



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

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

Aos onze e doze dias do mês de novembro de dois mil e nove, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde Omilton Visconde, Ministério da Saúde, Bloco G, Edifício Anexo, 1º andar, ala “B”, Brasília, Distrito Federal, realizou-se a Ducentésima Terceira Reunião Ordinária do CNS. O Presidente do CNS, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, procedeu à abertura dos trabalhos com saudação aos presentes e aos internautas que acompanhavam a reunião em tempo real. Em seguida, submeteu à apreciação do Pleno a pauta da reunião, esclarecendo que o debate da situação de saúde no Estado de Pernambuco foi retirado por conta da impossibilidade de participação do Secretário de Saúde desse Estado. Não houve destaques à pauta. Por solicitação, o item 1 e o informe da CISAMA foram transferidos para o período da tarde. Conselheira **Jurema Werneck** fez uso da palavra para informar o Pleno sobre a realização da audiência pública na Câmara dos Deputados, no período da tarde, a respeito da implementação da Política de Saúde Integral da População Negra. Disse que essa atividade faz parte da mobilização das organizações negras pela implementação dessa Política, com atividades entre os dias 27 de outubro e 20 de novembro de 2009. **Deliberação: Conselheira Jurema Werneck foi indicada a participar da audiência, representando o CNS.** Conselheiro **Jurandi Frutuoso** solicitou que fosse pautada apresentação da Sala de Situação da Saúde, pois esse instrumento disponibiliza dados fundamentais para avaliação dos serviços. **Deliberação: o conselheiro encaminhará a solicitação de pauta à Mesa Diretora para ser avaliada.** Na sequência, o Presidente do CNS convidou a coordenadora da FENTAS, **Ana Cristhina Brasil**, para apresentação de informe sobre o Projeto de Lei nº. 7.703 de 2006. Inicialmente, Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** informou que o FENTAS promoveu amplo debate sobre o PL nº. 7.703, aprovado no Plenário da Câmara Federal e reforçou a preocupação com o seu mérito que fere o princípio do SUS da multiprofissionalidade e interdisciplinaridade. Disse que esse debate resultou em uma recomendação que seria submetida à apreciação do Plenário do CNS. A coordenadora do FENTAS agradeceu o espaço e passou à apresentação da minuta de recomendação. No documento, o CNS recomenda ao Senado Federal que, ao legislar sobre o Projeto de Lei nº 7703 de 2006, aprovado no Plenário da Câmara Federal, que trata da regulamentação do exercício da Medicina, leve em consideração as garantias constitucionais relativas ao direito dos usuários do SUS ao atendimento integral, multiprofissional e preserve a autonomia dos profissionais de saúde, em favor da continuidade da prática de assistência integral, do acesso universal às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde efetivadas a partir das políticas e dos programas do Sistema Único de Saúde. Na sequência, a coordenadora do FENTAS fez a leitura do documento, elaborado pelo Fórum, sobre o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde e a eleição do Presidente e da Mesa Diretora. O documento destaca que os instrumentos jurídicos que sustentam o CNS estabelecem de forma clara e inquestionável que nenhum conselheiro pode exercer mais que dois mandatos de três anos, mesmo que sejam suplentes, não havendo, portanto, qualquer possibilidade do exercício de um terceiro mandato. As entidades nacionais são eleitas para tantos mandatos quantos assim definirem de forma soberana os processos eleitorais nacionais. Os representantes das entidades, as pessoas físicas, no entanto, não podem exercer mais que dois mandatos. Essa regra se submete automaticamente a todos os presidentes e todos os conselheiros eleitos para a Mesa Diretora. Dentro de cada mandato de três anos, o Presidente exerce as suas funções por períodos determinados de doze meses, podendo ou não e a partir da avaliação coletiva e estritamente política, ser reconduzido a cada início de novo período, regra que vale também para todos os membros da Mesa Diretora. Além disso, ressalta o entendimento e a defesa do CNS, como forma de fortalecimento do Controle Social no SUS, o aprofundamento no processo de radicalização e de consolidação da democracia participativa, onde a saudável, necessária e responsável alternância na direção política não pode e nem deve, portanto, ser errônea e deliberadamente confundida com os desaconselháveis e citados “rodízios democráticos,” que depõem contra a qualidade na composição e a maturidade e responsabilidade política dos conselhos, nas três esferas de atuação. Concluída a leitura, a Coordenadora do FENTAS solicitou a avaliação do documento e da possibilidade de divulgação nos meios de comunicação do CNS a fim de evitar ou responder a interpretações errôneas. Por fim, informou que o Fórum encaminhará ofício ao Ministério

da Saúde solicitando esclarecimentos a respeito do relatório de trabalho da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional, inclusive porque esse documento foi elaborado sem a participação do representante dos trabalhadores nessa Comissão. Como encaminhamento, o Presidente do CNS propôs que o Pleno apreciasse naquele momento a recomendação do FENTAS a respeito do PL nº. 7.703 e o documento do processo eleitoral do CNS fosse analisado durante os informes da Comissão Nacional Eleitoral do Conselho. A respeito da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional, sugeriu que a questão fosse tratada na apresentação da CIRH/CNS. O Pleno acatou a orientação, mas antes da apreciação da recomendação houve duas falas sobre o documento relativo ao processo eleitoral. **Manifestações.** Conselheiro **Clóvis Bouffleur** registrou a sua preocupação com o texto, que, além de outras questões, apresenta equívocos do ponto de vista regimental. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** disse que o segmento dos usuários apreciaria o documento e manifestaria sua posição. Após essas intervenções, foi aberta a palavra aos inscritos para tratar da recomendação. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** destacou que acompanha o debate do PL e este se distancia, em alguns aspectos, do debate e da pactuação entre as profissões, ao tratar, por exemplo, do tratamento com acupuntura que se tornaria um procedimento preponderantemente da Medicina. Ponderou se o Pleno deveria manifestar-se sobre o tema no formato de recomendação, entendendo que esses instrumentos não estavam tendo o impacto e o peso político esperados. Desse modo, perguntou sobre a possibilidade de negociação política a respeito da recomendação, a fim de que não seja uma mera opinião do CNS e, de fato, tenha o impacto esperado. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** ressaltou que o CNS é um espaço político de definições e apontamento de diretrizes gerais para o SUS. Explicou que a recomendação reafirma a posição política do CNS de que o modelo de atenção deve focar-se na equipe multiprofissional. A coordenadora do FENTAS, **Ana Cristina Brasil**, explicou que a preocupação refere-se ao funcionamento do Sistema com a aprovação do Projeto, por conta da centralização nos profissionais médicos. Além disso, informou que o segmento dos trabalhadores desenvolverá outras iniciativas como audiências públicas. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** propôs que o Pleno aprovasse a recomendação e pautasse o tema posteriormente. Conselheiro **Wilen Heil e Silva** reforçou a preocupação com o mérito do projeto que prejudica a atuação de profissionais da saúde. Conselheira **Cândida Carvalheira** solicitou a manifestação da representação dos médicos a respeito do assunto. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** endossou a proposta de recomendação, mas propôs que o Pleno ouvisse a representação dos médicos. Conselheira **Jurema Werneck** cumprimentou o FENTAS pela proposta que visa assegurar as garantias constitucionais relativas ao direito dos usuários do SUS ao atendimento integral, multiprofissional e à preservação da autonomia dos profissionais de saúde. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** explicou que a recomendação não sugere mudanças no PL mas sim, solicita que o Senado Federal ao legislar sobre o Projeto leve em consideração as garantias constitucionais relativas ao direito dos usuários do SUS ao atendimento integral, multiprofissional e preserve a autonomia dos profissionais de saúde. Desse modo, a aprovação da recomendação não prejudica debate posterior e proposição de mudanças ao Projeto. Conselheiro **Jurandi Frutuoso** propôs que a recomendação aponte que o CNS deseja ser ouvido no debate do PL no Senado Federal. Após essas falas, a mesa colocou em votação a recomendação. **Deliberação: a recomendação foi aprovada com a inclusão da emenda: que o Senado Federal avalie a posição do CNS no debate do PL. ITEM 2 – CISAMA – 1ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE AMBIENTAL – CNSA; CONEP – GT PRAÇA ONZE; CICIS – DOCUMENTO DO CNS PARA A CONFERÊNCIA DE COMUNICAÇÃO; 1ª CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS UNIVERSAIS DE SAÚDE E SEGURIDADE SOCIAL – CMDSSUSS; INFORMES E INDICAÇÕES - Coordenação: Conselheiro Volmir Raimondi, Mesa Diretora do CNS e Rozângela Fernandes Camapum, Secretária-Executiva do CNS. A) CONEP – Informe do GT sobre o Projeto Praça Onze - Apresentação: Conselheira Denise Torreão, da CONEP e integrante do GT Praça Onze.** A Conselheira historiou que o Projeto Praça Onze foi objeto de discussão na 198ª Reunião Ordinária do CNS, por conta da denúncia recebida pela CONEP em relação ao Projeto (pesquisas realizadas na área de doenças infecciosas em geral, especialmente as sexualmente transmissíveis, em particular HIV/AIDS). Na ocasião, o Pleno deliberou por encaminhar a denúncia ao Procurador da República do Ministério Público Federal no Estado do Rio de Janeiro para investigação e providências cabíveis e verificar a possibilidade de ser encaminhá-la também ao Tribunal de Contas da União e à Defensoria Pública. Disse que, após a referida reunião do CNS, a CONEP enviou carta ao CEP do Hospital Clementino Fraga Filho (HCFF), com as recomendações do CNS e o Conselho formalizou denúncia ao Ministério Público Estadual, solicitando providências cabíveis para salvaguardar a integridade física dos participantes de pesquisas do Projeto Praça Onze. Explicou que as novas análises de projetos de pesquisas foram suspensas, conforme também deliberado pelo CNS, e o pesquisador principal do Projeto foi devidamente comunicado desse fato, pela CONEP, via CEP HCFF. Em outubro de 2009, o pesquisador solicitou via CEP HCFF conversar com os membros do CNS e da CONEP para demonstrar que os problemas de financiamento estavam superados. Disse que a visita foi agendada na reunião de outubro de Pleno do CNS e foi definida comissão para acompanhar *in loco*. Desse modo,

esclareceu que no dia 23 de outubro, junto com os membros da CONEP Dalton Luiz de Paula Ramos e Gysélle Saddi Tannous, visitou a sede dos projetos denominados Praça Onze, o Hospital Escola São Francisco de Assis, na cidade do Rio de Janeiro. Esclareceu que o Grupo seguiu como roteiro um rol de perguntas elaborado para formular aos pesquisadores, sujeitos de pesquisa e integrantes do CEP, sendo: 1) O que funciona no Praça Onze? 2) Qual é a figura jurídica do Praça Onze? 3) Atualmente quantos são os voluntários atendidos? 4) Existem voluntários que estejam, simultaneamente, em mais de um projeto? 5) Existem voluntários atendidos em Centros diferentes? 6) Qual a referência para as complicações, e onde está localizada? 7) Houve desmarcação de consultas ou solução de continuidade dos procedimentos de pesquisa em alguma oportunidade? Quando? Quantas? 7) Houve atraso no pagamento dos funcionários? 8) Como será feito, pela gerência do Praça Onze, a “reserva de liquidez” recomendada pela Reitoria? 9) Como funciona o Contrato Específico de Repasse - CER? Como são feitos? Com que periodicidade? 10) O dinheiro dos Projetos vai para uma conta única do HUCFF/UFRJ? 11) Como é garantida a vinculação do recurso captado e a destinação aos Projetos?. Esclareceu que a partir das observações locais e dos relatos dos entrevistados, da visita no período da manhã, pode-se concluir que: 1) O Hospital Escola São Francisco de Assis é Central de Triagem para sorologia de HIV, pelo SUS, atuando em região estrategicamente situada no centro do Rio de Janeiro; 2) Todos os usuários da rede SUS que ali chegam, caso tenham sua sorologia positiva confirmada, são convidados a serem voluntários de pesquisas de iniciativa do professor da UFRJ Mario Schechter, pesquisas essas pertencentes a um grupo intitulado pelo próprio Mauro Schechter como Projeto Praça Onze; 3) Se não aderirem a esses projetos, os usuários são encaminhados a uma Unidade da rede SUS; 4) Se aderirem a algum desses projetos esses usuários assinam Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e passam a receber medicamentos, preservativos e fazer exames no Hospital Escola São Francisco de Assis; 5) Esses exames, medicamentos e preservativos são, então, em parte da rede SUS e, outra parte oriundos dos recursos dos projetos de pesquisa, com diversas patrocinadoras, públicas e privadas; 6) Os recursos desses projetos eram integralmente administrados pela Fundação Universitária José Bonifácio, da UFRJ; 7) Pela discordância entre pesquisador e FUJB, instalou-se uma crise administrativa, sendo que o pesquisador acusa de má gestão a FUJB; 8) Essa crise acirrou-se em 2009, com denúncias à mídia feitas pelo pesquisador, o que provocou intervenção da reitoria da UFRJ; 9) Com a intervenção, os recursos passam a ser administrados diretamente pela Reitoria e instalou-se um processo de auditoria sobre as contas da FUJB; 10) Em nenhum momento dessa crise houve solução de continuidade dos projetos de pesquisa em andamento, sem que fossem evidenciados prejuízos aos sujeitos dessas pesquisas; 11) Há uma grande e evidente relação entre a saúde pública (SUS) e os projetos de pesquisa do Praça Onze, não reconhecida adequadamente pelo pesquisador e pelos sujeitos de pesquisa, que entendem que estão sob a responsabilidade exclusiva do Projeto Praça Onze, embora recebem medicamentos do Ministério da Saúde; 12) Os resultados dos projetos de pesquisa efetivados naquela Unidade Pública, com medicamentos da rede SUS, com exames da rede SUS e provavelmente com outros insumos da rede SUS (lanche, preservativos), pertencem à iniciativa privada. Continuando, relatou as atividades realizadas no período da tarde (reunião no CEP do HUCFF). Em síntese, as conclusões do GT, a partir da visita no período da tarde, foram as seguintes: 1) Evidenciam-se os esforços da Reitoria e do pesquisador responsável no sentido de resolver as pendências administrativas que comprometem o bom funcionamento do Projeto Praça Onze. A indicação pelo Reitor do Prof. Lapa como interlocutor entre Reitoria e Projeto Praça Onze é uma prova nesse sentido. Ocorre que alguns aspectos técnicos da administração dos recursos financeiros, oriundos das agências internacionais e repassados para a UFRJ, ainda parecem estar sendo construídos, inclusive com intervenções nesse sentido da Procuradoria da UFRJ; e 2) O CEP local tem acompanhado os acontecimentos, assistido pela representação de usuários e pela Comissão de Direitos dos Pacientes, embora esse acompanhamento possa e deva ser incrementado para um monitoramento mais ativo e constante. Diante da situação, explicou que as sugestões de encaminhamento do GT são as seguintes: 1) Solicitar que a Reitoria da UFRJ declare compromisso de manutenção de cada um dos projetos em andamento, bem como para cada um dos projetos futuros. Solicitar que haja uma divulgação mais adequada aos voluntários da existência da Ouvidoria e da Comissão de Direitos dos Pacientes, com seus respectivos contatos; enfatizar a estes sujeitos a existência e o papel do CEP, garantindo-se canal de comunicação direta entre sujeitos da pesquisa e CEP; 2) o CEP local deve estabelecer uma estratégia de acompanhamento e monitoramento dos sujeitos de pesquisa dos projetos “Praça Onze”, para ser apreciada pela CONEP como pré-requisito para a aprovação de novos projetos; 3) Cabe questionamento aos gestores da rede SUS sobre sua anuência para essa situação; 4) Cabe orientação evidente aos sujeitos de pesquisa sobre essa parceria pública/privada; 5) Devido à distância entre a UFRJ (Fundão) e o Hospital Escola São Francisco de Assis, também de administração da UFRJ, os usuários que comparecessem àquela central de triagem do SUS deveriam ser bastante esclarecidos sobre a existência do CEP de referência, com meio de panfletos oferecidos pelos próprios projetos, com todas as informações sobre seus direitos e suas possibilidades de não aderir aos referidos projetos, sem prejuízos à sua saúde; 6) Novos projetos do

182 Praça Onze devem ser analisados eticamente sob a égide dessas relações público-privadas, com os
183 devidos cuidados e providências para que os sujeitos de pesquisas que venham a aderir a esses
184 projetos sejam devidamente esclarecidos sobre tal relação e sobre seus direitos; 7) O CEP do HCFF
185 deve ser devidamente advertido a estabelecer claros e permanentes processos de verificação *in loco*
186 do monitoramento dos projetos do Praça Onze; e 8) A sala de espera do Projeto deve ser reestruturada
187 de modo a se estabelecer exclusivamente como sala de espera. A Central de distribuição de
188 preservativos e de ressarcimentos de passagens deve ter privacidade aos seus usuários. O local do
189 lanche dos participantes do projeto deve ser compatível com tal função. Os cartazes de divulgação do
190 projeto devem divulgar a existência do CEP, as possibilidades de acesso a fármacos na Rede SUS e à
191 parceria pública/privada para realização dos projetos. **Manifestações.** Conselheiro **José Marcos de**
192 **Oliveira** cumprimentou a comissão pelo trabalho e, como encaminhamento, propôs que os movimentos
193 sociais debatam o tema e envie considerações à CONEP. Em relação ao relatório do Grupo, solicitou
194 considerar que o maior e melhor investimento é o sujeito de pesquisa. Também sugeriu que o relatório
195 seja encaminhado ao CES/RJ e ao CMS/RJ, com a recomendação de que seja debatido. Ressaltou
196 que é importante promover debate sobre o sujeito de pesquisa nos comitês de ética e a realização das
197 pesquisas no país. Por fim, destacou que há investimento público no projeto, ainda que não seja
198 financeiro. Conselheiro **Volmir Raimondi** lembrou que o CNS solicitou posicionamento do TCU do Rio
199 de Janeiro sobre a utilização do orçamento do Projeto, mas ainda não obteve resposta. Conselheiro
200 **Jorge Venâncio** cumprimentou o Grupo pelo trabalho, mas propôs o envio do relatório ao Professor
201 Raimundo de Oliveira solicitando manifestação. Desse modo, o CNS se posicionaria ouvidas as partes
202 envolvidas. Conselheiro **Luiz Antônio Neves** reforçou a importância de manter o CNS informado sobre
203 a questão dos recursos financeiros do Projeto. Enfatizou ainda que o principal objeto da pesquisa é o
204 sujeito, que é brasileiro e o projeto é realizado em parceria com a UFRJ. Portanto, frisou que o
205 resultado não pode ser apenas da iniciativa privada, mas sim de domínio público. Conselheiro
206 **Alexandre Magno** ressaltou que o sujeito da pesquisa é brasileiro e deve ser assegurado a ele todos
207 os direitos inerentes a sua vida. Ratificou que o resultado da pesquisa deve ser de domínio público,
208 considerando que o sujeito é brasileiro, o pesquisador também e a pesquisa está vincula a uma
209 instituição pública (UFRJ). **Retorno da mesa.** Conselheira **Denise Torreão**, do GT, explicou que os
210 voluntários e o responsável pelo projeto afirmaram que houve solução de continuidade e nem
211 suspensão de dispensação de medicamentos. Conselheiro **Volmir Raimondi** destacou que, conforme
212 verificado pelo GT, não houve descontinuidade dos projetos e o Ministério Público Federal e Tribunal de
213 Contas da União do Rio de Janeiro ainda não enviaram resposta ao CNS. Considerando que a
214 proteção do usuário da pesquisa não foi ferida, propôs que as demais questões colocadas fossem
215 tratadas pela CONEP. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** destacou a sua preocupação com o
216 financiamento da pesquisa e avaliou que o CNS deve acompanhar o desdobramento dessa questão.
217 Conselheiro **Luiz Antônio Neves** sugeriu que seja incluída na autorização para novos projetos a
218 determinação de que os resultados das pesquisas realizadas sejam de domínio público. Conselheira
219 **Graciara Matos de Azevedo** acrescentou que esses resultados devem incorporar qualidade às
220 pesquisas nacionais. Após essas intervenções, a mesa passou aos encaminhamentos. **Deliberação:**
221 **enviar o relatório do GT ao Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e Conselho Municipal**
222 **de Saúde do Rio de Janeiro, no caso do CES/RJ para que busque esclarecimentos sobre a**
223 **parceria público/privada no Projeto; encaminhar o relatório à Universidade e à Fundação, no**
224 **caso desta, solicitando manifestação; incluir no relatório a sugestão de que seja incluída na**
225 **autorização para novos projetos a determinação de que os resultados das pesquisas realizadas**
226 **sejam de domínio público; e enviar ofício ao Ministério Público Federal e Tribunal de Contas da**
227 **União do Rio de Janeiro solicitando esclarecimentos sobre o andamento da investigação.**
228 Finalizando esse item, Conselheiro **Volmir Raimondi** agradeceu a Conselheira Denise Torreão e a
229 cumprimentou pelo trabalho, na condição de integrante do Grupo. **CICIS – Documento do CNS para a**
230 **Conferência de Comunicação -** A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**,
231 informou que o documento foi enviado com antecedência aos conselheiros para apreciação.
232 Conselheira **Silvia Casagrande** explicou que a intenção é enviar o relatório às comissões
233 organizadoras das conferências estaduais, a fim de ser considerado como subsídio de debate.
234 Considerando que o documento foi enviado previamente aos conselheiros, a mesa o submeteu à
235 votação. **Deliberação: o documento foi aprovado e será enviado às comissões organizadoras das**
236 **conferências estaduais.** Continuando, a Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes**
237 **Camapum**, lembrou que o CNS firmou convênio com o Banco do Brasil para recebimento de
238 computadores reciclados e distribuição aos conselhos de saúde. Desse modo, nos últimos dois anos, o
239 CNS tem distribuído esses computadores aos conselhos de saúde por um processo de seleção.
240 Explicou que alguns conselhos devolveram por já possuir equipamento e outros agradeceram porque
241 não possuíam. Explicou que esse convênio esgotou-se e foi iniciada negociação de um aditivo,
242 inclusive verificando a possibilidade de ampliar o número de computadores a serem distribuídos.
243 Contudo, o Banco respondeu que poderia doar apenas 500 computadores. Nesse sentido, foi feito

debate com a SGEP e esta se colocou à disposição para adquirir mil computadores novos a serem distribuídos aos conselhos de saúde. Desse modo, propôs a suspensão momentânea do recebimento dos computadores reciclados para trabalhar com a SGEP na aquisição e distribuição de computadores novos. Caso haja concordância, disse que será necessário rever a composição do comitê.

Manifestações. Conselheiro **Luiz Antônio Neves** perguntou se havia levantamento dos conselhos de saúde que não possuem computador. Conselheiro **Volmir Raimondi** manifestou preocupação com o fato de computadores não terem chegado aos conselhos de saúde. A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, explicou que a SGEP tem ido aos locais onde há problemas. Disse que na nova proposta o computador seria entregue diretamente ao conselho de saúde, evitando problemas. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** perguntou sobre o software de leitor de tela instalado no computador utilizado pelo Conselheiro Volmir Raimondi para auxiliá-lo no acompanhamento das reuniões. Conselheiro **Volmir Raimondi** agradeceu o Secretário Antônio Alves pela instalação do software para leitura e destacou que essa iniciativa atende inclusive ao decreto de acessibilidade às pessoas com deficiência. Conselheira **Jurema Werneck** propôs que o programa de leitor de tela fosse incluído nos próximos computadores a serem doados. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** explicou que foram distribuídos computadores para os 5.591 conselhos de saúde e a etapa seguinte é a entrega do KIT Canal Saúde (parceria com a OI para doação de 4 mil pontos). Além disso, informou que seriam adquiridos mais 3 mil computadores com antenas parabólicas. Em que pese a aquisição, esclareceu que havia dificuldades em relação ao local para instalação dos equipamentos. Em alguns casos, o computador ficava sob a posse da Secretaria de Saúde pela falta de local no conselho para instalação. Ressaltou que a proposta é distribuir os mil computadores para conselhos de saúde com capacidade para construir rede interna. Finalizou defendendo a interrupção do convênio com o Banco do Brasil por conta dos problemas identificados. Conselheira **Silvia Casagrande** explicou que a CICIS/CNS debateu o tema e entende que se deve encerrar o convênio do Banco do Brasil para iniciar nova etapa de distribuição de computadores. Também solicitou espaço na pauta do CNS para que a SGEP apresente balanço do processo de distribuição de computadores aos conselhos de saúde. Conselheiro **Raimundo Sotero** propôs que o CNS, junto com a SGEP, monitore a distribuição e utilização dos equipamentos porque há denúncias de computadores doados sendo utilizados como máquinas de uso pessoal. A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, explicou que a SGEP está monitorando a entrega de computadores e investigando as denúncias. Disse que há um levantamento da situação dos conselhos e, com base nesse diagnóstico, há uma linha de atuação para fazer chegar os computadores aos conselhos. Conselheiro **Arlison Cardoso** informou que o CONASEMS tem trabalho com os secretários municipais de saúde para que a utilização dos equipamentos destinados pela SGEP seja feita exclusivamente pelos conselheiros. Nesse sentido, solicitou levantamento das secretarias de saúde com problemas para fazer o contato com os secretários e tentar resolver a situação. Também propôs que fosse definido como critério para distribuição dos pontos para internet a apresentação, por parte dos conselhos de saúde, de um projeto. Conselheiro **Volmir Raimondi** explicou que a CICIS/CNS definirá os critérios para distribuição dos pontos para internet. Conselheiro **Alexandre Magno** sugeriu o envio do Acórdão do TCU nº. 19, que determina que as prefeituras e estados regularizem os seus conselhos, aos conselhos municipais de saúde como tentativa de sensibilizar os gestores. Também propôs o envio da cartilha elaborada pelo CONASEMS aos conselhos municipais de saúde do país. Comunicou ainda que representantes do PID participaram das oficinas da COFIN. Por fim, enfatizou que o CNS, junto com a SGEP, deve atualizar o cadastro de conselhos de saúde. A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, informou que a CICIS/CNS, junto com o DATASUS, está discutindo a criação de um novo sistema para recadastrar os conselhos de saúde. Se necessário, será feita a contratação de uma empresa para fazer esse recadastramento. Conselheiro **Fernando Donato Vasconcelos** propôs que fosse feito aditivo de contrato com o Banco do Brasil para distribuir os quinhentos computadores que não foram distribuídos. Conselheira **Carmen Lúcia Luiz** perguntou quando será feita a atualização do cadastro dos conselheiros nacionais de saúde. A integrante da CICIS/CNS, **Maria Thereza Antunes**, sugeriu que fosse aprovada recomendação do CNS e da SGEP para que os governos cumpram a legislação sobre a acessibilidade. Também ponderou sobre a possibilidade de definir punição para os gestores que descumprem a legislação e não apóiam os conselhos de saúde. A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, explicou que no convênio com o Banco do Brasil a distribuição dos computadores era feita por seleção dos conselhos de saúde, o que dificultou o processo. Nessa nova etapa, a distribuição ocorrerá por um processo de adesão. Para isso, será necessário aditivo, pois os computadores seriam repassados ao CONASEMS que repassaria aos COSEMES e este entregaria aos conselhos. Ressaltou que seria necessário esforço para distribuição de apenas quinhentos computadores reciclados e esse processo demandaria nova seleção, o que causou problemas. Além disso, frisou que todos conselhos municipais de saúde receberam um computador novo. Por fim, informou que a Secretaria-Executiva do CNS atualizou o cadastro dos conselheiros nacionais de saúde e está trabalhando com esses novos dados. Após esses esclarecimentos, a mesa passou aos

encaminhamentos. **Deliberação: o Pleno decidiu suspender o convênio entre Ministério da Saúde e Banco do Brasil para distribuição de computadores reciclados aos conselhos de saúde, enviar o Acórdão do TCU nº. 19 aos conselhos municipais de saúde, encaminhar ofício ao CONASEMS contendo a listagem de conselhos de saúde com problemas para verificar o que pode ser feito para resolver a situação e delegar à CICIS a definição de critérios de recebimento dos novos computadores.** O CONASEMS está encaminhando a cartilha às Secretarias Municipais de Saúde. Em seguida, a Secretária-Executiva do CNS apresentou resolução com a recomposição do Comitê de Acompanhamento e Monitoramento das ações do Programa de Inclusão Digital dos Conselhos de Saúde, composto por seis representantes do CNS, dois representantes da Comissão Intersectorial de Educação Permanente para o Controle Social no SUS (CIEPCSS), um representante da Comissão de Orçamento e Financiamento (COFIN) e quatro representantes do Ministério da Saúde. **Deliberação: a resolução de recomposição do Comitê de Acompanhamento e Monitoramento das ações do Programa de Inclusão Digital dos Conselhos de Saúde foi aprovada. ITEM 3 – COMISSÃO PERMANENTE DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO – RELATÓRIO DE GESTÃO 2008 -**

Coordenação: Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, da Mesa Diretora do CNS. *Composição da mesa:* Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério**; Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério**, Coordenador da COFIN; Conselheira **Eufrásia Santos Cadorin**; e **Francisco Funcia**, assessor da COFIN. Primeiro, a Conselheira **Eufrásia Santos Cadorin** fez uma apresentação sobre o Seminário Nacional Comissão de Orçamento e Financiamento do CNS, realizado dia 9 de novembro de 2009, que contou com o apoio da Comissão Intersectorial de Educação Permanente para o Controle Social no SUS. Iniciou explicando que os objetivos do Seminário Nacional foram: avaliar as oficinas regionais da COFIN; e discutir propostas de atividades de formação para o CS, relacionados ao Financiamento, a serem contempladas no Plano de Trabalho da COFIN a partir das necessidades dos estados e municípios. Disse que o Seminário contou com 69 participantes, sendo: a) Região Centro Oeste: DF – 1; GO- 04; MT – 02; MS – 02; Total: 09; b) Região Norte: AC – 3; AM – 4; AP – 1; RO – 03; PA – 02; TO – 02 – Total: 15; c) Região Sul: SC – 03; PR – 03; RS – 03; Total: 09; e d) Região Sudeste: ES – 04; RJ – 02; SP – 03; MG – 0; e Total: 9; e) Região Nordeste: PE – 04; AL – 03; RN – 03; PB – 03; SE – 05; MA – 02; PI – 03; CE – 01; BA – 03. Detalhou que o CNS, além da hospedagem, alimentação e traslado, custeou as passagens de ida e volta de 42 participantes (usuários: 29, Trabalhador: 26, Gestor: 14; Coordenadores de Plenária: 14; e Conselho Estadual: 25, Conselho Municipal: 29 e Conselho do Distrito Federal: 1). A respeito da metodologia, explicou que o seminário teve oito horas de duração, com as seguintes atividades: Mesa de Abertura; Apresentação do Consolidado das Oficinas Regionais; Trabalho em Grupo; Plenária Socialização; e Encerramento. Seguindo, falou da avaliação das Oficinas Regionais feita na atividade em grupos. Detalhou que os aspectos positivos levantados foram: localização estratégica das sedes das oficinas; duração adequada das oficinas; qualidade dos expositores, conteúdo, metodologia (principalmente dos laboratórios), material didático e apoio logístico; oportunidade de capacitação descentralizada e uniformizada da temática orçamento e financiamento da saúde; estabelecimento de parcerias para viabilidade do evento; estímulo às iniciativas de criação de comissões e mobilização dos conselhos para o acompanhamento das questões de orçamento e financiamento em saúde; possibilidade de troca de informações e experiências regionais e integração dos conselheiros nos estados e regiões; possibilidade de conhecimento do ciclo orçamentário e da legislação correspondente enquanto instrumento para “quebrar barreiras” entre o controle social e instâncias de gestão na perspectiva da impessoalidade do Conselho e estímulo à discussão sobre orçamento e financiamento; iniciativa da COFIN de realizar as oficinas regionais; apoio dos estados para realização das oficinas e maior articulação entre estes; alerta para a responsabilidade do papel dos conselheiros; sensibilização para a necessidade de descentralizar as oficinas para os município; oportunidade das oficinas para fazer diagnóstico atual da real capacidade do controle social; fortalecimento do controle social para operacionalizar em forma de rede; e planejamento e construção coletiva. Disse que as lacunas identificadas foram as seguintes: tempo insuficiente para debater e atividades dos laboratórios e apresentação dos conteúdos e não cumprimento de horários; pouca disponibilidade de vagas e, conseqüentemente, pequeno número de participantes e falta de representação de alguns estados; locais diferentes para realização das atividades teóricas e práticas; dificuldade do acesso da informação sobre o evento, entre a organização e estados e municípios; ausência de discussão sobre a Portaria nº. 399, Relatórios de Gestão e Lei de Responsabilidade Fiscal; não participação do controle social nos processos de planejamento em saúde; ausência de atividade prática para construção do orçamento; ausência de monitoramento, por parte do CNS e SEGE/MS, da aplicação de conteúdos adquiridos junto as estados e municípios; ausência de devolutiva dos estados para COFIN/CNS e SEGE/MS quanto às atividades desenvolvidas; falta de envio antecipado da programação da oficina e posterior do material produzido, tempo inadequado para debates, laboratórios e rodas de conversa; horário de marcação de passagens incompatível com os horários de abertura e encerramento; falta de tempo para atividades práticas; falta de aprofundamento dos aspectos operacionais de elaboração do PPA, LDO e LOA, inclusive para com isso, municiar os conselheiros para elaborar a programação orçamentária do

próprio conselho; ausência de dinâmicas participativas e de integração para motivar os conselheiros durante as atividades da oficina; conteúdo dos temas: planejamento, orçamento financiamento insuficientes; conselheiros com poucas informações sobre os temas abordados; Oficina de Recife prejudicada porque foi realizada em dois lugares diferentes; e tempo e planejamento da oficina insuficiente no Amazonas. Detalhou que as propostas apresentadas foram as seguintes: realização de oficinas de Educação permanente em orçamento/financiamento semestralmente em cada Estado, contemplando a carga horária e fonte de recursos; criação de comissões de orçamento e financiamento nos conselhos Estaduais interagindo com a COFIN nacional; envio antecipado de todo material didático a ser utilizado nos encontros nacionais da COFIN; necessidade de instrumentalizar os conselhos de saúde quanto aos mecanismos que garantam o cumprimento das deliberações do controle social; realização de plenárias estaduais, garantindo continuidade, acerca de atividades relacionadas à COFIN e realização de oficinas estaduais; disseminação de informações sobre orçamento/financiamento, aos gestores estaduais e municipais; disponibilidade de maior número de vagas para participação de conselheiros de saúde, nas oficinas da COFIN; propor parcerias com COSEMS e Associação de Projetos para efetivação da ações do controle social; planejamento das próximas oficinas, com ampliação do tempo, onde contemple abertura e inscrições na noite anterior e trabalhos nos dois dias subsequentes; garantia da periodicidade anual dos encontros nacionais de orçamento e financiamento; viabilidade participação de integrantes da COFIN/CNS em oficinas regionais e estaduais; filmagem das oficinas para envio aos conselheiros estaduais e municipais, elaboração de cartilha popular e EAD como estratégia de capacitação permanente dos conselheiros; aprofundamento das temáticas de orçamento e financiamento nas oficinas a partir de casos concretos (exemplo: como elaborar PPA, LDO, LOA), e compartilhar experiências; incorporação de dinâmicas e práticas lúdicas na metodologia das oficinas como forma de motivar e potencializar a participação dos conselheiros; *link* no site do CNS que sirva de fórum virtual de discussão e troca de experiências sobre orçamento pelos conselheiros com regularidade de repasse de informações para os conselhos; criação de cadastro de facilitadores em orçamento e financiamento da saúde composto por ex-conselheiros, além de promover a capacitação de facilitadores entre lideranças comunitárias e representantes de entidades com atuação no SUS; ampliação da carga horária das oficinas para 40hs; que estados e municípios estejam interligados através de um sistema de informação (assistência à saúde e assistência farmacêutica); realização pela COFIN de um encontro nacional com os coordenadores das câmaras ou comissões de financiamento dos CES e CMS (respeitando a paridade da Resolução do CNS nº 333/03); que os conselhos nas três esferas garantam dotação orçamentária para a realização de eventos da COFIN; instrumentalizar os conselheiros visando à elaboração de projetos para o fortalecimento do controle social; que o controle social participe do processo de formulação do orçamento nacional para a saúde; e repolitização do debate na gestão financeira do SUS. Acrescentou que, durante as intervenções, foram colocadas as seguintes propostas: que os conselhos viabilizem reuniões periódicas de suas comissões de orçamento e financiamento e garantindo pauta permanente de suas reuniões ordinárias; divisão das oficinas nas Regiões Sudeste e Norte; e que os conselhos viabilizem reuniões periódicas de suas comissões de orçamento e financiamento, garantindo pauta permanente nas suas reuniões ordinárias. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** apresentou uma síntese dos gastos com as oficinas de orçamento e financiamento: 6 oficinas regionais – 505 participantes – R\$ 150 mil; e uma oficina nacional – R\$ 118 mil. Também comunicou que será distribuída prestação de contas detalhada aos conselheiros do CNS. Por fim, agradeceu as parcerias firmadas para a realização das oficinas (SGEP, SIOPS, SPO, DENASUS, Fundo Nacional de Saúde, PID). Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** explicou que as oficinas são resultado do trabalho conjunto ente controle social e gestão. Também destacou o compromisso de multiplicação das oficinas nos estados. Conselheira **Jurema Werneck** cumprimentou a COFIN pela iniciativa porque representa um salto de qualidade do controle social em relação ao tema financiamento e orçamento. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** cumprimentou a COFIN por esse trabalho porque contribuiu para melhor entendimento do tema. Por outro lado, chamou a atenção para a dificuldade do CNS em tratar do tema orçamento e financiamento. Como recomendação, propôs que não se inclua a exigência de nível superior para a escolha de facilitadores. Conselheira **Rosângela Santos** sugeriu que fosse feito levantamento dos conselheiros participantes das oficinas a fim de garantir a participação de outras pessoas e possibilitar o efeito multiplicador das informações. Conselheiro **Alexandre Magno** registrou a queixa dos participantes de pouco acesso, por parte dos municípios e dos estados, às Portarias nºs 3.060 e 2.288 (Bloco 5 de gestão). Também solicitou que a SGEP sensibilize os gestores para a importância da aplicação dos recursos relativos ao Bloco 5, principalmente os destinados ao controle social, a fim de que não haja devolução de recursos por falta de aplicação. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** fez um agradecimento especial à SE/CNS e à SGEP/MS pela contribuição nesse processo. Além disso, explicou que a COFIN propõe a realização de uma oficina de orçamento e financiamento para os conselheiros nacionais eleitos, no início de 2010. **Deliberação: promover debate na próxima gestão do CNS com vistas a definir uma estratégia de monitoramento e acompanhamento das oficinas,**

de forma a verificar o efeito multiplicador das informações repassadas. Na sequência, Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** explicou que a COFIN reuniu-se nos dias 4 e 5 de novembro de 2009 para debater o Relatório Anual de Gestão/RAG 2008 com a presença da SPO/MS. Disse que a análise foi feita a partir do Formulário para análise preliminar do Relatório Anual de Gestão (RAG), elaborado pelo consultor da COFIN, com base nas Portarias nºs 3.332/06 e 3.176/08. Explicou que, após avaliação, a COFIN concluiu que o RAG 2008 não atende a essas portarias. Por essa razão, a Comissão solicitou à SPO a reformulação do Relatório e a apresentação na próxima reunião da COFIN e do CNS. Por fim, comunicou que o relatório da execução orçamentária será elaborado para apresentação na próxima reunião do CNS. O assessor da COFIN, **Francisco Funcia**, explicou que o Formulário para Análise Preliminar do Relatório Anual de Gestão – RAG visa subsidiar a análise preliminar do Relatório Anual de Gestão (RAG) pelos Conselhos de Saúde. A respeito da execução trimestral do Ministério da Saúde, informou que o representante da SPO comprometeu-se a apresentar os dados no formato de relatório. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** disse que, em sendo aprovado, a proposta é enviar o Formulário aos Conselhos de Saúde para ser utilizado na análise preliminar do RAG. Conselheiro **Alexandre Magno** acrescentou que, conforme acordado, a partir de 2010, a prestação de contas do CNS será trimestral. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** informou que foi disponibilizado aos conselheiros o documento elaborado pelo CONASS “Ações que Necessitam Incremento de Recursos no Projeto de Lei Orçamentária Anual/2010 do Ministério da Saúde” e este será objeto de análise por parte da assessoria da COFIN/CNS. Além disso, comunicou que foi disponibilizada Nota Técnica do Ministério do Planejamento com resposta negativa à recomendação do MPF de aporte de R\$ 4,8 bilhões ao orçamento da saúde. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** perguntou se houve retorno da SPO a respeito das sugestões do CNS ao PNS. Conselheira **Jurema Werneck** disse que o CNS deve refletir sobre o fato de o RAG 2008 não responder às Portarias 3.332/06 e 3.176/08. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** fez referência ao documento do CONASS e CONASEMS “Ações que Necessitam Incremento de Recursos no Projeto de Lei Orçamentária Anual/2010 do Ministério da Saúde” para solicitar o apoio do DENASUS na análise da execução orçamentária, pelos estados e municípios, do orçamento empenhado para as políticas de saúde. Conselheiro **Arlison Cardoso** explicou que o documento do CONASS e CONASEMS solicita recurso para cobertura de ações e serviços de saúde, aquisição de medicamentos essenciais e incremento de recursos no Piso de Atenção Básica. Ressaltou que é preciso considerar o déficit financeiro que os municípios trabalham e o incremento de novas políticas. Além disso, destacou que os municípios aplicam, em média, 20% do orçamento em ações em saúde, sendo que são responsáveis pela atenção básica. Desse modo, disse que é preciso maior incremento dos governos federal e estaduais. Finalizou destacando a sua concordância com a análise do documento pela COFIN. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** destacou que dezesseis Estados não aplicam o piso mínimo (12%), assim, questionou a reivindicação de mais recursos. Concordou que os municípios são sacrificados porque tem que investir mais recursos para garantir a atenção. Dessa maneira, enfatizou que é preciso debate mais aprofundado dessa questão. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** informou que a COFIN fará análise do documento do CONASS e CONASEMS e emitirá parecer. Conselheiro **Alexandre Magno** propôs que o SIOPS apresente levantamento dos estados que cumprem e não cumprem os marcos legais do SUS, com convite aos Secretários de Saúde que descumprem para prestar esclarecimentos ao Conselho. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** informou que o SIOPS está concluindo levantamento sobre o cumprimento da Emenda pelos estados no ano de 2008. **Deliberação: o Pleno aprovou o formulário para análise preliminar do RAG e a realização de oficina de capacitação sobre orçamento e financiamento para os conselheiros nacionais eleitos, em fevereiro de 2010 (a metodologia será definida pela COFIN com o apoio dos conselheiros Clóvis Bouffleur, Ronald Ferreira, Maria Thereza Antunes e outros interessados). O RAG 2008, o relatório trimestral e a execução orçamentária do CNS serão apresentados ao Pleno na reunião ordinária de dezembro. Além disso, acordou-se que a COFIN fará avaliação da execução orçamentária na perspectiva de definir metodologia de monitoramento (definição de indicadores de análise).** Definido esse ponto, a mesa encerrou os trabalhos da manhã do primeiro dia. Na abertura dos trabalhos do período da tarde, o Presidente do CNS cumprimentou o Conselheiro Luiz Augusto Facchini por ter sido escolhido como novo Presidente da ABRASCO. Feito esse registro, o Presidente do CNS retomou o primeiro item da pauta. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DA ATA DA 202ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS** - Conselheiro **Francisco Batista Júnior** colocou em apreciação a ata da 202ª Reunião Ordinária. **Deliberação: não havendo destaques, a ata da 202ª Reunião Ordinária foi aprovada por unanimidade. ITEM 4 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS** - *Coordenação:* Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Mesa Diretora do CNS. *Apresentação:* Conselheira **Maria Helena Machado**, Coordenadora da CIRH; e Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**, coordenadora do GT de Emissão de Pareceres. Inicialmente, a Coordenadora da CIRH/CNS solicitou espaço na pauta da próxima reunião do CNS para tratar da regulação das profissões, haja vista o debate que ocorre no Congresso Nacional sobre o Ato Médico. Em seguida, informou a realização do Seminário internacional sobre fixação de profissionais de

saúde em áreas remotas, isoladas e de maior vulnerabilidade, de 1 a 3 de novembro de 2009, em Recife/PE. Disse que a atividade contou com a participação de representantes de onze países, do Ministério da Defesa e da Presidência da República e representou um avanço na perspectiva de formular políticas. Acrescentou que a CIRH esteve presente e participou dos debates do Seminário. Na sequência, falou do Seminário de Urgência e Emergência, a realizar-se nos dias 17 e 18 de novembro, em Campo Grande. Destacou que estão envolvidos nessa iniciativa SGE/MS e SAS/MS (coordenação), Coordenação da Urgência e Emergência, CNS, Mesa Nacional de Negociação, CIRH/CNS, CTV/CNS. Como encaminhamento, solicitou a inclusão da programação do Seminário no site do CNS. Concluída a apresentação, houve uma rodada de intervenções e foi sugerido que o seminário trate dos seguintes temas: urgência e emergência em relação a populações indígenas e pessoas que residem distante dos grandes centros, falta de financiamento para o custeio do sistema de urgência e emergência, proposta do serviço civil em saúde e PCCS do SUS (carreira única).

Deliberação: incluir a programação do Seminário de Urgência e Emergência no site do CNS e recomendar a discussão das seguintes questões na atividade: garantia dos serviços de urgência e emergência para as populações indígenas e pessoas que residem distante dos grandes centros urbanos, falta de financiamento para o custeio do sistema de urgência e emergência do SUS e implantação da proposta do serviço civil em saúde. Definido esse ponto, a Coordenadora da CIRH lembrou que, na última reunião do CNS, o Pleno aprovou a suspensão, por trinta dias, do processo de emissão de pareceres referentes à abertura, reconhecimento e renovação dos cursos de Medicina, Odontologia e Psicologia, para possibilitar à Comissão a elaboração de uma minuta de resolução sobre o fluxo de emissão de pareceres, sigilo de informações, entre outras questões. Feito esse resgate, passou a palavra à Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**, coordenadora do GT de Emissão de Pareceres, para apresentação das resoluções elaboradas pela CIRH. Antes de proceder à leitura, a coordenadora do GT explicou que as duas resoluções foram elaboradas com base nos debates do CNS. A primeira minuta resolve: I. Afirmar o entendimento de que cabe à Comissão Intersetorial de Recursos Humanos a prerrogativa de analisar os processos de autorização de oferta de cursos superiores, submetendo-a à manifestação final do Plenário do CNS, considerando o disposto no Art. 28, do Decreto nº 5.773, de 09 de maio de 2006 e seus §§ 1º, 2º e 3º, bem como os limites de autonomia das universidades e centros universitários em relação à abertura de cursos superiores de Medicina, Odontologia e Psicologia, aplicando-se o disposto do caput a novas turmas, cursos congêneres e toda alteração que importe aumento no número de estudantes da instituição ou modificação das condições constantes do ato de credenciamento; a criação de cursos de graduação em Medicina, Odontologia e Psicologia, inclusive em universidades e centros universitários, deverá ser submetida à manifestação do Conselho Nacional de Saúde; o prazo para a manifestação prevista no § 2º é de sessenta dias, prorrogáveis por igual período, a requerimento do Conselho interessado; II. Afirmar o entendimento de que cabe à Comissão Intersetorial de Recursos Humanos/CNS, considerando o Art. 36 e seu parágrafo único, do Decreto nº 5.773, de 09 de maio de 2006, a prerrogativa de analisar os processos de Reconhecimento de cursos de graduação em Medicina, Odontologia e Psicologia, submetendo-a à manifestação final do Plenário do CNS; III. Afirmar o entendimento de que cabe à Comissão Intersetorial de Recursos Humanos/CNS, considerando o Art. 41, § 2º, do Decreto nº 5.773, de 09 de maio de 2006, a prerrogativa de analisar os processos de Renovação de Reconhecimento de cursos de Medicina, Odontologia e Psicologia, submetendo-a à manifestação final do Plenário do CNS; IV. Afirmar o entendimento que após o protocolo, os documentos serão submetidos à análise e caso estes sejam omissos ou quando a insuficiência de elementos de instrução impedir o seu prosseguimento para uma apreciação conclusiva ou em caso de alteração relevante de qualquer dos elementos de instrução do pedido de ato de autorização, reconhecimento e renovação, a Comissão deverá solicitar o arquivamento do processo, por aplicação analógica da Portaria Normativa do MEC nº 40, de 12 de dezembro de 2007; V. Vedar ao CNS fazer recomendações ou sugestões às instituições avaliadas ou oferecer qualquer tipo de acolhimento que influa no resultado da avaliação, sob pena de nulidade do relatório e conseqüente pedido de arquivamento, por aplicação analógica da Portaria Normativa do MEC nº 40, de 12 de dezembro de 2007; VI. Afirmar o entendimento, por aplicação analógica da PN do MEC nº 40, de 12 de dezembro de 2007, que no ciclo avaliativo do SINAES, previsto no art. 59 do Decreto nº 5.773, de 2006, para o processo de reconhecimento e renovação de reconhecimento de cursos, o curso que obtiver conceito inferior a 3 no Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (ENADE), Indicador de Diferença de Desempenhos Observado e Esperado (IDD), Índice Geral de Curso (IGC) e Conceito Preliminar de Curso (CPC), o processo deverá ser suspenso e obrigatoriamente remetido/informado ao MEC para as providências cabíveis; VII. Que o processo, após a análise e decisão da CIRH/CNS, será inserido/disponibilizado em ambiente virtual específico para a apreciação individual, pelo prazo de 10 (dez) dias, com acesso restrito ao conselheiro titular, devendo este, se desejar apresentar voto em separado no dia da discussão em Plenário, com as seguintes possibilidades: manutenção do parecer da CIRH/CNS; e apresentação de nova análise e parecer pelo conselheiro, que aferirá a exatidão dos

dados informados ao CNS somente através dos Sistemas e-MEC ou Sapiens, disponibilizados por senha individual e intransferível e apresentará as contra-razões. **Manifestações.** Conselheiro **Clóvis Bouffleur** avaliou a pertinência da proposta da Comissão de regulamentar as suas atividades e, a propósito da minuta de resolução, apresentou as seguintes sugestões: incluir um novo “considerando” citando o Regimento Interno do CNS no que concerne às comissões; e Item I – substituir “submetendo-a à manifestação final do Plenário do CNS” por “para subsidiar a decisão do Plenário do CNS” (fazer a correção no inciso II e em outros pontos onde o trecho aparece). Também manifestou estranheza a respeito do item V da resolução, especificamente sobre o trecho “vedar o Conselho a fazer manifestações e recomendações” e propôs a exclusão ou modificação, pois não corrobora com a função do CNS. Conselheiro **Volmir Raimondi** propôs que a Resolução defina o que se entende por relevância social. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** propôs a substituição no texto da expressão “Afirmar o entendimento” por “Reafirmar o entendimento”, pois o entendimento já está dado. Em relação ao item V, concordou com a preocupação do Conselheiro Clóvis Bouffleur e propôs a substituição de “Vedar ao CNS fazer recomendações ou sugestões” por “Vedar ao conselheiro fazer recomendações ou sugestões”. Conselheira **Eufrásia Santos Cadorin** também solicitou maiores esclarecimentos sobre o item V, por entender a necessidade de melhorar a redação. **Retorno da mesa.** A coordenadora da CIRH explicou que foi realizado encontro para conceituar melhor necessidade social e relevância social, mas houve dificuldade na definição de conceito para abarcar tudo. De todo modo, esclareceu que necessidade social deve estar definida na Resolução nº. 350, incluindo população, perfil epidemiológico, número de profissionais, número de empregos, número de escolas, entre outros aspectos. Conselheiro **Volmir Raimondi** solicitou aparte para destacar que é preciso clarificar a decisão de priorizar a abertura de universidade pública a privadas. A coordenadora da CIRH entendeu a preocupação, mas avaliou que essa questão não devia constar da resolução. Disse que o CNS reafirma o preceito de educação como direito de todos e apóia a política de Ministério da Educação de reforçar a abertura de escolas federais públicas, para reverter o quadro de privatização do ensino. Contudo, clarificou que não se trata de impedir a atuação de instituições privadas de boa qualidade no país. Concordou com a inclusão de considerando com referência ao Regimento Interno do CNS e com a substituição do termo “submetendo”, desde que se buscasse outro mais adequado que não “subsidiar”. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** avaliou que o termo “submeter” é o mais pertinente para definir o objetivo de “apresentar” o parecer ao Conselho, mas se dispôs a fazer consulta sobre o melhor termo. Também explicou que o Item V adota o princípio da Portaria Normativa do MEC nº. 40 com vistas a não permitir tráfico de influências. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** perguntou se seria possível chegar a consenso sobre a utilização do termo “submeter”, considerando que a CIRH apresenta posição preliminar para decisão final do Pleno do CNS e que, portanto, “submeter” não significa plena autonomia da CIRH para decidir. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** explicou que a CIRH, ao trazer uma posição ao Pleno, pode fazer com que o conselheiro se sinta fragilizado em pedir vistas considerando o parecer ser uma questão já decidida. Ressaltou que é preciso dar maior flexibilidade aos conselheiros, inclusive aos que desejam pedir vistas e o CNS deve ter total liberdade para decisão final. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** enfatizou que nenhum conselheiro pode sentir-se intimidado por parecer de comissão do CNS e frisou que o pedido de vistas é um direito do conselheiro que pode ser feito inclusive para corrigir eventuais equívocos. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** defendeu a redação entendendo que o termo “submeter” responde melhor que “subsidiar”. Diante dessas ponderações, Conselheira **Maria Helena Machado** apresentou a seguinte redação alternativa para o Item V: “vedar ao conselheiro oferecer qualquer tipo de acolhimento que influa no resultado da avaliação”. A respeito do item I, destacou que a intenção é garantir que, a partir da resolução, a CIRH possa desempenhar a sua função de elaborar parecer. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** apresentou a seguinte redação ao Item I: “Afirmar o entendimento de que cabe à Comissão Intersetorial de Recursos Humanos a prerrogativa de analisar os processos de autorização de oferta de cursos superiores, emitir parecer, submetendo-os à decisão do Plenário do CNS” (Essa mudança aplica-se ao item III). Houve consenso sobre essa proposta. A respeito do item V, houve consenso sobre a redação: “vedar ao conselheiro oferecer qualquer tipo de acolhimento que influa no resultado da avaliação”. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** lembrou que a resolução modifica o prazo para pedido de vistas de pareceres emitidos pela CIRH (“o processo, após a análise e decisão da CIRH/CNS, será inserido/disponibilizado em ambiente virtual específico para a apreciação individual, pelo prazo de 10 (dez) dias, com acesso restrito ao conselheiro titular, devendo este, se desejar apresentar voto em separado no dia da discussão em Plenário, com as seguintes possibilidades: manutenção do parecer da CIRH/CNS; e apresentação de nova análise e parecer pelo conselheiro, que aferirá a exatidão dos dados informados ao CNS somente através dos Sistemas e-MEC ou Sapiens, disponibilizados por senha individual e intransferível e apresentará as contra-razões”). Conselheiro **Clóvis Bouffleur** explicou que a resolução deve explicitar a modificação regimental. Além disso, lembrou que o quorum para alteração regimental é de 2/3 do total dos membros do Conselho. Conselheiro **Eduardo Santana** perguntou se a resolução prevê a possibilidade de visita *in loco* da CIRH às instituições de ensino para

emissão de parecer. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** explicou que a Comissão pode fazer visita às instituições de ensino, caso seja essa a decisão do Pleno do CNS. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** propôs que fosse feita nova redação para o art. 24 do Regimento Interno do CNS, esclarecendo a mudança em relação ao prazo para pedido de vistas ao parecer elaborado pela CIRH. Nos demais casos, o prazo para pedido de vistas será mantido. Após verificação, observou-se o quorum era de 33 conselheiros. Desse modo, o Presidente do CNS colocou em votação a alteração regimental: definição de novo prazo para solicitação de pedido de vistas aos processos de autorização de oferta, reconhecimento e renovação de reconhecimento de cursos de graduação em Medicina, Odontologia e Psicologia. **Deliberação: a alteração regimental foi aprovada por unanimidade dos presentes (33 votos).** Em seguida, o Presidente do CNS colocou em votação a Resolução com as seguintes modificações: Item I: “Afirmar o entendimento de que cabe à Comissão Intersetorial de Recursos Humanos a prerrogativa de analisar os processos de autorização de oferta de cursos superiores, emitir parecer, submetendo-os à decisão do Plenário do CNS” (essa modificação aplica-se aos itens II e III); e Item V: “Vedar ao conselheiro oferecer qualquer tipo de acolhimento que influa no resultado da avaliação”. **Deliberação: a Resolução foi aprovada com 25 votos favoráveis.** Resolvido esse ponto, Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** apresentou a segunda minuta que resolve: I. Reafirmar a plena competência da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos para avaliar, analisar e dar pareceres para autorização, reconhecimento e renovação para os cursos da área da saúde, sendo que após emissão dos pareceres, a CIRH deve encaminhar os mesmos, de forma sigilosa, para apreciação e deliberação do pleno do Conselho Nacional de Saúde - CNS; II. Declarar que todo o trâmite de processos no âmbito do CNS seja revestido de sigilo e confidencialidade, permanecendo os mesmos em conteúdo sigiloso até sua plena aprovação no CNS; III. Declarar que todos os documentos emitidos pela CIRH referentes a este fim, para apreciação no pleno do CNS sejam considerados sigilosos, sendo expressamente proibida sua divulgação por qualquer membro da CIRH e do CNS; IV. Que os 10 (dez) dias de prazo regimental exigidos para o envio e conhecimento dos Conselheiros antes da reunião ordinária do CNS sejam considerados o prazo único para o manifesto por escrito do Conselheiro, com sua concordância ou sua discordância, alegando os motivos e apresentando voto em separado; V. Aprovar o fluxo de processos para autorização, reconhecimento e renovação para os cursos da área da saúde no âmbito do Conselho Nacional de Saúde, conforme estabelecido no anexo I da presente Resolução. Além disso, fez a leitura do Anexo I da Resolução que dispõe sobre o Fluxo dos processos do Conselho Nacional de Saúde/CIRH, sendo: 1. A partir dos critérios adotados pela Comissão Intersetorial de Recursos Humanos - CIRH para distribuição dos processos (por ordem de chegada, por modalidade de pedido e por percentual por categoria profissional), a Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde – SE/CNS, em fluxo contínuo, distribuirá os processos para a equipe técnica da SE/CNS, responsável por inserir informações e dados necessários para subsidiar o Grupo de Trabalho - GT de Avaliação na elaboração dos pareceres. 2. A SE/CNS manterá atualizada a lista dos processos, para controle da CIRH/CNS. 3. As Notas Técnicas deverão sair da SE/CNS obedecendo o modelo pré-determinado pela CIRH e contendo tarja de confidencial. 4. Após a produção das Notas Técnicas, a SE/CNS as envia para a Coordenação do GT de Avaliação da CIRH. 5. A Coordenação do GT da CIRH distribuirá as Notas Técnicas aos membros do GT. 6. O GT procederá a avaliação e emitirá parecer preliminar. Todo este trabalho será feito, preferencialmente, em espaço virtual, com acesso restrito. 7. O GT apresentará os resultados a CIRH, que discutirá e aprovará os pareceres, encaminhando-os em seguida a SE/CNS, para envio dentro do prazo regimental de 10 (dez) dias aos Conselheiros Titulares do pleno do CNS, em ambiente virtual específico, guardando acesso restrito, mantendo tarja de confidencial e tratamento de segurança/sigilo. 8. Nestes 10 (dez) dias, os Conselheiros poderão se manifestar, conforme estipulado pela Resolução CNS nº 429 de 12 de novembro de 2009, e emitirão seus pareceres (pela manutenção do texto CIRH ou parecer alternativo, com justificativa), a ser apresentado no pleno do CNS como voto em separado. 9. Após leitura pela coordenação da CIRH no pleno do CNS, estes pareceres serão submetidos à deliberação do CNS. 10. Após a deliberação do CNS, a SE/CNS os envia ao MEC. 11. Por requerimento, o interessado poderá ter acesso ao parecer aprovado pelo pleno do CNS, através da SE/CNS. **Manifestações.** Conselheiro **Clóvis Bouffleur** manifestou preocupação com a minuta de resolução, por entender que a proibição de divulgar todos os documentos emitidos pela CIRH impede, por exemplo, a busca, por parte dos conselheiros, de auxílio para elaborar o parecer de vistas. Desse modo, manifestou-se totalmente contrário a esse item, entendendo que pode engessar o processo. Conselheiro **Volmir Raimondi** perguntou como garantir a confidencialidade dos documentos discutidos no Pleno quando a reunião é transmitida em tempo real. Desse modo, ressaltou que essa questão da confidencialidade deve ser analisada com cuidado para não prejudicar o próprio Conselho. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** disse que é importante definir estrutura para garantir o sigilo das informações, inclusive com definição de senha de acesso e registro. No fluxo, destacou que é preciso explicitar as “minutas” citadas e, no item 8 da resolução, incluir o artigo do Regimento que define o prazo de dez dias para pedido de vistas aos processos ao invés de citar a resolução. Conselheira

Cândida Carvalho ponderou que o prazo de dez dias é insuficiente para elaboração do relatório de vistas. Conselheira **Maria Helena Machado** informou que teria que se retirar naquele momento para participar de audiência com o Ministro da Saúde. Antes de sair, ressaltou que a preocupação é clarificar a necessidade de manter a confidencialidade dos documentos e que é de responsabilidade dos conselheiros a utilização das informações. Diante desse esclarecimento, Conselheiro **Clóvis Bouffleur** propôs as seguintes sugestões: item II - substituir “Sigilosos” por “Confidenciais”; e item III: substituir “Sigilosos” por “Confidenciais” e “sendo expressamente proibida sua divulgação por qualquer membro da CIRH e do CNS” por “que sejam de responsabilidade dos conselheiros a utilização das informações”. Além disso, destacou que a sua preocupação é garantir a liberdade dos conselheiros em manifestar-se inclusive contrariamente ao parecer da CIRH. Conselheiro **Artur Custódio de Souza** reforçou a preocupação com a liberdade de os conselheiros expressarem-se diante do parecer da CIRH e solicitou o aprimoramento do texto. Conselheiro **Volmir Raimondi** perguntou como fica a questão da confidencialidade quando o Pleno decidir pelo retorno do parecer à CIRH para reanálise, considerando que o documento terá sido apresentado no Pleno do Conselho. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** disse que a preocupação é que os documentos que compõem o processo tenham caráter sigiloso. Lembrou que é apresentado ao Pleno do CNS o parecer final da CIRH e não os documentos do processo (que possuem caráter sigiloso). Explicou que a documentação sigilosa será disponibilizada no espaço virtual, com acesso restrito. Portanto, o que vem para o Pleno pode ser plenamente divulgado. **Deliberação: aprovada, com uma abstenção, a resolução com as seguintes modificações: item II da Resolução: substituir “Sigilosos” por “Confidenciais” e item III: substituir “Sigilosos” por “Confidenciais” e “sendo expressamente proibida sua divulgação por qualquer membro da CIRH e do CNS” por “que sejam de responsabilidade dos conselheiros a utilização das informações”.** Diante da presença dos convidados para o próximo item da pauta, acordou-se que o debate da Comissão de Residência Multiprofissional seria feito posteriormente. **ITEM 5 – PLANO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - Coordenação:** Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade**, Mesa Diretora do CNS. **Convidado: José Miguel do Nascimento Júnior**, Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica, DAF/SCTIE/MS. Inicialmente, a coordenadora da mesa, **Nildes de Oliveira Andrade**, explicou que seria feita apresentação sobre a reestruturação da Política de Assistência Farmacêutica e não do Plano Nacional de Assistência Farmacêutica. O Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica, **José Miguel do Nascimento Júnior**, começou a explanação historiando que, em 2004, o CNS aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Esclareceu que na sua apresentação focaria os resultados dos estudos realizados pelo Ministério da Saúde, a partir de dezembro de 2008, que culminou com a aprovação de duas portarias, na Comissão Intergestores Triparte. Clarificou que as portarias estruturam o componente básico da assistência farmacêutica e o componente de dispensação excepcional que passa a ser denominado de “componente especializado da assistência farmacêutica”. Feitas essas considerações, passou a falar da Estrutura da Assistência Farmacêutica. Primeiro, lembrou que a Política Nacional de Medicamentos, Portaria nº. 3.916/1998, possui por diretrizes: Adoção da RENAME; regulamentação sanitária de medicamentos; reorientação da assistência farmacêutica; promoção do uso racional de medicamentos; promoção da produção de medicamentos; e desenvolvimento e capacitação de recursos humanos. Lembrou que a Política de Assistência Farmacêutica possui os seguintes componentes: Estratégico da Assistência Farmacêutica; Básico da Assistência Farmacêutica; Medicamentos de Dispensação Excepcional e Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (novo). Detalhou que o Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica é organizado com base em programas (SAS e SVS), possui intensa participação dos Estados e Municípios na execução das ações assistenciais, incorporação de produtos mediante definição de Comitês Consultivos (SVS) e aquisições centralizadas pelo Ministério da Saúde e capilarização aos municípios com participação das Secretarias Estaduais de Saúde. Explicou que os produtos de aquisição centralizada pelo gestor federal são: DST/AIDS – 9 itens com produção pública; tuberculose; hanseníase; endemias focais (malária, cólera, leishmaniose, peste, tracoma, esquistossomose, filariose, doença de Chagas); Sangue e Hemoderivados (portadores de hemoglobinopatias – anemia falciforme e talassemias; portadores de coagulopatias – hemofilias); combate ao tabagismo; e alimentação e nutrição. Esclareceu que o papel dos municípios em relação ao componente Estratégico da Assistência Farmacêutica refere-se a: diagnóstico, acompanhamento, e tratamento dos pacientes; encaminhamento aos serviços de referência (quando necessário); notificação compulsória/obrigatória (casos previstos na legislação sanitária); manter os mapas atualizados sobre a demanda dos medicamentos, com base no número de pacientes, e informá-los à Secretaria Estadual de Saúde (conforme fluxo estabelecido pela SES); e armazenar e dispensar os medicamentos do programa. Seguindo, falou do contexto atual e mudanças pactuadas, diante da revisão da Portaria nº. 3.237/2007, destacando que o componente estratégico não sofreu alteração diante da nova pactuação. Sobre a situação atual (Portaria 3237/2007), explicou que o financiamento é tripartite: União: R\$ 4,10; Estados e DF: R\$ 1,50; Municípios: R\$ 1,50; Insumos: Estados e DF: R\$ 0,30 e Municípios: R\$ 0,30. No elenco de Referência Nacional, estão contemplados 64 fármacos em 105 apresentações

farmacêuticas, 2 Fitoterápicos e Homeopáticos. A seguir, mostrou um gráfico que demonstra o aumento do repasse Fundo a Fundo em relação à compra centralizada pelo Ministério da Saúde. Destacou também o repasse Fundo a Fundo estadual e/ou municipal para 2.267 municípios em cinco Estados. Continuando, detalhou que objetivos da revisão Portaria nº. 3237/07 são: ampliação do acesso da população aos medicamentos essenciais para a atenção básica, inclusive os fitoterápicos; ampliação do acesso da população aos insumos necessários para o controle e monitoramento da glicemia; ampliação de cobertura para doenças relevantes do ponto de vista clínico-epidemiológico, incluindo medicamentos da média complexidade; reordenar as responsabilidades dos gestores do SUS frente à AF, de maneira integrada aos demais Componentes do Bloco de Assistência Farmacêutica, buscando assim, a otimização dos recursos orçamentários disponíveis; garantir o acesso aos medicamentos referente às doenças acompanhadas no âmbito da atenção básica, em conformidade com as linhas de cuidado para as doenças contempladas no Componente Especializado da AF (antigo Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional); e fomentar a qualificação dos serviços farmacêuticos prestados à população. Explicou que as mudanças consensuadas na Comissão Intergestores Tripartite foram as seguintes: ampliação dos recursos tripartites: União: R\$ 5,10, Estados e DF: R\$ 1,86 e Municípios: R\$ 1,86; ampliação dos recursos para aquisição dos insumos para o controle e monitoramento do diabetes: Estados e DF: R\$ 0,50 e Municípios: R\$ 0,50; atualização da população IBGE 2009: 2007 – 183.989.711 habitantes e 2009 – aguardar o IBGE informar ao TCU; e ampliação do Elenco de Referência Nacional: 127 fármacos em 220 apresentações farmacêuticas, 8 Fitoterápicos e Homeopáticos. Em relação aos medicamentos, disse que os critérios para definição do Elenco de Referência Nacional são: Medicamentos constantes na RENAME 2008; Medicamentos para atendimento dos agravos no âmbito da Atenção Básica, não financiados por programas específicos; Medicamentos para atendimento dos agravos no âmbito da média complexidade, com acompanhamento na atenção básica; e Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, com acompanhamento na atenção básica. A respeito das linhas de cuidado, explicou que o anexo 3 dispõe sobre os Medicamentos a serem disponibilizados pelos municípios e DF, para garantia das linhas de cuidado das doenças contempladas no CEAf, indicados nos PCDT/MS de acordo com a necessidade local/regional. Citou como exemplo, em relação à linha de cuidado, a Artrite Reumatóide: Analgésicos e antiinflamatórios - constituem a 1ª linha de tratamento: responsabilidade municipal; Sulfazalazina; Hidroxicloroquina; Cloroquina; Metotrexato - constituem a 2ª linha de tratamento: responsabilidade estadual; e Leflunomida; Infliximabe; Adalimumabe; Etanercepte - constituem a 3ª linha de tratamento: responsabilidade federal. Citou também os critérios usados para ampliação do Elenco de Medicamentos Fitoterápicos: 1. Uso na atenção básica; 2. Produzidos com plantas nativas ou exóticas adaptadas; 3. Registro na ANVISA; 4. Maior número de evidências de segurança e eficácia; 5. As espécies dos quais são derivadas, são da flora brasileira não ameaçadas de extinção (IN/2008 - MMA); e 6. Atendimento aos diversos biomas brasileiro. Explicou que, além dos fitoterápicos Espinha Santa e Guaco, foram incluídos os seguintes de acordo com a nova Portaria: Alcachofra, Aroeira, Cáscara sagrada, Garra do diabo, Isoflavona da soja e Unha de gato. A respeito da utilização dos recursos, esclareceu que os recursos federais transferidos fundo a fundo podem ser utilizados para custeio dos medicamentos presentes no ERN, dos medicamentos Fitoterápicos, de Homeopáticos (Farmacopéia Homeopática Bras. 2ª Edição) e dos medicamentos para o atendimento das linhas de cuidado do Componente Especializado da AF, conforme critérios estabelecidos nos PCDT/MS e do Programa Nacional de Suplementação de Ferro. As contrapartidas estaduais e municipais podem ser utilizadas conforme os itens supracitados, e ainda na estruturação e qualificação das ações de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, tendo como teto o montante de 15% dos recursos. Disse que os recursos estaduais e municipais para estruturação e qualificação da AF podem ser utilizados para: atividades destinadas à adequação de espaço físico das Farmácias do SUS relacionadas à Atenção Básica; aquisição de equipamentos e mobiliário destinados ao suporte das ações de Assistência Farmacêutica; e realização de atividades vinculadas à educação continuada voltada à qualificação dos recursos humanos da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. Acrescentou que essas atividades e os recursos financeiros aplicados deverão constar nos instrumentos de planejamento do SUS (Plano de Saúde, a Programação Anual e o Relatório Anual de Gestão). Além disso, as SES podem participar dos processos de aquisição de equipamentos e mobiliário destinados ao suporte das ações de AF e à realização de atividades vinculadas à educação continuada voltada à qualificação dos recursos humanos, desde que pactuado na CIB. Detalhou que os maiores avanços são os seguintes: ampliação dos recursos; ampliação do elenco de medicamentos; possibilidade de aplicação de até 15% dos recursos da contrapartida municipal e estadual na estruturação dos serviços e qualificação das ações de AF na Atenção Básica; e possibilidade do município utilizar recursos da AFB para custear outros produtos que não estejam no elenco da AFB pactuado na CIB estadual, desde que esteja presente na RENAME vigente. Falou também da evolução da aplicação dos recursos para o custeio da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, explicando que o recurso federal foi de R\$ 1,00 (em 1999) para R\$ 5,10 em 2009 e Estados e Municípios de R\$

1,00 para R\$ 3,72. A respeito do acompanhamento e monitoramento das responsabilidades relacionadas ao Componente Básico da AF, explicou que as ações e serviços de assistência farmacêutica devem estar expressos no Plano de Saúde e na Programação Anual de Saúde. Continuou a apresentação com a evolução histórica dos medicamentos, citando os seguintes marcos: 1982 - Portaria MPAS/MS/MEC nº 03, de 15/12/1982 – inclusão do Hormônio de Crescimento como primeiro tratamento diferenciado; 1993 - Portaria SAS/MS nº 142: inclusão da Ciclosporina e Eritropoetina humana; e 1996 - Portaria SAS/MS nº 204, de 06/11/1996: 32 fármacos em 53 apresentações. Disse que a perspectiva é chegar a 314 apresentações e 147 fármacos em 2010. Também apresentou um gráfico que demonstra a ampliação da distribuição de unidades farmacêutica, de quase 100 milhões, em 2002, para quase 530 milhões em 2009. Em seguida, comentou outro gráfico com a evolução histórica do financiamento para o componente da dispensação excepcional, R\$ 2,6 bilhões em 2009. Falou da evolução histórica do conceito do Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional (CMDE), explicando que em 1982, em caráter excepcional, os serviços prestadores de assistência médica e farmacêutica poderão adquirir e utilizar medicamentos não constantes da RENAME, quando a natureza ou a gravidade da doença e as condições peculiares do paciente o exigirem e desde que não haja, na RENAME, medicamento substitutivo aplicável ao caso. A prescrição deverá ser objeto de justificativa pelo médico assistente do caso, e homologada a posteriori, pelo órgão de auditoria médica da instituição prestadora do atendimento. Em 2002, o Programa de Medicamentos Excepcionais define medicamentos de elevado valor unitário, ou que, pela cronicidade do tratamento, se tornam excessivamente caros para serem suportados pela população. Em 2006, o conceito de Medicamentos de Dispensação Excepcional referia-se ao atendimento de doença rara ou de baixa prevalência: quando indicado para o seu tratamento o uso de: medicamento de alto valor unitário; ou medicamento de baixo valor unitário, mas que o custo do tratamento seja elevado devido a doença ser crônica ou necessitar ser usado por tempo prolongado. Ou ainda para doença prevalente quando indicado para o seu tratamento o uso de medicamento de alto custo unitário ou que, em caso de uso crônico ou prolongado, seja um tratamento de custo elevado desde que: haja tratamento previsto para o agravamento no nível da atenção básica, ao qual o paciente apresentou necessariamente intolerância, refratariedade ou evolução para quadro clínico de maior gravidade; e o diagnóstico ou estabelecimento de conduta terapêutica para o agravamento estejam inseridos na atenção especializada. Para 2010, conforme o conceito da Portaria, o componente Especializado da Assistência Farmacêutica é uma estratégia da Política Nacional da Assistência Farmacêutica, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde. Disse que está sendo realizado estudo da viabilidade para o aprimoramento do Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional. Em 2008, o CMDE contou com a seguinte participação: 90% federal e 10% estadual. No cenário para 2009, o total da participação (federal e estados) é: R\$ 2,881 bilhões. Para 2010, explicou que não mais existirá a lógica de cofinanciamento do Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional. Disse que será mantido o equilíbrio financeiro e será ampliado o tratamento para doenças não previstas. Além disso, a compra será centralizada, com previsão de otimizar R\$ 200 milhões, possibilitando o pagamento para inclusão de novas doenças. Explicou que os objetivos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica são: definição de responsabilidades para cada esfera de gestão em relação a doenças e fármacos; garantia de uma linha de cuidado mediante a integralidade do tratamento; ampliação de cobertura para doenças relevantes do ponto de vista clínico-epidemiológico; incorporação de novos tratamentos; desincorporação e realocação de medicamentos; e otimização dos recursos orçamentários disponíveis. Continuando, detalhou os objetivos, comentando, primeiro, a definição de responsabilidades para cada esfera de gestão em relação a doenças e fármacos. A respeito das responsabilidades, explicou que foi feita divisão com base em características, responsabilidades e formas de organização distintas, com definição de três grupos: Grupo 1 - Medicamentos sob responsabilidade da União; Grupo 2 - Medicamentos sob responsabilidade dos estados e DF; e Grupo 3 - Medicamentos sob responsabilidade dos municípios e DF. Acrescentou que os critérios para construção dos grupos foram: complexidade da doença a ser tratada ambulatorialmente; garantia da integralidade do tratamento da doença, com um mínimo de esferas de gestão envolvidas; e manutenção do equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão. Detalhou que o Grupo 1 foi constituído sob os seguintes critérios: a) maior complexidade da doença a ser tratada ambulatorialmente; b) refratariedade ou intolerância a primeira e/ou a segunda linha de tratamento; c) medicamentos que representam elevado impacto financeiro para o Componente; e d) medicamentos incluídos em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde. O Grupo 2 foi constituído sob os seguintes critérios: menor complexidade da doença a ser tratada ambulatorialmente em relação aos elencados no Grupo 1; b) refratariedade ou intolerância a primeira linha de tratamento; e c) menor impacto financeiro em relação aos do Grupo 1 e maior que os do Grupo 3. O Grupo 3 foi constituído sob o seguinte critério: fármacos constantes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais vigente e indicados como primeira linha de cuidado para o tratamento das doenças

contempladas neste Componente. Desse modo, o Ministério da Saúde é responsável por 63 medicamentos em 127 apresentações, os estados por 46 medicamentos em 112 apresentações e os municípios por 38 medicamentos e 75 apresentações. Em relação às linhas de cuidado, detalhou as responsabilidades dos três entes: Ministério da Saúde - 32 doenças; Estados - 14; Municípios - 1 (além das linhas de cuidado compartilhadas). Ressaltou que os medicamentos do grupo 3 compõem parte do Elenco de Referência Nacional do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, devendo ser disponibilizados para a garantia das linhas de cuidado definidas nos PCDT. Também citou objetivos do CEAF: definição de responsabilidades para cada esfera de gestão em relação a doenças e fármacos; garantia de uma linha de cuidado; ampliação de cobertura para doenças relevantes do ponto de vista clínico-epidemiológico; incorporação de novos tratamentos; e otimização dos recursos orçamentários disponíveis. Também chamou a atenção para ampliação da cobertura (Grupo 1: responsabilidade do Ministério da Saúde); Inclusão de novos medicamentos e ampliação de cobertura. Ressaltou ainda a ampliação de novos tratamentos (Grupo 2: responsabilidade da SES); inclusão de novas apresentações farmacêuticas, inclusão de novos medicamentos e ampliação de cobertura. Também falou dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, explicando que atualmente há 53 PCDT vigentes e a perspectiva é a publicação de 79 Protocolos. Disse ainda que o financiamento para aquisição dos medicamentos do Componente estará diretamente relacionado ao grupo em que os mesmos estão alocados (os medicamentos do Grupo 3 serão financiados de acordo com a regulamentação do Componente Básico da Assistência Farmacêutica). No grupo 1, falou do financiamento pelo Ministério da Saúde na forma de aquisição centralizada. Finalizou com as ações em andamento: Projeto de Centros de Referências; Projeto de Revisão dos Protocolos Clínicos; e Projeto Sismedex - módulo clínico. **Manifestações.** Conselheiro **José Marcos de Oliveira** fez referência à ampliação da medicalização para destacar que o investimento na atenção básica evitaria o alto investimento em medicamentos. Também perguntou sobre a relação da Política de Assistência Farmacêutica com o Pacto pela Vida e o Bloco de Financiamento. Por fim, perguntou como se dá a fiscalização para evitar a venda de medicamentos falsificados. Conselheiro **Sérgio Metzger** cumprimentou o expositor pela apresentação e destacou como avanço o aumento dos valores para os medicamentos. Por outro lado, manifestou preocupação com a subnotificação e destacou que é preciso controle mais rígido. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** solicitou que fosse apreciada a proposta de fornecimento de medicamentos nas urgências e emergências no caso dos atendimentos feitos à noite e aos finais de semana. Também requereu maiores esclarecimentos sobre os medicamentos de marca, genérico e similar (classificação de acordo com a origem). Conselheira **Rosângela Santos** apresentou as seguintes perguntas: qual a política do MS para o acesso aos medicamentos? Quanto os medicamentos comprometem o orçamento da saúde? Qual o teto da despesa pública com medicamentos que o país suporta? Como aumentar a eficiência e atender os usuários com menos gastos? Como apropriar o desempenho do Programa DST Aids para outras doenças estratégicas como tuberculose, hanseníase ou malária? Por que o padrão do atendimento nas farmácias do SUS é diferenciado das unidades da farmácia popular? Como implantar uma assistência multiprofissional, integral e humanizada em todas as esferas do SUS? Como exigir de todas as esferas um serviço de qualidade? O que está sendo feito em relação aos pacientes que apresentam efeitos colaterais ou interações medicamentosas, em especial os que usam várias drogas? O que fazer com os casos de doenças cujos usuários não têm acesso porque estão contemplados em apenas um CID? Conselheira **Carmen Lúcia Luiz** cumprimentou o expositor e manifestou satisfação com a proposta de responsabilização das três esferas de governo pelo financiamento das medicações através de linha de cuidado. Nessa linha, perguntou o que será feito no caso de descumprimento do disposto nas linhas de cuidado. Conselheiro **Arthur Custódio de Souza** lembrou que no início de 2009 o Ministro da Saúde, por meio de uma carta para OMS, declarou que não desejava mais receber a doação de medicamento da Hanseníase, porque a medicação seria produzida pelo Brasil. Disse que, após manifestação da OMS, o Ministério da Saúde produziria o medicamento e compraria diretamente do laboratório esse medicamento. Desse modo, perguntou como está a situação: o Ministério da Saúde irá comprar o medicamento para tratamento da hanseníase ou o país irá produzi-lo? Conselheiro **Luiz Antônio Neves**, considerando o alto índice de medicalização no país, solicitou comentários sobre as medidas para garantir o uso racional de medicamentos. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** cumprimentou o expositor e destacou que o controle social deve ser chamado para contribuir na estruturação da Política de Assistência Farmacêutica. Nessa lógica, ponderou sobre a pertinência de chamar a II Conferência de Assistência Farmacêutica. Conselheiro **Jurandi Frutuoso** cumprimentou a iniciativa da compra centralizada de medicamento, considerando os êxitos desse processo (economia e diminuição do processo de judicialização, por exemplo). Também perguntou quando se dará a publicação da portaria, considerando que os Estados almejam essa publicação o mais breve possível. Conselheira **Eufrásia Santos Cadorin** perguntou quantos estados estão repassando a contrapartida para os fundos municipais de saúde e como evitar a descontinuidade da dispensação de medicamentos. Conselheiro **Raimundo Sotero** perguntou sobre a procedência dos responsáveis pela elaboração da RENAME (12

entidades governamentais – 8 universidades e entidades relacionadas à área médica) e dos ad hoc. Também chamou a atenção para as referências bibliográficas utilizadas na elaboração da RENAME. Em que pese a qualidade da Relação, disse que é preciso reavaliá-la. Conselheira **Lílian Aliche** solicitou maiores informações a respeito do complexo industrial da saúde e perguntou se há definição de canais para que usuários possam recorrer e reclamar no caso de descumprimento das responsabilidades pelos entes. Além disso, quis saber se os centros referências serão criados por portaria e se os usuários serão informados. Conselheiro **Luiz Augusto Facchini** cumprimentou a iniciativa de debate da assistência farmacêutica e considerou que é preciso pensar no ciclo completo, incluindo, além da seleção e aquisição de medicamentos, estratégias de armazenamento e dispensação, em especial no que se refere à rede básica de saúde. Nessa linha, salientou que a inserção do profissional farmacêutico em apoio à dispensação e avaliação da utilização poderia ser parte da estratégia da Política. Também chamou a atenção para a importância dos protocolos na orientação e qualificação do cuidado em saúde. Conselheiro **Clóvis Boufleur** também manifestou satisfação com a iniciativa e propôs que os grupos de medicamentos se iniciassem pelos da atenção básica. Também solicitou que o Ministério da Saúde, na revisão de protocolos, considerasse a possibilidade de dispensar a primeira dose do antibiótico para as crianças na própria unidade básica, inclusive com orientação de uso do medicamento, pois esse procedimento não gera custo e pode salvar vidas. Conselheira **Cândida Carnevalheira** registrou a sua satisfação com a inclusão dos medicamentos para as doenças intestinais. Contudo, manifestou preocupação com o medicamento para a doença de Crohn não estar disponibilizado para as demais doenças que necessitam dele. Conselheiro **Arilson Cardoso**, em nome do CONASEMS, manifestou satisfação com a iniciativa porque facilitaria os procedimentos da assistência farmacêutica. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, manifestou preocupação com a possibilidade de os recursos serem utilizados para infra-estrutura (reforma de prédios, por exemplo). Também propôs que o Ministério da Saúde, nas avaliações futuras para aperfeiçoamento da Política, considere a possibilidade de inclusão do profissional farmacêutico como condicionante para habilitação no processo. Conselheiro **Rogério Tokarski** manifestou satisfação com a inclusão dos medicamentos homeopáticos, mas, por outro lado, destacou que é preciso que sejam oriundas de um plantio organizado e não do extrativismo. **Retorno da mesa.** O Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica, **José Miguel do Nascimento Júnior**, destacou que o debate da assistência farmacêutica está atraso e existe o vício de delegar ao medicamento a solução para os problemas ou para organização dos serviços. Enfatizou que o medicamento é um insumo necessário e complementar às ações de saúde. Informou que existe um prêmio para utilização racional de medicamentos. Também explicou que o parâmetro a ser utilizado é a manifestação da ANVISA. Ressaltou que foi feita previsão na minuta de portaria e os medicamentos utilizados na urgência e emergência podem ser custeados com os recursos previstos. Ressaltou que o medicamento para diabetes é um insumo do cuidado de diabetes, portanto, esse tema deve ser discutido com a área específica. Disse ainda que o Hórus – Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica poderá auxiliar a gestão de programas assistenciais como o da Diabetes. A respeito da clofazimina, explicou que está em processo de discussão, mas não possui maiores detalhes. Sobre a publicação da Portaria, disse que seria discutida em uma reunião da qual participaria. A respeito da primeira dose dos antibióticos, destacou que essa é uma orientação para o gestor municipal que determina as ações de saúde nos municípios. De todo modo, explicou que é possível trabalhar essa questão com o CONASEMS. Por fim, disse que no momento não há indicador para publicizar e, por outro lado, a PNAD está sendo publicada. Sr. **Rodrigo F. Alexandre**, SCTIE/MS, falou da proposta do componente especializado e caracterização e definição das linhas de cuidados. Também destacou que a intenção é colocar os protocolos em consulta pública para, em seguida, publicá-los. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** solicitou manifestação da mesa sobre a sua proposta de incluir o profissional farmacêutico como condicionante para implantação da Política e do repasse do financiamento em todo o processo de assistência. O Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica, **José Miguel do Nascimento Júnior**, explicou que esse debate é amadurecido a cada etapa e a proposta pode ser tratada nesse processo em construção. Do ponto de vista da gestão da assistência farmacêutica, destacou que tem feito esse tipo de provocações, contudo, elas são aceitas à medida que haja condições de construí-las e garantir financiamento para incorporação do profissional farmacêutico. Enfatizou que, nesse momento, não há espaço político para definir esse condicionamento, sendo necessário processo de construção de debate. Diante desse esclarecimento, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, entendendo a necessidade de preservação da saúde do usuário, por meio da garantia de assistência e atenção farmacêutica com qualidade, propôs que o CNS recomende ao Ministério da Saúde que, nas avaliações futuras para aperfeiçoamento da política, considere a possibilidade de inclusão do profissional farmacêutico como condicionante para implantação da Política, com indicativo de pactuação entre MS, CONASS e CONASEMS. Conselheira **Rosângela Santos** disse que não se sentiu contemplada nas suas perguntas. O Diretor **José Miguel do Nascimento Júnior** disse que houve dois movimentos, um para pactuar indicadores, mas não houve sucesso e outro foi no sentido de

tornar o SIOPS como instrumento para registro da aplicação do recurso da assistência farmacêutica, mas também não houve avanços. Com a disponibilização do Hórus, CONASS e CONASEMS serão chamados para pactuação dos indicadores. Desse modo, frisou que não há indicador para publicizar no momento. Conselheiro **Raimundo Sotero** solicitou ao Diretor o envio da resposta sobre a RENAME. **Deliberação: entendendo a necessidade de preservação da saúde do usuário, o Pleno aprovou que o Ministério da Saúde, nas avaliações futuras para aperfeiçoamento da política, considere a possibilidade de inclusão do profissional farmacêutico como condicionante para implantação da Política e do repasse do financiamento em todo o processo de assistência (indicativo de pactuação entre MS, CONASS e CONASEMS); chamar a II Conferência de Assistência Farmacêutica para construir o Plano Nacional de Assistência Farmacêutica; solicitar a reavaliação da RENAME; e solicitar a revisão e avaliação dos protocolos.** Com esses encaminhamentos, Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** agradeceu a presença do Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica/MS e encerrou a discussão desse item. Antes de suspender para o lanche, anunciou os aniversariantes do mês. Retomando, foi aberta a palavra para a Conselheira **Carmen Lúcia Luiz**, coordenadora da Comissão Intersetorial de Saúde Mental – CISM, que fez um informe da reunião ampliada da Comissão realizada nos dias 21 e 22 de outubro de 2009. Disse que foi feito o convite aos conselhos estaduais de saúde e estiveram presentes representantes de 25 Estados. Ressaltou que foi enviado questionário aos Estados visando definir panorama da situação de saúde mental nos estados. Para conhecimento, listou as sugestões de ações para as comissões de saúde mental definidas na reunião: consolidar as comissões intersetoriais de saúde mental nas três esferas de governo; trazer o debate de avaliação da reforma psiquiátrica para as CISM e para os eventos que culminariam na IV Conferência de Saúde Mental, mostrando a importância do uso dessas instâncias como forma de pactuar e gestar políticas de estado; avaliar, debater e dar respostas urgentes para os seguintes desafios: organização e ampliação dos serviços de emergência em saúde mental, particularmente com implantação de CAPS III, avançar o processo de desinstitucionalização de moradores de hospitais e asilos psiquiátricos com a ampliação do Programa de Volta para a Casa, estimulando a denúncia e investigação de violação de direitos humanos nessas instituições, fortalecer o empoderamento e a organização pela base das associações de usuários e familiares do campo da saúde mental, potencializar sua atuação nas instâncias de controle social, avançar na implantação efetiva da atenção em saúde mental integrada à rede de atenção básica, através da estratégia de saúde mental e garantir a organização e realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental até junho de 2010. Explicou que o Ministro da Secretaria Especial de Direitos Humanos esteve presente à reunião e colocou a Secretaria à disposição para contribuir, material e financeiramente, na realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (caráter interministerial). Também informou que no dia 30 de setembro de 2009 foi realizada a Marcha dos Usuários pela Reforma Psiquiátrica Antimanicomial e o governo comprometeu-se com a realização da IV Conferência. Além disso, falou da carta de mobilização aos sanitaristas e defensores do SUS para realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental. Desse modo, solicitou a manifestação do Pleno pela realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental até junho de 2010, a fim de iniciar o processo de preparação. Na sequência, houve manifestações a respeito do tema. Por decisão do Pleno, esse tema passou a objeto de deliberação e não apenas de informe. **Deliberação: o Plenário aprovou a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental até junho de 2010; e o relatório da reunião ampliada da CISM será disponibilizado aos conselheiros. ITEM 6 – COMISSÃO ELEITORAL - COMISSÃO ELEITORAL – Composição da mesa: Conselheiro Volmir Raimondi; Zenite Graça, Presidente da Comissão Eleitoral do CNS; e Rozângela Fernandes Campum, Secretária-Executiva do CNS.** Primeiro, a Secretária-Executiva do CNS informou que a eleição do CNS ocorreria no centro de convenções da Confederação Nacional dos Trabalhadores do Comércio. A Presidente da Comissão Eleitoral do CNS fez o informe sobre o processo eleitoral do CNS. Inicialmente, informou que foram feitas 103 inscrições, com as seguintes Entidades habilitadas: Usuários: 42, Profissionais de Saúde/Comunidade científica: 27 e Entidades de Prestadores: 05. Disse que estão em diligência 23 processos. Explicou que não foram habilitadas 04 Entidades de Usuários e 02 Entidades de Profissionais de Saúde/Comunidade científica. A seguir, apresentou a programação para a segunda eleição do CNS (triênio 2009-2012), que ocorrerá no dia 25 de novembro de 2009, das 8h às 18h: 8h às 09h30: Credenciamento dos delegados inscritos; 9h: Instalação do Processo Eleitoral; 10h: Primeira chamada das Plenárias: Usuários, Trabalhadores e Prestadores; 10h30: Segunda Chamada das Plenárias: Usuários, Trabalhadores e Prestadores; 10h30 às 13h: Plenária dos Segmentos; 13h: Divulgação dos resultados das Plenárias: Usuários, Trabalhadores e Prestadores; Consenso: Aclamação; Dissenso: Votação; 14h às 18h: Instalação das Mesas Receptoras/Apuradoras: Usuários, Trabalhadores e Prestadores; e 18h: proclamação dos resultados. Continuando, apresentou orientações para condução do processo eleitoral. Explicou que as plenárias de segmentos poderão eleger, por aclamação, suas entidades ou movimentos. Serão encaminhadas para votação com cédula, somente as vagas não preenchidas no processo de aclamação, que pode ser total ou parcial, conforme

art. 11, parágrafo 1º da Resolução 424/2009. Disse que a célula será confeccionada após as plenárias dos segmentos; conterà a identificação do segmento, as vagas a preencher e a relação das Entidades e Movimentos concorrentes não contempladas na plenária em que o eleitor estiver habilitado. Detalhou que as mesas de Recepção e Apuração dos votos de cada segmento serão assim compostas: um presidente, um 1º secretário e um 2º secretário. Cada delegado tem direito de votar no total de Entidades listadas na cédula eleitoral do segmento em que estiver habilitado a participar do processo eleitoral; o eleitor poderá escolher entre as entidades concorrentes da sua cédula de votação, vedando-se, sob pena de nulidade do voto, exceder o número de vagas a serem preenchidas no segmento para o qual ele esteja apto a votar e votar mais de uma vez em uma mesma entidade. Também falou do processo e critérios de apuração dos votos. Explicou que, para apuração dos votos, serão considerados: Voto Válido – aquele em que houver manifestação clara, precisa e inequívoca da escolha do eleitor dentre as entidades concorrentes, no espaço previsto na cédula; Voto Nulo – aquele que apresentar: a) qualquer preenchimento incorreto da cédula de votação (rasuras, ressalvas, inobservância do espaço reservado ao voto na cédula de votação, escritos impertinentes ao processo eleitoral), b) vício de manifestação clara, precisa e inequívoca da vontade do eleitor e c) excesso de escolha de entidades constantes da cédula, seja por acréscimo de nome de entidade e movimento, seja por voto repetido na mesma entidade; e Voto em branco – não preenchimento da cédula de votação. Os votos em branco serão considerados para contagem da porcentagem mínima de 10% (dez por cento) do segmento, conforme art. 11º, parágrafo 6º da Resolução 424. Frisou que serão eleitas as Entidades e Movimentos Sociais que obtiverem, no mínimo, 10% (dez por cento) dos votos do segmento (art.11, parágrafo 6º, da Resolução 424/2009). Em caso de empate, haverá nova votação, para preenchimento das vagas restantes, conforme art. 11, parágrafo 8º; da Resolução 424/2009. Realizada a votação para desempate, persistindo o empate, o critério de desempate será o disposto no capítulo VII, artigo 17, alíneas “a” e “b” da Resolução 424/2009: existência da entidade ou do movimento social em maior número de Regiões Geográficas e/ou Unidades da Federação do País; e maior tempo de existência e funcionamento da entidade ou do movimento Social. Por fim, registrou a presença dos seguintes representantes da Comissão Eleitoral: Conselheiro Wilson Valério e Arilson Cardoso. Na sequência, os conselheiros tiraram dúvidas sobre o processo eleitoral. **Deliberação: cada segmento do CNS indicará três nomes para consideração da comissão eleitoral na definição da coordenação das plenárias de segmentos. As coordenações das plenárias dos segmentos serão definidas na reunião da Comissão Eleitoral com os colaboradores no dia 24 de novembro de 2009, considerando a orientação de que sejam por um de seus representantes. CISAMA – 1ª Conferência Nacional de Saúde Ambiental – CNSA – Composição da mesa: Conselheiro Volmir Raimondi; Rozângela Fernandes Campum, Secretária-Executiva do CNS; Conselheira Raquel Rigotto, coordenadora da CISAMA/CNS; e Guilherme Franco Netto, coordenador geral da 1ª CNSA.** O coordenador apresentou um balanço preliminar das etapas preparatórias para a Conferência Nacional de Saúde Ambiental. De um modo geral, informou que as etapas preparatórias para a conferência nacional de saúde ambiental reuniram aproximadamente 47.945 pessoas. Além disso, foram realizadas: 297 Conferências Municipais, 108 Conferências Regionais ou Micro Regionais; e 25 Conferências Estaduais (falta a Conferência do Pará – 13 e 14/11 e da Bahia – 16 a 18/11). A respeito das etapas preparatórias, comunicou que até o momento ocorreram: 20 conferências regionais, 8 conferências municipais, 19 conferências nas capitais (4 não realizaram conferências municipais ou regionais). Destacou que os temas mais debatidos nas etapas preparatórias foram os seguintes: 1) saneamento básico, 2) educação em saúde ambiental, 3) agrotóxicos e agricultura, 4) contaminação dos recursos hídricos, 5) mudanças do clima, 6) uso e ocupação do solo rural e urbano; 7) preservação ambiental; 8) ações intersetoriais; 9) fortalecimento da vigilância ambiental; e 10) desenvolvimento sustentável (os assuntos 1 e 2 foram tratados em 100% das conferências). Por fim, apresentou um quadro geral das etapas preparatórias para a I Conferência Nacional de Saúde Ambiental, destacando: Região Centro-Oeste e Tocantins: 6.293 participantes; Região Norte: 3.172; Região Nordeste – 5.560; Região Sudeste – aproximadamente 14 mil pessoas; Região Sul – não foi possível fazer o levantamento até o momento; Total: 47.945 pessoas (estimativa de participação de mais cem mil pessoas na mobilização das conferências). A seguir, Conselheira **Raquel Rigotto** falou da metodologia da Conferência. Explicou que os três eixos temáticos da Conferência serão discutidos por grupos (5 a 15 pessoas – duas perguntas em cada eixo). No segundo momento, os indicados nos grupos são aprovados pelos segmentos e pode candidatar-se a delegado. Os grupos devem propor uma diretriz e duas ações estratégicas para cada eixo e os delegados devem votar nas propostas de prioridades para diretrizes e ações estratégicas. Citou, como exemplo, as diretrizes da 1ª Conferência Estadual de Saúde Ambiental do Estado de São Paulo. Ressaltou que a partir dos resultados dos estados a Comissão Organizadora definirá a metodologia para a etapa nacional. Informou ainda que foram realizados três seminários preparatórios, de âmbito nacional, com os segmentos dos povos da floresta, do campo e da cidade. Como resultado, foram produzidas cartas políticas que serão encaminhadas à etapa nacional. Finalizando, solicitou que os conselheiros participantes da 1ª CNSA façam uma

avaliação da metodologia da Conferência para trazer ao Plenário do CNS. **Deliberação: os conselheiros participantes da 1ª CNSA deverão avaliar a metodologia da Conferência. CISI – Recomendações** – Primeiro, a Secretária-Executiva do CNS, informou que, conforme deliberação na última reunião do CNS foi solicitado parecer do CONANDA a respeito do Projeto de Lei nº 1.057/2007, mas não houve resposta. Além disso, foi distribuído aos conselheiros o parecer das entidades indígenas sobre o Projeto. Desse modo, Conselheiro **Clóvis Bouffleur** reapresentou a recomendação, elaborada pela CISI, que recomenda aos deputados federais a rejeição do Projeto de Lei nº 1.057/2007, de autoria do Deputado Henrique Afonso, que dispõe sobre o combate a práticas tradicionais nocivas e a proteção dos direitos fundamentais de crianças indígenas. **Deliberação: a recomendação foi aprovada com a abstenção da Conselheira Maria Izabel da Silva.** Em seguida, Conselheiro **Clóvis Bouffleur** apresentou a segunda recomendação, elaborada pela CISI, que recomenda que as áreas relativas à gestão e estruturação do SIASI e dos demais Sistemas Nacionais de Informação em Saúde do SUS estabeleçam estratégias de cooperação técnica a fim de garantir que quaisquer mudanças nos instrumentos de coleta de dados dos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde contemplem a inclusão de novos campos que contribuam para a identificação étnica (por exemplo, filiação à etnia indígena específica) e que sirvam como variáveis de ligação entre o SIASI e os demais Sistemas Nacionais de Informação (por exemplo, o número do Cartão SUS). **Deliberação: a recomendação foi aprovada.** Em seguida, falou da preocupação da CISI/CNS com a morosidade do processo para publicação da Medida Provisória que propõe a reestruturação do subsistema de saúde indígena e institui a Secretaria Especial da Saúde Indígena no âmbito do Ministério da Saúde. Desse modo, propôs que fosse recomendado ao Ministério da Saúde, Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão e à Casa Civil da Presidência da República que sejam realizados esforços imediatos para publicação da Medida Provisória. **Deliberação: aprovado o mérito da recomendação (o texto seria apresentado no segundo dia de reunião, pelo Conselheiro Clóvis Bouffleur).** **CIEPCSS – Resolução** – Conselheiro **Clóvis Bouffleur** apresentou a minuta de resolução, elaborada pela CIEPCSS, que resolve: que o Ministério da Saúde inclua em sua proposta orçamentária a partir de 2010 recursos para repasse fundo a fundo para os estados e municípios, conforme previsto em dispositivo do Pacto de Gestão e pactue na Comissão Intergestora Tripartite (CIT) a definição de valores e percentuais para o fortalecimento da participação e do Controle Social, como forma de co-participação no financiamento da Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS) com definição orçamentária das três esferas de governo. **Deliberação: os conselheiros Clóvis Bouffleur e Antônio Alves definiriam redação para ser submetida à apreciação do Pleno no dia seguinte.** **CIPTV – Indicação da Coordenação e da Coordenação Adjunta – Deliberação: definir a coordenação em fevereiro de 2010.** **CARAVANA NACIONAL EM DEFESA DO SUS – A** Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, informou que a Caravana Nacional em Defesa do SUS será realizada no dia 8 de dezembro de 2009, das 10h às 18h, em uma tenda na Esplanada dos Ministérios, com a seguinte programação: 10h – Ato político de abertura; 10h30 - Apresentação do vídeo da Caravana em Defesa do SUS; 11h – Apresentação de um documento produzido da Caravana Nacional (Apresentação: Presidente do CNS. Debatedores: CONASS, CONASEMS e Ministério da Saúde); 13 às 15h – Almoço; 15h – Entrega do documento da Caravana Nacional em Defesa do SUS ao Presidente da República; e 18h – Encerramento. Na sequência, o Presidente do CNS falou do documento resultado da Caravana Nacional a ser entregue ao Presidente da República. Lembrou as propostas do CNS apresentadas nas caravanas: Projeto que estabelece autonomia administrativa e financeira do SUS; Profissionalização da gestão de serviços; Criação da carreira única da saúde com responsabilidade das três esferas de governo, por meio de pactuação e criação de um fundo único; Criação do serviço civil; e Alteração na Lei de Responsabilidade Fiscal no que diz respeito à área da saúde. Explicou que a intenção é promover debate com os parlamentares que auxiliam o CNS nesse projeto com vistas a entregar ao Presidente da República um documento com a fundamentação de cada uma das propostas. Acordou-se que os interessados em participar da caravana nacional deverão comunicar a Secretaria-Executiva do CNS. Também pediu desculpas à Conselheira Carmen Lúcia porque a Caravana de Sergipe foi cancelada e a referida conselheira não foi avisada. Seguindo, Conselheiro **Clóvis Bouffleur** apresentou a proposta de resolução construída em parceria com o Conselheiro Antônio Alves sobre o financiamento da Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS). A resolução resolve: que o Ministério da Saúde inclua em sua proposta orçamentária a partir de 2010 recursos para repasse fundo a fundo para os estados e municípios, conforme previsto em dispositivo do Pacto de Gestão e pactue na Comissão Intergestora Tripartite (CIT) a definição de valores e percentuais para o fortalecimento da participação e do Controle Social, como forma de co-participação no financiamento da Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS) com definição orçamentária das três esferas de governo. **Deliberação: a resolução foi aprovada.** **I CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS UNIVERSAIS DE SEGURIDADE SOCIAL – A** Secretária Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, lembrou que a Conferência será realizada de 22

a 26 de março de 2008, em Brasília. Disse que o número de delegados de cada país foi definido a partir do critério demográfico (1000 delegados de 90 países). A participação da sociedade civil e do governo se dará a partir de delegações a serem inscritas até o dia 30 de janeiro de 2010. Cada país contará com uma única delegação com 50% de representação da sociedade civil e 50% de representação do governo. A delegação da sociedade civil será definida pela sociedade civil em Fórum próprio único. A delegação do governo será definida pelos governos. A delegação brasileira é formada por 88 delegados. Explicou que a Conferência será precedida de um seminário nacional, de 4 a 6 de dezembro de 2009, em Brasília/DF, com a participação de 300 representantes eleitos nos Estados/DF em reuniões/Plenárias/Seminários realizados pelos Conselhos Estaduais de Saúde, Assistência Social e Previdência, 50 Representantes Nacionais e Comitê Executivo e Comissão Organizadora. Explicou que a delegação brasileira é formada por 88 delegados (as) que serão indicados no Seminário Nacional preparatório para a Conferência Mundial. Desse modo, solicitou que os conselheiros fizessem a divulgação do evento. Por fim, disse que os interessados em participar do seminário, na condição de relator, deveriam comunicar a Secretaria-Executiva do CNS.

CONGRESSO BRASILEIRO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS – “Contratualização, Experiências Exitosas” – Data: 26 de novembro de 2009. Local: Minas Gerais. **Deliberação: consultar os membros do GT de Hospitais Universitários.** Por fim, a Secretária-Executiva do CNS apresentou a proposta de realizar uma festa de confraternização, na Associação Brasileira de Odontologia, no dia 9 de dezembro de 2009. Conselheiro **Raimundo Sotero** denunciou que as indicações do MOPS, Central de Movimentos Populares, Central Brasileira de Estrutura de Saúde foram desconsideradas da relação dos aptos a participar da Conferência, enviado à Secretaria Estadual de Sergipe. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** explicou que possivelmente a denúncia refere-se à CONAM Brasil. Também denunciou a morte de dezessete crianças em menos de três semanas com a transferência do atendimento de pediatria do Hospital de Urgência para a Maternidade. A Secretária-Executiva do CNS comunicou que a denúncia chegou ao CNS e foram tomadas as providências cabíveis. Definido esse ponto, a mesa encerrou o primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: *Titulares* - **Adson Roberto França dos Santos, Afonso Magalhães, Antônio Alves de Souza, Arilson Cardoso, Artur Custódio M. de Souza, Cândida Maria Bittencourt Carvalho, Carmen Lúcia Luiz, Eufrásia Santos Cadorin, Fernando Luiz Eliotério, Francisco Batista Júnior, Geraldo Adão Santos, Graciara Matos de Azevedo, João Donizeti Scaboli, José Caetano Rodrigues, José Marcos de Oliveira, Jurema Pinto Werneck, Luiz Antônio da Silva Neves, Luiz Augusto Facchini, Maria Helena Machado, Maria Izabel da Silva, Nildes de Oliveira Andrade, Raimundo Sotero de Menezes Filho, Raquel Rigotto, Rogério Torkaski, Ronald Ferreira dos Santos, Rosângela da Silva Santos, Ruth Ribeiro Bittencourt, Sílvia Martins Casagrande, Ubiratan Cassano Santos, Valdenir Andrade França, Volmir Raimondi e Wilen Heil e Silva.** *Suplentes:* **Alexandre Magno Lins Soares, Denise Torreão Corrêa da Silva, Eduardo Santana, Jorge Alves de Almeida Venâncio, Fernanda Lussan, Fernando Donato Vasconcelos, Jovita José Rosa, Juarez Pires de Souza, Jurandi Frutuoso Silva, Lauro D. Moretto, Lílían Alicke, Lucimar Batista da Costa, Luiz Alberto Catanocce, Maria Ermínia Ciliberti, Maria Laura Carvalho Bicca, Maria Thereza Almeida Antunes, Marinho Romário Valente, Marisa Fúria Silva, Paulo César Augusto de Souza, Rildo Mendes, Sérgio Metzger e Tânia Maria Lessa Athayde Sampaio.** Iniciando os trabalhos do segundo dia de reunião, Conselheira **Cândida Carvalho** convidou os conselheiros a participar da sessão solene, no Senado Federal, dia 17 de novembro, em comemoração ao dia nacional do ostomizado. Na oportunidade, será comemorada a assinatura da Portaria do Ministério da Saúde que normatiza a assistência à pessoa ostomizada. Os conselheiros cumprimentaram a conselheira por essa conquista.

ITEM 7 – CAMPANHA SOBRE DIAGNÓSTICO PRECOCE DE AIDS E SÍFILIS - *Coordenação:* Conselheiro **José Marcos**, da Mesa Diretora do CNS. *Apresentação:* **Mariângela Batista Galvão Simão**, Diretora do Programa Nacional de DST/Aids/SVS/MS; e **André Luiz de Oliveira**, Coordenador Nacional da Pastoral da Saúde da CNBB, representando a presidência da CNBB e a Coordenação Nacional da Pastoral da Aids. A diretora do Programa Nacional de DST/Aids/SVS/MS iniciou a sua fala destacando a realização da centésima reunião da comissão nacional de DST/AIDS, comissão consultiva do Ministério da Saúde datada de 1985, com representação do movimento social, academia e gestores que colabora com a efetivação da política brasileira no enfrentamento das DSTs AIDS. Feitas essas considerações, passou a falar da ampliação do acesso ao diagnóstico precoce do HIV e da sífilis. Primeiro, explicou que a estimativa de infectados pelo HIV (2006) no Brasil é de 630 mil, com prevalência de 0,61% da população de 15 a 49 anos. Disse que dos 630 mil infectados pelo HIV estima-se que 250 mil não fizeram testagem e não tem conhecimento de que são HIV positivo. Apesar disso, a testagem quase dobrou na última década. A proporção das mulheres sexualmente ativas que já se testou quase triplicou (de 18% para 50%) e, entre homens, a proporção permaneceu constante (30,1% em 1998 e 30,4% em 2008). Também destacou o aumento dos testes Elisa realizados na rede SUS, de 3.706.029, em 2004 para 4.305.834, em 2007. Comentou ainda a ampliação do teste rápido para o HIV (2.100% de aumento de disponibilização desses testes), com produção nacional. Seguindo, falou da estimativa de casos de

sífilis congênicas, sendo 1,6% de prevalência em parturientes (2004) com a estimativa de 49.000 parturientes com sífilis/ano e 12.240 recém natos com sífilis congênita/ano. Chamou a atenção para a ampliação de testes para sífilis: 60 milhões de testes VDRL pagos pelo Ministério da Saúde entre 2000 e 2008; realizados entre a população em geral (não apenas gestantes); e uso ainda limitado do teste rápido. Seguindo, falou dos desafios a serem enfrentados, destacando, primeiramente, a ampliação do diagnóstico precoce do HIV. Frisou que o diagnóstico precoce é importante porque entre 33 e 44% dos pacientes tem diagnóstico quando já apresentam quadro de AIDS e estima-se que 17% vão a óbito no 1º ano do diagnóstico. Esclareceu que as razões para não-realização do teste são: acesso ao serviço – regionalidade, pauperização, etc; medo do diagnóstico - estigma e discriminação; e percepção/identificação da vulnerabilidade, por parte do profissional de saúde e do indivíduo. Citou algumas ações do governo federal nessa área: incremento do teto financeiro dos estados para realização de testes para HIV e sífilis - aumento de R\$ 16 milhões a partir de 2008; Plano Operacional para Redução da Sífilis Congênita e da Transmissão vertical do HIV – aprovado na CIT 2007; aumento da aquisição e distribuição de testes rápidos - 3.300.000 testes rápidos nacionais; e ampliação e continuidade da mobilização do Fique Sabendo. Explicou que o “Fique Sabendo” é um conceito de mobilização social criado em 2003 para estimular a realização do diagnóstico de HIV e sífilis. Atualmente, a marca “Fique Sabendo” identifica o trabalho da maior parte dos serviços que realizam diagnóstico de HIV e sífilis e é utilizada mundialmente. Seguindo, destacou algumas ações “extra muros”, saindo de dentro dos serviços de saúde, entendendo a necessidade de ampliar as oportunidades de diagnóstico do HIV. Nessa linha, citou alguns eventos e número de testes realizados: Garanhuns (581 HIV + 326 VDRL); Caravana da UNE (736 HIV); Paraná (2.646 HIV); São Paulo Fashion Week (715 HIV); Carnaval em Salvador (609 HIV); Paradas gays e semana do orgulho LGBT em São Paulo (mais de 1.200 HIV); Ação Global em Tocantins (cerca de 600 HIV); São João em Recife (mais de 400 HIV); e Programa “Quero fazer” – gays e outros HSH. Também falou da parceria com a CNBB que consiste na colaboração entre governo federal e igreja católica para promoção da realização dos testes de HIV e sífilis, com apoio das Pastorais da Saúde, da Criança, da Mulher e da Aids. O Projeto-piloto está sendo realizado em cinco capitais brasileiras: Manaus, Curitiba, Fortaleza, Porto Alegre e João Pessoa. Detalhou que as ações dessa parceria são as seguintes: articulação entre serviços de saúde locais e pastorais; capacitação de agentes das pastorais em relação ao HIV e sífilis; e distribuição de materiais informativos para o público das pastorais. Disse que as mensagens da campanha são: “Amor próprio como motivação para o teste”; “Fazer o teste de AIDS mostra como você se preocupa com a sua saúde e com a saúde dos seus familiares”; “No caso da sífilis na gestação, fazer o teste é pensar na saúde do bebê. Ele pode nascer sem a doença”; e “A qualidade de vida é importante para viver saudável e feliz”. Destacou que os slogans são: Mulher: “Declare o seu amor por você: faça o teste de AIDS”; Homem: “Se cuide: faça o teste de AIDS”; e Gestante: “Declare o seu amor por você e pelo seu bebê: faça o teste de Aids e de sífilis”. Informou que são 10 mil unidades de cartazes e um milhão de panfletos e que foram elaborados spots de rádio para a população em geral e para as gestantes. Ressaltou que essa parceria visa aumentar as oportunidades de realização do diagnóstico da infecção pelo HIV e sífilis a partir dos seguintes princípios: sigiloso, sempre voluntário, com aconselhamento e com garantia de referência para atendimento em casos positivos. Finalizando, disse que outro desafio para 2010 é aumentar as oportunidades de realização do diagnóstico precoce da infecção pelos vírus das hepatites B e C. Na sequência, o Coordenador Nacional da Pastoral da Saúde da CNBB, **André Luiz de Oliveira**, fez uma fala sobre a parceria da Igreja Católica com o governo federal para promoção da realização dos testes de HIV e sífilis. Explicou que, após o Seminário Nacional de Prevenção, realizado em Brasília, no mês de outubro de 1997, foi produzido documento apontando a necessidade de diagnóstico precoce de HIV e sífilis. Após ser apresentado à presidência da CNBB, o documento foi entregue ao Programa de DST AIDS e, como resultado, foi definida parceria entre a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil e o Ministério da Saúde. Disse que a campanha será lançada em seis cidades estratégicas - Manaus, Fortaleza, João Pessoa, Rio de Janeiro, Curitiba e Porto Alegre – e, após avaliação, será verificada a possibilidade de estender a outras cidades e centros. Disse que no Encontro Brasileiro de Líderes da Pastoral, realizado em outubro, houve a confirmação da idéia do projeto e treinamento dos líderes. Em relação a CNBB, explicou que os responsáveis pela iniciativa são as Pastorais da Criança, da Saúde e da AIDS, envolvendo 350 mil agentes voluntários. Justificou que o Frei Luís Carlos Lunart encontra-se no interior no Amazonas realizando capacitação para os agentes, o Frei José no interior do Nordeste realizando capacitação e Dom Dimas Lara Barbosa não pode estar presente. Ressaltou que essa não é a primeira parceria entre o Programa e a CNBB. Por fim, destacou a importância do envolvimento de outras entidades para ampliação da proposta Fique Sabendo. **Manifestações.** Conselheiro **José Marcos de Oliveira** destacou que as Pastorais da Criança, da Saúde e da AIDS são parceiras do Movimento Nacional de Luta contra a AIDS. A respeito do diagnóstico, comentou a pressão de empresas junto ao movimento social para incorporação de um produto não reconhecido e sem eficácia comprovada (diagnóstico do HIV pela saliva). Sobre os testes rápidos para a sífilis, perguntou se são produzidos no

Brasil ou importados de outros países. Também destacou que no Encontro Nacional de ONG AIDS essas e outras questões seriam debatidas. **Manifestações.** Conselheiro **Alexandre Magno** agradeceu a presença dos convidados, contudo, manifestou preocupação com o fato de a iniciativa não prever ações voltadas à promoção e prevenção, inclusive com a utilização de preservativos. A respeito da sífilis, quis saber sobre o campo da promoção às deficiências. Conselheira **Jurema Werneck** cumprimentou a igreja por engajar-se na luta pela prevenção da AIDS, mas concordou que essa instituição precisa rever o método. Também perguntou as estratégias para suprir os recursos por conta da rejeição da proposta do Brasil, pelo Fundo Global. Além disso, destacou que é preciso garantir a integralidade da assistência e, considerando as vulnerabilidades, reivindicou a retomada do plano estratégico de enfrentamento do racismo na prevenção da AIDS. Conselheiro **José Marcos de Oliveira**, antes de passar para o próximo inscrito, lembrou que esse tema é transversal a todas as comissões que compõem o CNS. Conselheiro **Volmir Raimondi** falou da questão da AIDS e deficiência e tentou sensibilizar a equipe para a necessidade de adaptar os materiais às pessoas com deficiência, garantindo a acessibilidade (Decreto 5.296/04). Além disso, ressaltou que é preciso realizar campanhas de esclarecimentos sobre todas as políticas de governo. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** registrou a sua satisfação com a parceria e destacou o esforço das duas partes para encontrar saída às divergências. Cumprimentou formalmente pela proposta e colocou-se à disposição para discutir os resultados. Conselheiro **Luiz Augusto Fachinni** destacou a importância do Programa de DST AIDS, mas reconheceu que há desafios a serem superados para alcançar a integralidade e qualidade da atenção. Enfatizou ser essencial a participação da CNBB nesse esforço para a qualificação do processo. Reconheceu os avanços relativos ao acesso ao pré-natal, todavia, destacou que essa ação deve vincular-se a um conjunto de ações de garantia de acesso com qualidade, especialmente aos chamados grupos mais vulneráveis. Nesse caso, destacou a importância da testagem rápida de HIV e VDRL e, em contrapartida, destacou a quantidade de ultrassom desnecessário realizado em detrimento de outros exames mais importantes. Por fim, frisou ser necessária mobilização do SUS, nas suas três esferas e das Pastorais no sentido de fazer cumprir os protocolos do pré-natal com qualidade a todas as gestantes. Conselheira **Maria Thereza Antunes** perguntou se há estatística sobre as pessoas com deficiência infectadas com o vírus HIV. Também chamou a atenção para a falta de materiais adaptados às pessoas com deficiência, em descumprimento ao Decreto nº 5.296/04. Conselheira **Lílian Aliche** enfatizou ser necessário definir campanhas voltadas às pessoas idosas, considerando o alto índice de contaminação entre essa população. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** avaliou que é preciso envolver as entidades do CNS para uma parceria cada vez mais ampla. Também informou que será realizada reunião com a CNBB para discutir uma campanha sobre a hanseníase. Perguntou se é possível disponibilizar o material da campanha para as entidades a fim de ser divulgado. Por fim, defendeu que a campanha trabalhe com a promoção e prevenção. Conselheiro **João Donizeti Scaboli** informou que há quatorze anos coordena campanhas no Estado de Saúde, reconhecidas nacional e internacionalmente, que trabalham inclusive com a prevenção. Nesse sentido, convidou os conselheiros a participar das atividades do Projeto Verão sem Aids, sem drogas – valorizando a vida, em janeiro de 2010. Conselheiro **Jurandi Frutuoso** também reiterou a quantidade de exames de ultrassom desnecessários realizados em detrimento de outros exames mais importantes. Afirmou que esse fato, dentre outros, apontam para necessidade de maior integração do Programa DST Aids com as diretrizes do Pacto pela Saúde. **Retorno da mesa.** A Diretora do Programa Nacional de DST/Aids/SVS/MS, **Mariângela Batista Galvão Simão**, explicou que a epidemia da AIDS no Brasil estabilizou-se no patamar de 18 casos/100 mil hab. e há 35 mil casos novos de AIDS a cada ano. Esclareceu que 77% da população do país é sexualmente ativa e a AIDS e sífilis são doenças sexualmente transmissíveis. Também informou que o Ministério da Saúde tem definido ações para responder ao aumento da incidência de casos de AIDS na população com mais de 50 anos. Nesse sentido, disse que foram realizadas duas campanhas de mídia, uma voltada a pessoas com mais de 50 anos e a do carnaval voltada a mulheres com mais de 50 anos. Ressaltou que o material da campanha está disponível no site do Ministério da Saúde e todos podem ter acesso. A respeito dos testes, comunicou que o Ministério da Saúde lançou, em outubro de 2009, a Portaria nº 151, que dispõe sobre a testagem do HIV e simplifica os processos laboratoriais para o diagnóstico de HIV. Explicou que o algoritmo (fluxo) validado para teste rápido contempla quatro testes diferentes, dois nacionais e dois importados. Também informou que existe um teste de saliva, produzido por empresa americana, com registro na ANVISA, mas a sua validação no Brasil não foi concluída para uso como diagnóstico. Enfatizou que não é ilegal utilizar o teste, mas esse não compõe o algoritmo para diagnóstico. Destacou que as organizações ligadas à igreja católica, desde o início da epidemia, têm atuação nas casas de apoio a pessoas vivendo com HIV/AIDS. Contudo, ressaltou que está clara a diferença entre o papel do Estado e da igreja, pois cabe a esse divulgar a informação e o preservativo ainda é a forma mais eficaz de prevenir a doença. Dessa forma, o governo divulga a mensagem da prevenção pelo uso do preservativo e, nessa linha, adquiriu um bilhão de preservativos para distribuição. Além disso, lembrou que em 2008 foi inaugurada a fábrica nacional de produção de preservativos, no Acre. Desse modo,

governo e igreja devem trabalhar nas convergências porque possuem papel diferente na sociedade. Ressaltou ainda que essa não é uma estratégia isolada, pois a testagem é parte da prevenção e está associada à promoção e assistência. Além disso, disse que os dados demonstram que existe uma epidemia concentrada, com prevalência em determinados grupos. Ressaltou que o foco é enfrentar os fatores de vulnerabilidade que fazem com que determinados segmentos da sociedade estejam mais vulneráveis à infecção pelo HIV. Contudo, clarificou que isso não significa que se desconheça a questão raça/cor no enfrentamento da epidemia. A respeito do Fundo Global, explicou que o Brasil trabalhou com dois projetos para captação de fundo internacional. Um deles, que está em fase final, é o novo acórdão de empréstimo com o Banco Mundial (AIDS SUS) no valor de US\$ 200 milhões. Além disso, existe a busca de recursos com o Fundo Global de Luta contra a AIDS, tuberculose e malária. Explicou que o projeto apresentado ao Fundo Global foi elaborado por consultores do movimento social, contratados pelo Ministério da Saúde com coordenação do Departamento de DST/AIDS. Contudo, as chances de aprovação do projeto pelo Fundo Global eram pequenas porque o Brasil é um país de renda média alta e possui reconhecimento internacional sobre o investimento do governo no fortalecimento de ONG. Esclareceu que os recursos eram considerados adicionais, portanto, não constavam diretamente no orçamento. Dispôs-se a apresentar o projeto e outras questões a CAPAD. Concordeu que a adaptação é uma necessidade e destacou que não há dados sobre pessoas com deficiência e AIDS. Disse que o Plano Operacional para Redução Transversal do HIV e da Sífilis Congênita foi elaborado por vários atores e aprovado na Comissão Intergestores Tripartite. Por fim, cumprimentou o Conselheiro Scaboli pela campanha Projeto Verão sem Aids, sem drogas – valorizando a vida. O Coordenador Nacional da Pastoral da Saúde da CNBB, **André Luiz de Oliveira**, primeiro, agradeceu as palavras de apoio à iniciativa. Comentou as críticas à posição da CNBB contra a utilização do preservativo e ressaltou que essa foi uma questão discutida no início da parceria. Explicou que a igreja é contra a utilização do preservativo e não há perspectiva de mudança dessa posição. Acrescentou que a igreja defende os princípios indiscutíveis do respeito à vida e do amor puro. Em que pese as divergências, destacou que a campanha mostra a possibilidade de construir caminho junto de uma longa caminhada. Conselheiro **José Marcos de Oliveira**, em nome da CAPDA, agradeceu os convidados e ressaltou que as apresentações e os posicionamentos são importantes para subsidiar os trabalhos das Comissões do CNS. **Deliberação: que a CAPDA promova debate, junto com a Comissão de Saúde População Negra, sobre a relação AIDS e racismo visando à definição de estratégias de enfrentamento; que a CAPDA e a Comissão de Saúde da Pessoa com Deficiência promova debate sobre AIDS e deficiência, levando em consideração as questões colocadas; que o Departamento Nacional envie ao CNS documento eletrônico com links de campanhas do Programa para ser disponibilizado aos conselheiros; que a CAPDA, a CISMU e a Área Técnica faça levantamento sobre o cumprimento dos protocolos relacionados ao pré-natal; que a COFIN apresente levantamento sobre o investimento do Ministério da Saúde para realização de protocolos; que os programas estaduais e municipais em DST AIDS e conselhos de saúde promovam debate qualitativo e quantitativo sobre uma resposta que está garantida no Pacto pela Vida; e que o Departamento em DST AIDS, na primeira reunião da CAPDA, faça apresentação sobre o AIDS SUS e o Projeto do Fundo Global, para posicionamento dessa Comissão.** Antes de encerrar, Conselheiro **Alexandre Magno** destacou que o Estado Brasileiro é democrático e fomenta cidadãos livres. Além disso, frisou que é dever do Estado assegurar política pública e a igreja, por outro lado, pode fazer caridade. Finalizando, o coordenador da mesa agradeceu os convidados e encerrou a discussão desse item. **Item extra pauta** - Processo de interpelação extrajudicial enfrentado pela professora Raquel Rigotto, conselheira do CNS e uma ex-orientanda, por parte de uma fábrica de agrotóxico situada no nordeste do Ceará. Conselheira **Raquel Rigotto** explicou que foi instalada uma fábrica de agrotóxico no meio de onze bairros na região metropolitana de Fortaleza. Disse que há mais de vinte anos a empresa contamina o ar e as comunidades no entorno mobilizaram-se contra esse processo de contaminação. Ressaltou que após onze de luta a comunidade solicitou ao Ministério Público a realização de um estudo à UFCE sobre a contaminação do ar no local. Explicou que a Universidade a indicou junto com mais dois professores para elaborar um estudo e emitir laudo técnico a respeito do problema. Disse que, em maio de 2009, o laudo foi entregue ao reitor da Universidade para ser enviado ao Ministério Público. Ressaltou que também participou do trabalho a mestrande Islene Rosa, sob sua orientação, que fez a dissertação do mestrado sobre a percepção do risco por parte da comunidade. Explicou que foi realizado ciclo de seminários na disciplina oferecida no curso de Mestrado em saúde pública da UFCE onde foram apresentados resultados de seis estudos realizados em 2008, sendo um deles o relativo à fábrica em questão. Ao tomar conhecimento da apresentação dos resultados do estudo, a empresa entrou com interpelação extrajudicial, argumentando que não se podia utilizar os dados do estudo em apresentação pública e na dissertação da mestrande. Esclareceu que a empresa não solicitou sigilo dos dados e, além disso, o assunto é tratado na imprensa desde os anos 90. A respeito do uso dos dados na dissertação do mestrado, informou que possui autorização escrita do promotor público autorizando a utilização pela mestrande.

Também destacou que o diretor químico da empresa concedeu entrevista por escrito à mestranda sabendo que se destinava à dissertação. Frisou que a empresa vive uma situação de contaminação ambiental grave, pois foram identificados dois poluentes químicos que, além de justificarem os sintomas e os males que a população sente, um deles é cancerígeno para animais e provavelmente para humanos. Diante da gravidade da situação, frisou que o pesquisador da área de saúde tem o dever de divulgar os dados para as autoridades competentes e para as vítimas. Portanto, a UFCE cumpre a determinação do reitor e a instituição atende ao seu papel público. Salientou que os dados do Ministério Público são públicos e a produção de conhecimento da universidade deve estar a serviço dos mais vulneráveis e da promoção da saúde. Por fim, disse que várias entidades manifestaram apoio a sua pessoa e a sua orientanda. **Deliberação: o Pleno aprovou nota em defesa da pesquisa e do direito à informação onde manifesta apoio à pesquisadora Raquel Rigotto, conselheira do CNS. A recomendação é que as entidades levem essa questão a debate nas suas diretorias para manifestação de apoio à pesquisadora. ITEM 8 – POLÍTICA DE GESTÃO EM TECNOLOGIA DE SAÚDE - Coordenação: Conselheiro Antônio Alves de Souza, Mesa Diretora do CNS. Apresentação: Jorge Otávio Barreto, representante do GT Ciência e Tecnologia da CIT; e Flávia Tavares Silva Elias, responsável pela Avaliação de Tecnologia em Saúde/DECIT/SCTIE.** A expositora **Flávia Tavares Silva Elias** explicou que o objetivo da sua apresentação era tratar da avaliação e gestão de tecnologia e a relação com o SUS, bem como fazer uma explanação sobre a Política de Gestão em Tecnologia de Saúde. Antes de iniciar a apresentação, declarou não possuir qualquer interesse conflitante ou vínculo com instituições, organizações ou pessoas que possam, de alguma forma, se beneficiar ou serem prejudicadas pelos resultados das suas atividades no Ministério da Saúde. A respeito da Gestão de Tecnologias em Saúde, explicou que se trata de um conjunto de atividades gestoras relacionadas com os processos de avaliação, incorporação, difusão, gerenciamento da utilização e retirada de tecnologias do sistema de saúde. Este processo deve ter como referenciais as necessidades de saúde, o orçamento público, as responsabilidades dos três níveis de governo e do controle social, além dos princípios de equidade, universalidade e integralidade, que fundamentam a atenção à saúde no Brasil. Ressaltou que são exemplo de tecnologias em saúde: medicamentos, equipamentos e procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, informacionais, educacionais e de suporte, e programas e protocolos assistenciais por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população. Listou as questões consideradas para uma avaliação de tecnologia: Funciona? É eficaz, é efetiva? É segura? Não provoca danos ou morte? Os custos valem os resultados/efeitos? Há recursos para gastos diretos e os relativos à operacionalização nos serviços (RH, Infra, etc)? Vale a pena deixar de custear outras ações para custear a inclusão da tecnologia? e Qual a população a ser beneficiada, em que grau de acesso e cobertura? Destacou que estão envolvidos no processo de gestão de tecnologias em saúde os seguintes setores: administração direta do Ministério da Saúde nas áreas de ciência, tecnologia e inovação; insumos estratégicos; atenção à saúde; vigilância em saúde; gestão participativa; gestão do trabalho e educação em saúde entre outras; Agências de Vigilância Sanitária e de Saúde Suplementar; Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde; Universidades, hospitais de ensino e centros de pesquisa; Prestadores de serviço de saúde; Ministério Público; Poder Judiciário e Legislativo; entidades do controle social, como Conselhos de Saúde; órgãos do Executivo envolvidos com ciência, tecnologia e produção industrial; sociedades científicas; operadoras de plano de saúde; associações, conselhos e sociedades de profissionais; e câmaras setoriais e entidades representativas da indústria. Esclareceu que a instituição de uma Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde justifica-se pelo acentuado desenvolvimento científico e tecnológico e a expansão do complexo industrial da saúde que levam à inserção acelerada de novas tecnologias no mercado, pelos processos de inovação tecnológica que podem acarretar aumento dos custos dos sistemas de saúde, pois ocasionam investimentos em infra-estrutura e capacitação de recursos humanos; pelos métodos diagnósticos e terapêuticos gerados em países desenvolvidos, que são exportados para aqueles em desenvolvimento sem avaliação dos efeitos esperados, tendo como parâmetro as necessidades epidemiológicas e a capacidade instalada desses países; e devido à incorporação sem critérios explícitos e ao uso inadequado destas tecnologias que implicam riscos para os usuários, assim como comprometem a efetividade do sistema de saúde. Acrescentou que outras justificativas para a instituição da Política são: ausência formal de processos que possibilitem identificar tecnologias emergentes para incorporação no sistema de saúde; mecanismos insuficientes de monitoramento dos resultados para a saúde e dos impactos causados pelas tecnologias ainda em estágio inicial de sua utilização; novas tecnologias tendem historicamente a ser agregativas, e não substitutivas, e os critérios de obsolescência são de complexa definição; processo de difusão inicial cria demandas por novas tecnologias e gera uma pressão sobre o sistema para que haja a incorporação, ainda que não se conheça a sua efetividade e, tampouco, tenham sido calculados os recursos financeiros necessários para incorporação; crenças de que, isoladamente, as tecnologias resolverão os problemas de saúde e promoverão mais qualidade de vida, garantindo maior consolidação das ações e dos serviços; e decisões judiciais têm obrigado o sistema de saúde a garantir a oferta de procedimentos

e medicamentos. Alguns, inclusive, destituídos de evidência científica, causando impacto significativo nas previsões orçamentárias do sistema de saúde. Citou como exemplo, o caso do Vioxx, que, segundo matéria da Revista Veja - 6/10/2004, ao ser lançado, foi anunciado como um dos remédios mais eficazes para tratar a dor das vítimas de artrite. Contudo, posteriormente, a própria revista noticiou que essa história de sucesso foi interrompida, pois o consumo diário de 25 miligramas do remédio, por mais de dezoito meses, dobra os riscos de infartos e derrames. Também falou do caso da reposição hormonal, indicado para as mulheres, em 2002 e, posteriormente, estudo realizado nos estados Unidos apontou o risco das usuárias em desenvolver câncer invasivo de mama, derrame e doenças cardiovasculares. Também fez referência a declarações atuais, destacou que o ex-presidente do Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS) Osmar Gasparini Terra, referindo-se ao “caso de medicamentos com eficácia semelhante, dois medicamentos tendo o mesmo efeito, por que obrigar o setor público a comprar sempre o medicamento de maior custo, como é a regra das ações judiciais, se com o de menor custo se pode conseguir o mesmo resultado? Trata-se aqui de garantir o efeito do medicamento, a melhora do paciente, respeitando o recurso público, que assim irá render mais em benefício da população”. O Presidente do Supremo Tribunal Federal, Ministro Gilmar Mendes, “considerou que deverá ser privilegiado o tratamento fornecido pelo SUS em detrimento de opção diversa escolhida pelo paciente, ‘sempre que não comprovada a ineficácia ou a impropriedade da política de saúde existente’”. Destacou que a Política é de caráter de recomendação, implantada gradativamente e o seu espírito pode ser resumido nas palavras do Dr. Michael Rawlins, diretor do Instituto Nacional para a Saúde e a Excelência (NICE) do Reino Unido, “tentar zelar por todos e não por alguns. Se gastarmos muito dinheiro com remédios caros para poucas pessoas, muitas outras não terão acesso aos que realmente funcionam”. Falou das experiências internacionais, com a participação social, explicando que se dá por meio de Comitês Consultivos formais com participação de representantes de pacientes, profissionais e gestores de saúde e atuação na priorização de estudos, diretrizes clínicas e recomendações para programas de saúde pública. Citou como exemplos: NICE (Reino Unido), PBAC (Austrália) e CADTH (Canadá). Encerrando essa primeira parte, explicou que a gestão de tecnologia em saúde refere-se à avaliação antes da incorporação. Seguindo, o representante do GT Ciência e Tecnologia da CIT, **Jorge Otávio Barreto**, falou do processo de elaboração da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde – PNGTS. Explicou que a PNGTS foi elaborada seguindo os princípios da Política Nacional de Saúde, Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e, sobretudo, no que se refere ao aprimoramento da capacidade regulatória do Estado. Esclareceu que o documento é resultado de discussões da Comissão de Elaboração da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde, Consulta Pública por meio da Portaria nº 2.480/GM de 13 de outubro de 2006, Fóruns de debate, entre 2007 e 2008, no campo do direito à saúde, da medicina baseada em evidências, da avaliação econômica, da gestão no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar e Grupo de Trabalho de C&T da CIT – 2008-2009. Do ponto de vista político, disse que, foram mantidas as propostas de integralidade, universalidade e equidade. Em suma, ressaltou que se trata de exercitar a gestão a partir de evidências científicas e instrumentalizar, por meio de informações, a sociedade para que as pessoas não sejam totalmente tuteladas pelo sistema. Disse que esse processo durou três anos e o marco foi a criação de Grupo multi-setorial para elaboração da proposta. Ressaltou que o debate foi feito de forma dialógica no sentido de alcançar maior legitimidade e efetividade. Por fim, destacou que atualmente há grupos tripartites de trabalho e a Comissão do CNS como espaços de debate. Seguindo, a Responsável pela Avaliação de Tecnologia em Saúde/DECIT/SCTIE, **Flávia Tavares Silva Elias**, falou da Proposta da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde – PNGTS. Explicou que o objetivo geral da PNGTS é maximizar os benefícios de saúde a serem obtidos com os recursos disponíveis, assegurando o acesso da população a tecnologias efetivas e seguras, em condições de equidade. Disse que os objetivos específicos são: orientar os gestores do SUS e da saúde suplementar nos processos de incorporação de tecnologias nos sistemas e serviços de saúde; nortear a institucionalização dos processos de avaliação e de incorporação de tecnologias baseados na análise das consequências e dos custos para o sistema de saúde e para a população nas esferas de gestão do SUS e na Saúde Suplementar; promover o uso do conhecimento técnico-científico atualizado no processo de gestão de tecnologias em saúde; sensibilizar os profissionais de saúde e a sociedade em geral para a importância das consequências econômicas e sociais do uso inapropriado de tecnologias nos sistemas e serviços de saúde; e fortalecer o uso de critérios e os processos de priorização da incorporação de tecnologias, considerando aspectos de efetividade, necessidade, segurança, eficiência e equidade. Acrescentou que os princípios da PNGTS são: a gestão de tecnologias deve utilizar as evidências científicas e considerar os seguintes atributos: segurança, eficácia, efetividade, eficiência e impactos econômicos, éticos, sociais e ambientais da tecnologia em questão; a produção e a difusão de informações relativas à avaliação de tecnologias deverão levar em conta o tipo da análise, o público-alvo, a linguagem adequada, o tempo disponível e a transparência, além de explicitar os eventuais conflitos de interesse; os processos de avaliação promovidos e as decisões de incorporação tomadas pelos gestores de saúde devem ocorrer de modo

crítico, permanente e independente; o processo de incorporação de tecnologias no sistema deve envolver diferentes atores da sociedade, adotar o Princípio da Precaução e considerar a universalidade do acesso, a equidade, a sustentabilidade das tecnologias; o conhecimento sobre as tecnologias efetivas e seguras na atenção à saúde deve ser disseminado de forma transparente e contínua aos profissionais de saúde e à população; e a ética em pesquisa envolvendo seres humanos será considerada para comprovação de boas práticas no processo de avaliação de tecnologias. Os aspectos bioéticos envolvidos na garantia da equidade e da aplicação de recursos públicos serão analisados para incorporação tecnológica no sistema de saúde; e o processo de incorporação de tecnologias no sistema deve incluir atores representativos dos interesses da sociedade. Também detalhou que as diretrizes da PNGTS são: utilização de evidência científica para subsidiar a gestão; Avaliação de Tecnologias em Saúde; aprimoramento do processo de incorporação de tecnologias; racionalização da utilização da tecnologia; apoio ao fortalecimento do ensino e da pesquisa em gestão de tecnologias em saúde; sistematização e disseminação de informações; fortalecimento das estruturas governamentais; e articulação político-institucional e intersetorial. Esclareceu que a PNGTS possui caráter recomendatório e será implantada de forma gradativa de acordo com cada área. Destacou, por exemplo, as funções: Ministério da Saúde: Administração Direta; ANS e ANVISA: recomendatório; Secretarias estaduais e municipais: recomendatório; e Controle social. A respeito do acompanhamento e da avaliação da PNGTS, explicou que se dá por meio de: desenvolvimento de modelo para análise da implantação desta Política junto aos gestores do Sistema Único de Saúde, de Saúde Suplementar e Controle Social, elaboração e acompanhamento de indicadores para monitorar a difusão das diretrizes desta Política com os setores envolvidos no processo de gestão de tecnologias em saúde e desenvolvimento de processos e métodos de coleta de dados, de análise e de organização dos resultados das ações decorrentes desta Política, permitindo a análise de impacto nas condições de saúde, o aprimoramento da gestão e a ampla disseminação destas informações. Falou das ações nos últimos três anos, citando a realização do HTAi 2011 e a Comissão para Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde – CITEC/MS (demandas, em sua maioria, da indústria). Em relação ao contexto atual, citou o financiamento de estudos em ATS e Pesquisa Clínica, Brasil, 2006 a 2008, com investimento na ordem de US\$ 14.700.000,00. Ressaltou que o CNS pode enviar prioridades a serem avaliadas pela Secretaria. Ainda do contexto atual, falou do estímulo à Política Industrial no Brasil, citando: Portaria nº 374, 28/02/08: institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Fomento à Produção Pública e Inovação no Complexo Industrial da Saúde; Portaria nº. 375, 28/02/08: institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional para Qualificação, Produção e Inovação em Equipamentos e Materiais de Uso em Saúde no Complexo Industrial da Saúde; e Portaria nº 2.156, 16/09/2009: institui o Comitê Gestor do Termo de Cooperação celebrado entre o Ministério da Saúde (MS) e Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior (MDIC). Também falou da relação da Política com o Mais Saúde (versão atualizada), citando: 3.11.3- Consolidar o sistema de avaliação de tecnologias em saúde (ATS), visando subsidiar a Comissão para a Incorporação de Tecnologias (CITEC); 3.11.4- Institucionalizar a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde, visando subsidiar a Comissão para a Incorporação de Tecnologias (CITEC); 3.11.5- Ampliar a Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Hospitais de Ensino – RNPC de 19 para 30 centros de pesquisa, dando continuidade à pactuação com a FINEP; e 3.11.6- Consolidar e ampliar a Rede Nacional de Avaliação de Tecnologias em Saúde – REBRATS para dezesseis centros. A respeito do Plano Nacional de Saúde, disse que a Política tem relação com os eixos gestão de saúde e determinantes e condicionantes. Conselheiro **Luiz Augusto Fachinni**, coordenador da CICT/CNS, acrescentou que a Comissão iniciou esse debate e propôs que o tema fosse pautado no CNS pela sua relevância. Ressaltou que é essencial para o SUS a existência e a atualização permanente de processo de gestão de tecnologia em saúde. Nesse sentido, saudou o Ministério da Saúde pela Política e solicitou a presença permanente do DCIT para informar o CNS sobre a implementação.

Manifestações. Conselheiro **Alexandre Magno** perguntou sobre as medidas de mensuração das tecnologias leves e duras e se já existe parque tecnológico no Brasil. Solicitou manifestação sobre a possibilidade de licença compulsória para melhorar a acessibilidade da população aos medicamentos. Por fim, quis saber como se dará o monitoramento do parque tecnológico. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** cumprimentou os expositores e destacou a importância da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde. Contudo, sentiu falta na Política, em relação a tecnologias leves, da questão do trabalho dos operadores. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** saudou os expositores e destacou a necessidade de se desenvolver tecnologia alternativa ao mamógrafo que não causasse tanto desconforto no exame. Também solicitou a revisão da condicionalidade acerca de limite de idade para aplicação de medicamentos como o Crivex, embora o jovem tenha peso e altura suficientes. Por fim, perguntou se o departamento recebe demandas do Notivisa. Sra. **Abigail Gomes Silva**, representante da Associação Nacional de Grupos de Pacientes Reumáticos, solicitou esclarecimentos a respeito da aprovação do medicamento Vioxx pela ANVISA e destacou que essa medicação continua sendo prescrita aos pacientes com doenças reumáticas. No âmbito da pesquisa de avaliação dos medicamentos a serem protocolados, perguntou se é assegurada a participação de um profissional de

Medicina representante para as patologias. Conselheiro **Raimundo Sotero** manifestou satisfação com a abordagem desse tema no CNS, haja vista a preocupação acerca da utilização, pelos usuários de novos medicamentos. Ilustrou que um dos maiores estragos à população mundial foi a liberação da insulina inalada e o medicamento foi retirado do mercado. Destacou que a Política responde aos anseios dos usuários e dos profissionais da área de saúde e enfatizou que a parceria entre ciência e tecnologia, usuários e entidades médicas deve ser efetiva para garantir a prevenção e evitar o tratamento. Conselheira **Cândida Carnevalheira** perguntou de quem cobrar no caso da falta de equipamentos no SUS para realização de exames necessários ao diagnóstico. Também chamou a atenção para a alta taxa de alíquota de importação de medicamentos tecnológicos não fabricados pelo Brasil, trazendo ônus para o próprio governo, que é o principal comprador. Citou, por exemplo, o caso das bolsas coletoras para as pessoas ostomizadas. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**, inicialmente, parabenizou os expositores e destacou o objetivo da proposta de gestão de tecnologia de maximizar os benefícios de saúde com o que existe. Nesse sentido, perguntou as prioridades e os caminhos a seguir. Ressaltou que não viu materializada sua preocupação acerca do avanço tecnológico para as ações de saúde bucal. Nesse sentido, perguntou, a respeito da avaliação, o parâmetro estabelecido anteriormente. Também manifestou o interesse de levar para a CIRH o debate a respeito da formação e trabalho. Conselheiro **Luiz Antônio Neves** saudou os expositores e enfatizou que, diante da importância dessa questão para o CNS, é necessário estabelecer forma de comunicação para que o Conselho se mantenha informado (diálogo permanente, acesso via internet...). Conselheira **Rosângela Santos** falou da questão da diálise no país, destacando que quase 90% dos serviços é terceirizado e os pacientes em diálise estão fora da integralidade do SUS e enfatizando os efeitos e prejuízos causados a longo prazo pelas máquinas de diálise. Referiu-se ao uso do conhecimento técnico científico atualizado para destacar a inexistência de indicadores anteriores para fazer monitoramento e avaliação acerca da utilização de medicamentos. Nessa linha de pensamento, perguntou como incorporar uma metodologia quando não existem dados anteriores. Ressaltou que o usuário do medicamento deve ter um canal de comunicação para esclarecer dúvidas e receber reclamações. Além disso, enfatizou que é preciso cobrar dos planos de saúde a dispensação de medicamentos. A respeito da evidência, perguntou em relação à qualidade de vida do usuário. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** destacou que o SUS, sendo universal, deve considerar a iniciativa como avanço. Ressaltou que a Política possui caráter recomendatório, dessa forma, perguntou como evoluirá para pactuação, monitoramento e definição de metas. Por fim, quis saber quando e o que adquirir para alcançar as metas principalmente em função das demandas reprimidas. Conselheiro **Jurandi Frutuoso** somou-se aos elogios à equipe responsável pela elaboração da Política que é necessária e responde ao anseio da sociedade. Também enfatizou que é preciso induzi-la para que possa ser sustentável nos estados. Conselheiro **Lauro Moretti** cumprimentou a iniciativa e perguntou se o Ministério da Saúde possui um grupo de trabalho para acompanhar as pesquisas que estão em andamento. Conselheira **Maria Helena Machado** perguntou se a Política prevê a perspectiva de incentivo aos profissionais de saúde para que, por meio da metodologia apropriada, produzam ciência e tecnologia nos seus locais de trabalho. Também ressaltou a importância da incorporação da SGTES na Política, por conta da relação da natureza do trabalho. Por fim, convidou os expositores para debater o tema na CIRH/CNS. **Retorno da mesa.** A responsável pela Avaliação de Tecnologia em Saúde/DECIT/SCTIE, **Flávia Tavares Silva Elias**, explicou que a apresentação focou-se nas diretrizes gerais do que é necessário fazer e as indagações dos conselheiros referem-se a como fazer. Desse modo, destacou que é preciso definir juntos os fluxos de trabalho, pois atualmente apenas treze pessoas do DECIT trabalham nessa área, sendo apenas quatro servidores. Ressaltou que em outros países há órgão de assessoramento dos Ministérios e do governo, cada um com cem pessoas. Esclareceu que no dia 25 de novembro o Ministro da Saúde fará o lançamento do sistema da rede brasileira de avaliação das tecnologias em saúde, com plataforma virtual, para divulgação dos estudos. Acrescentou que compõem essa rede os gestores (CONASS e CONASEMS) e a academia. Disse que o Ministério da Saúde começou a tratar da política industrial em 2003 e existe uma série de movimentos. Contudo, não foi possível alcançar em relação a equipamentos e produtos. Salientou que o Departamento de Economia da Inovação e do Complexo Industrial de Saúde da Secretaria trata da política industrial, produtos básicos, compras públicas, importação. Destacou que os canais de comunicação são: Comissão de Incorporação de Tecnologias (todos podem apresentar pleitos) e Rede Brasileira de ATS (é possível apresentar demandas para realização de estudos). Além disso, ressaltou que a CICT/CNS pode definir agenda de prioridades de estudo para 2010. Também explicou que o Departamento realiza oficinas para elaboração de pareceres técnicos científicos (treinamento em serviço) para os que apresentam solicitação (e-mail: ats.decit@saude.gov.br). Concordeu que é preciso definir plano para a pesquisa operacional. Destacou, por exemplo, que é preciso encomendar estudos sobre os efeitos colaterais dos medicamentos, porque não há dados na literatura. Destacou que o DECIT e a CICT/CNS podem analisar o debate com vistas a definir um plano de trabalho e montar um fluxo permanente. Finalizando, destacou que a Política define o que fazer e o CNS deve ajudar na

definição de como fazer. O representante do GT Ciência e Tecnologia da CIT, **Jorge Otávio Barreto**, ressaltou a importância desse direcionamento na gestão do SUS, entendendo que define fundamentos para a tomada de decisão fundamentada em base mais sólida relacionada a evidências científicas, de forma a evitar os aspectos negativos da incorporação – ineficiência, ineficácia e inefetividade. Antes de proceder à apreciação dos encaminhamentos, Conselheiro **Luiz Augusto Facchini**, destacou que o CNS pode acompanhar o processo, por meio da CICT/CNS. Também ressaltou que é preciso ter uma conjunção de perspectiva dos conselheiros, articulando o acompanhamento por parte dos usuários, dos trabalhadores e das entidades científicas no sentido de construir processo com participação nas oficinas de ATS, em oficinas da vip.net. Conselheiro **Alexandre Magno** perguntou se as respostas às perguntas não tratadas seriam encaminhadas ao CNS. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** lembrou que a responsável pela Avaliação de Tecnologia em Saúde/DECIT/SCTIE, **Flávia Tavares Silva Elias**, propôs a análise do debate junto com o coordenador da CICT/CNS para apresentar respostas. Diante dessa colocação, Conselheiro **Luiz Augusto Facchini** apresentou a proposta de sistematizar as questões dos conselheiros para discutir na CICT/CNS e posteriormente apresentar ao Pleno no sentido de definir formato de acompanhamento do processo. **Deliberação: a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde – PNGTS foi aprovada, por unanimidade; e a Comissão Intersectorial de Ciência e Tecnologia do CNS e a Área de Avaliação Tecnologia em Saúde/DECIT farão análise desse debate e o resultado retornará ao Pleno para definição de um plano de trabalho e de um fluxo permanente.** Com esse encaminhamento, a mesa agradeceu os expositores, cumprimentando-os pelo trabalho e encerrou a discussão do tema. Na sequência, Conselheiro **José Caetano Rodrigues**, na presença da Conselheira Cléia Aparecida, Coordenação de Plenárias de SC e Presidente do CMS de Joinville, falou da greve dos servidores da saúde em Santa Catarina. Diante da situação, propôs que o CNS encaminhe ofício ao Secretário de Saúde do Estado de Santa Catarina e ao governador para abrir negociação no sentido de re-estabelecer o atendimento à saúde. **Deliberação: o CNS encaminhará ofício ao governo de Santa Catarina e à Secretaria Estadual de Saúde solicitando abertura do canal de negociação com os servidores e remeterá a questão à SGTES e à Mesa Negociação para manifestação.** Definido esse ponto, a mesa encerrou os trabalhos da manhã do segundo dia de reunião. **ITEM 9 – POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE INTEGRAL DE LGBT - Coordenação:** Conselheiro **Valdenir Andrade França**, Mesa Diretora do CNS; e Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**. **Apresentação:** **Ana Maria Costa**, Diretora do Departamento de Apoio à Gestão Participativa – DAGEP/MS. **Convidados:** Conselheira **Carmen Lúcia Luiz**, coordenadora da Comissão de Saúde da População LGBT e Conselheiro **Alexandre Magno**, coordenador-adjunto da Comissão de Saúde da População LGBT. Iniciando, a Diretora **Ana Maria Costa** historiou a luta pelos direitos humanos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Disse que até 2003 as ações centravam-se no enfrentamento da epidemia da AIDS e, em 2004, foi constituído no Ministério da Saúde o Comitê Técnico de Saúde da População LGBT articulado com o Programa Brasil sem Homofobia do Governo Federal. Em 2006, as informações sobre orientação sexual e identidade de gênero foram incluídas na carta dos Direitos dos Usuários do SUS - nome social nos cadastros do SUS - e a representação da população LGBT passou a compor o Conselho Nacional de Saúde. Também destacou as estratégias de gestão de fortalecimento da resposta intersectorial ao enfrentamento da epidemia de AIDS: Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST, com ações para lésbicas, mulheres bissexuais e transexuais; e Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de AIDS e das DST entre gays, HSH e travestis. Citou ainda o Seminário Nacional de Saúde da População GLBTT na Construção do SUS, em agosto de 2007: inclusão de demandas das lésbicas nas políticas de saúde da mulher; e processo transexualizador. Listrou também as demandas e propostas da 13ª Conferência Nacional de Saúde: inclusão e articulação das especificidades de orientação sexual e identidade de gênero em uma política nacional voltada para as populações GLBTT; e implementação de práticas de educação permanente para os profissionais de saúde, incluindo a temática GLBTT. Esclareceu que a Política é pautada nos princípios constitucionais éticos-políticos e organizativos da equidade e transversalidade. Detalhou que a marca da política é o reconhecimento dos efeitos sobre a saúde da discriminação por orientação sexual e por identidade de gênero, que determinam formas de adoecimento e sofrimento em decorrência do preconceito e do estigma social de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Disse que o objetivo geral é promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, humanizando e qualificando a atenção em todos os níveis, tendo como missão a redução das iniquidades em saúde, o enfrentamento ao preconceito e à discriminação no Sistema Único de Saúde. Detalhou que os objetivos específicos são: ampliar a produção de conhecimentos sobre a temática de saúde de LGBT, apoiando o desenvolvimento de estudos e pesquisas; ampliar o acesso de LGBT aos serviços de saúde primando pelo enfrentamento ao preconceito e ao estigma, e o acolhimento de suas demandas e necessidades; incluir os quesitos orientação sexual, identidade de gênero e étnico-racial nos documentos de notificação de violência da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); melhorar a qualidade da informação em saúde no que tange à coleta, ao processamento e à análise dos dados

específicos sobre a saúde de LGBT, incluindo os quesitos orientação sexual, identidade de gênero e étnico-racial nos prontuários clínicos; informar e sensibilizar profissionais de saúde acerca das especificidades de LGBT a fim de promover a prevenção de DST/AIDS, câncer de colo uterino e de mama, no caso das lésbicas e mulheres bissexuais, assim como a prevenção de câncer de mama a travestis e transexuais decorrentes do uso de silicone industrial; monitorar e avaliar os indicadores de promoção da equidade em saúde de LGBT constantes nos pactos firmados pelas três esferas de governo; estabelecer estratégias de enfrentamento do uso indiscriminado e prolongado de hormônios feminilizantes e masculinizantes entre travestis e transexuais; e incluir as demandas específicas de LGBT nos processos de regulação de saúde do sistema suplementar. Seguindo, falou das estratégias de gestão, enumerando as responsabilidades das secretarias estaduais e municipais de saúde e do Ministério da Saúde: implementação em todas as esferas de gestão do SUS de ações de enfrentamento da homofobia, lesbofobia e transfobia enquanto fatores de vulnerabilidade e discriminação que dificulta o acesso, a promoção e a atenção à saúde de LGBT; implantação e implementação de instâncias de Promoção da Equidade na Saúde de LGBT no âmbito das gestões estaduais e municipais; implantação de iniciativas visando à inclusão dos conteúdos relacionados à saúde de LGBT nos processos de formação de recursos humanos e de Educação Permanente em Saúde para os profissionais da área; inclusão dos quesitos étnico-racial, orientação sexual e identidade de gênero nos prontuários clínicos do SUS; apoio político e institucional aos movimentos sociais LGBT para fortalecimento da consciência do direito à saúde e em defesa do SUS; organização de redes integradas de atenção à população LGBT em situação de violência doméstica, sexual e social, em parceria com os Centros de Referência GLBT/Secretaria Especial de Direitos Humanos – SEDH; divulgação da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde nos serviços de saúde, no sentido de garantir a inclusão de campo específico referente ao nome social nos prontuários e demais documentos de atendimento no SUS; apoio à realização de estudos e pesquisas para a produção de conhecimento em saúde de LGBT; ampliação e qualificação da atenção básica no cuidado aos idosos LGBT, dando continuidade ao processo de implantação e implementação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e a atenção domiciliar humanizada; qualificação da atenção no que concerne aos direitos sexuais e reprodutivos em todas as fases de vida, para LGBT, no âmbito do SUS; implementação dos planos de enfrentamento da epidemia de AIDS e outras DST junto à LGBT nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde; implementação do processo transexualizador em todas as suas dimensões (o SUS oferece serviço transexualizador em cinco centros de referência); qualificação da atenção à saúde mental em todas as fases de vida de LGBT prevenindo os agravos decorrentes dos efeitos da discriminação, do uso de álcool e outras drogas; promoção da humanização da atenção à saúde de LGBT em situação carcerária; desenvolvimento de ações e práticas de educação em saúde nos serviços do SUS com ênfase na orientação sexual e identidade de gênero; extensão do direito à saúde suplementar ao cônjuge dependente entre os casais de LGBT; disponibilização do acesso universal e integral de reprodução humana assistida a LGBT em idade reprodutiva; implementação de ações de vigilância, prevenção e atenção a violência contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais; e implementação e fortalecimento do processo de monitoramento e avaliação das ações pertinentes ao acesso, à qualidade da atenção e o combate à discriminação nas instâncias de gestão do SUS. Finalizando destacou que a formulação dessa Política inspira-se no Programa Brasil sem Homofobia, lançado em 2004 pela Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República, que conclamou o Ministério da Saúde ao cumprimento das diretrizes de governo. Por fim, registrou a presença da dirigente do Programa Brasil sem Homofobia. **Manifestações.** Conselheira **Carmen Lúcia Luiz**, coordenadora da Comissão de Saúde da População LGBT, manifestou satisfação com a apresentação ao CNS da Política de Atenção à Saúde Integral de LGBT e destacou que a proposta corresponde às necessidades dessa população. Também chamou a atenção da prática pioneira da SVS de visibilização dessa população ao incluir na ficha notificação compulsória de violência a opção sobre prática sexual. A respeito do texto da Política, apresentou as seguintes contribuições: utilizar as expressões “gayfobia”, para dar visibilidade à discriminação de gays e “aidsfobia”; retirar a palavra “lésbicas” do trecho “A epidemia de AIDS no Brasil, pela sua magnitude e extensão, tem contribuído para a visibilidade das condições de vida e de saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (...), pois as lésbicas não foram evidenciadas a partir dessa epidemia; e incluir a necessidade de pesquisa e criação de insumos para realização de sexos mais seguros e próprios para mulheres lésbicas e bissexuais. Também destacou que outras sugestões de forma serão encaminhadas por escrito à diretora **Ana Costa**. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** cumprimentou a SGEF e a diretora Ana Costa pela Política. Também destacou que as contribuições do movimento ao texto da Política foram lidas pela Conselheira Carmen Lúcia. Enfatizou ainda o preconceito enfrentado pelas gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais e a Política garante o atendimento a esse segmento. Chamou a atenção para a aprovação da convocatória da IV Conferência Nacional de Saúde Mental e para o PLC 122/06, que trata da criminalização da homofobia. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** cumprimentou o Ministério da Saúde pela Política que é específica para parcela da população

brasileira que tem direito à atenção plena. Destacou que é preciso garantir saúde para todos os brasileiros e brasileiras sem discriminação e preconceito. Conselheira **Jurema Werneck** frisou que o Movimento Negro soma-se a essa iniciativa que implementa o princípio da equidade do SUS. Conclamou a todos para aprovação da Política e solicitou a atenção do CNS ao processo de pactuação na Tripartite e cumprimento das metas. Conselheira **Maria Izabel da Silva** manifestou satisfação com a apresentação da Política e enfatizou que, após a aprovação, é preciso monitorar a sua implementação. Registrou que a CUT em 1998 incluiu na agenda política o debate da homossexualidade, sindicalismo e mercado do trabalho. Acrescentou que a CUT foi a primeira Central da América Latina a incluir esse tema nas suas resoluções, trabalhando para que os dirigentes sindicais se apropriem desse debate e garantam o atendimento dessa população. Ressaltou que a Central conquistou a extensão dos direitos garantidos aos casais heterossexuais para os homoafetivos. Por fim, destacou que a aprovação da Política faz valer a situação vivenciada no país que caminha a passos largos para ser um país de todos. Conselheiro **Luiz Antônio Neves** parabenizou a diretora Ana Costa pela Política e destacou o acerto na elaboração da proposta em diálogo com os segmentos e os setores plurais do país. Conselheira **Lílian Aliche** agradeceu pelo fato de a Política contemplar ações voltadas à população idosa crescente no país. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** manifestou a sua satisfação com a Política que representa um reconhecimento do direito social de uma parcela da população. Ressaltou a importância de marcar essa gestão do Pleno do CNS com a aprovação da Política. Conselheiro **Willen Heil** manifestou apoio à Política e conclamou a todos pela sua aprovação. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** ressaltou que o mérito da Política é dos movimentos que fizeram e fazem pressão legítima para reconhecimento de um direito assegurado na Constituição Federal. Ressaltou que a aprovação, o reconhecimento e a divulgação da Política já significam importante bandeira de luta. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** fez uma síntese das propostas dos conselheiros: sugestões ao texto da Política: utilizar as expressões “gayfobia”, para dar visibilidade à discriminação de gays e “aidsfobia”; retirar a palavra “lésbicas” do trecho “A epidemia de AIDS no Brasil, pela sua magnitude e extensão, tem contribuído para a visibilidade das condições de vida e de saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (...)”, pois as lésbicas não foram evidenciadas a partir dessa epidemia; incluir no texto da Política a realização de pesquisa para criação de insumos para realização de sexos mais seguros e próprios para mulheres lésbicas e bissexuais; e monitorar a pactuação da Política e a implementação das ações. Por fim, ressaltou que é preciso monitorar a implantação da Política, porque há dificuldades na execução. **Retorno da mesa.** A diretora do DAGEP/MS, **Ana Maria Costa**, ressaltou que a aprovação da Política é um passo importante porque possibilita uma renovação ética e a sua implementação é um desafio de todos. Disse que, em sendo aprovada, serão feitos os ajustes que o texto da Política requer, junto com o CNS, por meio da CGLBT. Salientou ainda a necessidade de somar esforços com as entidades que representam esse segmento da população no sentido de fortalecer esse debate no âmbito dos estados e municípios. Finalizou agradecendo o apoio e manifestando o seu orgulho por participar desse momento. Após essas considerações, Conselheiro **Valdenir França** colocou em apreciação a Política com as contribuições. **Deliberação: a Política foi aprovada por unanimidade, com as contribuições dos conselheiros.** Com esse encaminhamento, a mesa agradeceu a presença da diretora **Ana Costa** e encerrou a discussão desse item. Na sequência, Conselheiro **Afonso Magalhães** informou a realização da Jornada Nacional dos Médicos Brasileiros Formados na ELAN/Cuba, na semana seguinte, em Brasília. Propôs que esse tema fosse pautado para informes na próxima reunião do CNS. Também informou que o Fórum Popular em Defesa do SUS no DF realizou ato de desagravo à exoneração do defensor público André de Moura Soares, por entender que foi um ato de truculência não só contra o corpo técnico da Defensoria, como também contra os usuários desse serviço público básico que disponibiliza assistência judiciária à população que não tem como recorrer aos serviços particulares de advocacia. Diante disso, propôs que o Pleno do CNS aprove moção de repúdio à exoneração desse servidor. A esse respeito, acordou-se que o conselheiro redigiria texto da moção citando o caso como referência para defesa da proposta defendida pelo CNS de profissionalização de gestão. Seguindo, a Secretaria-Executiva do CNS, **Rozângela Camapum**, retomou temas que precisavam da manifestação do CNS. Primeiro, informou que o Pleno sobre o recebimento da carta das entidades médicas (Conselho Federal de Medicina, Federação Nacional dos Médicos e Associação Médica Brasileira). No documento, as entidades médicas manifestam expressa discordância com o processo eleitoral para o segmento dos trabalhadores que não contemplam a representação das entidades médicas alijando-as da participação do CNS e, portanto, das deliberações do destino de saúde do país. Em sendo assim, essas entidades decidiram não participar do processo eleitoral nos termos propostos por considerá-lo ilegítimo e antidemocrático. Diante desse documento das entidades médicas, a Secretaria-Executiva do CNS informou que foi elaborada carta que responde ao ofício nº. 69/09, enviado ao CNS e assinado pelos presidentes do Conselho Federal de Medicina, Federação Nacional dos Médicos e Associação Médica Brasileira, comunicando a não participação dessas entidades no processo eleitoral do CNS. O documento esclarece que: 1) O Conselho Nacional de Saúde passou por uma reestruturação administrativa e

política, produto do acúmulo de debates nas sucessivas Conferências Nacionais de Saúde e que se consolidou através do Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006. O referido decreto resgatou definitivamente a paridade, normatizou a sua organização interna e democratizou a sua composição e direção, a partir da definição de um processo eleitoral nacional e da eleição da presidência e da mesa diretora do CNS. 2) Com essa reestruturação e democratização, ficou determinado que, com exceção das representações do CONASS e CONASEMS garantidas pela Lei 8.142/90, todas as demais entidades que legitimamente pleiteiem assento no Conselho Nacional de Saúde devem se submeter ao Processo Eleitoral Nacional, a ser realizado de três em três anos. 3) No primeiro processo eleitoral, realizado no ano de 2006, diante de reivindicações apresentadas pelas três entidades médicas e de entidades ligadas ao segmento dos usuários, ficou acordado que na perspectiva de viabilizar, com mais tranquilidade, um processo político bastante complexo, o segmento dos usuários teria uma subdivisão interna qualitativa e quantitativa, devidamente pactuada, e as entidades médicas teriam suas vagas de titular, primeiro e segundo suplentes explicitadas no Regimento Eleitoral. 4) No atual processo eleitoral em curso, as entidades representantes dos trabalhadores apresentaram ao pleno do CNS a proposta de um acordo já devidamente instituído, e que também foi formalizado no primeiro processo de 2006, estabelecendo a decisão política de, mesmo que submetendo-se ao processo eleitoral como qualquer outra representação, as entidades médicas terem garantidas a manutenção das vagas de titular, primeiro e segundo suplentes, sem a necessidade, no entanto, da explicitação correspondente no Regimento Eleitoral, como forma de adequação ao Decreto 5.839/2006 que não prevê vaga permanente para nenhum segmento. 5) Diante da não concordância da proposta apresentada pelo CNS e dos pleitos que lhes foram apresentados pelas entidades médicas, o Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, não homologou a Resolução que aprovava o Regimento Eleitoral e apresentou ao Pleno do CNS três propostas alternativas. 6) O Pleno do CNS, após um debate bastante aprofundado, acatou a proposta do Ministro da Saúde que estabelece a elaboração do Regimento Eleitoral em total sintonia com o que estabelece o Decreto 5.839/2006, levando em conta os aspectos jurídicos e políticos, e que suprime definitivamente a subdivisão estabelecida no segmento dos usuários, bem como uma vaga de titular com os respectivos suplentes para as entidades médicas. 7) No entendimento de que a categoria médica e as entidades que a representam têm uma importância política fundamental para o SUS e para o Controle Social, e que têm desempenhado um papel importante no Conselho Nacional de Saúde, ficou acordado que, mesmo com essas alterações no Regimento Eleitoral, seria assegurada a manutenção da vaga de um membro titular e respectivos primeiro e segundo suplentes para as referidas entidades nacionais. 8) Diante de informações veiculadas, inclusive em órgãos de circulação nacional, de que as entidades representantes dos médicos não participariam do processo eleitoral por se considerarem excluídas do processo, e de um convite feito por alguns dirigentes da categoria, o Presidente do Conselho Nacional de Saúde se deslocou até o Conselho Federal de Medicina e, em reunião com representantes das três entidades, resgatou e explicou todo o processo, reiterando mais uma vez a garantia política da manutenção da vaga de titular e dos suplentes. 9) Depois de todos esses movimentos, o Conselho Nacional de Saúde vem a público afirmar que a decisão das entidades médicas de não participação do processo eleitoral nacional, com argumentos que não correspondem à verdade e fogem totalmente da realidade dos fatos, deturpando e desqualificando a ação política do Conselho Nacional de Saúde e do seu processo eleitoral, além de lamentável, enquanto decisão política que efetiva e verdadeiramente exclui a categoria médica de debates nacionais fundamentais para a construção do SUS, depõe contra as próprias direções das entidades e impõe um prejuízo incomensurável aos profissionais médicos que, em todo o Brasil, contribuem no dia a dia do seu exercício profissional para a melhoria da qualidade de vida e de saúde do povo brasileiro. Após a leitura, o Presidente do CNS colocou em apreciação o documento. Conselheiro **Raimundo Sotero** ponderou se entidades médicas não deveriam ter analisado as situações das entidades e dos conselhos para tomar essa decisão, entendendo que o prejuízo não é individual e sim coletivo. O Presidente do CNS explicou que o Conselho respeita e lamenta a posição das entidades, mas se sente no direito de esclarecer o processo para que não haja dúvidas. **Deliberação: o Pleno aprovou o documento “Sobre a participação das entidades médicas no Conselho Nacional de Saúde” com o voto contrário do Conselheiro Eduardo Santana. A nota será divulgada no site do Conselho.** Seguindo, a Secretária-executiva do CNS fez a leitura do Documento sobre o processo eleitoral do CNS e a eleição do Presidente do CNS e da Mesa Diretora, apresentado pelo segmento dos trabalhadores, cujo texto foi reelaborado. **Deliberação: após ponderações, o segmento dos trabalhadores, em nome do FENTAS, retirou o documento.** Na sequência, o Presidente do CNS falou da Resolução do DF e SP a respeito das OSs. Explicou que, conforme orientação do Pleno, o texto da resolução foi submetido à análise da assessoria jurídica que se manifestou pela legalidade do texto. Desse modo, disse que a resolução seria enviada ao Ministro da Saúde naquele dia, com resposta à argumentação do Gabinete. Na sequência, a Secretária-Executiva do CNS solicitou a definição da data da Reunião Ordinária CNS de Janeiro de 2010. **Deliberação: a Reunião Ordinária de janeiro de 2010 será realizada nos dias 13 e 14. Nessa**

oportunidade, o Pleno definirá o calendário de reuniões do CNS para 2010. Seguindo, a Secretária-Executiva do CNS lembrou que a posse do CNS ocorrerá no dia 10 de dezembro de 2009, às 10h, no Salão Azul do Palácio do Buriti. Também confirmou a reunião do GT do Rio de Janeiro no dia 16 de novembro de 2009, com a presença do Presidente, o Secretário de Saúde e membros do GT. Na sequência, Conselheiro **Clóvis Boufleur** informou que estava disponível no site do CNS a Roda de Conversas, conforme aprovado pelo Pleno do CNS. A esse respeito, será elaborado informativo eletrônico. Em seguida, foi aberta a palavra para avaliação sobre a participação do CNS no Congresso da ABRASCO. Conselheiro **Luiz Augusto Fachinni** destacou a importância da parceria da ABRASCO com o CNS e destacou que espera participação do conselho em outras atividades da Associação. Destacou em especial o sucesso da oficina sobre contribuições do controle social à ciência e tecnologia e inovação em saúde onde foram colhidas contribuições dos presentes à atualização da agenda. Conselheira **Carmen Lúcia Luiz** destacou que a oficina “Plataforma Brasil – Aprimoramento do Controle Social nos instrumentos tecnológicos de proteção dos sujeitos de pesquisa,” foi extremamente interessante, mas o fato da divulgação do local na internet somente na véspera do Congresso prejudicou a participação na atividade. A Secretária-Executiva do CNS ressaltou que foi informada sobre o local da oficina da Plataforma Brasil um dia antes do evento, o que prejudicou a participação.

Deliberação: não houve. A seguir, a Secretária-Executiva do CNS solicitou a indicação de um representante do CNS para a Oficina de dirigentes para avaliação das ações de saúde do trabalhador, a ser realizada pela SVS/MS. Data: 17 de novembro de 2009. Local: Brasília. **Indicação: Conselheira Maria Izabel da Silva.** Também informou que a ANVISA convidou o CNS para atividade de fechamento dos fóruns de vigilância sanitária. Data: 24 e 25 de novembro de 2009. **Deliberação: o Pleno decidiu não indicar representante porque coincide com a eleição do CNS. De todo modo, o Pleno solicitará o resultado da atividade.** Na sequência, Conselheira **Rozângela Santos** informou que foi disponibilizado documento com solicitação de pauta do GT de Transplantes do CNS no mês de dezembro de 2009. Destacou que alguns itens da Portaria do novo Marco Regulatório do Sistema Nacional de Transplantes não constaram da consulta pública e, portanto, não foram discutidos. Assim, é preciso discutir vários itens importantes da Portaria. **Deliberação: a solicitação será discutida na próxima reunião do CNS, considerando as limitações de pauta para Reunião Ordinária do CNS do mês de dezembro.** Definido esse ponto, clarificou que o Seminário da Conferência de Sistemas Universais de Saúde não é aberto aos conselheiros, pois participam apenas os delegados estaduais. Seguindo, Conselheiro **Geraldo Adão Santos** falou das justificativas do Senado Federal para apurar a falsificação de medicamentos e equipamentos na área da saúde, destacando, dentre elas uma fábrica flutuante (navio de bandeira chinesa localizado a 200 milhas da costa brasileira que vem produzindo material de consumo médico como, por exemplo, seringas e agulhas descartáveis). Desse modo, propôs que o CNS solicite posicionamento da ANVISA e da Polícia Federal a respeito das denúncias. De posse dessa manifestação, sugeriu pautar o tema com convite ao Senador Romeu Tuma na perspectiva de apoiar a CPI. **Deliberação: a assessoria parlamentar fará levantamento sobre a situação e apresentará à Mesa Diretora do CNS. O indicativo é de pautar esse tema na reunião ordinária do Conselho do mês de janeiro de 2010.** Na sequência, conselheiro **Clóvis Boufleur** apresentou minuta de recomendação, conforme indicado no primeiro dia de reunião. Com a contribuição do Conselheiro **Antônio Alves**, Conselheiro **Clóvis Boufleur** apresentou novo texto que recomenda: ao Ministério da Saúde, Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão e à Casa Civil da Presidência da República que sejam realizados esforços imediatos para publicação da Medida Provisória que propõe a reestruturação do subsistema de saúde indígena e institui a Secretaria Especial da Saúde Indígena no âmbito do Ministério da Saúde. **Deliberação: a recomendação da CISI/CNS foi aprovada.** Conselheiro **Raimundo Sotero** registrou que no dia 14 de novembro comemora-se o Dia Mundial do Diabetes (a data é comemorada desde 1991 e é feita em 181 países). Ressaltou que o tema 2009 é “Diabetes, compreender para controlar”. Destacou a importância do trabalho da FENAD, informando a adesão de 1.200 cidades. Também chamou a atenção para o número de casos de diabetes no país (mais de 11% da população) e no mundo. O vice-presidente da FENAD em Brasília, **Paulo Roberto**, informou a realização do evento alusivo ao Dia Mundial do Diabetes, na data de 14 de novembro de 2009, no parque da cidade de Brasília, com participação do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde do DF. Também comunicou que nesse dia os principais monumentos serão iluminados com a cor azul que representa a luta do movimento. Conselheira **Maria Izabel da Silva** convidou os conselheiros para a reunião da CIST nos dias 18 e 19 de novembro de 2009, em Brasília, com debate sobre a saúde das trabalhadoras domésticas. Além disso, comunicou que a Portaria da RENAST foi publicada, desconsiderando as contribuições da CIST e sem a apreciação do Pleno do CNS. **Deliberação: solicitar que a Portaria seja submetida à apreciação do Pleno para debate e nova publicação.** Conselheira **Lucimar Batista** justificou a sua ausência no período da tarde e informou que o MORHAN representará os usuários no CEP da Faculdade de Saúde e Ciências Humanas e Tecnologias do Piauí. Na sequência, a Secretária-Executiva do CNS informou que a Federação dos Assistentes Sociais convida a todos para o 3º Congresso Nacional SINDICAL.

1980 Data; 18, 19 e 20 de novembro. Local: Brasília-DF. Em seguida, solicitou a indicação para o Congresso
1981 Brasileiro de Hospitais Universitários. **Indicação: Conselheiro Fernando Luiz Eliotério.** Continuando,
1982 Conselheiro **Eduardo Santana** fez a leitura da nota pública da FENAM sobre a denúncia do sindicato
1983 do Estado do Amazonas a respeito do comportamento do governo desse Estado em relação à política
1984 de recursos humanos, especificamente a contratação de profissionais de saúde, principalmente
1985 médicos, para trabalhar nas unidades de pronto atendimento. No documento, a Federação manifesta
1986 sua posição contrária à decisão do governo de o efetivo de trabalhadores da UPAS ser formado por
1987 militares, com abertura de mais de 1.300 vagas de trabalhadores em saúde no Corpo de Bombeiros. A
1988 intenção é que esses militares passem a compor as equipes das sete unidades de pronto atendimento
1989 que serão construídas no Estado do Amazonas. Solicitou que o CNS tome as medidas cabíveis para
1990 que essa situação não venha a se concretizar. **Deliberação: pautar a denúncia na reunião da Mesa**
1991 **Diretora do CNS com indicativo de que o CNS, por meio da Mesa Diretora, tome as medidas**
1992 **administrativas e políticas para que essa situação não venha a se concretizar.** Na sequência,
1993 Conselheiro **José Marcos de Oliveira** informou, em nome da Conselheira **Nildes Andrade**, que o
1994 Seminário Nacional de Alimentação e Nutrição no SUS, será realizado de 8 a 10 de junho de 2010, em
1995 Brasília. Na sequência, a Secretária-Executiva do CNS fez a leitura da moção de repúdio, elaborada
1996 pelo conselheiro Afonso Magalhães, à exoneração do servidor público André de Moura Soares, do
1997 Núcleo de Assistência Jurídica da Defensoria Pública do DF, ocorrida dia 5 de outubro deste ano.
1998 **Deliberação: o Pleno decidiu aprovar moção de apoio ao servidor público André de Moura**
1999 **Soares, do Núcleo de Assistência Jurídica da Defensoria Pública do DF, exonerado no dia 5 de**
2000 **outubro de 2010 e a favor dos princípios democráticos e de direito, com defesa da proposta de**
2001 **profissionalização da gestão.** Em seguida, Conselheira **Eufrásia Santos Cadorin** explicou que o
2002 FENTAS promoveu debate sobre os prejuízos causados pela suspensão dos trabalhos da Comissão de
2003 Residência Multiprofissional e solicita que o tema seja pautado para debate. **Deliberação: encaminhar**
2004 **ofício do CNS ao Departamento de Hospitais Universitários e Residências/MEC e à DEGES/MS**
2005 **solicitando informações a respeito da Comissão e requerendo a sua reativação, com indicativo**
2006 **de garantia da participação social na composição; e enviar solicitação à Mesa Diretora do CNS**
2007 **para que paute esse tema no CNS.** Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** registrou a preocupação da
2008 CONAM e suas entidades associadas com os usuários do SUS em Londrina por conta da paralização
2009 dos hospitais do SUS marcada para o dia seguinte. Colocou o anseio de garantia do atendimento em
2010 Londrina para não trazer prejuízos aos usuários. Conselheira **Maria Thereza Antunes** informou que a
2011 Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down, em parceria com suas entidades afiliadas
2012 nos estados, realizará atividades em comemoração ao dia da pessoa com deficiência, na data de 3 de
2013 dezembro. Desse modo, convidou os interessados a participar dessas atividades nos seus estados.
2014 **ENCERRAMENTO** - Nada mais havendo a tratar, a Secretária-Executiva do CNS encerrou a reunião
2015 agradecendo os presentes e os internautas que acompanharam a reunião. Estiveram presentes os
2016 seguintes conselheiros – *Titulares:* **Afonso Magalhães, Antônio Alves de Souza, Arilson Cardoso,**
2017 **Artur Custódio M. de Souza, Cândida Maria Bittencourt Carvalheira, Carmen Lúcia Luiz, Clóvis**
2018 **Bouffleur, Eufrásia Santos Cadorin, Fernando Luiz Eliotério, Francisco Batista Júnior, Geraldo**
2019 **Adão Santos, Graciara Matos de Azevedo, João Donizeti Scaboli, José Caetano Rodrigues, José**
2020 **Marcos de Oliveira, Jurema Pinto Werneck, Luiz Antônio da Silva Neves, Maria Helena Machado,**
2021 **Maria Izabel da Silva, Nildes de Oliveira Andrade, Raimundo Sotero de Menezes Filho, Raquel**
2022 **Rigotto, Ronald Ferreira dos Santos, Rosângela da Silva Santos, Remígio Todeschini, Ruth**
2023 **Ribeiro Bittencourt, Silvia Martins Casagrande, Valdenir Andrade França, Volmir Raimondi e**
2024 **Wilen Heil e Silva. Suplentes:** **Alexandre Magno Lins Soares, André Luiz de Oliveira, Eduardo**
2025 **Santana, Eduardo Maércio, Jorge Alves de Almeida Venâncio, Fernanda Lussan, Jovita José**
2026 **Rosa, Jurandi Frutuoso Silva, Lauro D. Moretto, Lílian Alicke, Lucimar Batista da Costa, Luiz**
2027 **Alberto Catanoce, Maria Thereza Almeida Antunes e Rildo Mendes.**