



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

6 **ATA DA DUCENTÉSIMA QUADRAGÉSIMA QUARTA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO**
7 **NACIONAL DE SAÚDE – CNS**
8
9

10 Aos dez e onze de abril do mês de abril de dois mil e treze, no Plenário do Conselho Nacional de
11 Saúde “Omilton Visconde” – Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º
12 andar, Brasília-DF, realizou-se a Ducentésima Quadragésima Quarta Reunião Ordinária do Conselho
13 Nacional de Saúde – CNS, dedicada à memória da conselheira estadual de Mato Grosso, **Valtênia**
14 **Agda da Costa**. A conselheira participou do ato nacional em defesa da saúde pública, dia 10 de abril,
15 e faleceu na madrugada do dia 11, em Brasília. A 244ª Reunião teve por objetivos: 1) mobilizar os
16 conselhos de saúde e sociedade em geral em defesa do financiamento do SUS, dando continuidade e
17 fortalecendo o Movimento Saúde + 10; 2) definir critérios e pactuar compromissos, recomposição e
18 renovação das comissões; 3) analisar e propor ajustes à Política de Atenção Hospitalar e ações de
19 segurança ao paciente; e 4) apreciar demandas da CIRH e da COFIN. Iniciando a sessão, a mesa de
20 abertura foi composta pela conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, e pela
21 conselheira **Nelcy Ferreira da Silva**, da Mesa Diretora do CNS. A Presidente do CNS abriu os
22 trabalhos, cumprimentando as pessoas presentes e agradecendo a presença de todos no ato nacional
23 em defesa da saúde pública e Saúde + 10, realizado na manhã daquele dia como o primeiro item da
24 pauta do CNS. O ato nacional teve por objetivo mobilizar os Conselhos de Saúde e Sociedade em
25 geral em Defesa do Financiamento do SUS, dando continuidade e fortalecendo o Movimento Saúde +
26 10. **ITEM 2 – APROVAÇÃO DA PAUTA DA 244ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS – APROVAÇÃO**
27 **DA ATA 243ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS** - Coordenação: conselheira **Nelcy Ferreira da Silva**,
28 da Mesa Diretora do CNS. Primeiro, a mesa colocou em apreciação a pauta da 244ª Reunião
29 Ordinária do CNS, que foi aprovada por unanimidade. Em seguida, submeteu à aprovação a ata
30 da 243ª Reunião Ordinária que também foi aprovada por unanimidade. A seguir, abriu a palavra
31 para avaliação do ato nacional de defesa da saúde pública e Saúde + 10. Conselheira **Lorena Baía**
32 cumprimentou os conselheiros nacionais e, em especial, os conselheiros estaduais e municipais que
33 participaram do ato e fez um destaque à presença do movimento estudantil na atividade. Salientou
34 que a luta por mais financiamento é de suma importância, mas é preciso também fiscalizar a aplicação
35 dos recursos. Por fim, registrou que o Conselho Federal de Farmácia - CFF apoia o movimento e está
36 empenhado na coleta de assinaturas. Conselheiro **Waldir Araújo Cardoso** endossou a fala da
37 conselheira Lorena Baía e saudou as iniciativas da CNBB e dos representantes de Minas Gerais pelo
38 número de assinaturas coletadas. Para acelerar o processo, salientou que as entidades devem seguir
39 esses exemplos e empenhar-se na coleta de assinaturas. Nesse sentido, informou que será realizado
40 um movimento no Pará, dia 28 de abril, para intensificar essa coleta. Conselheiro **Haroldo Jorge de**
41 **Carvalho Pontes** avaliou que o ato nacional foi importante, mas é preciso dar encaminhamento ao
42 processo com priorização da coleta de assinaturas e apresentação da minuta do Projeto de Lei – PL
43 de iniciativa popular. Conselheira **Maria Cristina Pedro Biz** saudou o CNS pela participação no ato e
44 frisou que é preciso informar e mobilizar a sociedade em prol do movimento. Conselheiro **Eni Carajá**
45 **Filho** destacou a importância do movimento e salientou que é necessário definir como e onde aplicar
46 os novos recursos. Também ressaltou que é preciso lutar para que os Estados apliquem os 12% e os
47 municípios os 15% na saúde, assegurando a responsabilidade das três esferas de governo com o
48 financiamento da saúde. Conselheiro **Jorge Oliveira Duarte** também destacou a capacidade do CNS
49 de mobilização da sociedade em prol da luta pela saúde e avaliou que é preciso monitorar o processo
50 de coleta de assinatura. Conselheira **Ubiraci Matildes de Jesus** salientou que é preciso definir uma
51 estratégia para incentivar os Estados a realizarem mobilizações desse tipo a fim de ampliar a coleta
52 de assinaturas. Além disso, ressaltou que é necessário fazer mobilização contra a internação
53 compulsória que ocorre no país. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos**
54 (“**Santinha**”) avaliou que o evento foi exitoso e registrou elogios à atuação do conselheiro Ronald
55 Ferreira dos Santos; da Presidente do CNS, conselheira Maria do Socorro de Souza; e da assessora

56 parlamentar do CNS, Alessandra Matias. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** agradeceu os movimentos e
57 entidades do país que se integraram ao processo de coleta de assinaturas e disse que é preciso ser
58 mais ousado no discurso e nas ações. Avaliou que é preciso ter um discurso para fora do controle
59 social e buscar algo novo, além de responder à sociedade para que mais recursos. Lembrou,
60 inclusive, que o Plenário deliberou pela mudança da lógica de investimento com priorização da
61 atenção básica, fortalecendo a prevenção e promoção da saúde. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**
62 fez um destaque à presença de conselhos estaduais e municipais no ato nacional, apesar das
63 dificuldades, demonstrando a capilaridade do movimento Saúde + 10 nas demais esferas. Por outro
64 lado, lamentou a comemoração do dia mundial da saúde, feita pelo MS, em Porto Alegre, porque não
65 teve relação com a saúde e contou como patrocinadores mercado e farmácia privada e empresa
66 multinacional de alimentos. Conselheiro **Renato Almeida de Barros** saudou a presença no ato dos
67 CESs, CMSs, coordenadores de plenária e avaliou que o CNS precisa definir uma data para alcançar
68 a meta da coleta de assinaturas e enviar o Projeto ao Congresso Nacional. Também concordou que é
69 preciso debater a forma de aplicação dos recursos, inclusive com reversão da forma atual de
70 pagamento por procedimentos. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS,
71 explicou que a intenção da Mesa Diretora do CNS foi definir uma dinâmica diferente para o CNS,
72 estreitando o diálogo com o Congresso Nacional. Ressaltou que as entidades e movimentos devem
73 assumir a bandeira do movimento saúde + 10 e empenhar-se na coleta de assinaturas. Frisou que
74 nesse debate com o Congresso Nacional, além da agenda do financiamento da saúde, colocou a
75 posição do CNS contrária à intenção compulsória. Também informou que participara do Fórum Social
76 Mundial na Tunísia, de 26 a 30 de março de 2013, na condição de representante do CNS e a situação
77 do sistema público de saúde daquele país é similar a do Brasil, mas lá inexiste participação social.
78 Disse que o grande desafio é discutir sistemas universais de saúde estruturantes e a seguridade
79 social. Destacou que a tarefa é árdua e longa e exige investimento em comunicação e informação
80 para ter voz em outros setores da sociedade. Por fim, saudou a diretora do DEGES, Mônica Sampaio,
81 que representará o Ministério da Saúde no CNS substituindo o ex-conselheiro Luís Carlos Bolzan.
82 **ITEM 3 – COMISSÕES DO CNS** - Coordenação: conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente
83 do CNS; e conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte**, da Mesa Diretora do CNS. Inicialmente, o
84 conselheiro explicou que o objetivo era definir critérios e pactuar compromissos, recomposição e
85 renovação das Comissões. Lembrou que o CNS dispõe de 26 comissões, a saber: 1. Comissão
86 Intersetorial de Recursos Humanos -CIRH – Abertura de Cursos; 2. Comissão Intersetorial de Pessoas
87 com Patologias – CIPP; 3. Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição – CIAN; 4. Comissão
88 Intersetorial de Saúde Mental – CISM; 5. Comissão Intersetorial de Práticas Integrativas e
89 Complementares no SUS – CIPICSUS; 6. Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar – CISS; 7.
90 Comissão Intersetorial de Saúde Indígena – CISI; 8. Comissão Intersetorial de Educação Permanente
91 do Controle Social no SUS – CIEPCSS; 9. Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em
92 Saúde – CICIS; 10. Comissão Intersetorial de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia – CIVSF;
93 11. Comissão Intersetorial de Saúde da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e
94 Transexuais – CISPLGBT; 12. Comissão Intersetorial de Assistência Farmacêutica – CIAF; 13.
95 Comissão Intersetorial para Acompanhamento das Políticas em DST e Aids – CIADAIDS; 14.
96 Comissão Intersetorial de Eliminação da Hanseníase – CIEH; 15. Comissão Intersetorial de Saúde do
97 Trabalhador – CIST; 16. Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento – COFIN; 17.
98 Comissão Intersetorial da Saúde do Idoso – CISId; 18. Comissão Intersetorial de Saúde Bucal – CISB;
99 19. Comissão Intersetorial de Saúde da População Negra – CISPN; 20. Comissão Intersetorial de
100 Trauma e Violência – CITV; 21. Comissão Intersetorial de Ciência e Tecnologia – CICT; 22. Comissão
101 Intersetorial de Saneamento e Meio Ambiente – CISAMA; 23. Comissão Intersetorial de Saúde da
102 Pessoa com Deficiência – CISPD; 24. Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher – CISMU; 25.
103 Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP; e 26. Comissão Intersetorial de Atenção Integral
104 à Saúde da Criança, do Adolescente e do Jovem – CIASAJ. Recordou que o Plenário promoveu
105 debate inicial sobre as comissões, na última reunião do CNS e, na oportunidade, solicitou
106 levantamento sobre a situação das comissões. Disse que, atendendo à solicitação, foi elaborada
107 planilha com dados sobre as comissões. Explicou que, segundo esse levantamento, 309 entidades
108 eleitas compõem o CNS e participam de comissões; 35 entidades eleitas não compõem Comissão; 26
109 entidades não eleitas compõem comissões; 27 entidades que participaram do processo eleitoral não
110 foram eleitas e não participam de comissões; 14 entidades inscreveram-se para participar do processo
111 eleitoral, mas não foram habilitadas e participam de comissões; 596 entidades participam de
112 comissões do CNS; 177 entidades não participaram da eleição do CNS e compõem comissões; e 596
113 entidades participam de comissões do CNS. Além desses números, disse que é preciso avaliar se as
114 entidades integrantes das comissões participam, de fato, desses espaços, pois essa avaliação não foi
115 possível. Também lembrou que a composição atual das comissões é anterior ao processo eleitoral
116 realizado no final de 2012. Por fim, solicitou aos conselheiros que analisassem a situação da entidade

que representa nas comissões. Conselheira **Ubiraci Matildes** disse que o material auxiliaria os conselheiros que não estavam na gestão anterior a conhecer a situação das comissões. Perguntou como avaliar o levantamento e citou, por exemplo, que a UNEGRO participa de apenas uma comissão enquanto outra entidade representante da população negra participava de várias. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, explicou que a Mesa Diretora do CNS, atendendo à solicitação feita na última reunião do CNS, apresentou um mapeamento da composição e coordenação das comissões. Todavia, esse levantamento não reflete a realidade das comissões, porque algumas não funcionaram de forma efetiva no último período e algumas entidades ou movimentos não participaram das reuniões como deveriam. Disse que o material visa apresentar uma visão geral sobre a participação das representações nas comissões. Conselheiro **Clóvis Boufleur** solicitou que a mesa apresentasse um levantamento sobre a evolução do processo de composição das comissões do CNS. Conselheiro **Renato Almeida de Barros** concordou que seria necessário avaliar as comissões a partir da constituição. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** explicou que, conforme o debate da última reunião, naquela oportunidade o Plenário deveria debater e definir as coordenações das comissões vacantes; a composição seria redefinida em momento posterior. Conselheira **Verônica Lourenço da Silva** solicitou que a mesa apontasse as comissões que precisavam redefinir as coordenações a fim de orientar o debate. Além disso, propôs uma reunião das coordenações das comissões para conhecer e debater a situação de cada comissão porque as tabelas não resolviam a situação. Por fim, registrou que a LBL compõe 4 e não 5 comissões (não faz mais parte da Comissão Intersetorial de Trauma e Violência – CITV). Conselheira **Denise Rodrigues Eloi de Brito** solicitou que fosse disponibilizada a composição de cada uma das comissões, por entender que facilitaria o debate, avaliando, primeiro, o funcionamento e, posteriormente, a coordenação e composição. Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes** disse que, primeiro, era preciso conhecer o motivo da não habilitação das entidades para participar da última eleição do CNS por entender que talvez fosse impeditivo para participar das comissões. No mais, salientou a necessidade de analisar a situação das entidades não eleitas que compõem comissões, entendendo que as comissões devem articular-se com o Pleno e é preciso saber como se dá o diálogo sobre o trabalho das comissões e o Plenário. Por fim, disse que o CONASS aguarda a definição das prioridades do CNS para definir as suas, segundo o entendimento que é preciso cruzar as prioridades do Conselho com as das entidades. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, recordou que o Regimento Interno do CNS define regras a serem seguidas para composição e funcionamento das comissões. Explicou que são 26 comissões do CNS com históricos específicos e origens diferentes: permanentes definidas em lei, intersetoriais, definidas para dar resposta a políticas de saúde. Recuperou que a visão do Pleno, explicitada inclusive na reunião anterior, é não reduzir as comissões, porque cada uma tem origem específica e importância, mas sim renovar esses espaços. Todavia, ponderou que esses organismos assessores devem ter compromisso com o planejamento do CNS e as prioridades da gestão, além de integrar-se às demandas do Pleno. Em que pese a importância das comissões, disse que lhe preocupava o atual número (26) por entender que se reproduz o modelo questionado de políticas fragmentadas. Finalizando, disse que a Mesa Diretora do CNS, identificou as seguintes comissões prioritárias, conforme o planejamento do CNS: Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento – COFIN; Comissão Intersetorial de Recursos Humanos – CIRH; Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP; CISM, Comissão Intersetorial de Educação Permanente do Controle Social no SUS – CIEPCSS; Comissão Intersetorial de Saúde Indígena – CISI; Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde – CICIS; e Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador – CIST; e Comissão Intersetorial de Saúde Mental – CISM. Também informou que a Mesa Diretora do CNS elaborou e foi disponibilizada aos conselheiros uma minuta com critérios sobre a composição das comissões do CNS, para ser apreciada. Disse que algumas entidades manifestaram interesse em participar das comissões e outras poderiam manifestar-se naquele momento. Além disso, ressaltou que o Plenário deveria apreciar a situação das comissões, as prioridades e os próximos passos e, inclusive, definir coordenações. Conselheiro **Nadir Francisco do Amaral** relatou que enfrentara dificuldades para compor comissões das quais tinha interesse em participar e frisou que isso não pode ocorrer na próxima gestão. Lembrou, inclusive, que o CNS dispõe de comissões que nunca se reuniram e poderiam tratar de temas importantes como câncer. Conselheiro **Clóvis Boufleur** explicou que o Regimento Interno do CNS não estabelece regras para composição das comissões, portanto, é uma questão que fica a critério do Plenário. Lembrou, ainda, que duas comissões (CIRH e CONEP) possuem regras específicas, com número de integrantes diferente das demais. Ponderou se a aprovação de uma resolução seria a melhor proposta porque demandaria mudança regimental que precisa ser debatida com profundidade. Como encaminhamento, propôs que as comissões, exceto as definidas pela Lei nº. 8.080/90, fossem encaminhadas por faixa etária: dividir 5 ou 6 faixas etárias, assegurando diversidade de composição, considerando etnia, sexo, entre outros. Lembrou, inclusive, que o olhar da saúde a partir da faixa etária é uma tendência

