



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

Aos nove e dez dias do mês de maio de dois mil e doze, no Auditório da Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS, Setor de Embaixadas Norte, Lote 19, Brasília, Distrito Federal, realizou-se a Ducentésima Trigésima Terceira Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde - CNS. A reunião iniciou-se às 9h20 e a mesa abertura foi composta por Conselheiro **Clóvis Bouffleur**, na condição de representante da Mesa Diretora do CNS e **Márcio Florentino Pereira**, Secretário Executivo do CNS. Primeiro, Conselheiro **Clóvis Bouffleur** cumprimentou os presentes e os que acompanhavam a reunião em tempo real e deu boas-vindas ao novo Secretário Executivo do CNS. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino Pereira**, manifestou a sua satisfação em assumir a SE/CNS e falou da sua trajetória de militância na defesa do SUS desde o movimento estudantil, com destaque para participação em várias conferências de saúde, inclusive como delegado na 8ª Conferência Nacional de Saúde. O Secretário Executivo, graduado em Odontologia e atualmente professor da Universidade de Brasília, destacou a importância de valorizar e resgatar o papel do controle social, reforçando o papel dos conselhos de saúde desde a esfera local até a nacional. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares** deu boas vindas ao novo Secretário Executivo do CNS e aproveitou para cumprimentar a Secretária Executiva Substituta **Gleisse de Castro** pelo trabalho. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DA PAUTA DA 233ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS – APROVAÇÃO DA ATA DA 232ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS** - *Apresentação:* **Márcio Florentino Pereira**, Secretário Executivo do CNS. *Coordenação:* Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur**, da Mesa Diretora do CNS. **O primeiro ponto foi a apresentação da pauta da 233ª Reunião Ordinária que, após lida, foi aprovada com a inclusão de informe e apresentação de proposta sobre a Medida Provisória nº. 549-B, de 25 de abril de 2012, que prevê a comercialização de medicamentos em supermercados, armazéns, empórios e lojas de conveniência; e antecipação do item 10 para o primeiro dia de reunião.** Em seguida, Conselheiro **Clóvis Bouffleur** colocou em apreciação a ata da 232ª Reunião Ordinária do CNS, que foi aprovada por unanimidade, com as considerações do conselheiro **Willen Heil** e da conselheira **Rosângela Santos**. **ITEM 2 – BALANÇO DO MÊS NA SAÚDE: SANEAMENTO E SAÚDE** - *Apresentação:* **Alexandre Araujo Godeiro Carlos**, Especialista em Infraestrutura Sênior da Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental do Ministério das Cidades; **Flávio Marcos Passos Gomes Júnior**, Diretor Executivo da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA. *Coordenação:* Conselheiro **Clóvis Adalberto Bouffleur**, da Mesa Diretora do CNS. O primeiro expositor foi o especialista em infraestrutura da Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental do Ministério das Cidades, **Alexandre Araujo Godeiro Carlos**, que apresentou o Plano Nacional de Saneamento Básico – PLAN SAB e uma síntese dos dados sobre os investimentos do Ministério das Cidades. Começou explicitando as bases legais do Plano Nacional de Saneamento Básico: 1) Constituição Federal - artigo 21 – Compete à União elaborar e executar planos nacionais e regionais de ordenação do território e de desenvolvimento econômico e social e instituir diretrizes para o desenvolvimento urbano, inclusive habitação, saneamento básico e transportes urbanos; 2) Lei 10.257/2001 - Estatuto da Cidade – arts. 2º e 3º - traz como diretriz da Política Urbana a garantia, dentre outros, do direito ao saneamento e estabelece, também, a competência da União nas questões da Política Urbana - o saneamento básico está incluído no rol de atribuições de interesse da política urbana; 3) Lei 11.445/2007 – art. 52, I – estabelece que a União deverá elaborar, sob a coordenação do Ministério das Cidades, o Plano Nacional de Saneamento Básico, instrumento de implementação da Política Federal de Saneamento Básico; 4) Decreto 7.217/2010 –

Regulamenta a Lei 11.445/2007; 5) Lei 12.305/2010 – Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos; 6) Decreto 7.404/2010 – Regulamenta a Lei 12.305/2010; e 7) Resoluções do Conselho das Cidades. Falou do processo de participação social na elaboração do Plano com destaque para: 2008 - criação do Grupo de Trabalho Interministerial - Portaria nº. 462, de 24/09/2008, do MCidades: apreciou e aprovou o Projeto Estratégico de Elaboração do Plansab e o Pacto pelo Saneamento Básico: Mais Saúde, Qualidade de Vida e Cidadania; 2008 – aprovação do “Pacto” pelo ConCidades e homologação pelo Ministro das Cidades; 2009/2011 - elaboração do Estudo do Panorama do Saneamento Básico no Brasil pelas Universidades UFMG, UFBA e UFRJ, contratadas pelo MCidades ; 2009 – criação do Grupo de Trabalho Interinstitucional - GTI-Plansab - Decreto n.º 6.942, de 18/08/2009, e Portaria n. 634/2009 da Casa Civil/PR com representantes do Governo Federal e da sociedade, com assento no ConCidades, coordenado pelo MCidades, para a elaboração do Plansab; 2010/2011 - discussão e aprovação da Proposta de Plansab no GTI-Plansab e no ConCidades; Maio/2011 – divulgação e debate da Proposta do Plansab em cinco seminários regionais e duas audiências públicas; e Abril/2012 – recomposição dos representantes indicados por órgãos públicos, segmentos da sociedade do ConCidades, CAIXA e BNDES. Explicou que, nos termos do art. 58 do Decreto nº. 7.217/10, o PNSB será elaborado e revisado mediante procedimento com as seguintes fases: I - diagnóstico; II - formulação de proposta; III - divulgação e debates; IV - prévia apreciação pelos Conselhos Nacionais de Saúde, Meio Ambiente, Recursos Hídricos e das Cidades; V - apreciação e deliberação pelo Ministro de Estado das Cidades; VI - encaminhamento da proposta de decreto, nos termos da legislação; e VII - avaliação dos resultados e impactos de sua implementação. Disse que na primeira rodada foram realizados cinco seminários regionais, com 489 participantes, para levantamento dos problemas e construção da visão estratégica. A segunda rodada, realizada em 2011, contou com 714 participantes, com cinco seminários regionais, para apresentação e discussão da proposta do PLANSAB. Também destacou as duas audiências públicas realizadas no mês de maio de 2011 que contaram, respectivamente, com 94 e 77 pessoas. Detalhou que o Plano é composto por Introdução; Bases legais; Princípios Fundamentais; Análise situacional; Cenários para a Política de Saneamento Básico em 2030; Metas de curto, médio e longo prazos; Necessidades de investimentos; Macrodiretrizes e estratégias; Programas; e Monitoramento, avaliação sistemática e revisão. Explicou que os princípios fundamentais do PLANSAB são universalização do acesso, equidade, integralidade, intersetorialidade, sustentabilidade dos serviços, participação e controle social e matriz tecnológica. Fez um enfoque sobre a proposta de concepção do PLANSAB que, contempla, entre outros, oficinas, seminários, desenvolvimento dos cenários plausíveis e de referência, consulta Delphi: metas, definição de macrodiretrizes e estratégias, análise situacional. Seguindo, apresentou um panorama atual do setor de saneamento e metas previstas no PLANSAB, com destaque para os seguintes dados: 1) cobertura de abastecimento de água: 95,4%, sendo 33% de atendimento precário (intermitência, qualidade da água – não está de acordo com a Portaria 2.914) e 62,4% de atendimento adequado; 2) Esgotamento sanitário: 44,1% de atendimento precário, 46,8% de atendimento adequado e 9% sem atendimento; 3) manejo de resíduos sólidos: 59,6% de atendimento adequado, 27,3% de atendimento precário e 13% sem atendimento. Explicou que, ao tratar de saneamento básico, consideram-se quatro componentes: 1) abastecimento de água; 2) esgotamento sanitário; 3) manejo de resíduos sólidos; e 4) drenagem e manejo de águas pluviais urbanas (todavia, não foi possível levantar dados sobre drenagem e manejo apesar dos sérios problemas como inundações que causam óbitos e danos materiais). Para mostrar a situação, citou dados sobre o abastecimento de água em domicílio: 3,1 milhões sem acesso em áreas urbanas e 9 milhões na área rural; rendimento maior e déficit de abastecimento menor; instrução menor maior o déficit; e maior déficit entre os não brancos: 76% (preto, amarelo, pardo e indígena). Mostrou um esquema com os efeitos diretos e indiretos dos investimentos em saneamento, sendo: efeitos diretos: segurança e disposição do excretas e efeitos indiretos - quantidade e qualidade. Retomando para o Plano, explicou que foram trabalhados três cenários a partir dos condicionantes: política macroeconômica; papel do estado; gestão e gerenciamento; investimento no setor; e matriz tecnológica. Salientou ainda que o Plano prevê 23 metas, sendo 7 para Abastecimento de Água, 6 para Esgotamento Sanitário, 5 para Resíduos Sólidos, 1 para Drenagem Urbana e 4 para Saneamento Estruturante. Para ilustrar, citou as seguintes metas: a) abastecimento de água: de 91% em 2008 para 98% em 2030; esgotamento: de 60% em 2008 para 88% de cobertura em 2030; e resíduos sólidos urbanos: 94% para 100% em 2030 (eliminação de rejeitos em 2014, nos termos da lei). Também disse que são apresentadas metas por estado e por região

116 hidrográfica. Salientou que o Brasil conseguirá atingir, em 2030, 100% de cobertura para a
117 área urbana em relação à coleta de lixo, abastecimento de água e esgotamento, todavia, os
118 desafios são imensos para a área rural. Explicou que as 39 macrodiretrizes e as 133
119 estratégias do Plano são distribuídas em cinco blocos: 1) Ações de coordenação e
120 planejamento no setor e articulações intersectoriais e interinstitucionais para efetiva
121 implementação da Política de Saneamento; 2) Prestação, regulação e fiscalização dos
122 serviços, de forma participativa e integrada; 3) Desenvolvimento tecnológico e ações de
123 saneamento básico em áreas especiais; 4) Investimento público e cobrança dos serviços de
124 saneamento básico; e 5) Monitoramento e avaliação sistemática do Plano. Também
125 apresentou uma análise situacional, explicando que, em 2009, foram realizados 22 programas
126 em parceria em conjunto com sete ministérios. Explicou que o monitoramento e a avaliação
127 serão feitos a partir de cinco dimensões: 1ª: cenários (1 – o escolhido; e 2 e 3 para
128 comparação); 2ª: metas (evolução baseada nos indicadores do Plano); 3ª: indicadores
129 auxiliares (recursos hídricos, saúde, meio ambiente, desenvolvimento urbano); 4ª:
130 macrodiretrizes e estratégias (observância para a efetiva implementação); e 5ª: programas
131 (resultados, público alvo, beneficiários, controle e participação social). Também detalhou os
132 três programas que estão contemplados no PPA: Programa 1 - Saneamento Básico Integrado
133 – coordenação do Ministério das Cidades; Programa 2 - Saneamento Rural - coordenação do
134 Ministério da Saúde (os programas são apresentados no PPA como objetivos, de acordo com
135 a nova metodologia do Plano); e Programa 3 - Saneamento Estruturante – coordenação do
136 Ministério das Cidades. Seguindo, detalhou os investimentos no PAC 2, explicando que são R\$
137 41,1 bilhões a serem implementados até 2015 e R\$ 420 bilhões para investimento até 2030
138 (R\$ 267 bi de agentes federais e restante de iniciativa privada, Estados...). Explicou que o
139 Plano também propõe a inversão do investimento, de infraestrutura (obras) para estruturante
140 (gestão, manutenção, atualização tecnológica). Por fim, apresentou os desafios: concluir e
141 implementar o Plano Nacional de Saneamento Básico – PLANSAB; apoiar a elaboração dos
142 Planos Municipais de Saneamento Básico; desenvolver e operacionalizar o Sistema Nacional
143 de Informações em Saneamento – SINISA; apoiar e incentivar a estruturação da regulação do
144 setor; implementar o INTERÁGUAS; fomentar ações de pesquisas aplicadas (novas
145 tecnologias e avaliações) em especial as voltadas para tecnologias que reduzam os custos de
146 implantação, operação e manutenção; qualificar o gasto público: funcionalidade,
147 economicidade e alcance dos objetivos dos empreendimentos apoiados com recursos públicos;
148 implementar iniciativas voltadas para o fortalecimento da capacidade técnico-institucional dos
149 órgãos e entidades do setor: Programas de Desenvolvimento Institucional e de Assistência
150 Técnica; garantir o fluxo contínuo e permanente de investimentos para o alcance da
151 universalização dos serviços; instituir mecanismos e instrumentos para garantir o acesso da
152 população de baixa renda aos serviços – subsídio direto e outros; e concluir 100% dos
153 empreendimentos do PAC 1 até dez./2012 e implementar o PAC 2. Antes do próximo
154 expositor, conselheiro **Clóvis Bouffleur** contextualizou, a pedidos, que esse tema foi incluído
155 no planejamento do CNS segundo o entendimento de que as condições de saneamento são
156 determinantes para o processo saúde/doença. Além disso, salientou que, em 2014, os
157 municípios que não dispuserem de plano diretor de saneamento não receberão recurso federal
158 e o tema é parte do Plano Nacional de Saúde. A seguir, o Diretor Executivo da FUNASA,
159 **Flávio Marcos Passos Gomes Júnior**, fez uma exposição sobre as ações da FUNASA
160 relativas à área de saneamento. Detalhou as ações previstas no Plano Nacional de Saúde,
161 Objetivo Estratégico 15 *“Implementar ações de Saneamento Básico e Saúde Ambiental”*,
162 sendo: Estratégia 1: Ampliar a cobertura de sistema de abastecimento de água, de forma
163 sustentável, em áreas urbanas de municípios com população de até 50.000 hab., áreas rurais e
164 de relevante interesse social (comunidades quilombolas, assentamentos da reforma agrária,
165 reservas extrativistas, populações ribeirinhas, dentre outras). Enumerou as metas para o
166 exercício de 2012: 1.1) 871 Municípios com projetos de sistema de abastecimento de água
167 elaborados. Em fase de realização de visitas técnicas para conclusão dos Termos de
168 Referência e publicação dos Editais de Licitação. 1.2) 112 Municípios com obras contratadas
169 de sistema de abastecimento de água (SAA). 93 Municípios com obras contratadas até
170 03/05/2012. 1.3) 197 Municípios com sistema de abastecimento de água (SAA) em execução,
171 ou implantados ou ampliados. Os recursos financeiros do PAC 2 começaram a ser repassados
172 em dezembro de 2011, a partir do qual foram iniciados os procedimentos licitatórios pelos
173 compromitentes. Estratégia 2: Ampliar a cobertura de sistema de esgotamento sanitário, de
174 forma sustentável, em áreas urbanas de municípios com população de até 50.000 hab., áreas
175 rurais e de relevante interesse social (comunidades quilombolas, assentamentos da reforma

agrária, reservas extrativistas, populações ribeirinhas, dentre outras). As metas para essa estratégia são: 2.1) 967 Municípios com projetos de sistema de esgotamento sanitário (SES) elaborados. Em fase de realização de visitas técnicas para conclusão dos Termos de Referência e publicação dos Editais de Licitação. 2.2) 156 Municípios com obras contratadas de sistema de esgotamento sanitário (SES). 139 Municípios com obras contratadas até 03/05/2012. 2.3) 271 Municípios com sistema de esgotamento sanitário (SES) em execução, ou implantados ou ampliados. Os recursos financeiros do PAC 2 começaram a ser repassados em dezembro de 2011, a partir do qual foram iniciados os procedimentos licitatórios pelos compromitentes. Estratégia 3: Fomentar e apoiar a sustentabilidade dos serviços de saneamento implantados, priorizando os municípios contemplados com empreendimentos realizados, com ênfase no PAC. As metas são: 3.1) Apoio aos municípios na melhoria da gestão ou na estruturação dos serviços de saneamento. A Portaria n°. 118, de 14 de fevereiro de 2012, abriu processo seletivo para financiamento de Planos Municipais de Saneamento e o recebimento das propostas encerrou-se em 9 de abril. Em processo de análise e seleção. Estratégia 4: Pesquisa, estudos e desenvolvimento de tecnologias alternativas regionalizadas de saúde ambiental e saneamento com vistas à sustentabilidade dos serviços. São as seguintes metas para essa estratégia: 4.1) Fomento a estudos e pesquisas visando o desenvolvimento tecnológico na área de engenharia de saúde pública e saúde ambiental. Estratégia 5: Promover a inclusão, participação e controle social por meio de ações de educação em saúde ambiental e saneamento básico em municípios de até 50 mil. A meta é a seguinte: 5.1. Ações de educação em saúde ambiental e saneamento básico realizadas e promover a inclusão, participação e controle social nos municípios de até 50 mil habitantes, comunidades rurais, especiais e em situação de vulnerabilidade. Estratégia 6: Fortalecer e expandir as ações de apoio ao controle da qualidade da água para consumo humano em serviços de saneamento de pequenos municípios, comunidades rurais, especiais. 6.1. Municípios apoiados com ações de controle da qualidade da água visando garantir a sua potabilidade. Seguindo, mostrou um quadro com a situação da contratação, até 3 de maio de 2012, relativas a ações da FUNASA no PAC 2: ações de abastecimento de água, esgotamento sanitário e melhorias sanitárias domiciliares - 1.016 municípios selecionados; R\$ 2,6 bilhões previstos; desse total, falta contratar R\$ 180 milhões, correspondendo a 37 municípios (falta contratar apenas 4% do total selecionado. Também falou da evolução do desembolso de recursos pela FUNASA ao longo de 2010, 2011 e 2012, destacando que nesses três anos foi liberado R\$ 1,6 bilhão, sendo: 2010: R\$ 456 milhões, 2011: R\$ 645,3 milhões; e 2012: R\$ 511,8 milhões. Salientou que o grande desafio da FUNASA hoje é criar estratégia para dar transparência e garantir boa execução por parte dos conveniados. Falou ainda sobre a evolução dos recursos liberados no que diz respeito ao PAC 2 (primeira parcela dos termos de compromisso firmados pela FUNASA – 1.016), destacando: R\$ 203 milhões em dezembro de 2011, R\$ 46 milhões em janeiro de 2012, R\$ 31 milhões em fevereiro, R\$ 92 milhões em março e R\$ 228 em abril. Finalizando, agradeceu novamente o convite e colocou-se à disposição para maiores informações. **Manifestações.** Conselheiro **José Marcos de Oliveira** saudou os expositores e sugeriu os seguintes encaminhamentos: 1) que CISAMA e COFIN debatam os dados apresentados pelo diretor executivo da FUNASA; 2) que o CNS encaminhe recomendação aos conselhos de saúde de debate do tema “saneamento e saúde” tendo em vista o processo eleitoral que ocorrerá no mês de outubro; e 3) que se considere as deliberações da Conferência de Saúde e Meio Ambiente nesse debate. Conselheiro **José Eri de Medeiros** cumprimentou os expositores e avaliou que a CISAMA/CNS deveria ter participado do debate prévio do tema para subsidiar posicionamento do CNS. Também disse ser essencial que o CNS informe os municípios sobre os prazos para apresentação de plano diretor de saneamento, a fim de evitar a suspensão do repasse de recurso federal. Conselheiro **Arnaldo Marcolino** saudou os expositores e solicitou espaço na pauta para apresentar recomendação, elaborada pela Comissão de Saúde da População, sobre a população quilombola que dialoga com os dados apresentados pelos expositores. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** ressaltou a relevância do tema e enfatizou que deve ser pauta da próxima reunião da CISAMA/CNS. Também perguntou ao diretor executivo da FUNASA o que tem sido feito para superar o problema dos Restos a Pagar da FUNASA (2º maior do Ministério da Saúde). Conselheira **Rosângela da Silva Santos** destacou os dados sobre valores gastos e transversalidade entre os Ministérios para manifestar sua preocupação acerca da transversalidade no que diz respeito às ações relacionadas ao Ministério da Saúde. Nessa linha, perguntou sobre o impacto no caso de um dos ministérios não cumprir com essa transversalidade. Conselheiro **Marcos Antônio Gonçalves** manifestou preocupação como

prazo das metas, referindo-se ao Plano que prevê ações para 2030, uma vez que, pelo longo prazo, poderia tornar-se inexecutável. No que diz respeito ao problema do lixo, destacou que a alternativa para resolvê-lo é o tratamento de maneira regional, com definição de consórcio. Defendeu um programa de gerenciamento regional, envolvendo consórcio, para tornar o Plano executável e perguntou se estão previstas ações nesse sentido. Conselheiro **Fernando Souza** cumprimentou os expositores e solicitou atenção para as populações indígenas (aldeias) que possuem as menores coberturas em termos de abastecimento de água, esgotamento sanitário e resíduos/lixo. Conselheira **Marisa Furia Silva** sugeriu que o Plano fosse enviado ao CNS para receber contribuições dos conselheiros. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** cumprimentou a mesa e destacou a estratégia 6, que trata da qualidade da água para recurso humano, para manifestar sua preocupação com a contaminação da água para o consumo humano por conta da sua relação com doenças, inclusive câncer. Também solicitou manifestação sobre o tratamento dos resíduos hospitalares, destacando que essa é uma das preocupações do GT Rio + 20. Na sequência, destacou que o tema do seminário intercomissões talvez será “agrotóxico”. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** explicou que a realização da Rio + 20 também motivou a inclusão do tema saneamento e saúde na pauta na linha de colher subsídio para debate. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** salientou que não se concebe saúde sem saneamento, mas não há conhecimento sobre o que é financiamento para essa finalidade e nem há participação e controle social. Também avaliou que o papel da saúde nessa política, no seu ponto de vista, é secundarizado, sendo preciso recolocar o papel importante desse setor, assim como considerar a dimensão geopolítica, de classe, econômica (municípios com 50 mil habitantes que desenvolvem a produção agropecuária correspondente a 40% do PIB), questão ambiental e étnico-racial. Ainda fez questão de frisar que essa pauta não deve ser tratada como uma questão eleitoreira e que saneamento ambiental diz respeito a toda e qualquer população. Para finalizar, questionou a falta da participação social no âmbito da FUNASA e considerou que o tema está reprimido, sem espaço de debate no CNS e em outros fóruns de discussão. Conselheiro **Edmundo Omoro** cumprimentou os expositores pelas falas e frisou que as maiores dificuldades estão na ponta – ribeirinhos, indígenas, quilombolas, sendo necessárias ações urgentes para solucionar os problemas dessa natureza. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** focou a sua fala em dois aspectos do debate: papel do CNS em relação ao saneamento e à vigilância. Salientou que o Conselho tem discutido sistematicamente questões como financiamento e vigilância em saúde. No entanto, tem enfrentado dificuldades em relação ao debate relativo à importância de construir uma política nacional de vigilância sanitária. Avaliou que cabe ao CNS debater os dados apresentados em relação ao saneamento. Também ponderou que devem ser realizadas em conjunto as ações estruturantes e de infraestrutura do PAC e PLAN SAB. Por fim, perguntou se a liberação dos recursos do PAC tem tido consequência na execução de projetos e planos. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares** cumprimentou os expositores pelas apresentações, mas salientou que há uma série de questões que o movimento social deseja discutir. Também colocou para reflexão os seguintes questionamentos: como garantir saúde sem saneamento? Como tratar da questão do saneamento na Conferência Rio + 20? Qual o impacto das ações na ponta? Concluindo salientou que é preciso aprofundar o debate do ponto de vista político e social. Conselheira **Júlia Maria Roland** ressaltou a importância de debater esse tema no CNS, salientando que o Plano é uma nova sistemática para superar problemas relativos à efetividade das ações de saneamento e qualidade da água. Nessa perspectiva, avaliou que o desafio do governo e controle social é acompanhar a liberação de recursos a fim de garantir que as ações aconteçam nos municípios e nos estados que carecem desses serviços públicos. Sugeriu que o CNS retome o tema no segundo semestre ou no final do ano para fazer o monitoramento das ações e recursos destinados a melhorar as condições de vida da população. Também defendeu que a CISAMA se reúna previamente para debater o tema internamente e apresentar subsídios ao CNS. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** insistiu na importância de a CISAMA debater esse tema para contribuir com o CNS no debate e na definição de encaminhamentos. Destacou que é preciso definir estratégias para garantir que esse tema faça parte dos debates das eleições municipais, conselhos de saúde e Ministério da Saúde, tendo o CNS papel importantes nesse processo. Também fez a leitura da minuta de recomendação da Comissão Intersetorial de Saúde da População Negra - CISP N e solicitou a inclusão do texto nos documentos do item informes e indicações, a fim de ser apreciada posteriormente. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** fez um destaque especial à saúde indígena e ao desafio dos conselhos municipais de saúde de acompanharem as ações de saneamento nos municípios (75% dos municípios brasileiros têm menos de 50 mil hab.). Disse que os

