



1
2 MINISTÉRIO DA SAÚDE
3 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
4
5
6

7 ATA DA DUCENTÉSIMA TRIGÉSIMA PRIMEIRA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO
8 NACIONAL DE SAÚDE – CNS
9

10
11 Aos quatorze e quinze dias do mês de março de dois mil e doze, no Plenário do Conselho
12 Nacional de Saúde Omilton Visconde, Ministério da Saúde, Bloco G, Edifício Anexo, 1º andar,
13 ala "B", Brasília, Distrito Federal, realizou-se a Ducentésima Trigésima Primeira Reunião
14 Ordinária do Conselho Nacional de Saúde - CNS. A reunião iniciou-se às 9h20 e a mesa
15 abertura foi composta por conselheira **Marisa Furia Silva**, na condição de representante da
16 Mesa Diretora do CNS e **Rozângela Fernandes Camapum**, Secretária Executiva do CNS.
17 Após cumprimentar os presentes e os internautas que acompanhavam a reunião em tempo
18 real, conselheira **Marisa Furia Silva** registrou a presença da Sra. **Vera Caovilla**, Presidente da
19 Associação Brasileira de Alzheimer de São Paulo e deu boas vindas ao conselheiro **Edson**
20 **Rogati**, que assume a titularidade na representação dos prestadores de serviços de saúde no
21 CNS, em substituição ao conselheiro **Olympio Távora D. Corrêa**. Após, procedeu ao primeiro
22 item da pauta. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DA PAUTA DA 231ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS –**
23 **APROVAÇÃO DA ATA DA 230ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS – Conselheira Marisa**
24 **Furia Silva submeteu à apreciação do Plenário a pauta da reunião, que foi aprovada com**
25 **o cancelamento do item 7 por conta da impossibilidade da participação de representante**
26 **do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.** Por conta desse adiamento, seriam
27 feitos ajustes na pauta. **Após, submeteu à votação a ata da 230ª Reunião Ordinária do CNS**
28 **que foi aprovada, por unanimidade, com as considerações da Conselheira Rosangela da**
29 **Silva Santos, Conselheiro Nelson Mussolini e Conselheira Nildes de Oliveira Andrade.**
30 **ITEM 2 – LANÇAMENTO DO SISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DE CONSELHOS DE**
31 **SAÚDE – SIACS - Composição da mesa:** **Rozângela Fernandes Camapum**, Secretária
32 Executiva do CNS; **Willian de Lima Barreto**, da equipe de Comunicação da SE/CNS;
33 **Marcilon Silva Cunha Alves**, líder técnico de Projetos do DATASUS. **Coordenação:**
34 Conselheira **Marisa Furia Silva**, da Mesa Diretora do CNS. A Secretaria Executiva CNS,
35 **Rozângela Fernandes Camapum**, fez o lançamento oficial do Sistema de Acompanhamento
36 dos Conselhos de Saúde – SIACS, um projeto que teve início em 2009 após a decisão do
37 Plenário do CNS de atualizar o Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde. Explicou que o
38 SIACS foi elaborado pela Secretaria Executiva do CNS, em parceria com o DATASUS/MS e,
39 após debate na última reunião da Mesa Diretora do CNS, definiu-se pela mudança do nome
40 “Cadastro” para “Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde”. Também lembrou
41 que o plano de ação, aprovado na última reunião do CNS, em resposta ao Acórdão da 1ª
42 Câmara do Tribunal de Contas da União (TCU) nº. 1.660, de 22 de março de 2011, prevê a
43 implantação do novo Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde. Disse que a
44 intenção é colocar o Sistema em funcionamento após o lançamento e coletar os dados dos
45 conselhos de saúde até julho de 2012. Feitas essas considerações, apresentou histórico para
46 elaboração do Sistema: 2004: 12ª Conferência Nacional de Saúde – deliberação para criação
47 de Cadastro de Conselhos de Saúde; 2005: lançamento do Cadastro Nacional de Conselhos
48 de Saúde – CNCS; 2008: última atualização dos dados do Cadastro (CNCS); 2009: início da
49 atualização do Sistema pela SE/CNS em parceria com Datasus, DAGEP/SGEP e Fiocruz; e
50 2010/2011: junção da proposta do Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde – CNCS, do
51 Participa Net e Proposta de Cadastro da Fiocruz que resultou no SIACS. Detalhou que são
52 objetivos do Cadastro: transformar o Cadastro (CNCS) do sistema FORMSUS em uma
53 ferramenta com consultas e relatórios mais flexíveis; inserir novos dados no Sistema; facilitar o
54 acesso dos Conselhos de Saúde, estudantes, pesquisadores e sociedade civil; e garantir um
55 cadastro único para os Conselhos de Saúde, fortalecendo o Controle Social no SUS. Explicou

que o monitoramento do SIACS será feito pela Secretaria Executiva do CNS, pelo Departamento de Apoio à Gestão Participativa – DAGEP/SGEP, pelo Departamento de Articulação Interfederativa - DAI/SGEP e pelo Departamento de Ouvidoria Geral do SUS - DOGES/SGEP. Acrescentou que as parcerias são as seguintes: Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, CONASS, CONASEMS, consultoria jurídica do MS e assessoria de controle interno do MS. Em relação ao preenchimento do SIACS, disse que será feito pelas Secretarias Executivas e pelos presidentes dos Conselhos de Saúde. Entendendo a necessidade de capacitação para o preenchimento dos dados, informou que foi realizada reunião com as Secretarias Executivas dos CESs e os coordenadores da Plenária de Conselhos de Saúde com a finalidade de orientar e estimular o preenchimento do Sistema (o prazo para envio das informações é junho de 2012). Explicou que nesse primeiro momento os Conselhos de Saúde Indígena não foram contemplados no processo devido às especificidades desses colegiados. Contudo, a demanda trazida pela CINI/CNS foi enviada ao DATASUS e o preenchimento por esses Conselhos será possível dentro de 30 a 40 dias. Concluída a explanação, o técnico da equipe de comunicação da SE/CNS, **Willian Barreto**, fez uma simulação de preenchimento do Sistema para mostrar o funcionamento. **Manifestações**. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** saudou a iniciativa e solicitou empenho para garantir o preenchimento do Sistema, de forma a possibilitar o acompanhamento da situação dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. Também sugeriu a elaboração de um histórico do processo de acompanhamento dos Conselhos de Saúde. Conselheira **Rosangela da Silva Santos** perguntou se é possível incluir link para obter indicadores/dados percentuais sobre a situação dos conselhos de saúde (quantas e quais comissões os conselhos possuem, por exemplo), por entender que pode incentivar os conselhos a formar comissões essenciais como de orçamento e financiamento. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** iniciou a sua fala manifestando satisfação por retornar ao CNS na condição de conselheiro e debater o Cadastro de Conselhos que ajudou a construir. A respeito do Sistema, perguntou se é possível incluir um campo para detalhamento sobre as comissões dos Conselhos em funcionamento. No mais, avaliou que deve ser obrigatório o envio da cópia da lei de criação do Conselho, uma vez que a norma permite comparar as informações prestadas com a realidade dos conselhos. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares** manifestou satisfação com o SIACS e perguntou se o Sistema levanta informações detalhadas sobre a representação das entidades que compõem os Conselhos de Saúde – gênero, idade, por exemplo. Conselheiro **Geraldo Alves Vasconcelos** cumprimentou a SE/CNS pelo Sistema, mas lamentou que a CICIS não tivesse sido convidada a participar da construção, como já aconteceu em outras ocasiões. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** esclareceu que o SIACS é mais amplo que um cadastro de conselhos, sendo o preenchimento dos dados a primeira etapa. No seu modo de ver, a segunda etapa será a definição de indicadores de avaliação dos dados a serem atualizados, se possível, a cada mês. Lembrou que a adesão ao Sistema é voluntária, o que demanda a definição de estratégias para tornar o sistema atrativo como dar credibilidade às informações prestadas. Em síntese, disse que o momento é de divulgação da proposta e incentivo ao preenchimento e, após, estudo dos dados e definição de ações mais efetivas. Por fim, propôs a inclusão de um campo para sugestões voltadas ao aprimoramento do Sistema. Conselheira **Maria Cristhina Biz** também cumprimentou a iniciativa e concordou que o levantamento da situação dos conselhos é a primeira fase do processo cujo objetivo final é fornecer subsídios para fiscalização e controle social. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** salientou que, dada a relevância da proposta, deveria ter sido discutida na CICIS para, inclusive, receber contribuições. Recuperou que o Plenário, ao debater o Cadastro de Conselhos de Saúde pela primeira vez, apontou a necessidade desse Cadastro ficar sob a responsabilidade do CNS. Nessa linha, avaliou que o SIACS deve ser um Cadastro do CNS, o que não impede o governo de elaborar outro. **Retorno da mesa.** A Secretaria Executiva CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, começou destacando que a parceria com MS, CONASS e CONASEMS foi essencial para concluir o Sistema e reiterou a necessidade de empenho dos conselhos e governo para garantir o preenchimento até junho de 2012. Informou que é possível obter relatório estatístico sobre qualquer dado do Sistema, por exemplo, comissões e entidades. Contudo, o Sistema não possui nome de conselheiros, por conta das recorrentes mudanças nas representações. Esclareceu ainda que nesse primeiro momento não há obrigatoriedade de envio da lei de criação dos conselhos, tendo em vista as eventuais dificuldades de envio pelos conselhos de pequenos municípios. Disse que em junho de 2012, em um segundo momento, será feita avaliação dos dados, com trabalho pontual acerca dos conselhos que não preencheram o Sistema ou não enviaram cópia da Lei. Feita essa avaliação, o envio da Lei

116 será um campo obrigatório do Sistema. A respeito da atualização dos dados, disse que,
117 inicialmente, serão feitos balanços semestrais, mas a intenção é diminuir esse prazo. Também
118 avaliou que a proposta de incluir um campo para sugestões de aprimoramento do Sistema é
119 interessante e viável. Registrhou ainda que há consenso com os gestores sobre um único
120 cadastro de conselhos (SIACS), sob a coordenação do CNS. Por fim, desculpou-se pelo não
121 envolvimento da CICIS/CNS na construção do processo e ressaltou que a Comissão pode
122 participar do monitoramento. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** sugeriu que a primeira
123 base de dados do SIACS valha por um ano – de março de 2012 a março de 2013 – na linha de
124 qualificar as informações. O técnico de Comunicação da SE/CNS, **Willian de Lima Barreto**,
125 explicou que o Sistema possui campos para levantar dados sobre conselheiros, mandato da
126 presidência e mesa diretora, entre outros. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** ponderou que o
127 envio de cópia da lei de criação deveria ser campo obrigatório, uma vez que é preciso
128 comparar os dados com a lei de criação dos Conselhos inclusive para dar credibilidade ao
129 Sistema. A Secretaria Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, explicou que a
130 opção de não incluir como campo obrigatório o envio da lei foi adotada segundo a avaliação de
131 que alguns municípios pequenos teriam dificuldades para enviar cópia dessa norma, mas, se o
132 Pleno assim entendesse, poderia ser um campo obrigatório. Conselheira **Eliane Aparecida da**
133 **Cruz** concordou com a inclusão de envio da lei como campo obrigatório, contudo, lembrou que,
134 nesse primeiro momento, a intenção é verificar o cumprimento da Resolução nº. 333, a fim de
135 cumprir o Acórdão do TCU nº. 1.660/2011. A verificação dos dados de acordo com a lei será
136 feita posteriormente. Conselheiro **Clóvis Boufleur** salientou que é preciso definir o que fazer
137 com as informações coletadas, inclusive para não fragilizar o processo. Conselheira **Maria de**
138 **Lourdes Rodrigues** perguntou sobre a possibilidade de debater a proposta na próxima
139 reunião da CICIS/CNS, a depender da urgência do lançamento. A Secretaria Executiva do
140 CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, explicou que o lançamento do SIACS foi feito
141 naquele momento para cumprir os prazos definidos no Acórdão do TCU, o que não impede o
142 debate na próxima reunião da CICIS/CNS. Conselheiro **Clóvis Boufleur** propôs que a
143 CICIS/CNS acompanhe o processo de evolução do Sistema e lembrou que o aprimoramento
144 desse instrumento pode ser feito ao longo da implantação, inclusive com a definição de
145 critérios/indicadores. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** explicou que o governo recebeu a
146 demanda de cumprir o Acórdão do TCU e o levantamento das informações sobre os conselhos
147 é parte desse processo. Na sua avaliação, o CNS deve trabalhar em três etapas: 1) cumprir o
148 Acórdão do TCU; 2) estimular o preenchimento do SIACS; e 3) definir forma para trabalhar os
149 dados (levantamento: de março de 2012 a março de 2013). Por fim, frisou que o Sistema é
150 uma vitória do movimento social, porque permite verificar se os conselhos de saúde estão de
151 acordo com a legislação da saúde e do CNS. A Secretaria Executiva do CNS, **Rozângela**
152 **Fernandes Camapum**, salientou que o monitoramento do Sistema é feito pela CICIS/CNS e
153 SE/CNS em parceria com outros setores do MS e, nessa linha, sugeriu pautar o tema na
154 próxima reunião da Comissão para, entre outros aspectos, definir as tarefas da Comissão e da
155 Secretaria Executiva do CNS. Conselheira **Marisa Furia Silva** salientou que se trata de um
156 processo em construção, com possibilidade de correção de rumos no processo e a intenção é
157 fazer o levantamento dos dados por um ano (março de 2012 a março de 2013). **A respeito**
158 **desse tema, acordou-se que o monitoramento do Sistema será feito pela SE/CNS e pela**
159 **CICIS/CNS. O tema será pauta da próxima reunião da Comissão. Em março de 2013, os**
160 **dados do Sistema serão avaliados (período março de 2012 a março de 2013).** ITEM 3 –
161 **AÇÕES DO CNS PARA 2012** - Apresentação: Conselheiro **Clóvis A. Boufleur**, da Mesa
162 Diretora do CNS. Coordenação: Conselheira **Marisa Furia Silva**, da Mesa Diretora do CNS.
163 Iniciando, conselheiro **Clóvis Adalberto Boufleur** fez um breve resgate do processo de
164 construção do Planejamento das Ações do Conselho Nacional de Saúde 2012, elaborado com
165 base nas diretrizes e propostas aprovadas na 14ª Conferência Nacional de Saúde. Após,
166 submeteu à apreciação do CNS o texto final do Planejamento, que fora encaminhado
167 previamente aos conselheiros. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** solicitou a inclusão de
168 nova ação na diretriz 9, conforme aprovado no debate do Planejamento: "Promover ações de
169 segurança alimentar e nutricional referente ao Relatório Final do Seminário Nacional de
170 Políticas de Alimentação e Nutrição no SUS – PNAM 10 anos." **Deliberação: aprovado o**
171 **Planejamento das Ações do Conselho Nacional de Saúde 2012 elaborado com base nas**
172 **diretrizes e propostas aprovadas na 14ª Conferência Nacional de Saúde, com a inclusão,**
173 **na diretriz 9, da proposta: "Promover ações de segurança alimentar e nutricional**
174 **referente ao relatório final do seminário nacional de políticas de alimentação e nutrição**
175 **no SUS – PNAM 10 anos."** Na sequência, conselheiro **Clóvis A. Boufleur** apresentou a

176 proposta da Mesa Diretora do CNS para a realização das conferências temáticas aprovadas
177 pelo CNS:a) convocar a V Conferência Nacional de Saúde Indígena em 2012 e realizar em
178 2013, dada a especificidade da área de saúde indígena que possui subsistema de saúde; e b)
179 remeter ao GT de Monitoramento da 14^a CNS, para definição de estratégia para realização,as
180 seguintes conferências temáticas: III Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação
181 em Saúde; IV Conferência Nacional de Saúde Bucal; IV Conferência Nacional de Saúde do
182 Trabalhador; Conferência Nacional de LGBT; Conferência Nacional de DST/AIDS, Tuberculose
183 e Hepatite; Conferência Nacional de Vigilância Sanitária; e II Conferência Nacional da Saúde
184 da Mulher. Conselheira **Marisa Furia Silva** defendeu a realização de uma conferência nacional
185 de patologias e deficiências. Conselheira **Rosangela da Silva Santos** reforçou a proposta de
186 realizar conferência nacional de patologias e deficiências com a finalidade de debater temas
187 como patologias não contempladas, protocolos clínicos, entre outros aspectos. Acrescentou
188 que a Comissão de Patologias do CNS está trazendo representação dos conselhos de saúde
189 que possuem comissões sobre esse tema na linha de trazer as demandas dos municípios.
190 Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** lembrou que desde a 12^a CNS defende-se a revisão do
191 modelo das conferências de saúde e, considerando que as temáticas reproduzem o modelo da
192 conferência nacional, avaliou que é preciso debater o modelo das conferências nacionais antes
193 de tomar decisão sobre as temáticas. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** salientou que, na linha
194 da consideração do conselheiro Carlos Alberto, a Mesa Diretora do CNS decidiu remeter as
195 conferências temáticas ao GT da 14^a CNS para definição de estratégia. Conselheira **Maria do**
196 **Espírito Santo Tavares** avaliou que a 14^a CNS conseguiu avançar em relação às conferências
197 anteriores, em que pese a necessidade de mais mudanças nesse processo. A respeito das
198 temáticas, defendeu a realização da II Conferência Nacional da Saúde da Mulher em 2013 para
199 debater, entre outros aspectos, as ações de saúde voltadas à mulher. Conselheira **Maria de**
200 **Lourdes Rodrigues** concordou que é preciso definir a agenda de eventos de acordo com as
201 deliberações da 14^a CNS e que o formato das conferências temáticas seja objeto de debate do
202 GT de Monitoramento pós 14^a CNS. Conselheiro **Antônio Marcos A. de Oliveira** registrou que
203 a V Conferência Nacional de Saúde Indígena é de grande importância para os povos indígenas
204 e defendeu a sua realização em 2013. A respeito das conferências nacionais de saúde, relatou
205 que os povos indígenas enfrentam dificuldade para inclusão das propostas desse segmento
206 nas etapas municipais e, diante da metodologia adotada na 14^a CNS, não puderam apresentar
207 propostas na etapa nacional. Por isso, solicitou a redefinição do modelo de construção das
208 propostas a fim de possibilitar a participação dos povos indígenas no processo de elaboração
209 da política de saúde. Conselheiro **Clóvis Boufleur** identificou, a partir das intervenções,
210 consenso sobre: a necessidade de aprimorar o formato das conferências nacionais de saúde,
211 apesar dos avanços da 14^a CNS; e a proposta de realização das conferências temáticas,
212 conforme proposto pela Mesa Diretora do CNS. Sendo assim, colocou em votação a proposta
213 da Mesa Diretora do CNS. **Deliberação: aprovada a seguinte proposta de realização das**
214 **conferências temáticas: 1) convocar a V Conferência Nacional de Saúde Indígena em**
215 **2012 e realizar em 2013; 2) remeter ao GT de Monitoramento da 14^a CNS,para definição**
216 **de estratégia de realização,as seguintes conferências temáticas: III Conferência Nacional**
217 **de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde; IV Conferência Nacional de Saúde Bucal;**
218 **IV Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador; Conferência Nacional de LGBT;**
219 **Conferência Nacional de DST/AIDS, Tuberculose e Hepatite; Conferência Nacional de**
220 **Vigilância Sanitária; II Conferência Nacional da Saúde da Mulher; e Conferência Nacional**
221 **de Patologias e Deficiências.** Diante dessa decisão, conselheiro **Clóvis A. Boufleur**
222 apresentou a sugestão da CISI/CNS que o Ministro da Saúde, no dia 19 de abril, anuncie a
223 convocação da V Conferência Nacional de Saúde Indígena. Conselheira **Maria do Espírito**
224 **Santo Tavares** reforçou a importância da realização da II Conferência Nacional da Saúde da
225 Mulher em 2013. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** ressaltou que a demanda será debatida pelo
226 GT de Monitoramento pós 14^a CNS. A seguir, apresentou a proposta da Mesa Diretora do CNS
227 para os eventos temáticos aprovados no CNS e não realizados: 1) Realizar no primeiro
228 semestre de 2012: 1.1 Seminários Regionais de Educação Permanente para o Controle Social
229 no SUS – 400 pessoas; 1.2 Seminário Nacional COFIN – 700 pessoas; 1.3 Seminário Nacional
230 COFIN com Coordenadores de Comissões – 76 pessoas; 1.4 Seminário Internacional: Inclusão
231 dos Cidadãos nas Políticas Públicas de Saúde – 200 pessoas; e 1.5 Seminário Nacional de
232 Integração do Ministério Público e o Controle Social – (25/06 a 06/07).2) Realizar no segundo
233 semestre de 2012 (de acordo com dinâmica a ser definida por GT do CNS – sugestão inicial:
234 simpósio): 2.1 Seminário de Saúde da População Negra – 150 pessoas; 2.2 Seminário de
235 Comunicação e Informação em Saúde – 200 pessoas; 2.3Seminário de Gênero e Saúde da

