



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

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

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

56 Regulamenta a Lei 11.445/2007; 5) Lei 12.305/2010 – Institui a Política Nacional de Resíduos
57 Sólidos; 6) Decreto 7.404/2010 – Regulamenta a Lei 12.305/2010; e 7) Resoluções do
58 Conselho das Cidades. Falou do processo de participação social na elaboração do Plano com
59 destaque para: 2008 - criação do Grupo de Trabalho Interministerial - Portaria nº. 462, de
60 24/09/2008, do MCidades: apreciou e aprovou o Projeto Estratégico de Elaboração do Plansab
61 e o Pacto pelo Saneamento Básico: Mais Saúde, Qualidade de Vida e Cidadania; 2008 –
62 aprovação do “Pacto” pelo ConCidades e homologação pelo Ministro das Cidades; 2009/2011
63 - elaboração do Estudo do Panorama do Saneamento Básico no Brasil pelas Universidades
64 UFMG, UFBA e UFRJ, contratadas pelo MCidades ; 2009 – criação do Grupo de Trabalho
65 Interinstitucional - GTI-Plansab - Decreto n.º 6.942, de 18/08/2009, e Portaria n. 634/2009 da
66 Casa Civil/PR com representantes do Governo Federal e da sociedade, com assento no
67 ConCidades, coordenado pelo MCidades, para a elaboração do Plansab; 2010/2011 -
68 discussão e aprovação da Proposta de Plansab no GTI-Plansab e no ConCidades; Maio/2011
69 – divulgação e debate da Proposta do Plansab em cinco seminários regionais e duas
70 audiências públicas; e Abril/2012 – recomposição dos representantes indicados por órgãos
71 públicos, segmentos da sociedade do ConCidades, CAIXA e BNDES. Explicou que, nos termos
72 do art. 58 do Decreto nº. 7.217/10, o PNSB será elaborado e revisado mediante procedimento
73 com as seguintes fases: I - diagnóstico; II - formulação de proposta; III - divulgação e debates;
74 IV - prévia apreciação pelos Conselhos Nacionais de Saúde, Meio Ambiente, Recursos
75 Hídricos e das Cidades; V - apreciação e deliberação pelo Ministro de Estado das Cidades; VI -
76 encaminhamento da proposta de decreto, nos termos da legislação; e VII - avaliação dos
77 resultados e impactos de sua implementação. Disse que na primeira rodada foram realizados
78 cinco seminários regionais, com 489 participantes, para levantamento dos problemas e
79 construção da visão estratégica. A segunda rodada, realizada em 2011, contou com 714
80 participantes, com cinco seminários regionais, para apresentação e discussão da proposta do
81 PLANSAB. Também destacou as duas audiências públicas realizadas no mês de maio de 2011
82 que contaram, respectivamente, com 94 e 77 pessoas. Detalhou que o Plano é composto por
83 Introdução; Bases legais; Princípios Fundamentais; Análise situacional; Cenários para a
84 Política de Saneamento Básico em 2030; Metas de curto, médio e longo prazos; Necessidades
85 de investimentos; Macrodiretrizes e estratégias; Programas; e Monitoramento, avaliação
86 sistemática e revisão. Explicou que os princípios fundamentais do PLANSAB são
87 universalização do acesso, equidade, integralidade, intersetorialidade, sustentabilidade dos
88 serviços, participação e controle social e matriz tecnológica. Fez um enfoque sobre a proposta
89 de concepção do PLANSAB que, contempla, entre outros, oficinas, seminários,
90 desenvolvimento dos cenários plausíveis e de referência, consulta Delphi: metas, definição de
91 macrodiretrizes e estratégias, análise situacional. Seguindo, apresentou um panorama atual do
92 setor de saneamento e metas previstas no PLANSAB, com destaque para os seguintes dados:
93 1) cobertura de abastecimento de água: 95,4%, sendo 33% de atendimento precário
94 (intermitência, qualidade da água – não está de acordo com a Portaria 2.914) e 62,4% de
95 atendimento adequado; 2) Esgotamento sanitário: 44,1% de atendimento precário, 46,8% de
96 atendimento adequado e 9% sem atendimento; 3) manejo de resíduos sólidos: 59,6% de
97 atendimento adequado, 27,3% de atendimento precário e 13% sem atendimento. Explicou
98 que, ao tratar de saneamento básico, consideram-se quatro componentes: 1) abastecimento de
99 água; 2) esgotamento sanitário; 3) manejo de resíduos sólidos; e 4) drenagem e manejo de
100 águas pluviais urbanas (também, não foi possível levantar dados sobre drenagem e manejo
101 apesar dos sérios problemas como inundações que causam óbitos e danos materiais). Para
102 mostrar a situação, citou dados sobre o abastecimento de água em domicílio: 3,1 milhões sem
103 acesso em áreas urbanas e 9 milhões na área rural; rendimento maior e déficit de
104 abastecimento menor; instrução menor maior o déficit; e maior déficit entre os não brancos:
105 76% (preto, amarelo, pardo e indígena). Mostrou um esquema com os efeitos diretos e
106 indiretos dos investimentos em saneamento, sendo: efeitos diretos: segurança e disposição do
107 excretas e efeitos indiretos - quantidade e qualidade. Retomando para o Plano, explicou que
108 foram trabalhados três cenários a partir dos condicionantes: política macroeconômica; papel do
109 estado; gestão e gerenciamento; investimento no setor; e matriz tecnológica. Salientou ainda
110 que o Plano prevê 23 metas, sendo 7 para Abastecimento de Água, 6 para Esgotamento
111 Sanitário, 5 para Resíduos Sólidos, 1 para Drenagem Urbana e 4 para Saneamento
112 Estruturante. Para ilustrar, citou as seguintes metas: a) abastecimento de água: de 91% em
113 2008 para 98% em 2030; esgotamento: de 60% em 2008 para 88% de cobertura em 2030; e
114 resíduos sólidos urbanos: 94% para 100% em 2030 (eliminação de rejeitos em 2014, nos
115 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 intersetoriais 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: 1^a: cenários (1 – o escolhido; e 2 e 3 para
128 comparação); 2^a: metas (evolução baseada nos indicadores do Plano); 3^a: indicadores
129 auxiliares (recursos hídricos, saúde, meio ambiente, desenvolvimento urbano); 4^a:
130 macrodiretrizes e estratégias (observância para a efetiva implementação); e 5^a: 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. Segundo, 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 Boufleur** 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 nº. 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. Segundo, 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 Eliotório** 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 **Rosangela 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

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

296 conselheiros devem contribuir com a FUNASA no acompanhamento e na fiscalização das
297 obras de saneamento. Salientou que, dada a sua importância, o tema deve ser objeto de
298 debate na Plenária de Conselhos de Saúde uma vez que os resultados das ações impactam
299 nas condições de saúde da população. Conselheiro **Clóvis Boufleur** explicou que é quase
300 90% dos municípios brasileiros com até 50 mil hab. Conselheiro **José Carrijo Brom** disse que
301 o tema é um dos maiores desafios do país para os próximos anos, no sentido de atender as
302 metas do milênio e por se tratar de um tema de inclusão social. Na linha de ressaltar a
303 importância da Política de Saneamento, citou, por exemplo, que os municípios com tratamento
304 de água possibilitam a fluoretação da água de abastecimento público, com redução de 60% da
305 cárie dentária. Frisou que esse debate perpassa o momento de debate político das eleições e
306 salientou que o posicionamento do CNS deve ser considerado nesse debate. Também
307 perguntou como estados e municípios estão sendo incluídos no debate a fim de garantir a
308 implementação das ações definidas. **Retorno da mesa.** O especialista em Infraestrutura/MC,
309 **Alexandre Araujo Godeiro Carlos** iniciou as suas considerações agradecendo as
310 contribuições dos conselheiros e informando que a proposta do PLANSAB será encaminhada
311 aos conselhos de saúde, de recursos hídricos e de meio ambiente para análise, mas está
312 disponibilizada no site do Ministério das Cidades para avaliação de qualquer cidadão. Também
313 disse que todas as documentações estão disponíveis no site do MC e a instrução normativa
314 está em processo de reformulação. Frisou que a discussão irá passar, obrigatoriamente, pelos
315 conselhos e, de forma deliberativa, pelo conselho das cidades. Informou que o tema foi
316 apresentado por duas vezes na CISAMA e a proposta do Plano foi apresentada no Congresso
317 do CONASEMS em Gramado. Destacou que há grandes desafios, entre eles: recursos
318 humanos, apoio para construção das políticas de participação, discussão apropriada nos
319 conselhos, recursos materiais para gestão (custeio). Também disse que o Plano apresenta
320 soluções para problemas levantados, inclusive acerca da área rural, mas não foi possível
321 aprofundá-las durante a apresentação. Acerca dos planos municipais, explicou que o art. 26, §
322 2º do Decreto 7.217 estabelece que os planos de saneamento básico devem ser elaborados de
323 forma participativa, contemplando os quatro componentes (esgotamento, abastecimento de
324 água, resíduos e drenagem e manejo de águas fluviais) e devem estar prontos até 1º de janeiro
325 de 2014 para acesso a recursos federais. Disse que o Ministério das Cidades dispõe de R\$ 76
326 milhões e a FUNASA irá dispor de mais recursos para a elaboração dos planos de saneamento
327 básico. Explicou ainda que a Lei de Saneamento estabelece que o horizonte do Plano é de 20
328 anos, portanto, o PLANSAB segue o disposto na lei. Frisou que o governo federal
329 disponibilizou recurso (R\$ 41 bilhões) e os municípios devem apresentar projetos, de acordo
330 com critérios, para receber esse recurso. Esclareceu ainda que os investimentos em medidas
331 estruturais e estruturantes estão coerentes com o Plano. Recomendou aos conselheiros que
332 façam uma leitura detalhada do Plano e, em nome do Ministério das Cidades, agradeceu e se
333 colocou à disposição. O diretor executivo da FUNASA, **Flávio Marcos Passos Gomes Júnior**,
334 respondeu às intervenções, destacando, inicialmente, a importância do debate do tema com
335 convite à FUNASA e ao Ministério da Saúde. Relatou as dificuldades enfrentadas pela
336 Fundação acerca da apresentação de projetos pelos municípios, o que resultou em um
337 montante de R\$ 4 bilhões inscritos em Restos a Pagar. Explicou que, antes, a Fundação
338 firmava convênio com os municípios antes da aprovação total do projeto, com inclusão dos
339 recursos em Restos a Pagar. Para evitar essa situação, a FUNASA modificou a metodologia:
340 firmar convênios ou termos de compromissos mediante projetos aprovados, a fim de receber a
341 liberação de recursos no exercício. No mais, destacou o problema da qualidade das empresas,
342 da falta de profissionais na área de saneamento. Lembrou também que a FUNASA repassa
343 recursos para aos municípios que realizam licitações e contratação de empresas para
344 execução das obras. Frisou que o principal problema enfrentado nas obras refere-se a projetos
345 mal elaborados e que a FUNASA possui uma política de incentivo à criação de consórcios e
346 alguns estados já firmaram essa iniciativa como, por exemplo, Santa Catarina. Lembrou que há
347 grandes necessidades e poucos recursos e, por isso, é preciso definir critérios para atender a
348 população da melhor maneira possível. Destacou que a qualidade da água de abastecimento é
349 responsabilidade dos estados com apoio da FUNASA e também tem sido firmados consórcios
350 para tratar de resíduos sólidos e qualidade da água. Informou ainda que há um GT da FUNASA
351 e SVS que debate a questão do uso de agrotóxicos com o objetivo de definir saídas para essa
352 questão. No que se refere a resíduos sólidos hospitalares, recordou que não se trata de uma
353 atribuição da FUNASA. Também fez referência à aproximação do MS com a FUNASA, o que
354 possibilitou a melhoria da gestão. Por fim, disse que é preciso unir esforços para vencer os
355 desafios apontados e salientou a importância de mais um momento de debate desse tema no

