e, assim, reduz o valor empenhado sobre o qual será acrescido o percentual da variação nominal do PIB de 2011. Além disso, haverá uma situação inusitada, com a existência de dois valores correspondentes à aplicação em ações e serviços públicos de saúde pela União em 2011: um que valeu para comprovar o gasto do exercício; e outro, reduzido, que servirá de base cálculo para a apuração do mínimo a ser aplicado em 2012. Continuando, explicou que os artigos 6º, 7º e 8º da Lei Complementar reproduzem quase que na íntegra a regra adotada anteriormente segundo a EC nº. 29. Disse que o artigo 11 evidencia claramente o espírito do legislador voltado para fortalecer o processo de financiamento do SUS, pois impede que a partir da vigência desta Lei Complementar sejam revogados dispositivos anteriores que representavam valores maiores de aplicação nos Estados, Distrito Federal e Municípios. Salientou que o artigo 12 resgata o tema tratado no parágrafo único do artigo 2º desta Lei Complementar, mas focado para a União, com a exigência de repasse pela União dos recursos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde para o Fundo Nacional de Saúde e para as demais unidades orçamentárias que integram o órgão Ministério da Saúde. Esclareceu que essa determinação possibilitaria a geração de receita patrimonial vinculada ao SUS, decorrente dos ganhos de aplicação financeira das sobras diárias de caixa – o momento da arrecadação não ocorre simultaneamente ao do pagamento das obrigações. Com isso, no âmbito da União, poderia ser ampliada a capacidade de financiamento de despesas adicionais com ações e

1195 serviços públicos de saúde, diferente do que ocorre atualmente em que esses ganhos de aplicação
1196 financeira ficam no caixa geral do Tesouro Nacional. Em relação ao artigo 13, esclareceu que foram
1197 mantidos parágrafos referentes ao caput do artigo que foi vetado, o que caracteriza uma anomalia. A
1198 respeito do artigo 14, explicou que exige a instituição do Fundo de Saúde, a comprovação do seu
1199 funcionamento pelos entes da Federação, bem como a sua constituição em unidade orçamentária e
1200 gestora dos recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde. Destacou que a redação dada
1201 a este artigo estabelece que os recursos financeiros vinculados ao SUS devem ser repassados não
1202 somente no ato do pagamento das despesas, mas de acordo com o disposto no artigo 34 da Lei
1203 8.080/1990, conforme nossa análise anterior, para que cada Fundo de Saúde possa cumprir a sua
1204 condição de “unidade gestora dos recursos” e não somente a função de “pagadoria”, como por exemplo
1205 ocorre no âmbito da União ao receber os repasses da Secretaria do Tesouro Nacional somente no
1206 momento do pagamento das obrigações de acordo com o estabelecido no decreto que trata da
1207 programação financeira do governo federal. Neste caso, compete ao Ministério da Saúde, e
1208 particularmente ao Fundo Nacional de Saúde, “ajustar o pé ao tamanho do sapato” estabelecido pela
1209 Secretaria do Tesouro Nacional. A redação do caput do artigo 16 desta Lei Complementar ficou confusa
1210 e incoerente, pois os artigos 6º, 7º e 8º citados tratam da aplicação de recursos pelos Estados, Distrito
1211 Federal e Municípios, enquanto que o caput disciplina sobre repasses ao Fundo de Saúde de cada ente
1212 e inclui repasses da União às unidades orçamentárias do Ministério da Saúde. No parágrafo 3º do
1213 artigo 16 desta Lei Complementar, houve a citação do parágrafo 3º do artigo 164 da Constituição
1214 Federal, que disciplina sobre os depósitos de recursos públicos pelos entes da Federação em
1215 instituições financeiras oficiais. Entretanto, a análise ficou prejudicada porque o parágrafo 2º deste
1216 artigo 16 foi vetado, tornando sem sentido o dispositivo do parágrafo seguinte. Em relação ao artigo 17,
1217 destacou o caput que estabeleceu que os repasses da União aos Estados, Distrito Federal e Municípios
1218 para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde deverão observar, entre outros critérios,
1219 as necessidades de natureza socioeconômica. Sobre esse aspecto, houve um retrocesso com a
1220 revogação do critério de repasse per capita equivalente a 50% dos recursos fixado no parágrafo 1º do
1221 artigo 35 da Lei 8080/1990. Entretanto, o critério socioeconômico não pode desrespeitar a regra
1222 constitucional da garantia do acesso universal, nem financiar despesas de caráter assistencial vedadas
1223 também na presente Lei Complementar. Também salientou a competência atribuída ao Conselho
1224 Nacional de Saúde no parágrafo 1º do artigo 17 de aprovar a metodologia e o montante de recursos a
1225 serem transferidos para Estados, Distrito Federal e Municípios pactuados na CIT, bem como o
1226 dispositivo (parágrafo 3º) que obriga ao Poder Executivo manter informados os respectivos Conselhos
1227 de Saúde e Tribunais de Contas dos entes da Federação sobre os repasses da União baseados no
1228 Plano Nacional de Saúde nos termos pactuados. Disse que esses aspectos suscitaram os seguintes
1229 questionamentos: a) Qual será a metodologia para o estabelecimento dos processos de pactuação na
1230 CIT e de aprovação no CNS? Será preciso estabelecer um fluxo de processos e as competências de
1231 cada parte. b) Quando será feita essa metodologia? Vigorará para este ano ou somente para 2013? c)
1232 Como serão apresentados estes montantes estado por estado e município por município? d) Como
1233 serão considerados e apresentados os repasses realizados por meio dos estados para unidades
1234 situadas em municípios? e) Qual será a metodologia para o estabelecimento dos processos de
1235 pactuação na CTB e de aprovação no CNS? Será preciso estabelecer um fluxo de processos e as
1236 competências de cada parte. f) Qual será o meio de informação regular e automático do governo
1237 federal para o CNS previsto no parágrafo 3º? Será preciso estabelecer um fluxo de processos e as
1238 competências de cada parte. g) O que fará o CNS de posse dessas informações? Segundo, explicou
1239 que o parágrafo único do artigo 18 prevê para as situações específicas de transferência de recursos
1240 entre a União e os demais entes da Federação a adoção dos meios fixados no inciso VI do artigo 71 da
1241 Constituição Federal. Porém, a redação do caput do artigo 18 não estabeleceu com clareza o
1242 entendimento sobre a natureza desse repasse direto, regular e automático, o que ainda ensejará
1243 distorções em termos de exigências para o repasse de recursos tal qual ocorre atualmente e que não
1244 se limitam aos instrumentos jurídicos citados. Disse que a redação do caput do artigo 19 reitera
1245 dispositivo anterior desta Lei Complementar, mas não faz referência ao artigo 35 da Lei 8080/90 como
1246 consta no artigo 17 analisado. O parágrafo 1º do artigo 19 atribuiu aos Conselhos Estaduais de Saúde
1247 a competência de aprovar a pactuação feita na CIB e na CIT sobre a metodologia de alocação de
1248 recursos estaduais e a previsão anual desses recursos a serem transferidos para os Municípios. O
1249 caput do artigo 20 traz uma novidade, ao estabelecer os repasses de recursos estaduais aos
1250 Municípios na modalidade funda a fundo, entendido como regra geral diante de outras modalidades que
1251 poderão ser estabelecidas para as situações específicas nos termos do parágrafo único deste artigo. A
1252 metodologia de alocação de recursos estaduais e a previsão anual de recursos aos Municípios deverão
1253 estar explicitadas no Plano Estadual de Saúde com base no que foi previamente pactuado na CIB e
1254 aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde. Trata-se de procedimento quadrienal, mas que será

passível de revisão anual tal qual está prevista no Plano Plurianual (PPA). Disse que a reflexão sobre esses dispositivos suscitou os seguintes questionamentos: a) Qual será a metodologia para o estabelecimento dos processos de pactuação na CIB e de aprovação no CES? Será preciso estabelecer um fluxo de processos e as competências de cada parte. b) Como serão apresentados os valores a serem repassados para cada Município e como serão considerados os repasses federais efetuados por intermédio dos Estados para unidades situadas em Municípios? c) Qual será o meio de informação regular e automático dos Governos Estaduais para os Conselhos de Saúde? Será preciso estabelecer um fluxo de processos e as competências de cada parte. d) O que fará o Conselho de Saúde de posse dessas informações? e) Considerando a inexistência de Plano Estadual de Saúde em algumas unidades da federação, bem como a inexistência do detalhamento estabelecido neste dispositivo na maioria dos casos, como isso será regulamentado e quando entrará em vigor? Continuando falou do artigo 21, destacando que o caput trata da aplicação de recursos por meio de consórcios públicos e outras formas de cooperativismo, o que representa um avanço. A legislação citada no parágrafo único refere-se ao SUS (Lei 8.080/1990 e Lei 8.142/1990) e aos consórcios públicos em geral (Lei 11.107/2005). Salientou ainda que, a partir a redação final deste parágrafo único, é