Mulher – 150 pessoas; 2.4 Seminário de Saúde e Meio Ambiente – 120 pessoas; 2.5 Seminário sobre Patologias e Deficiências – 200 pessoas; 2.6 Seminário Intercomissões (CIST, CIAN e CISAMA) - 150 pessoas; 2.7 Seminário Nacional sobre Saúde Mental – 150 pessoas; 2.8 Seminário Nacional sobre Vigilância Sanitária; 2.9 Seminário Nacional sobre Saúde da Pessoa Idosa – 400 pessoas; 2.10 Seminário Nacional sobre Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde LGBT; 2.11 Encontro das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador. A proposta é constituir GT do CNS para definir estratégia de realização desses seminários (possibilidade: simpósio). A Secretária Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, explicou que os Seminários de Educação Permanente seriam realizados em parceria com o de Comunicação e Informação em Saúde. **Manifestações.** Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** concordou com a realização dos seminários temáticos, mas solicitou cuidado para não transformá-los em uma conferência com vários temas. Também perguntou a intenção do seminário de saúde mental um ano e meio após a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares** lembrou que no início de 2012 o Plenário decidiu que no dia internacional de ação pela saúde da mulher, 28 de maio, seria realizada atividade para debater o tema “saúde integral da mulher”. Portanto, defendeu a realização dessa atividade haja vista a ocorrência de graves situações relacionadas à saúde da mulher como a decisão do prefeito de Anápolis/GO que proibiu a realização de aborto legal (casos previstos em lei) nos hospitais públicos do município. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** manifestou preocupação com novo adiamento do debate sobre vigilância sanitária, apesar da importância desse tema. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** propôs a realização de um seminário sobre práticas integrativas e complementares do SUS com a finalidade de difundir essas práticas pelo país. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** concordou com a realização do Seminário Nacional sobre Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde LGBT no final de 2012, mas, por outro lado, defendeu a realização do Seminário de Gênero e Saúde da Mulher no primeiro semestre. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** avaliou que os seminários dos quais participara em 2011 tiveram o mesmo público para temas diferentes, com pouco aprofundamento do debate e alto investimento para realização. Nesse sentido, concordou com a proposta da Mesa Diretora do CNS para realização dos seminários temáticos, entendendo ser necessário definir foco, conteúdo, público e resultado esperado desses eventos (na sua avaliação, esses seminários devem repercutir na pauta do CNS). Conselheiro **Luiz Odorico Monteiro de Andrade**, primeiro, defendeu a proposta da Mesa Diretora do CNS que define foco e resultado. Também informou a realização do primeiro de uma série de cinco seminários regionais sobre gestão participativa e políticas de promoção da equidade – um desafio para gestão do SUS. Acrescentou que o Ministério da Saúde repassou recursos para Estados com a finalidade de criar fóruns e comitês estaduais voltados à implantação das políticas de equidade. Conselheira **Maria Crissthina Pedro Biz** destacou a importância dos seminários para debater demandas e definir ações e estratégias e concordou com a proposta de realizar simpósio com temáticas comuns, ainda que o público seja distinto. Conselheira **Marisa Furia Silva** defendeu a realização de um seminário específico sobre a saúde da pessoa com deficiência, lembrando que ¼ da população do Brasil é de pessoas com deficiências e o orçamento da Coordenação da Pessoa com Deficiência é de apenas R\$ 32 milhões. Também avaliou que é preciso realizar seminário sobre saúde da pessoa com patologias. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** defendeu a realização do Seminário Intercomissões - CIST, CIAN e CISAMA– para tratar de temas atuais como qualidade dos alimentos, uso de agrotóxicos, saúde do trabalhador, meio ambiente. Diante das falas, conselheiro **Clóvis A. Boufleur** colocou em apreciação o seguinte encaminhamento: as Comissões do CNS deverão reunir-se com a finalidade de elaborar proposta para os seminários, a serem realizados no formato de simpósio no segundo semestre de 2012, pois o CNS não dispõe de orçamento e estrutura técnica para realizar essas atividades individualmente; e realizar o Seminário sobre Saúde da Mulher em maio de 2012. Antes da deliberação, a mesa abriu para esclarecimentos. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** informou que a ANVISA se dispôs a custear o Seminário Nacional sobre Vigilância Sanitária, portanto, poderia ser realizado no primeiro semestre. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** formalizou o pedido de informações ao Ministério da Saúde sobre os investimentos na assistência farmacêutica, nos últimos quatro anos, por programa (do Programa Farmácia Popular ao Saúde não tem Preço) para subsidiar o debate na Comissão de Assistência Farmacêutica sobre a situação da assistência farmacêutica como um todo. Sendo assim, sugeriu que o tema seja tratado no simpósio, lembrando a crise de medicamentos que ocorre no país, de um modo geral. Conselheira **Rosangela da Silva Santos** solicitou também

informações do Ministério da Saúde sobre os protocolos clínicos, lembrando que houve mudanças no art. 6º da Lei nº. 8.080/90. No mais, perguntou como fica a situação das Comissões que ainda não se reuniram. Conselheiro **Clóvis Boufleur** explicou que as Comissões devem marcar as suas reuniões e elaborar proposta para realização do seminário. No mais, informou que a SE/CNS solicitará ao MS o envio de informações sobre os protocolos clínicos à Comissão como subsídio para o planejamento do Seminário. Conselheiro **Celso B. dos Anjos** reiterou a importância de debater as questões da vigilância sanitária do ponto de vista da baixa complexidade, uso de agrotóxicos, entre outros. Na sua avaliação, as questões de vigilância sanitária não são tratadas pela ausência de vigilância em saúde no país. Também destacou que a rede LACEN não realiza testes em relação a uma série de produtos por falta de incentivo. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** salientou que é preciso definir o que se deve tratar com o CNS e com o MS – definir o que deve ser tratado nas comissões; as informações que devem ser encaminhadas aos conselheiros ou entidades; e o que deve ser tratado no Pleno. Também sugeriu que a Mesa Diretora do CNS reserve um período das próximas reuniões do CNS para tratar de temas pendentes. Conselheira **Nádia Elizabeth Barbosa** destacou os casos de contaminação com o vírus da hepatite B e C em máquinas de hemodiálise, procedimentos cirúrgicos e ressaltou que a vigilância sanitária é fundamental para trabalhar a prevenção. Conselheira **Rosangela da Silva Santos** lembrou que a Lei Complementar nº. 141/2012 dispõe sobre monitoramento e o MS deve disponibilizar dados para que as Comissões do CNS realizem esse monitoramento. Encerradas as inscrições, a mesa colocou em apreciação a proposta para realização dos seminários do CNS. **Deliberação: aprovada a seguinte proposta para realização dos eventos temáticos:** 1) realizar no primeiro semestre de 2012: a) 5 Seminários Regionais de Educação Permanente para o Controle Social no SUS e Comunicação e Informação em Saúde – 400 pessoas; b) Seminário Nacional COFIN – 700 pessoas; c) Seminário Nacional COFIN com Coordenadores de Comissões – 76 pessoas; d) Seminário Nacional de Integração do Ministério Público e o Controle Social; e e) Seminário de Gênero e Saúde da Mulher – 150 pessoas. O Plenário formou um GT (composto por conselheiro Gilson Silva, conselheira Lucimar Batista, conselheiro Francisco Batista Júnior; Ruth Ribeiro Bittencourt; e conselheira Júlia Maria Roland) para, em parceria com o Ministério Público, preparar o Seminário Nacional de Integração do Ministério Público e o Controle Social; 2) constituir GT para definir uma proposta para realização, em conjunto, no segundo semestre de 2012 dos seguintes seminários: a) Seminário de Saúde da População Negra – 150 pessoas; b) Seminário de Comunicação e Informação em Saúde – 200 pessoas; c) Seminário de Saúde e Meio Ambiente – 120 pessoas; d) Seminário sobre Patologias e Deficiências – 200 pessoas; e) Seminário Intercomissões (CIST, CIAN e CISAMA) - 150 pessoas; f) Seminário Nacional sobre Saúde Mental – 150 pessoas; g) Seminário Nacional sobre Vigilância Sanitária; h) Seminário Nacional sobre Saúde da Pessoa Idosa – 400 pessoas; i) Seminário Nacional sobre Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde LGBT; j) Seminário Nacional sobre Políticas de Equidade; e k) Seminário Internacional: Inclusão dos Cidadãos nas Políticas Públicas de Saúde – 200 pessoas (será realizado em novembro de 2012). Foram indicados para compor o GT: conselheira Maria Ermínia Ciliberti, conselheira Maria Cristina Biz, conselheira Nádia Elizabeth Barbosa, conselheira Maria de Lourdes Rodrigues e conselheiro José Eri de Medeiros. Inversão de pauta. O informe da Comissão Intergestores Tripartite foi transferido para o segundo dia de reunião. **ITEM 10 - INFORMES E INDICAÇÕES - PROPOSTA ORÇAMENTÁRIA DO CNS 2012** – A Secretaria Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, apresentou a Proposta Orçamentária do CNS 2012, no valor de R\$ 10.000.000,00:1. Passagens, diárias e indenização de embarque e desembarque: 1.1 Reuniões do Plenário do CNS: 1.1.1 Reuniões Ordinárias (12) - R\$ 730.854,00; 1.1.2 Reuniões Extraordinárias (2 – eleição do CNS e posse) - R\$121.809,00; 1.2) Plenária Nacional de Conselhos - 1.2.1 – Representação da Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde no Pleno do CNS (12 reuniões, sendo 4 participantes cada) - R\$ 65.304,00; 1.2.2 – Representação da Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde no Pleno do CNS – Extraordinária - R\$ 10.884,00; 1.2.3 – Reuniões da Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde - R\$ 136.050,00; Total final das reuniões da Plenária Nacional de Conselhos: R\$ 212.238,00. 1.2 Reuniões da Mesa Diretora do CNS (12)- R\$ 107.646,00. 1.3 Reuniões das Comissões. 1.3.1 21 Comissões – reuniões trimestrais - 2 dias (média de 7 integrantes cada): R\$ 799.974,00; 1.3.2 Comissões com reunião mensal: a) COFIN: R\$ 114.282,00; b) CIRH: 163.260,00; c) CONEP: as despesas com reunião da Comissão e Grupos

356 de Trabalho correrão por conta da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
357 (SCTIE/MS). 1.3.3 Comissão com reunião trimestral (CIST) custeio de onze integrantes – R\$
358 59.862,00. Total final das reuniões das Comissões R\$ 1.207.104,80. 1.4 Eventos Externos:
359 1.4.1 Fórum Social Mundial - R\$ 34.741,00; 1.4.2 Outras Participações por indicação (100
360 indicações) - R\$ 136.050,00. Total final dos eventos externos - R\$ 170.791,00. 1.5) Eventos
361 Temáticos: 1.5.1 Seminário Nacional Sobre Financiamento do SUS - 700 pessoas: R\$
362 717.680,00; 1.5.2 Seminário da COFIN para os coordenadores e coord. Adjuntos das
363 comissões do CNS - 76 pessoas: R\$ 86.222,50; 1.5.3 XVII Plenária Nacional de Conselhos de
364 Saúde – de 1.500 a 2.000 pessoas: R\$ 1.463.311,50; 1.5.4 V Conferência Nacional de Saúde
365 Indígena: 1.5.4.1 Reuniões da Comissão Organizadora: R\$ 142.037,50; 1.5.5 – Outros
366 Seminários Temáticos - o montante disponível é de R\$ 1.906.205,70. 2) 11º Termo de Ajuste
367 ao 23º Termo de Cooperação e Assistência Técnica entre o Ministério da Saúde: R\$
368 2.574.100,00. 3) Capital: R\$ 60.000,00. 4) Publicações: R\$ 500.000,00. Total dos gastos
369 estimados: R\$ 10.000.000,00. Por fim, explicou que o Presidente do CNS afirmou que não
370 haverá nenhum corte em diárias e passagens do CNS e a Secretaria Executiva elaborou uma
371 proposta com base nisso. Conselheiro **Geraldo Alves Vasconcelos** perguntou se o valor da
372 diária pago a conselheiros é o mesmo em qualquer evento de que participe (R\$ 321) e foi
373 esclarecido que sim. Também quis saber sobre o orçamento para reforma do Plenário do CNS
374 e foi esclarecido que o orçamento é do MS. **Deliberação: aprovada a proposta orçamentária**
375 **do CNS 2012. A SE/CNS redistribuirá os valores para os seminários temáticos,**
376 **considerando o calendário definido pelo Plenário para esses eventos.** **APRESENTAÇÃO**
377 **DO SISTEMA DE CONTROLE DE ACESSO DE CONSELHEIROS – SISAC** – Inicialmente, a
378 Secretaria Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, recuperou que em 2009 o
379 Plenário decidiu elaborar um sistema para coleta de assinatura digital dos conselheiros, pois o
380 livro de assinatura não possibilitava a aferição fidedigna da presença dos conselheiros. Sendo
381 assim, em agosto de 2009, a SE/CNS, em parceria com o DATASUS, iniciou trabalho que
382 resultou no Sistema de Controle de Acesso de Conselheiros (SISAC). Explicou que se trata de
383 um Sistema WEB que viabiliza o controle de acesso às reuniões do Conselho Nacional de
384 Saúde por meio do registro de frequência coletado via leitor biométrico (digital). Detalhou que
385 as funcionalidades do Sistema são as seguintes: manter os dados cadastrais dos conselheiros
386 nacionais de saúde, sua representação, segmento e vigência do mandato; registrar
387 eletronicamente via leitor biométrico a presença dos conselheiros titulares, suplentes,
388 convidados e participantes nas reuniões ordinárias e extraordinárias do CNS; enviar
389 automaticamente para o conselheiro via e-mail mensagem confirmando o registro da presença
390 na reunião; registrar o documento justificando a ausência em reunião; emitir automaticamente a
391 declaração de participação na reunião; realizar consulta diária, semanal, mensal e anual e
392 exibir na tela e/ou impressa; escolher os campos a serem exibidos e filtrar por diversos
393 parâmetros, por exemplo: frequência dos conselheiros nas reuniões do CNS, extrato de faltas
394 justificadas e não justificadas dos Conselheiros nas reuniões do CNS. Explicou que o
395 cronograma para implantação do Sistema é seguinte: 20 de março - entrega do formulário com
396 todas as informações preenchidas pelos Conselheiros; 30 de março – inclusão das
397 informações dos conselheiros no SISAC; 2 de abril – início da coleta da impressão digital dos
398 conselheiros do CNS; 11 de abril – início do registro da frequência eletrônica Digital. Por fim,
399 disse que o responsável pelo Sistema no CNS é o técnico Wilani Santos. **Manifestações.**
400 Conselheira **Rosangela da Silva Santos** começou a sua com os seguintes questionamentos
401 acerca do Sistema: quem acessa os dados dos conselheiros e para quê? Quais os critérios de
402 segurança de acesso aos dados do Sistema? Também manifestou preocupação com a
403 proposta de monitoramento de conselhos de saúde, a exemplo da aprovada em conferência
404 nacional de saúde, tendo em vista a segurança dos bancos de dados. A Secretaria Executiva
405 do CNS, **Rozangela Fernandes Camapum**, explicou que o Cadastro não é público e o acesso
406 é feito mediante senha sob sua administração e do técnico responsável. Frisou que a
407 divulgação dos dados é feita diante da autorização do Pleno e dos dados individuais diante da
408 solicitação do próprio conselheiro. Conselheira **Rosangela da Silva Santos** perguntou se é
409 possível um pesquisador ter acesso ao banco. A Secretaria Executiva do CNS, **Rozângela**
410 **Fernandes Camapum**, esclareceu que nenhum pesquisador poderá acessar os dados do
411 Sistema, por não se tratar de um banco público de dados. Conselheira **Rosangela da Silva**
412 **Santos** salientou que é preciso registrar essa questão do acesso restrito aos dados.
413 Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** perguntou em que momento será feita a coleta de
414 impressão digital dos conselheiros. Conselheiro **Clóvis Boufleur** lembrou que a presença dos
415 conselheiros nas reuniões é registrada na ata, portanto, trata-se de uma informação pública.

416 Em relação ao sistema, avaliou se tratar de uma novidade em termos de tecnologia e a dúvida
417 é até que ponto traz facilidades. Antes de abrir a palavra para os demais inscritos, a Secretaria
418 Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, recuperou que a proposta de frequência
419 digital nas reuniões foi debatida e aprovada pelo Plenário do CNS e esclareceu que a coleta de
420 assinatura será feita uma vez durante a reunião. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**
421 ratificou a proposta, por entender que facilita o trabalho da Secretaria e avaliou que a coleta
422 pode ser feita nos dois dias de reunião e a informação deve ser pública, sendo o acesso com
423 protocolo. Conselheira **Rosangela da Silva Santos** explicou que a sua preocupação refere-se
424 ao sigilo dos dados pessoais dos conselheiros na linha de garantir segurança em relação a
425 quem acessa e a forma de utilização dos dados. Também salientou a importância de relatório
426 com o número de acessos e quem acessa o Sistema. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva**
427 registrou a sua posição contrária à proposta, por não confiar nos eletrônicos. A Secretaria
428 Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, registrou as preocupações sobre os
429 dados não serem públicos e disse que será verificada a questão da segurança do Sistema com
430 o DATASUS. Disse que a SE/CNS encaminhará os formulários aos conselheiros para coleta
431 das informações e iniciará a coleta da impressão digital dos conselheiros do CNS. A intenção é
432 iniciar a coleta das assinaturas na reunião ordinária do mês de maio de 2012. Também
433 respondeu que será feita a coleta da impressão dos conselheiros titulares (que confirmou
434 presença na reunião), dos suplentes e dos participantes. **Deliberação: o Plenário aprovou o**
435 **Sistema de Controle de Acesso de Conselheiros – SISAC, considerando que os dados**
436 **não são públicos e a necessidade de se garantir a segurança do Sistema.** Definido esse
437 ponto, a mesa interrompeu para o almoço. Retomando, a mesa foi composta para o item 5 da
438 pauta. **ITEM 5 – COMISSÃO PERMANENTE DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO -**
439 **PRESTAÇÃO DE CONTAS DO 4º TRIMESTRE/2011 DO MS - PROJETO DE LEI DE**
440 **INICIATIVA POPULAR - LEI COMPLEMENTAR nº 141/2012 - Composição da mesa:**
441 Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério**, Coordenador da COFIN/CNS; Conselheiro **Ronald**
442 **Ferreira dos Santos**, Coordenador Adjunto da COFIN/CNS; **Arionaldo Bomfim Rosendo**,
443 Subsecretário de Planejamento e Orçamento (SPO/MS); **José Carlos da Silva**, Secretaria
444 Executiva do Ministério da Saúde (SE/MS); **Francisco Funcia**, assessor da COFIN/CNS.
445 Coordenação: conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, da Mesa Diretora do CNS.
446 **PROJETO DE LEI DE INICIATIVA POPULAR** - Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**,
447 coordenador adjunto da COFIN/CNS, fez um informe sobre o movimento em prol de mais
448 recursos para a saúde, tendo em vista as mudanças trazidas pela regulamentação da Emenda
449 Constitucional nº 29/2000. Explicou que o GT do CNS sobre financiamento da saúde avaliou a
450 necessidade de estabelecer diálogo com a AMB e OAB sobre a proposta de Projeto de Lei de
451 Iniciativa Popular a fim de centralizar na defesa dos 10% das receitas correntes brutas da
452 União para a saúde. Disse que a avaliação do GT foi apresentada na última reunião da Mesa
453 Diretora do CNS e o Grupo reuniu-se com o Presidente do OAB onde foi acordada
454 reformulação inclusiva dos formulários do Projeto. Além disso, por iniciativa do GT, no dia 13
455 de março, foi realizada reunião com 46 entidades nacionais onde foi acordada a criação do
456 movimento nacional em defesa da saúde pública com o objetivo de coletar assinaturas para um
457 Projeto de Lei de Iniciativa Popular que assegure o repasse efetivo e integral de 10% das
458 receitas correntes brutas da União para a saúde pública brasileira. Explicou que foi constituída
459 coordenação executiva nacional do movimento e seria realizada reunião de entidades naquele
460 dia para definição de outros encaminhamentos. Disse que a intenção é promover um ato de
461 lançamento formal do movimento, no dia 17 de abril, tendo como slogan "SUS mais 10" e
462 concluir o mais breve possível o texto do formulário para coleta de assinaturas. Conselheiro
463 **José Eri de Medeiros**, primeiro, solicitou a inclusão do CONASEMS no Grupo e destacou a
464 intenção de promover a participação das entidades no movimento por meio dos conselhos
465 municipais de saúde. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares** solicitou a elaboração e
466 envio de documento aos CESs e CMSs informando a criação do movimento em prol de mais
467 recursos para a saúde e solicitando a adesão das entidades. Conselheiro **Ronald Ferreira dos**
468 **Santos** explicou que o GT se comprometeu a elaborar documento sobre o movimento para
469 enviar aos conselhos estaduais e municipais de saúde e divulgar no site do CNS. Por fim,
470 solicitou aos conselheiros e entidades e movimentos que compõem o CNS que divulguem o
471 movimento, lembrando que a intenção é recolher mais de um milhão e quinhentas assinaturas
472 com vistas a propor um projeto de lei que garanta a destinação de 10% do orçamento da União
473 para a saúde. **Deliberação: aprovado o lançamento do movimento nacional em defesa da**
474 **saúde pública, no dia 17 de abril de 2012 e a divulgação de informativo a esse respeito**
475 **no site do CNS.** Também foi formado Comitê Executivo do Movimento Nacional em