conselheiros devem contribuir com a FUNASA no acompanhamento e na fiscalização das obras de saneamento. Salientou que, dada a sua importância, o tema deve ser objeto de debate na Plenária de Conselhos de Saúde uma vez que os resultados das ações impactam nas condições de saúde da população. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** explicou que é quase 90% dos municípios brasileiros com até 50 mil hab. Conselheiro **José Carrijo Brom** disse que o tema é um dos maiores desafios do país para os próximos anos, no sentido de atender as metas do milênio e por se tratar de um tema de inclusão social. Na linha de ressaltar a importância da Política de Saneamento, citou, por exemplo, que os municípios com tratamento de água possibilitam a fluoretação da água de abastecimento público, com redução de 60% da cárie dentária. Frisou que esse debate perpassa o momento de debate político das eleições e salientou que o posicionamento do CNS deve ser considerado nesse debate. Também perguntou como estados e municípios estão sendo incluídos no debate a fim de garantir a implementação das ações definidas. **Retorno da mesa.** O especialista em Infraestrutura/MC, **Alexandre Araujo Godeiro Carlos** iniciou as suas considerações agradecendo as contribuições dos conselheiros e informando que a proposta do PLANSAB será encaminhada aos conselhos de saúde, de recursos hídricos e de meio ambiente para análise, mas está disponibilizada no site do Ministério das Cidades para avaliação de qualquer cidadão. Também disse que todas as documentações estão disponíveis no site do MC e a instrução normativa está em processo de reformulação. Frisou que a discussão irá passar, obrigatoriamente, pelos conselhos e, de forma deliberativa, pelo conselho das cidades. Informou que o tema foi apresentado por duas vezes na CISAMA e a proposta do Plano foi apresentada no Congresso do CONASEMS em Gramado. Destacou que há grandes desafios, entre eles: recursos humanos, apoio para construção das políticas de participação, discussão apropriada nos conselhos, recursos materiais para gestão (custeio). Também disse que o Plano apresenta soluções para problemas levantados, inclusive acerca da área rural, mas não foi possível aprofundá-las durante a apresentação. Acerca dos planos municipais, explicou que o art. 26, § 2º do Decreto 7.217 estabelece que os planos de saneamento básico devem ser elaborados de forma participativa, contemplando os quatro componentes (esgotamento, abastecimento de água, resíduos e drenagem e manejo de águas fluviais) e devem estar prontos até 1º de janeiro de 2014 para acesso a recursos federais. Disse que o Ministério das Cidades dispôs de R\$ 76 milhões e a FUNASA irá dispor de mais recursos para a elaboração dos planos de saneamento básico. Explicou ainda que a Lei de Saneamento estabelece que o horizonte do Plano é de 20 anos, portanto, o PLANSAB segue o disposto na lei. Frisou que o governo federal disponibilizou recurso (R\$ 41 bilhões) e os municípios devem apresentar projetos, de acordo com critérios, para receber esse recurso. Esclareceu ainda que os investimentos em medidas estruturais e estruturantes estão coerentes com o Plano. Recomendou aos conselheiros que façam uma leitura detalhada do Plano e, em nome do Ministério das Cidades, agradeceu e se colocou à disposição. O diretor executivo da FUNASA, **Flávio Marcos Passos Gomes Júnior**, respondeu às intervenções, destacando, inicialmente, a importância do debate do tema com convite à FUNASA e ao Ministério da Saúde. Relatou as dificuldades enfrentadas pela Fundação acerca da apresentação de projetos pelos municípios, o que resultou em um montante de R\$ 4 bilhões inscritos em Restos a Pagar. Explicou que, antes, a Fundação firmava convênio com os municípios antes da aprovação total do projeto, com inclusão dos recursos em Restos a Pagar. Para evitar essa situação, a FUNASA modificou a metodologia: firmar convênios ou termos de compromissos mediante projetos aprovados, a fim de receber a liberação de recursos no exercício. No mais, destacou o problema da qualidade das empresas, da falta de profissionais na área de saneamento. Lembrou também que a FUNASA repassa recursos para aos municípios que realizam licitações e contratação de empresas para execução das obras. Frisou que o principal problema enfrentado nas obras refere-se a projetos mal elaborados e que a FUNASA possui uma política de incentivo à criação de consórcios e alguns estados já firmaram essa iniciativa como, por exemplo, Santa Catarina. Lembrou que há grandes necessidades e poucos recursos e, por isso, é preciso definir critérios para atender a população da melhor maneira possível. Destacou que a qualidade da água de abastecimento é responsabilidade dos estados com apoio da FUNASA e também tem sido firmados consórcios para tratar de resíduos sólidos e qualidade da água. Informou ainda que há um GT da FUNASA e SVS que debate a questão do uso de agrotóxicos com o objetivo de definir saídas para essa questão. No que se refere a resíduos sólidos hospitalares, recordou que não se trata de uma atribuição da FUNASA. Também fez referência à aproximação do MS com a FUNASA, o que possibilitou a melhoria da gestão. Por fim, disse que é preciso unir esforços para vencer os desafios apontados e salientou a importância de mais um momento de debate desse tema no

Conselho. Conselheiro **Marcos Antônio Gonçalves** defendeu a liberação de recursos para saneamento por meio de consórcios, por entender que evitaria desvio de recursos, diminuiria a corrupção, melhora a gestão, daria mais transparência ao processo. O especialista em Infraestrutura/MC, **Alexandre Araujo Godeiro Carlos**, solicitou aparte para esclarecer que os recursos do PAC não são contingenciados. O diretor executivo da FUNASA, **Flávio Marcos Passos Gomes Júnior**, acrescentou que a FUNASA possui uma coordenação que trata especificamente de gestão e consórcios. Também salientou que os recursos destinados ao tratamento de resíduos sólidos são aquém da necessidade – R\$ 30 milhões para mais de cinco mil municípios. No mais, disse que a formação de consórcio é um dos critérios para participação dos municípios em editais de convocações. A seguir, Conselheiro **Clóvis Boufleur** fez uma síntese dos encaminhamentos e os conselheiros acrescentaram outras propostas. **Deliberação: 1) convocar reunião da CISAMA, antes da próxima reunião do CNS com a seguinte pauta: a) avaliação e contribuições ao PLANSAB, b) elaboração de minuta de recomendação sobre o plano diretor municipal de saneamento (segundo a lei, esses planos devem estar prontos até o início de 2014); c) debate dos aspectos da Lei Complementar n°. 141/2012 relativos a saneamento; d) elaboração de recomendação sobre o tema, a ser apresentada na próxima reunião do CNS, para a Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável, a Rio+20; 2) garantir a participação de representação dos movimentos do campo, a partir do Grupo da Terra, no debate da CISAMA; 3) convidar representações das Comissões para participar da reunião da CISAMA; 4) informar os conselhos municipais de saúde sobre projetos aprovados de forma a possibilitar a fiscalização e o controle dos recursos gastos; 5) recomendar às comissões do CNS que promovam debate voltado à elaboração de uma Política Nacional de Vigilância Sanitária; e 6) retomar o tema saneamento e saúde na próxima reunião do CNS.** Com esses encaminhamentos, o coordenador da mesa agradeceu os expositores e encerrou o debate. Após, conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** fez a leitura da minuta que recomenda o veto presidencial ao artigo 8º da Medida Provisória (MP) nº 549-B, de 25 de abril de 2012. Conselheira **Júlia Roland** explicou que o art. 8º foi incluído no Plenário do Congresso Nacional pelo Deputado Sandro Mabel. Conselheira **Lorena Baía** esclareceu que a MP foi inserida no Projeto de Lei que tinha por objetivo isentar tributos para produtos destinados a pessoas com deficiência. Ressaltou que se trata de um desserviço à população uma vez que reforça a função social e clínica do medicamento e tenta sobrepor o lucro em detrimento da saúde da população. **Deliberação: a recomendação de veto presidencial ao artigo 8º da Medida Provisória (MP) nº 549-B, de 25 de abril de 2012, foi aprovada, por unanimidade. O texto é o seguinte: “O Conselho Nacional de Saúde, considerando que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Sob tal premissa, o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação; considerando o que estabelece a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, no seu artigo 6º onde estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS): a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica; considerando também que é necessário estimular o contato com o farmacêutico, na tentativa de promover a automedicação responsável, e melhorar a forma como ela é feita; considerando que a falta do profissional da saúde para esclarecer os usuários pode trazer danos à saúde e descumprir recomendação da OMS de que o uso responsável de Medicamentos Isentos de Prescrição deve ser feito de forma segura e segundo orientação de profissional habilitado; considerando que, além das reações adversas inerentes a qualquer medicamento, os Medicamentos Isentos de Prescrição podem mascarar o diagnóstico de uma doença se utilizado de forma abusiva ou sem orientação; considerando que o consumidor precisa saber que sinais/sintomas persistentes podem caracterizar outro problema de saúde, e confundir com uma doença mais grave; considerando, ainda, que a venda de Medicamentos Isentos de Prescrição, em supermercados, armazéns, empórios e lojas de conveniência, poderá acarretar vários e diferentes problemas de saúde à população brasileira, tais como: banalização da venda de medicamentos, por meio de sua transformação em mercadorias sujeitas exclusivamente às normas de mercado – e não de saúde – e sua exposição às estratégias mercadológicas, a exemplo das campanhas publicitárias do tipo “leve três e pague dois”; negação de todas as políticas públicas instituídas na área da saúde, em**

especial as que buscam organizar e promover a assistência farmacêutica nos setores público e privado. Recomenda o veto presidencial ao artigo 8º da Medida Provisória (MP) nº 549-B, de 25 de abril de 2012.” A seguir, Conselheiro **Francisco Batista Júnior** referiu-se à lei aprovada no Estado de São Paulo que estabelece a venda de 25% dos leitos de hospitais públicos, administrados por organizações sociais, o que, no seu modo de ver, aprova a falência do modelo do Estado em relação à terceirização. Explicou que uma primeira decisão da justiça foi favorável ao SUS e o governo entrou com agravo que será julgado no dia 15 de maio de 2012. Portanto, disse que o CNS deveria tomar posição a respeito para ser encaminhada ao Judiciário do Estado de São Paulo, a fim de assegurar vitória do controle social. Também relatou a denúncia de transferência do hospital de Ipanema/RJ para administração estadual do Rio de Janeiro com a finalidade de ser entregue também a organização social. Considerando o entendimento de que cabe ao CNS deliberar sobre o tema, sugeriu que o CNS se posicione a respeito. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** lembrou que já havia trazido essa questão ao CNS e o Plenário já havia se manifestado a respeito. **A propósito, acordou-se que os conselheiros Francisco Batista Júnior, José Marcos de Oliveira e Arnaldo Marcolino redigiriam um texto para ser apresentado ao CNS.** Definido esse ponto, a mesa suspendeu para o almoço. Retomando às 14h25, a mesa deu continuidade à pauta. **ITEM 4 – CONTINUAÇÃO DO DEBATE - COMBATE À CORRUPÇÃO E AO DESPERDÍCIO NA SAÚDE - Apresentação: Valdir Agapito**, Secretário Federal de Controle Interno da Controladoria Geral da União –CGU; **Solimar Vieira da Silva Mendes**, Presidente da União Nacional dos Auditores do SUS – UNASUS; e **Adalberto Fulgêncio dos Santos Júnior**, Diretor do Departamento de Auditoria do SUS– DENASUS. *Coordenação:* Conselheiro **Jurandi Frutuoso Silva**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheiro **Jurandi Frutuoso Silva** contextualizou que o tema foi incluído na pauta novamente, diante da deliberação do CNS, na sua última reunião, de dar continuidade ao debate, com a participação da CGU, do DENASUS e da UNASUS. Feito esse resgate, passou a palavra ao Secretário Federal de Controle Interno da Controladoria Geral da União, **Valdir Agapito**, que iniciou a sua fala agradecendo o convite e salientando que a saúde é para a Controladoria uma das áreas mais importantes do governo tendo em vista o volume de denúncias e de recursos envolvidos. Desse modo, disse que a CGU encaminhou Nota Técnica ao Ministério da Saúde recomendando, entre outras questões, a informatização da prestação de contas dos recursos repassados Fundo a Fundo e um decreto fundo a fundo obrigando a vinculação de cada pagamento a uma ordem bancária. Segundo informou, a solicitação da Controladoria foi acolhida pelo MS e o Decreto com essa determinação está em vigor, mas tem sido descumprindo. Feitas essas considerações iniciais, passou a discorrer sobre o tema em pauta “combate à corrupção e ao desperdício na saúde”. Começou inicialmente explicando que a CGU é o órgão de controle interno do governo federal responsável pela função correccional, pela prevenção e combate à corrupção. Para melhor compreensão, distinguiu controle interno, a cargo da CGU, e controle primário, a cargo de todos os gestores públicos. Detalhou que se configuram ações da CGU: ação avaliativa – auditorias e fiscalizações; ações punitivas – correções; ações de ouvidoria – incentivo à participação da sociedade; e ações preventivas: transparência, capacitação (municípios, conselhos e gestores federais) e acompanhamento da despesa. Seguindo, explicou que o orçamento da saúde totaliza R\$ 91 bilhões, com dez programas e 182 ações e a transferência de recursos a estados e municípios, por meio dos seis blocos de financiamento, dificulta o acompanhamento dos resultados das programações aprovadas pelo Congresso Nacional. Esclareceu que o controle da execução dos programas de governo inclui: acompanhamento sistemático (a partir do mapeamento das políticas públicas afetas a cada ministério, da hierarquização e da priorização dessas políticas, é elaborada estratégia para acompanhar, por amostragem, a execução de programas selecionados); e fiscalização a partir de sorteios públicos (a CGU usa o mesmo sistema de sorteio das loterias da Caixa para definir, por amostragem, as áreas municipais e estaduais a serem fiscalizadas quanto ao correto uso dos recursos federais transferidos). Mostrou um quadro com ações de governo em acompanhamento com destaque para Saúde da Família, MAC, medicamentos, saneamentos, entre outras. Detalhando, mostrou as principais constatações do acompanhamento da CGU, por áreas: Piso de Atenção Básica - PAB Fixo, Piso de Atenção Básica - Saúde da Família, Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos e Serviços Urbanos de Água e Esgoto. Em relação ao Piso de Atenção Básica - PAB Fixo, as principais constatações foram: irregularidades nos processos licitatórios, nos contratos ou no recebimento de produtos e serviços; utilização dos recursos do PAB Fixo em objetos destoantes; ausência de elaboração do Plano Municipal de Saúde e/ou do Relatório Anual de Gestão; deficiências nos registros de

movimentação do Fundo Municipal de Saúde; falta de controle nos registros do Fundo Municipal de Saúde; composição/funcionamento inadequado do Conselho Municipal de Saúde – CMS. A respeito do Piso de Atenção Básica - Saúde da Família, as constatações principais foram: cerca de 70% dos profissionais de formação superior não cumprem a carga horária semanal prevista, que é de 40h; perto de 50% dos Agentes Comunitários de Saúde não dispõem de materiais/equipamentos necessários ao bom desempenho de suas funções; aproximadamente 10% das equipes do PSF que compuseram amostra não estavam implantadas; em torno de 20% dos municípios fiscalizados houve desvio de finalidade na aplicação dos recursos do PSF; e médicos com diversos vínculos municipais. No que se refere à Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, as principais constatações da CGU foram: falta de medicamentos; condições de armazenagem inadequadas; controle de estoque deficiente/inexistente; medicamentos vencidos e/ou com validade próxima do vencimento; fraude em processo licitatório; aquisição de medicamentos com preço superior ao praticado no Banco de Preços/MS e/ou em outras fontes de consulta; e não efetivação da contrapartida estadual e/ou municipal. A respeito dos Serviços Urbanos de Água e Esgoto, as principais constatações foram: irregularidade na execução de procedimento licitatório e/ou de contrato, inclusive fraude/indícios de fraude nesses procedimentos; falhas na concepção dos projetos de engenharia pelas prefeituras, resultando em morosidade na aprovação por parte da concedente; e não alcance do objetivo do convênio, ou seja, a população do local não foi beneficiada pelo empreendimento construído. Também mostrou um quadro com o número de Tomadas de Contas Especiais instauradas, concluídas e enviadas ao TCU (2003 a 2010), sendo que, no caso Ministério da Saúde, foram 2.709, totalizando R\$ 1.549 milhões. Também discorreu sobre a auditoria investigativa que inclui: auditorias especiais em órgãos e entidades federais onde a CGU tenha identificado problemas mais graves; apuração de denúncias de cidadãos ou da imprensa; fiscalizações decorrentes de representações do Ministério Público, Polícia Federal, Parlamentares e outras autoridades; e Operações Especiais com a Polícia Federal. A respeito das Operações Especiais da Polícia Federal e da CGU, detalhou que foram realizadas 54 envolvendo as áreas da educação e saúde. Também tratou da auditoria especial realizada nos Hospitais Federais do Rio de Janeiro que teve por escopo os valores pagos de 2009 a abril/2011, totalizando R\$ 887.996.706,84. A partir das análises realizadas pela CGU e após as manifestações dos gestores responsáveis, disse que foi identificado, como potencial prejuízo aos cofres públicos, o valor de R\$ 96.512.294,18. Detalhou que as principais constatações da auditoria especial nos Hospitais Federais do RJ foram as seguintes: superfaturamento em pagamentos realizados; contratação com preços superiores aos praticados na Administração Pública ou no mercado; morosidade para início da licitação provocando contratação emergencial; atrasos em obras por má gestão administrativa; serviços executados em desconformidade com o contratado; estoque de insumos e medicamentos com prazo de validade expirado; ausência de localização de insumos e medicamentos adquiridos; ociosidade de equipamento alugado; indícios de direcionamento e conluio entre licitantes; indícios de montagem de pesquisa de preços; e pagamento sem cobertura contratual. Para melhor entendimento do problema, esclareceu que a Lei nº 8.666/1993 não alcança a figura do empresário, ou seja, a empresa que comete fraude fica inidônea, mas o sócio pode abrir outra empresa e concorrer em outras licitações. Disse que, diante das constatações da CGU, as principais medidas adotadas pelo Ministério da Saúde foram as seguintes: centralização de compras de bens e serviços no DLOG; lançamento de 32 licitações para substituir os contratos em andamento; aperfeiçoamento do Departamento de Engenharia para Aprimoramento na elaboração de projetos; lançamento de licitações para substituição dos contratos de locação de equipamentos por compra destes; e criação de Grupo de Trabalho para análise dos contratos de serviços, locação de equipamentos e compras de insumos. Explicou que os resultados das ações de Controle são encaminhados, entre outros, para: Corregedoria: sanções administrativas internas; Ministérios Gestores: melhorias gerenciais e sanções administrativas internas; Senado/Câmara: controle político; TCU: controle externo (sanções administrativas); AGU: ações civis; e PF - ações civis e penais. Por fim, listou os avanços recentes para aprimorar o controle das transferências. Em relação ao controle e transparência da aplicação de Recursos vinculados a convênios, contratos de repasses e Termos de Parceria, explicou que o Decreto nº. 6.170/2008 instituiu o SICONV que permite: ênfase na transparência à sociedade; automação de todo o ciclo das transferências; facilidades para fiscalização e controle; identificação do beneficiário final de cada pagamento; e prestação de contas eletrônica no Portal. Também destacou o Decreto 7.507/2011, que define transferências automáticas/Fundo a Fundo. Segundo essa norma, a movimentação financeira

dos recursos transferidos por órgãos e entidades da administração pública federal aos Estados, Distrito Federal e Municípios, em decorrência de determinação legal, para aplicação em ações de educação, saúde e assistência social, obedecerão as seguintes regras: 1) os recursos transferidos serão depositados e mantidos em conta específica aberta para este fim em instituições financeiras oficiais federais; 2) a movimentação dos recursos e os pagamentos efetuados serão realizados exclusivamente por meio eletrônico mediante crédito em conta corrente de titularidade dos fornecedores e prestadores de serviços devidamente identificados, o que permitirá acompanhar rigorosamente a destinação desses recursos; e 3) as informações relativas ao uso dos recursos transferidos serão objeto de ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, em cumprimento ao princípio da transparência. Também falou do Portal Saúde com Mais Transparência (www.transparencia.saude.gov.br), em processo de implantação, que apresentará informações sobre os recursos transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde aos entes federados, extrato detalhado da execução financeira e metas e resultados alcançados pela gestão federal, estadual e municipal. Na sequência, expôs sobre o tema a Presidente da União Nacional dos Auditores do SUS – UNASUS, **Solimar Vieira da Silva Mendes**, que, inicialmente, explicou que a UNASUS representa os servidores do Sistema Nacional de Auditoria do SUS em âmbito federal e atua no sentido de fortalecer esse Sistema Nacional de Auditoria, inclusive com trabalhos em parcerias com Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Relatou que, apesar da sua importância, o Sistema, desde a sua criação, enfrenta uma situação de total omissão e descaso dos governos e a situação dos recursos humanos é calamitosa. Para melhor entendimento da situação, detalhou que, dos 750 servidores do DENASUS, cerca de 550 realizam ações de auditoria, e 60% do total está na iminência de se aposentar (no momento recebem abono de permanência). Disse que, em 2008, foi firmado termo de acordo com o governo, para criação da carreira de auditoria do DENASUS e publicados avisos ministeriais nesse sentido, todavia, a proposta ainda não foi implementada. Ressaltou que a preocupação da UNASUS refere-se ao risco de suspensão das atividades do Sistema Nacional de Auditorias por falta de pessoal e de incentivo. Reiterou a importância do Sistema como órgão fiscalizador dos recursos da saúde, inclusive nos termos da LC nº. 141/2012. Salientou que é preciso agilizar a realização do concurso para auditoria do SUS a fim de garantir também que os servidores atuais repassem conhecimento aos novos funcionários. Também disse que a UNASUS está em negociação para modificar a sua natureza jurídica – de Associação para sindicato. Solicitou a ajuda do CNS nesse processo de fortalecimento do Sistema Nacional de Auditoria, uma vez que cabe ao Conselho zelar pelo SUS. Explicou que o Decreto 1.651, que trata das competências do SNA, está em processo de revisão e o texto será colocado em consulta pública. Nesse sentido, pediu o apoio do CNS no sentido de incluir no novo texto do Decreto a proposta de implementação do cargo de auditor do SUS. Na sequência, o Diretor do DENASUS, **Adalberto Fulgêncio dos Santos Júnior**, abordou o tema com enfoque na Lei nº. 141/2012. Primeiro, justificou a ausência do diretor do DOGES/MS, **Luís Carlos Bolzan**, que se encontrava no Rio de Janeiro para resolver demanda. Salientou que o SUS, por si só, representa um avanço de controle e transparência e frisou que, nos últimos dez anos, foi possível avançar no que diz respeito à participação, ao controle social e ao fortalecimento dos instrumentos de combate à corrupção. Destacou, por exemplo, que a CGU passou por modificações com melhoria dos quadros, autonomia plena, possibilitando a ampliação das ações de transparência e combate à corrupção. Nesse contexto, citou a Lei nº 141/2012 que consolida o controle como fundamental e sinaliza a importância da auditoria. Destacou ainda que a Lei determina aos órgãos do sistema de auditoria, controle e avaliação do SUS, o cumprimento das determinações da Lei, além de verificar a veracidade das informações constantes do Relatório de Gestão. Portanto, faz-se necessário discutir como desenvolver sistema de controle no âmbito do SUS, que é complexo. Também ressaltou que é necessário analisar e discutir a efetividade dos órgãos de controle do país que, inclusive, custam caro aos cofres públicos. A respeito de pessoal, explicou que os servidores do MS que trabalham no DENASUS recebem aditivo para desempenho da função e, em maio de 2012, foi feita seleção interna para ocupação de 21 vagas para o DENASUS e será aberto outro processo de seleção. Frisou ainda que o Ministro da Saúde concorda com a criação do cargo de auditor e essa proposta está sendo encaminhada ao Ministério do Planejamento a fim de ser discutida na perspectiva de fortalecer ainda mais esse controle. Disse que, para além do monitoramento dos processos de licitação, o DENASUS precisa verificar questões mais específicas relativas à situação de saúde do país e, nessa linha, informou que será feita auditoria para verificar a situação da hanseníase no Brasil. Ressaltou que é fundamental perceber a complexidade do