possível deduzir que todas as normas do SUS pactuadas na CIT deverão ser aprovadas pelo CNS, pois tais normas ultrapassam os limites da regulamentação referida para consórcios no âmbito do SUS. Assim, a reflexão sobre esse tema suscitou os questionamentos: a) Quais são os preceitos do Direito Administrativo Público que parametrizarão o modelo gerencial a ser pactuado? b) Qual será a metodologia para o estabelecimento dos processos de pactuação na CIT e de aprovação no CNS? Será preciso estabelecer um fluxo de processos e as competências de cada parte. Sobre o artigo 22, explicou que o caput estabeleceu uma exceção para a vedação prevista no inciso X do artigo 167 da Constituição Federal, o que representa uma anomalia em termos da hierarquia que deve existir entre a Constituição Federal e as normas infraconstitucionais que sempre devem se submeter aos ditames constitucionais. Além disso, o parágrafo único deste artigo atribui como condicionante para a efetivação da transferência de recursos não somente a comprovação da instituição do respectivo Fundo e Conselho de Saúde, mas também do funcionamento deles em cada ente da Federação, além da elaboração do respectivo Plano de Saúde. Da reflexão sobre esses temas, ressaltou que foram levantados os seguintes questionamentos: a) Qual será o critério para aferição do efetivo funcionamento do Conselho de Saúde? b) Quem terá a competência para fiscalizar esse funcionamento? c) Quais são as condições materiais existentes para o cumprimento desse dispositivo? d) Como fica o princípio da autonomia de cada ente federado se houver subordinação entre eles capaz de condicionar a transferência intergovernamental de recursos? e) Considerando que esta Lei Complementar não estabelece punição para os Estados e Municípios que não tiverem o conselho de saúde funcionando no seu âmbito, deduz-se que, para tanto, deva ser aplicado disposto no parágrafo único do artigo 4º da Lei 8.142/1990. Segundo, falou sobre o artigo 23 que estabelece para as três esferas de governo que a fixação inicial dos valores mínimos para aplicação em ações e serviços públicos de saúde deverá corresponder aos parâmetros da receita da Lei Orçamentária Anual, mas as despesas serão atualizadas sempre que houver abertura de crédito adicional, além da atualização quadrienal decorrente da diferença apurada entre a receita e a despesa prevista e as efetivamente realizadas. Sobre esse aspecto, disse que houve a compatibilização temporal com os Relatórios de Gestão Fiscal (RGF) e os Relatórios Resumidos de Execução Orçamentária (RREO) exigidos pela Lei Complementar 101/00 (Lei de Responsabilidade Fiscal), respectivamente publicados quadrienal e bimestralmente no mês imediatamente posterior ao último do período de cada relatório, o que facilitará a obtenção de dados para a fiscalização pelos conselhos. Colocou o seguinte questionamento em relação ao disposto no parágrafo único deste artigo: o ajuste quadrienal considerará como despesa efetivamente realizada a empenhada, liquidada ou paga? Sobre o artigo 24, explicou que estabeleceu que o cálculo da aplicação mínima em ações e serviços de saúde considerará as despesas empenhadas, liquidadas ou não no exercício, sendo que as despesas empenhadas e não liquidadas no exercício, a serem inscritas em restos a pagar, serão consideradas até o limite das disponibilidades de caixa ao final do exercício, desde que consolidadas no respectivo Fundo de Saúde. No caso de cancelamento ou prescrição dos Restos a Pagar, deverá ocorrer compensação no exercício seguinte por meio de consignação em dotação orçamentária específica, conforme disposto nos parágrafos 1º e 2º. Citou também como inovação que deverá existir disponibilidade de caixa vinculada aos Restos a Pagar, ou seja, os valores correspondentes aos Restos a Pagar vinculados ao SUS deverão estar depositados na conta vinculada do Fundo de Saúde, nos termos do inciso II do caput do artigo 24 e dos parágrafos citados anteriormente. Explicou que o artigo 25 da Lei trata da compensação obrigatória no exercício seguinte do valor que ficou faltando para a aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde no exercício anterior nas três esferas de governo, inclusive enquanto fator condicionante para o repasse de recursos da União para Estados, Distrito Federal e Municípios nos termos do inciso II do

1315 parágrafo único do artigo 160 da Constituição Federal. O artigo 26, por sua vez, estabelece que o prazo
1316 máximo para aplicação dos recursos repassados pela União aos Estados e Municípios, e dos Estados
1317 para os Municípios, é de 12 meses, sendo que o Poder Executivo da União e dos Estados editarão
1318 decreto até 12 de abril de 2012 fixando “os procedimentos de suspensão e restabelecimento das
1319 transferências constitucionais de que trata o § 1º, a serem adotados caso os recursos repassados
1320 diretamente à conta do Fundo de Saúde não sejam efetivamente aplicados no prazo fixado por cada
1321 ente”. Em relação ao artigo 27, disse que representou avanço importante em relação aos
1322 procedimentos atuais, pois se houver apuração de uso indevido de recurso repassado, a devolução
1323 ocorrerá para o Fundo de Saúde que recebeu o recurso, cujo valor será atualizado por índice a ser
1324 definido pelo ente transferidor do recurso, com o objetivo de cumprir a finalidade original do repasse,
1325 lembrando que o prazo máximo para aplicação definida nesta Lei Complementar é de 12 meses.
1326 Destacou que o artigo 28 proíbe o contingenciamento orçamentário e financeiro sobre os recursos
1327 vinculados à saúde, se essa medida comprometer a aplicação mínima em ações e serviços públicos de
1328 saúde. Ocorre que, na prática, o contingenciamento retarda a execução orçamentária e financeira, o
1329 que por si só representa prejuízo para a qualidade e quantidade dos serviços prestados no âmbito do
1330 SUS nas três esferas de governo. É bom lembrar que contingenciar significa indisponibilizar utilização
1331 de recursos orçamentários e financeiros, ou seja, impede a realização de despesas e compromete a
1332 prestação de serviços à população. Salientou que o artigo 29 resgata aspecto tratado no artigo 9º da
1333 Lei Complementar, a saber, os valores decorrentes de políticas de isenção tributária e/ou de estímulo
1334 ao desenvolvimento econômico regional ou local, bem como vinculados a fundos e despesas
1335 específicas, não poderão ser excluídos da receita base de cálculo para a apuração da aplicação
1336 mínima em ações e serviços públicos de saúde. Explicou que, nos termos do artigo 30, os impactos de
1337 natureza orçamentária e financeira decorrentes desta Lei Complementar sobre os PPAs, LDOs e LOAs,
1338 bem como sobre os planos de aplicação dos recursos dos Fundos de Saúde da União, Estados, Distrito
1339 Federal e Municípios, deverão ser contemplados no processo de revisão desses instrumentos, que por
1340 serem leis obrigarão à apresentação de projeto de lei para esse fim. Além disso, a elaboração desses
1341 instrumentos, a partir de 2012, deverão contemplar os dispositivos desta Lei Complementar, inclusive
1342 no que se refere ao processo de planejamento ascendente nos termos dos parágrafos 1º a 3º. O
1343 parágrafo 4º atribui como competência aos conselhos de saúde a definição das prioridades nas três
1344 esferas de governo. Disse que a reflexão desse tema suscitou os seguintes questionamentos: a) Qual
1345 será a metodologia a ser adotada para a efetivação desse dispositivo, que já existia na legislação
1346 anterior, e quando será adotada? b) Como serão realizadas as pactuações intermunicipais, que será a
1347 base para o estabelecimento dos planos e metas regionais, que por sua vez orientarão os planos e
1348 metas estaduais e, estes, os planos e metas nacionais? Qual será a metodologia para garantir a
1349 articulação desse processo entre as três esferas de governo? c) O que será preciso fazer para que o
1350 órgão de saúde de cada ente da federação encaminhe com antecedência as propostas de prioridades
1351 para que os respectivos conselhos de saúde deliberem sobre elas a partir de diretrizes por estes
1352 estabelecidas? d) Quais serão os parâmetros que os conselhos de saúde adotarão para fixar as
1353 diretrizes para o estabelecimento de prioridades e o que poderia ser incluído como diretriz para
1354 estabelecimento dessas prioridades? A respeito do artigo 31, explicou que a reflexão sobre os aspectos
1355 tratados suscitou os seguintes questionamentos: a) Qual é a abrangência e característica da “consulta
1356 e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade” das prestações de contas – é de natureza
1357 passiva ou interativa? b) O que se entende por “periódicas”? Contínuas? Quadrimestrais (nos termos
1358 do artigo 36 desta Lei Complementar)? Anuais? c) Quais são as condições materiais objetivas para que
1359 os conselhos de saúde façam essa avaliação do cumprimento dos dispositivos da LC 141? Segundo,
1360 explicou que o artigo 32 estabelece que a Secretaria do Tesouro Nacional editarará as normas dos
1361 registros contábeis a serem adotados nas três esferas de governo para o cumprimento dos dispositivos