476 **Defesa da Saúde Pública composto por: Ronald Ferreira dos Santos, Alexandre Magno L.**
477 **Soares, André Luiz de Oliveira e Ubiratan Cassano. LEI COMPLEMENTAR Nº 141/2012 –**
478 O assessor da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, lembrou que, na última reunião do CNS, a
479 COFIN/CNS apresentou documento com considerações preliminares sobre a Lei
480 Complementar nº. 141/2012 (LC nº 141/2012) e acordou-se que os conselheiros poderiam
481 enviar comentários sobre essa norma. Destacou que a Lei traz inovações, mas, por outro lado,
482 não define prazo de transição para implementação dos dispositivos colocados, sendo que
483 alguns envolvem atribuições dos conselhos de saúde. Feitas essas considerações iniciais,
484 explicou o quadro, elaborado pela COFIN, que dispõe sobre as atribuições do CNS e dos
485 Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde de acordo com a Lei nº 141/2012. Para ilustrar,
486 citou a primeira linha do quadro, sendo: 1) Atribuições: Deliberação dos Conselhos de Saúde
487 sobre as despesas com saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades que
488 serão consideradas como ações e serviços de saúde na prestação de contas do respectivo
489 gestor federal, estadual, distrital ou municipal; 2) Pré-Requisitos: Gestor apresenta ao
490 respectivo Conselho as despesas com saneamento que serão consideradas como ações e
491 serviços de saúde. Essas despesas deverão estar previstas no PPA e no Plano de Saúde, na
492 PAS, na LDO e na LOA do respectivo ente da Federação. 4) Prazos Legais: Indeterminado.
493 Respeitar os prazos fixados para o processo de discussão e deliberação dos instrumentos de
494 planejamento citados. 5) Marco Legal: LC nº 141/2012, Art. 3º, Inciso VI. Recomendações e
495 observações da COFIN/CNS: Adotar critério definido pela Sétima Diretriz, IV, da Resolução nº
496 322, para as despesas com saneamento que serão consideradas como ações e serviços de
497 saúde. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** informou que a COFIN não recebeu contribuições
498 dos conselheiros para o documento sobre a Lei nº 141/2012, portanto, reiterou o pedido de
499 análise e envio de sugestões. Também informou que a Comissão tem se reunido com
500 representantes da SPO para aprofundar o debate sobre a Lei, destacando inclusive a
501 responsabilidade do CNS nesse processo. Conselheiro **Willen Heil e Silva** solicitou o reenvio
502 do material elaborado pela COFIN sobre a Lei nº. 141/2012, pois, assim como outros
503 conselheiros, não conseguiu abrir o documento. O representante da Secretaria Executiva do
504 MS (SE/MS), **José Carlos da Silva**, explicou que foi promovido debate interno no Ministério da
505 Saúde sobre a Lei e constituídos GTs, sob sua coordenação, para aprofundar o debate,
506 inclusive com a Secretaria do Tesouro Nacional – STN e Secretaria de Orçamento Federal -
507 SOF. Disse que foram definidas atividades nos dias 19 e 27 de março para construir consensos
508 e será remetido aos ministros o que não for possível consensual. Também explicou que há
509 questionamentos de legalidade sobre aspectos da lei e a Procuradoria Jurídica e a AGU
510 emitirão parecer, lembrando que a Lei traz implicações para o governo federal e os governos
511 estaduais e municipais. Destacou que após esse debate interno será aberta discussão com o
512 Conselho Nacional de Política Fazendária - CONFAS. Ressaltou que esse conjunto de ações
513 do Ministério da Saúde reflete o esforço do MS para colocar a lei efetivamente em prática.
514 Também informou que no dia 29 de março será feita apresentação sobre o funcionamento do
515 SIOPS à SOF e STN, haja vista a importância do Sistema nessa nova regulamentação.
516 Também disse que a matriz dos Relatórios Resumidos de Execução Orçamentária (RREO)
517 está sendo refeita para destacar as despesas de saúde conforme definido pela Lei. Disse que
518 há convergência sobre os aspectos destacados na planilha do COFIN e o Ministério da Saúde
519 e esse debate será aprofundado na oficina da Comissão. Sobre a Programação Anual de
520 Saúde, explicou que a Secretaria Executiva do MS coordena o debate interno no Ministério e
521 foi elaborado documento, a ser distribuído nas Secretarias e alimentado, com consolidação dos
522 dados ao final e a intenção é encaminhar o PAS 2012 na próxima reunião do CNS. Disse ainda
523 que o prazo para o envio de sugestões à LDO encerra-se nos próximos dias e lembrou que
524 definições da Lei devem constar na LDO. Disse que próximo à oficina da COFIN haverá
525 alinhamento sobre questões da Lei. O Subsecretário da Subsecretaria de Planejamento e
526 Orçamento (SPO/MS), **Arionaldo Bomfim Rosendo**, explicou que a SPO trabalha na
527 elaboração da regulamentação da LC 141/2012 e na construção da Proposta Orçamentária
528 2013 (momento de apresentar propostas para a PLO 2013, pois o prazo encerra-se no dia 16
529 de março). Sobre o PAS, reiterou que a intenção é concluir a proposta para submetê-la à
530 aprovação do Plenário do CNS no mês de abril. Sobre o contingenciamento orçamentário,
531 esclareceu que não afetou nenhuma ação da programação própria do MS (o impacto foi nas
532 emendas parlamentares) e o limite estabelecido sobre o previsto para programação do
533 Ministério. Também disse que a reestimativa do PIB 2011 causou alterações no mínimo
534 estabelecido para 2012 e estão sendo feitas adequações. Informou ainda que a SPO trabalha
535 com a Secretaria de Orçamento Federal para diferenciar a funcional programática da farmácia

536 popular, a fim de clarificar, a partir de 2013, a destinação de recurso da Farmácia Popular
537 gratuita e subsidiada – quanto será destinado para uma e para outra. Conselheiro **Ronald**
538 **Ferreira dos Santos** disse que o primeiro passo para fazer “a lei pegar” é dar amplo
539 conhecimento da norma. Considerando as inovações da LC nº. 141 e a importância de
540 fortalecer os conselhos de saúde, sugeriu que o CNS aprove recomendação sobre a autonomia
541 dos conselhos de saúde, de acordo com a Lei 141/2012. Após essas falas, o assessor da
542 COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, apresentou a análise da Execução Orçamentária e Financeira
543 do Ministério da Saúde esclarecendo que a COFIN/CNS recebeu as planilhas da SPO e fez a
544 análise com base nesse documento, considerando também o Relatório de Prestação de
545 Contas do MS 4º Trimestre (o formato desse relatório foi definido tendo por referência
546 metodologia definida em consenso com a COFIN. Esse Relatório contempla as informações
547 acumuladas até o 4º trimestre e os dados integrarão o RAG do MS. Assim, o debate deve ser
548 feito com base nesse relatório que consolida todas as informações). Na primeira parte da
549 apresentação, tratou dos indicadores macro-orçamentários, explicando que se considera como
550 percentual para apuração da aplicação mínima em 2011 a variação do PIB nominal (15,38%):
551 valor empenhado em 2010 de R\$61.965.198.068 X 1,1538 = R\$71.495.445.531. Sobre as
552 Despesas Totais, explicou: referentes às ações e serviços de saúde nos termos da EC 29 (com
553 a inclusão de Farmácia Popular e Assistência Médica a Servidores); e o total geral inclui
554 inativos e dívidas que não são computadas para o cálculo da aplicação mínima constitucional.
555 Disse que os conceitos utilizados nas planilhas foram os seguintes: a) dotação inicial: valores
556 aprovados na LOA; b) dotação atualizada: valores aprovados na LOA acrescidos ou reduzidos
557 em decorrência do processo de suplementação orçamentária; saldo orçamentário em 31 de
558 dezembro de 2011: saldos das dotações orçamentárias - valores não utilizados para empenho
559 e que foram automaticamente cancelados; e Saldo a Pagar em 31 de dezembro de 2011:
560 valores empenhados, mas não pagos até essa data; inscritos em Restos a Pagar referente a
561 2011. Feitas essas considerações, passou a explanação das tabelas, explicando, em relação a
562 Ações e Serviços de Saúde – OCC, que a situação é a seguinte: a) Dotação inicial: R\$
563 71.463.612.313; b) dotação atualizada: R\$ 74.653.382.744; c) Acréscimo: 3.189.770.431.
564 Sendo assim, a dotação atualizada em relação à situação inicial cresceu R\$ 3,0 bilhões ou
565 4,77%. Em outros termos, o orçamento do Ministério da Saúde aumentou durante 2011, porém,
566 68% desse acréscimo não foi utilizado, ou seja, houve uma economia orçamentária (saldo
567 orçamentário no final do ano). Em resumo, disse que o orçamento inicial aprovado pelo
568 Congresso Nacional foi acrescido em R\$ 3 bilhões para as despesas com Ações e Serviços de
569 Saúde - OCC durante o ano de 2011, mas R\$ 2 bilhões não foram utilizados. Disse que a
570 COFIN discutiu o porquê da impossibilidade de aplicar esse montante e questiona:
571 contingenciamento? “Piso X Teto”? Ainda sobre Ações e Serviços de Saúde, disse que a
572 análise é a seguinte: a) Dotação atualizada: R\$ 74.653.382.744; b) Empenhado: R\$
573 72.332.283.366; c) Pago: R\$ 63.917.039.656; d) Restos a Pagar (relativos ao empenho de
574 2011): R\$ 8.415.243.710; e) Nível de empenho: 96,89%; f) Relação entre pagamento e
575 empenho: 88,37%; g) Restos a Pagar: 11,63% do valor empenhado. A respeito das Ações e
576 Serviços de Saúde – OCC 2010 e 2011; Nível de Pagamento e Saldo a Pagar (para inscrição
577 em Restos a Pagar), a situação é a seguinte: a) Empenhos de 2010: R\$ 54.439.103.501 (89%)
578 e não pagos: R\$ 6.222.459.216 (11%); b) empenho de 2011: R\$ 64.063.096.052 (87%); Não
579 pagos: R\$ 8.354.279.637 (13%). Sendo assim, o valor empenhado superou o valor apurado
580 para aplicação mínima, pois, do mínimo R\$ 71.495.445.531,00, foi empenhado em
581 2011R\$72.332.283.366,00, o que representa diferença positiva de R\$ 836.837.835,00. Ainda
582 sobre OCC, fez os seguintes destaques: Nível de Empenho: 96,9%; abaixo de 98%, portanto,
583 Regular; em comparação com anos anteriores: 2010 < 2011 < 2009; Saldo a pagar elevado-
584 inscrito em Restos a Pagar: 13%; comparação com anos anteriores: 2010 < 2011 < 2009; e
585 Decretos de Contingenciamento (limites autorizados para 2011):Pagamento: D.7445 (01/03) e
586 7662 (22/11) – R\$ 57,880 bilhões, Empenho: D.7445 (01/03) – R\$ 62,532 bilhões, Empenho:
587 D.7662 (22/11) – R\$ 63,167 bilhões. Diante dessa situação, disse que é preciso debater os
588 obstáculos internos e externos para a plena execução orçamentária e financeira -
589 Contingenciamento? Limite Financeiro? A propósito, lembrou que os limites orçamentários do
590 Ministério da Saúde são definidos por decreto federal. Ainda em comparação 2011 e 2010,
591 destacou crescimento de 16,73% no valor empenhado em Ações e Serviços de Saúde (maior
592 que a variação nominal do PIB de 15,38% em 2010, base de cálculo para computar os gastos
593 mínimos para 2011). Porém, restam questões ainda não resolvidas, como os cancelamentos
594 de Restos a Pagar ainda não compensados. Também destacou o maior nível de empenho,
595 mas ainda classificado como regular (abaixo de 98%) e saldo orçamentário cerca de 5% menor

que 2010. Disse que no quadriênio 2008-2011 a economia orçamentária atingiu R\$8,8 bilhões (ou seja, recursos orçamentários que não foram empenhados, portanto, não foram utilizados em ações e serviços públicos de saúde). Sobre o saldo a pagar, ainda em comparação 2011 X 2010, destacou a variação positiva expressiva (aumento de 31,5% ou R\$2,0 bilhões), isto é, dos empenhos não pagos até o final do exercício (de R\$6,4 bilhões para R\$8,4 bilhões) ou da inscrição de Restos a Pagar e aumento do nível de saldo a pagar (de 10,3% para 11,6% da despesa empenhada) ou da inscrição de Restos a Pagar. Salientou que também é preciso refletir sobre o porquê dessa situação - limite Financeiro da STN? Considerando o saldo a pagar de 2011, detalhou que a situação dos Restos a Pagar (RP) é a seguinte: RP inscrição e reinscrição (estimado): R\$12 bilhões; e RP cancelados em 2011 e que deverão ser compensados com aplicação adicional em 2012 (estimado): R\$ 2 bilhões. Disse que esses valores são estimados devido ao não recebimento das planilhas com a situação de encerramento dos Restos a Pagar em 31 de dezembro de 2011 até a reunião da COFIN/CNS de 28 e 29 de fevereiro de 2012. Diante dessa situação, colocou os seguintes questionamentos: E a compensação dos Restos a Pagar cancelados anteriormente? Valor acumulado elevado de Restos a Pagar: o que efetivamente pressionará a receita de 2012 em termos de desembolso financeiro? O que ainda restará pendente de pagamento (projeção para o final de 2012)? Por que? Qual é a estratégia (se houver) que o MS adotará em 2012 para executar os Restos a Pagar e o Orçamento de 2012, com o objetivo de reduzir o saldo a pagar em 31 de dezembro de 2012 das despesas empenhadas em 2012 e dos Restos a Pagar em comparação aos anos anteriores? Em complemento ao questionamento anterior: a disponibilidade orçamentária e financeira para o MS apresentada no Decreto Federal que regulamenta a execução orçamentária e financeira para 2012 é compatível com essa necessidade de execução? Segundo, passou a apresentar a análise da execução orçamentária e financeira das Ações e Serviços Públicos de Saúde segundo itens, unidades, programas e ações, lembrando que os critérios adotados para classificar o nível de empenhamento foram os seguintes: a) adequado - $x \geq 98\%$; regular - $90\% < x < 98\%$; e inadequado - $x \leq 90\%$. Destacou que houve pouca alteração em 2011 em relação a 2010 e o nível de pagamento em relação ao empenho foi de 70%, exceto FNS (que ficou acima) e FUNASA (que ficou abaixo – 32,9%). A seguir, mostrou uma série de tabelas demonstrando a execução orçamentária do Ministério da Saúde por Programas (dotação inicial, dotação atualizada e diferença), com destaque, entre outros, para: a) Adequado: Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada, Atenção Básica em Saúde, Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos e Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças e Agravos, Segurança Transfusional e Qualidade do Sangue e Hemoderivados. b) Regular: Apoio Administrativo, Serviços Urbanos de Água e Esgoto, Aperfeiçoamento do Trabalho e da Educação na Saúde, Ciência, Tecnologia e Inovação no Complexo da Saúde, Proteção e Promoção dos Povos Indígenas, Vigilância e Prevenção de Riscos Decorrentes da Produção e do Consumo de Bens e Serviços, Regulação e Fiscalização da Saúde Suplementar; e c) Inadequado: Gestão da Política de Saúde e Saneamento Rural. Seguindo, colocou questões para reflexão sobre o Decreto de Contingenciamento e Limitação Financeira – pendência histórica: Se houvesse capacidade plena de execução orçamentária e financeira, de acordo com o planejado na peça orçamentária por parte do MS, os recursos orçamentários e financeiros seriam liberados respectivamente pela SOF e pela STN? Se a resposta da pergunta anterior for afirmativa, então qual é o problema de gestão no âmbito do MS? Se a resposta àquela pergunta inicial for negativa, então, o Decreto de Contingenciamento e Limitação Financeira interfere negativamente no processo de realização das despesas com ações e serviços de saúde pelo MS, diferentemente do que insiste em afirmar a SPO/MS nas reuniões da COFIN/CNS? Por fim, apontou as seguintes pendências históricas em relação a Ações e Serviços de Saúde: sem compensação da aplicação insuficiente (abaixo do mínimo constitucional) em anos anteriores (divergência na metodologia de cálculo); sem compensação de restos a pagar cancelados; Inclusão de despesas financiadas (total ou parcialmente) com recursos próprios (por exemplo, farmácia popular, taxas vigilância, venda de produtos pela Fiocruz, etc.), caracterizando “dupla contagem”; Inclusão de assistência médica a servidores (clientela fechada); descumprimento do dispositivo legal da adoção do critério per capita: de 50% (no mínimo) das transferências para Estados e Municípios; e de 15% (no mínimo) aos Municípios para atender a Atenção Básica; descumprimento do dispositivo legal que estabelece a forma regular e automática – Fundo a Fundo – para as transferências aos Estados e Municípios; transferência financeira da STN ao Fundo Nacional de Saúde somente no ato de pagamento das despesas e não como determina dispositivo legal, a saber, de forma automática quando do ingresso da receita e

proporcional aos valores das dotações orçamentárias; e falta de evidência do cumprimento do dispositivo legal de que 70% (no mínimo) das transferências intergovernamentais sejam destinadas aos Municípios, sob a alegação de que não há como aferir o montante de recursos federais transferidos aos Estados que são repassados para os Municípios. O Subsecretário da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO/MS), **Arionaldo Bomfim Rosendo**, primeiro, cumprimentou a COFIN pelo trabalho que contribui para o entendimento da execução orçamentária do Ministério da Saúde. Esclareceu que uma proposta orçamentária é a fixação de despesas e a estimativa de receitas e o Executivo deve encaminhar o PLO para o Congresso Nacional até o dia 31 de agosto. Por isso, a área econômica estima as receitas do ano seguinte e cada Ministério estabelece as despesas a serem realizadas. De posse da proposta orçamentária, o Congresso Nacional faz emendas e reestima as receitas para que o orçamento possa ser viabilizado com as emendas parlamentares. Contudo, não se pode autorizar os ministérios a executar o orçamento que consta da lei orçamentária sem a segurança de que as receitas que financiarão o orçamento serão arrecadadas e o contingenciamento ocorre por essa situação. No mais, disse que a saúde deve ser analisada sob uma ótica diferenciada em relação aos demais ministérios – mínimo constitucional a ser cumprido e é preciso analisar a execução orçamentária de forma aprofundada, sob vários vieses; não é viável confrontar o empenhado com a dotação orçamentária, mas sim com o que se tem autorização para gastar. A respeito dos Restos a Pagar, afirmou que não é resultado de limitação de pagamento, pois, se assim o fosse, os decretos publicados cancelando Restos a Pagar do Executivo não processados abrangeriam o Ministério da Saúde. Destacou que são R\$ 5,9 bilhões para pagamento de despesas em 2012 e o Fundo Nacional de Saúde apresentou pagamento mais próximo do empenhado porque as despesas são Fundo a Fundo (em relação à despesa do MAC, por exemplo, 2,5 bilhões/mês, o pagamento é feito automático). Acrescentou que as despesas do PAC não estão contempladas nesse total - R\$ 5,9 bilhões, portanto, é possível assegurar o pagamento dos Restos a Pagar. Também explicou que a FUNASA apresentou menor desempenho em relação ao pagamento/empenho porque trabalhou em 2011 para receber e aprovar os projetos do saneamento básico e a seleção ficou pronta no final do ano e o pagamento é realizado no decorrer da obra. Sobre a reposição dos Restos a Pagar cancelados em 2001, cerca de R\$ 2 bilhões, disse que hoje há um acordão do TCU que estabelece a necessidade de repor, mas a AGU entrou com ação que está em julgamento pelo TCU. Lembrou que a LC nº. 141/2012 prevê que ao longo de 2013 deve-se repor o valor cancelado relativo a 2012. Esclareceu ainda que o Ministério da Saúde procura assegurar o mínimo necessário e, a partir daí, lutar por mais recursos para atender as despesas que precisam ser realizadas ao longo daquele exercício. Também destacou o aprimoramento da análise orçamentária feita pela COFIN, o que facilita o entendimento por parte dos conselheiros e dá transparência às ações do Ministério da Saúde. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** aproveitou para agradecer a SPO/MS, na pessoa do Subsecretário Arionaldo Bomfim Rosendo, pelo trabalho conjunto com a COFIN e informou que foi apresentada planilha de desembolso por bloco de financiamento e Estado, atendendo à solicitação do CNS. Também solicitou aos conselheiros que aprofundem o estudo do material disponibilizado pela Comissão. **Manifestações.** Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** saudou a COFIN pela qualidade do trabalho e pontuou a dificuldade dos CESs CMSs para análise aprofundada da execução orçamentária. A respeito da Lei nº 141/2012, destacou que os Conselhos de Saúde, principalmente os Municipais, não possuem estrutura de funcionamento para cumprir o determinado nessa norma e, assim, perguntou como fica a situação desses Colegiados. Citou, por exemplo, que o Conselho Estadual de Goiás está fechado por falta de estrutura para funcionar. A respeito da LDO, citou o caso do RS onde o orçamento do Estado é encaminhado ao Conselho quando o documento já foi enviado à Assembleia Legislativa, sem possibilidade de contribuição. Disse que o CES/RS reuniu-se com o TCU para cobrar o cumprimento dos 12% e perguntou o que o Conselho pode fazer em relação a essa situação. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** ressaltou que o governo deve buscar mais recursos a fim de resolver a grave situação da saúde no país. Contudo, lembrou que a arrecadação do governo cresce a cada ano, mas a prioridade é investir no pagamento de juros da dívida e não no setor saúde. Concordou que é preciso aplicar melhor os recursos e lutar por mais dinheiro para a saúde. Conselheira **Marisa Furia Silva** reiterou o pedido de maiores informações sobre o orçamento do Ministério do Desenvolvimento Social como um todo para fazer uma análise comparativa com o orçamento do Ministério da Saúde. Conselheira **Rosangela da Silva Santos** fez referência à pendência histórica sobre o contingenciamento e pontuou duas questões discutidas na COFIN, sendo: importância dos conselhos e plenárias de conselhos na defesa da