Sistema, lembrando inclusive que a saúde é o único setor que a incorporação de tecnologia encarece os procedimentos. Finalizando, disse que é preciso promover o diálogo entre os órgãos de controle e aproveitar o advento da Lei nº. 141/2012 para criação de um Sistema Nacional de Auditoria com componentes estaduais, nas capitais e em, pelo menos, cidades com até 500 mil/hab. **Manifestações.** Conselheira **Jovita José Rosa**, representante da UNASUS no CNS, iniciou a sua fala salientando que a Lei nº. 10.683/2003 determina como competência do MS a coordenação e a fiscalização do SUS. Salientou que a falta de controle tem custo maior que o controle e, nessa linha, reiterou a luta pela carreira de auditoria do SUS, com a criação do cargo de auditor. Também informou que a Lei nº. 8.689/1993, que instituiu o SNA, determinou ao MS o prazo máximo de 90 dias para elaboração de projeto a ser encaminhado ao Congresso Nacional. Além disso, acrescentou que a norma determina que ao CNS cabe acompanhar a implementação desse sistema. Lembrou, inclusive, que as últimas conferências de saúde deliberaram favoravelmente pela criação do cargo de auditor do SUS e, apesar dos reiterados pedidos para estabelecer o Sistema de Auditoria do SUS de fato e de direito, nada foi feito nesse sentido. No mais, disse que CGU, TCU e DENASUS devem realizar trabalho conjunto para evitar a duplicidade de ações de controle. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** comentou aspectos levantados nas falas dos expositores e destacou, na sua visão, que a Lei LC nº. 141/2012, da forma como está, não consolida o controle social e o que se tem hoje é um sistema democrático, criado pela burguesia, para controlar o povo brasileiro. Também disse que é preciso refletir sobre qual é o real interesse do governo e da burguesia brasileira em acabar com a corrupção no país, com controle e fiscalização efetivos e mecanismos de punição. Conselheira **Rosângela da Silva Santos** iniciou perguntando qual a responsabilidade dos órgãos de controle em informar a população na busca da garantia dos seus direitos. Também solicitou ao representante do CGU que disponibilizasse a Nota Técnica sobre a prestação de contas do Ministério da Saúde, à qual fez referência, por entender que contribuiria para dirimir dúvidas, inclusive. Falou ainda da situação de ociosidade de equipamentos das unidades e lamentou a não responsabilização de gestores quando usuários não são atendidos pelos serviços por falta desses equipamentos. Por fim, perguntou como fazer chegar aos órgãos de controle as denúncias de usuários e de conselhos de saúde, assegurando resposta, por escrito, das ações adotadas. Conselheiro **José Marcos de Oliveira**, primeiro, lembrou as auditorias realizadas nos estados pelo DENASUS há dois anos, que causou grandes polêmicas e disse não ter clareza sobre os encaminhamentos desse processo. Além disso, perguntou o que houve de avanços em relação ao DENASUS nos últimos anos, inclusive com mudanças na direção do Departamento. Conselheiro **Marcos Antônio Gonçalves** perguntou o que tem sido pensando em relação a sistemas de controle para evitar o funcionamento de entidades inidôneas. Salientou que o Sistema de Convênios do Governo Federal (SICONV) é um instrumento importante para publicizar a questão dos convênios e dar maior transparência ao processo. Conselheiro **José Eri de Medeiros** reiterou os avanços no país com destaque para o processo de descentralização das ações de saúde com a municipalização. Avaliou que é preciso clarificar a diferença entre desvios que ocorrem nos municípios e fraude e perguntou à mesa se as denúncias feitas são relativas a convênios ou ao processo de repasse Fundo a Fundo. Na sua visão, a questão dos convênios é o grande problema da fraude no setor de saúde e no país. Conselheira **Lucimar Batista**, primeiro, perguntou ao Diretor do DENASUS quando e como será realizada a auditoria para verificar a situação da hanseníase no país e solicitou a participação da Comissão de Eliminação da Hanseníase/CNS nesse processo. Perguntou ainda como fiscalizar a execução dos incentivos financeiros para hanseníase que serão repassados aos municípios, conforme a Portaria nº. 3.208/2011, em um ano atípico de eleição. Conselheiro **José Carrijo Brom** defendeu que o CNS se posicionasse favoravelmente à criação da carreira de auditoria do SUS, à realização de concurso e à valorização da auditoria, considerando o percentual de servidores na iminência de aposentar-se e a necessidade de fortalecer a fiscalização do uso dos recursos da saúde. Além disso, salientou que é preciso fortalecer os órgãos de fiscalização até mesmo para fiscalizar a questão das terceirizações que ocorrem livremente no país. Conselheiro **Fernando Souza** começou a sua fala pontuando o abismo entre o “Brasil real” e o “Brasil legal” e destacando que os povos indígenas têm vivenciado essa situação de forma mais acentuada, uma vez que os órgãos de controle, por vezes, desconsideram as especificidades e as realidades das áreas indígenas nas suas decisões. Citou, por exemplo, que para fornecimento de combustível é necessário sistema de cadastro, mas há áreas no país que não possuem postos cadastrados, o que dificulta a ação de equipes de saúde. Conselheiro **Haroldo Pontes** avaliou que o debate acrescentou novos elementos em relação ao anterior e, na linha de

ampliar ainda mais a discussão, solicitou maiores informações sobre os resultados das ações da auditoria. Conselheiro **Willen Heil e Silva** sugeriu compor um GT do CNS para acompanhar a execução do disposto na Lei nº. 8.689/1993 e opinar sobre a reestruturação global do Ministério da Saúde e de seus órgãos e entidades, com vistas à adequação de suas atividades ao disposto na CF/88 e nas Leis nºs 8.080/1990 e 8.142/1990 (art. 16 da Lei nº. 8.689/1993). Conselheiro **Francisco Batista Júnior** começou a sua fala apresentando o novo representante da CUT no CNS, Geordecí Menezes Souza. Seguindo, frisou que o principal determinante da corrupção e do desvio de recursos é a impunidade, que se dá pelo histórico patrimonialismo do Brasil e pelo fisiologismo. Salientou também que o Brasil é um dos mais privatizados do mundo, superando, inclusive, os Estados Unidos, a cúpula do capitalismo. Portanto, disse que é preciso enfrentar o fisiologismo e patrimonialismo para resolver a questão da corrupção no país. No mais, defendeu a radical profissionalização do Estado Brasileiro, com substituição da cultura fisiologista e perguntou a posição da CGU a respeito dessa proposta. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** concordou que o SUS é parte da reforma do Estado Brasileiro, todavia, disse que é preciso ir além e modificar a cultura e a ética política do país, impedindo a invasão do privado e dos interesses de grupos políticos dentro do Estado. Nessa linha, perguntou o que tem sido feito pelos órgãos de controle para resolver os problemas diagnosticados. Também salientou que é preciso um controle interno que não seja refém de interesses de grupos e, para ilustrar, citou o exemplo da ex-conselheira e ex-Secretária de Saúde do DF, Fabíola Aguiar, que enfrentou, com coragem, o esquema ilegal instaurado no âmbito da Secretaria. Como encaminhamento, sugeriu realizar uma oficina de trabalho com vistas à definição de mecanismos mais efetivos de enfrentamento do problema da corrupção e do desvio de recursos, com a participação da Ouvidoria, do DOGES e da CGU. **Retorno da mesa.** O Secretário Federal de Controle Interno da CGU, **Valdir Agapito**, começou a sua fala constando que é preciso ampliar o debate da corrupção e do combate ao desperdício de recursos. Também disse que a descentralização é solução e não problema, todavia, esse processo deve ocorrer com o devido controle. Ressaltou que hoje há um aumento maior de denúncias porque as municipalidades, após a descentralização, passaram a receber mais recursos e o governo, de certa forma, descentralizou esse serviço. Explicou que não há estudo sobre o que representa o conjunto de denúncias, todavia, salientou que, de modo geral, configuram-se em reclamações por falta de qualidade na prestação de serviços. Respondeu pontualmente que não é intenção da CGU incorporar o DENASUS segundo o entendimento de que se deve fortalecer os mecanismos de controle de cada Ministério. Destacou que a CGU trabalha na linha de alerta e citou exemplos de resultados das ações da CGU, destacando, entre outros, descredenciamento do Programa Saúde da Família. Todavia, disse que o resultado também depende da vontade do gestor federal, ou seja, “é preciso ter vontade para fazer controle”. Explicou que hoje a CGU audita o Fundo, que é responsável pelo repasse, e o controle de resultados do Ministério da Saúde estão apartados no controle financeiro. Também se comprometeu a enviar ao CNS a nota referida na sua apresentação, conforme solicitado. Avaliou que não há excesso de controle no país, lembrando, inclusive, que em grande parte dos municípios não há mecanismo de controle e transparência. Informou que está em debate a lei que tipifica o crime de corrupção e lavagem e a penalização da pessoa jurídica para alcançar sócios e administradores e empresas com problemas. Salientou que o SUS necessita de uma coletânea sobre as boas práticas de gestão e de controle na linha de definir entendimentos. Considerando a amplitude do tema e a impossibilidade de responder a todos os questionamentos, propôs a realização de seminário para debater o papel do controle e o que o CNS pode fazer, enquanto órgão de controle do SUS, para enfrentar o problema em pauta. O diretor do DENASUS, **Adalberto Fulgêncio dos Santos Júnior**, explicou que as auditorias são de competência única e exclusiva dos auditores, assim, diretores e chefes locais não influenciam na feitura dos relatórios. Disse que cabe ao diretor de auditoria a gestão de programação, com vistas a impedir, por exemplo, ações correntes com a CGU e o TCU. Concordou que é preciso profissionalizar o serviço público e lutar por uma reforma estrutural do Estado, a fim de democratizar essa estrutura. Frisou que a democracia custa caro e é preciso investir nesse instituto, uma vez que, para o combate à corrupção e ao desperdício, quanto mais democracia, controle interno e externo e participação social melhor. Nessa linha, fez uma defesa do governo que acredita e investe em participação social, salientando, inclusive, que o CNS conta com maior investimento hoje. Salientou que é preciso debater como garantir maior efetividade e eficiência das ações do DENASUS e da CGU, por exemplo. Também reiterou que o DENASUS e o Ministério da Saúde são favoráveis à criação do cargo de auditor e à realização de concurso, todavia, a política de recursos humanos da Esplanada é definida pelo

MPOG. Salientou que essa é uma questão que pode ser debatida no seminário proposto pelo Dr. Valdir Agapito. Apontou ainda como avanços a realização de processo seletivo para o Departamento e a realização de auditorias mais específicas em relação aos programas. Citou, por exemplo, que será feita auditoria sobre conjunto dos programas Saúde da Família e sobre a hanseníase. A respeito da auditoria sobre a hanseníase, disse que a intenção é envolver o movimento haja vista a intenção de elaborar protocolo e identificar o porquê da falta de controle dessa doença. Reiterou ainda que a Lei nº. 142/2012 fortalece o controle interno, mas concordou que é preciso pressão social para implementar o SNA. Disse que não há excesso de controle e avaliou que é preciso promover debate fundamental na estrutura do Estado Brasileiro sobre aqueles que executam as políticas públicas na ponta. Frisou que é preciso fortalecer o controle e melhorar os salários de todo o quadro da saúde – dos profissionais de saúde aos agentes administrativos que são responsáveis pelas grandes licitações. A Presidente da UNASUS, **Solimar Vieira da Silva Mendes**, agradeceu as menções de apoio à luta da UNASUS, com destaque à atuação dos integrantes do FENTAS e registrou que a CNTSS e a CUT tem tido papel importante nas negociações com o governo. Reiterou que há legislação e avisos ministeriais, todavia, ainda não houve resultado efetivo para a demanda de criação de cargo de auditor do SUS. Explicou que as auditorias, quando acompanhadas e com a colaboração da gestão, trazem melhorias para a gestão do SUS. Por fim, salientou que a solução não se limita à questão salarial, uma vez que há outras questões envolvidas, sendo necessárias ações efetivas. Conselheiro **Jurandi Frutuoso** sintetizou os encaminhamentos que emergiram do debate e os conselheiros fizeram complementações. **Deliberação: aprovados os seguintes encaminhamentos que emergiram do debate no Plenário do Conselho: 1) manifestar posição favorável do CNS à criação do cargo e da carreira de auditor do SUS e realização de concurso público (será elaborado documento - recomendação ou moção de apoio - nesse sentido); 2) compor um GT do CNS para acompanhar a execução do disposto na Lei nº. 8.689/1993 e opinar sobre a reestruturação global do Ministério da Saúde e de seus órgãos e entidades, com vistas à adequação de suas atividades ao disposto na CF/88 e nas Leis nºs 8.080/1990 e 8.142/1990 (art. 16 da Lei); 3) realizar seminário, em 2012, sobre controle interno do SUS sob a ótica da Lei Complementar nº. 141/2012, em parceria com MP, DOGES, Auditoria e CGU; e 4) elaborar documento contemplando os dois momentos de debate desse tema no Conselho (na Reunião Ordinária de abril e na de maio de 2012).** Com esses encaminhamentos e agradecimentos aos convidados, a mesa encerrou a discussão. **ITEM 3 - PLANO OPERATIVO PARA IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES EM SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA - Composição da mesa:** Conselheira **Júlia Maria Santos Roland**, Diretora do Departamento de Apoio à Gestão Participativa - DAGEP/SGEP/MS; **Reginaldo Alves Chagas**, Coordenador Geral de Apoio à Educação Popular e à Mobilização Social - DAGEP/SGEP/MS; **Anderson Miranda**, Movimento Nacional de População em Situação de Rua; e **Gladston Figueiredo**, da Pastoral do Povo da Rua. **Coordenação:** Conselheiro **Alcides Silva de Miranda**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheira **Júlia Maria Santos Roland**, na condição de diretora do DAGEP/SGEP/MS, fez considerações iniciais sobre o Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde para População em Situação de Rua e traçou o perfil dessa população. Explicou que a população em situação de rua é a que mais sofre discriminação, enfrenta maior desigualdade e está submetida a difíceis condições de vida. Relatou que, em 2005, a Secretaria Nacional de Assistência Social realizou o primeiro encontro nacional sobre a população em situação de rua no sentido de discutir com lideranças desse segmento políticas públicas capazes de abordar o conjunto de situação a que essa população está submetida. Salientou que uma das resoluções desse encontro foi a realização da pesquisa sobre essa população, que não é aferida pelo IBGE. Desse modo, de agosto de 2007 a março de 2008, foi realizado levantamento da população em situação de rua, em 71 cidades brasileiras, nas capitais e nas cidades com mais de 300 mil habitantes. Salientou que ficaram de fora as capitais que já haviam realizado pesquisas sobre essa população– São, Belo Horizonte, Recife e Porto Alegre. Assim, disse que o dado considerado reúne um conjunto de pesquisas que não adotaram a mesma metodologia nem foram realizadas no mesmo período. Explicou que o Comitê considera o número de 50 mil pessoas em situação de rua com o seguinte perfil: predominantemente masculina (82%); majoritariamente negra (67%); 53% de pessoas com 25 – 44 anos; 52% recebem, pelas suas atividades de trabalho, entre R\$ 20 e 80/por semana; 74% sabem ler e escrever; 70,9% exercem atividade ou trabalho e 58% possui profissão; as modalidades mais frequentes são: catadores, flanelinhas e construção civil. Além disso, a pesquisa apontou como principais causas para vida em situação de rua (isoladas ou

combinadas): uso de álcool e drogas, desemprego e problemas familiares. Os principais problemas de saúde dessa população são: hipertensão, saúde mental, HIV e visão. Disse que, diante de problema de saúde, essa população procura hospital/emergência e unidade de saúde e observa-se alto nível de discriminação ao tentar ter acesso a algum tipo de serviço – unidade de saúde, banco, supermercado... Detalhou que em 2009 foi realizada oficina que discutiu a realidade dessa população e elaborou o primeiro plano operativo de ações em saúde para a população em situação de rua. Disse que, em 2010, tentou-se pactuar o Plano na CIT, mas não foi possível. Sendo assim, a atual gestão retomou o trabalho, com debate com vários setores, e chegou-se a proposta de Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde para População em Situação de Rua que define princípios, eixos e diretrizes (o detalhamento deve ser feito por estados e municípios onde o Plano será implementado). Feitas essas considerações iniciais, o Coordenador Geral de Apoio à Educação Popular e à Mobilização Social/DAGEP/SGEP/MS, **Reginaldo Alves Chagas**, apresentou o Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde para População em Situação de Rua. Começou explicando que o Plano foi construído com a participação das Secretarias do MS, com a tutela do Comitê Técnico para População de Rua e assessorias do CONASS e CONASEMS. Destacou que os princípios do Plano são: recusa e repúdio às formas de exclusão e à institucionalização; protagonismo da população e participação qualificada; acesso integral e humanizado ao SUS, incluindo dispositivos de promoção, prevenção e cuidados interdisciplinares; intersetorialidade, interdisciplinaridade e transversalidade das políticas; e direito ao usufruto da cidade (dimensão da hospitalidade). Disse que as diretrizes do Plano são: promoção do acesso à atenção integral à saúde da PSR; educação permanente aos gestores e trabalhadores de saúde; incentivo a estudos e pesquisas voltadas às necessidades da PSR; e informação, educação e comunicação; formação de redes de linhas de cuidado; incentivo à participação social e gestão participativa; e intervenção na cultura que provoque a mudança quanto aos determinantes sociais. Explicou que o principal objetivo do Plano é garantir o acesso aos serviços de saúde, bem como a melhoria do nível de saúde dessa população, por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, geração, raça/cor, etnia, orientação religiosa e orientação sexual e a redução de riscos à saúde, decorrentes dos processos de trabalho na rua e das condições de vida e a melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida. A seguir, apresentou os eixos e as respectivas ações e estratégias do Plano, sendo: Eixo 1: Inclusão da População em Situação de Rua nas redes de atenção à saúde. Ação/Estratégia: a) Implantar equipes de atenção básica específicas para a população em situação de rua, incorporando agente social com “trajetória de rua”, com incentivo definido por meio de instrumento normativo, observando as políticas e ações de redução de danos. b) Capacitação permanente das equipes de urgência e emergência sobre a PSR. c) Elaborar material informativo para a população em situação de rua sobre o que é o SAMU e seus objetivos. Eixo 2: Promoção e Vigilância em Saúde. Ações/Estratégias: a) Intensificar a busca ativa e tratamentos supervisionados para o controle de doenças infecciosas (TB e DSTs/ AIDS, entre outras) nas populações institucionalizadas e em situação de rua. b) Controle e redução da incidência da Tuberculose, DSTs/ AIDS e demais agravos recorrentes na PSR. c) Elaborar plano de ação articulado com a Atenção Básica, Coordenadores de Imunização, Sociedades Científicas, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), para construção de estratégias diferenciadas que visem à prevenção das doenças preveníveis por vacinas e a adesão da PSR. Eixo 3: Educação Permanente em Saúde na abordagem da Saúde para a população em situação de rua. Ação/ Estratégia: a) Inserção da temática PSR no Módulo de Educação à Distância (EAD), para cursos de formação voltados para profissionais de saúde, em especial equipes da Atenção Básica (áreas de imunização, doenças negligenciadas, DST/Aids e hepatites virais e cuidados assistências) de serviços de Saúde Mental e UNASUS. b) Formar Agentes Sociais e Agentes Comunitários de Saúde das equipes da Atenção Básica. Eixo 4: Fortalecimento da participação e do controle social. Ação/Estratégia: a) Formar e sensibilizar lideranças do movimento social da PSR referente ao exercício da cidadania, a saúde e defesa do SUS por meio de cursos, oficinas, encontros e formação. b) Articular e fomentar com os estados a capacitação de conselheiros de saúde sobre a temática saúde da população em situação de rua, com a participação do MNPR e entidades da sociedade civil ligadas ao tema. c) Articular e fomentar com os estados a capacitação de conselheiros de saúde sobre a temática, com a participação do MNPR e entidades da sociedade civil ligadas ao tema. d) Fomento ao desenvolvimento de pesquisas com foco nas prioridades em saúde da população em situação de rua. e) Produzir e publicar mídias sobre Saúde da População em Situação de Rua, voltadas para gestores e profissionais

de saúde. f) Apoiar encontros regionais da população em situação de rua sobre saúde. g) Revisar e ampliar publicações da área de Saúde Mental de forma a incluir e incentivar o trabalho extramuros como ação fundamental para garantia do acesso da população em situação de rua. h) Instituir Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua ou referência técnica nas instâncias nacional, estaduais e municipais. Eixo 5: Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população em situação de rua. Ação/Estratégia: o monitoramento e a avaliação devem ocorrer com base nas ações propostas, considerando as prioridades e metas dos Planos Estaduais e Municipais de Saúde, conforme orientado pelo Decreto nº. 7.508/2011 e pactuado nos Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) e Plano Plurianual (PPA) 2012/2015. Salientou que há questões complexas relativas ao atendimento às pessoas em situação de rua que demandam um olhar diferenciado inclusive do SUS. Por fim, frisou que a ideia é desencadear ações e serviços com vistas a melhorar a qualidade de vida das pessoas em situação de rua, garantindo direito e cidadania. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** justificou que o representante da Pastoral do Povo da Rua, **Gladston Figueiredo**, não pôde permanecer no debate, por conta da transferência do tema da manhã para o período da tarde. O representante do Movimento Nacional de População em Situação de Rua, **Anderson Miranda**, iniciou agradecendo nominalmente os conselheiros que acompanham a questão da população em situação de rua e ao governo do Presidente Lula e da Presidenta Dilma pela visibilidade a essa população, que, hoje, na cidade de São Paulo, são 14.672 pessoas. Disse que é preciso reconhecer as especificidades da população em situação de rua e as fragilidades comuns a outros segmentos da população – indígenas, quilombolas...Apelou ao CNS pela aprovação e à Comissão Intergestores Tripartite pela pactuação do Plano porque representa um avanço para o movimento e para a população em situação de rua, possibilitando dar visibilidade aos invisíveis. Para ilustrar a gravidade da situação dessa população, explicou que é a com maior índice de contaminação por tuberculose (67%). Além disso, relatou situação de descaso com essa população que resultaram em morte – demora no atendimento pelo SAMU - e explicou que a defesa é por atendimento na rede do SUS - CAPS AD, CAPS 24h, clínica – sem criar guetos. Lembrou que o movimento da população em situação de rua não possui representação no Conselho de Assistência Social e no CNS e isso preciso mudar. Concluiu frisando que o movimento nacional organizado, presente em oito Estados, não quer caridade e assistencialismo, mas sim cidadania e visibilidade. **Manifestações.** Conselheiro **Clóvis Bouffleur** informou que encaminhara previamente alterações ao Plano feitas pela sociedade civil do Comitê do Plano Operativo e destacou que, de modo geral, há consenso sobre as propostas, com exceção de uma frase da página 6. Explicou que, após diálogo, o segmento dos usuários propõe como redação para o trecho *“Para acessar os recursos devem ser considerados os seguintes conceitos para orientar o desenvolvimento deste plano”* a frase *“Devem ser considerados os seguintes conceitos”*. Conselheiro **Marcos Antônio Gonçalves** manifestou satisfação com a presença e o protagonismo do movimento da população em situação de rua porque as mudanças e a inclusão/visibilidade dessa população dependem do protagonismo do movimento na luta pelos seus direitos. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** relatou que pessoas em situação de rua procuram o GAPA/RS, dizendo serem profissionais do sexo quando não o são, a fim de terem acesso aos serviços oferecidos pelo Grupo. Ressaltou que isso demonstra que os serviços disponíveis no país estão normatizados de uma forma que excluem essa população. Nesse sentido, salientou que é preciso aprovar, pactuar e colocar o Plano em prática, na linha de acabar com os preconceitos. Concordou que é preciso incluir essa população nas redes de atenção do SUS, não como serviço específico, e manifestou preocupação com a internação compulsória das pessoas em situação de rua, ressaltando que é preciso respeitar essas pessoas acima de tudo. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** manifestou a sua satisfação com esse debate e a explicitação do comprometimento com a política pública na linha da inclusão/visibilidade da população em situação de rua. A respeito do Plano, frisou que é necessário um plano operativo intersetorial de políticas públicas, com a participação do Estado e da sociedade. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** cumprimentou o MS pela iniciativa e o movimento pelo protagonismo na luta pela inclusão. Sugeriu a realização de um projeto piloto nos hospitais federais para buscar soluções dialogadas e compartilhadas com os atores envolvidos nesse processo. Destacou que o alto índice de contaminação por tuberculose nessa população é a situação mais grave, porque, ao identificar os casos no plantão, não se consegue buscar o paciente para o tratamento. Por essa razão, disse que é preciso, acima de tudo, firmar aliança com o serviço social. Também avaliou que se deve buscar uma forma de consenso sobre a proposta de princípio *“Recusa e repúdio às formas de exclusão e a*

institucionalização”, uma vez que, em alguns casos, é preciso institucionalizar. No mais, sugeriu adotar o termo “*agente social*” em substituição a “*agente comunitário de saúde*”.

Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano** manifestou satisfação com esse debate no CNS, com a representação do movimento da população em situação de rua. Fez referência às sugestões apresentadas pelo conselheiro Clóvis Bouffleur, manifestando preocupação com a proposta de excluir dos princípios o trecho “(*recusa e repúdio*) às formas de exclusão e a institucionalização (na forma de albergues e internação)”. Também informou que as entidades da frente nacional pelo direito de cidadania e direitos humanos promoveram debate sobre os problemas enfrentados em relação ao plano de enfrentamento ao álcool e outras drogas no trato à população em situação de rua. Disse que essas entidades defendem a elaboração de um plano operativo para atenção à saúde da população de rua. Por fim, salientou que o tema é relevante e será tratado também pela Comissão de Trauma e Violência. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** cumprimentou o MS pela iniciativa e os expositores pelas abordagens. Também solicitou ao representante do movimento a disponibilização do material que não pode ser apresentado ao Pleno, por conta da exiguidade de tempo. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** manifestou o respeito pelo movimento da população em situação de rua e ao representante desse movimento pela liderança e luta na garantia dos direitos da pessoa humana. Também saudou o DAGEP/MS por honrar o compromisso de cumprir com a pactuação de políticas “guardadas na gaveta” e lembrou que implica na decisão do CONASS e CONASEMS. Aproveitou para retificar incongruências, explicando que a reivindicação não é apenas acesso, mas necessidades humanas onde a saúde tem sido a porta de entrada. Ao tratar das populações em situação de rua, disse que é preciso saber a história de vida das pessoas, considerar a questão de identidade/pertencimento, autonomia do movimento em uma sociedade que não o reconhece, posicionamento crítico do movimento... Nessa linha, reiterou a importância da intersetorialidade, mesmo tendo a saúde como porta entrada – há mais a ser feito enquanto política de governo. Também defendeu um modelo de educação permanente com a participação ativa e constante dos usuários para associar realidade e prática e também a definição de modelo não formal que garanta a participação desse movimento nos conselhos. Por fim, disse que é preciso envolver CONASS e CONASEMS na implementação dessa política. Conselheiro **Arnaldo Marcolino** disse que é preciso trabalhar a mudança de comportamento do profissional de saúde que recebe e atende as pessoas em situação de rua. No mais, frisou que se deve debater o que levou as pessoas a permanecer nessa situação. Também ressaltou que é preciso trabalhar o acolhimento da pessoa pelo serviço de saúde e a forma como é devolvida para a rua. Conselheiro **Edmundo Omoro** destacou a grandeza do país e a invisibilidade de vários segmentos, com destaque à vulnerabilidade. Agradeceu aos expositores, em especial à diretora do DAGEP/MS e cumprimentou o MS pela iniciativa. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, inicialmente, justificou que esteve ausente no período da manhã porque estava participando do encontro da Rede Unida. Cumprimentou pela iniciativa da proposta – transitória e paliativa – e lembrou que envolve saúde e condições de cidadania. Também manifestou preocupação com a proposta de excluir o trecho “*Recusa e repúdio às formas de exclusão e a institucionalização (na forma de albergues e internação)*” diante das iniciativas de “higienização” do país por conta de eventos como copa e olimpíadas. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** destacou a importância da apresentação da política com a presença da gestão e de representante da população em situação de rua. Frisou que o Plano deve dialogar com recentes políticas aprovadas e pactuadas – política do campo e da floresta e da população LGBT. Disse que a iniciativa é paliativa, mas compensatória após ampla espera e solicitou agilidade e urgência na sua implementação. Não havendo outros inscritos, conselheiro **Alcides Silva de Miranda** explicou que as sugestões apresentadas não eram contraditórias ao mérito do texto. Sendo assim, apresentou a seguinte proposta de encaminhamento: aprovar o mérito e o texto-base do Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua, com as contribuições do CNS. O documento seria encaminhado à Comissão Intergestores Tripartite para debate e pactuação e, posteriormente, reapresentado ao CNS para deliberação final, conforme determina a LC nº. 141/2012. **Retorno da mesa.** O Coordenador Geral de Apoio à Educação Popular e à Mobilização Social - DAGEP/SGEP/MS, **Reginaldo Alves Chagas**, explicou que o Plano Operativo está em discussão há três anos e foi aprovado na reunião do Comitê Técnico, em fevereiro de 2012. Todavia, o movimento social reabriu o debate e apresentou novas sugestões ao texto. Assim, salientou que já havia consenso sobre o documento e seriam acatadas as sugestões do movimento. Também esclareceu que “agente social” é uma terminologia utilizada pela portaria que regulamenta a política do consultório na rua. Portanto, o Plano dialoga com

as políticas do MS, sem criar novas nomenclaturas. Conselheira **Júlia Maria Roland**, diretora do DAGEP/MS, salientou a importância do debate e agradeceu o conjunto de considerações dos conselheiros. Disse que o Departamento procura implementar o que está na sua missão e salientou que essa questão deve uma bandeira dos atores que participam do processo de construção do SUS a fim de alcançar êxito. Concordou inclusive que o tema deve ser tratado de forma intersetorial, portanto, a política deve ter interface com o Comitê Intersetorial de Acompanhamento das Políticas para População de Rua. No mais, reiterou que o DAGEP/MS está realizando seminários regionais com debate das políticas de promoção da equidade com vistas a construir agenda de compromisso com cada Estado. Por fim, concordou com o encaminhamento do Conselheiro Alcides de Miranda e sugeriu que eventuais ajustes ao texto fossem enviados à SE/CNS que os remeteriam ao DAGEP/MS. O representante do Movimento Nacional de População em Situação de Rua, **Anderson Miranda**, explicou que o Fórum Nacional da População de Rua analisou e apresentou contribuições ao Plano e destacou a realização do I Congresso Nacional da População de Rua, que contou com a participação da conselheira Jurema Werneck, na condição de representante do CNS. Salientou que o lema do movimento é protagonizar história e garantir os direitos e concordou com o encaminhamento.

Deliberação: aprovado o mérito e o texto-base do Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua, com as contribuições dadas pelo plenário. O documento será encaminhado à Comissão Intergestores Tripartite para debate e pactuação e posteriormente será reapresentado ao CNS para deliberação final, conforme estabelece a Lei nº. 141/2012. A seguir, Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** fez um breve informe da reunião da coordenação Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública, no dia 3 de maio de 2012. Na oportunidade, foi feita avaliação dos encaminhamentos definidos e dos principais problemas, com destaque para a dificuldade de colher as assinaturas por conta da necessidade do número do título eleitoral. Portanto, salientou que é preciso o envolvimento e mobilização das entidades para coleta de 1 milhão de assinaturas. Também foi destacada, na reunião, a necessidade de diálogo entre OAB e AMB para unificação do formulário de coleta de assinaturas. Como encaminhamento, disse que foram definidos: que os CESSs, até 15 de maio, estructurem coordenações estaduais do movimento e que no dia 30 de maio se realize o primeiro ato nacional para coleta de assinaturas e o primeiro balanço. No mais, salientou que o site do movimento será o espaço de comunicação a esse respeito e dois jornalistas do CONASS farão a manutenção desse espaço. Por fim, disse que será enviado informe da reunião, por escrito, aos conselheiros. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** informou que durante a realização do Grito da Terra, em Brasília, no dia 30 de maio, será feita a coleta de assinaturas e solicitou a indicação de um representante da coordenação para acompanhar esse processo. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** indicou a Conselheira Maria do Socorro para coordenar esse processo durante o Grito da Terra. Após esse informe, a mesa suspendeu para o lanche. Retomando, o Pleno acatou a solicitação de inversão de pauta solicitada pelo Conselheiro Francisco Batista com debate do item 10 da pauta. O debate do item 5 – Resolução CNS n.º 333, de 4 de novembro de 2003, ocorreria na manhã do segundo dia. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** aproveitou para justificar a sua ausência no segundo dia de reunião e para informar que estava na pauta do Congresso Nacional a votação PEC nº. 438, que dispõe sobre expropriação de terras em caso de uso de trabalho escravo.

ITEM 10 – GT CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE – CIF – RESOLUÇÃO CIF - Apresentação: Conselheira **Maria Cristina Pedro Biz**, do GT CIF. *Coordenação:* Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheira **Maria Cristina Pedro Biz** começou resgatando que o Plenário do CNS na 219ª Reunião Ordinária do CNS, realizada nos dias 26 e 27 de março de 2011, após a apresentação do ponto de pauta Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade em Saúde – CIF, deliberou pela constituição de um GT para trabalhar as questões sobre o tema. Disse que o Grupo foi composto por: Usuário: Marisa Furia Silva, Trabalhador: Maria Cristina Pedro Biz e Gestor: Érica Pisaneschi, Fábio Baptista Mazzini, Vera Mendes - Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência – DAPES/SAS/MS. Ressaltou que o GT realizou reuniões presenciais, contando com a participação de diferentes atores envolvidos com o tema e estabeleceu como norteador para as discussões os seguintes pontos: possibilidade de aplicação da CIF nas políticas públicas e conhecer a construção do instrumento de avaliação de pessoas com deficiência para acesso ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social, baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF. Nesse sentido, foram convidadas, entre outras, a Dra. Ventura Di Nubila, da Faculdade de Saúde Pública da USP, e a utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde -

CIF, e sua aplicabilidade nas políticas públicas; Maria José de Freitas, Diretora do Departamento de Benefícios da Secretaria Nacional de Assistência Social do MDS para falar sobre a “Avaliação de pessoas com deficiência para acesso ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – Um novo instrumento baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF”, bem como discorrer sobre as experiências e os desafios enfrentados pelo MDS. Resgatou que a CIF é uma classificação da saúde e dos estados relacionados com a saúde, sendo utilizada por setores como segurança social, trabalho, educação, economia, como instrumento em políticas sociais, no desenvolvimento de políticas, de legislação em geral e alterações ambientais. Detalhou que são objetivos da CIF: 1) Fornecer uma base científica para consequências de condições ou estados de saúde; 2) Estabelecer uma linguagem comum para melhorar as comunicações, minimizando ambiguidades; (a CIF não exclui a CID); 3) Permitir a comparação de dados entre países, disciplinas de cuidados de saúde, serviços e setores; e 4) Fornecer um esquema decodificação sistemático para sistemas de informação em saúde. Acrescentou que a CIF possibilita um modelo de saúde biopsicossocial, considerando função e estrutura corporal, atividades, participação, fatores ambientais e fatores pessoais. Entre as atividades e participação, destacou que a CIF considera aspectos como aprendizagem e aplicação do conhecimento, tarefas e demandas gerais, comunicação, mobilidade, entre outros, além de fatores ambientais - cuidado pessoal, vida doméstica, relações e interações Interpessoais, entre outros. Relatou um caso para exemplificar como a CIF pode classificar: “*fatores ambientais*: CJF, 42 anos não tem nenhuma dificuldade de comprar alimentos (e1100+4), faz controle medicamentoso de uma doença crônica e consegue o remédio no posto de saúde de sua região (e1101+4). Acabou de mudar de residência, não tem telefone, nem acesso à internet e ainda não pôde comprar seu celular (e1250.4). Voltou para escola para fazer supletivo, mas enfrenta graves dificuldades para usar o software que a escola forneceu (e.1300.3). *Fatores ambientais e pessoais*: Estava acostumado com o frio do nordeste, ainda está se adaptando à São Paulo. O frio o impede de sair de casa para passear em, aproximadamente, 15% das vezes que pretende (e2250.1). Não tem família por aqui (e310.4), mas costuma dizer que seus amigos compensam parcialmente a falta que sente de seus parentes mais próximos (e320+2). Está feliz por ter acesso quase completo aos serviços de saúde (e5800+3) e sabe que as políticas públicas o favorecem, enquanto cidadão, neste sentido (e5802+4). *Atividades e participação*: Participa, aos domingos, da missa na igreja do quarteirão detrás da sua nova casa (d9300.0). Começou a jogar futebol e enfrenta poucas dificuldades para entrar em times de desconhecidos do bairro (d9201.1). Não conseguiu se manter no emprego anterior (d8451.4), foi demitido no mês passado, porém, já tem entrevista agendada para amanhã em outro local (d8450.0). Ainda não tirou carta de motorista (d4751.4), mas tem prática de andar a cavalo (d480.0). Por causa de um problema no joelho, não consegue agachar-se (d4101.4). Resolveu procurar tratamento (d177.0). Foi se informar com seu vizinho (d310.0) e conseguiu marcar uma consulta. *Funções e estrutura*: O joelho doloroso era o direito e estava moderadamente inchado (s75011.9.7.1). Quando perguntado o quanto doía numa escala de “0” – “10”, respondeu: “6”(b28016.3). Escutou que a “ADM” ativa era de 65 graus (b7100.3) e que a força muscular de seu quadríceps tinha grau 4 (b7300.1 e s75002.9.0.1). Depois de um atendimento com muitos exercícios, sentiu uma leve taquipneia (b4400.1), que melhorou com um pequeno descanso (b4411.0)”. Em suma, salientou que o modelo biopsicossocial de funcionalidade e incapacidade permite a descrição da experiência completa de saúde das pessoas. Acrescentou que a CIF oferece uma linguagem comum internacional e um modelo conceitual universal para descrever a saúde e a incapacidade. Resgatou que em 2007 foi constituído GT Interministerial com o objetivo de avaliar o modelo de classificação e valoração das deficiências utilizadas no Brasil e definir a elaboração e a adoção de um modelo único para o todo o país. Disse que esse Grupo concluiu pela necessidade de criação de um modelo único de classificação e valoração do qual derivem instrumentos adequados às políticas públicas voltadas às necessidades dos cidadãos brasileiros com deficiência, coerente com as seguintes diretrizes: a caracterização, classificação e valoração das deficiências devem considerar, simultaneamente e de forma equânime, os fatores pessoais (gênero, nível de instrução, idade, modo de enfrentamento/resiliência), fatores ambientais (acessibilidade, apoios, atitudes), fatores sociais, fatores econômicos que favoreçam ou dificultem o desempenho em atividades e participação (funcionalidade), além das estruturas e funções do corpo; o modelo ora proposto deve, portanto, coadunar-se com o modelo da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF (OMS, 2001), salientando tratar-se de uma classificação e não um instrumento de avaliação, uma vez que

1076 não estabelece os limites de quem é ou não pessoa com deficiência. A CIF define
1077 incapacidade como uma condição mais abrangente que deficiência, consistindo em um termo
1078 genérico que inclui deficiências, limitações de atividades e restrições à participação. O termo
1079 incapacidade indica principalmente os aspectos negativos da interação entre um indivíduo
1080 (com uma determinada condição de saúde) e seus fatores contextuais (fatores ambientais ou
1081 pessoais), envolvendo uma relação dinâmica. Destacou como exemplo exitoso na aplicação da
1082 CIF o novo Modelo de Avaliação da Funcionalidade e Incapacidade da Pessoa com
1083 Deficiência, 1º de junho de 2009: Benefício de Prestação Continuada (BPC) modificado pela
1084 Lei nº 12.435, de 06 de julho de 2011. Trata-se de abordagem multidimensional da
1085 funcionalidade, incapacidade e saúde, contando com a avaliação médica e social. A primeira
1086 considera as funções ou estruturas do corpo e a segunda considera os fatores ambientais,
1087 pessoais e sociais. Ambas consideram a limitação do desempenho de atividades e restrições
1088 de participação social. Detalhou como ocorria antes a concessão do BPC: embasado no
1089 modelo médico, ao enfatizar a deficiência como atributo da pessoa, sem considerar outras
1090 dimensões presentes no estado de saúde; observado insuficiente grau de uniformização;
1091 divergências nos critérios de enquadramento como deficiência; indivíduos com doenças
1092 crônicas graves pleiteando o BPC; busca de curatelas para “facilitar” a obtenção do benefício; e
1093 concessões judiciais. Destacou, a propósito, que propostas de alterações do modelo foram
1094 objetos de reivindicações da sociedade civil, presentes inclusive, em deliberações das
1095 Conferências Nacionais da Assistência Social. Também falou sobre o comparativo da média de
1096 benefícios concedidos, em relação ao quantitativo de requerimentos analisados, antes e depois
1097 da implantação do Novo Modelo de Avaliação da Deficiência e do Grau de Incapacidade
1098 baseado na CIF: set/2008 a maio/2009 – antes da implantação do Novo Modelo de Avaliação
1099 da Deficiência e do Grau de Incapacidade: média de 35,01% de concessão em relação ao
1100 quantitativo de requerimentos analisados no período; set/2009 a maio/2010 – após implantação
1101 do Novo Modelo de Avaliação da Deficiência e do Grau de Incapacidade: média de 43,64% de
1102 concessão em relação ao quantitativo de requerimentos analisados no período (Fonte:
1103 Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome). Explicou que, a partir da criação
1104 dos Juizados Especiais, verificou-se um aumento nas concessões judiciais para acesso ao
1105 BPC. Entretanto, observa-se em 2010 um decréscimo na concessão do BPC a pessoa com
1106 deficiência por decisão judicial. Disse que a implementação do novo modelo de avaliação da
1107 pessoa com deficiência pode explicar o aumento do acesso ao benefício no âmbito
1108 administrativo, o que diminui as concessões judiciais. Ressaltou que estudo sobre a
1109 implantação do Novo Modelo de Avaliação da Deficiência e do Grau de Incapacidade da
1110 Pessoa com Deficiência para acesso ao Benefício de Prestação Continuada aponta que 92%
1111 dos médicos peritos considera o Novo Modelo de Avaliação mais adequado. Para 78% dos
1112 médicos peritos, a análise da elegibilidade das pessoas com deficiência solicitantes do BPC é
1113 favorecida integralmente pela entrada da avaliação social conduzida por assistentes sociais.
1114 Para 88% dos assistentes sociais e para 80% dos médicos peritos, o Novo Modelo baseado na
1115 CIF de avaliação das pessoas com deficiência solicitantes do BPC é adequado para a seleção
1116 das pessoas que têm direito ao benefício assistencial, apenas necessitando adequações para
1117 aprimorá-lo; e 11% dos assistentes sociais e 11% dos médicos peritos relataram que o
1118 instrumento é adequado para a avaliação da elegibilidade das pessoas deficientes ao BPC e
1119 sequer precisa ser feitas adequações. Disse que o Grupo de Trabalho do CNS concluiu que a
1120 utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde é de suma
1121 importância por conter outros componentes que influenciam na saúde, que não apenas a
1122 classificação de doenças, tais como, as funções, estruturas, atividades, participação social e
1123 fatores ambientais, e que seu uso poderá contribuir para o desenvolvimento de políticas sociais
1124 e mudanças políticas que visem aumentar e dar suporte à participação dos indivíduos. Ou seja,
1125 a Classificação constitui-se em uma ferramenta importante na contribuição da qualificação da
1126 informação para melhoria do gerenciamento no Sistema de Saúde. Uma vez que o Brasil,
1127 enquanto país membro da OMS, foi urgido a utilizar a CIF por força da Resolução OMS
1128 54.21/2001 e ainda não incorporou a referida classificação em seu sistema nacional de saúde
1129 (SUS), disse que o GT encaminha ao Pleno, para efetivação do acordo com a OMS, uma
1130 minuta de Resolução do CNS para que o Ministério da Saúde incorpore a CIF no sistema
1131 vigente. Após, fez a leitura da minuta cujo texto é o seguinte: “Considerando a Resolução da
1132 Organização Mundial de Saúde – OMS nº 54.21, aprovada pela 54ª Assembleia Mundial da
1133 Saúde em 22 de maio de 2001; Considerando a Lei nº 8.080/1990 que em seu art. 5º dispõe
1134 sobre os objetivos do SUS, e o inciso X do art. 6º que dispõe sobre a atuação do SUS;
1135 considerando o Decreto da Presidência da República, de 26 de setembro de 2007, que Institui

o Grupo de Trabalho Interministerial com o objetivo de avaliar o modelo de classificação e valoração das deficiências utilizado no Brasil e definir a elaboração e adoção de um modelo único para todo país; Considerando a necessidade do desenvolvimento de políticas públicas em saúde que destaquem a funcionalidade e a incapacidade humana em todos os ciclos de vida, para pessoas com ou sem deficiência, e que estas tenham caráter intersetorial, em especial com a educação, previdência, assistência social, trabalho e emprego; Considerando a transição epidemiológica, que se configura pelo aumento da expectativa de vida e inversão da pirâmide populacional e consequente aumento das doenças crônicas não transmissíveis; Considerando a necessidade de ferramentas que contribuam na qualificação da informação para melhoria do gerenciamento no Sistema de Saúde; Considerando a Portaria nº. 793, de 24 de abril de 2012, que institui a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde; Considerando que o Brasil, enquanto país membro da OMS, foi urgido a utilizar a CIF por força da Resolução OMS 54.21/2001 e ainda não incorporou a referida classificação em seu sistema nacional de saúde (SUS). Resolve: 1) que a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF seja utilizada no Sistema Único de Saúde, bem como na Saúde Suplementar na perspectiva de: investigações para medir resultados acerca do bem estar, qualidade de vida, acesso a serviços e impacto dos fatores ambientais (estruturais e atitudinais) na saúde dos indivíduos; ferramenta estatística na coleta e registro de dados (em estudos da população e inquéritos na população ou em sistemas de informação para a gestão); ferramenta clínica para avaliar necessidades, compatibilizar os tratamentos com as condições específicas, ampliando a linha de cuidado, com vistas à integralidade; para dar visibilidade e avaliar os processos de trabalho com os respectivos impactos reais das ações dos profissionais de saúde, que atuam diretamente com a funcionalidade humana; dimensionamento e redimensionamento de serviços, visando qualificar e quantificar as informações relativas ao tratamento e recuperação da saúde no processo de reinserção social e os respectivos resultados; ferramenta no planejamento de sistemas de seguridade social, de sistemas de compensação, nos projetos para deflagração de políticas públicas; ferramenta pedagógica na formação profissional, na elaboração de programas educacionais, para aumentar a conscientização e realização de ações sociais; ferramenta geradora de informações padronizadas em saúde, devendo a mesma ser inserida no Sistema Nacional de Informações em Saúde do Sistema Único de Saúde para alimentar as bases de dados, com vistas ao controle, avaliação e regulação para instrumentalizar a gestão no gerenciamento das ações e serviços de saúde em todos os seu níveis de atenção; e geradora de indicadores de saúde referentes à funcionalidade humana.” **Manifestações.** Conselheiro **Marcos Antônio Gonçalves** cumprimentou os representantes do GT pela produção apresentada e concordou com o encaminhamento proposto. Conselheira **Rosângela da Silva Santos** salientou que a ratificação da Convenção traz um conceito mais ampliado sobre a pessoa com deficiência– visual, intelectual, múltipla, auditiva, física– contudo, nem todas as pessoas com patologias associadas a deficiências estão contempladas nesse grau de valoração da deficiência. Explicou que a Secretaria de Direitos Humanos, há dois anos, realiza trabalho para adequar a CIF à realidade brasileira, mas ficaram de fora áreas não contempladas na legislação do país, o que acarreta problemas para o BPC (peritos não reconhecem situações – momento em que a pessoa começa a desenvolver a doença e em que grau pode conceder o benefício). Ressaltou que esse projeto piloto da SDH precisa ser testado e reiterou a solicitação de convite à Secretaria para informações. Sugeriu que seja feito debate, de forma transversal, com a Secretaria a fim de fazer avançar, se for o caso, o projeto piloto. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** concordou com a proposta de resolução apresentada pelo GT e defendeu a aprovação para que o MS amplie os estudos para adoção definitiva da CIF. Conselheiro **Willen Heil e Silva** destacou que a CIF é uma ferramenta que pode ser utilizada por profissionais da saúde e demais atores do setor e possibilita uma percepção diferenciada dos usuários do Sistema, mostrando as dificuldades diante das particularidades. Lembrou que a Classificação é um instrumento adotado por outros países com excelentes resultados. Na sua avaliação, o controle social ganha com a aprovação da resolução e, posteriormente, de uma política específica para abordar a questão da saúde funcional de forma a contemplar as necessidades da população. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** também cumprimentou o GT pelo produto e sugeriu, no texto da resolução, que nos considerandos “*como ferramenta no planejamento de sistemas de seguridade social, de sistemas de compensação, nos projetos para deflagração de políticas públicas; como ferramenta pedagógica na formação profissional, na elaboração de programas educacionais, para aumentar a conscientização e realização de ações sociais*” seja incluído o trecho “*articular para*”, uma vez que extrapola o âmbito do