178 mundial. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** manifestou apoio à proposta do conselheiro Clóvis
179 Boufleur, mas ponderou que a estrutura vigente é outra. Para encaminhar, solicitou à mesa que
180 fizesse levantamento das comissões sem coordenação que necessitam da definição do Pleno.
181 Considerando a informação de que os mandatos das comissões estavam vencidos, disse que seria
182 necessário redefinir a composição e a coordenação de todas as comissões. Conselheira **Marisa Furia**
183 **Silva** lembrou que o mandato das coordenações e das coordenações adjuntas das comissões, que é
184 de dezoito meses, estava vencido e necessitava de redefinição. Por outro lado, recordou que no último
185 período a maioria das comissões não se reuniu e as reuniões que ocorreram foram por demanda do
186 Plenário. Defendeu que, primeiro, fossem redefinidas as coordenações e as coordenações adjuntas e,
187 posteriormente, renovadas as composições. Por fim, disse que não deveriam ser extintas comissões,
188 entendendo que poderiam ficar suspensas aguardando as demandas do Pleno para se reunir.
189 Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** recordou que, na última reunião, o Plenário decidiu debater na
190 reunião ordinária do mês de maio as coordenações das comissões e não a estrutura. Conselheiro
191 **Waldir Araújo Cardoso** avaliou que as comissões devem ter uma razão de ser e concordou que se
192 reproduz no Pleno uma segmentação inadequada do Sistema de Saúde, que é integral. Ressaltou que
193 é preciso repensar o funcionamento das 26 comissões do CNS, por entender que, se não estão
194 funcionando, não têm necessidade de existir. Também destacou que os critérios para participação são
195 necessários, mas não devem ser rígidos a ponto de impedir a participação de entidades com
196 expertises nas comissões. Conselheiro **Carlos Eduardo Ferrari** destacou que o momento é oportuno
197 para rediscutir o papel das comissões e defendeu a Comissão Intersetorial de Saúde da Pessoa com
198 Deficiência Comissão também como prioritária, lembrando a aprovação, em dezembro de 2011, do
199 Plano Viver sem Limites, em que a saúde é um dos eixos estruturantes. Também sugeriu a
200 constituição de um GT para definir critérios de composição das comissões do CNS. Conselheira **Maria**
201 **do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, na linha de contribuir no encaminhamento do debate,
202 recuperou que, na última reunião, o Plenário concluiu que não iria ampliar, reduzir ou extinguir
203 comissões. No entendimento do Pleno, as comissões deveriam ser recompostas (por essa razão, foi
204 apresentada proposta de resolução que define prazo para recomposição), com regras sobre o
205 funcionamento (a serem definidas). Portanto, naquele momento o Plenário deveria definir as
206 coordenações porque os mandatos estavam vencidos. Acrescentou que as novas coordenações
207 conduziriam o processo de renovação da composição das comissões. Disse que era preciso fazer o
208 exercício de interface das comissões, por entender que possibilitaria uma ação mais integral e
209 articulada com debate de pautas importantes. Nesse sentido, explicou que a Mesa Diretora do CNS
210 propôs avaliação das comissões a cada ano. Conselheiro **Cid Roberto Bertozzo Pimentel** concordou
211 que é preciso definir critérios sobre a composição das comissões do CNS e, para isso, delimitar os
212 paradigmas a serem seguidos. No seu modo de ver, as comissões devem seguir a lógica do CNS:
213 gestão, participação, representação social, amplitude e visibilidade para o que não é visível.
214 Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** defendeu a permanência da Comissão Intersetorial de
215 Pessoas com Patologias – CIPP, por entender que expressa os anseios do movimento de luta dos
216 usuários, e colocou-se à disposição para coordená-la. Também fez a defesa da renovação das
217 comissões, com protagonismo dos conselheiros titulares e suplentes nesses espaços. Conselheiro
218 **Carlos Alberto Duarte** reiterou que naquele momento o Plenário debateria as coordenações e a
219 composição, caso fosse necessário para definir essa coordenação. Salientou que a composição de
220 cada uma das comissões seria definida após a escolha da coordenação. Conselheiro **Eni Carajá**
221 **Filho** recordou que as comissões são organismos de assessoria ao Plenário do CNS e frisou que é
222 essencial a participação das entidades e movimentos nesses espaços. Concordou com a priorização
223 de algumas comissões do CNS desde que não signifique enfraquecimento das demais. Disse que o
224 MORHAN participa de nove comissões do CNS e deseja continuar nesses espaços. Conselheira
225 **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos (“Santinha”)** propôs um processo de avaliação das
226 comissões, para redefinir coordenação e composição e lembrou que não é obrigatória a participação
227 dos conselheiros em comissões. Também discordou da indicação indiscriminada de uma mesma
228 representação para várias comissões e solicitou que seja revista a regra da coordenação adjunta
229 exercida por conselheiro titular ou suplente. No mais, defendeu que, no caso da saída de um
230 representante da comissão, o novo nome a ser indicado não deva ser, obrigatoriamente, da mesma
231 entidade. Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** sentiu-se contemplada em algumas das falas que a
232 antecedeu e, em relação ao trabalho das comissões, propôs: que os coordenadores das comissões,
233 periodicamente, façam relato, nas reuniões do Pleno, sobre o trabalho das comissões; e, ao final do
234 mandato, que os coordenadores apresentem relatório de trabalho. Também concordou que é
235 importante renovar a composição das comissões, inclusive com a inclusão de outras entidades e
236 movimentos nesses espaços. No mais, avaliou que é preciso pautar nas comissões, na linha de
237 subsidiar o Plenário, temas relevantes como eventos mundiais a serem realizados no Brasil e grandes
238 catástrofes. Ressaltou que o momento não é de extinguir ou criar novas comissões, inclusive porque

239 não existe um diagnóstico situacional daquelas em funcionamento. Sendo assim, sugeriu que o tema
240 da recomposição das comissões seja retomado no meio do próximo mandato inclusive para atualizar a
241 nomenclatura das comissões não previstas em lei. Explicou que, após debate, o FENTAS elaborou
242 lista de demandas do segmento dos trabalhadores para compor e coordenar as comissões. Por fim,
243 colocou a Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn à disposição para coordenar a CIRH.
244 Conselheiro **Arilson Cardoso da Silva** explicou que o CONASEMS participa de várias comissões por
245 entender a importância desses espaços e por conta da capilaridade da entidade. Disse que a entidade
246 debateu a situação das comissões do CNS e defendeu a manutenção desses espaços. Todavia,
247 ponderou que em algum momento esse modelo de comissões deverá ser modificado, seguindo o
248 princípio da integralidade da atenção. Também ressaltou que é preciso definir as coordenações e
249 definir as comissões prioritárias (no caso, as permanentes). Conselheira **Júlia Maria Roland**, primeiro,
250 relembrou que há alguns anos foi elaborada e submetida à apreciação do Plenário uma proposta de
251 recomposição das comissões que não avançou por falta de consenso. Reconheceu que a redefinição
252 das comissões é necessária, mas demandaria tempo e poderia prejudicar as ações do Conselho,
253 inclusive a implementação do planejamento do CNS. Diante dessa situação, apoiou a proposta da
254 mesa de definir as novas coordenações e estabelecer prazo para elaboração de uma proposta de
255 reformulação das comissões. Por fim, manifestou o interesse do Ministério da Saúde – MS em
256 coordenar a CIRH. Conselheira **Ana Maria Costa** concordou com o encaminhamento da mesa e
257 ressaltou que é preciso fortalecer o papel das Comissões de assessorar o Pleno. Citou, por exemplo,
258 que é essencial acompanhar o debate de projetos de lei sobre saúde mental em tramitação no
259 Congresso Nacional e demandar da CISM subsídios para deliberação do Plenário a respeito. Por
260 outro lado, avaliou que algumas comissões do CNS possuem vida própria, como a CONEP e a CIRH,
261 pela inerência dos seus objetos. Portanto, é preciso separar a análise dessas comissões das demais e
262 pensar em um modo de funcionamento diferente. Registrou que o CEBES tem interesse em coordenar
263 a Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar – CISS, pela importância desse tema no contexto da
264 saúde. Por outro lado, enfatizou que o CNS não deve esquecer temas importantes para o
265 desenvolvimento técnico científico do país como ciência e tecnologia, ética em pesquisa,
266 financiamento da saúde. Por fim, registrou que a Rede Unida pode participar e contribuir nos debates,
267 em especial, da CIRH. Conselheira **Ubiraci Matildes de Jesus** destacou, inicialmente, que o debate
268 deve considerar o Regimento Interno do CNS e o planejamento do Conselho. Aproveitou para informar
269 que o movimento negro realizará oficina nacional, dias 18 e 19 de abril, para definir, inclusive,
270 estratégia de atuação no CNS. Também explicou que a falta de conhecimento do conjunto da
271 sociedade sobre equidade prejudica a implementação de ações equânimes. Explicou que, após
272 diálogo com as entidades do movimento negro, accordou-se que assumiria a coordenação da
273 Comissão Intersetorial de Saúde da População Negra – CISPN e a conselheira Simone Vieira da Cruz
274 a coordenação adjunta. Também manifestou interesse em compor a Comissão Intersetorial de Ciência
275 e Tecnologia – CICT entendendo que a questão da saúde da população negra e das pessoas com
276 deficiência é transversal a todas as políticas. Conselheira **Denise Rodrigues Eloi de Brito** apoiou o
277 encaminhamento da mesa e manifestou interesse da União Nacional das Instituições de Autogestão
278 em Saúde – UNIDAS de compor a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador – CIST e
279 coordenar a Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar – CISS. Conselheira **Maria Cristina Pedro
280 Biz** avaliou que naquele momento não seria possível avançar na redefinição do número de comissões
281 e recordou que em 2012 o Plenário aprovou a realização de seminário para debater temas
282 estruturantes das comissões, mas a atividade não ocorreu. Concordou que é preciso definir critérios
283 para recomposição das comissões, apresentar relatórios de atividades das comissões e definir o plano
284 de trabalho das comissões de acordo com o planejamento. Como encaminhamento, sugeriu definir um
285 prazo (um ano) para analisar o produto das comissões e decidir sobre a formatação. Sobre a
286 metodologia, lembrou que as indicações para compor e coordenar as comissões eram feitas nos
287 segmentos. Nessa linha, colocou os pleitos dos trabalhadores de saúde registrados no FENTAS para
288 coordenar as Comissões: Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição – CIAN: Associação
289 Brasileira de Nutrição - ASBRAN (coordenação); Comissão Intersetorial de Vigilância Sanitária e
290 Farmacoepidemiologia – CIVSF: Federação Interestadual dos Farmacêuticos - FEIFAR
291 (coordenação); Comissão Intersetorial de Recursos Humanos – CIRH: ABEn (coordenação);
292 Comissão Intersetorial de Ciência e Tecnologia – CICT: a indicar; Comissão Intersetorial de Saúde do
293 Trabalhador – CIST: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social - CNTSS
294 (coordenação adjunta); Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento – COFIN: Federação
295 Nacional dos Farmacêuticos - FENAFAR (coordenação adjunta); Comissão Intersetorial de
296 Comunicação e Informação em Saúde – CICIS: Conselho Federal de Serviço Social - CFESS
297 (coordenação adjunta), CONEP: a indicar (coordenação); Comissão Intersetorial de Educação
298 Permanente do Controle Social no SUS – CIEPCSS: Conselho Federal de Fonoaudiologia
299 (coordenação); CISAMA: Federação Nacional de Medicina Veterinária - (coordenação); CISM – CFPi

300 (coordenação); Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar – CISS: FENAPSICO (coordenação);
301 CISPD: Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais - ABRATO (coordenação adjunta);
302 CIPICSUS: Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - COFFITO (coordenação);
303 Comissão Intersetorial de Assistência Farmacéutica - CIAF: Conselho Federal de Farmácia - CFFar
304 (coordenação adjunta); Comissão Intersetorial de Saúde Bucal - CISB: Conselho Federal de
305 Odontologia (coordenação). Conselheiro **Arilson Cardoso da Silva** apresentou a seguinte Questão
306 de Ordem: apreciar a minuta de resolução, elaborada pela Diretora do CNS. Conselheira **Cleoneide**
307 **Paulo Oliveira Pinheiro** interveio para solicitar esclarecimentos sobre a eleição das coordenações,
308 uma vez que a FENACELBRA tinha interesse em continuar na coordenação da CIAN. Conselheira
309 **Maria do Socorro de Souza** explicou que não havia restrição à continuidade de entidades na
310 coordenação de comissões, todavia, o princípio a ser seguido era o da renovação e da democracia.
311 Conselheiro **Nelson Mussolini** perguntou se aquele era o momento de manifestar pleitos para
312 participar das comissões e foi esclarecido que sim. Além disso, a presidente do CNS esclareceu que a
313 vaga na comissão é da entidade representada pelo conselheiro. Conselheira **Cleoneide Paulo**
314 **Oliveira Pinheiro** registrou que a FENACELBRA apoiava o pleito da ASBRAN para coordenar a
315 CIAN. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** explicou que, para compor comissões, a indicação era de
316 entidades e, para coordenar, a indicação era de conselheiros titular ou suplente. Conselheiro **Jorge**
317 **Alves de Almeida Venâncio** recuperou que, conforme o Regimento Interno do CNS, o coordenador
318 ou o coordenador adjunto deveria ser titular. Feitos esses esclarecimentos, conselheiro **Carlos**
319 **Alberto Duarte**, atendendo à Questão de Ordem, fez a leitura da minuta de resolução com critérios
320 para reformulação das comissões, para apreciação do Plenário. O texto é o seguinte “considerando a
321 eleição de entidades, instituições e movimentos nacionais para o mandato no período de 2012/2015,
322 de acordo com o Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; considerando as necessidades indicadas
323 no processo de planejamento estratégico do Conselho Nacional de Saúde para o período de
324 2012/2015; considerando que as Comissões são instâncias para ampliar a participação de sujeitos
325 sociais, instituições e entidades, com atenção no campo de saúde e demais ações sociais com
326 repercussão nos determinantes sociais de saúde; considerando a necessidade de recompor a atual
327 representação e da indicação para as coordenações e coordenações adjuntas das Comissões do
328 CNS; e considerando que as comissões tem por objetivo assessorar o CNS em temas de relevância
329 nacional. Resolve: 1. Que, para indicação dos titulares e suplentes das Comissões do CNS, terão
330 prioridade as entidades, instituições e movimentos nacionais que tenham assento no CNS e outras
331 que tenham se credenciado ao processo eleitoral para o triênio 2012/2015; 2. Convidar entidades,
332 instituições e movimentos nacionais para compor a representação nas comissões do CNS, de acordo
333 com artigo 49 da Resolução CNS nº 435, de 12 de agosto de 2010; 3. Que, a contar da data de hoje,
334 as indicações deverão ser encaminhadas à Secretaria Executiva do CNS no prazo de 15 (quinze)
335 dias para retornar ao Pleno do CNS o quadro completo das indicações; 4. Indicar os Coordenadores e
336 Coordenadores Adjuntos das Comissões de acordo com o artigo 49 da Resolução CNS nº 435, de 12
337 de agosto de 2010 e do artigo 50 do Regimento Geral do Conselho Nacional de Saúde; 5. Que, os
338 Coordenadores e Coordenadores Adjuntos terão mandato para os próximos 18 meses, a partir da data
339 de indicação pelo Pleno do CNS, de acordo com o Inciso V, do Artigo 52, do Regimento Geral do
340 CNS; e 6. Realizar oficinas de monitoramento e avaliação dos trabalhos das comissões na perspectiva
341 da execução do planejamento estratégico do CNS.” **Manifestações.** Conselheiro **Cid Roberto**
342 **Bertozzo Pimentel** solicitou a substituição do termo “atenção” por “atuação” no terceiro considerando.
343 Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes** solicitou maiores esclarecimentos sobre item 1 da
344 minuta por ser contrário à participação das entidades não habilitadas nas comissões. Conselheiro
345 **Renato Almeida de Barros** solicitou Questão de Ordem para perguntar se a mesa abriria a palavra
346 aos inscritos antes da leitura da minuta e a presidente do CNS esclareceu que foi feita a leitura da
347 minuta para orientar os encaminhamentos. Disse que seria aberta a palavra para esclarecimentos
348 sobre o texto e, posteriormente, retomadas as inscrições. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**
349 explicou que, ao incluir as entidades credenciadas, a intenção foi contemplar as entidades habilitadas
350 ou não que demonstraram no primeiro momento interesse em participar do CNS. Conselheiro **Carlos**
351 **Eduardo Ferrari** sugeriu contemplar no primeiro item da resolução que há uma ordem de prioridade
352 para participar das comissões. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** avaliou que o primeiro item da
353 resolução é uma orientação importante, mas não deveria ser incluída na resolução porque criará uma
354 regra de difícil gerenciamento. No seu modo de ver, a pergunta mais difícil a ser respondida é se a
355 entidade integrante da Comissão que não foi eleita deverá permanecer na Comissão e a resolução
356 não responde a esse questionamento. Por fim, sugeriu que, primeiro, fosse definida a composição das
357 sete comissões prioritárias e, posteriormente, a das outras dezenove em dois momentos diferentes.
358 Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida**, em relação à minuta, sugeriu: item 1: ampliar o número de
359 integrantes das comissões para contemplar as demandas; e item 6: definir a periodicidade para
360 realização de oficinas de monitoramento e avaliação dos trabalhos das comissões. Conselheiro **Cid**