implantação de comissões de financiamento nos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde e a importância da intersetorialidade com as áreas técnicas para debater a operacionalização da gestão pública e responder a demandas específicas. Também frisou a importância de as entidades debruçarem-se sobre a Lei 141/2012 para entender as responsabilidades dos conselheiros definidas nessa norma. Além disso, destacou que a falta de contrapartida dos Estados e Municípios para ações prejudica a ampliação das ações, a redução das doenças, entre outros. No mais, reiterou a importância do monitoramento das ações e as intervenções necessárias, pelos conselheiros, com envolvimento dos gestores, a fim de evoluir nesse trabalho nacional. Conselheiro **Jorge Alves Venâncio** avaliou que o contingenciamento pode ocorrer por falta de receita e por direcionamento para o pagamento de juros, como o que tem ocorrido. Destacou, inclusive, o aumento do pagamento de juros em 2011 (mais de 20% - acima da inflação) e disse que esse aumento tem relação com as taxas de juros fixadas pelo Banco Central (o Brasil paga juros maiores que qualquer outro país). Também falou do caso do Município de São Paulo, explicando que os 15% definidos pela Lei nº. 141/2012 não incidem sobre a receita de 35% do orçamento do município (especialmente receitas financeiras – recursos em bancos privados). Disse que é preciso debater essa situação para criar limitações legais a fim de garantir que os 15% também incidam sobre essas receitas. Conselheiro **Clóvis Boufleur** manifestou sua satisfação com o aumento da execução orçamentária do MS em 2012, em termos de valor (quase R\$ 80 bilhões), todavia, em termos percentuais, essa execução pode ser menor por causa do contingenciamento de emendas parlamentares, na ordem de R\$ 5 bilhões. Considerando o esclarecimento sobre a possibilidade de oscilação entre o previsto no orçamento e o efetivamente pago, questionou a dinâmica que permite ao Estado uma espécie de “faz de conta no orçamento”: para aprovar o orçamento no Congresso Nacional, as emendas parlamentares são aceitas, mas, em seguida, o Executivo define o contingenciamento. Sendo assim, pontuou os seguintes questionamentos para reflexão: Como justificar a necessidade de continuidade das articulações com os parlamentares para que haja vinculação das emendas com as reais necessidades do SUS diante dessa estratégia? Como melhorar a execução orçamentária de áreas do Ministério que não possuem repasse fundo a fundo e que ano após ano perpetuam baixa execução orçamentária, como é o caso de saneamento na Funasa, Vigilância e Inovação em saúde? As transferências para estados e municípios não garantem a correta e justa aplicação dos recursos e o cumprimento de metas que proporcionam melhorias para a saúde. Como evoluir no acompanhamento da aplicação dos recursos nas três esferas do SUS sem ficar atrelado a mecanismos de controle que aumentam a burocracia, mas efetivamente não demonstram a correta aplicação dos recursos da saúde? Como apoiar as ações bem sucedidas no SUS, nas três esferas de governo, que ampliam a promoção da saúde, diminuem as doenças e otimizam o dinheiro público? Por fim, frisou que é momento de esclarecer à população brasileira para que o SUS precise de mais dinheiro. Conselheira **Júlia Maria Roland** disse que a análise da COFIN demonstra que a Lei 141/2012 traz avanços para o SUS e reafirma o papel do controle social. Nesse sentido, frisou que é preciso divulgar a Lei, para que os conselhos possam conhecê-la e implementá-la. Também chamou a atenção para a execução orçamentária do Ministério da Saúde em 2011, lembrando que situações políticas e posicionamentos acerca da macroeconomia interferem no orçamento. No mais, destacou a redução das taxas de juros do país, o que resulta em mais recursos para as políticas públicas. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** concordou que é necessário garantir mais recursos para a saúde e fez um destaque à mobilização social nesse sentido. Todavia, em relação aos recursos existentes, disse que é preciso assegurar o acompanhamento, conforme prevê a Lei nº. 141/2012, a fim de evitar cancelamentos. Por fim, frisou que é preciso atenção para a Lei nº. 141/2012, em especial o disposto sobre o acompanhamento do orçamento. Conselheiro **Arilson Cardoso** cumprimentou a COFIN pela qualidade técnica na avaliação da execução orçamentária do MS e salientou a importância de comissões de orçamento e financiamento nos conselhos municipais de saúde para subsidiar os conselheiros. Lembrou que, alguns casos, até mesmo Secretarias Municipais não dispõem de estrutura técnica para tratar das questões orçamentárias. Também manifestou satisfação com o aumento de recursos financeiros na saúde, pelo governo federal, apesar de o montante ainda ser insuficiente. Disse que na avaliação da execução orçamentária é preciso verificar se houve melhoria na qualidade dos indicadores e o impacto na melhoria das condições de saúde da população. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** disse que é prática do Conselho tentar contribuir na elaboração de Planos Nacionais de Saúde, mas poucas das contribuições do Colegiado são contempladas nesses Planos. Sendo assim, perguntou se será necessária interferência do TCU para que sejam contempladas as questões colocadas pelo Conselho.

Citou o Relatório do Tribunal, publicado em dezembro de 2011, com a análise sobre a Política Nacional de Oncologia nos Estados, explicando que o documento estipula o prazo de 90 dias para que o MS apresente um plano com ações e metas para responder as questões colocadas no Relatório. Ressaltou que o Plano Nacional de Saúde 2012 – 2015 destaca que a Política Oncológica deverá passar por mudanças, mas para esse período, o previsto é um aumento irrisório de CACONs. Nesse sentido, perguntou se há espaço para implementar as ações necessárias ou será necessário aguardar o próximo PNS. Também citou o Acórdão de 2009, que trata dos hospitais universitários, para ressaltar que as questões apresentadas pelo TCU não foram encaminhadas. Conselheiro **Marcos A. Gonçalves** agradeceu a COFIN pelo trabalho esclarecedor para os conselheiros e fez um destaque à questão do contingenciamento para ressaltar que é preciso impedir que ocorra, pois o setor saúde necessita de recursos para resolver a grave situação em que se encontra. Por outro lado, citou iniciativas positivas como a regulamentação da EC nº. 29 e a publicação da Lei nº. 141/2012 e frisou que é preciso empoderar os conselhos nos estados e nos municípios a fim de fazer o SUS avançar e funcionar na sua plenitude. Por fim, salientou a importância de articulação política das entidades em prol de mais recursos para a saúde e colocou-se à disposição para contribuir nesse sentido. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** concordou que a Lei nº. 141 traz avanços no acompanhamento da execução orçamentária, todavia, disse que é preciso avaliar o impacto dessa norma para os Conselhos Municipais, pois os conselheiros podem ser responsabilizados por não realizar ações mesmo quando não dispõe de estrutura para fazê-las. Além disso, salientou que é preciso avaliar o impacto do contingenciamento de recursos da saúde (R\$ 5 bilhões) diante da demanda acumulada da população por serviços de saúde. Conselheiro **José Carrijo Brom** iniciou a sua fala agradecendo a COFIN pelo trabalho que possibilita processo educativo para os conselheiros e contribui para melhoria da gestão. Sentindo-se contemplado nas falas anteriores, destacou a importância de levantar mais subsídios para convencer o governo e a sociedade sobre a necessidade de mais recursos para saúde. Reconheceu que há avanços no setor saúde, mas ainda é preciso dar um salto maior nessa questão do investimento e inverter a lógica de prioridade – maior investimento na atenção primária. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** manifestou preocupação com decisões equivocadas de conselhos de saúde que ferem os interesses do SUS e prejudicam a sua organização e funcionamento. Concordou que o CNS deve reivindicar mais recursos para a saúde, mas o aumento, por si só, não resolverá o problema do SUS, porque é equivocada a forma como o financiamento se dá na prática. Nesse sentido, avaliou que o CNS deve aproveitar a publicação da LC 141/2012, que traz grandes responsabilidades para o controle social, para colocar em prática responsabilidades definidas em Lei. Ressaltou que o governo federal está financiando a privatização do SUS e conclamou o CNS a assumir a sua responsabilidade definida no art. 37 da Lei 8.080/1990 (“definir as diretrizes a serem observadas na elaboração dos Planos de Saúde em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada esfera”) e dizer que isso não pode mais ocorrer. Na sua avaliação, o CNS deve manifestar-se no sentido de que o Ministério da Saúde estabeleça formas rígidas de obediência ao preceito constitucional “o principal é o setor público; o privado é complementar”. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** fez uso da palavra para registrar que não consegue se enxergar no Plano Nacional de Saúde 2012-2015 e, por essa razão, a FENACELBRA e a CIAN apresentaram contribuições ao PNS. **Retorno da mesa.** O Subsecretário da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO/MS), **Arionaldo Bomfim Rosendo**, começou destacando que o orçamento do Ministério da Saúde foi aprovado pelo CNS em 2011 e encaminhado ao Congresso Nacional contemplando o definido pelo Conselho. Salientou que os R\$ 2 bilhões não executados em 2011 não prejudicaram a programação do Ministério da Saúde, tendo sido cumprido o aprovado pelo Conselho. Disse que as filas nos hospitais, na sua avaliação o maior problema do SUS, não se resolvem, necessariamente, com mais aporte de recurso, mas sim pela melhoria da gestão. Ressaltou ter consciência que o recurso colocado pela esfera federal não é suficiente para atender as demandas da população, mas, por outro, é preciso considerar o aporte de R\$ 10 bilhões/ano para a saúde. Inclusive, lembrou que o Ministro da Saúde, em audiência pública no Congresso Nacional antes da aprovação da EC nº. 29, defendeu mais recursos para a saúde (no mínimo, R\$ 45 bilhões). Explicou também que pagamento da dívida e superávit primário compõem o orçamento do MS e, a respeito da política econômica do governo, avaliou que apresenta resultados positivos. Reiterou a sua satisfação com o cumprimento do previsto e aprovado pelo CNS, apesar de concordar que é preciso avaliar o impacto na melhoria da saúde da população. Informou ainda que o orçamento do MDS, quase na totalidade, é voltado ao Programa Bolsa Família, portanto, não há possibilidade de aporte

836 de recurso para municípios. O MS, ao contrário, possui várias ações e o Congresso aporta
837 recursos para melhoria nos municípios e estados. Afirmou que, no que compete ao MS, não se
838 deve simplesmente aprovar uma emenda parlamentar porque fora colocada pelo CN, sendo
839 necessário analisar o mérito e o custo econômico financeiro. Para ilustrar, recuperou que em
840 2011 o MS executou R\$ 1,3 bilhão de recursos de emendas parlamentares que poderiam gerar
841 benefícios à população, cabendo aos conselhos fiscalizar se isso ocorreu. Por fim, disse que o
842 Ministério da Saúde não enfrentou problemas de liberação de recursos no final de 2011 por
843 conta de contingenciamento orçamentário. O assessor da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**,
844 explicou que a LC 141/2012 aponta a possibilidade de alocação de recursos, por parte do MS,
845 para contribuir no processo de capacitação dos conselhos de saúde, prioritariamente dos
846 segmentos dos usuários e trabalhadores, na área orçamentária e financeira a fim de cumprir o
847 papel definido para esses colegiados. A respeito do orçamento 2012 da União, detalhou os
848 seguintes aspectos: Orçamento total do Ministério da Saúde – R\$ 91,7 bilhões, representando
849 7,36% do total alocado para os Ministérios; Orçamento total do Ministério do Desenvolvimento
850 Social e Combate à Fome – R\$ 55,12 bilhões, representando 4,48% do total alocado para os
851 Ministérios; Orçamento total do Ministério da Defesa – R\$ 64,79 bilhões, representando 5,20%
852 do total alocado para os Ministérios; Orçamento total do Ministério da Educação – R\$ 74,28
853 bilhões, representando 5,9% do total alocado para os Ministérios; Orçamento total do Ministério
854 do Trabalho e Emprego – R\$ 46,21 bilhões, representando 3,71% do total alocado para os
855 Ministérios; Orçamento total do Ministério da Previdência e Assistência Social – R\$ 329
856 bilhões, representando 26,4% do total alocado para os Ministérios; e Encargos financeiros da
857 União – R\$ 372,88 bilhões, representando 29,9% do total alocado para os Ministérios.
858 Acrescentou que, apesar da previsão dos R\$ 372,8 bilhões para encargos financeiros, está
859 prevista a rolagem de dívida de R\$ 652 bilhões, o que demandará refinanciamento buscando
860 mais recursos no mercado financeiro, com pagamento de mais juros. Concordou que o
861 pagamento de juros, assim como o refinanciamento, está previsto no Orçamento, contudo,
862 avaliou que é preciso rever o perfil da dívida externa porque se trata de um comprometedor da
863 execução orçamentária e financeira do governo. Também reiterou que o contingenciamento
864 não visa pagar dívida, porque o recurso para esse fim está previsto no orçamento, todavia,
865 lembrou que, nos termos da Lei de Responsabilidade Fiscal, o pagamento de dívida é o único
866 item que não pode ser contingenciado (prioridade ao pagamento de juros). Ressaltou que a
867 sociedade organizada deve levantar essa discussão, além da questão da renegociação da
868 dívida (alongar o prazo para pagamento). Fez referência à situação do município de São Paulo
869 para destacar que os recursos devem ser depositados no Fundo de Saúde a fim de gerar
870 receita financeira, caracterizando excesso de arrecadação, para aplicação adicional na saúde.
871 Por fim, concordou que o orçamento da saúde não é uma caixa fechada e ponderou que, na
872 impossibilidade de repasse de recurso de emenda parlamentar para projeto por conta de
873 problemas, deveria ser assegurada a possibilidade de remanejamento. O Subsecretário da
874 Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO/MS), **Arionaldo Bomfim Rosendo**,
875 solicitou aparte para esclarecer que é vedado ao Executivo, por conta da Lei Orçamentária,
876 retirar recurso de emenda parlamentar para programação própria do Ministério da Saúde; essa
877 possibilidade somente pode ocorrer por meio de lei. A propósito, lembrou que em 2011 o
878 Ministro da Saúde sugeriu e o Congresso Nacional aprovou, por meio de projeto de lei, o
879 remanejamento de R\$ 94 milhões de emendas parlamentares para a atenção básica. O
880 assessor da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, acrescentou que, mesmo o remanejamento entre
881 programas deve ser feito mediante autorização por lei. Continuando, salientou que a questão
882 do saldo orçamentário é um problema que envolve outras áreas de governo, assim, não se
883 trata de uma crítica à SPO/MS. Por fim, disse que é preciso utilizar um indicador para avaliar o
884 quanto do orçamento disponível não pode ser utilizado e outro para verificar o quanto o MS
885 utilizou do montante disponível, a fim de analisar a capacidade de gestão do Ministério da
886 Saúde. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** esclareceu, a respeito da LDO 2012, que o
887 assessor técnico da COFIN iria elaborar uma proposta com base no debate acumulado do CNS
888 para ser apresentada no dia seguinte. Também recomendou, na condição de coordenador da
889 COFIN, a aprovação da análise da execução orçamentária do 4º trimestre com as devidas
890 ressalvas. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** apresentou a seguinte proposta: que a
891 COFIN/CNS elabore uma minuta de resolução ou recomendação acerca das responsabilidades
892 dos conselhos de saúde, nos termos da Lei nº. 141/2012. Conselheiro **Jurandi Frutuoso** fez
893 uso da palavra para destacar que as filas nas unidades de saúde decorrem também do
894 subfinanciamento do SUS. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** sugeriu que o CNS solicite
895 maior prazo para contribuir com a LDO 2013. Após essas considerações, a mesa passou aos

896 encaminhamentos. **Deliberação: o Plenário aprovou o relatório da análise da execução**
897 **orçamentária do MS relativa ao 4º trimestre 2011, com as devidas ressalvas. Além disso,**
898 **o Pleno decidiu solicitar ampliação do prazo para que o CNS contribua com a LDO 2013**
899 **e delegar à COFIN a elaboração de uma minuta de recomendação ou resolução a**
900 **respeito das responsabilidades dos conselhos de saúde no acompanhamento da**
901 **execução orçamentária, nos termos da LC nº. 141/2012.** Definido esse ponto, a mesa
902 suspendeu para o lanche. Reiniciando, foi retomado o debate dos informes e indicações.
903 **RELATÓRIO DE GESTÃO 2009/2012 DA SE/CNS** – A Secretaria Executiva do CNS,
904 **Rozângela Fernandes Camapum**, apresentou o Relatório de Gestão do CNS que contempla
905 as ações do CNS em 2011. A estrutura do Relatório é a seguinte: Introdução; 1. Análise do
906 Plano Estratégico do Conselho Nacional de Saúde e de suas subdivisões; 1.1 Eventos
907 realizados; 1.2 Análise do Plano de Ação do Plenário; 1.3 Análise do Plano de ação da Mesa
908 Diretora; 1.4 Análise do plano de ação da Presidência; 1.5 Análise do Plano de Ação da
909 Secretaria Executiva; 1.6 Análise do Plano de Ação das Comissões; 1.7 Análise do Plano de
910 Ação dos Grupos de Trabalho; 2. Desempenho orçamentário/financeiro; Anexos: Anexo I –
911 Pautas das reuniões do Plenário (reunião ordinária e extraordinária); Anexo II – Pautas das
912 reuniões da Mesa Diretora; Anexo III – Pautas das reuniões das comissões; Anexo IV - Pautas
913 das reuniões dos Grupos de Trabalho; Anexo V – Desempenho orçamentário/financeiro.
914 Explicou que o Relatório deve ser enviado ao TCU e ao MS até o dia 30 de março e eventuais
915 complementações dos conselheiros devem ser encaminhadas à SE/CNS até o dia 20 de
916 março. Aproveitou para agradecer a assessoria técnica do CNS na pessoa do assessor Victor
917 Hugo Martins pelo trabalho. **A respeito do Relatório de Gestão, acordou-se que eventuais**
918 **complementações dos conselheiros devem ser encaminhadas à SE/CNS até 20 de março**
919 **de 2012. Além disso, foi definido que o Relatório será divulgado como memória das**
920 **atividades do CNS no período 2009/2012.** **PROPOSTA DE PROGRAMA DE RÁDIO DO**
921 **CNS**–A Secretaria Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, apresentou a
922 proposta de um programa de rádio do CNS, elaborada pela equipe de comunicação do CNS,
923 atendendo inclusive à deliberação da 14ª CNS. Explicou que a ideia inicial é realizar dois
924 programas por mês com duração de 15 minutos e, caso haja aprovação do Plenário, será feito
925 debate na próxima reunião da CICIS/CNS para definições finais sobre a estrutura do programa.
926 Explicou que a equipe de comunicação seria capacitada pela equipe de comunicação do MS e
927 as gravações ocorreriam nas salas do Ministério da Saúde. Por fim, disse que foi elaborado
928 programa piloto, com duração de 15 minutos, que seria reproduzido aos conselheiros. A
929 jornalista **Carla Lucena**, da equipe de comunicação do CNS, responsável pela proposta,
930 acrescentou que o Programa piloto foi produzido com base nas gravações de entrevistas para
931 matérias feitas durante 2011. Ressaltou que a ideia do programa é de uma revista eletrônica e
932 será feita parceria com a web rádio saúde do MS para auxílio na parte técnica. Feitas essas
933 considerações, foi reproduzido o piloto do Programa para conhecimento da dinâmica. A seguir,
934 houve uma rodada de intervenções. De um modo geral, os conselheiros elogiaram a proposta e
935 foram apresentadas as seguintes sugestões: reproduzir charge de humor ao final do programa
936 na linha de atrair ouvintes; contemplar experiências e eventos dos Estados no Programa;
937 definir blocos para o Programa, com corte musical; criar um bloco com o nome “Você Sabia”
938 para informar datas comemorativas, com informações sobre a doença (AIDS e doença celíaca,
939 por exemplo); inovar no formato com transmissão de mensagens que façam bem à
940 saúde;adotar o seguinte nome para o Programa: “Conselho Nacional de Saúde informa”,
941 segundo o entendimento que reforça a marca do CNS; reproduzir trechos de músicas regionais
942 no Programa e adotar diferentes sotaques regionais na locução; retificar no Programa Piloto
943 “Doença de Alzheimer” no lugar de “mal de Alzheimer”; aprovar a proposta de Programa de
944 Rádio como estratégia de comunicação do CNS;garantir que o Programa de Rádio, assim
945 como os demais instrumentos de comunicação do CNS, contemple a diversidade em todas as
946 suas dimensões;e contemplar as experiências dos conselhos estaduais e municipais de
947 saúde. **Deliberação: aprovada a proposta de Programa de Rádio do CNS. O tema será**
948 **pauta da próxima reunião da CICIS/CNS para ajustes finais.** Definido esse ponto, a mesa
949 encerrou o primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes: **Titulares - Abrahão**
950 **Nunes da Silva**,Central de Movimentos Populares; **Antônio Marcos Alcântara de Oliveira**,
951 Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Arilson da Silva**
952 **Cardoso**, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS);**Cid**
953 **Pimentel**, Ministério da Previdência Social; **Cleuza C. Miguel**, Movimento dos Portadores de
954 Esclerose Múltipla (MOPEM); **Clóvis A. Boufleur**,Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
955 (CNBB);**Fernanda Lou Sans Magano**,Federação Nacional dos Psicólogos (FENAPSI);