1362 desta Lei Complementar, especialmente quanto à segregação das informações. Como
1363 questionamentos desse tema: a) A Secretaria do Tesouro Nacional detém o conjunto de informações
1364 sobre o estágio de desenvolvimento técnico e tecnológico dos 27 Estados e dos mais de 5500
1365 municípios brasileiros para estabelecer procedimentos unificados de registros contábeis que, na
1366 atualidade, são realizados por meio de sistemas informatizados concebidos das mais diferentes
1367 formas? b) Qual é o prazo para a edição dessas normas pela Secretaria do Tesouro Nacional? Explicou
1368 que o artigo 33 disciplina a apresentação das despesas com ações e serviços públicos de saúde de
1369 forma consolidada, englobando as ações das administrações direta (Ministério, Secretarias, etc.) e
1370 indireta (autarquia, fundações, empresa pública, etc.) da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos
1371 Municípios. Destacou que os artigos 34 e 35 tratam da demonstração da prestação de contas nos
1372 termos do Relatório Resumido da Execução Orçamentária (conforme parágrafo 3º do artigo 165 da
1373 Constituição Federal) e do parecer prévio do respectivo Tribunal de Contas (artigo 56 da Lei
1374 Complementar 101/2000 – Lei de Responsabilidade Fiscal). Disse que o artigo 36 reproduziu aspectos

1375 anteriormente apresentados no artigo 12 da Lei 8689/93 revogado por esta Lei Complementar. Além
1376 disso, o parágrafo 1º estabeleceu o prazo de 30 de março para que o Poder Executivo da União, dos
1377 Estados e dos Municípios encaminhem os seus Relatórios de Gestão (RAG) do exercício anterior para
1378 apreciação dos respectivos Conselhos de Saúde, que deverão analisar e deliberar para envio à CIB e
1379 CIT até 31 de maio. Outra novidade foi apresentada no parágrafo 2º deste artigo: os conselhos de
1380 saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios deverão receber do respectivo
1381 Poder Executivo previamente ao envio do Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias de 2013 para
1382 análise e deliberação, a respectiva Programação Anual de Saúde de 2013, procedimento que será
1383 adotado de forma anual a partir da vigência desta Lei Complementar. Disse que o modelo de RAG para
1384 as três esferas de governo será elaborado pelo Conselho Nacional de Saúde, que prepara uma versão
1385 simplificada para os municípios com menos de 50.000 habitantes. Neste artigo, foram atribuídas as
1386 seguintes competências aos Conselhos de Saúde: a) emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento
1387 das normas estabelecidas nesta Lei Complementar com base nas informações prestadas pelos
1388 gestores nos respectivos RAGs; b) aprovar as respectivas Programações Anuais de Saúde antes de
1389 deliberar sobre as prioridades fixadas no Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias de cada ente da
1390 Federação; e c) especificamente para o Conselho Nacional de Saúde, elaborar o modelo de RAG que
1391 será válido para as três esferas de governo, além de preparar uma versão simplificada para os
1392 municípios com menos de 50.000 habitantes. Disse que a reflexão sobre os temas trazidos por esse
1393 artigo suscitou, entre outros, os seguintes questionamentos: a) Qual é o prazo para o conselho emitir
1394 parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas fixadas na LC 141? b) A quem compete
1395 dar ampla divulgação do parecer conclusivo do conselho de saúde? c) A programação anual de saúde
1396 (PAS) deverá ser encaminhada pelos entes da Federação aos respectivos conselhos de saúde antes
1397 da data de encaminhamento da lei de diretrizes orçamentárias. Trata-se do encaminhamento da LDO
1398 ou do Projeto de LDO? A PAS do ano x deverá ser encaminhada antes do envio da LDO ou do Projeto
1399 de LDO para o ano x+1? Qual será o fluxo a ser estabelecido para que a LDO do ano x+1 estabeleça
1400 as diretrizes da PAS do ano x+2, nos termos do PPA e do Plano de Saúde? d) Qual será o critério para
1401 o ente da Federação estabelecer a data de aprovação do Relatório de Gestão pelo respectivo conselho
1402 de saúde? O ente fiscalizado define o prazo para aprovação de seu relatório pelo fiscal? e) Qual será a
1403 punição para o gestor que não apresentar o RAG ao Conselho de Saúde? Valerá a suspensão da
1404 administração direta de recursos estabelecida pela Lei 8.142/90? Explicou que os artigos 37 e 38
1405 tratam do processo de fiscalização da gestão da saúde pelo Poder Legislativo, que poderá contar com
1406 o apoio dos Conselhos de Saúde. Disse que a reflexão desse tema suscitou os seguintes
1407 questionamentos: a) Qual será a metodologia para que o Conselho de Saúde auxilie a fiscalização do
1408 cumprimento das normas fixadas na LC 141? b) Quais são as condições materiais objetivas de cada
1409 conselho de saúde para o cumprimento desse dispositivo legal? c) Como as informações enfatizadas
1410 nos incisos deste artigo serão encaminhadas ao Conselho de Saúde pelo órgão de saúde de cada ente
1411 da Federação? d) Como o Poder Legislativo vai se relacionar com os respectivos conselhos de saúde?
1412 O conselho oferece auxílio ou o legislativo requer? Continuando, explicou que, nos termos do artigo 39,
1413 o SIOPS passa a ter existência legal. Disse que a reflexão dos aspectos deste artigo suscitou os
1414 seguintes questionamentos: a) Qual será a “medida cabível” a ser adotada pelo Conselho de Saúde
1415 diante das irregularidades a serem apontadas pelo Ministério da Saúde? b) Há amparo constitucional
1416 com base no princípio da autonomia federativa para que o Ministério da Saúde denuncie irregularidades
1417 e ilegalidades cometidas por outros entes da Federação? c) Quais os registros que serão
1418 contabilizados? Como o gestor informará o conselho de saúde? Qual será o instrumento utilizado e com
1419 que periodicidade? Seguindo, disse que o artigo 41 estabeleceu como competência dos Conselhos de
1420 Saúde não somente analisar e deliberar sobre os relatórios de prestação de contas, mas também
1421 indicar ao Chefe do Poder Executivo (Presidente da República, Governador de Estado e Prefeito) as
1422 medidas corretivas a serem adotadas. Por fim, passou ao artigo 46 que define que as infrações dos
1423 dispositivos da Lei Complementar serão punidas segundo o Decreto-Lei nº. 2.848, de 7 de dezembro
1424 de 1940 (Código Penal), a Lei nº 1.079, de 10 de abril de 1950, o Decreto-Lei nº 201, de 27 de fevereiro
1425 de 1967, a Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992, e demais normas da legislação pertinente. Disse que
1426 esse dispositivo suscitou o seguinte questionamento: Os conselheiros de saúde responderão
1427 criminalmente e/ou administrativamente pelo descumprimento de competências fixadas para os
1428 conselhos de saúde? Em caso negativo, quem responderá pelo conselho de saúde e será
1429 responsabilizado? Concluída a apresentação, conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** solicitou ao
1430 Plenário a definição de encaminhamento para esse tema, diante do avançado da hora e da amplitude e
1431 complexidade do tema. Foram apresentadas sugestões de encaminhamento, inclusive de realização de
1432 reunião extraordinária para tratar do assunto. Contudo, diante do esclarecimento da SE/CNS sobre a
1433 impossibilidade de realizar extraordinária, foi sugerido destinar um dia de reunião para tratar desse
1434 tema. Antes de proceder à deliberação sobre o tema, a mesa abriu a palavra ao representante da

1435 Secretaria Executiva (SE/MS), **José Carlos da Silva**, para manifestação. Inicialmente, cumprimentou a
1436 COFIN pela qualidade e agilidade da análise da Lei e concordou que a redação desse dispositivo
1437 suscita dúvidas de entendimento. Explicou que Estados e Municípios aguardam posicionamento do
1438 Ministério da Saúde para dar encaminhamento às definições da Lei, lembrando que, por não ter
1439 definido períodos de implantação, será necessário definir consenso em relação a prazos. Disse que o
1440 Ministério da Saúde debateu internamente a Lei e definiu agenda externa com o MPOG e Tesouro
1441 Nacional para definir posição de convergência. Comunicou que será realizada reunião com o
1442 Secretariado para levar os consensos e os dissensos em relação à Lei, a fim de serem tomadas as
1443 providências cabíveis. Por fim, informou que foi constituída comissão para tomar medidas no sentido de
1444 cumprir o dispositivo da Lei (“Os Poderes Executivos da União e de cada Estado editarão, no prazo de
1445 90 (noventa) dias a partir da vigência da Lei Complementar, atos próprios estabelecendo os
1446 procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências constitucionais de que trata o § 1º,
1447 a serem adotados caso os recursos repassados diretamente à conta do Fundo de Saúde não sejam
1448 efetivamente aplicados no prazo fixado por cada ente, o qual não poderá exceder a 12 (doze) meses
1449 contados a partir da data em que ocorrer o referido repasse.”). Conselheiro **José Eri de Medeiros**
1450 registrou os seus cumprimentos à COFIN pela qualidade e agilidade da análise da Lei Complementar.