361 **Roberto Bertozzo Pimentel**, primeiro, salientou que é essencial garantir a participação do segmento
362 dos gestores nas comissões, não necessariamente na coordenação. No mais, registrou que o
363 Ministério da Previdência Social tem interesse em participar das comissões CISId, CISPD e CIST e
364 avaliou que é preciso definir critérios para compor as comissões. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**
365 explicou que o momento era de debate da minuta de resolução e as indicações seriam feitas
366 posteriormente. Conselheiro **Renato Almeida de Barros** avaliou que a resolução trouxe dúvidas e
367 geraria dificuldades porque os fóruns não teriam condições de se reunir para encaminhar as
368 indicações à Secretaria Executiva do CNS no prazo de quinze dias. Nesse sentido, sugeriu a
369 retificação do texto, ampliando o prazo, a fim de evitar conflitos. Conselheira **Verônica Lourenço da**
370 **Silva** discordou também do primeiro considerando e sugeriu que se explice que será contemplada
371 entidade com acúmulo ou expertise em relação ao tema da comissão. Conselheiro **Clóvis Boufleur**,
372 primeiro, disse que os critérios não deveriam ser aprovados na forma de resolução e salientou que
373 seria necessário aprofundar o debate. Avaliou que deveria ser considerada como eixo a lógica que a
374 comissão seja composta, prioritariamente, por conselheiros nacionais ou entidades de âmbito
375 nacional. Destacou que são 26 comissões no CNS, com 600 vagas, sendo que o MS participa como
376 convidado e CONASS e CONASEMS como integrantes. Em relação à minuta, avaliou que o texto traz
377 uma série de lacunas como: quem irá avaliar as demandas das entidades?; Quem irá convidar
378 entidades, instituições e movimentos nacionais para compor a representação nas comissões do
379 CNS?; Quais os critérios para esse convite? No mais, disse que não se usa a expressão "a partir de
380 hoje" em resoluções, sendo necessário definir data. Como encaminhamento, propôs definir um GT de
381 conselheiros para reescrever o texto na forma de um documento interno do CNS para ser votado no
382 dia seguinte e possibilitar análise mais aprofundada do tema e articulações dos segmentos.
383 Conselheira **Marisa Furia Silva** avaliou que o fato de coordenador e coordenador adjunto não
384 fazerem parte do corpo das comissões traz uma série de dificuldades. No mais, defendeu a proposta
385 de ampliar o número de integrantes das comissões de doze para quatorze. A respeito das questões
386 colocadas pela conselheira, acordou-se que seria retomada posteriormente. **Sobre a minuta de**
387 **resolução, o Plenário decidiu compor um GT (conselheiro Clóvis Boufleur, conselheira Maria**
388 **do Socorro Bezerra Mateus e integrantes da Mesa Diretora do CNS) para reescrever o texto na**
389 **forma de uma deliberação do CNS e apresentar no dia seguinte.** A seguir, a mesa abriu a palavra
390 aos inscritos para o debate sobre a coordenação e composição das comissões. Conselheira **Juneia**
391 **Martins Batista**, primeiro, registrou que a composição e as coordenações das comissões devem
392 contemplar o máximo da diversidade possível e apoiou a proposta de renovação, sem desconsiderar o
393 acúmulo daqueles que já participavam desses espaços. Também indicou o conselheiro Geordeci
394 Menezes de Souza, da Central Unica dos Trabalhadores – CUT para a coordenação da CIST e o
395 conselheiro João Donizeti Scabolli, da Força Sindical, para a coordenação adjunta por conta do
396 debate acumulado das entidades sobre a saúde do trabalhador. Conselheira **Maria do Socorro de**
397 **Souza**, Presidente do CNS, registrou que a CONTAG manifesta interesse em coordenar a CICIS ou a
398 CIEPCSS e em participar de outras sete comissões. Conselheira **Rosemeire Aparecida da Silva**
399 reiterou que o Conselho Federal de Psicologia – CFP reivindica a coordenação da CISM e solicita a
400 urgência na convocação da Comissão por conta dos debates sobre a saúde mental no Congresso
401 Nacional e os riscos dos projetos em tramitação para a reforma psiquiátrica brasileira. Conselheira
402 **Lorena Baía Alencar** explicou que o FENTAS debateu as indicações para coordenar as comissões a
403 partir de uma lógica que permite também a participação dos conselheiros suplentes. Ressaltou que é
404 papel das comissões trabalhar as demandas do controle social, com respostas a questões específicas
405 e em articulação com o Plenário. Também sugeriu incluir um link na página do CNS para disponibilizar
406 as pautas e as memórias das reuniões das comissões, para conhecimento dos debates. No mais,
407 salientou que o Conselho Federal de pleiteia a coordenação da CIAF por entender que pode contribuir
408 no debate sobre o uso racional de medicamentos, ampliação do acesso, entre outras questões.
409 Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** explicou que o Movimento de Luta contra a AIDS tem interesse
410 em continuar a coordenar a CIADAIDS, de continuar a compor a COFIN e de coordenar a CIEPCSS
411 ou a CICIS. Acerca das comissões em geral, avaliou que devem ter como foco o planejamento do
412 CNS, as ações do Plano Nacional de Saúde e as deliberações da 14ª Conferência Nacional de Saúde.
413 Também disse que é necessário definir uma forma de integrar as comissões na linha de evoluir para a
414 visão da integralidade da saúde. Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** reiterou a proposta de
415 ampliar o número de integrantes das comissões para contemplar as demandas das entidades e
416 movimentos. Além disso, defendeu a indicação da Federação Nacional dos Médicos Veterinários –
417 FENAMEV (conselheira Maria Angélica Zollin de Almeida) para coordenar a CISAMA. Conselheiro
418 **Abrahão Nunes da Silva** registrou que a Central de Movimentos Populares – CMP pleiteia continuar
419 na coordenação adjunta da CIPICSUS. Conselheiro **Nelson Mussolini** disse que entregaria uma lista
420 de demandas da Confederação Nacional da Indústria para compor as comissões e, acerca da
421 coordenação, pleiteou a CIAF (coordenação ou coordenação adjunta). Conselheira **Marisa Furia Silva**

422 informou que enviara por e-mail os pleitos da ABRA para compor as comissões e, acerca da
423 coordenação, pleiteou a adjunta da CISPD (se a ABRA for contemplada na composição, deixaria a
424 coordenação). Conselheiro **Geraldo Adão Santos** oficializou que a COBAP reivindica continuar na
425 composição das oito comissões que já participa (CICIS, CIEH, COFIN, CIRH, CISId, CISB, CISS e
426 CITV) e, sobre coordenação, disse que a entidade indica o conselheiro Luiz Alberto Catanoce, do
427 Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical - Sindnapi para
428 coordenar a CISId e o conselheiro Eni Carajá Filho, do Movimento de Reintegração das Pessoas
429 Atingidas pela Hanseníase – MORHAN, para coordenador da CIEH. Conselheira **Eliane Aparecida da**
430 **Cruz** ponderou que é preciso verificar se os acordos e práticas anteriores do CNS para construção de
431 comissões eram o melhor caminho para o momento de hoje. Nesse sentido, destacou que os
432 segmentos deveriam reunir-se para tratar dessa questão e propôs que o segmento dos gestores e
433 prestadores de serviço marcasse uma reunião para tratar das comissões. A respeito do Ministério da
434 Saúde, disse que a intenção é participar das comissões como integrantes e continuar o
435 acompanhamento de forma indireta, como convidados, por meio de assessorias. Sobre as comissões
436 apontadas como prioritárias, registrou que o Ministério da Saúde pleiteia a coordenação da CIRH.
437 Recuperou que o Ministério coordenava essa Comissão até o início de 2012 e, com a saída da
438 conselheira Ana Stella Haddad, a coordenação foi assumida pela ex-conselheira Ruth Bittencourt.
439 Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** interveio para registrar a presença importante da vereadora
440 de Porto Alegre Jussara Coni, farmacêutica e professora, na reunião do Pleno. Conselheiro **Luis**
441 **Eugenio Portela Fernandes de Souza** registrou que enviara à Mesa Diretora do CNS o pleito da
442 Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO para permanecer nas comissões das quais já
443 participava e, além disso, pleiteou, enquanto representante da Sociedade Brasileira para o Progresso,
444 a manutenção da entidade na coordenação da CICT. Também apoiou a indicação do Centro Brasileiro
445 de Estudos de Saúde – CEBES para coordenação adjunta da CONEP e a participação da Rede Unida
446 na CIRH. Conselheiro **André Luiz de Oliveira**, primeiro, registrou que, junto com os Conselheiros
447 Ronald de Souza e Ubiratan Cassano, participa do movimento nacional em defesa da saúde pública –
448 saúde + 10. Lembrou que, em outubro de 2012, o Plenário indicou o seu nome para assumir a
449 coordenação da CISS e a coordenação ajunta da CITV, todavia, essas comissões não se reuniram por
450 conta do processo eleitoral. Portanto, manifestou interesse em permanecer na coordenação da CISS e
451 comunicou que a CNBB e as pastorais enviariam documento com pleitos para participar das
452 comissões. Também manifestou preocupação com a proposta de ampliar o número de integrantes das
453 comissões e defendeu que as comissões sejam compostas, prioritariamente, por conselheiros
454 nacionais de saúde, inclusive com realização de rodízio de entidades. Conselheiro **Haroldo Jorge**
455 **Carvalho Pontes** avaliou que é preciso reformular as comissões na lógica de acabar com a
456 fragmentação. No mais, ponderou que não era necessária resolução para recompor as comissões,
457 mas sim um pacto político. Também registrou que discordava da participação nas comissões de
458 entidades que não foram habilitadas para o processo eleitoral do CNS porque a não habilitação
459 ocorreu por se tratarem de entidades sem representação nacional e, em situações mais graves, que
460 existiam de forma protocolar e burocrática. Disse que o CONASS apresentaria pleitos para participar
461 nas comissões no dia seguinte, após a reunião com o segmento dos gestores e prestadores de
462 serviço. Conselheiro **Cid Roberto Bertozzo Pimentel** relembrhou a função precípua das comissões de
463 articular políticas e programas e frisou que era preciso refletir sobre essa função de articulação.
464 Salientou que o Ministério da Previdência Social reivindica participar, na lógica da articulação, da
465 CISId, CISPD e CICIS. Conselheiro **Eni Carajá Filho** registrou que, além de pleitear a coordenação
466 da CIEH, o MORHAN formalizou ao CNS o interesse em permanecer na CIEPCSS e na CIRH.
467 Conselheira **Astrit Rehbein Siqueira** reivindicou a participação da Federação Nacional das
468 Associações Pestalozzi - FENASP na COFIN e na CISPD. Conselheiro **Ubiratan Cassano Santos**
469 defendeu a permanência da União Nacional dos Estudantes – UNE na coordenação da CIASAJ.
470 Conselheiro **Carlos Eduardo Ferrari**, em nome da Organização Nacional dos Cegos do Brasil -
471 ONCB, pleiteou a coordenação da CISPD e a participação na CIEPCSS e na CICIS, no sentido de
472 trazer para a pauta o debate sobre a acessibilidade. Conselheiro **Wanderly Gomes da Silva**,
473 inicialmente, frisou que as comissões são organismos essenciais para implementar o planejamento do
474 CNS. Também registrou que a Confederação Nacional das Associações de Moradores - CONAM
475 reivindica a coordenação adjunta da COFIN, a coordenação da CISAMA e a participação na CICIS.
476 Conselheiro **Gilson Silva** solicitou que fosse disponibilizado local para que o segmento dos usuários
477 se reunisse para debater a composição e a coordenação das comissões. Disse que a Força Sindical
478 encaminhou à Secretaria Executiva do CNS os pleitos para participação nas comissões e incluiu, além
479 das já indicadas no documento, a CISI. Conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** registrou que
480 a FENACELBRA pleiteia a permanência na CIAN, na CISMU, na CISId e na CIPP e apoia o pleito da
481 ASBRAN para coordenar a CIAN. Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio** comunicou que a
482 Central Geral dos Trabalhadores do Brasil - CGTB tem interesse em permanecer na COFIN e na

483 CIST. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos** (“Santinha”) manifestou
484 preocupação com as falas que defenderam a composição das comissões, prioritariamente, por
485 entidades e movimentos que compõem o CNS. Também perguntou em quantas comissões cada
486 entidade ou movimento pode participar. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, da Mesa Diretora
487 do CNS, lembrou que o debate volta-se à definição das coordenações, mas os conselheiros poderiam
488 apresentar seus pleitos para composição, inclusive para gerar subsídios ao processo de negociação
489 no âmbito dos segmentos. Salientou que, resolvidas as coordenações, seria definida a composição
490 das comissões. Nessa linha, observou que a Mesa Diretora do CNS apresentou um documento com
491 orientações para recompor as comissões. A partir dos critérios, os conselheiros definiriam consensos
492 e acordos para composição das comissões. Salientou que, do ponto de vista da composição, o
493 conjunto dos conselheiros apresentou os pleitos para definição dos acordos necessários e durante o
494 debate ficou claro que há comissões com e sem conflito para definição das coordenações. Identificou
495 que, das 26 comissões do CNS, menos de 20% possui conflito para definição das coordenações,
496 necessitando, em um primeiro momento, de articulação para construir acordo e votação, se não
497 houver consenso. De todo modo, pontuou que o debate explicitou a necessidade de maior prazo para
498 definir esses consensos. Sendo assim, sugeriu repassar os pleitos das entidades e movimentos para
499 compor e coordenar as comissões aos conselheiros a fim de serem considerados no processo de
500 articulação e definição de consensos dos segmentos; e definir, no dia seguinte, as coordenações das
501 comissões de consenso e, na próxima reunião do CNS, a coordenação das comissões prioritárias.
502 Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes** solicitou que o levantamento dos pleitos das
503 entidades e movimentos fosse disponibilizado na manhã do dia seguinte para subsidiar os debates
504 dos segmentos. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** informou que esse levantamento seria
505 disponibilizado conforme a solicitação. **Deliberação: o Plenário decidiu repassar os pleitos das**
506 **entidades e movimentos para compor e coordenar as comissões aos conselheiros a fim de**
507 **serem considerados no processo de articulação e definição de consensos dos segmentos; e**
508 **definir, no dia seguinte, as coordenações das comissões de consenso e, na próxima reunião do**
509 **CNS, a coordenação das comissões prioritárias.** Conselheiro **Carlos Eduardo Ferrari** justificou
510 que estaria ausente no segundo dia de reunião porque participaria de uma consulta da Organização
511 das Nações Unidas - ONU, em São Paulo, sobre o objetivo de desenvolvimento do milênio na área da
512 pessoa com deficiência. Conselheiro **Clóvis Boufleur** informou que, junto com a conselheira **Maria do**
513 **Socorro Bezerra Mateus**, redigiu e disponibilizou uma minuta com critérios de composição das
514 comissões, para ser apreciada no dia seguinte. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** justificou que não
515 poderia participar da reunião do Fórum dos Usuários que ocorreria no início da manhã do dia seguinte.
516 Definido esse ponto, a mesa encerrou o primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes
517 conselheiros: **Titulares** – **Abrahão Nunes da Silva**, Central de Movimentos Populares (CMP); **Ana**
518 **Maria Costa**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); **Arilson da Silva Cardoso**, Conselho
519 Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); **Carlos Eduardo Ferrari**, União
520 Brasileira de Cegos (UBC); **Carlos Alberto Ebeling Duarte**, Movimento Nacional de Luta Contra a
521 Aids; **Cid Roberto Bertozzo Pimentel**, Ministério da Previdência Social; **Cleoneide Paulo Oliveira**
522 **Pinheiro**, Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA; **Clóvis A.**
523 **Boufleur**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); **Denise Rodrigues Eloi de Brito**,
524 União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS); **Edmundo Dzuaiwi Omore**,
525 Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Eni Carajá Filho**,
526 Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase – MORHAN; **Geraldo Adão dos**
527 **Santos**, Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas – COBAP; **Gerdo Bezerra de**
528 **Faria**, Conselho Federal de Odontologia – CFO; **Ivone Evangelista Cabral**, Associação Brasileira de
529 Enfermagem (ABEn); **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil
530 (CGTB); **Luís Eugênio Portela Fernandes de Souza**, Sociedade Brasileira de Profissionais em
531 Pesquisa Clínica (SBPPC); **Márcia Patrício de Araújo**, Associação Brasileira dos Ostomizados
532 (ABRASO); **Maria Cristina Pedro Biz**, Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); **Maria do**
533 **Espírito Santo Tavares dos Santos**, Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos
534 Reprodutivos; **Maria do Socorro de Souza**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura
535 – CONTAG; **Maria Laura C. Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Marisa**
536 **Furia Silva**, Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Nadir Francisco do Amaral**, Federação
537 Nacional das Associações de Pessoas com Doenças Faciliformes (FANAFAL); **Nelcy Ferreira da**
538 **Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional
539 da Indústria (CNI); **Patrícia Augusta Alves Novo**, Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças
540 Similares – ABRAZ; **Renato Almeida de Barros**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em
541 Seguridade Social (CNTSS); **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos
542 (FENAFAR); **Rosemeire Aparecida da Silva**, Conselho Federal de Psicologia – CFP; **Ubiraci**
543 **Matildes de Jesus**, União de Negros pela Igualdade (UNEGRO); **Ubiratan Cassano Santos**, União