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

416 especial as que buscam organizar e promover a assistência farmacêutica nos setores
417 público e privado. Recomenda o veto presidencial ao artigo 8º da Medida Provisória (MP)
418 nº 549-B, de 25 de abril de 2012.” A seguir, Conselheiro **Francisco Batista Júnior** referiu-se
419 à lei aprovada no Estado de São Paulo que estabelece a venda de 25% dos leitos de hospitais
420 públicos, administrados por organizações sociais, o que, no seu modo de ver, aprova a falência
421 do modelo do Estado em relação à terceirização. Explicou que uma primeira decisão da justiça
422 foi favorável ao SUS e o governo entrou com agravo que será julgado no dia 15 de maio de
423 2012. Portanto, disse que o CNS deveria tomar posição a respeito para ser encaminhada ao
424 Judiciário do Estado de São Paulo, a fim de assegurar vitória do controle social. Também
425 relatou a denúncia de transferência do hospital de Ipanema/RJ para administração estadual do
426 Rio de Janeiro com a finalidade de ser entregue também a organização social. Considerando o
427 entendimento de que cabe ao CNS deliberar sobre o tema, sugeriu que o CNS se posicione a
428 respeito. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** lembrou que já havia trazido essa questão ao
429 CNS e o Plenário já havia se manifestado a respeito. **A propósito, acordou-se que os**
430 **conselheiros Francisco Batista Júnior, José Marcos de Oliveira e Arnaldo Marcolino**
431 **redigiriam um texto para ser apresentado ao CNS.** Definido esse ponto, a mesa suspendeu
432 para o almoço. Retomando às 14h25, a mesa deu continuidade à pauta. **ITEM 4 –**
433 **CONTINUAÇÃO DO DEBATE - COMBATE À CORRUPÇÃO E AO DESPERDÍCIO NA**
434 **SAÚDE** - Apresentação: **Valdir Agapito**, Secretário Federal de Controle Interno da
435 Controladoria Geral da União –CGU; **Solimar Vieira da Silva Mendes**, Presidente da União
436 Nacional dos Auditores do SUS – UNASUS; e **Adalberto Fulgêncio dos Santos Júnior**,
437 Diretor do Departamento de Auditoria do SUS– DENASUS. Coordenação: Conselheiro **Jurandi**
438 **Frutuoso Silva**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheiro **Jurandi Frutuoso Silva**
439 contextualizou que o tema foi incluído na pauta novamente, diante da deliberação do CNS, na
440 sua última reunião, de dar continuidade ao debate, com a participação da CGU, do DENASUS
441 e da UNASUS. Feito esse resgate, passou a palavra ao Secretário Federal de Controle Interno
442 da Controladoria Geral da União, **Valdir Agapito**, que iniciou a sua fala agradecendo o convite
443 e salientando que a saúde é para a Controladoria uma das áreas mais importantes do governo
444 tendo em vista o volume de denúncias e de recursos envolvidos. Desse modo, disse que a
445 CGU encaminhou Nota Técnica ao Ministério da Saúde recomendando, entre outras questões,
446 a informatização da prestação de contas dos recursos repassados Fundo a Fundo e um
447 decreto fundo a fundo obrigando a vinculação de cada pagamento a uma ordem bancária.
448 Segundo informou, a solicitação da Controladoria foi acolhida pelo MS e o Decreto com essa
449 determinação está em vigor, mas tem sido descumprido. Feitas essas considerações iniciais,
450 passou a discorrer sobre o tema em pauta “combate à corrupção e ao desperdício na saúde”.
451 Começou inicialmente explicando que a CGU é o órgão de controle interno do governo federal
452 responsável pela função correicional, pela prevenção e combate à corrupção. Para melhor
453 compreensão, distinguiu controle interno, a cargo da CGU, e controle primário, a cargo de
454 todos os gestores públicos. Detalhou que se configuram ações da CGU: ação avaliativa –
455 auditorias e fiscalizações; ações punitivas – correições; ações de ouvidoria – incentivo à
456 participação da sociedade; e ações preventivas: transparência, capacitação (municípios,
457 conselhos e gestores federais) e acompanhamento da despesa. Seguindo, explicou que o
458 orçamento da saúde totaliza R\$ 91 bilhões, com dez programas e 182 ações e a transferência
459 de recursos a estados e municípios, por meio dos seis blocos de financiamento, dificulta o
460 acompanhamento dos resultados das programações aprovadas pelo Congresso Nacional.
461 Esclareceu que o controle da execução dos programas de governo inclui: acompanhamento
462 sistemático (a partir do mapeamento das políticas públicas afetas a cada ministério, da
463 hierarquização e da priorização dessas políticas, é elaborada estratégia para acompanhar, por
464 amostragem, a execução de programas selecionados); e fiscalização a partir de sorteios
465 públicos (a CGU usa o mesmo sistema de sorteio das loterias da Caixa para definir, por
466 amostragem, as áreas municipais e estaduais a serem fiscalizadas quanto ao correto uso dos
467 recursos federais transferidos). Mostrou um quadro com ações de governo em
468 acompanhamento com destaque para Saúde da Família, MAC, medicamentos, saneamentos,
469 entre outras. Detalhando, mostrou as principais constatações do acompanhamento da CGU,
470 por áreas: Piso de Atenção Básica - PAB Fixo, Piso de Atenção Básica - Saúde da Família,
471 Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos e Serviços Urbanos de Água e
472 Esgoto. Em relação ao Piso de Atenção Básica - PAB Fixo, as principais constatações foram:
473 irregularidades nos processos licitatórios, nos contratos ou no recebimento de produtos e
474 serviços; utilização dos recursos do PAB Fixo em objetos destoantes; ausência de elaboração
475 do Plano Municipal de Saúde e/ou do Relatório Anual de Gestão; deficiências nos registros de

476 movimentação do Fundo Municipal de Saúde; falta de controle nos registros do Fundo
477 Municipal de Saúde; composição/funcionamento inadequado do Conselho Municipal de Saúde
478 – CMS. A respeito do Piso de Atenção Básica - Saúde da Família, as constatações principais
479 foram: cerca de 70% dos profissionais de formação superior não cumprem a carga horária
480 semanal prevista, que é de 40h; perto de 50% dos Agentes Comunitários de Saúde não
481 dispõem de materiais/equipamentos necessários ao bom desempenho de suas funções;
482 aproximadamente 10% das equipes do PSF que compuseram amostra não estavam
483 implantadas; em torno de 20% dos municípios fiscalizados houve desvio de finalidade na
484 aplicação dos recursos do PSF; e médicos com diversos vínculos municipais. No que se refere
485 à Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, as principais constatações
486 da CGU foram: falta de medicamentos; condições de armazenagem inadequadas; controle de
487 estoque deficiente/inexistente; medicamentos vencidos e/ou com validade próxima do
488 vencimento; fraude em processo licitatório; aquisição de medicamentos com preço superior ao
489 praticado no Banco de Preços/MS e/ou em outras fontes de consulta; e não efetivação da
490 contrapartida estadual e/ou municipal. A respeito dos Serviços Urbanos de Água e Esgoto, as
491 principais constatações foram: irregularidade na execução de procedimento licitatório e/ou de
492 contrato, inclusive fraude/indícios de fraude nesses procedimentos; falhas na concepção dos
493 projetos de engenharia pelas prefeituras, resultando em morosidade na aprovação por parte da
494 concedente; e não alcance do objetivo do convênio, ou seja, a população do local não foi
495 beneficiada pelo empreendimento construído. Também mostrou um quadro com o número de
496 Tomadas de Contas Especiais instauradas, concluídas e enviadas ao TCU (2003 a 2010),
497 sendo que, no caso Ministério da Saúde, foram 2.709, totalizando R\$ 1.549 milhões. Também
498 discorreu sobre a auditoria investigativa que inclui: auditorias especiais em órgãos e entidades
499 federais onde a CGU tenha identificado problemas mais graves; apuração de denúncias de
500 cidadãos ou da imprensa; fiscalizações decorrentes de representações do Ministério
501 Público, Polícia Federal, Parlamentares e outras autoridades; e Operações Especiais com a
502 Polícia Federal. A respeito das Operações Especiais da Polícia Federal e da CGU, detalhou
503 que foram realizadas 54 envolvendo as áreas da educação e saúde. Também tratou da
504 auditoria especial realizada nos Hospitais Federais do Rio de Janeiro que teve por escopo os
505 valores pagos de 2009 a abril/2011, totalizando R\$ 887.996.706,84. A partir das análises
506 realizadas pela CGU e após as manifestações dos gestores responsáveis, disse que foi
507 identificado, como potencial prejuízo aos cofres públicos, o valor de R\$ 96.512.294,18.
508 Detalhou que as principais constatações da auditoria especial nos Hospitais Federais do RJ
509 foram as seguintes: superfaturamento em pagamentos realizados; contratação com preços
510 superiores aos praticados na Administração Pública ou no mercado; morosidade para início da
511 licitação provocando contratação emergencial; atrasos em obras por má gestão administrativa;
512 serviços executados em desconformidade com o contratado; estoque de insumos e
513 medicamentos com prazo de validade expirado; ausência de localização de insumos e
514 medicamentos adquiridos; ociosidade de equipamento alugado; indícios de direcionamento e
515 conluio entre licitantes; indícios de montagem de pesquisa de preços; e pagamento sem
516 cobertura contratual. Para melhor entendimento do problema, esclareceu que a Lei nº
517 8.666/1993 não alcança a figura do empresário, ou seja, a empresa que comete fraude fica
518 inidônea, mas o sócio pode abrir outra empresa e concorrer em outras licitações. Disse que,
519 diante das constatações da CGU, as principais medidas adotadas pelo Ministério da Saúde
520 foram as seguintes: centralização de compras de bens e serviços no DLOG; lançamento de 32
521 licitações para substituir os contratos em andamento; aperfeiçoamento do Departamento de
522 Engenharia para Aprimoramento na elaboração de projetos; lançamento de licitações para
523 substituição dos contratos de locação de equipamentos por compra destes; e criação de Grupo
524 de Trabalho para análise dos contratos de serviços, locação de equipamentos e compras de
525 insumos. Explicou que os resultados das ações de Controle são encaminhados, entre outros,
526 para: Corregedoria: sanções administrativas internas; Ministérios Gestores: melhorias
527 gerenciais e sanções administrativas internas; Senado/Câmara: controle político; TCU: controle
528 externo (sanções administrativas); AGU: ações civis; e PF - ações civis e penais. Por fim, listou
529 os avanços recentes para aprimorar o controle das transferências. Em relação ao controle e
530 transparéncia da aplicação de Recursos vinculados a convênios, contratos de repasses e
531 Termos de Parceria, explicou que o Decreto nº. 6.170/2008 instituiu o SICONV que permite:
532 ênfase na transparéncia à sociedade; automação de todo o ciclo das transferências; facilidades
533 para fiscalização e controle; identificação do beneficiário final de cada pagamento; e prestação
534 de contas eletrônica no Portal. Também destacou o Decreto 7.507/2011, que define
535 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