1451 Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** agradeceu os elogios à COFIN, mas lembrou que a análise
1452 da execução orçamentária do Ministério da Saúde é de responsabilidade do CNS e não apenas da
1453 Comissão. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** conclamou os conselheiros a aprofundar o debate
1454 desse tema que é de interesse do Colegiado como um todo. **Deliberação: devido ao avançado da**
1455 **hora e da amplitude do tema, o Plenário decidiu repautar o tema sobre a Lei Complementar na**
1456 **231ª Reunião Ordinária do CNS, que será realizada em março de 2012, reservando o primeiro dia**
1457 **para esclarecimentos, debates e deliberações; e enviar o documento referente à Lei**
1458 **Complementar nº. 141/2012, elaborado pela COFIN/CNS, aos conselheiros titulares e suplentes,**
1459 **para conhecimento e análise, e também às Comissões que estarão se reunindo antes da**
1460 **reunião ordinária do CNS. As sugestões dos conselheiros deverão ser enviadas à SE/CNS, que**
1461 **as encaminhará para COFIN.** Dando prosseguimento, conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** sugeriu
1462 realizar no dia 4 de abril de 2012 o seminário Interno da COFIN, já aprovado pelo CNS, convidando o
1463 IPEA (Sérgio Piola), TCU, Ministério Público (Dr. Peterson), Elias Jorge, Fábio Tonele, juristas
1464 indicados pelo Ministério da Saúde e a Mesa Diretora/CNS. **Deliberação: o Plenário ratificou a**
1465 **realização de seminário Interno da COFIN, já aprovado pelo CNS, no dia 4 de abril de 2012, com**
1466 **a participação do IPEA (Sérgio Piola), TCU, Ministério Público (Dr. Peterson), Elias Jorge, Fábio**
1467 **Tonele, juristas indicados pelo Ministério da Saúde e a Mesa Diretora do CNS.** A seguir, o
1468 coordenador da COFIN fez um informe sobre a reunião da delegação do CNS (Ruth Ribeiro, Maria do
1469 Socorro, Jurandi Frutuoso, Énio e Fernando Luiz Eliotério) com a representação da Ordem dos
1470 Advogados do Brasil (OAB) e Associação Médica Brasileira (AMB) com vistas a tratar do movimento,
1471 pré-lançado em janeiro de 2012, em prol de projeto de lei de iniciativa popular por mais recursos para a
1472 saúde. Disse que a proposta é lançar a campanha em prol de projeto de lei de iniciativa popular no
1473 início da reunião do CNS do mês de março 2012. Como desdobramento desse encontro, informou que
1474 participou de reunião com a direção da CNBB para solicitar apoio à campanha e a Confederação
1475 comprometeu-se a levar o tema para a direção a fim de ser definida posição. Além disso, sugeriu que
1476 as entidades, instituições e movimentos sociais que compõem o CNS se reunissem ao final da reunião
1477 ordinária para definir a continuidade do processo de mobilização, iniciado em 2011, por mais recursos
1478 para saúde. **Deliberação: o Plenário decidiu: 1) lançar a campanha em prol de projeto de lei de**
1479 **iniciativa popular no início da reunião do CNS do mês de março 2012; e 2) realizar reunião das**
1480 **entidades, instituições e movimentos sociais que compõem o CNS ao final desta reunião**
1481 **ordinária para definir a continuidade do processo de mobilização, iniciado em 2011, por mais**
1482 **recursos para saúde.** Definido esse ponto, a mesa suspendeu para o almoço. **ITEM 9 – ACÓRDÃO**
1483 **DA 1ª CAMÂRA DO TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (TCU) Nº. 1.660, DE 22 DE MARÇO DE**
1484 **2011 - Apresentação: Márcia Aparecida do Amaral**, Secretária Executiva do Ministério da Saúde.
1485 **Coordenação:** conselheiro **José Marcos de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. Inicialmente,
1486 conselheiro **José Marcos de Oliveira** fez uma contextualização sobre o assunto, dizendo que a Mesa
1487 Diretora do CNS, por considerar o tema relevante e oportuno, decidiu pautá-lo no Plenário do CNS. A
1488 Secretaria Executiva do MS, **Márcia Aparecida do Amaral**, explicou que o Acórdão do Tribunal de
1489 Contas (TCU) nº. 1.660, de 22 de março de 2011, é resultado de uma representação impetrada pelo
1490 Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul no TCU em relação à paridade dos conselhos
1491 municipais do Estado. Disse que, em 2008, o TCU emitiu determinação aos conselhos que
1492 modificassem a sua composição e determinou ao MS fazer gestão com o CNS para a revisão da
1493 paridade. Ressaltou que o não cumprimento da paridade implicaria em suspender a transferência de
1494 valores aos entes da federação que não observam esse critério. Disse que as respostas do Ministério

da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde não foram consideradas suficientes pelo TCU. Assim, o Tribunal redefiniu os termos do Acórdão estendendo o determinado para o Rio Grande do Sul para todo o país. Detalhou que o Acórdão do TCU nº. 1.660, de 22 de março de 2011, determinou ao Ministério da Saúde: que, em articulação com o Conselho Nacional de Saúde e com os Conselhos Estaduais de Saúde, instituísse mecanismos para identificação dos municípios que não cumprem as disposições da Lei nº 8.142/90 e Resolução/CNS nº 333/2003, no que diz respeito à composição dos Conselhos Municipais de Saúde, com vistas a viabilizar a aplicação das medidas previstas no art.4º da Lei nº 8.142/90; e que se abstinha de transferir valores aos entes da federação que não observam a paridade na composição do respectivo Conselho de Saúde, de forma a privilegiar as unidades que tenham compromisso com o efetivo controle social, consoante previsto nos incisos II e parágrafo único do art. 4º da Lei nº 8.142/90, c/c a terceira diretriz da Resolução nº 333/2003, do Conselho Nacional de Saúde. Diante da publicação dessa norma, disse que o Ministério da Saúde enviou comunicação formal aos CES e CMS, em julho de 2011, informando sobre o teor do Acórdão nº. 1.660/2011 do TCU. Além disso, realizou reuniões para reformulação do novo Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde e continuou a implantação do Programa de Inclusão Digital. Acrescentou que o tema foi objeto de debate durante as conferências municipais e estaduais e na 14ª CNS e, em dezembro de 2011, foi promovido debate na CIT sobre o Relatório de Gestão. Explicou que as informações sobre a situação dos conselhos de saúde é de 2008, sendo: a) Lei nº. 8.142/1990 (50% e 50%): 60% cumprem e 40% não cumprem; e b) Resolução nº. 333 (50%, 25% e 25%): 33% cumprem e 67% não cumprem. Diante da necessidade de atualizar essas informações, informou que está em processo de conclusão Sistema Informatizado para Cadastro de Conselhos de Saúde. Feitos esses esclarecimentos, explicou que a proposta é instituir uma força tarefa composta pelo MS, CONASS, CONASEMS, CNS com o objetivo de mobilizar os gestores e conselheiros no sentido de que seja efetivada a criação ou a revisão da paridade. Falou da proposta de plano de ação entre MS e CNS com o objetivo de promover a identificação e ajustamento da situação da paridade dos conselhos de saúde, conforme terceira Diretriz, inciso II, da Resolução CNS nº 333/03 e artigo 4º da Lei nº 8.142, bem como mobilizar esses espaços de controle social para implementação dos instrumentos de planejamento em saúde (Plano de Saúde, PPA e RAG). Detalhou que o plano de ação é composto por três eixos com as respectivas ações, sendo eles: 1) implantação do novo Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde – intenção é lançar em fevereiro de 2012 e obter os dados em julho de 2012; 2) mobilização dos conselhos de saúde; 3) mobilização dos gestores. Explicou que a força tarefa fará reuniões mensais para monitoramento e avaliação do cumprimento do cronograma e da fidedignidade (confiabilidade) dos dados do Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde. Disse que o Ministério da Saúde encaminhará resposta ao TCU com cronograma das estratégias e solicitando prazo de um ano para definição sobre a suspensão de recursos, conforme determinado pelo Acórdão nº 1.660/2011 desse órgão. Destacou que a Resolução nº. 333 estabelece diretrizes para paridade dos conselhos e há debate jurídico de que o Tribunal não poderia exigir do Ministério da Saúde a suspensão do repasse de recurso por descumprimento desse instrumento legal do CNS. Frisou que o MS é favorável à Resolução nº. 333 e a intenção é, por meio da força tarefa, estimular o cumprimento a Lei nº. 8.142/1990 e da Resolução nº. 333. Todavia, apresentou a proposta de fazer recurso ao TCU para não suspensão da transferência de recursos se a Lei estiver sendo cumprida e a Resolução ainda não, no que diz respeito à paridade dos conselhos de saúde. **Manifestações.