544 Nacional dos Estudantes (UNE); **Verônica Lourenço da Silva**, Liga Brasileira de Lésbicas; e **Waldir**
545 **Araújo Cardoso**, Conselho Federal de Medicina (CFM). *Suplentes* – **Alessandra Ribeiro de Souza**,
546 Conselho Federal de Serviço Social- CFESS; **Alexandre Correia dos Santos**, Federação
547 Interestadual dos Farmacêuticos - FEIFAR; **Alexandre Frederico de Marca**, Confederação Nacional
548 do Comércio de Bens, Serviços e Turismo; **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos
549 do Brasil – CNBB; **Andréa Karolina Bento**, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia – ABRALE;
550 **Astrit Rehbein Siqueira**, Federação Nacional das Associações Pestalozzi – FENASP; **Cristiano**
551 **Gonzaga da Matta Machado**, Federação Nacional dos Médicos – FENAM; **Diego de Faria**
552 **Magalhães Torres**, Federação Nacional dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacional (FENAFITO);
553 **Edi Sinedino de Oliveira Sousa**, Associação Brasileira de Odontologia – ABO; **Eurídice Ferreira de**
554 **Almeida**, FASUBRA; **Eliane Aparecida da Cruz**, Ministério da Saúde (MS); **Fernanda Bevenutte**,
555 Associação Nacional de Travestis e Transexuais – ANTRA; **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação
556 Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; **Gilene José dos Santos**, Sindicato Nacional dos Trabalhadores
557 Aposentados Pensionistas e Idosos (SINTAPI); **Gilson Silva**, Força Sindical; **Haroldo Jorge de**
558 **Carvalho Pontes**, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS; **João Donizeti Scaboli**,
559 Força Sindical; **José Arnaldo Pereira Diniz**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **José**
560 **Wilton da Silva**, Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil – FARBRA; **Junéia**
561 **Martins Batista**, Central Única dos Trabalhadores – CUT; **Júlia Maria Santos Roland**, Ministério da
562 Saúde; **Lorena Baía Alencar**, Conselho Federal de Farmácia – CFF; **Luiz Alberto Catanoce**,
563 Sindicato Nacional dos Aposentados (SIND-NAP); **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central
564 Sindical de Trabalhadores - NCST; **Maria Angélica Zollin de Almeida**, Federação Nacional dos
565 Médicos Veterinários - FENAMEV; **Maria do Socorro Bezerra Mateus**, União Nacional dos Auditores
566 do Sistema Único de Saúde – UNASUS; **Noemy Yamaguishi Tomita**, Conselho Federal de Biologia –
567 CFBio; **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **Paula Johns**,
568 Associação de Controle do Tabagismo, Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos - ACT/Aliança de
569 Controle do Tabagismo; **Richarlis Martins**, Rede Nacional Lai Lai Apejo – População Negra a Aids; e
570 **Wilen Heil e Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Iniciando o
571 segundo dia de reunião, a mesa foi composta pelos integrantes da Mesa Diretora do CNS conselheira
572 **Nelcy Ferreira da Silva** e conselheiro **Arilson Cardoso da Silva**. Após cumprimentar os presentes,
573 conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** informou que a Mesa sistematizou as demandas de coordenação
574 e composição das comissões e o Plenário deveria definir um horário para retomar essa discussão. A
575 propósito, acordou-se que o debate sobre a coordenação e a composição das comissões seria
576 retomado após o item 5 da pauta. Na sequência, conselheiro **Arilson Cardoso da Silva**, da Mesa
577 Diretora do CNS, comunicou o Plenário sobre o falecimento da conselheira estadual de saúde do Mato
578 Grosso do Sul, Valtênia Agda da Costa, presidente do Conselho Municipal de Saúde de Corumbá e
579 coordenadora da plenária pelo Estado. Informou que a conselheira passou mal durante a passeata do
580 movimento Saúde + 10 e faleceu na madrugada daquele dia. Solicitou um minuto de silêncio em
581 memória da conselheira que faleceu em um momento de luta pela construção do Sistema. O Plenário
582 decidiu dedicar a reunião à conselheira. **ITEM 5 – POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO**
583 **HOSPITALAR** - Apresentação: **Helvécio Miranda Magalhães Júnior**, Secretário de Atenção à Saúde
584 – SAS. **Objetivo**: Analisar e propor ajustes à Política de Atenção Hospitalar. **SEGURANÇA DO**
585 **PACIENTE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** - Apresentação: **Dirceu Braz Barbano**, Diretor
586 Presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **Objetivo**: Analisar e propor ajustes
587 à Portaria que institui Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Coordenação**: conselheiro
588 **Arilson da Silva Cardoso**, da Mesa Diretora do CNS. Composta a mesa, a mesa abriu a palavra ao
589 conselheiro **Helvécio Miranda Magalhães Júnior**, na condição de Secretário de Atenção à Saúde –
590 SAS, para apresentação da Política Nacional de Atenção Hospitalar. O Secretário começou
591 explicando que a Política foi debatida internamente no Ministério da Saúde por diversos grupos
592 técnicos e submetida à consulta pública por 60 dias e estava em fase de debate com CONASS e
593 CONASEMS. Esclareceu que a atenção hospitalar caracteriza-se por um modelo médico-hegemônico,
594 centrado em procedimentos, voltada para atenção aos quadros agudos, organizada por demanda
595 espontânea e atenção fragmentada – desarticulada, baseada em demanda espontânea. Disse que se
596 observa um empobrecimento da dimensão cuidadora com insatisfação dos usuários, indícios de
597 ineficiência e neficácia e baixo impacto assistencial. Diante desse quadro, destacou que o novo
598 modelo para a atenção hospitalar busca humanização, qualidade, eficiência e atuação em rede.
599 Pontuou que nos últimos anos houve uma mudança da estrutura produtiva hospitalar no mundo, com
600 destaque para: processo de desospitalização com deslocamento de papéis clássicos do hospital para
601 os níveis ambulatoriais e de atenção básica; concentração de atividades altamente especializadas nos
602 hospitais; busca por formação de redes e associações; uso intensivo de Tecnologias de Informação,
603 com redução de tempo e de processos; e avanços científicos acelerados que modificam a forma de
604 fazer a clínica. Na linha dessas mudanças, destacou ainda novos conceitos arquitetônicos e arranjos

605 do espaço hospitalar clássico; certificação, gerenciamento de processos e novas formas de
606 contratação; gestão da clínica como conceito inovador para a dinâmica hospitalar; financiamento
607 mediado por resultados assistenciais baseados na eficácia e na eficiência; e novas modalidades de
608 gestão. Nesse contexto, explicou que a Política Nacional da Atenção Hospitalar tem por objetivo geral
609 estabelecer as diretrizes para a reorganização da Atenção Hospitalar no SUS visando fortalecer as
610 práticas assistenciais e gerenciais estratégicas, uso racional de recursos, incorporação de tecnologias
611 em saúde e qualificação dos processos de trabalho proporcionando cuidado integral com
612 resolutividade, atuação em rede, participação social e transparência. Detalhou que são objetivos
613 específicos da Política: a) reformular o atual modelo de gestão e atenção hospitalar no SUS; b) definir
614 e classificar os estabelecimentos hospitalares; c) estabelecer as diretrizes para Qualidade da Atenção
615 Hospitalar e Segurança do paciente; d) estabelecer os mecanismos de articulação entre os hospitais e
616 os demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde – RAS; e e) estabelecer as competências
617 de cada esfera de gestão no processo de reorganização, execução e acompanhamento da PNHOSP
618 no SUS. Explicou que a Política classifica os estabelecimentos Hospitalares no SUS classificam-se
619 como: I – Hospitais de Médio e Grande Porte, que devem contar com no mínimo 50 leitos e abranger
620 uma população de pelo menos 50.000 (cinquenta mil) habitantes; e II – Hospitais de Pequeno porte,
621 com quantitativo de leitos entre 30 e 50 e abranger uma população de até 50.000 (cinquenta mil)
622 habitantes. Detalhou que hospitais de médio e grande porte são instituições complexas, com alta
623 densidade tecnológica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, vinculados a uma população de
624 referência com base territorial, responsáveis pela assistência aos usuários de perfil agudo ou crônico,
625 que apresentam potencial de instabilidade e de complicações de seu estado de saúde, exigindo
626 assistência contínua em regime de internação, por meio de ações que abrangem a promoção da
627 saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Além disso, esses
628 hospitais prestam atendimento ininterrupto, 24 (vinte e quatro) horas por dia, todos os dias da semana,
629 por demanda referenciada e/ou espontânea e deverão ter densidade tecnológica, estrutura física,
630 processos organizativos e profissionais adequados ao seu perfil assistencial e contar com, no mínimo,
631 50 (cinquenta) leitos. Detalhou que os estabelecimentos de saúde que possuem um quantitativo
632 inferior a 30 (trinta) leitos terão um período de 03 (três) anos, a partir da publicação da portaria, para
633 mudar seu perfil assistencial, com estímulo à mudança de perfil de oferta de serviços de saúde. Os
634 estabelecimentos de saúde que possuem um quantitativo entre 30 (trinta) e 50 (cinquenta) leitos terão
635 um período de 03 (três) anos, a partir da publicação da portaria, para mudar seu perfil assistencial ou
636 se adequarem aos requisitos dos HPP dispostos na portaria. No que se refere aos pressupostos para
637 a gestão e a atenção hospitalar no SUS, destacou que o hospital deve se organizar como um ponto de
638 atenção da RAS, de forma regionalizada, articulada, integrada e regulada; a gestão hospitalar deverá
639 ser participativa, transparente e democrática; a Atenção Hospitalar deverá ser baseada nos
640 pressupostos da clínica ampliada e gestão da clínica; e o Hospital deverá implementar e monitorar
641 estratégias para assegurar a qualidade da atenção e segurança do paciente. Em relação ao modelo
642 de atenção hospitalar, esclareceu que deve garantir a atenção às condições agudas, crônicas e
643 crônicas agudizadas, organizado a partir das necessidades dos usuários; garantir a continuidade do
644 cuidado em outros pontos de atenção da RAS; centralização em equipe multiprofissional e equipes de
645 referência; organização do trabalho de forma horizontalizada; acesso regulado; e o sistema de saúde
646 organizado por Linhas de Cuidado. Falou sobre a regulação do acesso à atenção hospitalar
647 explicando que será realizada pelas centrais de regulação, que atuarão de forma integrada, garantindo
648 transparência e equidade no acesso, independente da esfera administrativa, da natureza jurídica ou
649 da esfera de gestão do hospital. Para que ocorra na prática, explicou que será necessária
650 contratualização hospitalar, ou seja, os gestores de saúde deverão formalizar a relação com o
651 conjunto dos hospitais que prestam serviços ao SUS por meio de instrumento de contrato, convênio
652 ou congênere, independente de sua natureza jurídica, esfera administrativa e gestão. Detalhou que
653 são 5.200 hospitais no Brasil: 3.800 prestam serviços ao SUS; 45% dos leitos privados; e mais de
654 50% das internações em hospitais públicos não estatais vinculados às filantrópicas ou empresas
655 lucrativas. Ainda sobre a contratualização hospitalar, disse que a situação hoje é a seguinte: Programa
656 de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS/2004: 146
657 Hospitais contratualizados (48 são filantrópicos) e mais 30 hospitais de ensino em processo de
658 contratualização; Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte/2004: 511 adesões; e
659 Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de
660 Saúde – SUS/2005: 643 Hospitais filantrópicos contratualizados. Destacou que será publicada Portaria
661 de contratualização que estabelece as diretrizes operacionais da contratualização hospitalar no âmbito
662 da Política Nacional de Atenção Hospitalar no SUS. Detalhou que uma das exigências para a
663 contratualização é a existência do conselho local intrahospitalar porque as experiências onde existem
664 esses conselhos são exitosas. Além disso, detalhou que são regras para contratualização:
665 contrato/convênio ou congênere: estabelecido entre a unidade hospitalar e o gestor local do SUS;