596 Sistema, lembrando inclusive que a saúde é o único setor que a incorporação de tecnologia
597 encarece os procedimentos. Finalizando, disse que é preciso promover o diálogo entre os
598 órgãos de controle e aproveitar o advento da Lei nº. 141/2012 para criação de um Sistema
599 Nacional de Auditoria com componentes estaduais, nas capitais e em, pelo menos, cidades
600 com até 500 mil/hab. **Manifestações.** Conselheira **Jovita José Rosa**, representante da
601 UNASUS no CNS, iniciou a sua fala salientando que a Lei nº. 10.683/2003 determina como
602 competência do MS a coordenação e a fiscalização do SUS. Salientou que a falta de controle
603 tem custo maior que o controle e, nessa linha, reiterou a luta pela carreira de auditoria do SUS,
604 com a criação do cargo de auditor. Também informou que a Lei nº. 8.689/1993, que instituiu o
605 SNA, determinou ao MS o prazo máximo de 90 dias para elaboração de projeto a ser
606 encaminhado ao Congresso Nacional. Além disso, acrescentou que a norma determina que ao
607 CNS cabe acompanhar a implementação desse sistema. Lembrou, inclusive, que as últimas
608 conferências de saúde deliberaram favoravelmente pela criação do cargo de auditor do SUS e,
609 apesar dos reiterados pedidos para estabelecer o Sistema de Auditoria do SUS de fato e de
610 direito, nada foi feito nesse sentido. No mais, disse que CGU, TCU e DENASUS devem realizar
611 trabalho conjunto para evitar a duplicitade de ações de controle. Conselheiro **Abrahão Nunes**
612 **da Silva** comentou aspectos levantados nas falas dos expositores e destacou, na sua visão,
613 que a Lei LC nº. 141/2012, da forma como está, não consolida o controle social e o que se tem
614 hoje é um sistema democrático, criado pela burguesia, para controlar o povo brasileiro.
615 Também disse que é preciso refletir sobre qual é o real interesse do governo e da burguesia
616 brasileira em acabar com a corrupção no país, com controle e fiscalização efetivos e
617 mecanismos de punição. Conselheira **Rosangela da Silva Santos** iniciou perguntando qual a
618 responsabilidade dos órgãos de controle em informar a população na busca da garantia dos
619 seus direitos. Também solicitou ao representante do CGU que disponibilizasse a Nota Técnica
620 sobre a prestação de contas do Ministério da Saúde, à qual fez referência, por entender que
621 contribuiria para dirimir dúvidas, inclusive. Falou ainda da situação de ociosidade de
622 equipamentos das unidades e lamentou a não responsabilização de gestores quando usuários
623 não são atendidos pelos serviços por falta desses equipamentos. Por fim, perguntou como
624 fazer chegar aos órgãos de controle as denúncias de usuários e de conselhos de saúde,
625 assegurando resposta, por escrito, das ações adotadas. Conselheiro **José Marcos de**
626 **Oliveira**, primeiro, lembrou as auditorias realizadas nos estados pelo DENASUS há dois anos,
627 que causou grandes polêmicas e disse não ter clareza sobre os encaminhamentos desse
628 processo. Além disso, perguntou o que houve de avanços em relação ao DENASUS nos
629 últimos anos, inclusive com mudanças na direção do Departamento. Conselheiro **Marcos**
630 **Antônio Gonçalves** perguntou o que tem sido pensando em relação a sistemas de controle
631 para evitar o funcionamento de entidades inidôneas. Salientou que o Sistema de Convênios do
632 Governo Federal (SICONV) é um instrumento importante para publicizar a questão dos
633 convênios e dar maior transparência ao processo. Conselheiro **José Eri de Medeiros** reiterou
634 os avanços no país com destaque para o processo de descentralização das ações de saúde
635 com a municipalização. Avaliou que é preciso clarificar a diferença entre desvios que ocorrem
636 nos municípios e fraude e perguntou à mesa se as denúncias feitas são relativas a convênios
637 ou ao processo de repasse Fundo a Fundo. Na sua visão, a questão dos convênios é o grande
638 problema da fraude no setor de saúde e no país. Conselheira **Lucimar Batista**, primeiro,
639 perguntou ao Diretor do DENASUS quando e como será realizada a auditoria para verificar a
640 situação da hanseníase no país e solicitou a participação da Comissão de Eliminação da
641 Hanseníase/CNS nesse processo. Perguntou ainda como fiscalizar a execução dos incentivos
642 financeiros para hanseníase que serão repassados aos municípios, conforme a Portaria nº.
643 3.208/2011, em um ano atípico de eleição. Conselheiro **José Carrijo Brom** defendeu que o
644 CNS se posicionasse favoravelmente à criação da carreira de auditoria do SUS, à realização
645 de concurso e à valorização da auditoria, considerando o percentual de servidores na iminência
646 de aposentar-se e a necessidade de fortalecer a fiscalização do uso dos recursos da saúde.
647 Além disso, salientou que é preciso fortalecer os órgãos de fiscalização até mesmo para
648 fiscalizar a questão das terceirizações que ocorrem livremente no país. Conselheiro **Fernando**
649 **Souza** começou a sua fala pontuando o abismo entre o “Brasil real” e o “Brasil legal” e
650 destacando que os povos indígenas têm vivenciado essa situação de forma mais acentuada,
651 uma vez que os órgãos de controle, por vezes, desconsideram as especificidades e as
652 realidades das áreas indígenas nas suas decisões. Citou, por exemplo, que para fornecimento
653 de combustível é necessário sistema de cadastro, mas há áreas no país que não possuem
654 postos cadastrados, o que dificulta a ação de equipes de saúde. Conselheiro **Haroldo Pontes**
655 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, Geordeci 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

716 MPOG. Salientou que essa é uma questão que pode ser debatida no seminário proposto pelo
717 Dr. Valdir Agapito. Apontou ainda como avanços a realização de processo seletivo para o
718 Departamento e a realização de auditorias mais específicas em relação aos programas. Citou,
719 por exemplo, que será feita auditagem sobre conjunto dos programas Saúde da Família e
720 sobre a hanseníase. A respeito da auditoria sobre a hanseníase, disse que a intenção é
721 envolver o movimento haja vista a intenção de elaborar protocolo e identificar o porquê da falta
722 de controle dessa doença. Reiterou ainda que a Lei nº. 142/2012 fortalece o controle interno,
723 mas concordou que é preciso pressão social para implementar o SNA. Disse que não há
724 excesso de controle e avaliou que é preciso promover debate fundamental na estrutura do
725 Estado Brasileiro sobre aqueles que executam as políticas públicas na ponta. Frisou que é
726 preciso fortalecer o controle e melhorar os salários de todo o quadro da saúde – dos
727 profissionais de saúde aos agentes administrativos que são responsáveis pelas grandes
728 licitações. A Presidente da UNASUS, **Solimar Vieira da Silva Mendes**, agradeceu as menções
729 de apoio à luta da UNASUS, com destaque à atuação dos integrantes do FENTAS e registrou
730 que a CNTSS e a CUT tem tido papel importante nas negociações com o governo. Reiterou
731 que há legislação e avisos ministeriais, todavia, ainda não houve resultado efetivo para a
732 demanda de criação de cargo de auditor do SUS. Explicou que as auditorias, quando
733 acompanhadas e com a colaboração da gestão, trazem melhorias para a gestão do SUS. Por
734 fim, salientou que a solução não se limita à questão salarial, uma vez que há outras questões
735 envolvidas, sendo necessárias ações efetivas. Conselheiro **Jurandi Frutuoso** sintetizou os
736 encaminhamentos que emergiram do debate e os conselheiros fizeram complementações.
737 **Deliberação: aprovados os seguintes encaminhamentos que emergiram do debate no**
738 **Plenário do Conselho: 1) manifestar posição favorável do CNS à criação do cargo e da**
739 **carreira de auditor do SUS e realização de concurso público (será elaborado documento**
740 **- recomendação ou moção de apoio - nesse sentido); 2) compor um GT do CNS para**
741 **acompanhar a execução do disposto na Lei nº. 8.689/1993 e opinar sobre a**
742 **reestruturação global do Ministério da Saúde e de seus órgãos e entidades, com vistas à**
743 **adequação de suas atividades ao disposto na CF/88 e nas Leis nºs 8.080/1990 e**
744 **8.142/1990 (art. 16 da Lei); 3) realizar seminário, em 2012, sobre controle interno do SUS**
745 **sob a ótica da Lei Complementar nº. 141/2012, em parceria com MP, DOGES, Auditoria e**
746 **CGU; e 4) elaborar documento contemplando os dois momentos de debate desse tema**
747 **no Conselho (na Reunião Ordinária de abril e na de maio de 2012).** Com esses
748 encaminhamentos e agradecimentos aos convidados, a mesa encerrou a discussão. **ITEM 3 -**
749 **PLANO OPERATIVO PARA IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES EM SAÚDE DA POPULAÇÃO**
750 **EM SITUAÇÃO DE RUA - Composição da mesa:** Conselheira **Júlia Maria Santos Roland**,
751 Diretora do Departamento de Apoio à Gestão Participativa - DAGEP/SGEP/MS; **Reginaldo**
752 **Alves Chagas**, Coordenador Geral de Apoio à Educação Popular e à Mobilização Social -
753 DAGEP/SGEP/MS; **Anderson Miranda**, Movimento Nacional de População em Situação de
754 Rua; e **Gladston Figueiredo**, da Pastoral do Povo da Rua. **Coordenação:** Conselheiro **Alcides**
755 **Silva de Miranda**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheira **Júlia Maria Santos Roland**, na
756 condição de diretora do DAGEP/SGEP/MS, fez considerações iniciais sobre o Plano Operativo
757 para Implementação de Ações em Saúde para População em Situação de Rua e traçou o perfil
758 dessa população. Explicou que a população em situação de rua é a que mais sofre
759 discriminação, enfrenta maior desigualdade e está submetida a difíceis condições de vida.
760 Relatou que, em 2005, a Secretaria Nacional de Assistência Social realizou o primeiro encontro
761 nacional sobre a população em situação de rua no sentido de discutir com lideranças desse
762 segmento políticas públicas capazes de abordar o conjunto de situação a que essa população
763 está submetida. Salientou que uma das resoluções desse encontro foi a realização da pesquisa
764 sobre essa população, que não é aferida pelo IBGE. Desse modo, de agosto de 2007 a março
765 de 2008, foi realizado levantamento da população em situação de rua, em 71 cidades
766 brasileiras, nas capitais e nas cidades com mais de 300 mil habitantes. Salientou que ficaram
767 de fora as capitais que já haviam realizado pesquisas sobre essa população– São, Belo
768 Horizonte, Recife e Porto Alegre. Assim, disse que o dado considerado reúne um conjunto de
769 pesquisas que não adotaram a mesma metodologia nem foram realizadas no mesmo período.
770 Explicou que o Comitê considera o número de 50 mil pessoas em situação de rua com o
771 seguinte perfil: predominantemente masculina (82%); majoritariamente negra (67%); 53% de
772 pessoas com 25 – 44 anos; 52% recebem, pelas suas atividades de trabalho, entre R\$ 20 e
773 80/por semana; 74% sabem ler e escrever; 70,9% exercem atividade ou trabalho e 58% possui
774 profissão; as modalidades mais frequentes são: catadores, flanelinhas e construção civil. Além
775 disso, a pesquisa apontou como principais causas para vida em situação de rua (isoladas ou

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

836 de saúde. f) Apoiar encontros regionais da população em situação de rua sobre saúde. g)
837 Revisar e ampliar publicações da área de Saúde Mental de forma a incluir e incentivar o
838 trabalho extramuros como ação fundamental para garantia do acesso da população em
839 situação de rua. h) Instituir Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua ou
840 referência técnica nas instâncias nacional, estaduais e municipais. Eixo 5: Monitoramento e
841 avaliação das ações de saúde para a população em situação de rua. Ação/Estratégia: o
842 monitoramento e a avaliação devem ocorrer com base nas ações propostas, considerando as
843 prioridades e metas dos Planos Estaduais e Municipais de Saúde, conforme orientado pelo
844 Decreto nº. 7.508/2011 e pactuado nos Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
845 (COAP) e Plano Plurianual (PPA) 2012/2015. Salientou que há questões complexas relativas
846 ao atendimento às pessoas em situação de rua que demandam um olhar diferenciado inclusive
847 do SUS. Por fim, frisou que a ideia é desencadear ações e serviços com vistas a melhorar a
848 qualidade de vida das pessoas em situação de rua, garantindo direito e cidadania. Conselheiro
849 **Alcides Silva de Miranda** justificou que o representante da Pastoral do Povo da Rua,
850 **Gladston Figueiredo**, não pôde permanecer no debate, por conta da transferência do tema da
851 manhã para o período da tarde. O representante do Movimento Nacional de População em
852 Situação de Rua, **Anderson Miranda**, iniciou agradecendo nominalmente os conselheiros que
853 acompanham a questão da população em situação de rua e ao governo do Presidente Lula e
854 da Presidenta Dilma pela visibilidade a essa população, que, hoje, na cidade de São Paulo, são
855 14.672 pessoas. Disse que é preciso reconhecer as especificidades da população em situação
856 de rua e as fragilidades comuns a outros segmentos da população – indígenas,
857 quilombolas...Apelou ao CNS pela aprovação e à Comissão Intergestores Tripartite pela
858 pactuação do Plano porque representa um avanço para o movimento e para a população em
859 situação de rua, possibilitando dar visibilidade aos invisíveis. Para ilustrar a gravidade da
860 situação dessa população, explicou que é a com maior índice de contaminação por tuberculose
861 (67%). Além disso, relatou situação de descaso com essa população que resultaram em morte
862 – demora no atendimento pelo SAMU - e explicou que a defesa é por atendimento na rede do
863 SUS - CAPS AD, CAPS 24h, clínica – sem criar guetos. Lembrou que o movimento da
864 população em situação de rua não possui representação no Conselho de Assistência Social e
865 no CNS e isso preciso mudar. Concluiu frisando que o movimento nacional organizado,
866 presente em oito Estados, não quer caridade e assistencialismo, mas sim cidadania e
867 visibilidade. **Manifestações.** Conselheiro **Clóvis Boufleur** informou que encaminhou
868 previamente alterações ao Plano feitas pela sociedade civil do Comitê do Plano Operativo e
869 destacou que, de modo geral, há consenso sobre as propostas, com exceção de uma frase da
870 página 6. Explicou que, após diálogo, o segmento dos usuários propõe como redação para o
871 trecho *“Para acessar os recursos devem ser considerados os seguintes conceitos para orientar*
872 *o desenvolvimento deste plano”* a frase *“Devem ser considerados os seguintes conceitos”*.
873 Conselheiro **Marcos Antônio Gonçalves** manifestou satisfação com a presença e o
874 protagonismo do movimento da população em situação de rua porque as mudanças e a
875 inclusão/visibilidade dessa população dependem do protagonismo do movimento na luta pelos
876 seus direitos. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** relatou que pessoas em situação de rua
877 procuram o GAPA/RS, dizendo serem profissionais do sexo quando não o são, a fim de terem
878 acesso aos serviços oferecidos pelo Grupo. Ressaltou que isso demonstra que os serviços
879 disponíveis no país estão normatizados de uma forma que excluem essa população. Nesse
880 sentido, salientou que é preciso aprovar, pactuar e colocar o Plano em prática, na linha de
881 acabar com os preconceitos. Concordou que é preciso incluir essa população nas redes de
882 atenção do SUS, não como serviço específico, e manifestou preocupação com a internação
883 compulsória das pessoas em situação de rua, ressaltando que é preciso respeitar essas
884 pessoas acima de tudo. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** manifestou a sua satisfação
885 com esse debate e a explicitação do comprometimento com a política pública na linha da
886 inclusão/visibilidade da população em situação de rua. A respeito do Plano, frisou que é
887 necessário um plano operativo intersetorial de políticas públicas, com a participação do Estado
888 e da sociedade. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** cumprimentou o MS pela iniciativa e
889 o movimento pelo protagonismo na luta pela inclusão. Sugeriu a realização de um projeto piloto
890 nos hospitais federais para buscar soluções dialogadas e compartilhadas com os atores
891 envolvidos nesse processo. Destacou que o alto índice de contaminação por tuberculose nessa
892 população é a situação mais grave, porque, ao identificar os casos no plantão, não se
893 consegue buscar o paciente para o tratamento. Por essa razão, disse que é preciso, acima de
894 tudo, firmar aliança com o serviço social. Também avaliou que se deve buscar uma forma de
895 consenso sobre a proposta de princípio *“Recusa e repúdio às formas de exclusão e a*