956 **Francisco Batista Júnior**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade
957 Social/Central Única dos Trabalhadores; **Geraldo Alves Vasconcelos**, Associação Brasileira
958 de Odontologia (ABO); **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João Rodrigues**
959 **Filho**,Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Jorge Alves de Almeida**
960 **Venâncio**,Central Geral dos Trabalhadores do Brasil (CGTB); **José Carrijo Brom**, Federação
961 Interestadual dos Odontologistas (FIO); **Jurandi Frutuoso**, Conselho Nacional de Secretários
962 de Saúde (CONASS); **Jurema Pinto Werneck**, Articulação de Organizações de Mulheres
963 Negras Brasileiras (AMNB); **Lígia Bahia**, Associação Brasileira de Pós- Graduação em Saúde
964 Coletiva (ABRASCO); **Luiz Alberto Catanoce**, Sindicato Nacional dos Aposentados (SIND-
965 NAP); **Luiz Odorico Monteiro de Andrade**, Ministério da Saúde;**Maria Cristina Pedro Biz**,
966 Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa);**Maria de Lourdes Alves Rodrigues**,Liga
967 brasileira de Lésbicas (LBL); **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos**, Rede Nacional
968 Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; **Marisa Furia Silva**, Associação
969 Brasileira de Autismo (ABRA); **Maria Thereza Antunes**, Federação Brasileira das Associações
970 de Síndrome de Down; **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI);
971 **Nildes de Oliveira Andrade**, Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil
972 (FENACELBRA); **Olympio Távora Derze Correa**, Confederação Nacional da Saúde, Hospitais,
973 Estabelecimentos e Serviços (CNS); **Paulo Guilherme Romano**,Confederação Nacional do
974 Comércio de Bens, Serviços e Turismo; **Rosangela da Silva Santos**, Federação das
975 Associações de Renais e Transplantados do Brasil (FARBRA); **Ruth Ribeiro Bittencourt**,
976 Conselho Federal de Serviço Social (CFESS); **Sandra Regis**, Associação Brasileira dos
977 Delegados e Amigos da Confederação Espírita Pan-Americana (CEPA Brasil); **Ubiratan**
978 **Cassano Santos**, União Nacional dos Estudantes (UNE); **Wilen Heil e Silva**,Conselho Federal
979 de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); e **Zilda de Faveri Vicente Souza**,
980 Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAz). *Suplentes - Ana Maria Costa*, Centro Brasileiro
981 de Estudos de Saúde (CEBES); **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do
982 Brasil (CNBB); **Carlos Alberto E. Duarte**, Movimento Nacional de Luta Contra a Aids; **Celso B.**
983 **dos Anjos**, Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV); **Elísio Nunes Ribeiro**,
984 Sindicato Nacional dos Servidores das Agências Reguladoras (SINAGENCIAS);**Eliane**
985 **Aparecida da Cruz**, Ministério da Saúde (MS); **Fernando Antônio M. Silva**, Ministério da
986 Saúde; **Gilson Silva**,Força Sindical; **Graciara Matos de Azevedo**, Conselho Federal de
987 Odontologia (CFO); **Ivone Evangelista Cabral**,Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn);
988 **Jeferson Seidler**,Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); **José Eri Medeiros**, Conselho
989 Nacional de Secretários Municipais de Saude (CONASEMS); **Jovita José Rosa**, União
990 Nacional dos Auditores do Sistema Único de Saúde (UNASUS); **Juares Pires de**
991 **Souza**,Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (ABRALE); **Júlia Maria S. Roland**,
992 Ministério da Saúde (MS); **Júlio A. Gevaerd**, Força Sindical; **Lucimar Batista da**
993 **Costa**,Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN); **Luís**
994 **Carlos Bolzan**, Ministério da Saúde;**Luís Eugênio de Souza**, Associação Brasileira de Pós-
995 Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO); **Marcos Antônio Gonçalves**, Federação Nacional
996 das Associações para Valorização de Pessoas com Deficiência (FENAVAPE); **Maria Erminia**
997 **Ciliberti**,Conselho Federal de Psicologia (CFP); **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação
998 Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Nádia Elizabeth Cardoso Barbosa**, Movimento
999 Brasileiro de Luta Contra as Hepatites Virais (MBHV); **Nelcy Ferreira da Silva**,Conselho
1000 Federal de Nutricionistas (CFN); **Noemy Yamaghishi Tomita**, Conselho Federal de Biologia
1001 (CFBio); e **Ronald Ferreira dos Santos**,Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR).
1002 Iniciando o segundo dia, a mesa foi composta para o item 10 – Informes e indicações. **ITEM 10**
1003 - **INFORMES E INDICAÇÕES** – Apresentação: **Rozângela Fernandes Camapum**, Secretária
1004 Executiva do CNS. Coordenação: Conselheira **Marisa Furia Silva**, da Mesa Diretora do CNS.
1005 **INDICAÇÕES** - A) **SECRETARIA DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA E INSUMOS**
1006 **ESTRÁTEGICOS-SCTIE** - solicita a indicação de representante titular e suplente para
1007 compor a **Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS-CONITEC**.
1008 Indicações: Conselheira **Rosangela Silva Santos**, e Conselheiro **Nelson Mussolini**, 2º
1009 suplente. Considerando que houve dois candidatos do segmento dos trabalhadores da saúde
1010 para ocupar a vaga da 1ª suplência na Comissão, a mesa colocou em votação os dois nomes:
1011 1) Conselheiro **José Naum M. Chagas** - 14 votos; e b) Conselheiro **Ronald Ferreira dos**
1012 **Santos** - 10 votos. Três abstenções. **Aprovado o nome do Conselheiro José Naum M.**
1013 **Chagas para a 1ª suplência na CONITEC.** B) **AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA**
1014 **SANITÁRIA – ANVISA** – solicita a indicação de titular e suplente da Comissão Intersetorial de
1015 Alimentação e Nutrição – CIAN para compor a Câmara Setorial de Alimentos – CSA. *Indicação:*

1016 conselheira **Nildes de Oliveira Andrade**, titular; e conselheira **Nelcy Ferreira**, suplente. C)
1017 **INDICAÇÃO PARA CONFERÊNCIA NACIONAL DE TRANSPARÊNCIA E CONTROLE**
1018 **SOCIAL**. Organização: Controladoria Geral da União. Data: 18 a 20 de maio de 2012. Local:
1019 Centro de Convenções Ulysses Guimarães, Brasília – DF. O conselheiro **Francisco Batista**
1020 **Júnior**, por compor a comissão organizadora, é delegado nato da Conferência. *Indicações para*
1021 *convidados*: conselheira **Maria Laura Bicca**; e conselheira **Marisa Furia Silva**. Atendendo ao
1022 pleito dos conselheiros, a SE/CNS irá pleitear mais vagas para o CNS. D) **INDICAÇÃO DAS**
1023 **REUNIÕES DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE – CIT** - o Pleno decidiu indicar
1024 nomes a cada dois meses. Em Plenário, o segmento dos trabalhadores indicou para
1025 participar das próximas reuniões, março (29) e abril (26), respectivamente, os
1026 conselheiros **Willen Heil** e **Silva** e **Ronald Ferreira dos Santos**. As indicações do
1027 segmento dos usuários serão entregues à SE/CNS. E) **CONGRESSO CONASEMS**. Data: 11
1028 a 14 de junho 2012. Local: Maceió/AL. a) Oficina do controle social - **Responsáveis**:
1029 Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**; Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz**; e
1030 Conselheiro **Carlos Alberto E. Duarte**. b) Indicações para o Congresso - **Usuários**:
1031 Conselheira **Jurema Werneck**; Conselheiro **Gilson Silva**; Conselheira **Cleuza de Carvalho**
1032 **Miguel**; Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade**; Conselheiro **André Luiz de Oliveira**;
1033 Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues**; Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**;
1034 Conselheira **Nádia Elizabeth Barbosa**; Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares**;
1035 Conselheira **Sandra Régis**; Conselheiro **Alexandre Magno Soares**; Conselheira **Marisa**
1036 **Furia Silva**; e Conselheiro **Ubiratan Cassano**. **Trabalhadores**: Conselheira **Maria Ermínia**
1037 **Ciliberti**; Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**; Conselheiro **Geraldo Alves Vasconcelos**;
1038 Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**; Conselheiro **Willen Heil e Silva**; Conselheira
1039 **Ivone Cabral**; Conselheiro **José Carrijo Brom**; e Conselheiro **Francisco Batista Júnior**.
1040 **Gestores**: a indicar. c) Stand do CNS – será feito em parceria com a SGEF/MS.F)
1041 **CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DA IDEA (ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL PARA**
1042 **INTEGRAÇÃO, DIGNIDADE E AVANÇO ECONÔMICO) SOBRE PRESERVAÇÃO DE**
1043 **PATRIMÔNIO DA LEPRA/HANSENÍASE**. Data: 7 a 11 de maio 2012. Local: Skaneateles,
1044 Nova Iorque. *Indicação*: Conselheiro **Artur Custódio M. de Souza**. Antes de iniciar os
1045 informes, conselheira **Jurema Werneck** fez uso da palavra para salientar a importância de o
1046 CNS debater a questão do contingenciamento. A respeito dessa questão, acordou-se que o
1047 tema será retomado no debate da COFIN. **INFORMES - A) SETOR DE PASSAGENS DO CNS**
1048 – 1) A prestação de contas deverá ser feita diretamente com o Setor de Passagem, a fim de
1049 evitar problemas que vêm ocorrendo. 2) A participação de convidados nas reuniões das
1050 Comissões deverá ser avisada ao Assessor Técnico com 30 dias de antecedência para
1051 emissão de passagem em cumprimento ao fluxograma aprovado no Pleno do CNS. 3) Devido à
1052 auditoria do TCU no CNS, não será permitido refazer trechos de viagens e passagens fora do
1053 prazo, exceto em casos de urgência e com justificativa relevante. **B) FORMULÁRIO DE**
1054 **DENÚNCIA** - A SE/CNS informa que a apresentação de denúncias ao CNS deve vir em
1055 formulário, no sentido de dar efetivação à Resolução CNS nº. 447, de 15 de setembro de
1056 2011.C) **PARTICIPAÇÃO DE CONSELHEIROS EM EVENTOS** – Em cumprimento à
1057 deliberação da Reunião Ordinária do CNS de janeiro de 2010, a Mesa Diretora do CNS
1058 solicitou que a SE/CNS que apresente no item Informes a planilha de participação de
1059 conselheiros nos eventos com nome do evento, do conselheiro e do relatório de participação.
1060 **D) JUSTIFICATIVA DE FALTAS NA REUNIÃO ORDINÁRIA** – foi distribuída planilha com
1061 essa informação.E) **GT DE MONITORAMENTO DA 14ª CNS** - Item não apresentado. F)
1062 **CNBB CAMPANHA DA FRATERNIDADE** - *Composição da mesa*: Conselheiro **Clóvis**
1063 **Adalberto Boufleur**; e Conselheiro **André Luiz de Oliveira**. *Apresentação*: Padre **Luis Carlos**
1064 **Dias**. Com o tema "Fraternidade e Saúde Pública", a 49ª Campanha da Fraternidade lançada
1065 no dia 22 de fevereiro, visa promover ampla discussão sobre a realidade da saúde no Brasil e
1066 das políticas públicas da área, com a finalidade de contribuir na construção do SUS. Um dos
1067 objetivos da Campanha da Fraternidade é o fortalecimento dos conselhos de saúde. A
1068 presença da comunidade nos conselhos de saúde é imprescindível para melhorar o acesso, a
1069 qualidade e o atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo o representante da
1070 CNBB, trata-se de uma Campanha na linha da defesa do SUS e seu fortalecimento, da
1071 melhoria da gestão e do investimento adequado, contra privatização, demonstrando o
1072 comprometimento da Igreja com o debate das problemáticas do país. **RESOLUÇÃO DE**
1073 **NORMAS DO CNS** – *Coordenação*: Conselheiro **Clóvis Boufleur**, da Mesa Diretora do CNS. A
1074 Secretaria Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, recuperou que uma das
1075 deliberações do debate do CNS sobre o Decreto nº. 7.508 foi a elaboração de um documento

1076 sobre a relação do CNS com o MS na publicação de normas, tendo sido indicada para redigir o
1077 documento a Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz**. Feitos esses esclarecimentos,
1078 Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** explicou que a intenção é definir um acordo sobre a
1079 forma de tratar questões no Plenário e o texto da recomendação, apresentando a seguir,
1080 aponta nesse sentido: considerando que, nos termos do § 2º do art.1º da Lei nº. 8.142/90
1081 compete ao Conselho Nacional de Saúde atuar na formulação de estratégias e no controle da
1082 execução da Política Nacional de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros;
1083 considerando o papel dos Conselhos de Saúde na definição de prioridades e metas anuais de
1084 atenção integral à saúde, em conformidade com o disposto no art. 30 da Lei Complementar
1085 nº.141/12; e considerando a necessidade de que as resoluções do Conselho Nacional de
1086 Saúde sejam consultadas e observadas pelo Ministério da Saúde quando da elaboração de
1087 políticas, programas e projetos de saúde. O CNS recomenda que o Ministério da Saúde, ao
1088 construir o Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA), siga as diretrizes aprovadas pelo Pleno
1089 do Conselho Nacional de Saúde e que, ao apresentar o Relatório Anual de Gestão (RAG), as
1090 mesmas sejam explicitadas. Apresentar a minuta, explicou que a recomendação prioriza
1091 os instrumentos de planejamento: Projeto de Lei Orçamentária Anual e o Relatório Anual de
1092 Gestão. **Manifestações.** Conselheiro **Francisco Batista Júnior** interveio para esclarecer que o
1093 encaminhamento do Pleno foi elaborar um documento que disciplinasse a relação do CNS com
1094 o MS na publicação de normas. Sendo assim, solicitou maiores esclarecimentos sobre a
1095 minuta de recomendação que trata apenas do PLO e o RAG. Conselheira **Eliane Aparecida**
1096 **da Cruz** esclareceu que normas como Portarias, decretos, Medidas Provisórias são resultados
1097 de políticas e a queixa do CNS é de não apresentação da Política e das normas decorrentes.
1098 Nesse sentido, a proposta de recomendação visa garantir que o Ministério da Saúde considere
1099 as diretrizes aprovadas pelo CNS na elaboração do PLO e o RAG. Disse que essa é a
1100 proposta do Secretariado do MS e o CNS deve debater e definir sobre o tema. Conselheira
1101 **Graciara Matos de Azevedo** perguntou como seriam contempladas, pelo MS, as diretrizes
1102 aprovadas pelo CNS no PLOA e no RAG. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**
1103 cumprimentou a iniciativa, por entender que fortalece o papel dos conselhos, mas sugeriu
1104 incluir que o CNS recomenda o cumprimento imediato das recomendações e resoluções
1105 estabelecidas pelos conselhos de saúde nas três esferas de governo para: a) a formulação de
1106 estratégias para a implementação da respectiva política de saúde; b) a incorporação das
1107 diretrizes fixadas para o estabelecimento de prioridades nos processos de planejamento e de
1108 execução orçamentária e financeira no âmbito do Sistema Único de Saúde (Sistema Único de
1109 Saúde); e c) o cumprimento dos dispositivos da Constituição Federal, da Lei nº. 8.080/90, da
1110 Lei nº 8.142/90 e da Lei Complementar nº 141/2012 sobre a aplicação mínima em ações e
1111 serviços públicos de saúde, sobre os critérios para as transferências intergovernamentais de
1112 recursos no âmbito do SUS e sobre o processo de fiscalização, avaliação e controle das
1113 despesas com saúde. Conselheiro **Clóvis Boufleur** salientou que a ideia é explicitar de forma
1114 mais clara o trâmite da relação entre CNS e MS no que diz respeito a decisões estruturantes.
1115 Recuperou que a proposta era elaborar um documento que pudesse evitar o ocorrido em 2011
1116 de publicação de normas estruturantes do MS sem debate prévio com o Conselho e a minuta,
1117 ao recomendar o cumprimento da Lei, não responde à expectativa do Pleno. Dada a
1118 relevância, sugeriu debate mais aprofundado do tema visando a definição de parâmetro uma
1119 vez que influenciará no trabalho do Conselho. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** avaliou
1120 que deve constar da recomendação a exigência da LC nº. 141/2012 de que o CNS contribua na
1121 elaboração da LDO. Conselheira **Jurema Werneck** disse que tratar apenas do ciclo
1122 orçamentário na recomendação não contempla os debates do CNS, portanto, defendeu a
1123 reformulação da minuta. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** concordou que o assunto exige
1124 debate maior e não se restringe apenas à questão orçamentária. Disse que é preciso encontrar
1125 uma saída para evitar o ocorrido em 2011 de publicação de normas, por parte do MS, sem o
1126 debate prévio do CNS. Conselheira **Ana Costa** saudou a iniciativa que, na sua avaliação, ao
1127 reafirmar um conjunto de leis, fortalece o papel do CNS. Entretanto, salientou que é preciso
1128 discutir a natureza das diretrizes aprovadas pelo CNS a serem consideradas pelo MS e definir
1129 como lidar com as diretrizes das conferências de saúde na elaboração dos planos. Ponderou
1130 que a recomendação é uma oportunidade para repensar e criar bases para reorientação das
1131 conferências. Nessa linha, defendeu que o CNS aprofunde o debate a respeito. Conselheira
1132 **Júlia Maria Roland** destacou que a discussão surgiu de um processo ocorrido no CNS de
1133 elaboração de projetos, programas e portarias sem a manifestação do controle social. Nesse
1134 sentido, destacou que a recomendação responde a essa situação ao explicitar, no último
1135 considerando, “a necessidade de que as resoluções do Conselho Nacional de Saúde sejam

1136 consultadas e observadas pelo Ministério da Saúde quando da elaboração de políticas,
1137 programas e projetos de saúde".**Retorno da mesa.** Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz**
1138 explicou que as diretrizes aprovadas pelo Conselho compõem o PPA, PLOA, LDO e o debate
1139 refere-se a políticas de saúde que surgem no processo que devem ser trazidas ao Conselho.
1140 Também explicou que se optou por incluir dois instrumentos de planejamento na
1141 recomendação - PLOA e RAG – contudo, outros poderiam ser incluídos. Ressaltou que as
1142 Portarias do MS devem traduzir políticas que devem ser aprovadas pelo Conselho na forma de
1143 diretrizes. Lembrou que o CNS aprova e propõe diretrizes e políticas e citou a Política de
1144 Práticas Integrativas e Complementares que surgiu de uma proposta do Conselho.
1145 Acrescentou que a ideia, ao propor a recomendação, é demarcar um momento – divisor de
1146 águas – a fim de garantir a apresentação das políticas ao CNS e evitar desgastes. Conselheiro
1147 **Clóvis Boufleur** lembrou que o Regimento Interno do CNS, no artigo 10, define as
1148 competências do Plenário, entre elas, atuar na formulação de estratégias e no controle da
1149 execução da Política Nacional de Saúde, na esfera do Governo Federal, inclusive nos aspectos
1150 econômicos e financeiros e estabelecer diretrizes a ser observadas na elaboração dos planos
1151 de saúde, em razão das características epidemiológicas e da organização dos serviços. Assim,
1152 salientou que é preciso definir mecanismos para fazer cumprir essas determinações do
1153 Regimento. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** defendeu a votação da minuta de
1154 recomendação haja vista a necessidade de manifestação na linha do fortalecimento do
1155 Conselho. Conselheiro **Clóvis Boufleur** ponderou com o conselheiro Ronald a possibilidade de
1156 pautar esse debate posteriormente, com prévia discussão na Mesa Diretora do CNS.
1157 **Deliberação: o Plenário decidiu remeter a proposta de recomendação apresentada pela**
1158 **conselheira Eliane Aparecida Cruz para debate mais aprofundado na Mesa Diretora do**
1159 **CNS.** Definido esse ponto, procedeu-se à composição da mesa para o item 8 da pauta, com a
1160 participação do Ministro da Saúde, **Alexandre Rocha Padilha** e da Ministra da Secretaria de
1161 Políticas para as Mulheres, **Eleonora Menicucci de Oliveira**. Conselheira **Maria Thereza**
1162 **Antunes** registrou, com satisfação, a aprovação de um jovem com síndrome de Down para o
1163 curso de geografia na Universidade Federal de Goiás (UFG). Disse que hoje são 20 pessoas
1164 com síndrome de Down nas universidades do país, mas o jovem é o primeiro a ser aprovado
1165 sem nenhum tipo de adaptação ou cota. Também convidou os conselheiros a participar da
1166 sessão solene no Senado Federal em comemoração ao dia mundial da Síndrome de Down - 21
1167 de março – e assinatura do protocolo. Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do
1168 CNS, informou que, em comemoração ao dia mundial da Síndrome de Down, o Ministério da
1169 Saúde iniciará consulta pública para definição do Manual de Atenção à Saúde da Pessoa com
1170 Síndrome de Down. A Secretaria Executiva do CNS informou que a conselheira Nildes de
1171 Oliveira Andrade solicitou a autorização do Pleno para mais uma reunião do GT Celíaco com
1172 vistas à conclusão dos trabalhos e apresentação ao CNS e o Pleno acatou a solicitação.
1173 Conselheiro **Willen Heil e Silva** falou da portaria do MS que estabelece critérios de adesão de
1174 municípios ao Programa de Saúde na Escola destacando que limita a atuação à equipe da
1175 Saúde da Família quando essa atuação deve ser multiprofissional. Nessa linha, sugeriu
1176 substituir "equipes da Saúde da Família" por "equipe de atua na estratégia de saúde da
1177 Família" no texto da Portaria, de forma a contemplar os profissionais que atuam na saúde.
1178 Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, explicou que se trata de uma
1179 portaria interministerial – MS e MEC - e avaliou que a equipe deve ser a que atua na atenção
1180 básica, não restringindo aos locais onde há PSF. Disse que o MS defendeu a ampliação da
1181 adesão à proposta – não apenas aos que participam do Programa Mais Educação – e
1182 comprometeu-se a levar a sugestão do conselheiro Willen Heil para debate. Conselheira **Lígia**
1183 **Bahia** convidou os conselheiros a participar do seminário da ABRASCO, com a participação de
1184 especialistas, sobre o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), no dia 29 de março de 2012,
1185 visando à construção de posicionamento da entidade a esse respeito. Também comunicou que
1186 o X Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva ocorrerá de 14 a 18 de novembro de 2012, em
1187 Porto Alegre, com o tema "Saúde é desenvolvimento – ciência para cidadania" e convidou a
1188 Ministra da Secretaria de Políticas para as Mulheres, **Eleonora Menicucci de Oliveira** a estar
1189 presente. Registrhou que o Ministro da Saúde também foi convidado e solicitou que a ele que
1190 envide esforços nos sentido de garantir a presença da Presidente da República no evento.
1191 Conselheiro **Geraldo Alves Vasconcelos** denunciou, na presença do Ministro da Saúde, que
1192 permaneceu por 28 horas na emergência do Hospital Esperança de Recife (privado)
1193 aguardando vaga para ser submetido à cirurgia. Considerando que o plano privado de saúde
1194 não havia autorizado o procedimento após essas 28 horas, disse que o hospital solicitou
1195 cheque caução para realização do procedimento, mas diante da sua negativa em fornecer, por