666 plano operativo assistencial: parte indissociável do instrumento contratual, é a ferramenta de
667 operacionalização das ações e serviços planejados e pactuados de gestão, assistência, avaliação,
668 ensino e pesquisa; e comissão permanente de acompanhamento do contrato: representantes do
669 gestor local, hospital e conselho local de saúde, com estímulo a instalação de conselhos nos hospitais.
670 Em relação ao monitoramento, disse que deverá constar no Plano Operativo – POA, obrigatoriamente,
671 um conjunto de Indicadores mínimos, que poderão ser acrescidos de outros por meio de pactuação
672 entre o gestor e o prestador hospitalar, de acordo com o perfil do hospital, sendo: a) Indicadores
673 Gerais; b) Indicadores para UTI; c) Indicadores de Monitoramento de Redes Temáticas - Rede
674 Cegonha; d) Indicadores de Monitoramento de Redes Temáticas - Rede de Atenção às Urgências e
675 Emergências – RUE; e e) Indicadores de Monitoramento de Redes Temáticas – Rede de Atenção
676 Psicossocial – RAPS. Ainda em relação à contratualização, explicou que os recursos financeiros que
677 compõem o orçamento do hospital e que subsidiem as ações e serviços para o SUS deverão compor
678 um único instrumento contratual, com especificação das fontes financeiras federal, estadual, distrital,
679 municipal e outras. Também disse que foi instituído Incentivo à Qualificação da Gestão Hospitalar –
680 IQGH, que substituiu o IAC, com o objetivo de qualificar a gestão e a atenção hospitalar no SUS. Disse
681 que receberão esse incentivo os hospitais certificados como de Ensino; os sem fins lucrativos com
682 CEBAS na área da Saúde com mais 50 leitos para o SUS; e os sem fins lucrativos com mais de
683 cinquenta (50) leitos que prestem, no mínimo, 60% dos seus serviços assistenciais ao SUS sem
684 CEBAS. Sobre os recursos financeiros, explicou que a alocação deverá ser definida por orçamentação
685 global mista, com valor pré-fixado, composto pela série histórica da média complexidade e demais
686 incentivos financeiros, remunerada de acordo com um valor pactuado entre gestor e prestador de
687 serviço hospitalar, vinculados ao alcance das metas qualquantitativas. Destacou ainda que o repasse
688 dos recursos financeiros da orçamentação fica condicionado ao cumprimento das metas qualitativas e
689 quantitativas estabelecidas no Plano Operativo: a) quarenta por cento (40%) do valor pré-fixado será
690 repassado, mensalmente, condicionado ao cumprimento do percentual das metas de qualidade
691 discriminadas no PO; e b) sessenta por cento (60%) do valor pré-fixado será repassado,
692 mensalmente, condicionado ao cumprimento do percentual das metas quantitativas discriminadas no
693 Plano Operativo. Também explicou que o valor pós-fixado é composto pelo valor dos serviços de Alta
694 Complexidade e do Fundo de Ações Estratégicas de Compensação – FAEC, calculado a partir de uma
695 estimativa das metas físicas, remunerado de acordo com a produção apresentada pelo hospital e
696 autorizada pelo gestor municipal ou estadual ou Distrital. Sobre os Hospitais de Pequeno Porte,
697 explicou que são estabelecimentos de saúde intermediários entre a atenção básica ou atendimento
698 pré-hospitalar e os hospitais de médio e grande porte, com quantitativo de leitos entre 31 (trinta e um) e
699 50 (cinquenta) e que abrangem uma população entre 30 (trinta) mil e 50.000 (cinquenta mil)
700 habitantes. Disse que será definida pactuação no âmbito da Política, mas o tema demanda debate
701 mais aprofundado. Explicou que os Hospitais de Pequeno Porte – HPP devem cumprir os seguintes
702 requisitos: a) Funcionar 24h (vinte quatro horas) por dia, 07 (sete) dias da semana; e b) Estar
703 localizado em área de abrangência do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU ou garantir
704 Transporte Sanitário adequado aos pacientes que necessitem de atendimento de maior
705 complexidade. No mais, os Hospitais de Pequeno Porte – HPP devem ter as seguintes atribuições
706 mínimas: a) atuar em rede; b) apoiar a atenção básica; c) atender às urgências e emergências de
707 menor complexidade; e d) estabilizar e encaminhar de forma segura e em tempo oportuno os casos de
708 urgência e emergência de maior complexidade. **SEGURANÇA DO PACIENTE NO SISTEMA ÚNICO**
709 **DE SAÚDE** – O Diretor Presidente da ANVISA, **Dircen Braz Barbano**, apresentou o Programa
710 Nacional de Segurança do Paciente para o monitoramento e prevenção de danos na assistência à
711 saúde, lançado pelo Ministro da Saúde no dia 1º de abril de 2013. Começou explicando que o
712 Programa tem como base a experiência da ANVISA com a Rede de hospitais sentinelas. Detalhou que
713 hoje são 192 hospitais da Rede Sentinelas que monitoram um conjunto de eventos adversos no
714 atendimento aos pacientes e respondem por, aproximadamente, 60 mil leitos e cerca de 40 mil
715 atendimentos por dia. Destacou que esses hospitais da rede realizam monitoramento sistemático da
716 segurança dos pacientes: infecção sanguínea adquirida na UTI do hospital, uso de medicamentos, uso
717 do sangue, uso de produtos como próteses. Salientou que essa rede permite a capacitação de outros
718 hospitais e a execução de trabalhos específicos (estudos, pesquisas) que permitem aos outros
719 hospitais adquirir experiências desenvolvidas em apenas um (a maior experiência refere-se a projetos
720 da ANVISA desenvolvidos no Grupo Hospitalar Conceição). Explicou que o Programa parte de
721 estudos que apontam que, de cada dez pacientes atendidos em um hospital, um sofre pelo menos um
722 evento adverso como queda, administração incorreta de medicamentos, falhas na identificação do
723 paciente, erros em procedimentos cirúrgicos, infecções, uso inadequado de dispositivos e
724 equipamentos médicos. Ressaltou que a maior parte destas ocorrências poderia ser evitada com
725 medidas para ampliar a segurança do paciente no hospital. Disse que o Brasil é o país com a maior
726 incidência de agravos evitáveis, ou seja, 2/3 dos eventos (66,7%) poderiam ser evitados com medidas

simples. Detalhou que o Programa prevê a implementação de seis Protocolos de Segurança do Paciente com foco nos problemas de maior incidência. Além disso, destacou que a ANVISA publicou a Consulta Pública nº 9, que apresenta a proposta para o Programa Nacional de Segurança do Paciente, estabelecendo a obrigatoriedade de criação de Núcleos de Segurança do Paciente nos serviços de saúde e da notificação de eventos adversos associados à assistência do paciente. Também disse que foi publicado o Edital de Chamamento nº 2, de 1º de Abril de 2013, para manifestação de entidades públicas e privadas do setor produtivo da saúde para proposição de medidas de ampliação da segurança dos pacientes em serviços de saúde. Além disso, o Ministério da Saúde publicou a Portaria MS nº 529, de 1º de abril de 2013, que institui o Comitê de implementação e monitoramento Programa com representantes do governo, entidades de classe, sociedade civil e universidades e coordenação da ANVISA. Explicou que seis protocolos orientarão profissionais na ampliação da segurança do paciente nos serviços de saúde, sendo: cirurgia segura; prática de higiene das mãos em serviços de saúde; prevenção de úlceras por pressão; prevenção de quedas em pacientes hospitalizados; identificação do paciente; e segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Detalhou que o protocolo de cirurgia segura define dezenove passos estruturados em etapas, como: checar insumos e equipamentos antes da cirurgia, marcar local da cirurgia com caneta dermatográfica e conferir se compressas utilizadas durante o procedimento foram retiradas. Acrescentou que serão utilizados padrões universais de segurança para as equipes cirúrgicas e para as atividades na sala de operação e será implementada Lista de Verificação para Cirurgia Segura da OMS, adaptada de acordo com os serviços de saúde, com aval de conselhos profissionais e sociedades científicas. No caso do protocolo de higiene das mãos, são definidos os seguintes momentos: antes e depois de tocar no paciente, antes de realizar procedimentos, após contato com fluídos corporais como sangue ou secreção e depois de ter contato com superfícies próximas ao paciente (mesas ou bordas de cama). No caso do protocolo de prevenção de úlcera por pressão, disse que prevê a adoção de cuidados com a posição do paciente para evitar a pressão na pele dos internados, especialmente nos que tem pouca mobilidade; a avaliação diária de aparecimento e desenvolvimento de lesões; e avaliação de macas e colchões usados. Destacou que o protocolo de prevenção de quedas prevê identificação visual ao indivíduo com risco de queda; orientação aos pais para não deixar crianças desacompanhadas em nenhum momento, quando internadas; intensificação dos pacientes em uso de sedativos, tranquilizantes e anti-hipertensivos; e vigilância e agilidade no atendimento à campainha/chamado. A respeito do protocolo de identificação do paciente, disse que prevê: conferência dos dados do paciente, como nome completo, data de nascimento, antes da administração de medicamentos; identificação do paciente na pulseira, na prescrição médica e no rótulo do medicamento/hemocomponente, antes de sua administração; verificação rotineira da integridade das informações nos locais e identificação do paciente (ex.: pulseiras, placas do leito); e checagem de pulseiras de mãe e bebê antes da alta médica. Em relação ao uso e administração de medicamentos, o protocolo define: uso de etiquetas coloridas ou sinais de alerta para diferenciar as embalagens; padronização da prescrição de drogas, sem abreviações e uso do nome comercial; e dupla checagem ao dispensar, preparar e administrar remédios. Detalhou que a RDC da ANVISA está em consulta pública por 30 dias (7 de abril a 7 de maio) disponível no site da Anvisa (Regulação Sanitária/Assuntos de interesse/Consultas Públicas/Assuntos de interesse/Consultas Públicas em andamento). Disse que essa Resolução obriga a implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente nos serviços de saúde – públicos e privados; torna compulsória a notificação de eventos adversos pelos serviços de saúde abrangidos pela norma; e determina que os serviços de saúde que descumprirem a norma estarão sujeitos às ações sanitárias previstas em lei, incluindo a suspensão do alvará de funcionamento. Ressaltou que a fase atual é de mobilização com articulação do Ministério da Saúde com Estados, municípios, conselhos e sociedades profissionais para aperfeiçoar e concluir protocolos de segurança do paciente, que entrarão em consulta pública, criar o Comitê Nacional para apoiar a implementação e monitoramento do andamento do programa e montar o plano de capacitação de profissionais de saúde, com base nas considerando os protocolos e demandas dos serviços. Ainda em relação à mobilização, destacou o chamamento público dirigido às instituições; entidades representativas dos setores produtivos e hospitalar; instituições e entidades de ensino e pesquisa relacionadas à temática de segurança do paciente e força de trabalho para propor medidas que visem a promoção da segurança do paciente. Também detalhou outras atividades do Programa: Cartaz e Cubo dirigido aos profissionais de saúde; Seminário Internacional sobre Segurança do Paciente: maio 2013, em Brasília, com previsão de 200 participantes; Termo de Cooperação com CFM para cursos de capacitação; Edição da Série Cadernos de Segurança do Paciente MS/ANVISA/OPAS; Hotsite sobre Segurança do Paciente: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/securancadopaciente/index.html>; Conferência Internacional de Qualidade em Saúde em outubro de 2014 no Rio de Janeiro; e cursos em parceria com instituições de referência e hospitais de excelência que participam do PROADI-SUS para capacitação de

788 profissionais. Por fim, disse que três protocolos já foram publicados e milhares de cartazes
789 reproduzidos e enviados às unidades de saúde. Concluídas as explanações, conselheiro **Arilson**
790 **Cardoso da Silva**, da Mesa Diretora do CNS, informou que os dois convidados poderiam permanecer
791 até às 11h porque acompanhariam a Presidente da República em atividade fora de Brasília.
792 **Manifestações**. Conselheira **Ubiraci Matildes de Jesus** avaliou que a atenção hospitalar no Brasil
793 passa por uma situação crítica, com destaque para urgência e emergência. Registrhou que há uma
794 insuficiência de leitos e os usuários permanecem muito tempo na emergência antes da internação.
795 Também falou sobre a situação de pacientes com AVC que dificilmente conseguem atendimento na
796 rede conveniada e com frequência são encaminhamentos para hospitais da rede própria. Nessa linha,
797 perguntou como se dá a contratualização e qual a concepção política do Programa diante da
798 insuficiência de leitos na rede pública, lembrando que a política nacional de atenção hospitalar deve
799 pautar-se pelos princípios do SUS. Em relação à política de segurança do paciente, disse se trata de
800 uma iniciativa nova e é preciso dialogar e preparar em especial os gestores para esse modelo. Nesse
801 contexto, disse que é preciso acabar com a privatização dos hospitais públicos, com a rotatividade de
802 contratação de funcionários e com a dupla porta de entrada. Além disso, solicitou maior atenção para
803 a questão da regulação dos pacientes com destaque para a situação crítica no Estado da Bahia.
804 Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos ("Santinha")** cumprimentou os
805 expositores e destacou que as questões colocadas, pela importância, mereciam aprofundamento do
806 Plenário. Destacou que, ao invés de investir na atenção primária, o investimento é feito na rede
807 privada. Também manifestou preocupação com o alto índice de leitos privados e de internações em
808 hospitais públicos não estatais vinculados às filantrópicas ou empresas lucrativas e frisou que essa é
809 uma questão que merece debate. Em relação ao monitoramento, disse que é preciso atenção para o
810 alto índice de cesáreas e de casos de morte materna. Ainda sobre o monitoramento, sugeriu a
811 inclusão de um representante do CNS no comitê de implementação e monitoramento Programa. No
812 mais, sugeriu que os conselhos de saúde sejam informados sobre a obrigatoriedade de criação de
813 Núcleos de Segurança do Paciente nos serviços de saúde e da notificação de eventos adversos
814 associados à assistência do paciente, para que realizem a fiscalização. Conselheiro **Waldir Araújo**
815 **Cardoso**, primeiro, perguntou ao Secretário da SAS se a contratualização abrange os hospitais
816 públicos do SUS e quis saber se os conselhos de saúde terão acesso aos contratos para
817 acompanhamento e fiscalização. Também sentiu falta de ações voltadas à força de trabalho que
818 assegurarem os direitos elementares dos trabalhadores. Também perguntou se os dados explicitados
819 no slide 5 estavam corretos, porque, conforme explicitado, países como França e Espanha possuíam
820 índice de ocorrência superior ao do Brasil. Por fim, elogiou, em nome das entidades médicas, as duas
821 iniciativas do Ministério da Saúde. Conselheiro **Arilson Cardoso da Silva**, da Mesa Diretora do CNS,
822 interveio para informar que o voo dos dois palestrantes fora antecipado e não poderiam permanecer.
823 Conselheira **Maria Cristina Pedro Biz** sugeriu repautar o tema na próxima reunião do CNS e solicitou
824 a prorrogação do prazo da consulta pública da ANVISA para assegurar a manifestação dos
825 conselheiros. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** solicitou aos convidados que se
826 programassem para permanecer nos debates do CNS até o final. Conselheiro **Arilson Cardoso da**
827 **Silva**, da Mesa Diretora do CNS, explicou que os dois palestrantes participariam de comitiva com a
828 Presidente da República e o voo foi antecipado por um problema da força área. O Secretário **Helvécio**
829 **Miranda Magalhães Júnior** desculpou-se pelo contratempo e concordou com a proposta de repautar
830 o tema, com prazo maior para debate. Também solicitou aos conselheiros que apontem as principais
831 questões sobre a Política Nacional de Atenção Hospitalar a serem tratadas na próxima explanação. O
832 Diretor Presidente da ANVISA, **Dirceu Braz Barbano**, também lamentou o contratempo e registrou
833 que se organiza para dar prioridade aos debates do Conselho. Colocou-se à disposição para retornar
834 ao Plenário e dar continuidade ao debate, todavia, disse que uma representação da ANVISA
835 permaneceria na reunião para eventuais esclarecimentos aos interessados. Sobre a consulta pública,
836 sugeriu que, após o encerramento, se avalie o resultado e, caso necessário, se prorogue o prazo.
837 Conselheiro **Willen Heil e Silva** defendeu a prorrogação do prazo da consulta pública, inclusive para
838 que os conselheiros possam contribuir após o debate na próxima reunião do CNS. O Diretor
839 Presidente da ANVISA, **Dirceu Braz Barbano**, registrou que seria possível prorrogar o prazo para que
840 o CNS se manifeste após a próxima reunião. **Deliberação: o Plenário decidiu repautar o tema**
841 **sobre a Política Nacional de Atenção Hospital e Segurança do Paciente no Sistema Único de**
842 **Saúde na próxima reunião do CNS para continuar o debate**. Com esse encaminhamento, a mesa
843 despediu-se dos convidados e retomou o debate sobre as comissões do Conselho. Conselheiro
844 **Arilson Cardoso da Silva**, da Mesa Diretora do CNS, informou que fora disponibilizado o
845 levantamento das demandas apresentadas pelos conselheiros a fim de subsidiar o debate. Atendendo
846 à solicitação do Pleno, a mesa suspendeu temporariamente a reunião para debate interno dos
847 segmentos. Retomando, a mesa abriu a palavra para informes enquanto os segmentos retornavam ao
848 Plenário. Conselheiro **Clóvis Boufleur** registrou que no dia 4 de abril, durante a abertura do