896 “*institucionalização*”, uma vez que, em alguns casos, é preciso institucionalizar. No mais,
897 sugeriu adotar o termo “*agente social*” em substituição a “*agente comunitário de saúde*”.
898 Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano** manifestou satisfação com esse debate no CNS,
899 com a representação do movimento da população em situação em rua. Fez referência às
900 sugestões apresentadas pelo conselheiro Clóvis Boufleur, manifestando preocupação com a
901 proposta de excluir dos princípios o trecho “(*recusa e repúdio*) às formas de exclusão e a
902 institucionalização (na forma de albergues e internação”). Também informou que as entidades
903 da frente nacional pelo direito de cidadania e direitos humanos promoveram debate sobre os
904 problemas enfrentados em relação ao plano de enfrentamento ao álcool e outras drogas no
905 trato à população em situação de rua. Disse que essas entidades defendem a elaboração de
906 um plano operativo para atenção à saúde da população de rua. Por fim, salientou que o tema é
907 relevante e será tratado também pela Comissão de Trauma e Violência. Conselheiro **Fernando**
908 **Luiz Eliotério** cumprimentou o MS pela iniciativa e os expositores pelas abordagens. Também
909 solicitou ao representante do movimento a disponibilização do material que não pode ser
910 apresentado ao Pleno, por conta da exiguidade de tempo. Conselheira **Maria do Socorro de**
911 **Souza** manifestou o respeito pelo movimento da população em situação de rua e ao
912 representante desse movimento pela liderança e luta na garantia dos direitos da pessoa
913 humana. Também saudou o DAGEP/MS por honrar o compromisso de cumprir com a
914 pactuação de políticas “guardadas na gaveta” e lembrou que implica na decisão do CONASS e
915 CONASEMS. Aproveitou para retificar incongruências, explicando que a reivindicação não é
916 apenas acesso, mas necessidades humanas onde a saúde tem sido a porta de entrada. Ao
917 tratar das populações em situação de rua, disse que é preciso saber a história de vida das
918 pessoas, considerar a questão de identidade/pertencimento, autonomia do movimento em uma
919 sociedade que não o reconhece, posicionamento crítico do movimento... Nessa linha, reiterou a
920 importância da intersetorialidade, mesmo tendo a saúde como porta entrada – há mais a ser
921 feito enquanto política de governo. Também defendeu um modelo de educação permanente
922 com a participação ativa e constante dos usuários para associar realidade e prática e também
923 a definição de modelo não formal que garanta a participação desse movimento nos conselhos.
924 Por fim, disse que é preciso envolver CONASS e CONASEMS na implementação dessa
925 política. Conselheiro **Arnaldo Marcolino** disse que é preciso trabalhar a mudança de
926 comportamento do profissional de saúde que recebe e atende as pessoas em situação de rua.
927 No mais, frisou que se deve debater o que levou as pessoas a permanecer nessa situação.
928 Também ressaltou que é preciso trabalhar o acolhimento da pessoa pelo serviço de saúde e a
929 forma como é devolvida para a rua. Conselheiro **Edmundo Omore** destacou a grandeza do
930 país e a invisibilidade de vários segmentos, com destaque à vulnerabilidade. Agradeceu aos
931 expositores, em especial à diretora do DAGEP/MS e cumprimentou o MS pela iniciativa.
932 Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, inicialmente, justificou que esteve ausente no período
933 da manhã porque estava participando do encontro da Rede Unida. Cumprimentou pela
934 iniciativa da proposta – transitória e paliativa – e lembrou que envolve saúde e condições de
935 cidadania. Também manifestou preocupação com a proposta de excluir o trecho “*Recusa e*
936 *repúdio às formas de exclusão e a institucionalização (na forma de albergues e internação)*”
937 diante das iniciativas de “higienização” do país por conta de eventos como copa e olimpíadas.
938 Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** destacou a importância da apresentação da política
939 com a presença da gestão e de representante da população em situação de rua. Frisou que o
940 Plano deve dialogar com recentes políticas aprovadas e pactuadas – política do campo e da
941 floresta e da população LGBT. Disse que a iniciativa é paliativa, mas compensatória após
942 ampla espera e solicitou agilidade e urgência na sua implementação. Não havendo outros
943 inscritos, conselheiro **Alcides Silva de Miranda** explicou que as sugestões apresentadas não
944 eram contraditórias ao mérito do texto. Sendo assim, apresentou a seguinte proposta de
945 encaminhamento: aprovar o mérito e o texto-base do Plano Operativo para Implementação de
946 Ações em Saúde da População em Situação de Rua, com as contribuições do CNS. O
947 documento seria encaminhado à Comissão Intergestores Tripartite para debate e pactuação e,
948 posteriormente, reapresentado ao CNS para deliberação final, conforme determina a LC nº.
949 141/2012. **Retorno da mesa.** O Coordenador Geral de Apoio à Educação Popular e à
950 Mobilização Social - DAGEP/SGEP/MS, **Reginaldo Alves Chagas**, explicou que o Plano
951 Operativo está em discussão há três anos e foi aprovado na reunião do Comitê Técnico, em
952 fevereiro de 2012. Todavia, o movimento social reabriu o debate e apresentou novas sugestões
953 ao texto. Assim, salientou que já havia consenso sobre o documento e seriam acatadas as
954 sugestões do movimento. Também esclareceu que “*agente social*” é uma terminologia utilizada
955 pela portaria que regulamenta a política do consultório na rua. Portanto, o Plano dialoga com

956 as políticas do MS, sem criar novas nomenclaturas. Conselheira **Júlia Maria Roland**, diretora
957 do DAGEP/MS, salientou a importância do debate e agradeceu o conjunto de considerações
958 dos conselheiros. Disse que o Departamento procura implementar o que está na sua missão e
959 salientou que essa questão deve uma bandeira dos atores que participam do processo de
960 construção do SUS a fim de alcançar êxito. Concordou inclusive que o tema deve ser tratado
961 de forma intersetorial, portanto, a política deve ter interface com o Comitê Intersetorial de
962 Acompanhamento das Políticas para População de Rua. No mais, reiterou que o DAGEP/MS
963 está realizando seminários regionais com debate das políticas de promoção da equidade com
964 vistas a construir agenda de compromisso com cada Estado. Por fim, concordou com o
965 encaminhamento do Conselheiro Alcides de Miranda e sugeriu que eventuais ajustes ao texto
966 fossem enviados à SE/CNS que os remeteriam ao DAGEP/MS. O representante do Movimento
967 Nacional de População em Situação de Rua, **Anderson Miranda**, explicou que o Fórum
968 Nacional da População de Rua analisou e apresentou contribuições ao Plano e destacou a
969 realização do I Congresso Nacional da População de Rua, que contou com a participação da
970 conselheira Jurema Werneck, na condição de representante do CNS. Salientou que o lema do
971 movimento é protagonizar história e garantir os direitos e concordou com o encaminhamento.
972 **Deliberação: aprovado o mérito e o texto-base do Plano Operativo para Implementação**
973 **de Ações em Saúde da População em Situação de Rua, com as contribuições dadas pelo**
974 **plenário. O documento será encaminhado à Comissão Intergestores Tripartite para**
975 **debate e pactuação e posteriormente será reapresentado ao CNS para deliberação final,**
976 **conforme estabelece a Lei nº. 141/2012.** A seguir, Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**
977 fez um breve informe da reunião da coordenação Movimento Nacional em Defesa da Saúde
978 Pública, no dia 3 de maio de 2012. Na oportunidade, foi feita avaliação dos encaminhamentos
979 definidos e dos principais problemas, com destaque para a dificuldade de colher as assinaturas
980 por conta da necessidade do número do título eleitoral. Portanto, salientou que é preciso o
981 envolvimento e mobilização das entidades para coleta de 1 milhão de assinaturas. Também foi
982 destacada, na reunião, a necessidade de diálogo entre OAB e AMB para unificação do
983 formulário de coleta de assinaturas. Como encaminhamento, disse que foram definidos: que os
984 CESs, até 15 de maio, estruturem coordenações estaduais do movimento e que no dia 30 de
985 maio se realize o primeiro ato nacional para coleta de assinaturas e o primeiro balanço. No
986 mais, salientou que o site do movimento será o espaço de comunicação a esse respeito e dois
987 jornalistas do CONASS farão a manutenção desse espaço. Por fim, disse que será enviado
988 informe da reunião, por escrito, aos conselheiros. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**
989 informou que durante a realização do Grito da Terra, em Brasília, no dia 30 de maio, será feita
990 a coleta de assinaturas e solicitou a indicação de um representante da coordenação para
991 acompanhar esse processo. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** indicou a Conselheira
992 Maria do Socorro para coordenar esse processo durante o Grito da Terra. Após esse informe, a
993 mesa suspendeu para o lanche. Retomando, o Pleno acatou a solicitação de inversão de pauta
994 solicitada pelo Conselheiro Francisco Batista com debate do item 10 da pauta. O debate do
995 item 5 – Resolução CNS n.º 333, de 4 de novembro de 2003, ocorreria na manhã do segundo
996 dia. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** aproveitou para justificar a sua ausência no
997 segundo dia de reunião e para informar que estava na pauta do Congresso Nacional a votação
998 PEC nº. 438, que dispõe sobre expropriação de terras em caso de uso de trabalho escravo.
999 **ITEM 10 – GT CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE**
1000 **E SAÚDE – CIF – RESOLUÇÃO CIF** - Apresentação: Conselheira **Maria Cristina Pedro Biz**,
1001 do GT CIF. Coordenação: Conselheiro **Clóvis A. Boufleur**, da Mesa Diretora do CNS.
1002 Conselheira **Maria Cristina Pedro Biz** começou resgatando que o Plenário do CNS na 219ª
1003 Reunião Ordinária do CNS, realizada nos dias 26 e 27 de março de 2011, após a apresentação
1004 do ponto de pauta Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade em Saúde –
1005 CIF, deliberou pela constituição de um GT para trabalhar as questões sobre o tema. Disse que
1006 o Grupo foi composto por: Usuário: Marisa Furia Silva, Trabalhador: Maria Cristina Pedro Biz e
1007 Gestor: Érica Pisaneschi, Fábio Baptista Mazzini, Vera Mendes - Área Técnica da Saúde da
1008 Pessoa com Deficiência – DAPES/SAS/MS. Ressaltou que o GT realizou reuniões presenciais,
1009 contando com a participação de diferentes atores envolvidos com o tema e estabeleceu como
1010 norteador para as discussões os seguintes pontos: possibilidade de aplicação da CIF nas
1011 políticas públicas e conhecer a construção do instrumento de avaliação de pessoas com
1012 deficiência para acesso ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social, baseado
1013 na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF. Nesse sentido,
1014 foram convidadas, entre outras, a Dra. Ventura Di Nubila, da Faculdade de Saúde Pública da
1015 USP, e a utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde -

1016 CIF, e sua aplicabilidade nas políticas públicas; Maria José de Freitas, Diretora do
1017 Departamento de Benefícios da Secretaria Nacional de Assistência Social do MDS para falar
1018 sobre a “Avaliação de pessoas com deficiência para acesso ao Benefício de Prestação
1019 Continuada da Assistência Social – Um novo instrumento baseado na Classificação
1020 Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF”, bem como discorrer sobre as
1021 experiências e os desafios enfrentados pelo MDS. Resgatou que a CIF é uma classificação da
1022 saúde e dos estados relacionados com a saúde, sendo utilizada por setores como segurança
1023 social, trabalho, educação, economia, como instrumento em políticas sociais, no
1024 desenvolvimento de políticas, de legislação em geral e alterações ambientais. Detalhou que
1025 são objetivos da CIF: 1) Fornecer uma base científica para consequências de condições ou
1026 estados de saúde; 2) Estabelecer uma linguagem comum para melhorar as comunicações,
1027 minimizando ambiguidades; (a CIF não exclui a CID); 3) Permitir a comparação de dados entre
1028 países, disciplinas de cuidados de saúde, serviços e setores; e 4) Fornecer um esquema
1029 decodificação sistemático para sistemas de informação em saúde. Acrescentou que a CIF
1030 possibilita um modelo de saúde biopsicossocial, considerando função e estrutura corporal,
1031 atividades, participação, fatores ambientais e fatores pessoais. Entre as atividades e
1032 participação, destacou que a CIF considera aspectos como aprendizagem e aplicação do
1033 conhecimento, tarefas e demandas gerais, comunicação, mobilidade, entre outros, além de
1034 fatores ambientais - cuidado pessoal, vida doméstica, relações e interações Interpessoais,
1035 entre outros. Relatou um caso para exemplificar como a CIF pode classificar: “*fatores
1036 ambientais*: CJF, 42 anos não tem nenhuma dificuldade de comprar alimentos (e1100+4), faz
1037 controle medicamentoso de uma doença crônica e consegue o remédio no posto de saúde de
1038 sua região (e1101+4). Acabou de mudar de residência, não tem telefone, nem acesso à
1039 internet e ainda não pôde comprar seu celular (e1250.4). Voltou para escola para fazer
1040 supletivo, mas enfrenta graves dificuldades para usar o software que a escola forneceu
1041 (e.1300.3). *Fatores ambientais e pessoais*: Estava acostumado com o frio do nordeste, ainda
1042 está se adaptando à São Paulo. O frio o impede de sair de casa para passear em,
1043 aproximadamente, 15% das vezes que pretende (e2250.1). Não tem família por aqui (e310.4),
1044 mas costuma dizer que seus amigos compensam parcialmente a falta que sente de seus
1045 parentes mais próximos (e320+2). Está feliz por ter acesso quase completo aos serviços de
1046 saúde (e5800+3) e sabe que as políticas públicas o favorecem, enquanto cidadão, neste
1047 sentido (e5802+4). *Atividades e participação*: Participa, aos domingos, da missa na igreja do
1048 quarteirão detrás da sua nova casa (d9300.0). Começou a jogar futebol e enfrenta poucas
1049 dificuldades para entrar em times de desconhecidos do bairro (d9201.1). Não conseguiu se
1050 manter no emprego anterior (d8451.4), foi demitido no mês passado, porém, já tem entrevista
1051 agendada para amanhã em outro local (d8450.0). Ainda não tirou carta de motorista (d4751.4),
1052 mas tem prática de andar a cavalo (d480.0). Por causa de um problema no joelho, não
1053 consegue agachar-se (d4101.4). Resolveu procurar tratamento (d177.0). Foi se informar com
1054 seu vizinho (d310.0) e conseguiu marcar uma consulta. *Funções e estrutura*: O joelho doloroso
1055 era o direito e estava moderadamente inchado (s75011.9.7.1). Quando perguntado o quanto
1056 doía numa escala de “0” – “10”, respondeu: “6”(b28016.3). Escutou que a “ADM” ativa era de
1057 65 graus (b7100.3) e que a força muscular de seu quadríceps tinha grau 4 (b7300.1 e
1058 s75002.9.0.1). Depois de um atendimento com muitos exercícios, sentiu uma leve taquipneia
1059 (b4400.1), que melhorou com um pequeno descanso (b4411.0). Em suma, salientou que o
1060 modelo biopsicossocial de funcionalidade e incapacidade permite a descrição da experiência
1061 completa de saúde das pessoas. Acrescentou que a CIF oferece uma linguagem comum
1062 internacional e um modelo conceitual universal para descrever a saúde e a incapacidade.
1063 Resgatou que em 2007 foi constituído GT Interministerial com o objetivo de avaliar o modelo de
1064 classificação e valoração das deficiências utilizadas no Brasil e definir a elaboração e a adoção
1065 de um modelo único para o todo o país. Disse que esse Grupo concluiu pela necessidade de
1066 criação de um modelo único de classificação e valoração do qual derivem instrumentos
1067 adequados às políticas públicas voltadas às necessidades dos cidadãos brasileiros com
1068 deficiência, coerente com as seguintes diretrizes: a caracterização, classificação e valoração
1069 das deficiências devem considerar, simultaneamente e de forma equânime, os fatores pessoais
1070 (gênero, nível de instrução, idade, modo de enfrentamento/resiliência), fatores ambientais
1071 (acessibilidade, apoios, atitudes), fatores sociais, fatores econômicos que favoreçam ou
1072 dificultem o desempenho em atividades e participação (funcionalidade), além das estruturas e
1073 funções do corpo; o modelo ora proposto deve, portanto, coadunar-se com o modelo da
1074 Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF (OMS, 2001),
1075 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 intersectorial, 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 seus 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 **Rosangela 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 considerando “*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

1196 Ministério da Saúde. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** sugeriu incluir no quarto
1197 considerando a expressão “segurança alimentar e nutricional e direitos humanos à alimentação
1198 adequada”, permanecendo o texto da seguinte forma: “Considerando a necessidade do
1199 desenvolvimento de políticas públicas em saúde que destaque a funcionalidade e a
1200 incapacidade humana em todos os ciclos de vida, para pessoas com ou sem deficiência, e que
1201 estas tenham caráter intersetorial, em especial com a educação, segurança alimentar e
1202 nutricional, direito humano à alimentação adequada, previdência, assistência social, trabalho e
1203 emprego”. Conselheira **Maria Thereza Antunes** também saudou o Grupo pelo trabalho e o
1204 Ministério da Saúde pela iniciativa, por entender que apresentam avanço. Conselheira **Marisa**
1205 **Furia Silva** lembrou que o tema da CIF foi trazido ao CNS pela ex-conselheira Ana Cristhina
1206 de Oliveira Brasil e abriu a palavra a ela, com a anuênciia do Plenário. A ex-conselheira **Ana**
1207 **Cristhina de Oliveira Brasil** agradeceu a deferência e explicou que há um movimento sobre a
1208 necessidade de mudança de modelo – do biomédico para biopsicossocial – considerando o
1209 contexto pessoal, ambiental. Disse que a CIF oferece amplitude em complemento ao estado de
1210 saúde das pessoas. Esclareceu que um grupo de conselheiros trouxe o debate da CIF para
1211 três comissões - de Saúde da Pessoa com Deficiência, de Saúde do Idoso e de Saúde do
1212 Trabalhador - que, inicialmente, poderiam deflagrar o processo. Além disso, salientou que a
1213 CIF também é uma ferramenta importante para o controle, o monitoramento e a avaliação da
1214 gestão sob o olhar do usuário e do impacto gerador de saúde. Apelou ao Pleno pelo
1215 acatamento da Resolução elaborada pelo GT do CNS e colocou o FENTAS à disposição para
1216 instrumentalizar o processo de implantação da proposta. Conselheiro **Clóvis Boufleur**, na linha
1217 das falas dos conselheiros, sugeriu a inclusão de dois itens na resolução, sendo: “Que o MS,
1218 em conjunto com o CNS, construa estratégias de formação de profissional para utilização da
1219 CIF e que o MS defina modelo para acompanhamento da efetividade e resolutividade da
1220 utilização da CIF no país”.
Retorno da mesa. A representante da Área Técnica da Saúde da
1221 Pessoa com Deficiência – DAPES/SAS/MS, **Vera Mendes**, explicou que o Ministério da Saúde
1222 reconhece a importância da CIF nos processos de diagnóstico e a Portaria que institui a Rede
1223 de Cuidados inclui, entre os seus considerandos, a importância de considerar essa
1224 Classificação. Colocou a disponibilidade e intenção de avançar nesse sentido e ressaltou que a
1225 resolução apoia a tarefa que o MS vinha realizando. Disse que se trata de um processo
1226 complexo e serão necessários estudos, análise de conceitos, entre outros aspectos, com foco
1227 no benefício do usuário. Explicou que a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência é uma
1228 ação em parceria com outras ações inclusive com a SDH. Salientou o interesse e a disposição
1229 do MS em realizar estudos com a SDH para avaliar como a CIF pode ser aplicável à vida das
1230 pessoas. Conselheira **Marisa Furia Silva** manifestou a sua aprovação pela proposta da CIF,
1231 salientando que pode ser usada em várias áreas. Todavia, disse que é preciso realizar um
1232 trabalho intenso para que a Classificação seja conhecida no país. Conselheira **Maria Cristhina**
1233 **Pedro Biz** lembrou que o GT foi constituído para debater a CIF e sua aplicabilidade e, nesse
1234 sentido, foi feito levantamento das experiências exitosas. De todo modo, esse processo deverá
1235 ser feito em outros espaços de forma intersetorial e propôs encaminhamento nesse sentido.
1236 Reiterou ainda que a CIF além de possibilitar uma visão ampliada dá visibilidade ao processo.
1237 Cumprimentou o CNS por pautar o tema, lembrando que o Conselho defende o conceito
1238 ampliado de saúde. Conselheiro **Willen Heil e Silva** sugeriu acréscimo à proposta de redação
1239 apresentada pelo conselheiro Clóvis Boufleur: incluir o termo “qualificar” após “a resolutividade
1240 dos processos operacionais”. Após considerações, chegou-se a seguinte proposta de texto:
1241 “Que o Ministério da Saúde defina modelo para acompanhamento da efetividade, criando
1242 indicadores a partir da utilização da CIF no país.” Após essas considerações, a mesa colocou
1243 em votação a proposta de resolução, elaborada pelo GT CIF, com os acréscimos dos
1244 conselheiros.
Deliberação: aprovada, por unanimidade, a resolução, elaborada pelo GT
1245 **CIF, que dispõe sobre a utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade,**
1246 **Incapacidade e Saúde – CIF no Sistema Único de Saúde, bem como na Saúde**
1247 **Suplementar.** A seguir, conselheiro **Francisco Batista Júnior** consultou o Plenário se havia
1248 concordância com o mérito da proposta de recomendação do CNS que reitera o apoio à Ação
1249 Civil Pública do Ministério Público Estadual questionando a entrega, para planos de saúde e
1250 particulares, de 25% da capacidade dos hospitais públicos administrados por Organizações
1251 Sociais no Estado de São Paulo.
Deliberação: aprovado o mérito da recomendação. O
1252 **texto seria apresentado no segundo dia de reunião.** Definido esse ponto, a mesa encerrou
1253 os trabalhos do primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros:
1254 **Titulares - Abrahão Nunes da Silva**, Central de Movimentos Populares; **Alcides Silva de**
1255 **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. Boufleur**, 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; **Rosangela 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 Omore**, 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; **Geordeci 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); **Nely**
1305 **Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutrionistas (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. Boufleur**, da Mesa Diretora do
1311 CNS. Coordenação: Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, da Mesa Diretora do CNS.
1312 Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** 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, descharacterizando 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 **Rosangela 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 **Rosangela da Silva Santos** explicou que a preocupação refere-se ao fato de a cláusula definir "o que não pode