** Conselheiro **Luiz Odorico M. Andrade** explicou que não há questionamento acerca da Resolução do CNS nº 333/2003, mas sim discordância acerca da suspensão de envio de recurso pelo não cumprimento deste dispositivo. Justificou que os municípios de pequeno porte (mais de 4 mil e com menos de 20 mil hab.) não cumprem a paridade definida pela Lei porque enfrentam dificuldades no que se refere ao segmento de trabalhador de saúde e prestador de serviço. Disse que é preciso trazer o debate para o CNS a fim de encontrar saída que não prejudique, em especial, a população dos pequenos municípios. Conselheira **Rosangela da Silva Santos** pontuou alguns aspectos dos conselhos de saúde que lhe causavam preocupação, destacando, por exemplo, a ausência de comissões de financiamento e não viabilização dos dados sobre orçamento e financiamento. Nessa linha, disse que é preciso adequar a mobilização às necessidades dos conselhos de saúde e ao fortalecimento do Controle Social com a participação da comunidade. Também sugeriu que deve haver um plano de ação que defina um cronograma para capacitação de conselheiros, com definição de prazos para adequação das ações, de acordo com o perfil de cada conselho. Propôs uma reavaliação sobre a situação atual dos conselhos e comissões existentes, a fim de se adequar as responsabilidades em relação ao papel dos conselheiros. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** solicitou ao MS que reapresente o cadastro de conselhos ao CNS e sugeriu que esse tema seja objeto de debate na próxima reunião da CICIS/CNS. Conselheira **Jurema Werneck** manifestou satisfação com os temas da pauta da reunião do Conselho e pontuou que o controle social se fortalece com debates tão importantes. A respeito do Acórdão, disse que seu

debate não se refere à legalidade da suspensão de recursos pelo descumprimento da Resolução do CNS, mas sim à forma de resolver a pendência da paridade e evitar a suspensão de recurso para os municípios. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** cumpriu o MS pelas iniciativas apontadas para tentar resolver a determinação do TCU e avaliou que é preciso discutir a autonomia do CNS para definir as regras. Salientou que é preciso encontrar saída para o cumprimento do Acórdão do Tribunal, mas sem relegar o princípio do SUS de participação da comunidade. Conselheiro **Clóvis Boufleur** lembrou que a Resolução nº 333 está em processo de reavaliação e o debate da paridade será trazido ao Plenário uma vez que foi levantado na consulta pública. Também destacou que o questionamento do TCU traz para o CNS a oportunidade de retomar o debate sobre o cadastro de conselhos de saúde, que, na sua visão, deveria ser um sistema de acompanhamento dos conselhos. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, primeiramente, pontuou que a partir da ação do CES/RS, acolhida pelo TCU, o MS traz uma dimensão política para o CNS e salientou que é preciso definir como se dará esse processo nos conselhos municipais. Salientou que essa ação do MS, CNS, TCU, CESs e Plenária de Conselho é importante para discutir a cultura política de inviabilizar a participação social. Ressaltou que o debate não resolve o problema da representatividade, mas contribui para redefinir a composição dos conselhos. Nessa linha, salientou que é preciso discutir, posteriormente, as condições políticas da paridade e definir formas de ampliar o sistema de informação dos conselhos de saúde. Também manifestou apoio à proposta de visita itinerante do Conselho Nacional de Saúde e, nesse sentido, destacou que é necessário acompanhar casos emblemáticos. Por fim, perguntou sobre o planejamento definido na ação interfederativa. Conselheiro **José Naum de Mesquita Chagas** defendeu que o MS cobre o cumprimento de todos os itens do art. 4º da Lei nº. 8.142/1990, com destaque para os planos de cargos, carreiras e salários e que seja feito o mapeamento do cumprimento de todos os itens desse artigo. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, primeiro, ratificou a proposta de defender o cumprimento do rol definido no art. 4º da Lei nº. 8.142/1990. Disse que, para resolver a questão da paridade, é preciso debater os interesses envolvidos. Também sugeriu, além de aprovar o plano de ação, a definição de melhor data para realização da Plenária de Conselhos e o estabelecimento de prazo para cumprimento da Resolução. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** ressaltou que é preciso debater com o MP e TCU como estabelecer grau de responsabilização dos gestores, sem prejudicar a população. Lembrou que o GT Pós-Conferência do CNS está promovendo debate sobre como monitorar diretrizes das Conferências e operacionalizá-las e, para isso, será necessário um sistema de informação de controle social. Disse que o desafio do CNS é elaborar proposição para ajudar na disposição de informações que possibilitem operar em tempo hábil. Conselheiro **José Eri de Medeiros** registrou que o CONASEMS defende o critério da paridade dos conselhos de saúde nos termos definidos pela Lei nº. 8.142/1990. No caso da Resolução 333/2003 do CNS, destacou se tratar de diretriz e pontuou que alguns municípios enfrentam dificuldades para colocar em prática o que está disciplinado nesse documento. Também salientou que é preciso promover um debate jurídico, considerando, inclusive, a Lei Orgânica Municipal. De todo modo, discordou de qualquer alternativa que signifique a suspensão de recursos para os municípios, porque penaliza a população e não a administração. A representante da Coordenação de Plenária de Conselhos de Saúde, **Cléia Aparecida**, interveio para dizer que o controle social deve cumprir o seu papel, lembrando, inclusive, a grave situação da saúde. Também solicitou ao MS que aguarde a reunião da Coordenação Plenária para rediscutir a data da Plenária Nacional, a fim de não prejudicar os Estados que já marcaram a data desse evento. Conselheiro **Fernando** salientou a importância do acompanhamento do CNS sobre o que disciplina a legislação da paridade, haja vista as inúmeras irregularidades na composição e funcionamento dos conselhos de saúde. Também destacou que é preciso assegurar também a representatividade nos conselhos de saúde e, para ilustrar, destacou que município com 40% da população indígena não possuía nenhum representante desse segmento. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares** disse que a irregularidade na composição dos conselhos é uma realidade em vários Estados do país e, na linha de fortalecer a atuação do controle social, é preciso investir no funcionamento legal e legítimo dos conselhos. Citou, por exemplo, que o CES/RJ oferece subsídio para alimentação dos conselheiros, contudo, não subsidia a vinda dos conselheiros do interior. Também salientou que é preciso debater, além da composição, a representatividade dos conselhos de saúde. Por fim, sugeriu que o MS apresente a proposta na próxima reunião da Coordenação da Plenária de Conselhos de Saúde. Conselheira **Júlia Maria Roland** destacou que regularizar a composição dos conselhos é um processo lento e complexo, uma vez que depende de uma série de fatores e não apenas de vontade política. Reafirmou a certeza de que é preciso considerar nesse debate que controle social da saúde é referência e a forma de participação social e organização da sociedade é diversa. Sinalizou se tratar de um processo com etapas que demandará esforço dos gestores, do CNS e o apoio da Plenária de Conselhos. A primeira fase é realizar o diagnóstico, para orientar ação mais focada nos locais onde não se cumpre a paridade. Concluída essa etapa, deve-se discutir a questão da suspensão

1615 de recursos, com diálogo entre as três esferas de governo. Conselheiro **Willen Heil e Silva** chamou a
1616 atenção para o fato de as falas apontarem a existência de mecanismos para gerar soluções e agregar
1617 valores no que diz respeito ao cumprimento da lei. Porém, destacou que é preciso definir alternativa
1618 que não seja imposta ou que prejudique a população. Conselheiro **Antonio Marcos A. de Oliveira**
1619 falou da grave situação enfrentada pelos povos indígenas da Amazônia e lembrou que é preciso fazer
1620 chegar o SUS nas aldeias, com equipe multidisciplinar, assegurando o acesso à saúde com qualidade.