849 Seminário Internacional de Saúde e Segurança do Trabalhador Brasil/Itália, conduzido pelo secretário
850 geral da FEQUIMFAR, Edson Dias Bicalho, aconteceu a certificação e cerimônia de entrega de placas
851 pelo Instituto Pinotti a lideranças sindicais. Na oportunidade, o Conselheiro Donizetti Scaboli foi
852 homenageado pela realização do 18º Projeto Verão Sem AIDS – Valorizando a Vida. Conselheira
853 **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** informou o Plenário sobre a campanha nacional de
854 conscientização da doença celíaca que seria lançada pela FENACELBRA em abril de 2013 com o
855 tema “Reconhecer – doença celíaca – você pode ter e não saber”. Disse que todos os Estados com
856 ACELBRA realizariam atividades diversas (palestras, oficinas) por ocasião do dia internacional do
857 celíaco comemorado no terceiro domingo de maio, em 2013, dia 19. No mais, reiterou que a
858 FENACELBRA pleiteava compor as seguintes comissões: CIAN, CISMU, CISId, CIPP, CAIAJ e CIST.
859 Reiniciando o debate das comissões, conselheiro **Clóvis Boufleur** fez a leitura da minuta de critérios
860 sobre a composição das comissões do CNS. O texto é o seguinte: “Considerando a eleição de
861 entidades, instituições e movimentos nacionais para o mandato no período de 2012/2015, de acordo
862 com o Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; considerando as necessidades indicadas no
863 processo de planejamento estratégico do Conselho Nacional de Saúde para o período de 2012/2015;
864 considerando que as Comissões são instâncias para ampliar a participação de sujeitos sociais,
865 instituições e entidades, com atenção no campo de saúde e demais ações sociais com repercussão
866 nos determinantes sociais de saúde; considerando a necessidade de recompor a atual representação
867 e da indicação para as coordenações e coordenações adjuntas das Comissões do CNS; e
868 considerando que as comissões têm por objetivo articular assuntos relacionados com a saúde e
869 assessorar o CNS em temas de relevância nacional. O Plenário do CNS define como critérios para
870 composição das Comissões do CNS: 1. Que, para indicação dos titulares e suplentes das Comissões
871 do CNS, terão prioridade os conselheiros titulares e suplentes (duas vagas para cada conselheiro
872 conforme regimento), e as entidades, instituições e movimentos nacionais eleitas para compor o CNS;
873 2. As vagas remanescentes nas comissões serão preenchidas por entidades, instituições e
874 movimentos nacionais habilitadas no processo eleitoral para o triênio 2012/2015 e outras entidades
875 nacionais relacionadas com o objetivo da comissão, definidas pelo Plenário do CNS; 3. A Comissão
876 Nacional de Ética e Pesquisa - CONEP tem regimento de composição próprio e, portanto não está
877 incluída nos critérios definidos por esta deliberação do CNS; 4. Os conselheiros nacionais do CNS
878 farão a manifestação das indicações do item 1 até dia 30 de abril de 2013, para ser compilado pela
879 Secretaria Executiva do CNS e retornar ao Pleno do CNS na Reunião Ordinária de maio de 2013; 5.
880 Indicar os coordenadores e coordenadores adjuntos das Comissões de acordo com os artigos 49, da
881 Resolução CNS nº 435, de 12 de agosto de 2010 e do artigo 50 do Regimento Geral do Conselho
882 Nacional de Saúde; 6. Que os coordenadores e coordenadores adjuntos terão mandato para os
883 próximos 18 meses, a partir da data de indicação pelo Pleno do CNS, de acordo com o Inciso V, do
884 Artigo 52, do Regimento Geral do CNS; e 7. Realizar semestralmente oficinas de monitoramento e
885 avaliação das comissões na perspectiva da execução do planejamento estratégico do CNS”.
886 **Manifestações.** Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes** saudou os responsáveis pela
887 elaboração da minuta e solicitou maiores esclarecimentos sobre o item 1 da proposta (participação de
888 conselheiros e das entidades/movimentos). Conselheiro **Clóvis Boufleur** explicou que cada
889 conselheiro pode participar de até duas comissões, mas não há limite para participação de entidades
890 que compõem o Conselho. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** sugeriu modificar o período de
891 mandato das comissões (18 meses) a fim de adequá-lo ao mandato dos conselheiros (3 anos) e
892 discordou de avaliações semestrais por entender que pode atrapalhar as atividades do Plenário.
893 Conselheiro **Clóvis Boufleur** esclareceu que a coordenação pode ser reconduzida e permanecer por
894 três anos, acompanhando o mandato dos conselheiros. Conselheira **Marisa Furia Silva** perguntou se
895 os conselheiros podem compor duas comissões e coordenar outra. Conselheira **Maria Cristina**
896 **Pedro Biz** propôs que as entidades, para participar das comissões, além de habilitadas para participar
897 do processo eleitoral, tenham atuação no controle social. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** sugeriu
898 incluir na minuta que o prazo para indicar as coordenações e as coordenações adjuntas das
899 comissões é a próxima reunião do CNS. Também discordou de avaliação semestral das comissões e
900 sugeriu ampliar para um ano. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos**
901 (“**Santinha**”) perguntou como fica a indicação da coordenação e integrantes da CONEP, que possui
902 Regimento próprio. **Retorno da mesa.** Conselheiro **Clóvis Boufleur** respondeu as perguntas
903 explicando que: a CONEP possui Regimento próprio e processo de eleição específico, por isso, foi
904 feito destaque no texto; de um modo geral, as entidades habilitadas para o processo eleitoral do CNS
905 têm compromisso com o SUS e esse item pode ser incluído no texto como critério de participação; a
906 coordenação das comissões deverá ser indicada até 30 de abril; e é possível ampliar a avaliação das
907 comissões para periodicidade de um ano. Conselheira **Marisa Furia Silva** perguntou se as entidades
908 que hoje compõem as comissões e não foram habilitadas para participar da última eleição do CNS
909 devem sair das comissões. Conselheiro **Clóvis Boufleur** respondeu que não, necessariamente, e,

nesse sentido, disse que a minuta garante a participação de outras entidades nacionais relacionadas com o objetivo da comissão. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, reforçou que, para indicação dos titulares e suplentes das Comissões do CNS, terão prioridade as entidades, movimentos e instituições eleitas, o que não significa desconsiderar outras entidades nacionais relacionadas com o objetivo da comissão. Ressaltou que a CONEP é uma comissão assessora do CNS, assim como as demais, mas possui uma natureza diferenciada, por isso, a ressalva no texto. A respeito do monitoramento, disse que o desafio é realizar monitoramento da ação política do Pleno e das comissões e, portanto, frisou que é preciso pensar em uma metodologia, com a periodicidade de um ano. Por fim, informou que verificará a possibilidade de viabilizar uma reunião extraordinária do CNS para concluir o debate das comissões. Conselheiro **Renato Almeida de Barros** ponderou que é preciso ampliar o prazo para indicação das entidades, instituições e movimentos nacionais eleitos para compor as comissões. Conselheiro **Arilson Cardoso da Silva** disse que o prazo para indicação dos integrantes e das coordenações das comissões é 30 de abril e será elaborado produto para subsidiar a definição na reunião ordinária do mês de maio. Conselheira **Maria Cristhina Pedro Biz** sugeriu resgatar a proposta, aprovada em 2012, de seminário temático com temas estruturantes para debate com as comissões. Além disso, sugeriu contemplar no documento a periodicidade das reuniões e a previsão orçamentária para esses encontros. Conselheiro **Luiz Aníbal Vieira Machado** registrou que a Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST tem interesse em participar das comissões do CNS, em especial da CIST. Também solicitou que a mesa assegure os limites para as intervenções dos conselheiros, a fim de garantir a manifestação de todos os interessados. Conselheiro **Clóvis Boufleur**, primeiro, esclareceu que o documento é uma deliberação do CNS com critérios para composição das Comissões. Também disse que, salvo contrário, o Regimento Interno do CNS prevê uma periodicidade para a reunião das comissões e também tem sido apontado o critério de prioridade de comissões de acordo com o planejamento do CNS. No mais, reiterou que o prazo para indicação dos coordenadores e coordenadores adjuntos é 30 de abril de 2013. Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes** apoiou e defendeu a aprovação do documento porque é simples e trata diretamente de questões centrais sobre o processo de composição das comissões nesse momento. Como encaminhamento, solicitou que o Plenário debatesse cada ponto apontado nas falas e depois encaminhasse a votação do documento. Conselheira **Juneia Martins Batista** registrou que a Central Única dos Trabalhadores – CUT pleiteia a coordenação da CIST e a participação na CIRH, na COFIN, na CISMU, na CISId, na CISPN, na CIEPCSS e na CISM. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, falou sobre a periodicidade das reuniões das comissões, lembrando que, em princípio, as permanentes se reunirão mensalmente, como já ocorre e outras terão periodicidade mais efetiva de acordo com o planejamento do CNS, entre elas, CISI, CIEPCSS, CICIS. Salientou que será necessário construir entendimentos políticos para definir a periodicidade das reuniões, considerando inclusive o papel assessor desses organismos. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** disse que a periodicidade de reunião das comissões será definida de acordo com a demanda do Conselho e não pela pauta da própria comissão. Salientou que é preciso pactuar essa questão, ainda que não seja no texto da deliberação. Lembrou ainda que, anteriormente, o Plenário definiu que cada conselheiro poderia participar de até duas comissões e que cada comissão poderia reunir-se até quatro vezes por ano. Sobre o orçamento, lembrou que o governo federal possui um limite de gastos com passagens e diárias. Conselheira **Ubiraci Matildes de Jesus** salientou que é preciso discutir a periodicidade de reunião de todas as comissões do CNS e definir um cronograma para ser seguido. Também convidou os conselheiros a participar da atividade do movimento negro, nos dias 18 e 19 de abril, para discutir a atuação do segmento no CNS. Conselheiro **Arilson Cardoso da Silva** explicou que o grau de relevância das reuniões das comissões será definido pelo Plenário do CNS, de acordo com o planejamento do Conselho e a conjuntura. Todavia, concordou que é preciso definir periodicidade mínima para reunião das comissões. Conselheiro **Clóvis Boufleur** defendeu que seja assegurada, no mínimo, uma reunião para cada uma das comissões do CNS, inclusive para instalação e que esses espaços aguardem as orientações do Pleno para reunir-se. Também disse que, em 2012, o custo das reuniões das comissões foi o dobro do gasto com as reuniões do Plenário. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** manifestou preocupação com a possibilidade de continuar o processo de restrição de reuniões das comissões e sugeriu a diminuição do mandato das coordenações (de um ano e oito meses para um ano). Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** destacou que a participação popular é um dos princípios do SUS e a busca por mais recursos visa garantir essa participação, que custa caro. Também salientou que o planejamento do CNS deve ser a principal referência na construção das comissões, sem desconsiderar a conjuntura atual. Destacou ainda que a demanda da equidade se expressa de forma transversal no conjunto das comissões do Conselho. Ressaltou que é preciso avaliar as Comissões, considerando que são instrumentos da ação política do CNS, e defendeu a realização de seminário temático para esse fim. Conselheiro **Gilson Silva** manifestou preocupação com a proposta de reunir as comissões de acordo com as necessidades, conforme é feito em relação

971 aos GTs. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, acrescentou que, desde o
972 início da atual gestão, o Plenário está se apropriando das atribuições do Conselho e das Comissões.
973 Clarificou que a intenção não é realizar competição para compor comissões ou tratar de forma
974 prioritária nenhuma delas. Ao contrário, esclareceu que o planejamento do CNS e o papel assessor é
975 que nortearão o trabalho das comissões. Nesse sentido, frisou que a Mesa Diretora do CNS não trará
976 regras autoritárias para funcionamento das comissões. Encaminhando, conselheiro **Arilson Cardoso**
977 da Silva, da Mesa Diretora do CNS, identificou que foi construído consenso em relação: aos critérios
978 para composição das comissões; ao prazo para indicação de integrantes e coordenação das
979 comissões (até 30 de abril); as indicações serão sistematizadas para serem apresentadas na próxima
980 reunião; as comissões terão, no mínimo, uma reunião durante 2013; e as comissões permanentes se
981 reunirão de acordo com a periodicidade já definida. Identificados esses consensos, a mesa colocou
982 em votação a proposta de deliberação. **Deliberação: aprovada, por aclamação, deliberação do**
983 **CNS com critérios para a composição das Comissões do CNS:** 1. Que, para indicação dos
984 titulares e suplentes das Comissões do CNS, terão prioridade os conselheiros titulares e
985 suplentes (duas vagas para cada conselheiro conforme regimento), e as entidades, instituições
986 e movimentos nacionais eleitas para compor o CNS; 2) As vagas remanescentes nas
987 comissões serão preenchidas por entidades, instituições e movimentos nacionais habilitadas
988 no processo eleitoral para o triênio 2012/2015 e outras entidades nacionais relacionadas com o
989 objetivo da comissão, definidas pelo Plenário do CNS; 3) A Comissão Nacional de Ética e
990 Pesquisa – CONEP tem regimento de composição próprio e, portanto não está incluída nos
991 critérios definidos por esta deliberação do CNS; 4) Os conselheiros nacionais do CNS farão a
992 manifestação das indicações do item 1 no até dia 30 de abril de 2013, para ser compilado pela
993 Secretaria Executiva do CNS e retornar ao Pleno do CNS na reunião ordinária de maio de 2013;
994 5) Indicar os Coordenadores e Coordenadores Adjuntos das Comissões de acordo com os
995 artigos 49, da Resolução CNS nº 435, de 12 de agosto de 2010 e do artigo 50 do Regimento
996 Geral do Conselho Nacional de Saúde; 6) Que, os Coordenadores e Coordenadores Adjuntos
997 terão mandato para os próximos 18 meses, a partir da data de indicação pelo Pleno do CNS, de
998 acordo com o Inciso V, do Artigo 52, do Regimento Geral do CNS; e 7) Realizar anualmente
999 oficinas de monitoramento e avaliação das comissões na perspectiva da execução do
1000 planejamento estratégico do CNS. Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** perguntou quando será
1001 realizada a reunião extraordinária do CNS para debater as comissões. Conselheira **Maria do Socorro**
1002 **de Souza**, Presidente do CNS, informou que na próxima reunião da Mesa Diretora do CNS seria
1003 verificada a possibilidade de garantir mais um dia de reunião no mês de maio (8, 9 e 10), para debate
1004 sobre as comissões. Conselheira **Maria Cristhina Pedro Biz**, em que pese a aprovação da
1005 deliberação, sugeriu ampliar a data para que os conselheiros se manifestassem sobre as indicações
1006 para as comissões (até a próxima reunião ordinária do CNS), por considerar inviável a data de 30 de
1007 abril. Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes** disse que a Mesa Diretora do CNS receberia
1008 as indicações até o dia 30 de abril para uma primeira organização a ser discutida na próxima reunião
1009 do CNS. Nessa oportunidade, o Plenário poderia rever prazos, se fosse o caso. Conselheira **Maria do**
1010 **Socorro de Souza**, Presidente do CNS, reiterou que se trataria de uma primeira organização e as
1011 comissões que necessitassem de mais prazo, por conta da natureza, seria ampliado. Antes de passar
1012 para o próximo item, a Presidente do CNS informou que a conselheira estadual/coordenação de
1013 Plenária do Mato Grosso do Sul, Maria Inês, representaria o CNS nas cerimônias fúnebres da
1014 conselheira estadual de Mato Grosso, **Valtênia Agda da Costa**. **Inversão de pauta. ITEM 8 –**
1015 **COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS** - Apresentação: conselheiro **José Eri de**
1016 **Medeiros**, Coordenador Adjunto da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos – CIRH; e **Graciara**
1017 **Matos de Azevedo**, coordenadora do GT de abertura de cursos. Coordenação: conselheira **Nelcy**
1018 **Ferreira da Silva**, da Mesa Diretora do CNS. Inicialmente, a coordenadora do GT de abertura de
1019 cursos, **Graciara Matos de Azevedo**, relatou que a Comissão analisou três processos (Universidade
1020 Federal de Juiz de Fora ao Ministério da Educação, Faculdade Metropolitana de Manaus e Faculdade
1021 Metropolitana da Amazônia), mas trazia ao Plenário parecer apenas em relação a um deles. Sobre o
1022 processo da Universidade Federal de Juiz de Fora, autorização do curso de Odontologia do campus
1023 de Governador Valadares, explicou que a Comissão devolveu ao Ministério da Educação, porque o
1024 vestibular já havia sido realizado e aguarda o posicionamento do MEC para manifestar-se a respeito.
1025 Sobre o Processo nº 201110565, explicou que o Interessado é a Faculdade Metropolitana de Manaus,
1026 Autorização do curso de Odontologia e o parecer é insatisfatório. A respeito desse curso, disse que a
1027 proposta é abrir 600 vagas para o curso de odontologia e nenhuma instituição no país dispõe de
1028 estrutura para formar esse número de uma só vez. Por fim, informou que o processo da Faculdade
1029 Metropolitana da Amazônia, autorização de curso de Medicina, em Belém, suscitou discussão no
1030 âmbito da Comissão e, por essa razão, a CIRH solicita autorização para visita in loco a fim de verificar
1031 a estrutura local. Não havendo inscritos, a mesa colocou em votação os encaminhamentos da CIRH.