1376 ser”, o que se caracteriza como ingerência. Disse que é preciso ter cuidado com as possíveis
1377 interpretações da lei, por entender que poderia possibilitar cooptação e abuso de poder. O
1378 consultor jurídico do Ministério da Saúde, **Jean Keiji Uema**, reiterou que se trata de uma regra
1379 do Conselho acerca da participação de pessoas e não uma regra sobre a entidade, não
1380 havendo nenhum tipo de vedação sobre esta regra. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**,
1381 como encaminhamento, sugeriu encerrar o debate sobre a legalidade ou não da Questão de
1382 Ordem apresentada na 232^a RO, diante do parecer do consultor jurídico de que se trata de uma
1383 questão e constitucional, e continuar o debate da proposta. Conselheira **Eliane Aparecida da**
1384 **Cruz** perguntou se o entendimento é que o CNS criou a regra e poderia modificá-la e foi
1385 esclarecida que sim. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** agradeceu o consultor jurídico e abriu o
1386 debate do item V da Terceira Diretriz. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva**, primeiro, colocou
1387 a posição favorável da Central de Movimentos Populares à proposta de uma reeleição para o
1388 CNS. Todavia, lembrou que o Pleno do CNS aprovou essa norma e poderia modificá-la, se
1389 fosse o caso, mas lhe causava tristeza a impressão de que as instituições não eram
1390 competentes para indicar seus representantes para os conselhos. Disse que votaria conforme
1391 a sua convicção e da sua entidade, mas acataria a decisão majoritária do Pleno do CNS.
1392 Conselheiro **Marcos Antônio Gonçalves** informou que o Tribunal de Contas da União
1393 determinou e o CNAS acatou na sua eleição que deve ser eleita a pessoa representante da
1394 entidade. No caso de substituição, é feita a indicação de nova pessoa inclusive de entidade
1395 diferente daquela eleita. Salientou que esse controle da sociedade civil não é razoável e
1396 precisa ser combatido. Conselheira **Rosangela da Silva Santos** apresentou, em nome de um
1397 grupo de usuários, proposta de redação, como complemento do item IV e substituição ao item
1398 V da Terceira Diretriz: “*Os conselheiros serão indicados para o CNS conforme processo próprio*
1399 *de renovação estabelecido pelas suas entidades, movimentos e instituições.*” Conselheiro
1400 **Geordeci Menezes Souza** fez questionamentos no sentido de clarificar a situação do suplente:
1401 aquele que, mesmo não tendo assumido a titularidade em nenhum momento, não pode ser
1402 reeleito? Ou aquele que assumiu a titularidade por poucas vezes e não pode participar
1403 ativamente do Conselho não pode ser eleito? Para finalizar, defendeu a proposta de permitir
1404 apenas uma reeleição, a fim de possibilitar a renovação do CNS. Como encaminhamento,
1405 conselheira **Marisa Furia Silva** sugeriu que a mesa colocasse em votação a proposta
1406 apresentada pela conselheira Rosangela Santos em substituição ao item V. Entendendo a
1407 necessidade de maiores esclarecimentos acerca da matéria, a mesa abriu para outros
1408 inscritos. O encaminhamento da Conselheira Marisa Furia seria retomado oportunamente.
1409 Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, primeiro, esclareceu que a proposta da Conselheira
1410 Rosangela Santos estava prejudicada porque contrariava o art. 7º do Decreto que se refere à
1411 organização e funcionamento do CNS. Também explicou que, a princípio, o suplente no CNS
1412 tem os mesmos direitos assegurados aos titulares – participação nas reuniões, grupos e
1413 comissões, por exemplo, - assim, o que diferencia ambos, é a formalidade. Sendo assim, o
1414 Conselho entendeu que a regra se aplicava a titular e suplente. Conselheiro **Clóvis Boufleur**
1415 explicou que modificação referia-se à Resolução nº. 333 que poderia interferir no CNS.
1416 Conselheiro **Francisco Batista Júnior** respondeu que o Decreto refere-se à organização e
1417 funcionamento do CNS em todas as formas. Conselheiro **Clóvis Boufleur** disse que poderia
1418 haver divergência na interpretação desse ponto. Conselheiro **Haroldo Pontes**, primeiro,
1419 salientou que o Pleno deveria considerar a repercussão das suas decisões nos conselhos
1420 municipais e estaduais de saúde. Sendo assim, avaliou como razoável a definição de um limite
1421 de participação individual, porque existem situações de permanências demasiadas.
1422 Conselheiro **Jorge Almeida Venâncio** avaliou como equívoco associar democracia com
1423 impedimento de reeleição, uma vez que essa possibilidade não impede a mudança nas
1424 representações. Salientou que cabe a entidade decidir o momento de substituir o seu
1425 representante ou mantê-lo, assim, não se deve definir norma rígida que engesse o processo e
1426 também afete os suplentes. No mais, disse que não há impedimento jurídico para que o CNS,
1427 se assim entender, se positione pela mudança do Decreto. Conselheiro **Carlos Alberto**
1428 **Duarte**, primeiro, frisou que a eleição é feita para escolha de entidades e não de conselheiros,
1429 assim, ao discutir renovação, é preciso debater do ponto de vista das entidades. Ponderou que
1430 a renovação é importante, mas não pode ser imposta e reiterou que a regra em questão
1431 prejudica os conselhos de saúde estaduais e municipais. Conselheiro **Alcides Silva de**
1432 **Miranda** explicou que não pode discutir essa questão no âmbito da entidade que representa no
1433 CNS, portanto, colocou a sua posição a respeito do tema. Salientou que os princípios
1434 republicanos aplicam-se ao Estado e à sociedade civil e a renovação é necessária e
1435 imprescindível. Também salientou que a representação no CNS é feita por entidades, portanto,

1436 o posicionamento de renovação deve ser de “renovação de entidades”, mesmo que parcial.
1437 Disse que discutir uma cláusula relativa à renovação de “pessoas” contraria o princípio da
1438 autonomia das entidades. Avaliou que a proposta alternativa de redação, apresentada pela
1439 Rosangela Santos, era muito genérica e deveria ser mais sucinta. Assim, como
1440 encaminhamento, mesmo com o entendimento de que o CNS deveria decidir pela renovação
1441 de entidades, defendeu como alternativa a inclusão de um item recomendando às entidades a
1442 renovação de seus representantes no Conselho. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz**
1443 começou destacando a dificuldade de desvincular o debate da Resolução nº. 333 com o
1444 processo eleitoral do CNS, que ocorreria no final do ano, uma vez que a norma terá impacto na
1445 eleição. Disse que é possível aprovar a regra como uma forma de preservar as entidades, o
1446 que não impede as entidades de promover debate interno sobre a renovação. Também
1447 ressaltou que cabe às entidades formar conselheiros e não o Estado, cabendo a este oferecer
1448 as condições para que isso ocorra. Sugeriu que o CNS acate a modificação por entender que
1449 não impede o debate sobre a renovação pelas entidades. Conselheiro **José Carrijo Brom**
1450 reiterou que não se deve confundir democracia com democratismo, uma vez que a primeira
1451 pressupõe regras que, democraticamente, estão sendo construídas pelo CNS. Defendeu o item
1452 V entendendo tratar-se de um processo educativo para que as entidades revejam o processo
1453 de formação de seus quadros. Defendeu a definição de regras claras que estimulem as
1454 entidades a renovar as suas bases e, inclusive, evitem que conselhos estaduais e municipais
1455 fiquem a mercê de correlações de forças muitas vezes político-partidárias. Conselheira **Ruth**
1456 **Ribeiro Bittencourt** ressaltou que os conselhos de saúde são espaços de participação da
1457 sociedade e a alternância faz parte do processo democrático. Também discordou da afirmação
1458 que os suplentes não têm participação no CNS, segundo o entendimento de que participar
1459 significa ter acesso às atividades. Lembrou que há guetos em conselhos de saúde, em especial
1460 nos municipais, e o CNS é espelho para esses espaços deliberativos. Finalizou destacando
1461 que a alternância é um processo democrático e essencial para o CNS. Conselheiro **Francisco**
1462 **Batista Júnior** avaliou que se vive uma grave crise do controle social do país e, sem
1463 escamotear o debate, frisou que o grave problema do controle social é a falta de renovação de
1464 quadros. Defendeu limite de mandatos e salientou que o grande desafio é impedir instrumentos
1465 que facilitem o fisiologismo e a corrupção. Atendendo a solicitação da Conselheira Nildes de
1466 Oliveira Andrade, a mesa suspendeu temporariamente os trabalhos em Plenário para debate
1467 interno dos Fóruns dos Usuários e do FENTAS. Retomando, a mesa abriu a palavra para
1468 manifestação de representantes dos dois fóruns. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**
1469 registrou que o segmento dos trabalhadores mantinha a posição favorável à redação original
1470 do item V. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** interveio para apresentar uma proposta de
1471 redação alternativa ao item V da terceira diretriz. Reiterou que a discussão referia-se à
1472 renovação de entidades e não de seus representantes no CNS, todavia, disse não haver
1473 garantia de procedimentos que definam critérios para esse processo de renovação.
1474 Considerando a necessidade de regramento/procedimento para essa renovação, apresentou
1475 nova proposta de redação, com renovação parcial das entidades que compõem o CNS,
1476 salvaguardando a diversidade de representação de cada um desses segmentos. O texto é o
1477 seguinte: *“A cada eleição, os segmentos de representações de usuários, trabalhadores e*
1478 *prestadores de serviços, aos seus critérios, devem promover a renovação de, no mínimo, 30%*
1479 *de suas entidades representativas. Parágrafo Único - Essa cláusula não se aplica aos casos de*
1480 *conselhos de saúde com pequeno número de entidades representativas.”* Como
1481 encaminhamento, sugeriu a votação da sua proposta e, a depender do resultado, proceder aos
1482 desdobramentos ou à votação das demais propostas de redação. Conselheira **Rosangela da**
1483 **Silva Santos** explicou que um grupo do segmento dos usuários defendia a seguinte proposta
1484 de redação para o Inciso V: *“Os conselheiros serão indicados para o CNS conforme processos*
1485 *estabelecidos pelas suas respectivas entidades, movimentos e instituições. Recomenda-se que*
1486 *se estimule a renovação das suas representações.”* Conselheiro **Clóvis Boufleur** explicou que
1487 o Plenário deveria votar as propostas de redação do inciso V. Conselheiro **Francisco Batista**
1488 **Júnior** apresentou o seguinte encaminhamento: votar a manutenção da proposta de redação
1489 original do inciso V; e, caso o Plenário decidisse pela necessidade de modificar o inciso, votar
1490 as duas propostas de nova redação. Conforme esse encaminhamento, conselheiro **Clóvis**
1491 **Boufleur** colocou em votação as propostas: 1) manter a redação original do inciso V da
1492 Terceira Diretriz; e 2) suprimir o inciso V da Terceira Diretriz. **A proposta 1 recebeu 13 votos.**
1493 **A proposta 2 recebeu 23 votos. Uma abstenção. Deliberação:** o Plenário decidiu excluir o
1494 inciso V da Terceira Diretriz. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** solicitou à mesa
1495 verificação de quórum uma vez que a exclusão do inciso V implica em modificar o Decreto (art.