Ministério da Saúde. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** sugeriu incluir no quarto considerando a expressão “*segurança alimentar e nutricional e direitos humanos à alimentação adequada*”, permanecendo o texto da seguinte forma: “*Considerando a necessidade do desenvolvimento de políticas públicas em saúde que destaquem a funcionalidade e a incapacidade humana em todos os ciclos de vida, para pessoas com ou sem deficiência, e que estas tenham caráter intersetorial, em especial com a educação, segurança alimentar e nutricional, direito humano à alimentação adequada, previdência, assistência social, trabalho e emprego*”. Conselheira **Maria Thereza Antunes** também saudou o Grupo pelo trabalho e o Ministério da Saúde pela iniciativa, por entender que apresentam avanço. Conselheira **Marisa Furia Silva** lembrou que o tema da CIF foi trazido ao CNS pela ex-conselheira Ana Cristhina de Oliveira Brasil e abriu a palavra a ela, com a anuência do Plenário. A ex-conselheira **Ana Cristhina de Oliveira Brasil** agradeceu a deferência e explicou que há um movimento sobre a necessidade de mudança de modelo – do biomédico para biopsicossocial – considerando o contexto pessoal, ambiental. Disse que a CIF oferece amplitude em complemento ao estado de saúde das pessoas. Esclareceu que um grupo de conselheiros trouxe o debate da CIF para três comissões - de Saúde da Pessoa com Deficiência, de Saúde do Idoso e de Saúde do Trabalhador - que, inicialmente, poderiam deflagrar o processo. Além disso, salientou que a CIF também é uma ferramenta importante para o controle, o monitoramento e a avaliação da gestão sob o olhar do usuário e do impacto gerador de saúde. Apelou ao Pleno pelo acatamento da Resolução elaborada pelo GT do CNS e colocou o FENTAS à disposição para instrumentalizar o processo de implantação da proposta. Conselheiro **Clóvis Bouffleur**, na linha das falas dos conselheiros, sugeriu a inclusão de dois itens na resolução, sendo: “*Que o MS, em conjunto com o CNS, construa estratégias de formação de profissional para utilização da CIF e que o MS defina modelo para acompanhamento da efetividade e resolutividade da utilização da CIF no país*”. **Retorno da mesa.** A representante da Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência – DAPES/SAS/MS, **Vera Mendes**, explicou que o Ministério da Saúde reconhece a importância da CIF nos processos de diagnóstico e a Portaria que institui a Rede de Cuidados inclui, entre os seus considerandos, a importância de considerar essa Classificação. Colocou a disponibilidade e intenção de avançar nesse sentido e ressaltou que a resolução apoia a tarefa que o MS vinha realizando. Disse que se trata de um processo complexo e serão necessários estudos, análise de conceitos, entre outros aspectos, com foco no benefício do usuário. Explicou que a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência é uma ação em parceria com outras ações inclusive com a SDH. Salientou o interesse e a disposição do MS em realizar estudos com a SDH para avaliar como a CIF pode ser aplicável à vida das pessoas. Conselheira **Marisa Furia Silva** manifestou a sua aprovação pela proposta da CIF, salientando que pode ser usada em várias áreas. Todavia, disse que é preciso realizar um trabalho intenso para que a Classificação seja conhecida no país. Conselheira **Maria Cristhina Pedro Biz** lembrou que o GT foi constituído para debater a CIF e sua aplicabilidade e, nesse sentido, foi feito levantamento das experiências exitosas. De todo modo, esse processo deverá ser feito em outros espaços de forma intersetorial e propôs encaminhamento nesse sentido. Reiterou ainda que a CIF além de possibilitar uma visão ampliada dá visibilidade ao processo. Cumprimentou o CNS por pautar o tema, lembrando que o Conselho defende o conceito ampliado de saúde. Conselheiro **Willen Heil e Silva** sugeriu acréscimo à proposta de redação apresentada pelo conselheiro Clóvis Bouffleur: incluir o termo “*qualificar*” após “*a resolutividade dos processos operacionais*”. Após considerações, chegou-se a seguinte proposta de texto: “*Que o Ministério da Saúde defina modelo para acompanhamento da efetividade, criando indicadores a partir da utilização da CIF no país*.” Após essas considerações, a mesa colocou em votação a proposta de resolução, elaborada pelo GT CIF, com os acréscimos dos conselheiros. **Deliberação: aprovada, por unanimidade, a resolução, elaborada pelo GT CIF, que dispõe sobre a utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF no Sistema Único de Saúde, bem como na Saúde Suplementar.** A seguir, conselheiro **Francisco Batista Júnior** consultou o Plenário se havia concordância com o mérito da proposta de recomendação do CNS que reitera o apoio à Ação Civil Pública do Ministério Público Estadual questionando a entrega, para planos de saúde e particulares, de 25% da capacidade dos hospitais públicos administrados por Organizações Sociais no Estado de São Paulo. **Deliberação: aprovado o mérito da recomendação. O texto seria apresentado no segundo dia de reunião.** Definido esse ponto, a mesa encerrou os trabalhos do primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: **Titulares** - **Abrahão Nunes da Silva**, Central de Movimentos Populares; **Alcides Silva de Miranda**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); **Cid Pimentel**, Ministério da

1256 Previdência Social; **Cleuza C. Miguel**, Movimento dos Portadores de Esclerose Múltipla
 1257 (MOPEM); **Clóvis A. Bouffleur**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); **Edson**
 1258 **Rogatti**, Federação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas
 1259 (CMB); **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos (FENAPSI);
 1260 **Fernando Luiz Eliotério**, Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM);
 1261 **Fernando S. Souza**, Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena;
 1262 **Francisco Batista Júnior**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade
 1263 Social/Central Única dos Trabalhadores; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical (FS); **João**
 1264 **Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Jorge Alves**
 1265 **de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil (CGTB); **José Carrijo**
 1266 **Brom**, Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO); **José Cechin**, Federação Nacional de
 1267 Saúde Suplementar; **José Marcos de Oliveira**, Movimento Nacional de Luta Contra a Aids;
 1268 **José Rubens Rebelatto**, Ministério da Educação (MEC), **Lorena Baía**, Conselho Federal de
 1269 Farmácia, **Luiz Alberto Catanoce**, Sindicato Nacional dos Aposentados (SIND-NAP); **Maria**
 1270 **Cristina Pedro Biz**, Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); **Maria do Socorro de Souza**,
 1271 Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG); **Maria de Lourdes Alves**
 1272 **Rodrigues**, Liga brasileira de Lésbicas (LBL); **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos**,
 1273 Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; **Marisa Furia**
 1274 **Silva**, Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Maria Thereza Antunes**, Federação
 1275 Brasileira das Associações de Síndrome de Down; **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação
 1276 Nacional da Indústria (CNI); **Nildes de Oliveira Andrade**, Federação Nacional das
 1277 Associações de Celíacos do Brasil (FENACELBRA); **Paulo Guilherme Romano**,
 1278 Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo; **Rosângela da Silva**
 1279 **Santos**, Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil (FARBRA); **Ruth**
 1280 **Ribeiro Bittencourt**, Conselho Federal de Serviço Social (CFESS); **Sandra Regis**, Associação
 1281 Brasileira dos Delegados e Amigos da Confederação Espírita Pan-Americana (CEPA Brasil);
 1282 **Ubiratan Cassano Santos**, União Nacional dos Estudantes (UNE); **Wilen Heil e Silva**,
 1283 Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). *Suplentes* - **Antônio**
 1284 **Alves de Souza**, Ministério da Saúde, **Arnaldo Marcolino**, Rede Nacional de Controle Social e
 1285 Saúde da População Negra; **Carlos Alberto E. Duarte**, Movimento Nacional de Luta Contra a
 1286 Aids; **Conceição Aparecida Accetturi**, Sociedade Brasileira de Profissionais em Pesquisa
 1287 Clínica (SBPPC); **Edmundo Dzuaiwi Omere**, Coordenação das Organizações indígenas da
 1288 Amazônia Brasileira (COIAB); **Elísio Nunes Ribeiro**, Sindicato Nacional dos Servidores das
 1289 Agências Reguladoras (SINAGENCIAS); **Eurídice Ferreira de Almeida**, Federação de
 1290 Sindicatos de Trabalhadores das Universidades Brasileiras (FASUBRA); **Fernando Antônio M.**
 1291 **Silva**, Ministério da Saúde; **Geordecí Menezes de Souza**, Central Única dos Trabalhadores –
 1292 CUT; **Geraldo Adão dos Santos**, Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas –
 1293 COBAP; **Gilene José dos Santos**, Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados
 1294 Pensionistas e Idosos (SINTAPI); **Gilson Silva**, Força Sindical; **Graciara Matos de Azevedo**,
 1295 Conselho Federal de Odontologia (CFO); **Haroldo Pontes**, Conselho Nacional de Secretários
 1296 de Saúde (CONASS); **Jeferson Seidler**, Ministério do Trabalho e Emprego; **José Eri**
 1297 **Medeiros**, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); **Jovita José**
 1298 **Rosa**, União Nacional dos Auditores do Sistema Único de Saúde (UNASUS); **Juares Pires de**
 1299 **Souza**, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (ABRALE); **Júlia Maria S. Roland**,
 1300 Ministério da Saúde (MS); **Laudeci V. dos Santos**; **Lucimar Batista da Costa**, Movimento de
 1301 Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN); **Marcos Antônio**
 1302 **Gonçalves**, Federação Nacional das Associações para Valorização de Pessoas com
 1303 Deficiência (FENAVAPE); **Maria Erminia Ciliberti**, Conselho Federal de Psicologia (CFP);
 1304 **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Nelcy**
 1305 **Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); e **Ronald Ferreira dos Santos**,
 1306 Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR). Iniciando o segundo dia de reunião, o
 1307 Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino Pereira**, após cumprimentar os presentes,
 1308 compôs a mesa para o item 5 - Resolução CNS n.º 333, de 4 de novembro de 2003. **ITEM 5 –**
 1309 **RESOLUÇÃO CNS N.º 333, DE 4 DE NOVEMBRO DE 2003 - Apresentação:** **Jean Keiji**
 1310 **Uema**, Consultor Jurídico do Ministério da Saúde; e **Clóvis A. Bouffleur**, da Mesa Diretora do
 1311 CNS. *Coordenação:* Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, da Mesa Diretora do CNS.
 1312 Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** contextualizou explicando que na última reunião do CNS o
 1313 Plenário aprovou os itens da Resolução que demandavam votação, com exceção do item V da
 1314 Terceira Diretriz. Como subsídio, o Plenário decidiu solicitar parecer jurídico da CONJUR
 1315 acerca do mérito desse item – autonomia do CNS em definir prazo de mandato do conselheiro,

que, segundo parte dos posicionamentos dos conselheiros, seria interferir na autonomia das entidades. O consultor jurídico do Ministério da Saúde, **Jean Keiji Uema**, explicou que foi feita consulta formal à CONJUR e, do ponto de vista jurídico, disse não se tratar de uma questão complexa. Explicou que a Constituição Federal de 1988, em diversos artigos, dispõe sobre o fundamento da rotatividade e transitoriedade. Disse que, por meio de Emenda, a Constituição permite uma reeleição para os cargos do Poder Executivo e, por outro lado, possibilita a reeleição ilimitada para o Poder Legislativo. Do ponto de vista jurídico, disse que o foco central desse debate refere-se ao conceito de república, definido em três pilares: 1) elegibilidade (ou seja, os cargos devem ser ocupados por eleição). 2) critério da responsabilidade (os eleitos são responsáveis pelos atos que praticam). No caso, o CNS atende integralmente esses dois pontos; 3) transitoriedade (os mandatos devem ser ocupados transitoriamente). Esse, disse, é o critério a ser discutido. Do ponto de vista jurídico, explicou que o critério da transitoriedade, previsto na constituição federal, é desejável porque garante a representação ampla, efetiva e não pessoal. Em uma primeira análise, ideal seria estender esse critério para as entidades, mas poderia violar o princípio associativo, descaracterizando a representatividade da sociedade civil nos conselhos de saúde. Em suma, asseverou que, do ponto de vista jurídico, a cláusula não viola a Constituição Federal e, apesar de não ser obrigatória, é desejável pelos motivos explicitados. Finalizou destacando que se trata de uma decisão política do CNS manter ou não a cláusula na Resolução. Conselheira **Marisa Furia Silva** explicou que a preocupação refere-se à ingerência na decisão da entidade, uma vez que o CNS não elege pessoas e sim entidade. No seu ponto de vista, a cláusula interfere na autonomia da entidade em indicar representante para o CNS, o que contraria a CF/88. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** frisou que o CNS elege entidades que têm o direito de indicar o seu representante para compor o CNS e limitação nesse sentido significa interferência nessa autonomia. Também ponderou que é preciso considerar os reflexos negativos dessa decisão nas indicações feitas por entidades para os conselhos estaduais e municipais. Conselheira **Rosângela da Silva Santos** esclareceu que a preocupação é não interferir no funcionamento das entidades, lembrando que a característica dos conselhos é diferente do Poder Legislativo e de outras instâncias de poder. Além disso, salientou que se deve respeitar a autonomia do governo e das entidades na indicação de representantes do CNS e citou o art. 18 da CF/88 para embasar essa assertiva. Frisou que a interferência no funcionamento das entidades viola direito, portanto, é questionável estabelecer prazo para o mandato do conselheiro. Também lembrou que a Lei 8.080/90 e a Lei 8.142/1990 definem os princípios para formação dos conselhos e são norteadores para renovação dessas instâncias. Avaliou que, no processo eleitoral do CNS, seria uma ingerência do Estado ou de qualquer outro poder interferir diretamente na representatividade política, social e econômica. Disse que se deve assegurar o direito da entidade de eleger o seu representante e preservar o seu funcionamento e sua autonomia. Conselheiro **Geraldo Adão Santos**, considerando os princípios da República - elegibilidade, responsabilidade e transitoriedade, avaliou que, ao ser eleita em Plenária e convocada legalmente, as entidades têm autonomia para indicar o seu representante e mantê-lo até quando assim desejar. Conselheiro **Abrahão Nunes de Silva** perguntou ao consultor jurídico se um conselheiro na condição de suplente, em dois mandatos, pode ser eleito titular em outro mandato. Conselheiro **João Rodrigues Filho** manifestou preocupação com a cláusula do Regimento Interno por considerá-la uma tentativa de ingerência na decisão das entidades.

Retorno da mesa. O Consultor Jurídico do Ministério da Saúde, **Jean Keiji Uema**, começou reiterando que não se trata de uma regra obrigatória, mas que é constitucional, podendo ser incorporada ou não à Resolução. Clarificou que o Conselho Nacional de Saúde é um órgão de Estado, em sentido amplo, legalmente constituído, que delibera sobre políticas e diretrizes a serem consideradas nas três esferas de governo, inclusive pelos órgãos da iniciativa privada. Nesse sentido, se submete a um regulamento próprio e ao ordenamento jurídico como um todo. Ao compor um órgão como o CNS, as entidades assumem as regras definidas pelo Colegiado, ou seja, não se trata de uma intervenção estatal, mas sim, um sistema de auto-organização fundado nos princípios republicanos. Esclareceu que as entidades são pessoas jurídicas distintas das pessoas físicas que as compõem, portanto, não há que se falar em ingerência. Também disse que não há divergência entre os princípios republicanos, mas sim uma regra de autocontenção do CNS. Na mesma linha, clarificou que o suplente pode se eleger como titular e se reeleger posteriormente, todavia, é preciso deixar clara essa questão na Resolução. Por fim, reiterou que, do ponto de vista jurídico, não há ingerência estatal, considerando se tratar de uma regra de autocontenção. Conselheira **Rosângela da Silva Santos** explicou que a preocupação refere-se ao fato de a cláusula definir “o que não pode

ser”, o que se caracteriza como ingerência. Disse que é preciso ter cuidado com as possíveis interpretações da lei, por entender que poderia possibilitar cooptação e abuso de poder. O consultor jurídico do Ministério da Saúde, **Jean Keiji Uema**, reiterou que se trata de uma regra do Conselho acerca da participação de pessoas e não uma regra sobre a entidade, não havendo nenhum tipo de vedação sobre esta regra. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, como encaminhamento, sugeriu encerrar o debate sobre a legalidade ou não da Questão de Ordem apresentada na 232ª RO, diante do parecer do consultor jurídico de que se trata de uma questão e constitucional, e continuar o debate da proposta. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** perguntou se o entendimento é que o CNS criou a regra e poderia modificá-la e foi esclarecida que sim. Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** agradeceu o consultor jurídico e abriu o debate do item V da Terceira Diretriz. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva**, primeiro, colocou a posição favorável da Central de Movimentos Populares à proposta de uma reeleição para o CNS. Todavia, lembrou que o Pleno do CNS aprovou essa norma e poderia modificá-la, se fosse o caso, mas lhe causava tristeza a impressão de que as instituições não eram competentes para indicar seus representantes para os conselhos. Disse que votaria conforme a sua convicção e da sua entidade, mas acataria a decisão majoritária do Pleno do CNS. Conselheiro **Marcos Antônio Gonçalves** informou que o Tribunal de Contas da União determinou e o CNAS acatou na sua eleição que deve ser eleita a pessoa representante da entidade. No caso de substituição, é feita a indicação de nova pessoa inclusive de entidade diferente daquela eleita. Salientou que esse controle da sociedade civil não é razoável e precisa ser combatido. Conselheira **Rosângela da Silva Santos** apresentou, em nome de um grupo de usuários, proposta de redação, como complemento do item IV e substituição ao item V da Terceira Diretriz: *“Os conselheiros serão indicados para o CNS conforme processo próprio de renovação estabelecido pelas suas entidades, movimentos e instituições.”* Conselheiro **Geordecí Menezes Souza** fez questionamentos no sentido de clarificar a situação do suplente: aquele que, mesmo não tendo assumido a titularidade em nenhum momento, não pode ser reeleito? Ou aquele que assumiu a titularidade por poucas vezes e não pode participar ativamente do Conselho não pode ser eleito? Para finalizar, defendeu a proposta de permitir apenas uma reeleição, a fim de possibilitar a renovação do CNS. Como encaminhamento, conselheira **Marisa Furia Silva** sugeriu que a mesa colocasse em votação a proposta apresentada pela conselheira Rosângela Santos em substituição ao item V. Entendendo a necessidade de maiores esclarecimentos acerca da matéria, a mesa abriu para outros inscritos. O encaminhamento da Conselheira Marisa Furia seria retomado oportunamente. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, primeiro, esclareceu que a proposta da Conselheira Rosângela Santos estava prejudicada porque contrariava o art. 7º do Decreto que se refere à organização e funcionamento do CNS. Também explicou que, a princípio, o suplente no CNS tem os mesmos direitos assegurados aos titulares – participação nas reuniões, grupos e comissões, por exemplo, - assim, o que diferencia ambos, é a formalidade. Sendo assim, o Conselho entendeu que a regra se aplicava a titular e suplente. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** explicou que modificação referia-se à Resolução nº. 333 que poderia interferir no CNS. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** respondeu que o Decreto refere-se à organização e funcionamento do CNS em todas as formas. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** disse que poderia haver divergência na interpretação desse ponto. Conselheiro **Haroldo Pontes**, primeiro, salientou que o Pleno deveria considerar a repercussão das suas decisões nos conselhos municipais e estaduais de saúde. Sendo assim, avaliou como razoável a definição de um limite de participação individual, porque existem situações de permanências demasiadas. Conselheiro **Jorge Almeida Venâncio** avaliou como equívoco associar democracia com impedimento de reeleição, uma vez que essa possibilidade não impede a mudança nas representações. Salientou que cabe a entidade decidir o momento de substituir o seu representante ou mantê-lo, assim, não se deve definir norma rígida que engesse o processo e também afete os suplentes. No mais, disse que não há impedimento jurídico para que o CNS, se assim entender, se posicione pela mudança do Decreto. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**, primeiro, frisou que a eleição é feita para escolha de entidades e não de conselheiros, assim, ao discutir renovação, é preciso debater do ponto de vista das entidades. Ponderou que a renovação é importante, mas não pode ser imposta e reiterou que a regra em questão prejudica os conselhos de saúde estaduais e municipais. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** explicou que não pode discutir essa questão no âmbito da entidade que representa no CNS, portanto, colocou a sua posição a respeito do tema. Salientou que os princípios republicanos aplicam-se ao Estado e à sociedade civil e a renovação é necessária e imprescindível. Também salientou que a representação no CNS é feita por entidades, portanto,

o posicionamento de renovação deve ser de “renovação de entidades”, mesmo que parcial. Disse que discutir uma cláusula relativa à renovação de “pessoas” contraria o princípio da autonomia das entidades. Avaliou que a proposta alternativa de redação, apresentada pela Rosângela Santos, era muito genérica e deveria ser mais sucinta. Assim, como encaminhamento, mesmo com o entendimento de que o CNS deveria decidir pela renovação de entidades, defendeu como alternativa a inclusão de um item recomendando às entidades a renovação de seus representantes no Conselho. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** começou destacando a dificuldade de desvincular o debate da Resolução nº. 333 com o processo eleitoral do CNS, que ocorreria no final do ano, uma vez que a norma terá impacto na eleição. Disse que é possível aprovar a regra como uma forma de preservar as entidades, o que não impede as entidades de promover debate interno sobre a renovação. Também ressaltou que cabe às entidades formar conselheiros e não o Estado, cabendo a este oferecer as condições para que isso ocorra. Sugeriu que o CNS acate a modificação por entender que não impede o debate sobre a renovação pelas entidades. Conselheiro **José Carrijo Brom** reiterou que não se deve confundir democracia com democratismo, uma vez que a primeira pressupõe regras que, democraticamente, estão sendo construídas pelo CNS. Defendeu o item V entendendo tratar-se de um processo educativo para que as entidades revejam o processo de formação de seus quadros. Defendeu a definição de regras claras que estimulem as entidades a renovar as suas bases e, inclusive, evitem que conselhos estaduais e municipais fiquem a mercê de correlações de forças muitas vezes político-partidárias. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** ressaltou que os conselhos de saúde são espaços de participação da sociedade e a alternância faz parte do processo democrático. Também discordou da afirmação que os suplentes não têm participação no CNS, segundo o entendimento de que participar significa ter acesso às atividades. Lembrou que há guetos em conselhos de saúde, em especial nos municipais, e o CNS é espelho para esses espaços deliberativos. Finalizou destacando que a alternância é um processo democrático e essencial para o CNS. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** avaliou que se vive uma grave crise do controle social do país e, sem escamotear o debate, frisou que o grave problema do controle social é a falta de renovação de quadros. Defendeu limite de mandatos e salientou que o grande desafio é impedir instrumentos que facilitem o fisiologismo e a corrupção. Atendendo a solicitação da Conselheira Nildes de Oliveira Andrade, a mesa suspendeu temporariamente os trabalhos em Plenário para debate interno dos Fóruns dos Usuários e do FENTAS. Retomando, a mesa abriu a palavra para manifestação de representantes dos dois fóruns. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** registrou que o segmento dos trabalhadores mantinha a posição favorável à redação original do item V. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** interveio para apresentar uma proposta de redação alternativa ao item V da terceira diretriz. Reiterou que a discussão referia-se à renovação de entidades e não de seus representantes no CNS, todavia, disse não haver garantia de procedimentos que definam critérios para esse processo de renovação. Considerando a necessidade de regramento/procedimento para essa renovação, apresentou nova proposta de redação, com renovação parcial das entidades que compõem o CNS, salvaguardando a diversidade de representação de cada um desses segmentos. O texto é o seguinte: *“A cada eleição, os segmentos de representações de usuários, trabalhadores e prestadores de serviços, aos seus critérios, devem promover a renovação de, no mínimo, 30% de suas entidades representativas. Parágrafo Único - Essa cláusula não se aplica aos casos de conselhos de saúde com pequeno número de entidades representativas.”* Como encaminhamento, sugeriu a votação da sua proposta e, a depender do resultado, proceder aos desdobramentos ou à votação das demais propostas de redação. Conselheira **Rosângela da Silva Santos** explicou que um grupo do segmento dos usuários defendia a seguinte proposta de redação para o Inciso V: *“Os conselheiros serão indicados para o CNS conforme processos estabelecidos pelas suas respectivas entidades, movimentos e instituições. Recomenda-se que se estimule a renovação das suas representações.”* Conselheiro **Clóvis Boufleur** explicou que o Plenário deveria votar as propostas de redação do inciso V. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** apresentou o seguinte encaminhamento: votar a manutenção da proposta de redação original do inciso V; e, caso o Plenário decidisse pela necessidade de modificar o inciso, votar as duas propostas de nova redação. Conforme esse encaminhamento, conselheiro **Clóvis Boufleur** colocou em votação as propostas: 1) manter a redação original do inciso V da Terceira Diretriz; e 2) suprimir o inciso V da Terceira Diretriz. **A proposta 1 recebeu 13 votos. A proposta 2 recebeu 23 votos. Uma abstenção. Deliberação: o Plenário decidiu excluir o inciso V da Terceira Diretriz.** Conselheiro **Francisco Batista Júnior** solicitou à mesa verificação de quórum uma vez que a exclusão do inciso V implica em modificar o Decreto (art.