1032 **Deliberação: aprovada a devolução do processo da Universidade Federal de Juiz de Fora ao**
1033 **Ministério da Educação (autorização do curso de Odontologia do campus de Governador**
1034 **Valadares), porque o vestibular já havia sido realizado (a Comissão aguarda a resposta do**
1035 **MEC); aprovado o parecer insatisfatório ao pedido da Faculdade Metropolitana de Manaus,**
1036 **autorização do curso de Odontologia; e aprovada visita *in loco* à Faculdade Metropolitana da**
1037 **Amazônia (autorização para abertura do curso de Medicina). A CIRH definirá os integrantes do**
1038 **grupo que fará a visita.** Conselheiro **José Eri de Medeiros** informou que foi solicitada à CIRH a
1039 disponibilização do Relatório da 3^a Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em
1040 Saúde e verificou-se que o documento ainda não foi publicado. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva**
1041 disse que foi informada que não havia orçamento para custear a visita *in loco* da CIRH. A
1042 representante do Ministério da Saúde, Mônica Sampaio, colocou o DAGEP à disposição para custear
1043 a visita *in loco* da Comissão. Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes** solicitou maiores
1044 esclarecimentos sobre a questão orçamentária por entender que a visita deveria ser custeadas com
1045 recursos do CNS. Conselheiro **Renato Almeida de Barros** perguntou qual seria o encaminhamento
1046 sobre a não publicação do Relatório. Conselheiro **José Eri de Medeiros** solicitou a publicação do
1047 Relatório da 3^a Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Conselheira
1048 **Eliane Aparecida da Cruz** esclareceu que há limite de diárias e passagens com pessoal, mas
1049 assegurou que o Ministério da Saúde garantiria orçamento para custear as atividades do mês de abril.
1050 Sobre o Relatório da 3^a Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde,
1051 informou que não foi publicado em virtude de divergências. Como encaminhamento, sugeriu que o
1052 CNS publique o documento porque dispõe de recurso para tanto, mas ponderou que também pode ser
1053 publicado pela SGTES. **ITEM 4 – INFORMES E INDICAÇÕES - Coordenação:** conselheira **Nelcy**
1054 **Ferreira da Silva**, da Mesa Diretora do CNS. 1) **Dia Mundial de Conscientização da Pessoa com**
1055 **Autismo – 2 de abril** - Conselheira **Marisa Furia Silva** explicou que a ABRA defendia a publicação do
1056 protocolo da pessoa com autismo, mas o governo decidiu publicar dois documentos. Um deles,
1057 Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo, foi lançado
1058 no dia 2 de abril. O outro, Linha de Cuidado da Pessoa com Autismo, foi objeto de consulta pública e
1059 seria lançado naquele dia no congresso de CAPS, no Rio de Janeiro. Ressaltou que o processo de
1060 debate foi confuso e, apesar de defender um só documento, concordou com o lançamento de dois.
1061 Como proposta, sugeriu realizar seminário no mês de setembro para entender como funcionará a rede
1062 de atenção à pessoa com autismo. **Encaminhamento: remeter à Mesa Diretora do CNS, para**
1063 **definição, a proposta de realizar seminário sobre a rede de atenção à pessoa com autismo.** 2)
1064 **Resultados da reunião da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e Encontro da CIST -**
1065 Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, coordenador da CIST, informou que a Comissão
1066 reuniu-se e aprovou o plano de trabalho para o triênio 2013/2015, conforme o planejamento do CNS.
1067 Disse que a reunião contou, pela primeira vez, com a participação das CISTs estaduais e as
1068 definições da reunião foram por consenso. Entre os pontos principais do plano de trabalho da CIST,
1069 destacou: acompanhar a implantação da Portaria nº. 1.823/2012, que estabelece a Política Nacional
1070 de Saúde do Trabalhador; acompanhar as providências para a humanização das perícias na
1071 Previdência; acompanhar a percentagem de CERESTs que promovem Ações de Vigilância em Saúde
1072 do Trabalhador; acompanhar a integração entre as Vigilâncias Sanitárias Estaduais e Municipais e a
1073 Vigilância em Saúde do Trabalhador; construir indicador universal em Saúde do Trabalhador. Por fim,
1074 disse que na reunião foram aprovadas as seguintes propostas: 1) realização da 4^a Conferência
1075 Nacional de Saúde do Trabalhador no 1º Semestre de 2014, assim como o Seminário Temático e os
1076 encontros estaduais ainda no 2º Semestre de 2013. O evento deve ser organizado pela CIST/CNS e
1077 pelo Ministério da Saúde, em parceria com os Ministérios do Trabalho e Emprego, da Previdência
1078 Social, e do Planejamento. A Conferência será uma ação interministerial e terá uma comissão
1079 organizadora formada por integrantes de todos os órgãos; e 2) inclusão do tema Saúde do
1080 Trabalhador nas Exceções da LDO 2013 - propor ao Pleno do CNS que o tema Saúde do Trabalhador
1081 seja incluído entre as exceções do Artigo 51 da LDO 2013, com o intuito de não precisar mais da
1082 exigência da Certificação das Entidades Beneficentes de Assistência Social na Área de Saúde
1083 (CEBAS) das entidades não governamentais que se proponham a fazer parcerias com o Ministério (A
1084 Comissão elaborou recomendação a ser apreciada posteriormente). Conselheira **Maria do Espírito**
1085 **Santo Tavares dos Santos (“Santinha”)** solicitou que o Plenário debatesse as propostas da CIST,
1086 inclusive de realização da Conferência, posteriormente. Conselheiro **Cid Roberto Bertozzo Pimentel**
1087 informou o Pleno sobre a nomeação do novo diretor de saúde do trabalhador, Sérgio Carneiro e a
1088 mudança, que ocorrerá no dia 28 de abril, da coordenação tripartite de saúde, segurança e trabalho,
1089 que sairá da previdência e passará para o Ministério do Trabalho. 3) **Material educativo de**
1090 **prevenção a AIDS e outras DSTs do “Saúde e Prevenção nas Escolas”.** Recomendação nº XX,
1091 **DE 08 DE NOVEMBRO DE 2012** - Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** manifestou
1092 preocupação com a censura, por parte do governo federal, do material educativo de prevenção a AIDS

1093 e outras DSTs do “Saúde e Prevenção nas Escolas”, por entender que essa atitude impede a
1094 discussão da prevenção da AIDS. Também destacou as declarações do Dep. Marcos Feliciano,
1095 presidente da Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados que existe acordo para que
1096 qualquer material de conteúdo “mais polêmico” não circule antes de ser avaliado e aprovado pela
1097 bancada evangélica. Salientou que a situação é preocupante e o Ministério da Saúde foi provocado,
1098 mas não se manifestou a respeito. Disse que elaborou e disponibilizou aos conselheiros uma
1099 recomendação a esse respeito, e perguntou como encaminhar. Conselheira **Eliane Aparecida da**
1100 **Cruz**, primeiro, sugeriu reservar um espaço na reunião do CNS para manifestação de temas diversos,
1101 inclusive apreciação de recomendações, resoluções, moções. Disse que o Ministério da Saúde se
1102 manifestará a respeito da questão colocada pelo conselheiro Carlos Duarte, mas sugeriu pautar
1103 debate no CNS para definir como tratar de temas como doenças sexualmente transmissíveis com as
1104 populações mais vulneráveis e a sociedade como um todo. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**
1105 ressaltou que é preciso definir como encaminhar os informes e concordou que é necessário debater
1106 como o CNS trata a questão da sexualidade e direitos reprodutivos. **Encaminhamento: remeter à**
1107 **Mesa Diretora do CNS para definição.** Conselheira **Juneia Martins Batista** reiterou a importância
1108 de uma resposta do governo acerca da suspensão do material, lembrando que é cada vez maior o
1109 número de pessoas contaminadas por HIV AIDS. **4) Informe sobre o programa Qualificação de**
1110 **Conselheiros de Saúde - Quali Conselhos** – Conselheira **Júlia Maria Roland** iniciou explicando que
1111 a comissão constituída pelo DAGEP, Comissão Intersetorial de Educação Permanente do Controle
1112 Social no SUS e Fiocruz elaborou uma proposta de conteúdo e metodologia do curso Quali
1113 Conselhos. Disse que o curso foi apresentado no Fórum de Educação Permanente para o Controle
1114 Social e, após debate, foi constituído GT responsável por acompanhar o processo. Detalhou que o
1115 curso é formado por 4 unidades de aprendizagem – democracia participativa, gestão e financiamento,
1116 intersetorialidade e gestão de redes. Disse que o material didático conta com uma minissérie sobre as
1117 temáticas (doze episódios) e textos de apoio. Salientou que se trata de um curso de educação a
1118 distância (80 horas), além de encontros presenciais. Também destacou que foi definida a seguinte
1119 agenda: inscrições até 25 de abril e início previsto para 13 de maio. Acrescentou que a meta é atingir
1120 8 mil conselheiros e hoje há um pouco mais que 5 mil inscritos. Salientou que nesse primeiro
1121 momento do curso, chamado de “ativação”, não terá a participação dos facilitadores e cada Estado
1122 terá coordenação pedagógica (2 ou 3). Posteriormente, a FIOCRUZ apresentará como produto uma
1123 avaliação do conhecimento dos alunos em relação à temática. Como encaminhamento, solicitou a
1124 divulgação das novas datas e atualização da informação no site do CNS. Além disso, salientou que a
1125 Comissão Intersetorial de Educação Permanente do Controle Social no SUS, após ser constituída,
1126 deverá acompanhar esse processo. Conselheiro **Renato Almeida de Barros** disse que a indicação do
1127 participante deve ser feita pelo conselho de saúde e manifestou o interesse da presidente da CTSS
1128 em participar do curso. Conselheira **Júlia Maria Roland** informou que os interessados podem
1129 inscrever-se no link da página da FIOCRUZ. Também disse que verificará a questão levantada pelo
1130 conselheiro Renato de Barros e repassará a informação à Secretaria Executiva do CNS. Devido ao
1131 avançado da hora, a mesa suspendeu os informes e procedeu aos itens que demandavam
1132 deliberação. **ITEM 7 – ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO – Apresentação:** conselheiro **Ronald**
1133 **Ferreira dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS; e **Francisco Funcia**, assessor técnico da COFIN.
1134 **Objetivo:** Demandas da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento. Conselheiro **Ronald**
1135 **Ferreira dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS, recuperou que o Plenário delegou à COFIN, *ad*
1136 *referendum*, a elaboração de uma minuta de resolução com diretrizes para o estabelecimento de
1137 prioridades para as ações e serviços públicos de saúde que integrarão o Projeto de Lei de Diretrizes
1138 Orçamentárias para 2014 da União. Dito isso, procedeu à leitura da minuta que foi encaminhada para
1139 a SPO e deverá ser enviada ao Ministro da Saúde para homologação. O texto é o seguinte: “O
1140 Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua 244^a Reunião Ordinária, realizada nos dias 10 e 11
1141 de abril de 2013, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080,
1142 de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e pelo Decreto nº 5.839,
1143 de 11 de julho de 2006, e considerando o processo de elaboração do Projeto de Lei de Diretrizes
1144 Orçamentárias da União para 2014, especialmente a programação a ser apresentada pelo Ministério
1145 da Saúde; considerando a reflexão e os produtos gerados pelo Conselho Nacional de Saúde durante
1146 o processo de planejamento estratégico recentemente realizado; e considerando o disposto no §4º do
1147 artigo 30 da Lei Complementar nº 141/2012. Resolve: Artigo 1º Para o estabelecimento de prioridades
1148 para as ações e serviços públicos de saúde que integrarão o Projeto de Lei de Diretrizes
1149 Orçamentárias para 2014 da União, o Ministério da Saúde deverá observar as seguintes diretrizes: I -
1150 Priorizar a alocação de recursos orçamentários e financeiros públicos de saúde para o fortalecimento
1151 das unidades próprias de prestação de serviços no âmbito do SUS. II - Ampliar a alocação de recursos
1152 orçamentários para as ações de Atenção Básica (AB) em saúde em proporção superior aos recursos
1153 destinados às ações de Média e Alta Complexidade (MAC), de modo que diminua a razão “MAC/AB”

1154 na programação orçamentária para 2014 comparativamente aos anos anteriores. III - Criar dotação
1155 orçamentária específica para a aplicação adicional ao mínimo exigido para ações e serviços públicos
1156 de saúde em 2014, dos valores de Restos a Pagar cancelados desde 2000, sendo 100% dos valores
1157 dos cancelamentos efetuados em 2013 acrescidos de um percentual correspondente aos valores
1158 acumulados dos cancelamentos de Restos a Pagar ocorridos em 2012 e anos anteriores. IV - Ampliar
1159 o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e otimizar a aplicação dos recursos públicos
1160 mediante a ausência de contingenciamento orçamentário e financeiro das dotações que integrarem o
1161 Ministério da Saúde na Lei Orçamentária de 2014, com a efetiva disponibilização desses recursos. V -
1162 Realizar em 2014 as etapas municipais da 15ª Conferência Nacional de Saúde. VI - Fortalecer o
1163 processo de qualificação e valorização da força de trabalho do SUS. VII - Formular e implantar o Plano
1164 Nacional de Cargos, Carreiras e Salários do SUS. VIII - Alocar recursos orçamentários e financeiros
1165 para fixação dos profissionais de saúde na Região Norte do Brasil, bem como em todas as áreas
1166 rurais e de difícil acesso. Artigo 2º Além das diretrizes para o estabelecimento de prioridades fixadas
1167 no artigo anterior, o Ministério da Saúde deverá observar as seguintes diretrizes e objetivos do Plano
1168 Nacional de Saúde: I - Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em
1169 tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção
1170 básica e a atenção especializada. II - Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das
1171 ações de promoção e vigilância em saúde. III - Promover atenção integral à saúde da mulher e da
1172 criança e implementar a Rede Cegonha, com especial atenção às áreas e populações de maior
1173 vulnerabilidade. IV - Aprimorar a rede de urgência e emergência, com expansão e adequação de
1174 UPAs, SAMU, PS e centrais de regulação, articulando-a com outras redes de atenção. V - Fortalecer a
1175 rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de Crack e outras drogas. VI -
1176 Garantir a atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas,
1177 estimulando o envelhecimento ativo e saudável e fortalecendo as ações de promoção e prevenção. VII -
1178 Implementar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS, baseado no
1179 cuidado integral, observando as práticas de saúde e as medicinas tradicionais, com controle social,
1180 garantindo o respeito às especificidades culturais. VIII - Contribuir para a adequada formação,
1181 alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais e
1182 trabalhadores de saúde. IX - Implementar novo modelo de gestão e instrumentos de relação
1183 federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados,
1184 participação social e financiamento estável. X - Qualificar instrumentos de execução direta, gerando
1185 ganhos de produtividade e eficiência para o SUS. XI - Garantir assistência farmacêutica no âmbito do
1186 SUS. XII - Fortalecer o complexo industrial e de ciência, tecnologia e inovação em saúde como vetor
1187 estruturante da agenda nacional de desenvolvimento econômico, social e sustentável, reduzindo a
1188 vulnerabilidade do acesso à saúde e da assistência farmacêutica no âmbito do SUS. XIII - Aprimorar a
1189 regulação e a fiscalização da saúde suplementar, articulando a relação público - privado, gerando
1190 maior racionalidade e qualidade no setor saúde. XIV - Promover internacionalmente os interesses
1191 brasileiros no campo da saúde, bem como compartilhar as experiências e saberes do SUS com outros
1192 países, em conformidade com as diretrizes da Política Externa Brasileira. XV - Implementar ações de
1193 saneamento básico e saúde ambiental, de forma sustentável, para a promoção da saúde e redução
1194 das desigualdades sociais. XVI - Contribuir para erradicar a extrema pobreza no país. Esta Resolução
1195 entra em vigor na data de sua publicação." Concluída a leitura, disse que a proposta foi elaborada
1196 pela COFIN a partir do acúmulo de debate que orientaram o planejamento estratégico do CNS e
1197 instrumentos já deliberados. Lembrou, ainda, que, conforme definido na Lei nº. 141/2012, o CNS deve
1198 apreciar a LDO até 15 de abril, mas a Comissão não recebeu essa proposta. O assessor técnico da
1199 COFIN, **Francisco Funcia**, reiterou que a minuta determina diretrizes a serem consideradas pelo
1200 Ministério da Saúde para o estabelecimento de prioridades para as ações e serviços públicos de
1201 saúde que integrarão o Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias para 2014 da União. Conselheira
1202 **Eliane Aparecida da Cruz**, primeiro, solicitou à SE/CNS que os documentos enviados ao Ministério
1203 da Saúde também sejam enviados a ela, porque pode agilizar as respostas. Disse que a maior parte
1204 das diretrizes consta do PNS, mas outras não, assim, aprovar sem debate pode trazer cobranças
1205 difíceis de atender. Destacou o item I da resolução por considerar que é preciso aprofundar o debate,
1206 considerando, por exemplo, que 90% dos recursos federais ou mais são de repasse e mais de 50%
1207 dos leitos do SUS não são SUS, mas sim privados contratualizados (o que não significa investir em
1208 rede própria). Também avaliou que é preciso debater o item II, lembrando que nos últimos anos houve
1209 investimento para crescimento da atenção básica, mas o perfil epidemiológico do país exige mais
1210 atenção para as doenças crônicas. Como encaminhamento, sugeriu aprovar o documento no formato
1211 de recomendação e pautar os itens destacados no debate da LOA. O assessor técnico da COFIN,
1212 **Francisco Funcia**, explicou que o item "erradicação da miséria" é apresentado pelo Ministério da
1213 Saúde como uma ação transversal, por isso, consta da minuta. Conselheira **Astrit Rehbein Siqueira**
1214 sugeriu incluir no item VI "a pessoa com deficiência", além da pessoa idosa e dos portadores de