1496 7º) e, para essa modificação, é necessária maioria qualificada (2/3 dos votos). Conselheiro
1497 **Clóvis A. Boufleur** explicou que, para modificação do Regimento Interno do CNS, fazia-se
1498 necessária maioria qualificada dos votos, mas, naquele momento, o Plenário não estava
1499 deliberando sobre modificação do Regimento, mas sim uma Resolução. Ressaltou que a
1500 adequação do Regimento Interno do CNS aos termos da Resolução se daria em um momento
1501 posterior. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** discordou do entendimento da mesa e
1502 reiterou que, para votação de mudança na Resolução com respectiva mudança no Decreto,
1503 seria necessária maioria qualificada dos votos. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur**, primeiro,
1504 salientou que houve no CNS várias votações que demandaram ajustes em decretos e
1505 portarias. Explicou que ao votar uma proposta que resulta em modificação regimental, no
1506 momento de votação da mudança, é necessário quórum qualificado de 2/3. Todavia, naquele
1507 momento, a votação referia-se à mudança na Resolução. Disse ainda que se o Decreto não
1508 for alterado o CNS deveria seguir esse dispositivo. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**
1509 lembrou que, na última reunião, quando o assunto foi colocado em debate, apresentou
1510 Questão de Ordem no sentido de explicitar que o debate estava prejudicado porque ia contra
1511 ao definido no Decreto. Disse que, conforme parecer da CONJUR, a Questão de Ordem estava
1512 correta, portanto, a mesa não poderia ter colocado outro texto em votação. Conselheiro **Clóvis**
1513 **A. Boufleur** discordou do argumento do conselheiro e solicitou a manifestação de outros
1514 conselheiros a respeito. Conselheiro **Jorge Alves A. Venâncio** explicou que o posicionamento
1515 do CNS acerca da modificação do Decreto é político, portanto, não é necessário quórum
1516 qualificado. Desse modo, solicitou à mesa que desse continuidade ao processo de votação já
1517 iniciado. Conselheira **Rosangela da Silva Santos** reapresentou a proposta de redação para o
1518 Inciso V: “Os conselheiros serão indicados para o CNS conforme processos estabelecidos
1519 pelas suas respectivas entidades, movimentos e instituições, recomendando-se a renovação
1520 de suas representações.” Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** explicou que a sua proposta
1521 de redação e a apresentada pela Conselheira Rosangela Santos não eram excludentes, uma
1522 vez que a primeira referia-se a entidades e a segunda a conselheiros. Portanto, solicitou que as
1523 duas propostas fossem votadas em separado e não uma contra a outra. A mesa acatou a
1524 solicitação. Conselheira **Rosangela da Silva Santos** sugeriu substituir o termo “de suas
1525 representações.” por “de seus representantes”. Encaminhando, a mesa colocou em votação a
1526 proposta de nova redação para o inciso V da Terceira Diretriz apresentada pela conselheira
1527 **Rosangela da Silva Santos**: “Os conselheiros serão indicados para o CNS conforme
1528 processos estabelecidos pelas suas respectivas entidades, movimento e instituições,
1529 recomendando-se a renovação de seus representantes”. **23 votos pela inclusão da proposta**
1530 e **oito votos contra a inclusão da proposta. Cinco abstenções. Deliberação: aprovada,**
1531 **por maioria, nova redação para o inciso V da Terceira Diretriz: “Os conselheiros serão**
1532 **indicados para o CNS conforme processos estabelecidos pelas suas respectivas**
1533 **entidades, movimento e instituições, recomendando-se a renovação de seus**
1534 **representantes”.** Após, a mesa colocou em votação a proposta apresentada pelo Conselheiro
1535 **Alcides Silva de Miranda**: “A cada eleição, os segmentos de representações de usuários,
1536 trabalhadores e prestadores de serviços, aos seus critérios, devem promover a renovação de,
1537 no mínimo, 30% de suas entidades representativas. Parágrafo Único - Essa cláusula não se
1538 aplica aos casos de conselhos de saúde com pequeno número de entidades representativas.”
1539 Conselheiro **Jorge Alves A. Venâncio**, apesar de entender a boa intenção do conselheiro,
1540 discordou da inclusão da proposta por entender que a definição de uma regra rígida de
1541 renovação poderia trazer prejuízos à liberdade de escolha de representante no processo
1542 eleitoral. Conselheiro **Geordeci Menezes Souza** também discordou da proposta apresentada
1543 pelo conselheiro Alcides de Miranda por entender que poderia trazer dificuldades para os
1544 municípios e prejudicaria o andamento do Conselho e sua representatividade, com exclusão de
1545 importantes entidades. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** salientou que a construção
1546 democrática requer, além de autonomia, regramento para legitimar o que está além das
1547 intenções. Nesse sentido, defendeu a sua proposta por entender que estimula os segmentos a
1548 debater a questão da renovação e possibilitará modificações necessárias. Conselheira **Júlia**
1549 **Maria Roland** sugeriu que o Plenário aprovasse a proposta do Alcides de Miranda na forma de
1550 recomendação e, posteriormente, avançasse para propostas mais definitivas. Conselheiro
1551 **Alcides Silva de Miranda** concordou com a proposta da Conselheira Júlia Roland, por
1552 entender que as recomendações possuem caráter pedagógico. Conselheiro **Clóvis A.**
1553 **Boufleur** explicou que, seguindo a proposta da Conselheira Júlia Roland, a proposta seria de
1554 inclusão de adendo ao inciso V com o seguinte texto: “Recomenda-se que a cada eleição os
1555 segmentos de representações de usuários trabalhadores e prestadores de serviços, ao seu

1556 critério, promovam renovação de, no mínimo, 30% de suas entidades representativas.” Após
1557 considerações, Conselheiro Clóvis A. Boufleur colocou a proposta de redação que foi
1558 aprovada com 35 votos favoráveis e três abstenções. Deliberação: aprovada a inclusão
1559 do seguinte texto no inciso V da Terceira Diretriz: “Recomenda-se que a cada eleição os
1560 segmentos de representações de usuários trabalhadores e prestadores de serviços, ao
1561 seu critério, promovam renovação de, no mínimo, 30% de suas entidades
1562 representativas.” Conselheiro Clóvis Boufleur manifestou sua satisfação com a conclusão do
1563 processo de atualização da Resolução nº. 333, entendendo tratar-se de um instrumento que
1564 pode contribuir para o avanço do controle social. Todavia, disse que a qualquer momento o
1565 CNS pode rever e modificar as suas decisões. Conselheira **Marisa Furia Silva** sugeriu que o
1566 CNS recomendasse à Presidenta da República a modificação do Decreto. Conselheira
1567 **Graciara Matos de Azevedo** sugeriu encaminhar a versão final da Resolução à CONJUR para
1568 análise e encaminhamentos posteriores. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** explicou que a
1569 Resolução não poderia ser homologada pelo Ministro da Saúde, sem a modificação do
1570 Decreto. Sendo assim, a decisão do Plenário sobre limite do tempo do mandato não se
1571 sustentava legalmente porque ia contra o definido no Decreto. Conselheiro **Clóvis Boufleur**
1572 explicou que a Resolução implicaria em mudança no Decreto e, caso isso não ocorresse, a
1573 homologação estaria prejudicada. **ITEM 7 – CONFERÊNCIA DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE**
1574 **O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL RIO + 20 – PLANO NACIONAL DE RESÍDUOS**
1575 **SÓLIDOS** - Apresentação: **Guilherme Franco Netto**, Diretor do Departamento de Vigilância
1576 em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador – SVS/MS; **Silvano Silvério da Costa**, Diretor
1577 de Ambiente Urbano do Ministério do Meio Ambiente. Coordenação: Conselheira **Marisa Furia**
1578 **Silva**, da Mesa Diretora do CNS. O primeiro expositor foi o diretor do Departamento de
1579 Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador/SVS/MS, **Guilherme Franco Netto**,
1580 que falou sobre a Conferência das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável - Rio
1581 92, que ocorrerá de 16 a 22 de junho de 2012, no Rio de Janeiro. Começou explicando que a
1582 tese do desenvolvimento sustentável concretizou-se com a realização da 1ª Conferência das
1583 Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável - Rio 92. Segundo o expositor,
1584 desenvolvimento sustentável é o desenvolvimento capaz de suprir as necessidades da geração
1585 atual, sem comprometer a capacidade de atender as necessidades das futuras gerações.
1586 Trata-se do desenvolvimento que não esgota os recursos para o futuro. Essa definição surgiu
1587 na Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, criada pelas Nações Unidas,
1588 para discutir e propor meios de harmonizar dois objetivos: desenvolvimento econômico; e
1589 conservação ambiental. Detalhou que três pilares compõem o desenvolvimento sustentável:
1590 social, econômico, ambiental. Explicou que durante a 1ª Conferência e após a sua realização
1591 diversos compromissos foram assumidos: ação sobre mudança do clima, ação sobre a
1592 biodiversidade, ação sobre biossegurança, ação sobre a desertificação, ação sobre a camada
1593 de ozônio, ação sobre a segurança química e agenda operacional chamada “Agenda 21”.
1594 Esclareceu que a Agenda 21 é um dos instrumentos do desenvolvimento sustentável, criado a
1595 partir da Conferência das Nações Unidas - Rio 92. Em seu capítulo 6, a Agenda estabelece a
1596 proteção e a promoção da saúde humana por meio de: promoção de avanço na atenção
1597 primária à saúde, especialmente nas áreas rurais; controle das doenças transmissíveis;
1598 proteção dos grupos vulneráveis; solução do problema sanitário urbano; e redução dos riscos
1599 de saúde relacionados com a contaminação e os perigos ambientais. Além disso, salientou que
1600 outros problemas de saúde estão contemplados nos mais de 20 capítulos da Agenda 21, que,
1601 agrupados, apresentam questões relacionadas a doenças crônicas não transmissíveis e a
1602 preocupações de saúde relacionadas às mudanças ambientais globais, especialmente o clima.
1603 Disse que, para além da Agenda 21, as preocupações com a saúde estão presentes em
1604 diversos outros instrumentos e mecanismos decorrentes da Rio 92, o que exige a renovação
1605 das interfaces da agenda da saúde, com um conjunto substantivo de políticas públicas e
1606 iniciativas de diversos setores, de forma tal que colabore com o seu êxito. Explicou que, no
1607 Brasil, a trajetória da reforma sanitária e o estabelecimento do Sistema Único de Saúde,
1608 baseado nos princípios de universalidade, equidade, integralidade, participação social,
1609 descentralização e financiamento sustentado, permitem afirmar que o Sistema é, em si mesmo,
1610 uma expressão real do desenvolvimento sustentável no país. Salientou que os compromissos
1611 assumidos no capítulo 6 da Agenda 21 foram, na sua quase totalidade, realizados pelo SUS,
1612 sendo: a) expansão massiva da cobertura da atenção primária à saúde, que saltou de uma
1613 cobertura de 3% em 1992 para ±63% em 2012, resultando em oferta de serviços básicos de
1614 saúde para cerca de 120 milhões de brasileiras e de brasileiros; b) cobertura universal do
1615 Programa Nacional de Imunização, possibilitando o controle e eliminação das principais

1616 doenças imunopreviníveis, tais como a pólio e o sarampo; c) enfrentamento das doenças
1617 infecciosas negligenciadas, emergentes e reemergentes; d) expansão e fortalecimento dos
1618 serviços de saúde pública para grupos vulneráveis tais como indígenas, populações do campo
1619 e da floresta, crianças, adolescentes, mulheres, homens, idosos, trabalhadores, LGBT, entre
1620 outras inúmeras políticas; e) expansão significativa do programa nacional de transplante de
1621 órgãos; f) oferta universal de medicamentos considerados essenciais, incluindo, nesse
1622 momento, de forma progressiva a assistência farmacêutica aos diabéticos e hipertensos; g)
1623 expansão do complexo industrial da saúde e da agenda nacional de ciência e tecnologia em
1624 saúde; h) lançamento do Plano Nacional de Controle e Prevenção das Doenças Crônicas não
1625 Transmissíveis; i) estruturação de políticas diretamente relacionadas aos determinantes sociais
1626 da saúde, tais como a da Promoção da Saúde (eixo Desenvolvimento Sustentável), Campo e
1627 Floresta, bem como organização da agenda entre saúde e ambiente; j) estruturação e
1628 fortalecimento da ANVISA; k) ampla agenda de compromissos do setor saúde em iniciativas
1629 intersetoriais tais como: Programas Bolsa Família, Brasil sem Miséria, Minha Casa, Minha Vida,
1630 Água para Todos, Saúde na Escola; l) participação e contribuição na formulação de políticas
1631 relacionadas com os determinantes sociais da saúde: Política Nacional de Saneamento,
1632 Política Nacional de Resíduos Sólidos, Política Nacional de Mudança do Clima e seus
1633 respectivos planos, entre outros. No que se refere à governança, afirmou que a participação e
1634 o controle social, expressa pela formatação e estabelecimento dos conselhos de saúde e das
1635 conferências de saúde, constituem-se em poderosa forma de participação direta da cidadania
1636 na formulação, desenvolvimento e avaliação de políticas públicas no país. Frisou que não há
1637 dúvidas que ao SUS deve ser creditada uma parcela significativa de contribuição à melhoria da
1638 qualidade de vida da população brasileira, que pode ser verificada na queda da mortalidade
1639 infantil de 40 para 17/10.000 nascidos vivos e aumento da expectativa média de vida de 65
1640 para 72 anos, no período de 1990 a 2010. Além disso, disse que a agenda adotada pela
1641 Conferência Mundial de Determinantes Sociais da Saúde e pela 14ª Conferência Nacional de
1642 Saúde estabelecem pontes diretas de comunicação do setor saúde com a agenda do
1643 desenvolvimento sustentável. Mostrou o esquema dos Determinantes Sociais da Saúde – DSS
1644 que permite visualizar os fatores sociais, ambientais, econômicos, culturais, étnicos/raciais,
1645 psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus
1646 fatores de risco na população do ponto de vista das realidades concretas do país. Explicou que
1647 a Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais de Saúde apontou, entre outras, a
1648 seguinte tese: *"Uma boa saúde requer um sistema de saúde universal, integral, equitativo,*
1649 *eficaz, ágil, acessível e de qualidade. Mas também é dependente do envolvimento e diálogo*
1650 *com outros setores e atores, visando com que os seus desempenhos tenham impactos*
1651 *significativos para a saúde. A colaboração em ações políticas coordenadas e intersetoriais tem*
1652 *se demonstrado eficaz. Saúde em Todas as Políticas, juntamente com a cooperação*
1653 *intersetorial, é uma abordagem promissora para aumentar a responsabilização de outros*
1654 *setores para a saúde, bem como a promoção da equidade em saúde e de sociedades mais*
1655 *inclusivas e produtivas. Como metas coletivas, boa saúde e bem-estar para todos devem ser*
1656 *prioridades em nível local, nacional, regional e internacional"*. No mais, salientou outras
1657 iniciativas que integram, em escala global, os esforços de aproximar a saúde do
1658 desenvolvimento sustentável, sendo: a) Comissão sobre Saúde e Meio Ambiente (OMS, 1992);
1659 b) Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ONU, 2000); c) Comissão sobre Macroeconomia
1660 e Saúde (OMS, 2001); d) Cúpula do Desenvolvimento Sustentável, Johanesburgo (ONU,
1661 2002); e e) Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde (OMS 2005). Disse que o
1662 compromisso de convocar a Conferência das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento
1663 Sustentável - Rio + 20, a ser realizada no Rio de Janeiro, surgiu da iniciativa do ex-presidente
1664 **Luiz Inácio Lula da Silva**, em 2007. Explicou que o objetivo principal da Conferência das
1665 Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável - Rio + 20 é assegurar compromisso
1666 político renovado para o desenvolvimento sustentável, avaliando os progressos realizados até
1667 a data, assim como as lacunas de implementação dos resultados das principais conferências
1668 sobre desenvolvimento sustentável e enfrentar os desafios emergentes. Acrescentou que os
1669 temas centrais a Rio + 20 são economia verde e processo de governança. Explicou que,
1670 segundo o PNUMA, principal autoridade global sobre meio ambiente da ONU (Organização das
1671 Nações Unidas), economia verde é *"uma economia que resulta em melhoria do bem-estar da*
1672 *humanidade e igualdade social, ao mesmo tempo em que reduz significativamente riscos*
1673 *ambientais e escassez ecológica"*. Em outras palavras, uma economia verde pode ser
1674 considerada como tendo baixa emissão de carbono, é eficiente em seu uso de recursos e
1675 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. Boufleur** 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 sansão 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 Boufleur** 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 avançar 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 sansão por decreto presidencial (a expectativa é de análise do Plano pelos conselhos no mês
1825 de maio e sansão 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 europeias*”, 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 o 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 sansão 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 Boufleur** 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 Boufleur**
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 Boufleur, da Mesa Diretora do CNS. Primeiro,
1915 conselheiro **José Marcos de Oliveira** retomou o debate sobre a audiência pública que