7º) e, para essa modificação, é necessária maioria qualificada (2/3 dos votos). Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** explicou que, para modificação do Regimento Interno do CNS, fazia-se necessária maioria qualificada dos votos, mas, naquele momento, o Plenário não estava deliberando sobre modificação do Regimento, mas sim uma Resolução. Ressaltou que a adequação do Regimento Interno do CNS aos termos da Resolução se daria em um momento posterior. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** discordou do entendimento da mesa e reiterou que, para votação de mudança na Resolução com respectiva mudança no Decreto, seria necessária maioria qualificada dos votos. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur**, primeiro, salientou que houve no CNS várias votações que demandaram ajustes em decretos e portarias. Explicou que ao votar uma proposta que resulta em modificação regimental, no momento de votação da mudança, é necessário quórum qualificado de 2/3. Todavia, naquele momento, a votação referia-se à mudança na Resolução. Disse ainda que se o Decreto não for alterado o CNS deveria seguir esse dispositivo. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** lembrou que, na última reunião, quando o assunto foi colocado em debate, apresentou Questão de Ordem no sentido de explicitar que o debate estava prejudicado porque ia contra ao definido no Decreto. Disse que, conforme parecer da CONJUR, a Questão de Ordem estava correta, portanto, a mesa não poderia ter colocado outro texto em votação. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** discordou do argumento do conselheiro e solicitou a manifestação de outros conselheiros a respeito. Conselheiro **Jorge Alves A. Venâncio** explicou que o posicionamento do CNS acerca da modificação do Decreto é político, portanto, não é necessário quórum qualificado. Desse modo, solicitou à mesa que desse continuidade ao processo de votação já iniciado. Conselheira **Rosângela da Silva Santos** reapresentou a proposta de redação para o Inciso V: *“Os conselheiros serão indicados para o CNS conforme processos estabelecidos pelas suas respectivas entidades, movimentos e instituições, recomendando-se a renovação de suas representações.”* Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** explicou que a sua proposta de redação e a apresentada pela Conselheira Rosângela Santos não eram excludentes, uma vez que a primeira referia-se a entidades e a segunda a conselheiros. Portanto, solicitou que as duas propostas fossem votadas em separado e não uma contra a outra. A mesa acatou a solicitação. Conselheira **Rosângela da Silva Santos** sugeriu substituir o termo “de suas representações.” por “de seus representantes”. Encaminhando, a mesa colocou em votação a proposta de nova redação para o inciso V da Terceira Diretriz apresentada pela conselheira **Rosângela da Silva Santos**: *“Os conselheiros serão indicados para o CNS conforme processos estabelecidos pelas suas respectivas entidades, movimento e instituições, recomendando-se a renovação de seus representantes”*. **23 votos pela inclusão da proposta e oito votos contra a inclusão da proposta. Cinco abstenções. Deliberação: aprovada, por maioria, nova redação para o inciso V da Terceira Diretriz: “Os conselheiros serão indicados para o CNS conforme processos estabelecidos pelas suas respectivas entidades, movimento e instituições, recomendando-se a renovação de seus representantes”**. Após, a mesa colocou em votação a proposta apresentada pelo Conselheiro **Alcides Silva de Miranda**: *“A cada eleição, os segmentos de representações de usuários, trabalhadores e prestadores de serviços, aos seus critérios, devem promover a renovação de, no mínimo, 30% de suas entidades representativas. Parágrafo Único - Essa cláusula não se aplica aos casos de conselhos de saúde com pequeno número de entidades representativas.”* Conselheiro **Jorge Alves A. Venâncio**, apesar de entender a boa intenção do conselheiro, discordou da inclusão da proposta por entender que a definição de uma regra rígida de renovação poderia trazer prejuízos à liberdade de escolha de representante no processo eleitoral. Conselheiro **Geordecí Menezes Souza** também discordou da proposta apresentada pelo conselheiro Alcides de Miranda por entender que poderia trazer dificuldades para os municípios e prejudicaria o andamento do Conselho e sua representatividade, com exclusão de importantes entidades. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** salientou que a construção democrática requer, além de autonomia, regramento para legitimar o que está além das intenções. Nesse sentido, defendeu a sua proposta por entender que estimula os segmentos a debater a questão da renovação e possibilitará modificações necessárias. Conselheira **Júlia Maria Roland** sugeriu que o Plenário aprovasse a proposta do Alcides de Miranda na forma de recomendação e, posteriormente, avançasse para propostas mais definitivas. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** concordou com a proposta da Conselheira Júlia Roland, por entender que as recomendações possuem caráter pedagógico. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** explicou que, seguindo a proposta da Conselheira Júlia Roland, a proposta seria de inclusão de adendo ao inciso V com o seguinte texto: *“Recomenda-se que a cada eleição os segmentos de representações de usuários trabalhadores e prestadores de serviços, ao seu*

critério, promovam renovação de, no mínimo, 30% de suas entidades representativas.” Após considerações, Conselheiro Clóvis A. Bouffleur colocou a proposta de redação que foi aprovada com 35 votos favoráveis e três abstenções. Deliberação: aprovada a inclusão do seguinte texto no inciso V da Terceira Diretriz: “Recomenda-se que a cada eleição os segmentos de representações de usuários trabalhadores e prestadores de serviços, ao seu critério, promovam renovação de, no mínimo, 30% de suas entidades representativas.” Conselheiro Clóvis Bouffleur manifestou sua satisfação com a conclusão do processo de atualização da Resolução nº. 333, entendendo tratar-se de um instrumento que pode contribuir para o avanço do controle social. Todavia, disse que a qualquer momento o CNS pode rever e modificar as suas decisões. Conselheira **Marisa Furia Silva** sugeriu que o CNS recomendasse à Presidenta da República a modificação do Decreto. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** sugeriu encaminhar a versão final da Resolução à CONJUR para análise e encaminhamentos posteriores. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** explicou que a Resolução não poderia ser homologada pelo Ministro da Saúde, sem a modificação do Decreto. Sendo assim, a decisão do Plenário sobre limite do tempo do mandato não se sustentava legalmente porque ia contra o definido no Decreto. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** explicou que a Resolução implicaria em mudança no Decreto e, caso isso não ocorresse, a homologação estaria prejudicada.

ITEM 7 – CONFERÊNCIA DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL RIO + 20 – PLANO NACIONAL DE RESÍDUOS SÓLIDOS - *Apresentação: Guilherme Franco Netto*, Diretor do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador – SVS/MS; **Silvano Silvério da Costa**, Diretor de Ambiente Urbano do Ministério do Meio Ambiente. *Coordenação: Conselheira Marisa Furia Silva*, da Mesa Diretora do CNS. O primeiro expositor foi o diretor do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador/SVS/MS, **Guilherme Franco Netto**, que falou sobre a Conferência das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável - Rio 92, que ocorrerá de 16 a 22 de junho de 2012, no Rio de Janeiro. Começou explicando que a tese do desenvolvimento sustentável concretizou-se com a realização da 1ª Conferência das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável - Rio 92. Segundo o expositor, desenvolvimento sustentável é o desenvolvimento capaz de suprir as necessidades da geração atual, sem comprometer a capacidade de atender as necessidades das futuras gerações. Trata-se do desenvolvimento que não esgota os recursos para o futuro. Essa definição surgiu na Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, criada pelas Nações Unidas, para discutir e propor meios de harmonizar dois objetivos: desenvolvimento econômico; e conservação ambiental. Detalhou que três pilares compõem o desenvolvimento sustentável: social, econômico, ambiental. Explicou que durante a 1ª Conferência e após a sua realização diversos compromissos foram assumidos: ação sobre mudança do clima, ação sobre a biodiversidade, ação sobre biossegurança, ação sobre a desertificação, ação sobre a camada de ozônio, ação sobre a segurança química e agenda operacional chamada “Agenda 21”. Esclareceu que a Agenda 21 é um dos instrumentos do desenvolvimento sustentável, criado a partir da Conferência das Nações Unidas - Rio 92. Em seu capítulo 6, a Agenda estabelece a proteção e a promoção da saúde humana por meio de: promoção de avanço na atenção primária à saúde, especialmente nas áreas rurais; controle das doenças transmissíveis; proteção dos grupos vulneráveis; solução do problema sanitário urbano; e redução dos riscos de saúde relacionados com a contaminação e os perigos ambientais. Além disso, salientou que outros problemas de saúde estão contemplados nos mais de 20 capítulos da Agenda 21, que, agrupados, apresentam questões relacionadas a doenças crônicas não transmissíveis e a preocupações de saúde relacionadas às mudanças ambientais globais, especialmente o clima. Disse que, para além da Agenda 21, as preocupações com a saúde estão presentes em diversos outros instrumentos e mecanismos decorrentes da Rio 92, o que exige a renovação das interfaces da agenda da saúde, com um conjunto substantivo de políticas públicas e iniciativas de diversos setores, de forma tal que colabore com o seu êxito. Explicou que, no Brasil, a trajetória da reforma sanitária e o estabelecimento do Sistema Único de Saúde, baseado nos princípios de universalidade, equidade, integralidade, participação social, descentralização e financiamento sustentado, permitem afirmar que o Sistema é, em si mesmo, uma expressão real do desenvolvimento sustentável no país. Salientou que os compromissos assumidos no capítulo 6 da Agenda 21 foram, na sua quase totalidade, realizados pelo SUS, sendo: a) expansão massiva da cobertura da atenção primária à saúde, que saltou de uma cobertura de 3% em 1992 para ±63% em 2012, resultando em oferta de serviços básicos de saúde para cerca de 120 milhões de brasileiras e de brasileiros; b) cobertura universal do Programa Nacional de Imunização, possibilitando o controle e eliminação das principais

doenças imunopreveníveis, tais como a pólio e o sarampo; c) enfrentamento das doenças infecciosas negligenciadas, emergentes e reemergentes; d) expansão e fortalecimento dos serviços de saúde pública para grupos vulneráveis tais como indígenas, populações do campo e da floresta, crianças, adolescentes, mulheres, homens, idosos, trabalhadores, LGBT, entre outras inúmeras políticas; e) expansão significativa do programa nacional de transplante de órgãos; f) oferta universal de medicamentos considerados essenciais, incluindo, nesse momento, de forma progressiva a assistência farmacêutica aos diabéticos e hipertensos; g) expansão do complexo industrial da saúde e da agenda nacional de ciência e tecnologia em saúde; h) lançamento do Plano Nacional de Controle e Prevenção das Doenças Crônicas não Transmissíveis; i) estruturação de políticas diretamente relacionadas aos determinantes sociais da saúde, tais como a da Promoção da Saúde (eixo Desenvolvimento Sustentável), Campo e Floresta, bem como organização da agenda entre saúde e ambiente; j) estruturação e fortalecimento da ANVISA; k) ampla agenda de compromissos do setor saúde em iniciativas intersetoriais tais como: Programas Bolsa Família, Brasil sem Miséria, Minha Casa, Minha Vida, Água para Todos, Saúde na Escola; l) participação e contribuição na formulação de políticas relacionadas com os determinantes sociais da saúde: Política Nacional de Saneamento, Política Nacional de Resíduos Sólidos, Política Nacional de Mudança do Clima e seus respectivos planos, entre outros. No que se refere à governança, afirmou que a participação e o controle social, expressa pela formatação e estabelecimento dos conselhos de saúde e das conferências de saúde, constituem-se em poderosa forma de participação direta da cidadania na formulação, desenvolvimento e avaliação de políticas públicas no país. Frisou que não há dúvidas que ao SUS deve ser creditada uma parcela significativa de contribuição à melhoria da qualidade de vida da população brasileira, que pode ser verificada na queda da mortalidade infantil de 40 para 17/10.000 nascidos vivos e aumento da expectativa média de vida de 65 para 72 anos, no período de 1990 a 2010. Além disso, disse que a agenda adotada pela Conferência Mundial de Determinantes Sociais da Saúde e pela 14ª Conferência Nacional de Saúde estabelecem pontes diretas de comunicação do setor saúde com a agenda do desenvolvimento sustentável. Mostrou o esquema dos Determinantes Sociais da Saúde – DSS que permite visualizar os fatores sociais, ambientais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população do ponto de vista das realidades concretas do país. Explicou que a Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais de Saúde apontou, entre outras, a seguinte tese: *“Uma boa saúde requer um sistema de saúde universal, integral, equitativo, eficaz, ágil, acessível e de qualidade. Mas também é dependente do envolvimento e diálogo com outros setores e atores, visando com que os seus desempenhos tenham impactos significativos para a saúde. A colaboração em ações políticas coordenadas e intersetoriais tem se demonstrado eficaz. Saúde em Todas as Políticas, juntamente com a cooperação intersetorial, é uma abordagem promissora para aumentar a responsabilização de outros setores para a saúde, bem como a promoção da equidade em saúde e de sociedades mais inclusivas e produtivas. Como metas coletivas, boa saúde e bem-estar para todos devem ser prioridades em nível local, nacional, regional e internacional”*. No mais, salientou outras iniciativas que integram, em escala global, os esforços de aproximar a saúde do desenvolvimento sustentável, sendo: a) Comissão sobre Saúde e Meio Ambiente (OMS, 1992); b) Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ONU, 2000); c) Comissão sobre Macroeconomia e Saúde (OMS, 2001); d) Cúpula do Desenvolvimento Sustentável, Johannesburgo (ONU, 2002); e e) Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde (OMS 2005). Disse que o compromisso de convocar a Conferência das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável - Rio + 20, a ser realizada no Rio de Janeiro, surgiu da iniciativa do ex-presidente **Luiz Inácio Lula da Silva**, em 2007. Explicou que o objetivo principal da Conferência das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável - Rio + 20 é assegurar compromisso político renovado para o desenvolvimento sustentável, avaliando os progressos realizados até a data, assim como as lacunas de implementação dos resultados das principais conferências sobre desenvolvimento sustentável e enfrentar os desafios emergentes. Acrescentou que os temas centrais a Rio + 20 são economia verde e processo de governança. Explicou que, segundo o PNUMA, principal autoridade global sobre meio ambiente da ONU (Organização das Nações Unidas), economia verde é *“uma economia que resulta em melhoria do bem-estar da humanidade e igualdade social, ao mesmo tempo em que reduz significativamente riscos ambientais e escassez ecológica”*. Em outras palavras, uma economia verde pode ser considerada como tendo baixa emissão de carbono, é eficiente em seu uso de recursos e socialmente inclusiva. Todavia, colocou que há uma crítica importante, principalmente por parte

dos movimentos sociais internacionais, de que a economia verde seja uma formatação nova de arranjo do capital para sustentar-se. Sendo assim, a Conferência será palco de debate sobre o modelo de desenvolvimento que se pretende, de fato, para a humanidade e o CNS pode contribuir significativamente nessa discussão. Salientou que o governo brasileiro tem feito debate interessante relacionando como possibilidade única para viabilidade da economia verde se esta for um elemento central de enfrentamento da miséria e da pobreza em nível global. Em relação ao processo de governança, explicou que se refere à busca por uma nova configuração institucional no âmbito da ONU que promova sinergia e eficácia na implementação dos acordos ambientais multilaterais, e, por meio deles e de melhor articulação das atividades de órgãos da ONU e dos países, restaurar e conservar a integridade ambiental no planeta. Disse que, no Brasil, foi constituída, por meio do Decreto Presidencial nº. 7.495/2011, Comissão Nacional, coordenada pelo MMA e pelo MRE, para organizar a Rio + 20. Além disso, o referido decreto criou o Comitê Nacional de Organização da Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável para também contribuir na organização da Conferência. Informou ainda que foi produzido e submetido à ONU “Documento do Governo Federal”, com visões e propostas iniciais do Brasil sobre os temas e objetivos da Conferência. Entre as questões apontadas no documento do país à Rio+20, destacou as seguintes: inclusão da saúde entre os desafios novos e emergentes do desenvolvimento sustentável; afirmação que, no contexto dos esforços necessários para a implementação de políticas públicas de desenvolvimento sustentável, a saúde – como direito humano universal – tem adquirido projeção cada vez mais evidente; necessidade de políticas de proteção e promoção social na área da saúde serem tratadas de maneira prioritária, tendo em conta seus benefícios para o bem-estar social, a economia e o meio ambiente; e recomendação de que os sistemas de saúde devem incluir em suas práticas a participação social e o diálogo permanente entre sociedade e governo sobre as políticas públicas, constituindo espaço privilegiado de governança setorial. Salientou que o MS, além de integrar a Comissão Nacional para a Conferência das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável e participar do Comitê Nacional de Organização da Rio + 20, constituiu um Grupo de Trabalho da Saúde, do qual faz parte o CNS, para tratar da Rio + 20. Também informou que será realizado Seminário Nacional de Saúde para a Conferência Rio + 20, nos dias 15 e 16 de maio de 2012, em Brasília, com a participação do Ministro da Saúde, para tratar dos seguintes temas: 1) SUS no desenvolvimento sustentável: avaliação 1992/2012 e perspectivas; 2) Determinantes sociais da saúde e desenvolvimento sustentável: convergência de agendas; 3) Participação e controle social na saúde e A governança do desenvolvimento sustentável; 4) Complexo industrial da saúde e agenda de ciência e tecnologia no desenvolvimento sustentável; 5) Redes de Atenção nas Regiões de Saúde e Territórios Sustentáveis; 6) A saúde ambiental na cidade, no campo e na floresta: diretrizes da 1ª CNSA. Construindo a Política Nacional de Saúde Ambiental; 7) Desafios do SUS nos territórios de influência dos grandes empreendimentos; 8) Plano Setorial de Saúde e Mudança do Clima; 9) Indicadores de Saúde na agenda do desenvolvimento sustentável; e 10) Saúde na Rio + 20: mapeamento de agendas e mecanismos de seguimento. Detalhou que a participação da saúde na Rio+20 se dará nos seguintes espaços: Pavilhão do Brasil – Parque dos Atletas; Espaço ONU – Riocentro; Feira Tecnológica – Pier da Praça Mauá; Arena Socioambiental – Aterro do Flamengo; Cúpula dos Povos – Aterro do Flamengo; Tenda Paulo Freire – FIOCRUZ; e Plano Contingencial de Saúde. Explicou que a estimativa é de 50 mil participantes na Conferência e mais 100 mil na arena socioambiental. Finalizou ressaltando que o objetivo central do setor saúde na Conferência Rio + 20 é garantir que a saúde seja considerada no documento a ser adotado pela Conferência. **Manifestações.** Conselheiro **José Marcos de Oliveira** salientou que é preciso considerar as deliberações da Conferência de Saúde e meio Ambiente e da Conferência Mundial sobre Sistemas Universais e Seguridade Social no debate da Rio+20. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** sugeriu contemplar no debate da Rio+10 o dossiê da ABRASCO sobre o uso de agrotóxicos e a Política Nacional de Alimentação e Nutrição - PNAM. Também informou que representa, junto com a Conselheira Noemy Tomita, o CNS no GT da Saúde que trata da Rio + 20, todavia, a participação tem sido prejudicada por conta de problemas burocráticos – impossibilidade de emissão de passagem pelo não envio de convocação com antecedência e modificação da data de atividade. Nessa linha, destacou que não poderia participar do seminário preparatório para a Rio + 20 que seria realizado pelo MS. Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** solicitou, formalmente, espaço durante a Conferência Rio + 20 para realização da reunião da CISI/CNS. Conselheiro **Arnaldo Marcolino** solicitou espaço na Conferência para tratar também das questões da população quilombola e destacou a importância de aprofundar o debate sobre o uso de agrotóxicos e população vulnerável na