1621 Denunciou o fechamento do Distrito Indígena do Povo Xavante em Barra do Garça. Também, chamou a
1622 atenção para o caso do Vale do Javari que é complexo e não se chegou à solução satisfatória até o
1623 momento. Salientou que é preciso compreender a diversidade do povo brasileiro e atender as
1624 necessidades a exemplo dos povos indígenas. Conselheiro **Luís Eugênio de Souza** avaliou como
1625 pertinente a solução definida pelo MS para enfrentar a situação criada pelo Acórdão do TCU. Todavia,
1626 falou que a paridade é uma questão política e tentar resolver os problemas por meio de saídas formais
1627 (judicialização) é um equívoco. Por isso, defendeu o fortalecimento dos conselhos municipais a partir da
1628 aproximação dos conselhos estaduais e nacional. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** também
1629 salientou que não se deve judicializar questões políticas e, também não deixar de considerar nesse
1630 debate a diversidade do país. Nessa linha de raciocínio, ponderou que as oficinas do PID se configuram
1631 em um espaço para divulgação e engajamento ao processo. **Retorno da mesa.** A Secretaria Executiva
1632 do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, respondeu que, em 2009, o Cadastro de Conselhos era
1633 ligado ao Sistema Forme SUS (sob a responsabilidade do DATASUS do Rio de Janeiro) e, diante dos
1634 problemas, foi criado um sistema mais ágil ligado ao DATASUS de Brasília. Disse que, além de
1635 mudança no sistema, foi possível juntar os dados dos cadastros já existentes (CNS, e Participanet) e
1636 que o novo sistema está sob a coordenação do CNS e o monitoramento será feito pelo DAGEP e PID.
1637 Ressaltou que foi feita apresentação na última reunião da Mesa Diretora do CNS e, na oportunidade, foi
1638 aprovada a mudança de “cadastro” para sistema de acompanhamento de questões do controle social.
1639 Por fim, chamou a devida atenção para a importância de se aprovar o plano de ação e salientou que a
1640 Coordenação de Plenária definirá a data da próxima Plenária Nacional. A Secretaria Executiva do
1641 Ministério da Saúde, **Márcia Aparecida do Amaral**, ressaltou a qualidade do debate e frisou o objetivo
1642 principal do processo que é de se avançar na institucionalização e aperfeiçoamento do SUS. Ou seja,
1643 transformar a demanda jurídica do TCU em um processo político de fortalecimento do controle social.
1644 Também informou que os demais itens da Lei nº. 8.142/1990 também são objeto de trabalho e na
1645 reunião da CIT será feito debate sobre o Relatório de Gestão, na linha de ser considerado um elemento
1646 de prestação de contas à sociedade a ser submetido aos conselhos de saúde. Afirmou que nenhum
1647 dos entes federativos relega a Resolução do CNS nº. 333 e a proposta é trabalhar a sua implantação.
1648 Disse que a força tarefa será de defesa da Lei e da Resolução e, nesse sentido, participação e
1649 articulação com as entidades dos trabalhadores são importantes. Destacou que o plano de ação possui
1650 um escopo das ações e as datas precisam ser ajustadas, no que for necessário. Conselheiro **José**
1651 **Marcos de Oliveira** sintetizou as falas dos conselheiros nos seguintes termos: importância do plano de
1652 ação para promover a identificação e ajustamento da situação da paridade dos conselhos de saúde
1653 (nos termos do Acórdão do TCU); posicionamento do CNS acerca do tema na Reunião da CIT;
1654 necessidade de explicitar, no planejamento do CNS, metodologia e conteúdo sobre capacitação; debate
1655 do tema na próxima reunião da CICIS; e gestão para que os itens do art. 4º sejam efetivados, com
1656 defesa da Lei nº 8.080/90 e Resolução nº. 333. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** fez uso da
1657 palavra para registrar que o cumprimento da Resolução do CNS nº. 333 é o objetivo desse processo.
1658 **Deliberação:** o Plenário decidiu: 1) aprovar o plano de ação para promover a identificação e
1659 ajustamento da situação da paridade dos conselhos de saúde (nos termos do Acórdão do TCU);
1660 2) explicitar o posicionamento do CNS acerca do tema na Reunião da CIT; 3) explicitar, no seu
1661 planejamento, metodologia e conteúdo sobre capacitação; 3) levar o tema para debate na CICIS;
1662 e 4) fazer gestão para que os itens do art. 4º sejam efetivados, com defesa da Lei nº 8.080/90 e
1663 Resolução nº. 333. **ITEM EXTRA - Campanha do MS para o carnaval 2012 - Composição da mesa:**
1664 **Jarbas Barbosa**, Secretário de Vigilância em Saúde (SVS/MS); **Dirceu Bartolomeu Greco**, diretor do
1665 Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais; e **Eduardo Luiz Barbosa**, Diretor-adjunto do
1666 Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Coordenação:** Conselheiro **José Marcos de Oliveira**.
1667 Inicialmente, conselheiro **José Marcos de Oliveira** explicou que o CNS acompanha as ações da
1668 SVS/MS no que se refere à prevenção da AIDS e dados do MS apontaram o crescimento da epidemia
1669 de AIDS, especialmente entre jovens gays. Nesse sentido, o movimento foi informado de um vídeo com
1670 um casal homossexual da Campanha do Carnaval de 2012, que fora retirado de veiculação e
1671 substituído por outro que não condiz com a realidade. Sendo assim, o CNS, atendendo manifestações
1672 e reivindicações de entidades e movimentos, incluiu o item na pauta para os devidos esclarecimentos.