ocorrerá no Tribunal de Justiça de São Paulo para debater o mérito do projeto de lei, de autoria do governo de SP, que reserva 25% dos leitos para hospitais privados no Estado. Disse que o mérito do projeto será julgado e há uma pressão pela derrubada da liminar de suspensão do PL e reconhecimento da legalidade do mérito. Destacou a preocupação do movimento social com o projeto, haja vista os riscos para o SUS e salientou que cabe ao CNS alertar os magistrados a esse respeito. Ademais, lembrou que o CNS já havia se posicionado contrariamente à lei estadual de São Paulo que dispõe sobre essa reserva. Feitas essas considerações, passou à leitura da proposta de recomendação cujo texto é o seguinte: "Considerando que a Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde, é clara no seu Art. 2º, ao afirmar que considerar-se-ão como despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 , e que, dentre outras diretrizes, "sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito.". Já o Art. 4º da LC 141 reafirma que "não constituirão despesas com ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração dos percentuais mínimos de que trata esta Lei Complementar, aquelas decorrentes dentre outras da ." assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;" considerando a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 445, de 11 de agosto de 2011, em que manifestou a posição contrária à lei estadual de São Paulo que reserva até 25% dos leitos de hospitais públicos do Estado de São Paulo, geridos por Organizações Sociais, para os planos de saúde e particulares; considerando que o Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP) julgará o agravo de instrumento proposto pelo governo do Estado de São Paulo contra as Decisões que concederam a liminar ao Ministério Público, por meio de Ação Civil Pública, impedindo a entrega de 25% dos leitos de Hospitais públicos para particulares e planos de saúde; considerando que a lei complementar nº 1.131/2010, aprovada pela Assembleia Legislativa e regulamentada pelo governador Geraldo Alckmin (PSDB), mediante o decreto nº 57.108/2011, institui a prática de "dupla porta" de entrada, selecionando beneficiários de planos de saúde privados para atendimento nos hospitais públicos , promovendo, assim, a institucionalização da atenção diferenciada com preferência na marcação e no agendamento de consultas, exames e internação e melhor conforto de hotelaria; considerando a Ação Civil Pública movida pelo Ministério Público de São Paulo, contrária à venda de 25% dos leitos dos hospitais públicos, em atenção à representação de dezenas de entidades da sociedade civil , entre elas a do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo – COSEMS/SP e a do Conselho Estadual de Saúde de São Paulo; considerando que, por previsão da Lei Federal nº. 9.656/98 cabe à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS cobrar o ressarcimento ao SUS, bem como fiscalizar as coberturas obrigatórias e a conformação de redes próprias e particulares credenciadas capazes de suprir todo o atendimento dos clientes de planos de saúde privados; considerando que a população usuária exclusivamente do SUS perderá até 25% dos leitos públicos dos Hospitais estaduais de alta complexidade, que já são, notoriamente, insuficientes para o atendimento da demanda desta população. Recomenda: 1) reiterar 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; apoiar as respeitáveis decisões que acataram a Ação do MPE: do juiz Marcos de Lima Porta, da Quinta Vara da Fazenda Pública estadual de São Paulo, que conclui pela "evidente afronta ao Estado de Direito e ao interesse público primário da coletividade"; e do desembargador José Luiz Germano, da segunda Câmara do Tribunal de Justiça de São Paulo, ao concluir que "a institucionalização do atendimento aos clientes dos planos particulares, com reserva máxima de 25% das vagas, nos serviços públicos ou sustentados com os recursos públicos, cria uma anomalia que é a incompatibilização e o conflito entre o público e o privado, com as evidentes dificuldades de controle"; 2) apelar ao Tribunal de Justiça de São Paulo que se posicione no sentido de impedir que o governo estadual celebre contratos de gestão, alterações e aditamentos entre organizações sociais e planos de saúde, e que declare a ilegalidade do Decreto Estadual nº. 57.108, de 6 de julho de 2011, que regulamentava a Lei 1.131, bem como a ilegalidade da Resolução da Secretaria de Estado da Saúde (Res. SES nº. 148 – DOE de 06/08/11 – Seção 1 - p.30) que autoriza os primeiros hospitais a ofertar até 25% de sua capacidade a particulares e aos usuários de planos de saúde privados: o Instituto do Câncer do 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
duas delegações da América Latina - Paraguai e Uruguai – e foi feita solicitação à
2034 FENACELBRA que encabece a organização de uma Federação Latino- América de Celíacos
2035

2036 diante de sua expertise e organização de Acelbras nas cinco regiões do Brasil. Os participantes
2037 do Congresso e ACELBRAs 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 ACELBRAs 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 Boufleur**
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 provados 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 – VIOLENCIA 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 Cristina 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; e
2137 Mesa 2: Articulação entre o Controle Social e o Ministério Público nas estâncias 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 PSICOSOCIAL, A SER INSTITuíDO EM BREVE POR PORTARIA MINISTERIAL. Indicação: conselheira Sandra Régis. INDICAÇÃO PARA SUPLÊNCIA 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.** Segundo, 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

2216 encaminhado à COFIN e ao CNS. Frisou ainda que a SPO tem trabalhado em conjunto com as
2217 demais áreas do Ministério da Saúde para responder, da melhor forma possível, as demandas
2218 colocadas pela COFIN. Conselheira **Rosangela da Silva Santos** perguntou se foi concluído o
2219 levantamento que solicitou ao Ministério da Saúde acerca das ações específicas voltadas à
2220 saúde das pessoas com patologias, na linha de oferecer subsídios para acompanhamento da
2221 eficácia das ações. O representante da SPO/MS, **João Carlos**, comprometeu-se a trazer essa
2222 informação à Conselheira Rosangela Santos. Conselheiro **José Eri de Medeiros** solicitou o
2223 envio de cópia do material sobre Restos a Pagar aos conselheiros, para servir de subsídio para
2224 debate, inclusive, no Congresso do CONASEMS. Também saudou a COFIN pela iniciativa de
2225 discutir com áreas do MS a inversão da lógica do investimento em saúde, com prioridade à
2226 atenção básica. Ressaltou que esse é um tema de base e, por essa razão, priorizado pelo CNS
2227 e solicitou que a pauta da COFIN, dada a sua importância, seja uma das primeiras das
2228 reuniões do CNS. **O Relatório Anual de Gestão será tratado na próxima reunião do CNS.**
2229 Conselheiro **Jorge Alves Venâncio** agradeceu os convidados e encerrou este item.
2230 Conselheiro **Haroldo Pontes** também solicitou que a Mesa Diretora do CNS defina pautas das
2231 reuniões do CNS mais factíveis de serem cumpridas nos dois dias de duração. O Secretário
2232 Executivo do CNS, **Márcio Florentino**, explicou que na próxima reunião da Mesa Diretora do
2233 CNS seria debatida proposta para organizar melhor a dinâmica das reuniões do Conselho.
2234 **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, o Secretário Executivo do CNS, **Márcio**
2235 **Florentino**, encerrou a 233ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os seguintes
2236 conselheiros no segundo dia de reunião: **Titulares - Abrahão Nunes da Silva**, Central de
2237 Movimentos Populares; **Alcides Silva de Miranda**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
2238 (CEBES); **Alexandre Rocha Santos Padilha**, Ministério da Saúde (MS); **Cleuza C. Miguel**,
2239 Movimento dos Portadores de Esclerose Múltipla (MOPEM); **Clóvis A. Boufleur**, Conferência
2240 Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos
2241 Psicólogos (FENAPSI); **Fernando S. Souza**, Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de
2242 Saúde Indígena; **Francisco Batista Júnior**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em
2243 Seguridade Social/Central Única dos Trabalhadores; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical;
2244 **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Jorge**
2245 **Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil (CGTB); **José Carrijo**
2246 **Brom**, Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO); **José Marcos de Oliveira**,
2247 Movimento Nacional de Luta Contra a Aids; **Lorena Baía**, Conselho Federal de Farmácia,
2248 **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos**, Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos
2249 Sexuais e Direitos Reprodutivos; **Marisa Furia Silva**, Associação Brasileira de Autismo
2250 (ABRA); **Maria Thereza Antunes**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de
2251 Down; **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Nildes de**
2252 **Oliveira Andrade**, Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil
2253 (FENACELBRA); **Paulo Guilherme Romano**, Confederação Nacional do Comércio de Bens,
2254 Serviços e Turismo; **Rosangela da Silva Santos**, Federação das Associações de Renais e
2255 Transplantados do Brasil (FARBRA); **Ruth Ribeiro Bittencourt**, Conselho Federal de Serviço
2256 Social (CFESS); **Sandra Regis**, Associação Brasileira dos Delegados e Amigos da
2257 Confederação Espírita Pan-Americana (CEPA Brasil); **Ubiratan Cassano Santos**, União
2258 Nacional dos Estudantes (UNE); **Verônica Lourenço da Silva**, Liga brasileira de Lésbicas
2259 (LBL); e **Wilen Heil e Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
2260 (COFFITO). **Suplentes - Arnaldo Marcolino**, Rede Nacional de Controle Social e Saúde da
2261 População Negra; **Carlos Alberto E. Duarte**, Movimento Nacional de Luta Contra a Aids;
2262 **Conceição Aparecida Accetturi**, Sociedade Brasileira de Profissionais em Pesquisa Clínica
2263 (SBPPC); **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia
2264 Brasileira (COIAB); **Elísio Nunes Ribeiro**, Sindicato Nacional dos Servidores das Agências
2265 Reguladoras (SINAGENCIAS); **Eliane Aparecida da Cruz**, Ministério da Saúde (MS); **Eurídice**
2266 **Ferreira de Almeida**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores das Universidades Brasileiras
2267 (FASUBRA); **Fernando Antônio M. Silva**, Ministério da Saúde; **Geordeci Menezes de Souza**,
2268 Central Única dos Trabalhadores (CUT); **Geraldo Adão dos Santos**, Confederação Brasileira
2269 dos Aposentados e Pensionistas (COBAP); **Gilene José dos Santos**, Sindicato Nacional dos
2270 Trabalhadores Aposentados Pensionistas e Idosos (SINTAPI); **Gilson Silva**, Força Sindical;
2271 **Graciara Matos de Azevedo**, Conselho Federal de Odontologia (CFO); **Haroldo Pontes**;
2272 **Jeferson Seidler**, Ministério do Trabalho e Emprego; **José Eri Medeiros**, Conselho Nacional
2273 de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); **Juares Pires de Souza**, Associação
2274 Brasileira de Linfoma e Leucemia (ABRALE); **Júlia Maria S. Roland**, Ministério da Saúde (MS);
2275 **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.