1736 Rio+20. Conselheiro **Marcos Antônio Gonçalves** perguntou como se dará o debate sobre a
 1737 saúde da pessoa com deficiência e patologias na Rio+20. Conselheira **Marisa Furia Silva** quis
 1738 saber como será tratada a questão da Política de Saúde da Pessoa com Deficiência na
 1739 Conferência e alertou para necessidade de garantir acessibilidade às pessoas com deficiência
 1740 que participarão da atividade. **Retorno da mesa.** O Diretor do Departamento de Vigilância em
 1741 Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador – SVS/MS, **Guilherme Franco Netto**, comentou as
 1742 intervenções dos conselheiros, esclarecendo que: todas as questões das políticas de inclusão
 1743 social estão sendo consideradas no debate, estando contemplada, inclusive, a questão da
 1744 saúde da pessoa com deficiência; o planejamento da Rio + 20 considera a questão da
 1745 acessibilidade; o CNS deve definir como se dará a sua participação na Conferência, com
 1746 avaliação e acompanhamento posterior, haja vista a relação do Colegiado com as agendas
 1747 globais definidas pelo Brasil; o CNS possui vaga assegurada no seminário preparatório para a
 1748 Rio + 20, sendo importante a participação de representante; os espaços relativos ao Pavilhão
 1749 do Brasil, Feira Tecnológica e Arena Socioambiental não são de governança do Ministério da
 1750 Saúde, sendo este um colaborador, assim, não é possível assumir compromisso de
 1751 participação direta. Todavia, é possível verificar espaço na FIOCRUZ para o Conselho; se for o
 1752 caso, o CNS deve buscar os movimentos organizadores da Cúpula dos Povos para solicitar um
 1753 espaço; os temas destacados pelo CNS, como agrotóxicos, são parte da agenda das
 1754 conferências e compõem a pauta de debate do país; a Rio+20 é uma oportunidade para
 1755 debater e influenciar nos temas globais e o CNS possui papel importante nesse sentido; e o
 1756 objetivo central do setor saúde na Conferência Rio + 20 é garantir que a saúde seja
 1757 considerada no documento a ser adotado pela Conferência. Por fim, desculpou-se por não
 1758 poder acompanhar o debate sobre o Plano Nacional de Resíduos Sólidos. Conselheira **Marisa**
 1759 **Furia Silva** agradeceu a presença do diretor e informou que o tema da Rio+20 seria retomado,
 1760 para encaminhamento, após a apresentação do Plano Nacional de Resíduos Sólidos. Na
 1761 sequência, o Diretor de Ambiente Urbano do Ministério do Meio Ambiente, **Silvano Silvério da**
 1762 **Costa**, discorreu sobre o Plano Nacional de Resíduos Sólidos, lembrando que a proposta fora
 1763 enviada ao CNS no mês de fevereiro, para conhecimento prévio dos conselheiros. Iniciou
 1764 explicando que o Plano Nacional de Resíduos Sólidos materializa a Política Nacional de
 1765 Resíduos Sólidos, aprovada em 2010 (Lei nº. 12.305/2010) e regulamentada em dezembro do
 1766 mesmo ano (Decreto nº. 7.404/2011). Disse que a elaboração do Plano Nacional de Resíduos
 1767 Sólidos seguiu o trâmite definido pelo Decreto nº. 7.404/2011, sendo: I - formulação e
 1768 divulgação da proposta preliminar em até cento e oitenta dias, contados a partir da publicação
 1769 do Decreto, acompanhada dos estudos que a fundamentam; II - submissão da proposta à
 1770 consulta pública, pelo prazo mínimo de sessenta dias, contados da data da sua divulgação; III -
 1771 realização de, no mínimo, uma audiência pública em cada região geográfica do País e uma
 1772 audiência pública de âmbito nacional, no Distrito Federal, simultaneamente ao referido período
 1773 de consulta pública; e IV - apresentação da proposta do Plano, incorporadas as contribuições
 1774 advindas da consulta e das audiências públicas, para apreciação dos Conselhos Nacionais de
 1775 Meio Ambiente, das Cidades, de Recursos Hídricos, de Saúde e de Política Agrícola. Desse
 1776 modo, detalhou que foram realizadas cinco audiências oficiais regionais, uma audiência
 1777 nacional, duas audiências não oficiais (Belo Horizonte e Rio de Janeiro), com um total de 2800
 1778 participantes, sendo 750 do governo, 1250 da sociedade civil e 800 do empresariado. Como
 1779 resultado, destacou que foram apresentadas 1000 propostas nas audiências e 450 propostas
 1780 na consulta pública, sendo 35 instituições do governo federal e cinco de consultores. Informou
 1781 que o Plano havia sido apreciado pelo Conselho das Cidades no mês de março e, naquele
 1782 mês, seria submetido aos Conselhos Nacionais de Meio Ambiente, de Recursos Hídricos e de
 1783 Saúde e a uma Comissão de Política Agrícola. Detalhando, explicou que o Plano Nacional de
 1784 Resíduos está estruturado da seguinte forma: Capítulo 1 – Diagnóstico da Situação dos
 1785 Resíduos Sólidos no Brasil; Capítulo 2 – Cenarização; Capítulo 3 – Educação Ambiental;
 1786 Capítulo 4 – Diretrizes e Estratégias; Capítulo 5 – Metas; Capítulo 6 – Programas e Ações de
 1787 Resíduos Sólidos; e Capítulo 7 – Participação e Controle Social na Implementação e
 1788 Acompanhamento do Plano. Acrescentou que o PNRS possui 29 diretrizes, 170 estratégias e
 1789 28 metas, sendo definido, para cada conjunto de resíduos, diretrizes e metas. Ilustrou a
 1790 estruturação do documento com o seguinte exemplo: 4.1. Resíduos Sólidos Urbanos - 4.1.1 -
 1791 Disposição Final Ambientalmente Adequada de Rejeitos: 4 diretrizes e 19 estratégias; 4.1.2 –
 1792 Redução da Geração de Resíduos Sólidos Urbanos: 1 diretriz e 13 estratégias; 4.1.3 –
 1793 Redução de Resíduos Sólidos Urbanos Secos: 2 diretrizes e 26 estratégias; 4.1.4 – Redução
 1794 de Resíduos Sólidos Urbanos Úmidos dispostos em Aterros Sanitários, Tratamento e
 1795 Recuperação de Gases em aterros sanitários: 1 diretriz e 18 estratégias; 4.2 – Qualificação da

1796 Gestão dos Resíduos Sólidos: 1 diretriz e 15 estratégias; 4.3 – Diretriz e Estratégias para
1797 Resíduos de Serviços de Saúde: 2 diretrizes e 5 estratégias; 4.4 – Diretrizes e Estratégias para
1798 Resíduos de Portos, Aeroportos e Postos de Fronteiras: 1 diretriz e 7 estratégias; 4.5 –
1799 Diretrizes e Estratégias para Resíduos Industriais: 4 diretrizes e 18 estratégias. Ainda em
1800 relação a resíduos sólidos, citou a meta de eliminação total dos lixões até 2014 e reabilitação
1801 dessas áreas até 2031 (o horizonte do Plano é de 20 anos, ou seja, de 2012 a 2031). Também
1802 fez menção aos seguintes Programas e Ações de Resíduos Sólidos em desenvolvimento: a)
1803 Programa de Apoio à implantação de Aterros Sanitários - apoiará a implantação de obras e
1804 serviços para o tratamento e a disposição final adequada dos resíduos sólidos prioritariamente
1805 em caráter regional; b) Programa de Apoio à Coleta Seletiva e à Reciclagem - é uma iniciativa
1806 do Governo Federal para apoio aos Estados e Municípios visando o aumento da reciclagem no
1807 Brasil e colaborando com a implementação da Política Nacional de Resíduos Sólidos; e c)
1808 Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional – o objetivo geral do Programa de Apoio
1809 ao Desenvolvimento Institucional a Estados, Municípios e Consórcios
1810 intermunicipais/interfederativos é auxiliar os entes federados no cumprimento das obrigações
1811 de natureza institucional previstas na Lei 12.305/2010. Por fim, salientou que a expectativa é
1812 de sanção do Plano Nacional de Resíduos Sólidos, pela Presidente da República, ainda no
1813 primeiro semestre de 2012. Como encaminhamento, conselheira **Marisa Furia Silva** sugeriu
1814 encaminhar o Plano à CISAMA para avaliação e debate, com retorno ao CNS para deliberação.
1815 Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** propôs um ponto de pauta no CNS para tratar da
1816 situação dos resíduos infectantes e resíduos dos quartos em hospitais na cidade do Rio de
1817 Janeiro, onde ocorrerá a Rio+20. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** ressaltou que o Plano foi
1818 submetido à apreciação do CNS, conforme determina o Decreto nº. 7.404/2011, portanto, o
1819 debate interno nas comissões do Conselho não poderia impedir o avanço do processo. No
1820 mais, salientou que a proposta poderia ser aperfeiçoada durante o processo de debate e,
1821 inclusive, de implementação. O Diretor de Ambiente Urbano do Ministério do Meio Ambiente,
1822 **Silvano Silvério da Costa**, manifestou preocupação com a possibilidade de condicionar o
1823 processo de tramitação do Plano à análise da CISAMA, por entender que poderia atrasar a
1824 sanção por decreto presidencial (a expectativa é de análise do Plano pelos conselhos no mês
1825 de maio e sanção presidencial em junho). Como alternativa, sugeriu que as eventuais
1826 contribuições ao Plano se dessem ao longo do processo de debate. Conselheiro **Fernando**
1827 **Luiz Eliotério** informou que a CISAMA se reuniria naquele mês e poderia apreciar o Plano. O
1828 Diretor de Ambiente Urbano do Ministério do Meio Ambiente, **Silvano Silvério da Costa**,
1829 sugeriu uma recomendação do CNS, explicitando que o Conselho, após apreciar o Plano
1830 Nacional de Resíduos Sólidos, decidiu submetê-lo à análise da CISAMA. Todavia, esse
1831 encaminhamento não impedia o avanço do debate. Sendo assim, no mês de junho, a proposta
1832 seria votada no Plenário do CNS. **Deliberação: o Plenário aprovou o mérito de uma**
1833 **recomendação para continuidade dos trâmites no Comitê Interministerial da Política**
1834 **Nacional de Resíduos Sólidos com vistas à publicação do Plano Nacional de Resíduos**
1835 **Sólidos. O Plano será encaminhado à CISAMA para análise e no mês de junho será**
1836 **votado no Plenário do CNS. Esse processo não impede o avanço do debate. O texto da**
1837 **recomendação seria apresentado posteriormente para aprovação.** Definido esse ponto, a
1838 mesa suspendeu os trabalhos para o almoço. Retomando, Conselheiro **Alexandre Rocha**
1839 **Padilha**, Presidente do CNS, assumiu a coordenação dos trabalhos e, de imediato, abriu a
1840 palavra ao representante da OPAS/OMS, **Felix Rígoli**, para o lançamento da publicação
1841 *“Inclusão dos cidadãos na implementação das Políticas de Saúde - Experiências brasileiras e*
1842 *européias”*, resultado do Laboratório de Inovação sobre Inclusão, uma parceria do CNS e da
1843 OPAS. Dada a importância dessa iniciativa, o coordenador sugeriu a sua continuidade
1844 entendendo tratar-se de um aporte para discussão dos mecanismos de participação e controle
1845 social. O Presidente do CNS agradeceu o representante da OPAS/OMS e salientou que esse é
1846 primeiro produto da cooperação entre CNS e OPAS. Antes de iniciar o item 9 da pauta, o
1847 Presidente do CNS informou o Plenário sobre o Projeto de Lei, aprovado pelo Senado Federal,
1848 no dia 9 de maio de 2012, que torna crime a exigência de cheque caução, nota promissória ou
1849 preenchimento de formulário prévio para atendimento nas emergências de hospitais
1850 particulares. O texto agora segue para sanção presidencial. **ITEM 9 – FORMAÇÃO**
1851 **PROFISSIONAL PARA O SUS - APROVAÇÃO DE PARECER - Apresentação:** Conselheira
1852 **Ruth Ribeiro Bittencourt**, Coordenadora Adjunta da CIRH. **Coordenação:** Conselheiro
1853 **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS. Diante da transferência do tema “formação
1854 profissional para o SUS” para a próxima reunião do CNS, o coordenador da mesa abriu a
1855 palavra à conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, Coordenadora Adjunta da CIRH, que

1856 submeteu ao Plenário os seguintes pareceres, elaborados pela Comissão: **1)** Referência:
1857 Processo nº 201114809. Interessado: Centro Universitário de Belo Horizonte. Curso:
1858 Reconhecimento do curso de Medicina. Parecer: insatisfatório até que se resolvam as
1859 pendências. **2)** Referência: Processo nº 201117226. Interessado: Faculdade Estácio de Sá.
1860 Curso: Autorização do curso de Medicina. Parecer: insatisfatório. **3)** Referência: Processo nº
1861 201113171. Interessado: Faculdade de Minas-Muriaé. Curso: Autorização do curso de
1862 Medicina. Parecer: insatisfatório. **4)** Referência: Processo nº 201201536. Interessado:
1863 Faculdade Asa de Brumadinho/MG. Curso: Autorização do curso de Medicina. Parecer:
1864 insatisfatório. **Manifestações.** Conselheiro **Clóvis Bouffleur** perguntou o porquê da diferença
1865 entre o primeiro parecer - “insatisfatório até que se resolvam as pendências” e os demais -
1866 “insatisfatórios”, tendo em vista o entendimento do Plenário, formado na última reunião, de
1867 trabalhar com a ideia de pendências, no caso de parecer insatisfatório. Conselheira **Ruth**
1868 **Ribeiro Bittencourt** explicou que, durante a avaliação do CNS, os processos receberam
1869 parecer insatisfatório, tendo em vista a falta de dados – falta de convênio, não identificação da
1870 rede, entre outros aspectos. Recuperou, inclusive, que na última reunião, o CNS decidiu que,
1871 no caso de dúvidas, seria feito esclarecimento pelo CTAA/MEC. Conselheiro **Alexandre Rocha**
1872 **Padilha**, Presidente do CNS, lembrou que o Pleno deliberou, no caso de parecer insatisfatório,
1873 por adotar a definição “insatisfatório até que se resolvam as pendências”. Portanto, seguindo
1874 esse entendimento, os quatro processos estariam contemplados nessa condição. Em sendo
1875 assim, perguntou se havia consenso em adotar a definição “insatisfatório até que se resolvam
1876 as pendências” para os quatro processos em pauta. Conselheira **Maria Thereza Antunes**
1877 explicou que a Comissão emitiu parecer “insatisfatório até que se resolvam as pendências”
1878 para Centro Universitário de Belo Horizonte, por se tratar de um processo de reconhecimento
1879 do curso de Medicina, com a possibilidade de solução de pendências. Considerando que os
1880 demais processos referiam-se à autorização para abertura, o parecer foi insatisfatório por não
1881 ter sido apresentada a documentação necessária. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz**
1882 sugeriu suspender os três processos com parecer insatisfatório e aguardar o processo de
1883 tramitação no MEC para aprovação do parecer. Lembrou, inclusive, que o MEC comprometeu-
1884 se com a CIRH em realizar processo de transição, a fim de garantir o envio de processos ao
1885 CNS após a conclusão de todas as fases de tramitação naquele Ministério. Conselheiro **Gilson**
1886 **Silva** concordou com a manifestação da Conselheira Eliane Cruz e sugeriu encaminhar os
1887 pareceres aos demandantes a fim de resolver as pendências. Conselheiro **Clóvis Bouffleur**
1888 explicou que a preocupação é não retomar o processo superado na última reunião do CNS.
1889 Sendo assim, o Plenário poderia decidir por não se pronunciar em relação aos três processos
1890 ou se pronunciar com indicativo de pendências. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**,
1891 considerando o processo de transição que se vivenciava naquele momento, ratificou a proposta
1892 de suspender os processos de autorização e apreciar o de reconhecimento. Conselheiro
1893 **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, reforçou o entendimento de que a CIRH não
1894 fará avaliação de processos sem a disponibilização, pelo MEC, de toda a documentação
1895 necessária para a análise. Havendo acordo sobre essa posição, disse que a comunicaria ao
1896 Ministro da Educação. **O Plenário endossou o entendimento de que a CIRH não avaliará**
1897 **processos sem a disponibilização, pelo MEC, de toda a documentação necessária para a**
1898 **análise. Deliberação: aprovado, por consenso, o parecer desfavorável até que se**
1899 **resolvam as pendências ao reconhecimento do curso de Medicina do Centro**
1900 **Universitário de Belo Horizonte. Em relação aos três processos de autorização de curso,**
1901 **o Plenário decidiu não apreciar até que todas as informações cheguem à CIRH. Portanto,**
1902 **será reiterada a solicitação ao MEC de envio de documentos para subsidiar a análise dos**
1903 **processos.** Definido esse ponto, Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** fez um informe sobre
1904 o 10º Congresso Internacional da Rede Unida e do 1º Encontro Nacional de Residências em
1905 Saúde. Em relação ao Congresso da Rede Unida, informou que: foram 6.300 participantes; 3
1906 mil trabalhos apresentados; mais de onze autores; e participação de países da Europa e da
1907 América Latina. A respeito do 1º Encontro Nacional de Residências em Saúde, disse que
1908 contou com a participação dos fóruns de coordenadores, preceptores, tutores e residentes e foi
1909 elaborado documento entregue ao representante do MEC. Salientou que na atividade foi
1910 indicada a necessidade de construir agenda política para os fóruns articulada com a Secretaria
1911 do Trabalho e Educação/MEC. Após esse informe, a mesa iniciou o item 6 da pauta. **ITEM 6 –**
1912 **INFORMES E INDICAÇÕES - GT LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO CNS/OPAS - PROJETO**
1913 **CNS/CANAL SAÚDE - GT SEMINÁRIO DO MINISTÉRIO PÚBLICO E CONTROLE SOCIAL.**
1914 *Coordenação:* Conselheiro **Clóvis Adalberto Bouffleur**, da Mesa Diretora do CNS. Primeiro,
1915 conselheiro **José Marcos de Oliveira** retomou o debate sobre a audiência pública que

1916 ocorrerá no Tribunal de Justiça de São Paulo para debater o mérito do projeto de lei, de autoria
 1917 do governo de SP, que reserva 25% dos leitos para hospitais privados no Estado. Disse que o
 1918 mérito do projeto será julgado e há uma pressão pela derrubada da liminar de suspensão do
 1919 PL e reconhecimento da legalidade do mérito. Destacou a preocupação do movimento social
 1920 com o projeto, haja vista os riscos para o SUS e salientou que cabe ao CNS alertar os
 1921 magistrados a esse respeito. Ademais, lembrou que o CNS já havia se posicionado
 1922 contrariamente à lei estadual de São Paulo que dispõe sobre essa reserva. Feitas essas
 1923 considerações, passou à leitura da proposta de recomendação cujo texto é o seguinte:
 1924 “Considerando que a Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º
 1925 do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados
 1926 anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de
 1927 saúde, é clara no seu Art. 2º, ao afirmar que considerar-se-ão como despesas com ações e
 1928 serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da
 1929 saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei nº 8.080, de
 1930 19 de setembro de 1990, e que, dentre outras diretrizes, “sejam destinadas às ações e
 1931 serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito.”. Já o Art. 4º da LC 141
 1932 reafirma que “não constituirão despesas com ações e serviços públicos de saúde, para fins de
 1933 apuração dos percentuais mínimos de que trata esta Lei Complementar, aquelas decorrentes
 1934 dentre outras da “assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;”
 1935 considerando a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 445, de 11 de agosto de 2011,
 1936 em que manifestou a posição contrária à lei estadual de São Paulo que reserva até 25% dos
 1937 leitos de hospitais públicos do Estado de São Paulo, geridos por Organizações Sociais, para os
 1938 planos de saúde e particulares; considerando que o Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP)
 1939 julgará o agravo de instrumento proposto pelo governo do Estado de São Paulo contra as
 1940 Decisões que concederam a liminar ao Ministério Público, por meio de Ação Civil Pública,
 1941 impedindo a entrega de 25% dos leitos de Hospitais públicos para particulares e planos de
 1942 saúde; considerando que a lei complementar nº 1.131/2010, aprovada pela Assembleia
 1943 Legislativa e regulamentada pelo governador Geraldo Alckmin (PSDB), mediante o decreto nº
 1944 57.108/2011, institui a prática de “dupla porta” de entrada, selecionando beneficiários de
 1945 planos de saúde privados para atendimento nos hospitais públicos, promovendo, assim, a
 1946 institucionalização da atenção diferenciada com preferência na marcação e no agendamento
 1947 de consultas, exames e internação e melhor conforto de hotelaria; considerando a Ação Civil
 1948 Pública movida pelo Ministério Público de São Paulo, contrária à venda de 25% dos leitos dos
 1949 hospitais públicos, em atenção à representação de dezenas de entidades da sociedade civil,
 1950 entre elas a do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo –
 1951 COSEMS/SP e a do Conselho Estadual de Saúde de São Paulo; considerando que, por
 1952 previsão da Lei Federal nº. 9.656/98 cabe à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS
 1953 cobrar o ressarcimento ao SUS, bem como fiscalizar as coberturas obrigatórias e a
 1954 conformação de redes próprias e particulares credenciadas capazes de suprir todo o
 1955 atendimento dos clientes de planos de saúde privados; considerando que a população usuária
 1956 exclusivamente do SUS perderá até 25% dos leitos públicos dos Hospitais estaduais de alta
 1957 complexidade, que já são, notoriamente, insuficientes para o atendimento da demanda desta
 1958 população. Recomenda: 1) reiterar o apoio à Ação Civil Pública do Ministério Público Estadual
 1959 questionando a entrega, para planos de saúde e particulares, de 25% da capacidade dos
 1960 hospitais públicos administrados por Organizações Sociais no Estado de São Paulo; apoiar as
 1961 respeitáveis decisões que acatarem a Ação do MPE: do juiz Marcos de Lima Porta, da Quinta
 1962 Vara da Fazenda Pública estadual de São Paulo, que conclui pela “evidente afronta ao Estado
 1963 de Direito e ao interesse público primário da coletividade”; e do desembargador José Luiz
 1964 Germano, da segunda Câmara do Tribunal de Justiça de São Paulo, ao concluir que “a
 1965 institucionalização do atendimento aos clientes dos planos particulares, com reserva máxima
 1966 de 25% das vagas, nos serviços públicos ou sustentados com os recursos públicos, cria uma
 1967 anomalia que é a incompatibilização e o conflito entre o público e o privado, com as evidentes
 1968 dificuldades de controle”; 2) apelar ao Tribunal de Justiça de São Paulo que se posicione no
 1969 sentido de impedir que o governo estadual celebre contratos de gestão, alterações e
 1970 aditamentos entre organizações sociais e planos de saúde, e que declare a ilegalidade do
 1971 Decreto Estadual nº. 57.108, de 6 de julho de 2011, que regulamentava a Lei 1.131, bem como
 1972 a ilegalidade da Resolução da Secretaria de Estado da Saúde (Res. SES nº. 148 – DOE de
 1973 06/08/11 – Seção 1 - p.30) que autoriza os primeiros hospitais a ofertar até 25% de sua
 1974 capacidade a particulares e aos usuários de planos de saúde privados: o Instituto do Câncer do
 1975 Estado de São Paulo Octavio Frias de Oliveira; e o Hospital de Transplantes do Estado de São

1976 Paulo Dr. Euryclides de Jesus Zerbini; e 3) advertir que, conforme a Lei Complementar 141, de
1977 13 de janeiro de 2012, “não constituem despesas com ações e serviços públicos de saúde
1978 aquelas decorrentes da assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal”,
1979 cabendo, portanto, o entendimento da suspensão de recursos.” **Deliberação: o texto da**
1980 **recomendação supracitado foi aprovado, com ajuste no terceiro resolve (substituição do**
1981 **termo “advertir” por “recomendar”).** O conselheiro seguiu com informe sobre a XVII Plenária
1982 de Conselhos de Saúde, convocada para os dias 9 e 10 de julho, para debate dos
1983 temas: Decreto nº. 7.508/2011, Acórdão do MP e LC nº. 141/2012. Solicitou ao CNS que, caso
1984 houvesse critério para participação dos conselhos municipais, que a definição fosse feita pelo
1985 CNS ou fossem considerados os critérios de plenárias anteriores. Por fim, despediu-se do
1986 CNS, após sete anos como conselheiro nacional de saúde e avaliou que, nesse período, houve
1987 avanços, mas ainda há desafios. Agradeceu a todos os conselheiros pela convivência e
1988 aprendizado e aos técnicos do CNS pelo trabalho. Alertou aos conselheiros que não se deve
1989 elitizar o CNS e deixar que as disputas político-partidárias superem o interesse maior que é a
1990 defesa do SUS. Lamentou também que o Conselho não tenha conseguido dar a devida
1991 prioridade ao debate sobre saúde suplementar, sendo este um desafio a ser superado. Por fim,
1992 solicitou a sua substituição em todos os eventos para os quais fora indicado. O Plenário
1993 agradeceu o conselheiro com uma calorosa salva de palmas. A seguir, a mesa abriu para
1994 outros informes. **INDICAÇÃO PARA COORDENAÇÃO DA CIRH - Conselheira Eliane**
1995 **Aparecida da Cruz** informou a indicação, pelo Ministério da Saúde, do Conselheiro **Fernando**
1996 **Menezes** para substituir a ex-conselheira Ana Stella Haddad na coordenação da CIRH/CNS.
1997 **Deliberação: após considerações, o Plenário decidiu que a indicação do nome do**
1998 **conselheiro Fernando Menezes para coordenação da CIRH será debatida na próxima**
1999 **reunião da Comissão e trazida na próxima reunião do CNS para definição ou referendo.**
2000 **INFORME SOBRE O DIA DA ESCLEROSE MÚLTIPLA - Conselheira Cleuza de Carvalho**
2001 **Miguel** informou o Pleno sobre o dia da esclerose múltipla, 24 de maio e também relatou
2002 dificuldade enfrentada para retornar a São Paulo, após as reuniões do Conselho, uma vez que
2003 a empresa AVIANCA, não tem respeitado a determinação de destinar os primeiros assentos da
2004 aeronave a pessoas com especificidades. Assim, solicitou orientação do CNS para tratar dessa
2005 questão. **A esse respeito, acordou-se que a SE/CNS verificará como solucionar essa**
2006 **situação. DOCUMENTO FINAL DA ASSEMBLEIA DE MULHERES INDÍGENAS -**
2007 **Conselheira Maria de Lourdes Rodrigues** fez um informe sobre o documento da Assembleia
2008 de Mulheres Indígenas, realizada na aldeia Jaguapiru, em Dourados/MS, de 25 a 29 de abril de
2009 2012, que apresenta uma série de demandas sobre saúde e políticas públicas para as
2010 mulheres indígenas. Como encaminhamentos, sugeriu: encaminhar o documento à SESAI, à
2011 FUNAI e aos CONDISIS solicitando providências em relação às demandas das mulheres
2012 indígenas; recomendar à representação da população indígena no CNS que considere a
2013 questão de gênero na indicação de seus representantes nos conselhos; e disponibilizar cinco
2014 vagas no seminário nacional de saúde da mulher, organizado pela CISMU/CNS, para
2015 participantes dessa assembleia. **Deliberação: encaminhar o documento à SESAI, à FUNAI e**
2016 **aos CONDISIS solicitando providências em relação às demandas das mulheres**
2017 **indígenas; recomendar à representação da população indígena no CNS que considere a**
2018 **questão de gênero na indicação de seus representantes nos conselhos; e disponibilizar**
2019 **cinco vagas no seminário nacional de saúde da mulher, organizado pela CISMU/CNS,**
2020 **para participantes dessa assembleia.** Também aproveitou para se despedir do CNS, espaço
2021 onde esteve representando por três anos, a população LGBT. Do ponto de vista desse
2022 segmento, destacou como avanços, nesse período, a aprovação e pactuação da Política de
2023 Saúde da População LGBT; visibilidade à população LGBT com assinatura da portaria e do
2024 plano na 14ª CNS; e reativação do comitê técnico da saúde LGBT. Aproveitou para solicitar ao
2025 CNS a indicação de dois representantes para o Seminário Nacional sobre o Processo
2026 Transsexualizador no SUS. Em que pese as conquistas, salientou que os desafios ainda são
2027 grandes para garantir saúde e qualidade de vida para o conjunto da população do país. Por
2028 fim, reforçou o seu compromisso e colocou-se à disposição para contribuir na luta para
2029 assegurar um SUS para todos e todas. **INFORME SOBRE O 4º CONGRESSO NACIONAL**
2030 **SOBRE A DOENÇA CELIACA, REALIZADO EM FORTALEZA, DE 3 A 5 DE MAIO E 10º**
2031 **ENCONTRO NACIONAL DAS ACELBRAS. Apresentação: Conselheira Nildes de Oliveira**
2032 **Andrade.** Segundo relato da conselheira, o congresso sobre a doença celíaca contou com 500
2033 inscritos e teve 41 trabalhos inscritos com premiação de três deles. Participaram do evento
2034 duas delegações da América Latina - Paraguai e Uruguai – e foi feita solicitação à
2035 FENACELBRA que encabece a organização de uma Federação Latino- América de Celíacos