1196 ser tratar de prática ilegal, lhe foi entregue termo de autorização para débito em conta no valor
1197 de R\$ 30 mil caso o procedimento não fosse autorizado. Conselheiro **Alexandre Rocha**
1198 **Padilha**, Presidente do CNS, solicitou o envio formal da denúncia para as providências
1199 cabíveis. **ITEM 8 – BALANÇO DO MÊS NA SAÚDE: ATENÇÃO ÀS MULHERES EM**
1200 **SITUAÇÃO DE VIOLENCIA** - Apresentação: **Eleonora Menicucci de Oliveira**, Ministra da
1201 Secretaria de Políticas para as Mulheres - SPM; **Esther Vilela**, coordenadora da Área Técnica
1202 de Saúde da Mulher/MS; Conselheira **Maria do Espírito Santo dos Santos**, Coordenadora da
1203 Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher - CISMU/CNS. Coordenação: Conselheiro
1204 **Alexandre Rocha Santos Padilha**, Presidente do CNS. Contextualizando, conselheiro
1205 **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, lembrou que o Pleno tem debatido uma série
1206 de temas relacionados à Política Nacional de Atenção Integral à saúde da Mulher e, no mês de
1207 março, em comemoração ao Dia Internacional da Mulher, celebrado em 8 de março, a Mesa
1208 Diretora pautou a atenção às mulheres em situação de violência, com a presença da Ministra
1209 **Eleonora Menicucci de Oliveira**. Após essas considerações, abriu a palavra para explanação
1210 das convidadas. A primeira a fazer uso da palavra foi a coordenadora da CISMU/CNS,
1211 Conselheira **Maria do Espírito Santo dos Santos**, com abordagem sobre os diversos tipos de
1212 violência contra a mulher. Começou salientando a importância desse debate no CNS, com a
1213 presença da Ministra Eleonora Menicucci e do Ministro Alexandre Padilha e aproveitou para
1214 cumprimentar a iniciativa do MS de eleger mulheres e entidades que trabalham com violência e
1215 saúde da mulher para homenageá-las. Também registrou que o Ministério da Saúde publicou
1216 material sobre o atendimento de mulheres vítimas de violência sexual e doméstica e é preciso
1217 discutir como colocar as orientações em prática. Ressaltou que, além da violência doméstica e
1218 física, é preciso debater a violência contra a mulher relacionada à raça (negra), à opção sexual
1219 (lésbica), à idade (idosa), uma questão complexa, cotidiana e difícil de discutir. Também
1220 chamou a atenção para a violência simbólica que se refere à falta de dados e de estudos que
1221 mostram o quadro atual da situação de violência contra a mulher. Destacou, por exemplo, que
1222 a morte de uma mulher em uma sala de parto, por falta de atendimento, é uma questão de
1223 violência, mas não é registrada como tal. Disse que hoje 90 unidades de saúde realizam aborto
1224 legal (eram 60 e foram abertas mais 30), mas gestores locais impedem a realização desse
1225 procedimento, como é o caso do Município de Anápolis e Ministério da Saúde e CNS devem
1226 posicionar-se a respeito. Por outro lado, falou da situação do aborto inseguro e perguntou
1227 como garantir o atendimento à mulher que se submete a esse procedimento, considerando,
1228 inclusive, a recusa de profissionais de saúde em atender esses casos por questão religiosa.
1229 Frisou que a violência contra a mulher é um crime e uma questão de saúde pública, assim,
1230 perguntou o que fazer em relação ao serviço público de saúde, uma vez que o governo
1231 trabalha contra a violência. Também manifestou a sua satisfação com as seguintes publicações
1232 do Ministério da Saúde: Atenção Humanizada ao Abortamento, Prevenção e Tratamento dos
1233 agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes e Atenção Integral
1234 para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual. Por fim,
1235 salientou que o Estado precisa apresentar as suas ações práticas para enfrentar a questão da
1236 violência contra as mulheres. Na sequência, a coordenadora da Área Técnica de Saúde da
1237 Mulher/DAPES/MS, **Esther Vilela**, detalhou as ações do Ministério da Saúde voltadas à
1238 atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violências. Começou colocando
1239 que tratar do tema da violência contra a mulher com prioridade é um indicador do processo
1240 civilizatório do país. Frisou que um país rico é um país livre de todos os tipos de violência e o
1241 Brasil tem avançado na construção de políticas e estratégias para alcançar esse nível de
1242 civilidade. Avaliou que o setor saúde tem papel fundamental para retirar a violência contra as
1243 mulheres da invisibilidade, porque as queixas, na maioria, chegam às unidades de saúde.
1244 Lembrou os direitos da mulher: direito à vida, direito à liberdade e a segurança pessoal, direito
1245 à igualdade e a estar livre de todas as formas de discriminação, direito à liberdade de
1246 pensamento, direito à informação e a educação, direito à privacidade, direito à saúde e a
1247 proteção desta, direito a construir relacionamento conjugal e a planejar sua família, direito à
1248 decidir ter ou não ter filhos e quando tê-los, direito aos benefícios do progresso científico,
1249 direito à liberdade de reunião e participação política e direito a não ser submetida a torturas e
1250 maus-tratos. Também destacou os marcos políticos internacionais que apontam diretrizes para
1251 enfrentar a violência contra as mulheres: Declaração Universal dos Direitos Humanos,
1252 Convenção sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres –
1253 CEDAW, Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, do Cairo – 1994, IV
1254 Conferência Mundial sobre a Mulher, Beijing – 1995, Objetivos e Metas do Milênio, VIII
1255 Conferência Nacional de Saúde – 1986 (I Conferência Nacional de Saúde da Mulher),

1256 Constituição Federal – 1988, Lei nº 8.080/1990 - Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.142/1990 –
1257 Participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS, Programa de
1258 Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM Ministério da Saúde – 1984, Lei 9.263/1996 – Lei
1259 do Planejamento Familiar, criação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres – 2003,
1260 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – 2004, Plano Nacional de
1261 Enfrentamento da Violência contra a Mulher – SPM/Presidência da República – 2005, Política
1262 Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas – 2006, Pacto Nacional de Enfrentamento à
1263 Violência contra a Mulher SPM/Presidência da República – 2007, II Plano Nacional de
1264 Políticas para as Mulheres – 2008, III Conferência de Políticas para Mulheres– 2011e XIV
1265 Conferência Nacional de Saúde – 2011. Fez um destaque à Política Nacional de Atenção
1266 Integral à Saúde da Mulher que contribui na permanente construção do SUS e prioriza a
1267 problemática da violência contra a mulher, busca qualificar a gestão e superar a fragmentação
1268 das políticas e programas de saúde, por meio do fomento à organização de redes
1269 regionalizadas e hierarquizadas de ações e serviços e estabelece interfaces com as demais
1270 políticas públicas para a melhoria da qualidade de vida das mulheres no Brasil. Explicou que
1271 um dos objetivos da Política é promover a atenção integral às mulheres e adolescentes em
1272 situação de violência doméstica e sexual com organização de redes integradas de atenção às
1273 mulheres em situação de violência doméstica e sexual, articulação da atenção à mulher em
1274 situação de violência com ações de prevenção de DST/AIDS e promoção de ações preventivas
1275 em relação à violência doméstica e sexual. Salientou que a violência contra a mulher possui
1276 muitas faces: violência sexual, tráfico de pessoas, violência doméstica, exploração sexual
1277 comercial de crianças e adolescentes, violência no campo e na floresta, feminização da
1278 epidemia de AIDS e outras DSTs. Ressaltou que os problemas de saúde mais
1279 associados/repercussões à saúde por conta da violência contra a mulher – física, sexual e
1280 psicológica – são dores crônicas, doenças mentais, DST/AIDS, gravidez indesejada,
1281 aborto, doença pélvica inflamatória, abuso de drogas, distúrbios gastrointestinais, enxaquecas e
1282 outros. Salientou que dados do VIVA SINAN/SVS/MS demonstram avanços na linha de
1283 cuidados em relação à violência sexual, mas é preciso ir além acerca da violência psicológica e
1284 física. Disse que a violência contra a mulher ocorre mais na faixa etária de 20 a 59 anos; 41,3%
1285 se denominam brancas e 36% pretas ou pardas; 33,9% com até 8 anos de estudo; 52,1% das
1286 violências ocorrem em casa e 16% em via pública; e autor da violência é, na maioria, pessoas
1287 próximas (cônjuge, conhecidos, pai/mãe). Feito esse panorama, falou dos planos nacionais,
1288 internacionais e ações intersetoriais onde está inserida a atenção integral para mulheres em
1289 situação de violência doméstica e sexual com destaque para: Cooperação Internacional - Troca
1290 de Tecnologias no Enfrentamento da Violência contra a Mulher (Guiné Bissau, Venezuela,
1291 Bolívia); Pacto Nacional de Enfrentamento da violência contra a Mulher – 2007; Plano com
1292 Ministério da Justiça - Cadeia de custódia no SUS (coleta de prova de materialidade – a
1293 intenção é que a prova possa ficar sob a cadeia de custódia nos serviços e seja conhecida
1294 como legítima – sem necessidade de ir ao IML); Plano Brasil/Cuba/Haiti - reconstrução do
1295 sistema de saúde do HAITI; Projeto de Redução do Aborto Inseguro nas Américas – FIGO; e
1296 Pacto Nacional de Enfrentamento da Violência contra Mulheres do Campo e da Floresta –
1297 2009. Continuando, falou da modelagem das redes de atenção integral para mulheres e
1298 adolescentes em situação de violência doméstica e sexual, destacando a necessidade de
1299 compreender o conceito e desenvolver estratégias. Nesse sentido, explicou que redes são
1300 formas de organização multicêntricas, com múltiplos nós, que são lugares de articulação. A
1301 propulsão do conjunto não está a cargo de um nó fixo. Acrescentou tratar-se de uma proposta
1302 de trabalho coletivo, uma contribuição a uma nova forma de articular sujeitos diversos e de
1303 produzir transformações. Salientou que a modelagem das redes de atenção integral para
1304 mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual contempla a integração
1305 entre saúde, segurança pública, assistência social, outras políticas para as mulheres, Ministério
1306 Público, sociedade civil, justiça, conselhos de direitos e trabalho. Pontuou as ações do
1307 Ministério da Saúde para fortalecimento da atenção a mulheres em situação de violência
1308 doméstica e sexual: a) normalização das ações de atenção integral a mulheres em situação de
1309 violências – portarias, normas técnicas, protocolos, ações intersetoriais. As normas técnicas
1310 que regulam a atenção para mulheres e adolescentes em situação de violência sexual,
1311 anticoncepção de emergência, atenção humanizada ao abortamento, os aspectos legais do
1312 atendimento à violência sexual, bem como os fluxos de atendimento foram atualizados e
1313 publicados em 2011, disponibilizados às Secretarias de Saúde em Estados e Municípios,
1314 Hospitais de Referência, Universidades e demais parceiros para utilização nas redes e
1315 serviços. Em fase de finalização a proposta de APAC (autorização de procedimento de alta

complexidade) para o atendimento de violência sexual e a proposta de identificação no CNES (cadastro nacional de estabelecimentos de saúde) dos serviços de atenção a mulheres em situação de violências; b) articulação com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para ampliação e fortalecimento das redes intersetoriais de atenção integral às mulheres em situação de violências; c) articulação com movimentos sociais, ONG que trabalham com o tema, entidades de classe, para ação integrada; d) qualificação das equipes de saúde em atenção integral às mulheres em situação de violências e para a realização do aborto legal; e e) aquisição e distribuição de insumos necessários para a atenção integral, como por exemplo: antiretrovirais, contracepção de emergência, vacinas, AMIU, misoprostol. Também falou da Rede Nacional de Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual, explicando que todos os Estados possuem serviços qualificados para esse tipo atenção (64 serviços instituídos e 30 em fase de implementação). A respeito da informação em saúde sobre mulheres e adolescentes em situação de violência, destacou a implantação da notificação obrigatória da suspeita ou confirmação da violência pelo Sistema Único de Saúde no Brasil. Também falou da atenção integral para mulheres em situação de violência no contexto da Rede Cegonha, destacando como desafios: identificar violência doméstica e/ou sexual durante a gestação; não à violência institucional no parto, aborto e puerpério; e implantar/implementar as boas práticas de atenção ao parto/nascimento e ao abortamento; fortalecer o planejamento reprodutivo pós exposição à violência sexual ou outras situações de abortamento. Por fim, disse que o Plano 2012 está pautado nas seguintes ações: qualificação dos serviços que prestam atendimento às mulheres em situação de violências – estabelecimento de critérios e padrões de qualidade; qualificação dos serviços que realizam o aborto legal; e inclusão da abordagem da gravidez indesejada nos serviços que atendem mulheres em situação de violências na perspectiva da redução de riscos e danos. Na sequência, fez o seu pronunciamento a Ministra da Secretaria de Políticas para as Mulheres, **Eleonora Menicucci de Oliveira**, cumprimentando, de início, os demais componentes da mesa e as mulheres protagonistas da Política Integral de Saúde da Mulher, na pessoa da Conselheira Ana Costa. Também manifestou a sua imensa alegria por estar à frente da Secretaria, além do seu compromisso com as mulheres brasileiras. Ressaltou que debater o tema da violência contra a mulher no CNS, com a presença do Ministro da Saúde é um passo para avançar nas políticas voltadas às mulheres. Em que pese não estar na pauta, destacou que fazer parte do governo significa cumprir as diretrizes do governo sobre a legislação que disciplina a legalização do aborto. Frisou que é fundamental avançar, em parceria com outros setores, na implementação das políticas voltadas às mulheres e manifestou a sua satisfação por identificar o paradigma da integralidade nas políticas definidas pelo MS, por entender que programas e ações devem ser remeter a esse princípio. Informou que se reunirá com o movimento de mulheres, no dia 22 de março, na linha de avançar nos compromissos voltados ao enfrentamento de qualquer forma de violência contra a mulher. Para explicitar a gravidade da situação, relatou o caso que classificou como a maior barbárie contra as mulheres já vista. A barbárie foi registrada no município de Queimadas, na Paraíba e deixou um saldo de cinco mulheres estupradas e duas mortas, no dia 12 de março. Dois homens realizaram uma festa para comemorar o aniversário de um deles, tendo sido convidadas cinco mulheres, sendo duas delas esposas dos dois. Durante a festa, foi simulado assalto e as esposas foram trancafiadas. Entraram dez homens e as mulheres foram estupradas inúmeras vezes. Duas das mulheres estupradas foram mortas de forma bárbara porque reconheceram os estupradores. Os assassinos foram presos no velório das vítimas e o governo local assumiu a punição desses agressores e assassinos. Salientou que esse é um caso explícito de misoginia não se pode conviver com situações desse tipo que acontecem em todas as regiões do país, atingindo todas as faixas etárias e classes sociais, por exemplo. Frisou que MS e SEPM devem trabalhar juntos para melhorar os serviços de atendimento às mulheres em situação de violência, inclusive com garantia de equipe multiprofissional. Reiterou o seu compromisso com o enfrentamento de todas as formas de violência contra a mulher e convocou o MS a participar das repactuações acerca do Pacto de Enfrentamento à Violência Doméstica, na perspectiva do atendimento no SUS. Salientou que nas pactuações as Secretarias de Saúde (os governadores) devem incluir os serviços de atendimento à violência doméstica no âmbito da saúde, porque essas situações causam reflexos na saúde da mulher. Também se comprometeu a priorizar, junto com o Ministério da Saúde, o combate à violência institucional contra as mulheres. Manifestou a sua satisfação com a reedição do material do MS sobre a saúde das mulheres e frisou que deve chegar à ponta, na linha de contribuir para diminuição dos danos do abortamento inseguro. Convocou o MS e o CNS para contribuir na preparação

da Conferência Rio + 20 e convidou o Ministério para participar do termo de cooperação técnica firmado com a Ministra dos Direitos Humanos sobre direitos humanos, envelhecimento e gênero, direitos humanos das mulheres com deficiência e direitos humanos na prevenção da violência contra meninas, adolescentes e mulheres nos grandes eventos (copa do mundo, olímpíada, carnaval). Também chamou o MS para participar das parcerias com o Ministério do Desenvolvimento Agrário - MDA voltadas à melhoria do atendimento às trabalhadoras rurais. Registrhou o seu compromisso com a consolidação e ampliação dos direitos das mulheres e, no âmbito da saúde, com a perspectiva da saúde integral às mulheres e a garantia dos direitos sexuais, assegurando as conquistas alcançadas. Salientou a importância de atenção para questões como mortalidade materna, Rede Cegonha, prevenção do câncer do colo de útero e de mama, saúde mental, adoecimento da mulher no mundo do trabalho, DST/HIV, sexualidade, planejamento reprodutivo. Enfatizou que a parceria com as entidades e movimentos sociais é fundamental e comprometeu-se a participar do congresso da ABRASCO. Por fim, agradeceu o convite e colocou a equipe da Secretaria à disposição do MS para avançar nas políticas de atenção à saúde integral à mulher e no enfrentamento da violência. Conselheiro **Padilha Rocha Padilha**, Presidente do CNS, acrescentou que o monitoramento e o acompanhamento da qualidade dos serviços são uma estratégia central do Ministério da Saúde e, diante dos dados levantados por pesquisa (1/4 das gestantes relatam algum tipo de violência), o MS criou ouvidoria ativa específica na Rede Cegonha para elaborar relatório de atendimento das gestantes internadas no SUS (após o parto, as mulheres serão contatadas para avaliação do atendimento e o relatório dessa avaliação será público, na linha reconhecer as ações positivas e corrigir rumos). Também anunciou que, além da reedição de material com orientações sobre saúde da mulher, será realizada força tarefa do MS para vistoriar os 570 serviços credenciados para atendimento de mulheres vítimas de violência, assim como foi feito em relação aos mamógrafos. No mais, concordou que, além de ampliar os serviços, é preciso qualificar o atendimento e frisou a importância da mobilização dos conselhos para que a avaliação do profissional de saúde no serviço de urgência e emergência sirva como prova pericial para os processos de criminalização de situações de violência. **Manifestações.** Conselheira **Jurema Werneck** manifestou a sua satisfação com a indicação da socióloga **Eleonora Menicucci** para a SPM, tendo em vista a sua luta para garantia dos direitos das mulheres. Salientou que as exposições demonstram os desafios a serem enfrentados e o CNS, no último período, tem debatido temas relativos à saúde da mulher na linha de apontar caminhos. Lembrou que as mulheres negras são as que mais denunciam a violência, mas a violência racial ainda é um desafio da política pública. A respeito do Pacto de Enfrentamento da Violência, salientou a importância de envolver a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República - SEPPIR, Secretaria Nacional de Juventude – SNJ e as organizações de mulheres negras. Denunciou como “nova” modalidade de violência contra as mulheres a “onda conversadora” – polícia federal que persegue o medicamento misoprostol – e defendeu a união de órgãos de governo e movimentos para vencer esse movimento e a qualificação da Rede Cegonha para lutar nesse sentido. Também aproveitou para defender a inclusão da SPM no comitê de especialistas da Rede Cegonha, por entender que a Secretaria tem muito a contribuir nos debates. Comentou ainda a iniciativa do teste rápido de gravidez, salientando ser essencial evitar os problemas enfrentados em relação ao teste rápido para HIV. Por fim, informou que o deputado Jean Wyllys (PSOL-RJ) e a sociedade aguardam resposta do MS acerca da suspensão do vídeo para a campanha do carnaval 2012 com cenas de casal homossexual. Conselheira **Marisa Furia Silva** classificou como violência o fato de as unidades de saúde e as escolas não estarem capacitadas para atender as mulheres com deficiência intelectual. Também manifestou satisfação com as ações da Secretaria voltadas às mulheres com deficiência e salientou a importância de interface da SPM com outras secretarias e o MS. Solicitou atenção para as mulheres que geram filhos com deficiência, haja vista as dificuldades que enfrentam – abandono dos companheiros, conciliação entre cuidado do filho e sustento da casa - e salientou a importância do amparo do governo. Conselheira **Maria Thereza Antunes** manifestou satisfação com o anúncio de ações para pessoas com deficiência na Conferência RIO + 20 e informou que em 2009, com o apoio da SEDH, foi realizada capacitação em Recife sobre violência doméstica contra pessoas com deficiência. Falou da falta de notificação na ficha de atendimento das pessoas com deficiência e manifestou a sua esperança com a APAC que poderá contribuir para o acompanhamento desses dados. Manifestou preocupação com a violência sexual sofrida por mulheres cadeirantes, destacando que o autor da violência, muitas vezes, é próximo. Também disse que o governo de Pernambuco, em parceria com a SEDH, realiza capacitações e, por fim, solicitou