1673 Além disso, destacou a preocupação com uso de recursos para elaboração de um material que não foi
1674 utilizado, sendo produzido outro para substituí-lo. O Secretário da SVS/MS, **Jarbas Barbosa**, explicou

que, desde 2011, cresce a preocupação da Secretaria em adequar as campanhas contra a AIDS ao quadro epidemiológico da doença. Destacou que dados demonstram que a velocidade entre jovens gays é maior que a população em geral e o índice de infecção nas meninas de 13 a 19 anos é maior que os meninos. Em razão desse fato, o Ministério da Saúde passou a elaborar materiais educativos para ajudar no enfrentamento dessa realidade. Também, lembrou que se observa diminuição no uso de preservativo entre os adolescentes e jovens, e que no dia 1º de dezembro – Dia Mundial de Combate à AIDS – o Ministério da Saúde lançou uma campanha contra o preconceito que sofrem as pessoas com HIV. Na linha de estimular o diagnóstico das pessoas infectadas no estágio inicial e reduzir a velocidade da transmissão, disse que o MS intensificou o Fique Sabendo e ampliou o teste rápido para AIDS. A respeito da Campanha de Carnaval 2012, explicou que o Ministério da Saúde desenvolveu diversas peças publicitárias destinadas a diferentes públicos e de veiculação em lugares específicos. Esclareceu que a reprodução do vídeo, em evento no Rio de Janeiro, com imagens de casal hetero e homossexual não era voltado à televisão aberta e que, apesar dos esclarecimentos, gerou questionamentos e inquietação. A respeito do uso de recursos, disse que a campanha do carnaval oferece testagem, envolve produção e divulgação de vídeo e que os apresentados no Rio de Janeiro – casal gay e heterossexual – serão utilizados por mais de 300 parceiros do Ministério durante o carnaval e estarão disponíveis aos interessados. Ou seja, todos os vídeos produzidos serão utilizados de acordo com a necessidade. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** disse que o vídeo reproduzido no Rio de Janeiro era voltado a jovens gays com a finalidade de ser reproduzido na TV aberta, o que não ocorreu por conta de pressão de bancadas religiosas. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** agradeceu a presença dos convidados e lamentou a ausência dessa representação na reunião do Comitê Técnico de Saúde LGBT. Destacou que a produção de campanha e retirada de circulação, sem justificativa, é um episódio recorrente e, no caso do vídeo para a campanha do carnaval 2012, solicitou justificativa para essa retirada. Disse que esse fato não pode ocorrer haja vista a importância da prevenção e garantia do direito à saúde. Conselheira **Jurema Werneck** agradeceu os convidados pela disponibilidade de estarem presentes quando chamados e destacou que esse ato demonstra o reconhecimento da parceria na defesa do melhor interesse da sociedade brasileira. Reafirmou que a retirada do vídeo teve consequências negativas e destacou que é preciso vencer o discurso fascista e mostrar na TV Aberta a realidade da população homossexual. Frisou que a luta contra a AIDS deve superar os interesses sectários do país. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** disse que o debate sobre a AIDS possibilitou politizar a questão da efetividade e da sexualidade e o tema é objeto de debate em diferentes espaços – escolas, igrejas... Em que pesem as explicações da SVS/MS, lamentou a seleção de lugares para divulgar o vídeo, uma vez que informação sem contexto e sujeito não modifica comportamento. Agradeceu a vinda do Secretário Jarbas Barbosa e sua equipe por entender que fortalece o Conselho Nacional de Saúde. Também aproveitou para lamentar a publicação da Portaria sobre portabilidade da água, porque reforça a atividade do agronegócio que compromete a saúde humana e as fontes de recursos naturais e ponderou a importância de debater esse instrumento no CNS. Por fim, informou que a CONTAG, com o apoio do DAGEP, ANVISA, e FIOCRUZ, está preparando um seminário sobre agrotóxico a fim de buscar posicionamento do governo sobre esse mal do século e considerou importante a presença do Ministro da Saúde nesse espaço. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares** agradeceu a presença do Ministério da Saúde e salientou que, ao tratar da AIDS, trabalha-se com a sexualidade e apelou para que as campanhas voltadas ao combate da AIDS não se resumam apenas ao carnaval. Para finalizar, solicitou que o MS envie mensagem a todos que brincam o carnaval – gays, lésbicas, idosos, jovens... **Retorno da mesa.** O diretor do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, **Dirceu Bartolomeu Greco**, explicou que a vinda da SVS ao CNS é uma obrigação por se tratar do local onde a política de saúde é decidida. Disse que a história de enfrentamento da AIDS não pode se perder, nem mesmo em situações onde a pressão pode ocorrer e destacou que a ora configurada será vencida. Esclareceu que a campanha do carnaval é parte de uma série de ações para prevenção da AIDS e disse que durante esse período serão distribuídos 70 milhões de preservativos. A propósito do vídeo, explicou que, após o carnaval, será apresentado nos locais onde for necessário, mas concordou que é preciso aperfeiçoar o processo, ampliando a participação social. Por fim, salientou que não haverá retrocesso nos avanços alcançados em relação à luta contra AIDS e a homofobia. O Secretário de Vigilância em Saúde (SVS/MS), **Jarbas Barbosa**, explicou que houve uma comunicação confusa sobre um tema profundo e, para clarificar, frisou que não houve pressão de fora para a retirada do vídeo. Explicou que o vídeo divulgado na TV Aberta transmite a mensagem de que jovens gays e outros devem usar preservativo e isso não irá mudar. Reiterou que filme é somente uma parte da Campanha e o casal gay ilustra um cartaz que será distribuído nas secretarias de saúde, nos centros de saúde e disponível no site do Ministério da Saúde. Assim, o tom a campanha é o mesmo das anteriores: AIDS como problema de saúde pública, população de maior risco, importância do uso de preservativo, sem preconceito. Disse que também foi elaborado material

para população específica como as travestis. Explicou que o carnaval e o 1º de dezembro são datas para dar mais visibilidade em relação à luta contra AIDS, contudo, asseverou que esse deve ser um processo contínuo. Por fim, comprometeu-se a debater a Portaria sobre a portabilidade da água. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** solicitou a participação do Secretário da SVS no processo de debate sobre agrotóxicos. Também agradeceu os convidados pela seriedade e compromisso no debate. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** convidou a direção do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais para participar da próxima reunião da Comissão de Saúde LGBT a fim de dialogar a respeito dessa questão. Conselheiro **José Marcos de Oliveira**, em que pesem os esclarecimentos, colocou o posicionamento de que retirar o vídeo educativo de circulação é fortalecer o comportamento homofóbico da sociedade. Como encaminhamento, sugeriu: aprovar recomendação do CNS ao MS solicitando a veiculação do vídeo na TV aberta e, no caso de não haver possibilidade, que fossem explicitadas as justificativas; solicitar à COFIN a análise do custo das campanhas do Ministério da Saúde, em especial a do Carnaval 2012; recomendar ao MS que as campanhas da grande mídia sejam submetidas à Comissão de AIDS e à Comissão LGBT; e reiterar que o Estado laico deve prevalecer na definição das políticas públicas. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** lembrou que está em debate resolução sobre quais temas e ações do MS devem ser submetidos ao Pleno e, nesse sentido, propôs contemplar a sugestão do conselheiro José Marcos, que será tratada na reunião de março. Conselheiro **Volmir Raimondi** fez uma fala para destacar que as propostas do CNS devem contemplar questões gerais e não específicas, assegurando a acessibilidade. **Deliberação: solicitar a COFIN análise do custo das campanhas do Ministério da Saúde, em especial a do Carnaval 2012; e tratar na recomendação sobre quais temas e ações do MS devem ser submetidos ao Pleno do CNS a proposta de apresentar ao CNS as campanhas do Ministério da Saúde de luta contra a AIDS voltadas à grande mídia.** Com esse encaminhamento, a mesa agradeceu os convidados e encerrou este item. **ITEM 10 – INFORME E INDICAÇÕES - INDICAÇÃO PARA CONITEC - GT DO LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO: INCLUSÃO DOS CIDADÃOS NA IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS** - Apresentação: **Rozângela Fernandes Camapum**, Secretária Executiva do CNS; e Coordenação: conselheiro **José Marcos de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. Primeiro, foi aberta a palavra para informes. Conselheiro **Luís Eugênio de Souza** registrou o anúncio do governo federal de um corte de R\$ 55 bilhões de reais no Orçamento de 2012 e a saúde é o setor mais atingido. Salientou que, dada a gravidade desse fato, o CNS deveria manifestar-se. A esse respeito, acordou-se que seria retomado no dia seguinte durante a reunião extraordinária do CNS. **Indicações.** **1) SECRETARIA DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRÁTEGICOS (SCTIE/MS)** - solicita a indicação de representante titular e suplente para compor a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS-CONITEC. A Secretária Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, lembrou que o tema foi apresentado na última reunião e o Pleno decidiu buscar mais informações para deliberar a respeito da participação na CONITEC. Recuperou que o Pleno do CNS não indica representante para participar de espaços com direito a voz e voto. O Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), **Carlos Augusto Grabois Gadelha**, manifestou satisfação por participar da reunião do Conselho, por entender a importância de apropriação do setor saúde dos desafios para o SUS que decorrem da ciência e tecnologia. Explicou que a CONITEC dá concretude a Lei nº. 12.401, que permite integralidade organizada com foco no direito à saúde do cidadão. Também destacou que integrar na Política de Ciência e Tecnologia a incorporação tecnológica significa orientar a pesquisa na área de ciência e tecnologia para a necessidade em saúde. Além disso, destacou que a participação de diferentes áreas do Ministério da Saúde e a participação externa na Comissão, contribui para a construção democrática e participativa. Além disso, submeter à consulta pública o processo de incorporação tecnológica, inclusive, com abrangência dos temas polêmicos garante a pluralidade e reforça a formulação coletiva. Disse que a participação do CNS na CONITEC é um avanço, apesar de reconhecer a dificuldade de participação do Colegiado em instâncias não deliberativas, como é o caso da CONITEC. A seguir, houve uma rodada de manifestações e as falas apontaram a importância da participação do CNS na Comissão. **Deliberação: o Plenário aprovou a participação de representante do CNS na CONITEC. A indicação dos nomes será feita na próxima reunião do CNS (um titular e dois suplentes). A orientação é que os representantes do CNS se abstêm das votações.** Na sequência, conselheiro **Luís Eugênio de Souza** fez a leitura da moção de apoio ao Pesquisador e médico Hermano Albuquerque de Castro, servidor da FIOCRUZ onde o CNS, entre outras questões, lamenta a tentativa de cercear a liberdade de pesquisa científica. **Deliberação: aprovada, com a abstenção do conselheiro Nelson Mussolini por desconhecer o processo, a moção de apoio ao Pesquisador e médico Hermano Albuquerque de Castro, servidor da FIOCRUZ.** O Plenário também decidiu solicitar manifestação da ANVISA e do Ministério do Meio Ambiente a respeito. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** solicitou informe sobre a intermediação do Ministério da Saúde entre a indústria farmacêutica brasileira e Cuba no sentido de

1795 agrigar novas tecnologias. Conselheiro Luís Eugênio de Souza solicitou espaço na reunião
1796 extraordinária, que ocorreria no dia seguinte para apresentar moção sobre o contingenciamento dos
1797 recursos previstos na LOA. 2) **SUBSTITUIÇÃO MEMBRO DA CONEP. NOME DO SUBSTITUTO**- Item
1798 não apresentado. Informes. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** informou que, junto com a
1799 conselheira Noemy Yamaguishi Tomita, representou o CNS no GT Rio + 20 (Agendas Nacionais de
1800 Desenvolvimento Sustentável, diálogos sociais rumo à Rio + 20) e manifestou preocupação com o fato
1801 de a saúde e o SUS não estarem mencionados como avanço (o “draft Zero”- ONU não faz referência à
1802 saúde, o que representa um retrocesso em relação à Rio 92). Frisou que é preciso modificar o texto,
1803 contemplando a saúde, uma vez que, sem saúde, não há desenvolvimento. Também ressaltou que
1804 nesse diálogo manifestou o interesse do CNS em participar dos seminários. Conselheira **Noemy**
1805 **Yamaguishi Tomita** salientou a importância de debater temas como a diminuição do uso de
1806 agrotóxicos. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** justificou a sua ausência na reunião extraordinária
1807 do dia seguinte que debateria o planejamento do CNS 2012. Conselheiro **Volmir Raimondi** informou
1808 que tentou participar do diálogo *on line* da UFMG, mas não conseguiu porque a plataforma utilizada não
1809 era acessível para as pessoas com deficiência. Disse que recebeu certificado, mas iria devolvê-lo por
1810 não se considerar apto. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** solicitou providências em relação ao
1811 relatório do Seminário de Residência Multiprofissional, realizado em setembro de 2011 e aos
1812 encaminhamentos do GT, enfatizando a importância de concluir a proposta do processo eleitoral da
1813 nova comissão de residência multiprofissional. **Deliberação: chamar a comissão de relatoria para**
1814 **concluir o relatório do Seminário; e tratar desse tema na próxima reunião da Mesa Diretora do**
1815 **CNS (concluir a proposta do processo eleitoral da nova comissão de residência**
1816 **multiprofissional).** Em seguida, a mesa fez a leitura da proposta recomendação sobre omissão
1817 de socorro, que foi aprovada. **ENCERRAMENTO** – Conselheiro **José Marcos de Oliveira** agradeceu
1818 os votos que recebeu na eleição da Presidência do CNS e encerrou a reunião. **Titulares - Abrahão**
1819 **Nunes da Silva**, Central de Movimentos Populares; **Alcides Silva de Miranda**, Centro Brasileiro de
1820 Estudos de Saúde (CEBES); **Antonio A. Oliveira**, Coordenação das Organizações indígenas da
1821 Amazônia Brasileira (COIAB); **Artur Custódio M. Souza**, (MORHAN); **Cleuza C. Miguel**,
1822 MOPEM/FEBRAPEM; **Cid Pimentel**, (MPS); **Clóvis A. Boufleur**, Conferência Nacional dos Bispos do
1823 Brasil (CNBB); **Fernanda Lou Sans Magano**, (FENAPSI); **Fernando S. Souza**, Fórum de Presidentes
1824 de Conselhos Distritais de Saúde Indígena; **Francisco Batista Júnior**, Confederação Nacional dos
1825 Trabalhadores em Seguridade Social/Central Única dos Trabalhadores; **Geraldo Alves Vasconcelos**,
1826 (ABO); **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos
1827 Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos
1828 Trabalhadores do Brasil (CGTB); **José Cechin**, Federação Nacional de Saúde Suplementar; **José**
1829 **Marcos de Oliveira**, Movimento Nacional de Luta Contra a Aids; **Jurema Pinto Werneck**, Articulação
1830 de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras (AMNB); **Luiz Alberto Catanoce**, Sindicato Nacional
1831 dos Aposentados (SIND-NAP); **Luiz Odorico Monteiro de Andrade**, Ministério da Saúde (MS); **Maria**
1832 **Cristina Pedro Biz**, (CFF); **Maria do Socorro de Souza**, Confederação Nacional dos Trabalhadores
1833 na Agricultura (CONTAG); **Maria de Lourdes Alves Rodrigues**, Liga brasileira de Lésbicas (LBL);
1834 **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos**, Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e
1835 Direitos Reprodutivos; **Marisa Furia Silva**, ABRA/FNDPD; **Maria Thereza Antunes**, Federação
1836 Brasileira das Associações de Síndrome de Down; **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação
1837 Nacional da Indústria (CNI); **Nildes de Oliveira Andrade**, Federação Nacional das Associações de
1838 Celíacos do Brasil–FENACELBRA; **Olympio Távora Derze Correa**, Confederação Nacional da Saúde,
1839 Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS); **Rosangela da Silva Santos**, Federação das
1840 Associações de Renais e Transplantados do Brasil (FARBRA); (FARBRA); **Ruth Ribeiro Bittencourt**,
1841 (CFESS); **Sandra Regis**, CEPA Brasil; **Ubiratan Cassano Santos**, União Nacional dos Estudantes
1842 (UNE); **Volmir Raimondi**, União Brasileira de Cegos (UBC); **Wilen Heil e Silva**, Conselho Federal de
1843 Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); e **Zilda de Faveri Vicente Souza**, Associação
1844 Brasileira de Alzheimer (ABRAZ). **Suplentes – Ana Maria Rodrigues da Silva**, Confederação das
1845 Mulheres do Brasil (CMB); **Aníbal Gil Lopes**, (CNBB); **Carlos Alberto E. Duarte**, MNAIDS/GAPA;
1846 **Celso Bittencourt dos Anjos**, (CFMV); **Eliane Aparecida da Cruz**, Ministério da Saúde (MS); **Elísio**
1847 **Nunes Ribeiro**, SINAGENCIAS; **Eurídice Ferreira de Almeida**, (FASUBRA); **Francisco Rego**
1848 **Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEnFisio); **Gilson Silva**, Força Sindical
1849 (FS); **Graciara Matos de Azevedo**, Conselho Federal de Odontologia (CFO); **Ivone Evangelista**
1850 **Cabral**, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); **José Eri Medeiros**, CONASEMS; **José Naum**
1851 **de Mesquista Chagas**, Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais (ABRATO); **Júlia Maria S.**
1852 **Roland**, Ministério da Saúde (MS); **Laudaci V. dos Santos**, (ANAPAR); **Lázaro Luiz**, (CNC); **Luis**
1853 **Eugenio de Souza**, (ABRASCO); **Maria Ermínia Ciliberti**, Conselho Federal de Psicologia (CFP);
1854 **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Nelcy Ferreira**

1855 **da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); **Noemy Yamaghishi Tomita**, Conselho Federal
1856 de Biologia (CFBio); **Pedro Tourinho de Siqueira**, (ANPG), **Renato Soares do Nascimento**, (MPOG);
1857 **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR); **Vânia Lúcia**
1858 **Ferreira**, Pastoral da Pessoa Idosa; e **Verônica Lourenço da Silva**, Liga Brasileira de Lésbicas (LBL).