2036 diante de sua expertise e organização de Acelbras nas cinco regiões do Brasil. Os participantes
2037 do Congresso e ACELBRA aprovaram a Carta de Fortaleza, que será enviada a vários
2038 setores da sociedade. Para comemorar o dia internacional da doença celíaca, 20 de maio, as
2039 ACELBRA farão ações em seus estados e municípios para divulgação da doença celíaca e
2040 orientação aos celíacos. Em São Paulo, será realizada “Oficina de culinária sem Glúten”, uma
2041 parceria FENACELBRA e High Gastronomy, no espaço Gourmet do mercado Municipal de São
2042 Paulo. O objetivo é esclarecer sobre as intolerâncias alimentares e mostrar através de receitas
2043 simples e saborosas que é possível mudar os hábitos sem perder o prazer de comer! A
2044 Fenacelbra enviou convite para estes dois eventos aos conselheiros/as do CNS. Finalizando as
2045 comemorações do mês de maio, a FENACELBRA, em parceria com o Centro Brasileiro de
2046 Apoio a Nutrição - CBAN, realizará o Congresso Internacional de Nutrição Especializada dias
2047 25 e 26, no Rio de Janeiro, com a presença de vários especialistas. **INFORME DA REUNIÃO**
2048 **DA COMISSÃO DE INTERSETORIAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA,**
2049 **DO ADOLESCENTE E DO JOVEM E ENCAMINHAMENTOS –** Conselheiro Clóvis Bouffleur
2050 enumerou os encaminhamentos da reunião da Comissão, quais sejam: 1) Recomendar ao
2051 Ministério da Saúde processo de articulação com a Comissão de Intersetorial de Atenção
2052 Integral à Saúde da Criança, do Adolescente e do Jovem do CNS para a construção da Política
2053 Nacional da Saúde da do Adolescente e do Jovem. 2) Propor ao Conselho Nacional da Criança
2054 e Adolescente (Conanda) pautar os cuidados com a saúde do adolescente e jovem privado de
2055 liberdade para definir parâmetros de assistência à saúde, com redação de recomendação aos
2056 gestores de saúde e das ações socioeducativas para que façam a adesão à Política Nacional
2057 de Saúde de Adolescentes e Jovens privados de liberdade (PNAISARI). 3) Divulgar para a
2058 sociedade, com a participação do Ministério de Desenvolvimento e Combate à Fome, a oferta
2059 de ações públicas de promoção e prevenção da violência nos municípios, especialmente os
2060 serviços desenvolvidos pelos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS). 4) Incluir o
2061 tema da Proteção da Saúde do Trabalhador Jovem, na condição de aprendiz, nas pautas da
2062 Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde. 5) Recomendar ao Ministério da Saúde que
2063 defina recursos financeiro no orçamento e promova articulação técnica com o Ministério da
2064 Educação para mudanças curriculares que propiciem a formação e atuação de profissionais
2065 especialistas em pediatria no Sistema Único de Saúde, e a inclusão de temas pertinentes à
2066 atenção à criança e adolescente nos currículos de formação e capacitação multiprofissionais.
2067 6) Promover junto ao Ministério da Educação a inclusão de cardápios alimentares saudáveis e
2068 adequados nas escolas que contemplem as necessidades alimentares especiais, como
2069 celíacos, diabéticos e outros. 7) Acompanhar o Programa Saúde nas Escolas que inclui temas
2070 transversais de saúde e alimentação, como a Semana Saúde na Escola, que aconteceu em
2071 março de 2012. 8) Recomendar aos serviços de saúde que após a amamentação exclusiva
2072 aconteça o diagnóstico precoce de doenças relacionadas com restrição alimentar, como por
2073 exemplo a doença celíaca. 9) Recomendar ao Ministério da Saúde que avalie estratégias para
2074 atenção primária do SUS absorver com qualidade usuários com doenças agudas passíveis de
2075 receberem a assistência nas unidades básicas de saúde. 10) Discutir na próxima reunião desta
2076 Comissão a situação do crack e outras drogas. O Presidente do CNS solicitou aparte para
2077 informar e convidar o CNS para participar da solenidade de lançamento, pela Presidente Dilma
2078 Rousseff, no dia 14 de maio de 2012, de iniciativa de integração de um conjunto de ações
2079 voltada à primeira infância. **REGISTRO SOBRE O DIA INTERNACIONAL DA TALASSEMIA, 8**
2080 **DE MAIO. Apresentação:** Conselheiro Juares Pires. **INFORME SOBRE O CONSELHO**
2081 **MUNICIPAL DE SÃO PAULO.** Conselheira Júlia Maria Roland informou que foram resolvidas
2082 as divergências relativas ao processo de eleição e renovação do CMS/SP, com
2083 reconhecimento, pela Secretaria de Saúde, do processo realizado pelo Conselho. Também
2084 solicitou que fosse incluído na pauta da próxima reunião o levantamento sobre a paridade dos
2085 conselhos de saúde. Adiantou que o processo de adesão ao SIACS está lento e frisou que é
2086 necessário envolver os conselhos de saúde no processo de mobilização, além de utilizar as
2087 plenárias estaduais como espaço para incentivar o preenchimento dos dados. **Acordou-se que**
2088 **o levantamento sobre a paridade dos conselhos de saúde será pauta na próxima reunião**
2089 **da Mesa Diretora do CNS. INFORME DA REUNIÃO DO GT DE MONITORAMENTO DAS**
2090 **DELIBERAÇÕES DAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE -** Conselheiro Alcides Silva de Miranda
2091 informou que o GT reuniu-se e elaborou minuta de resolução sobre monitoramento das
2092 deliberações das conferências de saúde e a proposta é submetê-la à apreciação da Mesa
2093 Diretora do CNS, na próxima reunião, na linha de ser referendada, para apresentação no
2094 seminário com representantes de conselhos estaduais e municipais de saúde. Na Reunião
2095 Ordinária do CNS do mês de junho a proposta seria apresentada ao Plenário para referendo.

2096 Seguindo com os informes, Conselheiro **Abrahão Nunes** perguntou se o Ministério da Saúde
2097 tomou conhecimento da denúncia de utilização de medicamento proibido no país, em especial
2098 em Pernambuco e informou que se afastará do CNS até o mês de outubro. De antemão,
2099 agradeceu a oportunidade de participar do CNS e pelo aprendizado nesses dois anos.

2100 **INFORME SOBRE O SEMINÁRIO DE MULHERES E ACOMPANHAMENTO DA MP 557/2011**
2101 - Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares**, a respeito do seminário nacional de saúde
2102 das mulheres, solicitou mais dez passagens para atender aos pleitos de participações e o
2103 Ministro da Saúde comprometeu-se a verificar a possibilidade de viabilizar essas passagens. A
2104 propósito do acompanhamento da MP 557/2011, informou que se reuniu com o líder do
2105 governo na Câmara dos Deputados e, naquela tarde, seria indicado relator para a Medida.
2106 Disse que, caso não fosse votada até o final do mês de maio, a Medida seria extinta.

2107 **INFORME E SOLICITAÇÃO DE Pauta no CNS – VIOLÊNCIA CONTRA OS POVOS**
2108 **INDÍGENAS EM ESPECIAL NO MATO GROSSO DO SUL E ALTO ÍNDICE DE SUICÍDIO E**
2109 **DE HOMICÍDIOS** - Conselheiro **Fernando Souza** informou que, nos últimos dez anos, ocorrem
2110 555 suicídios e 337 homicídios entre índios, assim, dada a gravidade da situação, solicitou que
2111 o tema seja debatido no CNS. **A solicitação será enviada à Mesa Diretora do CNS a fim de**
2112 **ser incluída nas pendências. INFORME SOBRE ASSASSINATO DE RADIALISTAS NO**
2113 **MARANHÃO E REALIZAÇÃO DE PLENÁRIAS MUNICIPAIS EM SÃO PAULO PARA**
2114 **ESCOLHA DE NOMES E POSTERIOR DEFINIÇÃO DE COORDENADOR PARA PLENÁRIA.**
2115 *Apresentação:* Conselheiro **Arnaldo Marcolino**. **INFORME SOBRE O PROCESSO DE**
2116 **PREPARAÇÃO DA XVII PLENÁRIA DE CONSELHOS. DATA: 9 E 10 DE JULHO.** A
2117 representante da coordenação de Plenária de Conselhos, **Maria das Graças de Souza**,
2118 explicou que o processo de preparação da Plenária já se iniciou e a pauta proposta é a
2119 seguinte: Decreto nº. 7.508/2011, acórdão, LC nº. 141/2012. No mais, salientou que as
2120 proposições do CNS serão acatadas e trabalhadas em conjunto. **INFORME DA REUNIÃO DA**
2121 **COMISSÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA O CONTROLE SOCIAL DO SUS E**
2122 **ENCAMINHAMENTOS.** Data: 23 e 24 de abril. Conselheiro **José Eri de Medeiros** informou
2123 que, na reunião, a Comissão definiu, entre outros encaminhamentos, a continuidade do projeto
2124 para realização do segundo laboratório de inclusão das políticas públicas – OPAS, MS e CNS,
2125 com experiências da América Latina; realização do 2º seminário internacional sobre o tema;
2126 realização de seis seminários nacionais em 2012. Explicou que o CNS deveria solicitar a
2127 autorização do CNS para continuidade do projeto. **No mais, apresentou a proposta de**
2128 **realizar reunião descentralizada do CNS em 2012. A proposta será levada para debate na**
2129 **Mesa Diretora do CNS. INFORME SOBRE A MOBILIZAÇÃO NACIONAL CONTRA O**
2130 **TEXTO DO PL QUE DEFINE O ATO MÉDICO** - 30 de maio, na Esplanada dos Ministérios.
2131 *Apresentação:* Conselheira **Maria Crisithina Pedro Biz**. **ENCAMINHAMENTOS DA REUNIÃO**
2132 **DO GT – SEMINÁRIO DO MINISTÉRIO PÚBLICO E CONTROLE SOCIAL** – Conselheira **Ruth**
2133 **Ribeiro Bittencourt** apresentou, para conhecimento, a proposta, elaborada pelo GT do CNS,
2134 de programação para o “1º Seminário Nacional permanente de Articulação entre o Ministério
2135 Público e o Controle Social”. Na proposta do Grupo, são 328 participantes para debate dos
2136 seguintes temas: Mesa 1: Controle Social e o seu papel na democratização do direito à saúde;
2137 Mesa 2: Articulação entre o Controle Social e o Ministério Público nas instâncias federativas; e
2138 Mesa 3: Construindo Agenda permanente entre o Ministério Público e o Controle Social.

2139 **PROJETO CNS/TV CANAL SAÚDE** - aprovado na 223ª Reunião Ordinária do CNS - 5 e 6 de
2140 julho/2011 e proposta da CICIS – reunião 18 e 29 de abril/2012. Conselheira **Maria de**
2141 **Lourdes Rodrigues** apresentou a proposta do Programa Sala de Convidados, a realizar-se
2142 nos meses junho, agosto e outubro de 2012, com os temas: 1 - Movimento Nacional em Defesa
2143 da Saúde Pública - Entrevista sobre a mobilização para aprovação do Projeto de Lei de
2144 Iniciativa Popular que assegure o repasse efetivo e integral de 10% das receitas correntes
2145 brutas da União para o SUS. Convidados: - COFIN/CNS. 2 - Combate ao desperdício de
2146 recursos e promoção da transparência na saúde - Ênfase no controle social para estimular
2147 participação direta da sociedade e disseminar mecanismos de denúncias, fortalecendo o
2148 público e a transparência na gestão. Convidados: MS, CGU e CNS. 3 – Responsabilidade
2149 Fiscal e Responsabilidade Sanitária: reflexão sobre o papel do gestor na saúde - Entrevista
2150 sobre o Projeto de Lei que dispõe sobre a responsabilidade sanitária dos agentes públicos e a
2151 aplicação de penalidades administrativa, como contraponto ao contingenciamento que resulta
2152 da LRF. Convidados: Deputado Rosinha, MS, CONASS e CNS. Não houve deliberação, uma
2153 vez que a proposta já havia sido aprovada pelo CNS. Conselheira **Júlia Maria Roland** retomou
2154 o debate sobre a Plenária de Conselhos, prevista para os dias 9 e 10 de julho, para ponderar a
2155 possibilidade de realizar a Plenária Nacional após as plenárias estaduais e o processo eleitoral,

a fim de ajustar o debate político e as estratégias ao novo quadro do país. A seguir, houve um breve debate e esse respeito, com argumentos favoráveis à realização da Plenária Nacional na data já aprovada pelo CNS, de um lado e defesa de adiamento da atividade para 2013.

Deliberação: o Plenário decidiu manter a realização da XVII Plenária Nacional de Conselhos na data previamente aprovada, dias 9 e 10 de julho. Será feito debate na Mesa Diretora do CNS para acelerar o processo de mobilização para realização da Plenária nessa data.

V CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA – Conselheiro **Clóvis Boufleur** propôs a composição de um GT, formado por cinco conselheiros, para construir tema, subtema e eixos temáticos da Conferência e apresentar ao CNS em julho ou agosto de 2012.

Proposta de composição do Grupo: dois representantes indígenas, um usuário, um trabalhador e um do Ministério da Saúde (Antônio Alves, Secretário da SESAI).

Deliberação: aprovada a formação de um GT, composto por cinco conselheiros, para elaborar tema, subtema e eixos temáticos para apresentar ao CNS em julho ou agosto de 2012.

Proposta de composição do Grupo: dois representantes indígenas, um usuário, um trabalhador e um do Ministério da Saúde (Antônio Alves, Secretário da SESAI).

INDICAÇÕES. CONVITE AO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE PARA COMPOR O COMITÊ DE MOBILIZAÇÃO SOCIAL PARA A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, A SER INSTITUÍDO EM BREVE POR PORTARIA MINISTERIAL.

Indicação: conselheira Sandra Régis. INDICAÇÃO PARA SUPLENÇA NA COFIN/CNS.

Proposta: substituição da Confederação da População Afro Brasileira pela Rede Nacional de Saúde da População Negra.

Indicação: aprovada a indicação da Rede Nacional de Saúde da População Negra para compor a COFIN/CNS em substituição à Confederação da População Afro Brasileira.

ITEM 8 – COMISSÃO PERMANENTE DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO - PRESTAÇÃO DE CONTAS DO CNS 1º QUADRIMESTRE - RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO – 2011 - LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL - RESOLUÇÃO COFIN

Composição da mesa: Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério**, Coordenador da COFIN; **Márcio Florentino Pereira**, Secretário Executivo do Conselho Nacional de Saúde; e **João Carlos**, da Subsecretaria da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento – SPO/MS.

Coordenação: Conselheiro **Jorge Alves Venâncio**, da Mesa Diretora do CNS.

Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** começou com informe sobre o debate do Relatório Anual de Gestão 2011, destacando que fora apreciado na última reunião da COFIN e em outras duas reuniões. Além disso, no dia anterior, em reunião com a SPO, foram entregues mais documentos sobre o Relatório. Disse que o RAG e a prestação de contas do primeiro quadrimestre de 2012 serão objeto de debate na próxima reunião da COFIN, com emissão de parecer para subsidiar a deliberação do CNS sobre esses temas na sua próxima reunião. Também conclamou os conselheiros a participar do seminário nacional sobre a Lei Complementar nº. 141/2012, organizado pela COFIN, a realizar-se nos dias 29 e 30 de maio. No mais, informou que o controle social sofreu uma derrota com a não aprovação do projeto de taxação das grandes fortunas na Comissão de Seguridade Social e Família. Além disso, comunicou que, na última reunião da COFIN, a Secretaria Executiva do CNS apresentou a prestação de contas do Conselho relativa ao 1º quadrimestre de 2012. Após esses informes do coordenador da COFIN/CMS, o Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino**, discorreu sobre a prestação de contas do CNS relativa ao 1º quadrimestre de 2012. Explicou que o orçamento do CNS é de R\$ 10 milhões distribuídos nas especificações: eventos, passagens, diárias, capital, Termo de Cooperação OPAS; e publicações. Informou que a prestação foi apreciada e aprovada pela COFIN, na sua última reunião, com a sugestão de detalhar, de forma mais clara, a execução dos recursos do Termo de Cooperação OPAS. No mais, salientou que a COFIN manifestou preocupação com as despesas do CNS relativas a diárias e passagens e recomendou ajuste das atividades a fim de não comprometer o exercício do orçamento aprovado para o Conselho. Finalizando, o Secretário Executivo do CNS avaliou que é necessário ajustar as atividades meio e fim do CNS, com redefinição da dinâmica dos GTs e outras atividades do Conselho.

Deliberação: aprovada, por consenso, a prestação de contas do CNS relativa ao 1º quadrimestre de 2012.

Seguindo, conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** informou que serão agendadas reuniões, até o mês de junho, com áreas do MS – SAS, Departamento de Atenção Básica e Ciência e Tecnologia – para debater a necessidade de modificar a lógica do financiamento da saúde, com investimento maior em atenção básica. Também comunicou que, atendendo à solicitação da COFIN, a SPO disponibilizou relatório sobre restos a pagar e uma síntese desse documento será encaminhada aos prefeitos, uma vez que a intenção é realizar força tarefa para diminuir o volume de restos a pagar que, hoje, gira em torno de R\$ 14 bilhões. O representante da SPO/MS, **João Carlos**, informou que o levantamento sobre a situação dos restos a pagar será concluído até o final do mês e

encaminhado à COFIN e ao CNS. Frisou ainda que a SPO tem trabalhado em conjunto com as demais áreas do Ministério da Saúde para responder, da melhor forma possível, as demandas colocadas pela COFIN. Conselheira **Rosângela da Silva Santos** perguntou se foi concluído o levantamento que solicitou ao Ministério da Saúde acerca das ações específicas voltadas à saúde das pessoas com patologias, na linha de oferecer subsídios para acompanhamento da eficácia das ações. O representante da SPO/MS, **João Carlos**, comprometeu-se a trazer essa informação à Conselheira Rosângela Santos. Conselheiro **José Eri de Medeiros** solicitou o envio de cópia do material sobre Restos a Pagar aos conselheiros, para servir de subsídio para debate, inclusive, no Congresso do CONASEMS. Também saudou a COFIN pela iniciativa de discutir com áreas do MS a inversão da lógica do investimento em saúde, com prioridade à atenção básica. Ressaltou que esse é um tema de base e, por essa razão, priorizado pelo CNS e solicitou que a pauta da COFIN, dada a sua importância, seja uma das primeiras das reuniões do CNS. **O Relatório Anual de Gestão será tratado na próxima reunião do CNS.** Conselheiro **Jorge Alves Venâncio** agradeceu os convidados e encerrou este item. Conselheiro **Haroldo Pontes** também solicitou que a Mesa Diretora do CNS defina pautas das reuniões do CNS mais factíveis de serem cumpridas nos dois dias de duração. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino**, explicou que na próxima reunião da Mesa Diretora do CNS seria debatida proposta para organizar melhor a dinâmica das reuniões do Conselho.

ENCERRAMENTO – Nada mais havendo a tratar, o Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino**, encerrou a 233ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os seguintes conselheiros no segundo dia de reunião: *Titulares* - **Abrahão Nunes da Silva**, Central de Movimentos Populares; **Alcides Silva de Miranda**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); **Alexandre Rocha Santos Padilha**, Ministério da Saúde (MS); **Cleuza C. Miguel**, Movimento dos Portadores de Esclerose Múltipla (MOPEM); **Clóvis A. Bouffleur**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos (FENAPSI); **Fernando S. Souza**, Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena; **Francisco Batista Júnior**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social/Central Única dos Trabalhadores; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil (CGTB); **José Carrijo Brom**, Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO); **José Marcos de Oliveira**, Movimento Nacional de Luta Contra a Aids; **Lorena Baía**, Conselho Federal de Farmácia; **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos**, Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; **Marisa Furia Silva**, Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Maria Thereza Antunes**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down; **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Nildes de Oliveira Andrade**, Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil (FENACELBRA); **Paulo Guilherme Romano**, Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo; **Rosângela da Silva Santos**, Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil (FARBRA); **Ruth Ribeiro Bittencourt**, Conselho Federal de Serviço Social (CFESS); **Sandra Regis**, Associação Brasileira dos Delegados e Amigos da Confederação Espírita Pan-Americana (CEPA Brasil); **Ubiratan Cassano Santos**, União Nacional dos Estudantes (UNE); **Verônica Lourenço da Silva**, Liga brasileira de Lésbicas (LBL); e **Wilen Heil e Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). *Suplentes* - **Arnaldo Marcolino**, Rede Nacional de Controle Social e Saúde da População Negra; **Carlos Alberto E. Duarte**, Movimento Nacional de Luta Contra a Aids; **Conceição Aparecida Accetturi**, Sociedade Brasileira de Profissionais em Pesquisa Clínica (SBPPC); **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Elísio Nunes Ribeiro**, Sindicato Nacional dos Servidores das Agências Reguladoras (SINAGENCIAS); **Eliane Aparecida da Cruz**, Ministério da Saúde (MS); **Eurídice Ferreira de Almeida**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores das Universidades Brasileiras (FASUBRA); **Fernando Antônio M. Silva**, Ministério da Saúde; **Geordeci Menezes de Souza**, Central Única dos Trabalhadores (CUT); **Geraldo Adão dos Santos**, Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas (COBAP); **Gilene José dos Santos**, Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados Pensionistas e Idosos (SINTAPI); **Gilson Silva**, Força Sindical; **Graciara Matos de Azevedo**, Conselho Federal de Odontologia (CFO); **Haroldo Pontes**; **Jeferson Seidler**, Ministério do Trabalho e Emprego; **José Eri Medeiros**, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); **Juares Pires de Souza**, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (ABRALE); **Júlia Maria S. Roland**, Ministério da Saúde (MS); **Laudeci V. dos Santos**, Associação Nacional de Grupos de Pacientes Reumáticos (ANAPAR);

2276 **Lucimar Batista da Costa**, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela
2277 Hanseníase (MORHAN); **Marcos Antônio Gonçalves**, Federação Nacional das Associações
2278 para Valorização de Pessoas com Deficiência (FENAVAPE); **Maria Erminia Ciliberti**, Conselho
2279 Federal de Psicologia (CFP); **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos
2280 Assistentes Sociais (FENAS); **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas
2281 (CFN); **Olympio Távora Derze Correa**, Confederação Nacional da Saúde, Hospitais,
2282 Estabelecimentos e Serviços (CNS); e **Rose Mary Oliveira**, Ministério da Previdência Social.