que a pauta da mulher com deficiência seja incluída nas lutas pelos direitos das mulheres. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** saudou o Ministro da Saúde e a Ministra **Eleonora Menicucci de Oliveira** e reforçou a importância de enfrentar a “onda conversadora” que ocorre no país dada a relação com a violência a que as mulheres se submetem. Frisou que é preciso enfrentar os diversos tipos de violência contra as mulheres e fez um destaque para o estupro corretivo de mulheres lésbicas pela opção sexual diferente da heteronormativa. Manifestou satisfação com o anúncio do MS de visita aos centros de atendimento às mulheres vítimas de violência e colocou o movimento à disposição para participar desse processo. Por fim, solicitou ao Ministério da Saúde que nessas visitas aos Estados informe a sociedade sobre os direitos das mulheres assegurados em lei a fim de evitar decisões equivocadas como a da Câmara Municipal de Anápolis/GO que aprovou a proibição no município da prática de abortos legais nos hospitais públicos. Conselheiro **Arilson Cardoso** cumprimentou o Ministro e a Ministra e ressaltou que é preciso avaliar a qualidade das unidades de pronto atendimento, além de sensibilizar as equipes de saúde responsáveis pelo atendimento para alcançar o sucesso da política. Conselheiro **Clóvis Boufleur** salientou que enfrentar a violência contra mulher implica na produção de antídotos relacionados à promoção e cuidado e na construção de relacionamentos de respeito entre mulheres e homens. Disse que a Campanha da Fraternidade 2012, com o tema “Fraternidade e Saúde Pública”, prevê entre os seus objetivos prevenir a violência em todos os ambientes. Na sua visão, ao debater o tema da violência, é preciso considerar que tanto vítimas quanto agressores precisam ser foco de políticas públicas. Também manifestou surpresa com a manifestação de incompatibilidade dos profissionais que atendem as mulheres vítimas de violência e os princípios religiosos e salientou que respeitar as convicções significa também definir estratégias para solucionar os problemas de saúde que são obrigações do Estado. Frisou que políticas de saúde articuladas para redução da desigualdade social certamente têm maior impacto na diminuição de fatores de risco na gestação e na saúde da mulher que muitas iniciativas paliativas. Por fim, ressaltou que o enfrentamento da violência dentro de casa implica em considerar os altos índices de agressão da mãe com relação aos filhos, como reflexão do ciclo de reprodução da violência. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** ressaltou que os assistentes sociais responsáveis pelo atendimento das mulheres vítimas de violência têm preocupação sobre o que fazer após o atendimento – quem cuida dessa mulher? Salientou que é preciso envolver os homens no debate sobre a violência contra a mulher e esse tema deve ser pauta de debate nos serviços de saúde. Manifestou satisfação com as ações anunciadas e fez um destaque àquelas de proteção às pessoas com deficiência, sendo necessária a definição de redes de atenção. No mais, lembrou que a notificação é uma obrigação do profissional de saúde, portanto, é preciso fazer valer essa definição. Conselheira **Ana Costa** cumprimentou os integrantes da mesa na pessoa da Ministra **Eleonora Menicucci de Oliveira** e reiterou a importância da garantia da integralidade, assegurando rede de serviços que atenda a demanda e as necessidades da população e considerando as diversidades no âmbito de cada grupo. Salientou que é preciso debater a integralidade no SUS e no sistema privado de saúde, lembrando que a violência “intraparto” no sistema privado é tão forte quanto no sistema público. Disse que é preciso discutir os impasses e as dificuldades enfrentadas pelas mulheres da ponta e o CNS deve ser convocado a discutir essas realidades complexas. Frisou que são necessárias ações intersetoriais para enfrentar o problema da violência contra as mulheres. Ressaltou que é preciso aprofundar o debate sobre a Conferência Rio + 20 a fim evitar desvio estratégico e tático para questões periféricas, como ocorreu em situações anteriores (nesse caso, questão ecológica, excesso e concentração no planeta). Conselheira **Maria Cristina Pedro Biz** anunciou que o Conselho de Fonoaudiologia lançou a campanha “Mulher solte a sua voz, diga não à violência contra violência” e manifestou a sua satisfação com a Ministra **Eleonora Menicucci de Oliveira** à frente da Secretaria e sua esperança no enfrentamento dos vários tipos de violência contra a mulher. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** registrou o seu contentamento com o debate desse tema na presença do Ministro da Saúde e da Ministra da SPM e salientou que é preciso refletir sobre os impactos da “onda conservadora” na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Lembrou, por exemplo, que a Política de Enfrentamento da AIDS passa por um retrocesso por conta de questões conservadoras. Também aproveitou para esclarecer que o movimento de luta contra a AIDS entende que o teste rápido para detecção é importante, mas não pode substituir as ações de diagnóstico e banalizar o processo de enfrentamento do diagnóstico de DST/AIDS e essa preocupação estende-se à proposta de teste rápido para gravidez. Conselheira **Fernanda Lou Sans Magno** registrou o seu contentamento com debate desse tema no CNS e, considerando a importância

da ação intersetorial, defendeu articulação com a assistência social, a fim de evitar diferenças no atendimento. Enfatizou que é preciso trabalhar o recorte da violência contra as mulheres presas e a lesbofobia e debater com os vários órgãos a proteção à mulher que denuncia e colocou a Federação Nacional dos Psicólogos à disposição para contribuir nesse diálogo. Conselheira **Ivone Cabral** cumprimentou a Ministra, que é a sua referência na área de pesquisas sobre saúde da mulher e da criança e a coordenadora da Área Técnica pelo redirecionamento da abordagem na área da violência, entendendo a mulher sob a visão da integralidade. Informou que a ABEn tem desenvolvido programa de educação permanente dos profissionais de enfermagem para romper com preconceitos e acolher mulheres vítimas de violência, inclusive aquelas que necessitam do serviço de abortamento legal. Também informou que a Associação firmou convênio com a SPM com qualificação de mais de 10 mil profissionais de enfermagem em direitos sexuais e reprodutivos. Aproveitou, por fim, para oficializar o pedido de inclusão da ABEn no comitê de especialistas da Rede Cegonha, haja vista a atenção da enfermagem obstétrica nessa Rede. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** cumprimentou os componentes da mesa e colocou a questão da doença celíaca, predominante nas mulheres, que atinge todas as classes sociais. Relatou, por exemplo, a situação da mulher celíaca trabalhadora doméstica, que necessita de alimentação diferenciada e muitas vezes não tem acesso a essa alimentação. Ressaltou que é preciso assegurar atenção integral às mulheres com doença celíaca, porque além da necessidade de atenção diferenciada, enfrentam problemas como osteoporose, esterilidade e outras doenças associadas. Conselheiro **Willen Heil e Silva** manifestou satisfação com esse debate no CNS e salientou que o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional reconhece a saúde da mulher como especialidade do profissional fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. Concordou que é preciso combater o conservadorismo no que se refere às ações de saúde voltadas às mulheres e relatou que foi proibido de oferecer orientação a um grupo de hemofílicos com HIV/AIDS sobre o uso de preservativo por uma questão religiosa. Também enfatizou que é preciso tratar da questão do assédio moral que afeta predominantemente as mulheres. Por fim, defendeu parcerias entre Ministérios para implementar ações na escola voltadas a crianças que vivenciam situações de violência contra a mulher em suas casas. Conselheira **Cleuza de Carvalho Miguel** reiterou os elogios aos integrantes da mesa e relatou a violência que sofreu durante o parto do seu primeiro filho (a médica, ao subir na sua barriga para estimular o nascimento do seu filho, fraturou duas das suas costelas e perfurou o seu pulmão). Também disse que as mulheres com esclerose múltipla não são atendidas em postos de saúde para realização de exame ginecológico e salientou que o Seminário de patologias e deficiências deve pautar essa e outras questões. Conselheira **Zilda Faveri** saudou os integrantes da mesa e chamou a atenção para violência contra a mulher idosa - violência psicológica, sexual, institucional. Conselheiro **Marcos A. Gonçalves** ratificou os elogios aos integrantes da mesa e salientou que é preciso oferecer condições para que as 45 milhões de pessoas com deficiência no país sejam protagonistas de suas próprias histórias. Disse que é preciso tomar iniciativa em relação ao alto índice de estupro de pessoas com deficiência e, dada a gravidade desse e de outros tipos de situação, frisou que são necessárias ações conjuntas com a participação da sociedade e do governo. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** saudou os integrantes da mesa e cumprimentou, emocionada, a Ministra Eleonora Menicucci de Oliveira pelo compromisso com a causa das mulheres, que motiva todos a continuar a luta. Assim, agradeceu a Ministra e desejou-lhe uma gestão positiva e exitosa. Conselheira **Maria Ermínia Ciliberti** manifestou satisfação com o debate desse tema no Conselho, por entender que o primeiro passo para enfrentar a violência é dar visibilidade a esse fenômeno. Disse que é preciso incorporar e detalhar no fluxo de atendimento e nos protocolos a questão do acolhimento e do acesso, não se focando apenas nas emergências (o programa deve contemplar todos os níveis do Sistema). Avaliou que o momento é positivo e a inclusão da rede psicosocial no sistema oferece a capacitação dessa rede para lidar e dar apoio às situações de emergências. Também avaliou que a rede privada também deve notificar os casos de violência e defendeu que as violências ocorridas no local de trabalho sejam registradas no SINAM. Conselheiro **Cid Pimentel** cumprimentou a mesa e manifestou a sua confiança no trabalho conjunto dos diversos órgãos para enfrentar o tema da violência. Também apresentou a proposta de integrar as bases de dados dos Ministérios da Previdência e do Trabalho e Emprego com as do Ministério da Saúde, a fim de construir coletivamente "o novo momento de saúde do trabalhador". Disse ainda que o Ministério da Previdência vem trabalhando a subnotificação de dados sobre as trabalhadoras domésticas e rurais. Também convidou a Ministra Eleonora Menicucci de Oliveira a participar das atividades para lembrar os trabalhadores vítimas de

1556 acidente do trabalho. **Retorno da mesa.** A Ministra **Eleonora Menicucci de Oliveira**
1557 agradeceu os elogios e as congratulações e disse contar com o apoio de todos na luta pelo
1558 direito das mulheres. Diante das falas dos conselheiros e das conselheiras, destacou como
1559 prioridades: as mulheres com deficiência, o envelhecimento, a integralidade e a laicidade do
1560 Estado. Também salientou que o diálogo com CONASS e CONASEMS é essencial nesse
1561 processo e a ABEn, o Conselho Federal de Psicologia, entre outras entidades, serão
1562 chamados a conversar. A respeito da saúde do trabalhador, disse que é uma área essencial e
1563 reiterou a sua defesa da diferenciação do processo de adoecimento das mulheres e dos
1564 homens. Destacou que a sua última investida no âmbito da UNIFESP foi trabalhar a questão do
1565 bullying ou assédio moral no ambiente do trabalho. Também reafirmou que MS e SPM devem
1566 trabalhar de forma conjunta a fim de enfrentar os desafios colocados. Solicitou ao conselheiro
1567 Cid Pimentel que envie convite oficial para as comemorações promovidas pelo Ministério da
1568 Previdência. Finalizou destacando que é preciso lutar para que o estado de confiança se
1569 transforme efetivamente em realidade melhor para mulheres e homens do país. Conselheira
1570 **Maria do Espírito Santo Tavares**, coordenadora da CISMU/CNS, explicou que a Comissão
1571 trouxe o debate sobre a saúde da mulher para o Conselho por acreditar na possibilidade de
1572 mudanças. Por fim, ao contrário da violência, solicitou a todos que trocassem abraços como
1573 forma de demonstração de carinho. Com isso, a mesa encerrou os trabalhos da manhã do
1574 segundo dia de reunião. Retomando os trabalhos, a pauta da reunião foi redefinida diante do
1575 avançado da hora. O debate da Resolução do CNS n.º 333/03 foi adiado para a próxima
1576 reunião do CNS (a intenção é reservar um período para o debate do tema). Diante da
1577 impossibilidade de apresentação do informe da Comissão Intergestores Tripartite, foi
1578 distribuído documento escrito. Em seguida, procedeu-se à apreciação das minutas de
1579 recomendação e resolução. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** apresentou a minuta de
1580 recomendação, elaborada pela CIAN, ao Ministério da Saúde que submeta à apreciação do
1581 Conselho Nacional de Saúde, em caráter de urgência, a Política Nacional de Alimentação e
1582 Nutrição, em sua nova versão. **Deliberação: aprovada a recomendação, proposta pela**
1583 **CIAN/CNS, ao Ministério da Saúde que submeta à apreciação do Conselho Nacional de**
1584 **Saúde, em caráter de urgência, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, em sua**
1585 **nova versão.** Em seguida, conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio** fez um informe
1586 sobre o bárbaro assassinato do petroleiro, sindicalista, filho de estivador, secretário de governo
1587 da prefeitura de Guarujá e presidente do diretório municipal do Partido Pátria Livre neste
1588 município, Ricardo Joaquim Augusto de Oliveira, no dia 8 de março de 2012, o quinto
1589 assassinato político no município nos últimos anos. Disse que quadrilhas utilizam o porto para
1590 realização de ações ilícitas e os criminosos procuram ocupar espaço na administração
1591 municipal, dada a relação dos serviços do porto com a prefeitura (vigilância ambiental,
1592 vigilância sanitária). Todavia, a administração do secretário de governo da prefeitura de
1593 Guarujá vinha trabalhando para acabar com essa situação. Salientou que é preciso intervenção
1594 estatal a fim de evitar esse tipo de pressão vivenciada pelas administrações municipais. Feito
1595 esse informe, apresentou uma moção de repúdio do CNS ao ocorrido: “considerando o bárbaro
1596 assassinato de Ricardo Joaquim, petroleiro; considerando que a Cidade de Guarujá é parte
1597 importante do maior porto da América Latina, maior fronteira comercial do país, enfrenta uma
1598 grave situação de segurança, que faz necessária uma ação estruturante e abrangente da
1599 União, integrada aos poderes estadual e municipal, para enfrentar as forças do submundo, as
1600 máfias vinculadas ao contrabando, às drogas, ao roubo de cargas e a toda a sorte de negócios
1601 escusos, que tentam submeter o poder público aos seus interesses; considerando que Ricardo
1602 Joaquim, ao não se dobrar a essa situação, se tornou alvo de um crime hediondo e revoltante,
1603 e o Conselho Nacional de Saúde solicita providências enérgicas das autoridades, que resultem
1604 na efetiva punição dos criminosos - mandantes e executores. O Conselho Nacional de Saúde
1605 manifesta o seu repúdio ao bárbaro assassinato do petroleiro, sindicalista, filho de estivador,
1606 secretário de governo da prefeitura de Guarujá e presidente do diretório municipal do Partido
1607 Pátria Livre neste município, Ricardo Joaquim Augusto de Oliveira, no último dia 8. Trata-se do
1608 quinto político assassinado no município em curto período de tempo. O Conselho Nacional de
1609 Saúde manifesta também a sua solidariedade aos familiares e amigos de Ricardo Joaquim.”
1610 **Deliberação: aprovada moção de repúdio do CNS ao bárbaro assassinato do petroleiro,**
1611 **sindicalista, filho de estivador, secretário de governo da prefeitura de Guarujá e**
1612 **presidente do diretório municipal do Partido Pátria Livre neste município, Ricardo**
1613 **Joaquim Augusto de Oliveira, no dia 8 de março. PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS**
1614 **DE SAÚDE – O representante da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, José Teófilo**
1615 **Cavalcanti, apresentou, com justificativas, a minuta de resolução, elaborada pela**

1616 Coordenação da Plenária de Conselhos de Saúde, que define mudanças na Coordenação da
1617 Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, com revogação da Recomendação do CNS nº. 005,
1618 de 7 de outubro de maio de 2004. O texto é o seguinte: Considerando a Deliberação CNS nº
1619 004/2001, de 10 de maio 2001, que estabelece as diretrizes para a Plenária Nacional dos
1620 Conselhos de Saúde; Considerando a necessidade de avançar no processo organizativo e de
1621 articulação entre os conselhos de saúde nas esferas nacional, estaduais e municipais;
1622 Considerando o Conselho Nacional de Saúde como estimulador do processo de articulação; e
1623 Considerando, ainda, a necessidade de estabelecer um fluxo de informações e discussões
1624 entre o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. O
1625 Conselho Nacional de Saúde resolve: 1. Que a Coordenação Nacional de Plenária de
1626 Conselhos de Saúde seja composta por 3 (três) representantes do Conselho Nacional de
1627 Saúde (2 usuários e 1 trabalhador) e por 1 (um) representante de cada Estado e do Distrito
1628 Federal; 2. Que os Coordenadores representantes dos Estados e do Distrito Federal sejam
1629 eleitos em Plenárias Estaduais de Conselhos de Saúde desde que estes sejam Conselheiros
1630 Estadual ou Municipal de Saúde Titular ou Suplente. 3. Que o mandato de Coordenador de
1631 Plenária será de 03 (três) anos, para os novos Coordenadores de Plenária que serão eleitos,
1632 podendo ser reconduzido por mais um mandato. Os Coordenadores de Plenária eleitos a partir
1633 desta Resolução encerrão o mandato em dezembro de 2015 de forma a igualar com o
1634 mandato do CNS. 4. Que os coordenadores representantes dos Estados e Distrito Federal
1635 sejam eleitos 01 (um) Titular e 02 (dois) Suplentes. 5. Que após a realização da eleição de
1636 Coordenador de Plenária nos Estados e no Distrito Federal, os Conselhos Estaduais de Saúde
1637 comuniquem imediatamente através de ata e ofício ao Conselho Nacional de Saúde os nomes
1638 de seus respectivos representantes. 6. Que os Coordenadores representantes dos Estados e
1639 do Distrito Federal que por qualquer motivo perderem seu mandato, seja no Conselho Estadual
1640 ou Municipal, perderá automaticamente o Mandato na Coordenação Nacional de Plenárias de
1641 Conselhos de Saúde, devendo assumir o 1º ou 2º Suplente. 7. Que após o término do mandato
1642 do Coordenador de Plenária de Conselhos de Saúde, o Conselho Estadual de Saúde realizará
1643 a Plenária Estadual para eleição do Coordenador para o próximo mandato. Fica prorrogado o
1644 mandato do Coordenador de Plenária no caso do Conselho Estadual de Saúde não realizar a
1645 Plenária Estadual. 8. Que o Coordenador de Plenária Nacional de Conselhos de Saúde,
1646 quando convocado e financiado pelo Conselho Nacional de Saúde para participar de qualquer
1647 evento, não poderá receber, diárias de seu Conselho/Secretaria de origem, seja Estadual ou
1648 Municipal de Saúde. 9. Que os Conselhos Estaduais ofereçam suporte necessário, para que os
1649 Coordenadores possam desenvolver suas atividades de articular, mobilizar, sensibilizar e
1650 fortalecer a participação social. 10. Que seja garantida a participação do Coordenador de
1651 Plenária nas reuniões do Conselho Estadual de Saúde. Revoga a Recomendação CNS nº. 005,
1652 de 7 de outubro de maio de 2004. Após a leitura, foram feitas as contribuições ao texto. Por
1653 fim, anunciou a presença dos seguintes componentes da Coordenação da Plenária de
1654 Conselhos de Saúde: Jhon Pontes Pessoa; Gilson Aguiar; e Orany F. A. Sobrinho. Concluída
1655 a leitura, foi aberta palavra para manifestações, tendo sido apresentadas as seguintes
1656 sugestões: em relação ao item 7, explicitar a necessidade de realizar plenária estadual para
1657 eleição do Coordenador para o próximo mandato. Caso não ocorra, o Estado ficará sem
1658 representante na Coordenação; nos considerandos, substituir "CNS como estimulador do
1659 processo" por "CNS como integrante do processo de articulação entre os conselhos"; em
1660 relação ao item 1 do Resolve, substituir a redação original por "Que a Coordenação Nacional
1661 de Plenária de Conselhos de Saúde será composta por 4 (quatro) representantes do Conselho
1662 Nacional de Saúde (2 usuários, 1 trabalhador e 1 gestor/prestador) e por 1 (um) representante
1663 de cada Estado e do Distrito Federal; a respeito do item 2 do Resolve, substituir "sejam eleitos"
1664 por "serão eleitos" e "desde que estes sejam Conselheiros Estadual ou Municipal de Saúde
1665 Titular ou Suplente" por "com candidatos conselheiros estadual ou municipais"; a respeito do
1666 item 3 do Resolve, excluir "de forma a igualar com o mandato do CNS"; a respeito do item 4,
1667 substituir a redação original por "Que os coordenadores de Plenária serão eleitos 01 (um)
1668 Titular e 02 (dois) Suplentes para representar Estados e o Distrito Federal na Coordenação de
1669 Plenária; a respeito do item 6, substituir a redação original por "Que o Coordenador
1670 representante do Estado e do Distrito Federal que por qualquer motivo perder seu mandato,
1671 seja no Conselho Estadual ou Municipal, perderá automaticamente o Mandato na Coordenação
1672 Nacional de Plenárias de Conselhos de Saúde, devendo assumir o 1º ou 2º Suplente"; a
1673 respeito do item 7, reformular a redação; a propósito do item 7, reformular o texto de forma a
1674 torná-lo mais claro; no item 10, adotar a seguinte redação "Que se estabeleçam mecanismos
1675 para a participação do Coordenador de Plenária nas reuniões do Conselho Estadual de