1215 doenças crônicas. Conselheiro **Renato Almeida de Barros**, primeiro, lamentou que o tema de
1216 tamanha relevância seja tratado no final da reunião. Além disso, concordou com a aprovação do
1217 documento como recomendação e defendeu outras prioridades a serem consideradas como pessoal e
1218 saúde do trabalhador. Conselheiro **Clóvis Boufleur** lembrou que é obrigação legal do CNS aprovar
1219 diretrizes e essa aprovação deve ser como resolução. Além disso, destacou que os itens I e II
1220 expressam deliberações do CNS e de conferências de saúde, mas concordou que posteriormente é
1221 necessário definir como colocá-los em prática. Como encaminhamento, apelou ao CNS pela
1222 aprovação da resolução, inclusive para cumprir a definição legal da Lei nº. 141/2012. Conselheiro
1223 **Carlos Alberto Duarte** perguntou se a COFIN solicitou ao Ministério da Saúde o envio da LDO para
1224 debate. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** explicou que o debate refere-se a diretrizes a
1225 serem consideradas pelo Ministério da Saúde para definição de prioridades. Lembrou que, na última
1226 reunião, o Plenário delegou à COFIN a elaboração da proposta que foi encaminhada à Secretaria
1227 Executiva do CNS. Portanto, a votação seria *ad referendum* porque as diretrizes já haviam sido
1228 encaminhadas ao MS. Também reiterou que o Ministério da Saúde deveria encaminhar a LDO ao
1229 CNS para debate. Destacou ainda que não há uma sistema para implementar o que estabelece a Lei
1230 nº. 141/2012. No mais, salientou que a aprovação da resolução não prejudica o debate proposto pela
1231 conselheira Eliane Cruz. Diante dos esclarecimentos, conselheiro **Carlos Alberto Duarte**, salientou
1232 que o Plenário deveria aprovar a resolução na forma apresentada, porque cumpre com o papel do
1233 CNS estabelecido pela Lei nº. 141/2012. Não havendo outros inscritos, a mesa colocou em votação a
1234 minuta de resolução. **Deliberação: aprovada, com duas abstenções, a resolução do CNS com**
1235 **diretrizes do CNS a serem consideradas pelo Ministério da Saúde no estabelecimento de**
1236 **prioridades para as ações e serviços públicos de saúde que integrarão o Projeto de Lei de**
1237 **Diretrizes Orçamentárias para 2014 da União.** Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**
1238 declarou que se absteve da votação por não ter condição de se posicionar em nome do CONASS. O
1239 assessor técnico da COFIN, **Francisco Funcia**, interveio para solicitar ao Plenário que reflita sobre o
1240 fato de a pauta da COFIN não cumprir o horário estabelecido para discussão, porque tem prejudicado
1241 os debates de questões importantes. Além disso, lembrou que os conselheiros têm obrigações a
1242 cumprir, conforme a Lei nº. 141/2012, com punições no caso de descumprimento. Conselheiro
1243 **Ronald Ferreira dos Santos** também informou que será enviada aos conselheiros uma análise do
1244 relatório de prestação de contas do primeiro quadrimestre de 2012. Além disso, disse que a partir do
1245 mês de maio está prevista a análise do Relatório Anual de Gestão. Salientou que a análise do último
1246 quadrimestre será base para análise do RAG e solicitou que os conselheiros apresentem
1247 contribuições. A seguir, conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio** fez a leitura de minuta de
1248 recomendação, elaborada pela CIST. O texto é o seguinte: “considerando que a quantidade de mortes
1249 e invalidez permanente decorrentes de acidentes de trabalho é bastante elevada, tendo atingido, em
1250 2011, 2.884 óbitos e 14.811 casos de invalidez, apenas entre os trabalhadores com carteira assinada;
1251 considerando que o movimento sindical e outras entidades da sociedade civil sem fins lucrativos
1252 podem dar uma significativa contribuição na pesquisa, prevenção e promoção da Saúde do
1253 Trabalhador; considerando que essas entidades não fazem atenção à saúde (atendimento e
1254 tratamento) e, portanto, não tem como obter o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência
1255 Social – CEBAS, exigido atualmente. Recomenda: ao Ministério da Saúde e ao Ministério do
1256 Planejamento, Orçamento e Gestão não exigir o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência
1257 Social – CEBAS das entidades sem fins lucrativos, mantida a exigência de edital público, com o
1258 objetivo de estabelecer convênios de parceria com o governo federal na área de Saúde do
1259 Trabalhador. Tal mudança deve ser feita acrescentando uma alínea ao parágrafo 1º, inciso II, do
1260 Artigo 51, da Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO, com a seguinte redação: f) pesquisa, prevenção
1261 e promoção da saúde do trabalhador.” **Deliberação: aprovada a recomendação, elaborada pela**
1262 **CIST, ao Ministério da Saúde e ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. A proposta**
1263 **será enviada ao Ministério da Saúde.** Aprovada a proposta, a mesa agradeceu e encerrou esse
1264 item. Após, abriu a palavra para os informes pendentes. Conselheiro **Richalls Martins** informou que o
1265 I Plano Operativo da Política Integral de Saúde da População Negra encerrou-se em 2011 e até
1266 aquela data o Ministério da Saúde não elaborou o segundo. Disse que a sociedade civil, em resposta,
1267 decidiu não participar do Comitê de Saúde da População Negra até que o MS elabore esse plano.
1268 Além disso, comunicou que a carta da sociedade civil e especialistas que compõem o Comitê não foi
1269 respondida pelo MS. Diante da ausência da representação do Ministério na reunião, solicitou que o
1270 informe seja repassado aos conselheiros e, caso não haja resposta do Ministério da Saúde, que o
1271 tema seja pauta da próxima reunião. **Encaminhamento: solicitar resposta do MS e, caso não haja**
1272 **retorno, pautar na próxima reunião. INDICAÇÕES - 1) Seminário Diálogo Social: Agenda Pós-2015**
1273 **e Seguimento à Rio+20. Data: 16 de abril. Horário: 9h às 13h. Local: Brasília/DF. Um representante de**
1274 **Brasília-DF. Indicação: conselheira **Maria do Socorro de Souza** (consultar). 2) Oficina Nacional**
1275 **Políticas de Equidade, Raça e Controle Social". Data: 18 e 19 de abril. Local: Brasília/DF. Um**

1276 representante. *Indicação:* conselheira **Ivone Evangelista Cabral**. **3)** 1º Seminário Brasileiro de
1277 Resultados sobre Iniciativas para Redução do Uso Nocivo de Álcool. Data: 23 de abril. Local: São
1278 Paulo/SP. Um representante. *Indicação:* conselheira **Fernanda Lou Sans Magano** ou conselheiro
1279 **José Naum de Mesquita Chagas**. **4)** Indicação de um representante para Reunião da Comissão
1280 Intersetorial de Saúde Mental – CES/PE – sobre co-financiamento do Estado de Pernambuco para a
1281 Saúde Mental e aquisição de recursos no processo de implementação dos serviços. Data: 29 de abril
1282 2013. Horário: 9h. Local: Recife/PE. Um representante. *Indicação:* Conselheira **Rosemeire Aparecida**
1283 **da Silva** (consultar). **5)** IX Seminário Nacional Religiões Afro-Brasileiras e Saúde e comemorações
1284 dos 10 anos da Rede. Data: 29 e 30 de abril de 2013. Local: Maceió/AL. Três representantes.
1285 *Indicação:* um da CISMU (a indicar); conselheiro **Richalls Martins**; conselheira **Maria do Socorro de**
1286 **Souza** (a confirmar. Na impossibilidade da presidente do CNS, garantir a participação do conselheiro
1287 **Alexandre Correia dos Santos**); e conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida**. **6)** Convite Almoço
1288 Lançamento Salve Saúde. Data: 30 de abril. Local: São Paulo/SP. Um representante. *Indicação:*
1289 conselheira **Maria do Socorro de Souza** (confirmar); conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**; e
1290 conselheira **Noemy Yamaguishi Tomita**. **7)** Audiência Pública: Discutir a Implantação da Rede de
1291 Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Data: 9 de maio. Local:
1292 Brasília-DF. Um representante. *Indicação:* conselheira **Maria do Socorro de Souza** (confirmar);
1293 conselheira **Marisa Furia Silva**; conselheira **Márcia Patrício de Araújo**; e conselheira **Astrit Rehbein**
1294 **Siqueira** (verificar a possibilidade de antecipação da passagem dessas três conselheiras para a
1295 próxima reunião do CNS a fim de assegurar a participação no evento. Na impossibilidade, a indicação
1296 é conselheira **Marisa Furia Silva**). **8)** VI Conferência Municipal de Saúde de Lins/SP. Data: 10 e 11 de
1297 maio. Local: Lins/SP. Dois representantes (palestrantes). *Indicação:* conselheira **Maria do Socorro**
1298 **Bezerra Mateus**. **9)** IV Plenária Estadual do Conselho de Saúde de Tocantins/Palmas e I Seminário
1299 de Fortalecimento do Controle Social . Data: 23 e 24 de abril. Local: Palmas/TO. Colocaram-se à
1300 disposição para participar do evento: conselheira **Maria do Socorro Bezerra Mateus**; conselheira
1301 **Eurídice Ferreira de Almeida**; conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca**; conselheiro **Carlos Alberto**
1302 **Duarte**; conselheiro **José Naum de Mesquita Chagas**; e conselheiro **Gerdo Bezerra de Faria** (o
1303 Conselho Federal de Odontologia – CFO dispôs-se a custear a ida do conselheiro para o evento).
1304 **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, conselheira **Nelcy Ferreira da Silva**, da Mesa
1305 Diretora do CNS, encerrou a 244ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os seguintes
1306 conselheiros no segundo dia de reunião: **Titulares** – **Abrahão Nunes da Silva**, Central de Movimentos
1307 Populares (CMP); **Ana Maria Costa**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); **Arlison da**
1308 **Silva Cardoso**, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); **Carlos**
1309 **Alberto Ebeling Duarte**, Movimento Nacional de Luta Contra a Aids; **Cid Roberto Bertozzo**
1310 **Pimentel**, Ministério da Previdência Social; **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação Nacional
1311 das Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA; **Clóvis A. Boufleur**, Conferência Nacional
1312 dos Bispos do Brasil (CNBB); **Denise Rodrigues Eloi de Brito**, União Nacional das Instituições de
1313 Autogestão em Saúde (UNIDAS); **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das Organizações
1314 indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Eni Carajá Filho**, Movimento de Reintegração das
1315 Pessoas Atingidas pela Hanseníase – MORHAN; **Gerdo Bezerra de Faria**, Conselho Federal de
1316 Odontologia – CFO; **Helvécio Miranda Magalhães Júnior**, Ministério da Saúde; **Ivone Evangelista**
1317 **Cabral**, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central
1318 Geral dos Trabalhadores do Brasil (CGTB); **Jorge Oliveira Duarte**, Fórum de Presidentes de
1319 Conselhos Distritais de Saúde Indígena; **Márcia Patrício de Araújo**, Associação Brasileira dos
1320 Ostomizados (ABRASO); **Maria Cristina Pedro Biz**, Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa);
1321 **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos**, Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais
1322 e Direitos Reprodutivos; **Maria do Socorro de Souza**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na
1323 Agricultura – CONTAG; **Maria Laura C. Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS);
1324 **Marisa Furia Silva**, Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Nadir Francisco do Amaral**,
1325 Federação Nacional das Associações de Pessoas com Doenças Faciformes (FANAFAL); **Nelcy**
1326 **Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); **Nelson Augusto Mussolini**,
1327 Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Olympio Távora Derze Correa**, Confederação Nacional de
1328 Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços – CNS; **Patrícia Augusta Alves Novo**, Associação
1329 Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares – ABRAZ; **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação
1330 Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR); **Ubiraci Matildes de Jesus**, União de Negros pela
1331 Igualdade (UNEGRO); **Ubiratan Cassano Santos**, União Nacional dos Estudantes (UNE); **Verônica**
1332 **Lourenço da Silva**, Liga Brasileira de Lésbicas; **Waldir Araújo Cardoso**, Conselho Federal de
1333 Medicina (CFM). **Suplentes** – **Alessandra Ribeiro de Souza**, Conselho Federal de Serviço Social-
1334 CFESS; **Alexandre Frederico de Marca**, Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e
1335 Turismo; **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Andréa**
1336 **Karolina Bento**, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia – ABRALE; **Astrit Rehbein Siqueira**,

1337 Federação Nacional das Associações Pestalozzi – FENASP; **Cristiano Gonzaga da Matta Machado**,
1338 Federação Nacional dos Médicos – FENAM; **Diego de Faria Magalhães Torres**, Federação Nacional
1339 dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacional (FENAFITO); **Edi Sinedino de Oliveira Sousa**,
1340 Associação Brasileira de Odontologia – ABO; **Eurídice Ferreira de Almeida**, FASUBRA; **Eliane**
1341 **Aparecida da Cruz**, Ministério da Saúde (MS); **Fernanda Bevenutte**, Associação Nacional de
1342 Travestis e Transexuais – ANTRA; **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos
1343 – FENAPSI; **Gilene José dos Santos**, Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados
1344 Pensionistas e Idosos (SINTAPI); **Gilson Silva**, Força Sindical; **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**,
1345 Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical;
1346 **José Arnaldo Pereira Diniz**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **José Eri de**
1347 **Medeiros**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS; **Junéia Martins**
1348 **Batista**, Central Única dos Trabalhadores – CUT; **Júlia Maria Santos Roland**, Ministério da Saúde;
1349 **Livaldo Bento**, Movimento Popular de Saúde – MOPS; **Lorena Baía Alencar**, Conselho Federal de
1350 Farmácia – CFF; **Luiz Alberto Catanoce**, Sindicato Nacional dos Aposentados (SIND-NAP); **Luiz**
1351 **Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores - NCST; **Marcos Vinicius S.**
1352 **Pedroza**, Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG; **Maria Angélica Zollin de Almeida**,
1353 Federação Nacional dos Médicos Veterinários - FENAMEV; **Maria do Socorro Bezerra Mateus**,
1354 União Nacional dos Auditores do Sistema Único de Saúde – UNASUS; **Noemy Yamagishi Tomita**,
1355 Conselho Federal de Biologia – CFBio; **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina
1356 Veterinária – CFMV; **Paula Johns**, Associação de Controle do Tabagismo, Promoção da Saúde e dos
1357 Direitos Humanos - ACT/Aliança de Controle do Tabagismo; **Richarlls Martins**, Rede Nacional Lai Lai
1358 Apejo – População Negra a Aids; **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da Criança; **Wanderly Gomes**
1359 **da Silva**, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Wilen Heil e Silva**,
1360 Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); e **Zaíra Tronco Salerno**,
1361 Associação Brasileira de Nutrição – ASBRAN.