1676 Saúde". Houve acordo sobre as sugestões, com exceção daquela relativa ao item 10. Na
1677 avaliação da maioria dos conselheiros, a resolução deve definir a necessidade de garantir a
1678 participação do Coordenador de Plenária nas reuniões do Conselho Estadual de Saúde. Após
1679 debate, acordou-se por adotar a seguinte redação: "Que seja garantida a participação do
1680 Coordenador de Plenária nas reuniões do Conselho Estadual de Saúde "pelo seu respectivo
1681 Conselho"". Não havendo novas sugestões, a mesa colocou em apreciação a proposta de
1682 resolução com os devidos ajustes. **Deliberação: aprovada a proposta de resolução, com**
1683 **acréscimos do Plenário do CNS.** O texto final é o seguinte:"considerando a Deliberação
1684 CNS nº 004/2001, de 10 de maio 2001, que estabelece as diretrizes para a Plenária
1685 Nacional dos Conselhos de Saúde; considerando a necessidade de avançar no processo
1686 organizativo e de articulação entre os conselhos de saúde nas esferas nacional,
1687 estaduais e municipais; considerando o Conselho Nacional de Saúde como integrante
1688 do processo de articulação entre os Conselhos; e considerando, ainda, a necessidade de
1689 estabelecer um fluxo de informações e discussões entre o Conselho Nacional de Saúde
1690 e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. O CNS resolve: 1. Que a Coordenação
1691 Nacional de Plenária de Conselhos de Saúde será composta por 4 (quatro)
1692 representantes do Conselho Nacional de Saúde (2 usuários, 1 Profissional de Saúde e 1
1693 governo/prestador de serviço de Saúde) e por 1 (um) representante de cada Estado e do
1694 Distrito Federal; 2. Que os Coordenadores de Plenária representantes dos Estados e do
1695 Distrito Federal serão eleitos em Plenárias Estaduais de Conselhos de Saúde com
1696 candidatos Conselheiros Estaduais ou Municipais de Saúde Titular ou Suplente; 3. Que o
1697 mandato de Coordenador de Plenária será de 03 (três) anos, para os novos
1698 Coordenadores de Plenária, podendo ser reconduzido por mais um mandato. Os
1699 Coordenadores de Plenária eleitos a partir desta Resolução encerrão o mandato em
1700 dezembro de 2015; 4. Que os Coordenadores de Plenária serão eleitos 01 (um) Titular e
1701 02 (dois) Suplentes, para representar Estados e Distrito Federal na Coordenação
1702 Nacional da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde; 5. Que após a realização da
1703 eleição de Coordenador de Plenária nos Estados e no Distrito Federal, os Conselhos
1704 Estaduais de Saúde comunicarão, imediatamente, através de ata e ofício ao Conselho
1705 Nacional de Saúde, os nomes de seus respectivos representantes; 6. Que o Coordenador
1706 representante do Estado e do Distrito Federal que por qualquer motivo perder seu
1707 mandato, seja no Conselho Nacional, Estadual ou Municipal, perderá automaticamente o
1708 Mandato na Coordenação Nacional de Plenárias de Conselhos de Saúde, devendo
1709 assumir o 1º ou 2º Suplente; 7. Que após o término do mandato do Coordenador de
1710 Plenária de Conselhos de Saúde, o Conselho Estadual de Saúde realizará a Plenária
1711 Estadual para eleição do Coordenador para o próximo mandato. O Estado que não
1712 realizar a Plenária de Conselhos de Saúde ficará sem Coordenador de Plenária na
1713 Coordenação Nacional; 8. Que o Coordenador de Plenária Nacional de Conselhos de
1714 Saúde, quando convocado e financiado pelo Conselho Nacional de Saúde para participar
1715 de qualquer evento, não poderá receber, diárias de seu Conselho/Secretaria de origem,
1716 seja Estadual ou Municipal de Saúde; 9. Que os Conselhos Estaduais oferecerão suporte
1717 necessário, para que os Coordenadores possam desenvolver suas atividades de
1718 articular, mobilizar, sensibilizar e fortalecer a participação social; 10. Que seja garantida
1719 a participação do Coordenador de Plenária nas reuniões do Conselho Estadual de Saúde
1720 pelo seu respectivo Conselho. Fica revogada a Recomendação CNS nº. 005, de 07 de
1721 outubro de 2004."Em seguida, a Secretaria Executiva do CNS colocou em apreciação a
1722 proposta de data da Coordenação de Plenária de Conselhos para a realização da XVII Plenária
1723 Nacional de Conselhos de Saúde: dias 9 e 10 de julho de 2012. **Deliberação: aprovada a**
1724 **realização da XVII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde nos dias 9 e 10 de julho de**
1725 **2012.**A seguir, o Pleno debateu a possibilidade de modificar a data da próxima reunião do CNS
1726 para os dias 18 e 19 de abril a fim de possibilitar a participação dos conselheiros no
1727 lançamento do movimento nacional em defesa da saúde pública, no dia 17 de abril de 2012.
1728 **Após considerações, o Plenário decidiu manter a data previamente definida para a 232ª**
1729 **Reunião Ordinária – 11 e 12 de abril.**A SE/CNS garantirá a presença dos conselheiros
1730 que desejarem participar do lançamento do movimento do movimento. Conselheiro
1731 Ronald Ferreira dos Santos conclamou a todos a participar do lançamento do movimento. A
1732 seguir, foi aberta a palavra para informes. **G) SITUAÇÃO DAS UPAS NO DISTRITO**
1733 **FEDERAL -Apresentação: Jairo Bisol, do MP/DF.** Item não apresentado. **H) DENÚNCIA**
1734 **SOBRE PRIVATIZAÇÃO DA GERÊNCIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO NO RIO GRANDE DO**
1735 **NORTE – Conselheiro Francisco Batista Júnior denunciou a privatização da gerência de um**

1736 hospital público no Rio Grande do Norte à revelia do CES/RN e, considerando se tratar de um
1737 processo que ocorre em vários locais do país, defendeu que o CNS solicite ao MS o não
1738 financiamento da produção do hospital privatizado. **A esse respeito, acordou-se que o tema**
1739 **será tratado posteriormente.**J) COMEMORAÇÃO DE 30 ANOS DO CONASS. Data: de 24 a
1740 25 de abril de 2012. Local: Royal Tulip Brasília Alvorada, Brasília – DF.Os conselheiros do
1741 CNS que estiverem em Brasília nesses dias participarão da atividade.K) DENÚNCIA DE
1742 FALTA DE BOLSAS DE COLOSTOMIA NO RIO DE JANEIRO E EM OUTROS ESTADOS - A
1743 propósito, acordou-se que o Ministério da Saúde averiguará a questão com a SAS/MS e
1744 encaminhará resposta ao demandante (responsável: conselheira Júlia Maria Roland). L) DIA
1745 MUNDIAL DE CONSCIENTIZAÇÃO DA PESSOA COM AUTISMO – 2 de abril. Conselheira
1746 Marisa Furia Silva solicitou a divulgação da data e sugeriu ao MS a iluminação do prédio do
1747 MS e de outros da Esplanada da cor azul, que simboliza o autismo. Em seguida, a Secretaria
1748 Executiva do CNS, Rozângela Fernandes Camapum, anunciou, de forma emocionada, que
1749 deixaria a SE do CNS e agradeceu pelo aprendizado nesses três anos. Disse que foi
1750 distribuído Relatório de Gestão do período de 2009-2012, que apresenta a síntese das
1751 atividades realizadas nesse período. A seguir, vários conselheiros intervieram para agradecer o
1752 trabalho da Secretaria Executiva do CNS, com destaque para sua competência, seriedade e
1753 dedicação. Os funcionários também fizeram uma homenagem à Secretaria Executiva do CNS.
1754 A seguir, a mesa foi recomposta para apresentação dos itens pendentes da COFIN.
1755 Conselheiro Fernando Luiz Eliotério fez a leitura da minuta de recomendação, elaborada pela
1756 COFIN/CNS como desdobramento do debate da Lei Complementar nº 141/2012. O texto é o
1757 seguinte: “Considerando que: Compete ao Conselho Nacional de Saúde o estabelecimento das
1758 diretrizes para a “elaboração dos planos de saúde, em função das características
1759 epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa”, nos termos
1760 do art. 37 da Lei nº. 8.080/90; Compete aos Conselhos de Saúde atuar “na formulação de
1761 estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente,
1762 inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo
1763 chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo” nos termos do §2º do art.1º
1764 da Lei nº 8.142/90; e Compete aos Conselhos de Saúde “deliberar sobre as diretrizes para o
1765 estabelecimento de prioridades” para as ações e serviços públicos de saúde pelo respectivo
1766 gestor federal, estadual, distrital ou municipal, que deverão constar no Plano de Saúde, no
1767 Plano Plurianual, na Programação Anual de Saúde, na Lei de Diretrizes Orçamentárias, na Lei
1768 Orçamentária Anual com o objetivo de dar cumprimento aos dispositivos da Lei Complementar
1769 nº 141/2012, conforme estabelece o §4º do art. 30 da citada Lei Complementar. O CNS
1770 recomenda o cumprimento imediato das resoluções e recomendações estabelecidas pelos
1771 Conselhos de Saúde nas três esferas de governo para: a) a formulação de estratégias para a
1772 implementação da respectiva política de saúde; b) a incorporação das diretrizes fixadas para o
1773 estabelecimento de prioridades nos processos de planejamento e de execução orçamentária e
1774 financeira no âmbito do Sistema Único de Saúde (Sistema Único de Saúde); e c) o
1775 cumprimento dos dispositivos da Constituição Federal, da Lei nº. 8.080/90, da Lei nº 8.142/90 e
1776 da Lei Complementar nº 141/2012 sobre a aplicação mínima em ações e serviços públicos de
1777 saúde, sobre os critérios para as transferências intergovernamentais de recursos no âmbito do
1778 SUS e sobre o processo de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde”. A
1779 seguir, houve breves manifestações e o conselheiro Francisco Batista Júnior sugeriu que o
1780 Pleno aprove resolução para que o MS não reconheça qualquer processo decisório referente a
1781 ações e políticas de saúde que não sejam submetidas à aprovação dos conselhos de saúde.
1782 Deliberação: aprovada a recomendação, elaborada pela COFIN, com vistas ao
1783 cumprimento imediato das resoluções e recomendações estabelecidas pelos Conselhos
1784 de Saúde nas três esferas de governo. Além disso, o Plenário decidiu pautar na próxima
1785 reunião da Mesa Diretora do CNS a proposta do conselheiro Francisco Batista Júnior de
1786 resolução do CNS para que o MS não reconheça qualquer processo decisório referente a
1787 ações e políticas de saúde que não sejam submetidas à aprovação dos conselhos de
1788 saúde.Após, o assessor da COFIN/CNS, Francisco Funcia, apresentou as sete propostas da
1789 COFIN/CNS à LDO 2013, elaboradas com base no debate acumulado do CNS, considerando a
1790 Lei 141/2012: 1) Capítulo III, Seção VI, Art. 48, Inciso II – proposta de redação: “II - da
1791 aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde, em cumprimento ao disposto na
1792 Emenda Constitucional nº 29, de 2000, e ao disposto na Lei Complementar nº 141, de 13 de
1793 janeiro de 2012”. Justificativa: a proposta visa alterar a redação original desse dispositivo do
1794 art.48 para obedecer de forma mais precisa os dispositivos da Lei Complementar nº 141, de 13
1795 de janeiro de 2012. 2) Capítulo III, Seção VI, Art. 48, § 1º, Inciso II. Redação proposta: “§ 1º

1796 Para os efeitos do inciso II deste artigo, consideram-se exclusivamente como ações e serviços
1797 públicos de saúde as dotações do órgão Ministério da Saúde referentes às despesas
1798 programadas e executadas em consonância com o disposto nos artigos 2º e 3º da Lei
1799 Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, deduzindo-se as despesas enquadradas nos
1800 termos do artigo 4º e do § 4º do artigo 24 da citada Lei Complementar e as despesas com
1801 juros, amortização e demais encargos financeiros da dívida contratada no âmbito do Sistema
1802 Único de Saúde antes de 13 de janeiro de 2012". Justificativa: a proposta visa alterar a redação
1803 original para obedecer de forma mais precisa os dispositivos da Lei Complementar nº 141, de
1804 13 de janeiro de 2012. 3) Capítulo III, Seção VI, Art. 48, § 4º, Inciso II. Proposta de redação:
1805 "Os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no orçamento da
1806 Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de
1807 Saúde-SUS serão transferidos automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde pelas
1808 autoridades responsáveis pela arrecadação e distribuição das receitas efetivamente
1809 arrecadadas". Justificativa: a inclusão do parágrafo 6º visa garantir o cumprimento de
1810 dispositivo legal relativo à transferência automática de recursos financeiros correspondentes às
1811 dotações dos projetos e atividades a serem executadas no âmbito do Sistema Único de Saúde,
1812 nos termos do art.34 da Lei 8080/90 e do artigo 12 da Lei Complementar nº 141/2012. 4)
1813 Capítulo III, Seção VI, Art. 49, Inciso II. Redação proposta: "As transferências de recursos
1814 financeiros do Fundo Nacional de Saúde para o financiamento das despesas correntes e de
1815 capital das ações e serviços públicos de saúde a serem executadas pelos Estados, Distrito
1816 Federal e Municípios serão efetuadas diretamente aos respectivos fundos de saúde de forma
1817 regular e automática sem a exigência de celebração de convênio ou outros instrumentos
1818 jurídicos, exceto para situações específicas aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.
1819 Parágrafo Único. Os montantes a serem transferidos para cada Estado, Distrito Federal e
1820 Município observarão a metodologia pactuada na Comissão Intergestores Tripartite e aprovada
1821 pelo Conselho Nacional de Saúde, bem como as exigências fixadas para esse fim na Lei
1822 Complementar nº 141/2012 e na Lei nº 8.080/90". Justificativa: a alteração da redação original
1823 do art. 49 visa garantir o cumprimento dos dispositivos legais relativo à transferência
1824 automática de recursos financeiros correspondentes às dotações dos projetos e atividades a
1825 serem executadas no âmbito do Sistema Único de Saúde, especialmente os estabelecidos nos
1826 art.34 e 35 da Lei 8080/90 e nos artigos 12, 17, 18 e 19 da Lei Complementar nº 141/2012. 5)
1827 Capítulo III, Seção III, Subseção I, Art. 30, parágrafo único, Inciso II. Redação proposta: "§ 1º. A
1828 transferência de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos Estados,
1829 Distrito Federal e Municípios, os quais repassarão integral ou parcialmente para prestadores
1830 privados sem fins lucrativos que exerçam atividades de natureza continuada na área de saúde
1831 e prestem atendimento direto ao público no âmbito do SUS, está condicionada à prévia
1832 aprovação do Conselho Nacional de Saúde. § 2º. Manter a redação original do Parágrafo
1833 Único." Justificativa: a inclusão do §1º, com a consequente alteração de numeração do
1834 parágrafo único para §2º, da visa garantir o cumprimento dos dispositivos legais relativo à
1835 transferência recursos financeiros para Estados, Distrito Federal e Municípios no âmbito do
1836 Sistema Único de Saúde, especialmente o estabelecido no art. 17 da Lei Complementar nº
1837 141/2012. 6) Capítulo III, Seção III, Subseção III, Art. 33, Inciso II, Alínea "b". Redação
1838 proposta: "b) sejam signatárias de contrato de gestão celebrado com a Administração Pública
1839 Federal, não qualificadas como organizações sociais nos termos da Lei nº 9.637, de 15 de
1840 maio de 1998, desde que obedecido o disposto no § 1º do art. 30". Justificativa: a alteração da
1841 redação original desse dispositivo do art.33 decorre da inclusão do §1º do art.30, no que tange
1842 ao cumprimento dos dispositivos legais relativo à transferência recursos financeiros para
1843 Estados, Distrito Federal e Municípios no âmbito do Sistema Único de Saúde, especialmente o
1844 estabelecido no art. 17 da Lei Complementar nº 141/2012. 7) Capítulo III, Seção IX, Art.66.
1845 Redação proposta: "§ 6º. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente
1846 arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS) os recursos
1847 financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social
1848 para o financiamento das ações a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde
1849 (SUS), bem como para o pagamento das obrigações referentes aos Restos a Pagar do SUS,
1850 nos termos do art. 34 da Lei nº 8.080/90 e dos artigos 24 e 28 da Lei Complementar nº
1851 141/2012." Justificativa: a inclusão desse parágrafo explica as medidas que devem ser
1852 adotadas no âmbito do governo federal para o cumprimento do art.34 da Lei nº 8.080/90 e dos
1853 artigos 24 e 28 da Lei Complementar nº 141/2012. **Deliberação: aprovadas as sete**
1854 **propostas, elaboradas pela COFIN/CNS com base no debate acumulado do CNS, à LDO**
1855 **2013. Por fim, o Plenário decidiu solicitar uma audiência com a Presidente da República,**

1856 Dilma Rousseff, com a presença da COFIN, para tratar do contingenciamento de
1857 recursos da saúde. ENCERRAMENTO – Nada mais havendo a tratar, a mesa encerrou os
1858 trabalhos da 231ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os seguintes conselheiros
1859 no segundo dia de reunião: **Titulares** - **Abrahão Nunes da Silva**, Central de Movimentos
1860 Populares; **Alexandre Rocha Santos Padilha**, Ministério da Saúde (MS); **Antônio Marcos**
1861 **Alcântara de Oliveira**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira
1862 (COIAB); **Arlison da Silva Cardoso**, Nacional de Secretários Municipais de Saúde
1863 (CONASEMS); **Cid Pimentel**, Ministério da Previdência Social; **Cleuza C. Miguel**, Movimento
1864 dos Portadores de Esclerose Múltipla (MOPEM); **Clóvis A. Boufleur**, Conferência Nacional dos
1865 Bispos do Brasil (CNBB); **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos
1866 (FENAPSI); **Fernando Luiz Eliotério**, Confederação Nacional das Associações de Moradores
1867 (CONAM); **Francisco Batista Júnior**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em
1868 Seguridade Social/Central Única dos Trabalhadores; **Geraldo Alves Vasconcelos**, Associação
1869 Brasileira de Odontologia (ABO); **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João Rodrigues**
1870 Filho, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Jorge Alves de Almeida**
1871 **Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil (CGTB); **José Carrijo Brom**, Federação
1872 Interestadual dos Odontologistas (FIO); **Jurema Pinto Werneck**, Articulação de Organizações
1873 de Mulheres Negras Brasileiras (AMNB); **Lígia Bahia**, Associação Brasileira de Pós-
1874 Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO); **Luiz Alberto Catanoe**, Sindicato Nacional dos
1875 Aposentados (SIND-NAP); **Maria Cristina Pedro Biz**, Conselho Federal de Fonoaudiologia
1876 (CFFa); **Maria de Lourdes Alves Rodrigues**, Liga brasileira de Lésbicas (LBL); **Maria do**
1877 **Espírito Santo Tavares dos Santos**, Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e
1878 Direitos Reprodutivos; **Marisa Furia Silva**, Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Maria**
1879 **Thereza Antunes**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down; **Nildes de**
1880 **Oliveira Andrade**, Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil
1881 (FENACELBRA); **Paulo Guilherme Romano**, Confederação Nacional do Comércio de Bens,
1882 Serviços e Turismo; **Rosangela da Silva Santos**, Federação das Associações de Renais e
1883 Transplantados do Brasil (FARBRA); **Ruth Ribeiro Bittencourt**, Conselho Federal de Serviço
1884 Social (CFESS); **Sandra Regis**, Associação Brasileira dos Delegados e Amigos da
1885 Confederação Espírita Pan-Americana (CEPA Brasil); **Ubiratan Cassano Santos**, União
1886 Nacional dos Estudantes (UNE); **Wilen Heil e Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e
1887 Terapia Ocupacional (COFFITO); e **Zilda de Faveri Vicente Souza**, Associação Brasileira de
1888 Alzheimer (ABRAz). **Suplentes** - **Ana Maria Costa**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
1889 (CEBES); **Ana Maria Rodrigues da Silva**, Confederação das Mulheres do Brasil (CMB);
1890 **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); **Carlos Alberto E.**
1891 **Duarte**, Movimento Nacional de Luta Contra a Aids; **Celso B. dos Anjos**, Conselho Federal de
1892 Medicina Veterinária (CFMV); **Elísio Nunes Ribeiro**, Sindicato Nacional dos Servidores das
1893 Agências Reguladoras (SINAGENCIAS); **Fernando Antônio M. Silva**, Ministério da Saúde;
1894 **Graciara Matos de Azevedo**, Conselho Federal de Odontologia (CFO); **Ivone Evangelista**
1895 **Cabral**, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); **Jeferson Seidler**, Associação
1896 Brasileira de Enfermagem (ABEn); **José Eri Medeiros**, Conselho Nacional de Secretários
1897 Municipais de Saúde (CONASEMS); **Jovita José Rosa**, União Nacional dos Auditores do
1898 Sistema Único de Saúde (UNASUS); **Juares Pires de Souza**, Associação Brasileira de
1899 Linfoma e Leucemia (ABRALE); **Júlia Maria S. Roland**, Ministério da Saúde (MS); **Júlio A.**
1900 **Gevaerd**, Força Sindical; **Lucimar Batista da Costa**, Movimento de Reintegração das Pessoas
1901 Atingidas pela Hanseníase (MORHAN); **Marcos Antônio Gonçalves**, Federação Nacional das
1902 Associações para Valorização de Pessoas com Deficiência (FENAVAPE); **Maria Ermínia**
1903 **Ciliberti**, Conselho Federal de Psicologia (CFP); **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação
1904 Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Nádia Elizabeth Cardoso Barbosa**, Movimento
1905 Brasileiro de Luta Contra as Hepatites Virais (MBHV); **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho
1906 Federal de Nutricionistas (CFN); **Noemy Yamaghishi Tomita**, Conselho Federal de Biologia
1907 (CFBio); e **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR).