



1
2
3
4
5
6
7

MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57

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 seqüência, 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 seqüência, 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

58 da Saúde solicitando esclarecimentos a respeito do relatório de trabalho da Comissão Nacional de
59 Residência Multiprofissional, inclusive porque esse documento foi elaborado sem a participação do
60 representante dos trabalhadores nessa Comissão. Como encaminhamento, o Presidente do CNS
61 propôs que o Pleno apreciasse naquele momento a recomendação do FENTAS a respeito do PL nº.
62 7.703 e o documento do processo eleitoral do CNS fosse analisado durante os informes da Comissão
63 Nacional Eleitoral do Conselho. A respeito da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional,
64 sugeriu que a questão fosse tratada na apresentação da CIRH/CNS. O Pleno acatou a orientação, mas
65 antes da apreciação da recomendação houve duas falas sobre o documento relativo ao processo
66 eleitoral. **Manifestações.** Conselheiro **Clóvis Boufleur** registrou a sua preocupação com o texto, que,
67 além de outras questões, apresenta equívocos do ponto de vista regimental. Conselheiro **José Marcos**
68 **de Oliveira** disse que o segmento dos usuários apreciaria o documento e manifestaria sua posição.
69 Após essas intervenções, foi aberta a palavra aos inscritos para tratar da recomendação. Conselheiro
70 **Clóvis Boufleur** destacou que acompanha o debate do PL e este se distancia, em alguns aspectos, do
71 debate e da pactuação entre as profissões, ao tratar, por exemplo, do tratamento com acupuntura que
72 se tornaria um procedimento preponderantemente da Medicina. Ponderou se o Pleno deveria
73 manifestar-se sobre o tema no formato de recomendação, entendendo que esses instrumentos não
74 estavam tendo o impacto e o peso político esperados. Desse modo, perguntou sobre a possibilidade de
75 negociação política a respeito da recomendação, a fim de que não seja uma mera opinião do CNS e, de
76 fato, tenha o impacto esperado. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** ressaltou que o CNS é um
77 espaço político de definições e apontamento de diretrizes gerais para o SUS. Explicou que a
78 recomendação reafirma a posição política do CNS de que o modelo de atenção deve focar-se na
79 equipe multiprofissional. A coordenadora do FENTAS, **Ana Cristina Brasil**, explicou que a
80 preocupação refere-se ao funcionamento do Sistema com a aprovação do Projeto, por conta da
81 centralização nos profissionais médicos. Além disso, informou que o segmento dos trabalhadores
82 desenvolverá outras iniciativas como audiências públicas. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**
83 propôs que o Pleno aprovasse a recomendação e pautasse o tema posteriormente. Conselheiro **Wilen**
84 **Heil e Silva** reforçou a preocupação com o mérito do projeto que prejudica a atuação de profissionais
85 da saúde. Conselheira **Cândida Carvalheira** solicitou a manifestação da representação dos médicos a
86 respeito do assunto. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** endossou a proposta de recomendação, mas
87 propôs que o Pleno ouvisse a representação dos médicos. Conselheira **Jurema Werneck**
88 cumprimentou o FENTAS pela proposta que visa assegurar as garantias constitucionais relativas ao
89 direito dos usuários do SUS ao atendimento integral, multiprofissional e à preservação da autonomia
90 dos profissionais de saúde. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** explicou que a recomendação não
91 sugere mudanças no PL mas sim, solicita que o Senado Federal ao legislar sobre o Projeto leve em
92 consideração as garantias constitucionais relativas ao direito dos usuários do SUS ao atendimento
93 integral, multiprofissional e preserve a autonomia dos profissionais de saúde. Desse modo, a aprovação
94 da recomendação não prejudica debate posterior e proposição de mudanças ao Projeto. Conselheiro
95 **Jurandi Frutuoso** propôs que a recomendação aponte que o CNS deseja ser ouvido no debate do PL
96 no Senado Federal. Após essas falas, a mesa colocou em votação a recomendação. **Deliberação: a**
97 **recomendação foi aprovada com a inclusão da emenda: que o Senado Federal avalie a posição**
98 **do CNS no debate do PL. ITEM 2 – CISAMA – 1ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**
99 **AMBIENTAL – CNSA; CONEP – GT PRAÇA ONZE; CICIS – DOCUMENTO DO CNS PARA A**
100 **CONFERÊNCIA DE COMUNICAÇÃO; 1ª CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE DESENVOLVIMENTO**
101 **DE SISTEMAS UNIVERSAIS DE SAÚDE E SEGURIDADE SOCIAL – CMDSUSSS; INFORMES E**
102 **INDICAÇÕES - Coordenação: Conselheiro Volmir Raimondi, Mesa Diretora do CNS e Rozângela**
103 **Fernandes Camapum, Secretária-Executiva do CNS. A) CONEP – Informe do GT sobre o Projeto**
104 **Praça Onze - Apresentação: Conselheira Denise Torreão, da CONEP e integrante do GT Praça Onze.**
105 A Conselheira historiou que o Projeto Praça Onze foi objeto de discussão na 198ª Reunião Ordinária do
106 CNS, por conta da denúncia recebida pela CONEP em relação ao Projeto (pesquisas realizadas na
107 área de doenças infecciosas em geral, especialmente as sexualmente transmissíveis, em particular
108 HIV/AIDS). Na ocasião, o Pleno deliberou por encaminhar a denúncia ao Procurador da República do
109 Ministério Público Federal no Estado do Rio de Janeiro para investigação e providências cabíveis e
110 verificar a possibilidade de ser encaminhá-la também ao Tribunal de Contas da União e à Defensoria
111 Pública. Disse que, após a referida reunião do CNS, a CONEP enviou carta ao CEP do Hospital
112 Clementino Fraga Filho (HCFF), com as recomendações do CNS e o Conselho formalizou denúncia ao
113 Ministério Público Estadual, solicitando providências cabíveis para salvaguardar a integridade física dos
114 participantes de pesquisas do Projeto Praça Onze. Explicou que as novas análises de projetos de
115 pesquisas foram suspensas, conforme também deliberado pelo CNS, e o pesquisador principal do
116 Projeto foi devidamente comunicado desse fato, pela CONEP, via CEP HCFF. Em outubro de 2009, o
117 pesquisador solicitou via CEP HCFF conversar com os membros do CNS e da CONEP para
118 demonstrar que os problemas de financiamento estavam superados. Disse que a visita foi agendada na
119 reunião de outubro de Pleno do CNS e foi definida comissão para acompanhar *in loco*. Desse modo,

120 esclareceu que no dia 23 de outubro, junto com os membros da CONEP Dalton Luiz de Paula Ramos e
121 Gysélle Saddi Tannous, visitou a sede dos projetos denominados Praça Onze, o Hospital Escola São
122 Francisco de Assis, na cidade do Rio de Janeiro. Esclareceu que o Grupo seguiu como roteiro um rol
123 de perguntas elaborado para formular aos pesquisadores, sujeitos de pesquisa e integrantes do CEP,
124 sendo: 1) O que funciona no Praça Onze? 2) Qual é a figura jurídica do Praça Onze? 3) Atualmente
125 quantos são os voluntários atendidos? 4) Existem voluntários que estejam, simultaneamente, em mais
126 de um projeto? 5) Existem voluntários atendidos em Centros diferentes? 6) Qual a referência para as
127 complicações, e onde está localizada? 7) Houve desmarcação de consultas ou solução de continuidade
128 dos procedimentos de pesquisa em alguma oportunidade? Quando? Quantas? 7) Houve atraso no
129 pagamento dos funcionários? 8) Como será feito, pela gerência do Praça Onze, a “reserva de liquidez”
130 recomendada pela Reitoria? 9) Como funciona o Contrato Específico de Repasse - CER? Como são
131 feitos? Com que periodicidade? 10) O dinheiro dos Projetos vai para uma conta única do
132 HUCFF/UFRJ? 11) Como é garantida a vinculação do recurso captado e a destinação aos Projetos?.

133 Esclareceu que a partir das observações locais e dos relatos dos entrevistados, da visita no período da
134 manhã, pode-se concluir que: 1) O Hospital Escola São Francisco de Assis é Central de Triagem para
135 sorologia de HIV, pelo SUS, atuando em região estrategicamente situada no centro do Rio de Janeiro;
136 2) Todos os usuários da rede SUS que ali chegam, caso tenham sua sorologia positiva confirmada, são
137 convidados a serem voluntários de pesquisas de iniciativa do professor da UFRJ Mario Schechter,
138 pesquisas essas pertencentes a um grupo intitulado pelo próprio Mauro Schechter como Projeto Praça
139 Onze; 3) Se não aderirem a esses projetos, os usuários são encaminhados a uma Unidade da rede
140 SUS; 4) Se aderirem a algum desses projetos esses usuários assinam Termo de Consentimento Livre e
141 Esclarecido e passam a receber medicamentos, preservativos e fazer exames no Hospital Escola São
142 Francisco de Assis; 5) Esses exames, medicamentos e preservativos são, então, em parte da rede SUS
143 e, outra parte oriundos dos recursos dos projetos de pesquisa, com diversas patrocinadoras, públicas e
144 privadas; 6) Os recursos desses projetos eram integralmente administrados pela Fundação
145 Universitária José Bonifácio, da UFRJ; 7) Pela discordância entre pesquisador e FUJB, instalou-se uma
146 crise administrativa, sendo que o pesquisador acusa de má gestão a FUJB; 8) Essa crise acirrou-se em
147 2009, com denúncias à mídia feitas pelo pesquisador, o que provocou intervenção da reitoria da UFRJ;
148 9) Com a intervenção, os recursos passam a ser administrados diretamente pela Reitoria e instalou-se
149 um processo de auditoria sobre as contas da FUJB; 10) Em nenhum momento dessa crise houve
150 solução de continuidade dos projetos de pesquisa em andamento, sem que fossem evidenciados
151 prejuízos aos sujeitos dessas pesquisas; 11) Há uma grande e evidente relação entre a saúde pública
152 (SUS) e os projetos de pesquisa do Praça Onze, não reconhecida adequadamente pelo pesquisador e
153 pelos sujeitos de pesquisa, que entendem que estão sob a responsabilidade exclusiva do Projeto Praça
154 Onze, embora recebem medicamentos do Ministério da Saúde; 12) Os resultados dos projetos de
155 pesquisa efetivados naquela Unidade Pública, com medicamentos da rede SUS, com exames da rede
156 SUS e provavelmente com outros insumos da rede SUS (lanche, preservativos), pertencem à iniciativa
157 privada. Continuando, relatou as atividades realizadas no período da tarde (reunião no CEP do
158 HUCFF). Em síntese, as conclusões do GT, a partir da visita no período da tarde, foram as seguintes:
159 1) Evidenciam-se os esforços da Reitoria e do pesquisador responsável no sentido de resolver as
160 pendências administrativas que comprometem o bom funcionamento do Projeto Praça Onze. A
161 indicação pelo Reitor do Prof. Lapa como interlocutor entre Reitoria e Projeto Praça Onze é uma prova
162 nesse sentido. Ocorre que alguns aspectos técnicos da administração dos recursos financeiros,
163 oriundos das agências internacionais e repassados para a UFRJ, ainda parecem estar sendo
164 construídos, inclusive com intervenções nesse sentido da Procuradoria da UFRJ; e 2) O CEP local tem
165 acompanhado os acontecimentos, assistido pela representação de usuários e pela Comissão de
166 Direitos dos Pacientes, embora esse acompanhamento possa e deva ser incrementado para um
167 monitoramento mais ativo e constante. Diante da situação, explicou que as sugestões de
168 encaminhamento do GT são as seguintes: 1) Solicitar que a Reitoria da UFRJ declare compromisso de
169 manutenção de cada um dos projetos em andamento, bem como para cada um dos projetos futuros.
170 Solicitar que haja uma divulgação mais adequada aos voluntários da existência da Ouvidoria e da
171 Comissão de Direitos dos Pacientes, com seus respectivos contatos; enfatizar a estes sujeitos a
172 existência e o papel do CEP, garantindo-se canal de comunicação direta entre sujeitos da pesquisa e
173 CEP; 2) o CEP local deve estabelecer uma estratégia de acompanhamento e monitoramento dos
174 sujeitos de pesquisa dos projetos “Praça Onze”, para ser apreciada pela CONEP como pré-requisito
175 para a aprovação de novos projetos; 3) Cabe questionamento aos gestores da rede SUS sobre sua
176 anuência para essa situação; 4) Cabe orientação evidente aos sujeitos de pesquisa sobre essa parceria
177 pública/privada; 5) Devido à distância entre a UFRJ (Fundão) e o Hospital Escola São Francisco de
178 Assis, também de administração da UFRJ, os usuários que comparecessem àquela central de triagem
179 do SUS deveriam ser bastante esclarecidos sobre a existência do CEP de referência, com meio de
180 panfletos oferecidos pelos próprios projetos, com todas as informações sobre seus direitos e suas
181 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

244 debate com a SGEF e esta se colocou à disposição para adquirir mil computadores novos a serem
245 distribuídos aos conselhos de saúde. Desse modo, propôs a suspensão momentânea do recebimento
246 dos computadores reciclados para trabalhar com a SGEF na aquisição e distribuição de computadores
247 novos. Caso haja concordância, disse que será necessário rever a composição do comitê.
248 **Manifestações.** Conselheiro **Luiz Antônio Neves** perguntou se havia levantamento dos conselhos de
249 saúde que não possuem computador. Conselheiro **Volmir Raimondi** manifestou preocupação com o
250 fato de computadores não terem chegado aos conselhos de saúde. A Secretária-Executiva do CNS,
251 **Rozângela Fernandes Camapum**, explicou que a SGEF tem ido aos locais onde há problemas. Disse
252 que na nova proposta o computador seria entregue diretamente ao conselho de saúde, evitando
253 problemas. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** perguntou sobre o software de leitor de tela instalado
254 no computador utilizado pelo Conselheiro Volmir Raimondi para auxiliá-lo no acompanhamento das
255 reuniões. Conselheiro **Volmir Raimondi** agradeceu o Secretário Antônio Alves pela instalação do
256 software para leitura e destacou que essa iniciativa atende inclusive ao decreto de acessibilidade às
257 pessoas com deficiência. Conselheira **Jurema Werneck** propôs que o programa de leitor de tela fosse
258 incluído nos próximos computadores a serem doados. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** explicou
259 que foram distribuídos computadores para os 5.591 conselhos de saúde e a etapa seguinte é a entrega
260 do KIT Canal Saúde (parceria com a OI para doação de 4 mil pontos). Além disso, informou que seriam
261 adquiridos mais 3 mil computadores com antenas parabólicas. Em que pese a aquisição, esclareceu
262 que havia dificuldades em relação ao local para instalação dos equipamentos. Em alguns casos, o
263 computador ficava sob a posse da Secretaria de Saúde pela falta de local no conselho para instalação.
264 Ressaltou que a proposta é distribuir os mil computadores para conselhos de saúde com capacidade
265 para construir rede interna. Finalizou defendendo a interrupção do convênio com o Banco do Brasil por
266 conta dos problemas identificados. Conselheira **Silvia Casagrande** explicou que a CICIS/CNS debateu
267 o tema e entende que se deve encerrar o convênio do Banco do Brasil para iniciar nova etapa de
268 distribuição de computadores. Também solicitou espaço na pauta do CNS para que a SGEF apresente
269 balanço do processo de distribuição de computadores aos conselhos de saúde. Conselheiro **Raimundo**
270 **Sotero** propôs que o CNS, junto com a SGEF, monitore a distribuição e utilização dos equipamentos
271 porque há denúncias de computadores doados sendo utilizados como máquinas de uso pessoal. A
272 Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, explicou que a SGEF está
273 monitorando a entrega de computadores e investigando as denúncias. Disse que há um levantamento
274 da situação dos conselhos e, com base nesse diagnóstico, há uma linha de atuação para fazer chegar
275 os computadores aos conselhos. Conselheiro **Arilson Cardoso** informou que o CONASEMS tem
276 trabalho com os secretários municipais de saúde para que a utilização dos equipamentos destinados
277 pela SGEF seja feita exclusivamente pelos conselheiros. Nesse sentido, solicitou levantamento das
278 secretarias de saúde com problemas para fazer o contato com os secretários e tentar resolver a
279 situação. Também propôs que fosse definido como critério para distribuição dos pontos para internet a
280 apresentação, por parte dos conselhos de saúde, de um projeto. Conselheiro **Volmir Raimondi**
281 explicou que a CICIS/CNS definirá os critérios para distribuição dos pontos para internet. Conselheiro
282 **Alexandre Magno** sugeriu o envio do Acórdão do TCU nº. 19, que determina que as prefeituras e
283 estados regularizem os seus conselhos, aos conselhos municipais de saúde como tentativa de
284 sensibilizar os gestores. Também propôs o envio da cartilha elaborada pelo CONASEMS aos conselhos
285 municipais de saúde do país. Comunicou ainda que representantes do PID participaram das oficinas da
286 COFIN. Por fim, enfatizou que o CNS, junto com a SGEF, deve atualizar o cadastro de conselhos de
287 saúde. A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, informou que a CICIS/CNS,
288 junto com o DATASUS, está discutindo a criação de um novo sistema para recadastrar os conselhos de
289 saúde. Se necessário, será feita a contratação de uma empresa para fazer esse recadastramento.
290 Conselheiro **Fernando Donato Vasconcelos** propôs que fosse feito aditivo de contrato com o Banco
291 do Brasil para distribuir os quinhentos computadores que não foram distribuídos. Conselheira **Carmen**
292 **Lúcia Luiz** perguntou quando será feita a atualização do cadastro dos conselheiros nacionais de
293 saúde. A integrante da CICIS/CNS, **Maria Thereza Antunes**, sugeriu que fosse aprovada
294 recomendação do CNS e da SGEF para que os governos cumpram a legislação sobre a acessibilidade.
295 Também ponderou sobre a possibilidade de definir punição para os gestores que descumprem a
296 legislação e não apóiam os conselhos de saúde. A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela**
297 **Fernandes Camapum**, explicou que no convênio com o Banco do Brasil a distribuição dos
298 computadores era feita por seleção dos conselhos de saúde, o que dificultou o processo. Nessa nova
299 etapa, a distribuição ocorrerá por um processo de adesão. Para isso, será necessário aditivo, pois os
300 computadores seriam repassados ao CONASEMS que repassaria aos COSEMES e este entregaria aos
301 conselhos. Ressaltou que seria necessário esforço para distribuição de apenas quinhentos
302 computadores reciclados e esse processo demandaria nova seleção, o que causou problemas. Além
303 disso, frisou que todos conselhos municipais de saúde receberam um computador novo. Por fim,
304 informou que a Secretária-Executiva do CNS atualizou o cadastro dos conselheiros nacionais de saúde
305 e está trabalhando com esses novos dados. Após esses esclarecimentos, a mesa passou aos

306 encaminhamentos. **Deliberação: o Pleno decidiu suspender o convênio entre Ministério da Saúde**
307 **e Banco do Brasil para distribuição de computadores reciclados aos conselhos de saúde, enviar**
308 **o Acórdão do TCU nº. 19 aos conselhos municipais de saúde, encaminhar ofício ao CONASEMS**
309 **contendo a listagem de conselhos de saúde com problemas para verificar o que pode ser feito**
310 **para resolver a situação e delegar à CICIS a definição de critérios de recebimento dos novos**
311 **computadores.** O CONASEMS está encaminhando a cartilha às Secretarias Municipais de Saúde. Em
312 seguida, a Secretária-Executiva do CNS apresentou resolução com a recomposição do Comitê de
313 Acompanhamento e Monitoramento das ações do Programa de Inclusão Digital dos Conselhos de
314 Saúde, composto por seis representantes do CNS, dois representantes da Comissão Intersectorial de
315 Educação Permanente para o Controle Social no SUS (CIEPCSS), um representante da Comissão de
316 Orçamento e Financiamento (COFIN) e quatro representantes do Ministério da Saúde. **Deliberação: a**
317 **resolução de recomposição do Comitê de Acompanhamento e Monitoramento das ações do**
318 **Programa de Inclusão Digital dos Conselhos de Saúde foi aprovada. ITEM 3 – COMISSÃO**
319 **PERMANENTE DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO – RELATÓRIO DE GESTÃO 2008 -**
320 *Coordenação: Conselheira Ruth Ribeiro Bittencourt, da Mesa Diretora do CNS. Composição da*
321 *mesa: Conselheiro Fernando Luiz Eliotério; Conselheiro Fernando Luiz Eliotério, Coordenador da*
322 *COFIN; Conselheira Eufrásia Santos Cadorin; e Francisco Funcia, assessor da COFIN. Primeiro, a*
323 *Conselheira Eufrásia Santos Cadorin fez uma apresentação sobre o Seminário Nacional Comissão de*
324 *Orçamento e Financiamento do CNS, realizado dia 9 de novembro de 2009, que contou com o apoio da*
325 *Comissão Intersectorial de Educação Permanente para o Controle Social no SUS. Iniciou explicando que*
326 *os objetivos do Seminário Nacional foram: avaliar as oficinas regionais da COFIN; e discutir propostas*
327 *de atividades de formação para o CS, relacionados ao Financiamento, a serem contempladas no Plano*
328 *de Trabalho da COFIN a partir das necessidades dos estados e municípios. Disse que o Seminário*
329 *contou com 69 participantes, sendo: a) Região Centro Oeste: DF – 1; GO- 04; MT – 02; MS – 02; Total:*
330 *09; b) Região Norte: AC – 3; AM – 4; AP – 1; RO – 03; PA – 02; TO – 02 – Total: 15; c) Região Sul: SC*
331 *– 03; PR – 03; RS – 03; Total: 09; e d) Região Sudeste: ES – 04; RJ – 02; SP – 03; MG – 0; e Total: 9;*
332 *e) Região Nordeste: PE – 04; AL – 03; RN – 03; PB – 03; SE – 05; MA – 02; PI – 03; CE – 01; BA – 03.*
333 *Detalhou que o CNS, além da hospedagem, alimentação e traslado, custeou as passagens de ida e*
334 *volta de 42 participantes (usuários: 29, Trabalhador: 26, Gestor: 14; Coordenadores de Plenária: 14; e*
335 *Conselho Estadual: 25, Conselho Municipal: 29 e Conselho do Distrito Federal: 1). A respeito da*
336 *metodologia, explicou que o seminário teve oito horas de duração, com as seguintes atividades: Mesa*
337 *de Abertura; Apresentação do Consolidado das Oficinas Regionais; Trabalho em Grupo; Plenária*
338 *Socialização; e Encerramento. Seguindo, falou da avaliação das Oficinas Regionais feita na atividade*
339 *em grupos. Detalhou que os aspectos positivos levantados foram: localização estratégica das sedes*
340 *das oficinas; duração adequada das oficinas; qualidade dos expositores, conteúdo, metodologia*
341 *(principalmente dos laboratórios), material didático e apoio logístico; oportunidade de capacitação*
342 *descentralizada e uniformizada da temática orçamento e financiamento da saúde; estabelecimento de*
343 *parcerias para viabilidade do evento; estímulo às iniciativas de criação de comissões e mobilização dos*
344 *conselhos para o acompanhamento das questões de orçamento e financiamento em saúde;*
345 *possibilidade de troca de informações e experiências regionais e integração dos conselheiros nos*
346 *estados e regiões; possibilidade de conhecimento do ciclo orçamentário e da legislação correspondente*
347 *enquanto instrumento para “quebrar barreiras” entre o controle social e instâncias de gestão na*
348 *perspectiva da impessoalidade do Conselho e estímulo à discussão sobre orçamento e financiamento;*
349 *iniciativa da COFIN de realizar as oficinas regionais; apoio dos estados para realização das oficinas e*
350 *maior articulação entre estes; alerta para a responsabilidade do papel dos conselheiros; sensibilização*
351 *para a necessidade de descentralizar as oficinas para os município; oportunidade das oficinas para*
352 *fazer diagnóstico atual da real capacidade do controle social; fortalecimento do controle social para*
353 *operacionalizar em forma de rede; e planejamento e construção coletiva. Disse que as lacunas*
354 *identificadas foram as seguintes: tempo insuficiente para debater e atividades dos laboratórios e*
355 *apresentação dos conteúdos e não cumprimento de horários; pouca disponibilidade de vagas e,*
356 *conseqüentemente, pequeno número de participantes e falta de representação de alguns estados;*
357 *locais diferentes para realização das atividades teóricas e práticas; dificuldade do acesso da informação*
358 *sobre o evento, entre a organização e estados e municípios; ausência de discussão sobre a Portaria nº.*
359 *399, Relatórios de Gestão e Lei de Responsabilidade Fiscal; não participação do controle social nos*
360 *processos de planejamento em saúde; ausência de atividade prática para construção do orçamento;*
361 *ausência de monitoramento, por parte do CNS e SEGEP/MS, da aplicação de conteúdos adquiridos*
362 *junto as estados e municípios; ausência de devolutiva dos estados para COFIN/CNS e SEGEP/MS*
363 *quanto às atividades desenvolvidas; falta de envio antecipado da programação da oficina e posterior do*
364 *material produzido, tempo inadequado para debates, laboratórios e rodas de conversa; horário de*
365 *marcação de passagens incompatível com os horários de abertura e encerramento; falta de tempo para*
366 *atividades práticas; falta de aprofundamento dos aspectos operacionais de elaboração do PPA, LDO e*
367 *LOA, inclusive para com isso, municiar os conselheiros para elaborar a programação orçamentária do*

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

430 **de forma a verificar o efeito multiplicador das informações repassadas.** Na seqüência, Conselheiro
431 **Fernando Luiz Eliotério** explicou que a COFIN reuniu-se nos dias 4 e 5 de novembro de 2009 para
432 debater o Relatório Anual de Gestão/RAG 2008 com a presença da SPO/MS. Disse que a análise foi
433 feita a partir do Formulário para análise preliminar do Relatório Anual de Gestão (RAG), elaborado pelo
434 consultor da COFIN, com base nas Portarias n°s 3.332/06 e 3.176/08. Explicou que, após avaliação, a
435 COFIN concluiu que o RAG 2008 não atende a essas portarias. Por essa razão, a Comissão solicitou à
436 SPO a reformulação do Relatório e a apresentação na próxima reunião da COFIN e do CNS. Por fim,
437 comunicou que o relatório da execução orçamentária será elaborado para apresentação na próxima
438 reunião do CNS. O assessor da COFIN, **Francisco Funcia**, explicou que o Formulário para Análise
439 Preliminar do Relatório Anual de Gestão – RAG visa subsidiar a análise preliminar do Relatório Anual
440 de Gestão (RAG) pelos Conselhos de Saúde. A respeito da execução trimestral do Ministério da Saúde,
441 informou que o representante da SPO comprometeu-se a apresentar os dados no formato de relatório.
442 Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** disse que, em sendo aprovado, a proposta é enviar o Formulário
443 aos Conselhos de Saúde para ser utilizado na análise preliminar do RAG. Conselheiro **Alexandre**
444 **Magno** acrescentou que, conforme acordado, a partir de 2010, a prestação de contas do CNS será
445 trimestral. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** informou que foi disponibilizado aos conselheiros o
446 documento elaborado pelo CONASS “Ações que Necessitam Incremento de Recursos no Projeto de Lei
447 Orçamentária Anual/2010 do Ministério da Saúde” e este será objeto de análise por parte da assessoria
448 da COFIN/CNS. Além disso, comunicou que foi disponibilizada Nota Técnica do Ministério do
449 Planejamento com resposta negativa à recomendação do MPF de aporte de R\$ 4,8 bilhões ao
450 orçamento da saúde. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** perguntou se houve retorno da SPO a
451 respeito das sugestões do CNS ao PNS. Conselheira **Jurema Werneck** disse que o CNS deve refletir
452 sobre o fato de o RAG 2008 não responder às Portarias 3.332/06 e 3.176/08. Conselheiro **José Marcos**
453 **de Oliveira** fez referência ao documento do CONASS e CONASEMS “Ações que Necessitam
454 Incremento de Recursos no Projeto de Lei Orçamentária Anual/2010 do Ministério da Saúde” para
455 solicitar o apoio do DENASUS na análise da execução orçamentária, pelos estados e municípios, do
456 orçamento empenhado para as políticas de saúde. Conselheiro **Arilson Cardoso** explicou que o
457 documento do CONASS e CONASEMS solicita recurso para cobertura de ações e serviços de saúde,
458 aquisição de medicamentos essenciais e incremento de recursos no Piso de Atenção Básica. Ressaltou
459 que é preciso considerar o déficit financeiro que os municípios trabalham e o incremento de novas
460 políticas. Além disso, destacou que os municípios aplicam, em média, 20% do orçamento em ações em
461 saúde, sendo que são responsáveis pela atenção básica. Desse modo, disse que é preciso maior
462 incremento dos governos federal e estaduais. Finalizou destacando a sua concordância com a análise
463 do documento pela COFIN. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** destacou que dezesseis Estados
464 não aplicam o piso mínimo (12%), assim, questionou a reivindicação de mais recursos. Concordou que
465 os municípios são sacrificados porque tem que investir mais recursos para garantir a atenção. Dessa
466 maneira, enfatizou que é preciso debate mais aprofundado dessa questão. Conselheiro **Fernando Luiz**
467 **Eliotério** informou que a COFIN fará análise do documento do CONASS e CONASEMS e emitirá
468 parecer. Conselheiro **Alexandre Magno** propôs que o SIOPS apresente levantamento dos estados que
469 cumprem e não cumprem os marcos legais do SUS, com convite aos Secretários de Saúde que
470 descumprem para prestar esclarecimentos ao Conselho. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério**
471 informou que o SIOPS está concluindo levantamento sobre o cumprimento da Emenda pelos estados
472 no ano de 2008. **Deliberação: o Pleno aprovou o formulário para análise preliminar do RAG e a**
473 **realização de oficina de capacitação sobre orçamento e financiamento para os conselheiros**
474 **nacionais eleitos, em fevereiro de 2010 (a metodologia será definida pela COFIN com o apoio**
475 **dos conselheiros Clóvis Bouffleur, Ronald Ferreira, Maria Thereza Antunes e outros**
476 **interessados). O RAG 2008, o relatório trimestral e a execução orçamentária do CNS serão**
477 **apresentados ao Pleno na reunião ordinária de dezembro. Além disso, acordou-se que a COFIN**
478 **fará avaliação da execução orçamentária na perspectiva de definir metodologia de**
479 **monitoramento (definição de indicadores de análise).** Definido esse ponto, a mesa encerrou os
480 trabalhos da manhã do primeiro dia. Na abertura dos trabalhos do período da tarde, o Presidente do
481 CNS cumprimentou o Conselheiro Luiz Augusto Facchini por ter sido escolhido como novo Presidente
482 da ABRASCO. Feito esse registro, o Presidente do CNS retomou o primeiro item da pauta. **ITEM 1 –**
483 **APROVAÇÃO DA ATA DA 202ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS -** Conselheiro **Francisco Batista**
484 **Júnior** colocou em apreciação a ata da 202ª Reunião Ordinária. **Deliberação: não havendo**
485 **destaques, a ata da 202ª Reunião Ordinária foi aprovada por unanimidade. ITEM 4 – COMISSÃO**
486 **INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS -** *Coordenação:* Conselheiro **Francisco Batista Júnior,**
487 *Mesa Diretora do CNS. Apresentação:* Conselheira **Maria Helena Machado,** Coordenadora da CIRH; e
488 Conselheira **Graciara Matos de Azevedo,** coordenadora do GT de Emissão de Pareceres.
489 Inicialmente, a Coordenadora da CIRH/CNS solicitou espaço na pauta da próxima reunião do CNS para
490 tratar da regulação das profissões, haja vista o debate que ocorre no Congresso Nacional sobre o Ato
491 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

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

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

678 **Cândida Carvalheira** ponderou que o prazo de dez dias é insuficiente para elaboração do relatório de
679 vistas. Conselheira **Maria Helena Machado** informou que teria que se retirar naquele momento para
680 participar de audiência com o Ministro da Saúde. Antes de sair, ressaltou que a preocupação é clarificar
681 a necessidade de manter a confidencialidade dos documentos e que é de responsabilidade dos
682 conselheiros a utilização das informações. Diante desse esclarecimento, Conselheiro **Clóvis Boufleur**
683 propôs as seguintes sugestões: item II - substituir “Sigilosos” por “Confidenciais”; e item III: substituir
684 “Sigilosos” por “Confidenciais” e “sendo expressamente proibida sua divulgação por qualquer membro
685 da CIRH e do CNS” por “que sejam de responsabilidade dos conselheiros a utilização das
686 informações”. Além disso, destacou que a sua preocupação é garantir a liberdade dos conselheiros em
687 manifestar-se inclusive contrariamente ao parecer da CIRH. Conselheiro **Artur Custódio de Souza**
688 reforçou a preocupação com a liberdade de os conselheiros expressarem-se diante do parecer da CIRH
689 e solicitou o aprimoramento do texto. Conselheiro **Volmir Raimondi** perguntou como fica a questão da
690 confidencialidade quando o Pleno decidir pelo retorno do parecer à CIRH para reanálise, considerando
691 que o documento terá sido apresentado no Pleno do Conselho. Conselheira **Graciara Matos de**
692 **Azevedo** disse que a preocupação é que os documentos que compõem o processo tenham caráter
693 sigiloso. Lembrou que é apresentado ao Pleno do CNS o parecer final da CIRH e não os documentos
694 do processo (que possuem caráter sigiloso). Explicou que a documentação sigilosa será disponibilizada
695 no espaço virtual, com acesso restrito. Portanto, o que vem para o Pleno pode ser plenamente
696 divulgado. **Deliberação: aprovada, com uma abstenção, a resolução com as seguintes**
697 **modificações: item II da Resolução: substituir “Sigilosos” por “Confidenciais” e item III:**
698 **substituir “Sigilosos” por “Confidenciais” e “sendo expressamente proibida sua divulgação por**
699 **qualquer membro da CIRH e do CNS” por “que sejam de responsabilidade dos conselheiros a**
700 **utilização das informações”.** Diante da presença dos convidados para o próximo item da pauta,
701 acordou-se que o debate da Comissão de Residência Multiprofissional seria feito posteriormente. **ITEM**
702 **5 – PLANO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - Coordenação:** Conselheira **Nildes de**
703 **Oliveira Andrade**, Mesa Diretora do CNS. *Convidado:* **José Miguel do Nascimento Júnior**, Diretor do
704 Departamento de Assistência Farmacêutica, DAF/SCTIE/MS. Inicialmente, a coordenadora da mesa,
705 **Nildes de Oliveira Andrade**, explicou que seria feita apresentação sobre a reestruturação da Política
706 de Assistência Farmacêutica e não do Plano Nacional de Assistência Farmacêutica. O Diretor do
707 Departamento de Assistência Farmacêutica, **José Miguel do Nascimento Júnior**, começou a
708 explanação historiando que, em 2004, o CNS aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.
709 Esclareceu que na sua apresentação focaria os resultados dos estudos realizados pelo Ministério da
710 Saúde, a partir de dezembro de 2008, que culminou com a aprovação de duas portarias, na Comissão
711 Intergestores Triparte. Clarificou que as portarias estruturam o componente básico da assistência
712 farmacêutica e o componente de dispensação excepcional que passa a ser denominado de
713 “componente especializado da assistência farmacêutica”. Feitas essas considerações, passou a falar
714 da Estrutura da Assistência Farmacêutica. Primeiro, lembrou que a Política Nacional de Medicamentos,
715 Portaria n°. 3.916/1998, possui por diretrizes: Adoção da RENAME; regulamentação sanitária de
716 medicamentos; reorientação da assistência farmacêutica; promoção do uso racional de medicamentos;
717 promoção da produção de medicamentos; e desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.
718 Lembrou que a Política de Assistência Farmacêutica possui os seguintes componentes: Estratégico da
719 Assistência Farmacêutica; Básico da Assistência Farmacêutica; Medicamentos de Dispensação
720 Excepcional e Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (novo). Detalhou que o
721 Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica é organizado com base em programas (SAS e
722 SVS), possui intensa participação dos Estados e Municípios na execução das ações assistenciais,
723 incorporação de produtos mediante definição de Comitês Consultivos (SVS) e aquisições centralizadas
724 pelo Ministério da Saúde e capilarização aos municípios com participação das Secretarias Estaduais de
725 Saúde. Explicou que os produtos de aquisição centralizada pelo gestor federal são: DST/AIDS – 9 itens
726 com produção pública; tuberculose; hanseníase; endemias focais (malária, cólera, leishmaniose, peste,
727 tracoma, esquistossomose, filariose, doença de Chagas); Sangue e Hemoderivados (portadores de
728 hemoglobinopatias – anemia falciforme e talassemias; portadores de coagulopatias – hemofilias);
729 combate ao tabagismo; e alimentação e nutrição. Esclareceu que o papel dos municípios em relação ao
730 componente Estratégico da Assistência Farmacêutica refere-se a: diagnóstico, acompanhamento, e
731 tratamento dos pacientes; encaminhamento aos serviços de referência (quando necessário); notificação
732 compulsória/obrigatória (casos previstos na legislação sanitária); manter os mapas atualizados sobre a
733 demanda dos medicamentos, com base no número de pacientes, e informá-los à Secretaria Estadual
734 de Saúde (conforme fluxo estabelecido pela SES); e armazenar e dispensar os medicamentos do
735 programa. Seguindo, falou do contexto atual e mudanças pactuadas, diante da revisão da Portaria n°.
736 3.237/2007, destacando que o componente estratégico não sofreu alteração diante da nova pactuação.
737 Sobre a situação atual (Portaria 3237/2007), explicou que o financiamento é tripartite: União: R\$ 4,10;
738 Estados e DF: R\$ 1,50; Municípios: R\$ 1,50; Insumos: Estados e DF: R\$ 0,30 e Municípios: R\$ 0,30.
739 No elenco de Referência Nacional, estão contemplados 64 fármacos em 105 apresentações

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

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

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

988 tornar o SIOPS como instrumento para registro da aplicação do recurso da assistência farmacêutica,
989 mas também não houve avanços. Com a disponibilização do Hórus, CONASS e CONASEMS serão
990 chamados para pactuação dos indicadores. Desse modo, frisou que não há indicador para publicizar no
991 momento. Conselheiro **Raimundo Sotero** solicitou ao Diretor o envio da resposta sobre a RENAME.
992 **Deliberação: entendendo a necessidade de preservação da saúde do usuário, o Pleno aprovou**
993 **que o Ministério da Saúde, nas avaliações futuras para aperfeiçoamento da política, considere a**
994 **possibilidade de inclusão do profissional farmacêutico como condicionante para implantação da**
995 **Política e do repasse do financiamento em todo o processo de assistência (indicativo de**
996 **pactuação entre MS, CONASS e CONASEMS); chamar a II Conferência de Assistência**
997 **Farmacêutica para construir o Plano Nacional de Assistência Farmacêutica; solicitar a**
998 **reavaliação da RENAME; e solicitar a revisão e avaliação dos protocolos.** Com esses
999 encaminhamentos, Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** agradeceu a presença do Diretor do
1000 Departamento de Assistência Farmacêutica/MS e encerrou a discussão desse item. Antes de
1001 suspender para o lanche, anunciou os aniversariantes do mês. Retomando, foi aberta a palavra para a
1002 Conselheira **Carmen Lúcia Luiz**, coordenadora da Comissão Intersetorial de Saúde Mental – CISM,
1003 que fez um informe da reunião ampliada da Comissão realizada nos dias 21 e 22 de outubro de 2009.
1004 Disse que foi feito o convite aos conselhos estaduais de saúde e estiveram presentes representantes
1005 de 25 Estados. Ressaltou que foi enviado questionário aos Estados visando definir panorama da
1006 situação de saúde mental nos estados. Para conhecimento, listou as sugestões de ações para as
1007 comissões de saúde mental definidas na reunião: consolidar as comissões intersetoriais de saúde
1008 mental nas três esferas de governo; trazer o debate de avaliação da reforma psiquiátrica para as CISM
1009 e para os eventos que culminariam na IV Conferência de Saúde Mental, mostrando a importância do
1010 uso dessas instâncias como forma de pactuar e gestar políticas de estado; avaliar, debater e dar
1011 respostas urgentes para os seguintes desafios: organização e ampliação dos serviços de emergência
1012 em saúde mental, particularmente com implantação de CAPS III, avançar o processo de
1013 desinstitucionalização de moradores de hospitais e asilos psiquiátricos com a ampliação do Programa
1014 de Volta para a Casa, estimulando a denúncia e investigação de violação de direitos humanos nessas
1015 instituições, fortalecer o empoderamento e a organização pela base das associações de usuários e
1016 familiares do campo da saúde mental, potencializar sua atuação nas instâncias de controle social,
1017 avançar na implantação efetiva da atenção em saúde mental integrada à rede de atenção básica,
1018 através da estratégia de saúde mental e garantir a organização e realização da IV Conferência Nacional
1019 de Saúde Mental até junho de 2010. Explicou que o Ministro da Secretaria Especial de Direitos
1020 Humanos esteve presente à reunião e colocou a Secretaria à disposição para contribuir, material e
1021 financeiramente, na realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (caráter interministerial).
1022 Também informou que no dia 30 de setembro de 2009 foi realizada a Marcha dos Usuários pela
1023 Reforma Psiquiátrica Antimanicomial e o governo comprometeu-se com a realização da IV Conferência.
1024 Além disso, falou da carta de mobilização aos sanitaristas e defensores do SUS para realização da IV
1025 Conferência Nacional de Saúde Mental. Desse modo, solicitou a manifestação do Pleno pela realização
1026 da IV Conferência Nacional de Saúde Mental até junho de 2010, a fim de iniciar o processo de
1027 preparação. Na seqüência, houve manifestações a respeito do tema. Por decisão do Pleno, esse tema
1028 passou a objeto de deliberação e não apenas de informe. **Deliberação: o Plenário aprovou a**
1029 **realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental até junho de 2010; e o relatório da**
1030 **reunião ampliada da CISM será disponibilizado aos conselheiros. ITEM 6 – COMISSÃO**
1031 **ELEITORAL - COMISSÃO ELEITORAL –** *Composição da mesa:* Conselheiro **Volmir Raimondi;**
1032 **Zenite Graça**, Presidente da Comissão Eleitoral do CNS; e **Rozângela Fernandes Campum**,
1033 Secretária-Executiva do CNS. Primeiro, a Secretária-Executiva do CNS informou que a eleição do CNS
1034 ocorreria no centro de convenções da Confederação Nacional dos Trabalhadores do Comércio. A
1035 Presidente da Comissão Eleitoral do CNS fez o informe sobre o processo eleitoral do CNS.
1036 Inicialmente, informou que foram feitas 103 inscrições, com as seguintes Entidades habilitadas:
1037 Usuários: 42, Profissionais de Saúde/Comunidade científica: 27 e Entidades de Prestadores: 05. Disse
1038 que estão em diligência 23 processos. Explicou que não foram habilitadas 04 Entidades de Usuários e
1039 02 Entidades de Profissionais de Saúde/Comunidade científica. A seguir, apresentou a programação
1040 para a segunda eleição do CNS (triênio 2009-2012), que ocorrerá no dia 25 de novembro de 2009, das
1041 8h às 18h: 8h às 09h30: Credenciamento dos delegados inscritos; 9h: Instalação do Processo Eleitoral;
1042 10h: Primeira chamada das Plenárias: Usuários, Trabalhadores e Prestadores; 10h30: Segunda
1043 Chamada das Plenárias: Usuários, Trabalhadores e Prestadores; 10h30 às 13h: Plenária dos
1044 Segmentos; 13h: Divulgação dos resultados das Plenárias: Usuários, Trabalhadores e Prestadores;
1045 Consenso: Aclamação; Dissenso: Votação; 14h às 18h: Instalação das Mesas Receptoras/Apuradoras:
1046 Usuários, Trabalhadores e Prestadores; e 18h: proclamação dos resultados. Continuando, apresentou
1047 orientações para condução do processo eleitoral. Explicou que as plenárias de segmentos poderão
1048 eleger, por aclamação, suas entidades ou movimentos. Serão encaminhadas para votação com cédula,
1049 somente as vagas não preenchidas no processo de aclamação, que pode ser total ou parcial, conforme

1050 art. 11, parágrafo 1º da Resolução 424/2009. Disse que a célula será confeccionada após as plenárias
1051 dos segmentos; conterà a identificação do segmento, as vagas a preencher e a relação das Entidades
1052 e Movimentos concorrentes não contempladas na plenária em que o eleitor estiver habilitado. Detalhou
1053 que as mesas de Recepção e Apuração dos votos de cada segmento serão assim compostas: um
1054 presidente, um 1º secretário e um 2º secretário. Cada delegado tem direito de votar no total de
1055 Entidades listadas na cédula eleitoral do segmento em que estiver habilitado a participar do processo
1056 eleitoral; o eleitor poderá escolher entre as entidades concorrentes da sua cédula de votação, vedando-
1057 se, sob pena de nulidade do voto, exceder o número de vagas a serem preenchidas no segmento para
1058 o qual ele esteja apto a votar e votar mais de uma vez em uma mesma entidade. Também falou do
1059 processo e critérios de apuração dos votos. Explicou que, para apuração dos votos, serão
1060 considerados: Voto Válido – aquele em que houver manifestação clara, precisa e inequívoca da escolha
1061 do eleitor dentre as entidades concorrentes, no espaço previsto na cédula; Voto Nulo – aquele que
1062 apresentar: a) qualquer preenchimento incorreto da cédula de votação (rasuras, ressalvas,
1063 inobservância do espaço reservado ao voto na cédula de votação, escritos impertinentes ao processo
1064 eleitoral), b) vício de manifestação clara, precisa e inequívoca da vontade do eleitor e c) excesso de
1065 escolha de entidades constantes da cédula, seja por acréscimo de nome de entidade e movimento, seja
1066 por voto repetido na mesma entidade; e Voto em branco – não preenchimento da cédula de votação.
1067 Os votos em branco serão considerados para contagem da porcentagem mínima de 10% (dez por
1068 cento) do segmento, conforme art. 11º, parágrafo 6º da Resolução 424. Frisou que serão eleitas as
1069 Entidades e Movimentos Sociais que obtiverem, no mínimo, 10% (dez por cento) dos votos do
1070 segmento (art.11, parágrafo 6º, da Resolução 424/2009). Em caso de empate, haverá nova votação,
1071 para preenchimento das vagas restantes, conforme art. 11, parágrafo 8º; da Resolução 424/2009.
1072 Realizada a votação para desempate, persistindo o empate, o critério de desempate será o disposto no
1073 capítulo VII, artigo 17, alíneas “a” e “b” da Resolução 424/2009: existência da entidade ou do
1074 movimento social em maior número de Regiões Geográficas e/ou Unidades da Federação do País; e
1075 maior tempo de existência e funcionamento da entidade ou do movimento Social. Por fim, registrou a
1076 presença dos seguintes representantes da Comissão Eleitoral: Conselheiro Wilson Valério e Arilson
1077 Cardoso. Na seqüência, os conselheiros tiraram dúvidas sobre o processo eleitoral. **Deliberação: cada**
1078 **segmento do CNS indicará três nomes para consideração da comissão eleitoral na definição da**
1079 **coordenação das plenárias de segmentos. As coordenações das plenárias dos segmentos serão**
1080 **definidas na reunião da Comissão Eleitoral com os colaboradores no dia 24 de novembro de**
1081 **2009, considerando a orientação de que sejam por um de seus representantes. CISAMA – 1ª**
1082 **Conferência Nacional de Saúde Ambiental – CNSA – Composição da mesa: Conselheiro Volmir**
1083 **Raimondi; Rozângela Fernandes Campum, Secretária-Executiva do CNS; Conselheira Raquel**
1084 **Rigotto, coordenadora da CISAMA/CNS; e Guilherme Franco Netto, coordenador geral da 1ª CNSA.**
1085 O coordenador apresentou um balanço preliminar das etapas preparatórias para a Conferência
1086 Nacional de Saúde Ambiental. De um modo geral, informou que as etapas preparatórias para a
1087 conferência nacional de saúde ambiental reuniram aproximadamente 47.945 pessoas. Além disso,
1088 foram realizadas: 297 Conferências Municipais, 108 Conferências Regionais ou Micro Regionais; e 25
1089 Conferências Estaduais (falta a Conferência do Pará – 13 e 14/11 e da Bahia – 16 a 18/11). A respeito
1090 das etapas preparatórias, comunicou que até o momento ocorreram: 20 conferências regionais, 8
1091 conferências municipais, 19 conferências nas capitais (4 não realizaram conferências municipais ou
1092 regionais). Destacou que os temas mais debatidos nas etapas preparatórias foram os seguintes: 1)
1093 saneamento básico, 2) educação em saúde ambiental, 3) agrotóxicos e agricultura, 4) contaminação
1094 dos recursos hídricos, 5) mudanças do clima, 6) uso e ocupação do solo rural e urbano; 7) preservação
1095 ambiental; 8) ações intersetoriais; 9) fortalecimento da vigilância ambiental; e 10) desenvolvimento
1096 sustentável (os assuntos 1 e 2 foram tratados em 100% das conferências). Por fim, apresentou um
1097 quadro geral das etapas preparatórias para a I Conferência Nacional de Saúde Ambiental, destacando:
1098 Região Centro-Oeste e Tocantins: 6.293 participantes; Região Norte: 3.172; Região Nordeste – 5.560;
1099 Região Sudeste – aproximadamente 14 mil pessoas; Região Sul – não foi possível fazer o
1100 levantamento até o momento; Total: 47.945 pessoas (estimativa de participação de mais cem mil
1101 pessoas na mobilização das conferências). A seguir, Conselheira **Raquel Rigotto** falou da metodologia
1102 da Conferência. Explicou que os três eixos temáticos da Conferência serão discutidos por grupos (5 a
1103 15 pessoas – duas perguntas em cada eixo). No segundo momento, os indicados nos grupos são
1104 aprovados pelos segmentos e pode candidatar-se a delegado. Os grupos devem propor uma diretriz e
1105 duas ações estratégicas para cada eixo e os delegados devem votar nas propostas de prioridades para
1106 diretrizes e ações estratégicas. Citou, como exemplo, as diretrizes da 1ª Conferência Estadual de
1107 Saúde Ambiental do Estado de São Paulo. Ressaltou que a partir dos resultados dos estados a
1108 Comissão Organizadora definirá a metodologia para a etapa nacional. Informou ainda que foram
1109 realizados três seminários preparatórios, de âmbito nacional, com os segmentos dos povos da floresta,
1110 do campo e da cidade. Como resultado, foram produzidas cartas políticas que serão encaminhadas à
1111 etapa nacional. Finalizando, solicitou que os conselheiros participantes da 1ª CNSA façam uma

1112 avaliação da metodologia da Conferência para trazer ao Plenário do CNS. **Deliberação: os**
1113 **conselheiros participantes da 1ª CNSA deverão avaliar a metodologia da Conferência. CISI –**
1114 **Recomendações** – Primeiro, a Secretária-Executiva do CNS, informou que, conforme deliberação na
1115 última reunião do CNS foi solicitado parecer do CONANDA a respeito do Projeto de Lei nº 1.057/2007,
1116 mas não houve resposta. Além disso, foi distribuído aos conselheiros o parecer das entidades
1117 indígenas sobre o Projeto. Desse modo, Conselheiro **Clóvis Bouffleur** reapresentou a recomendação,
1118 elaborada pela CISI, que recomenda aos deputados federais a rejeição do Projeto de Lei nº
1119 1.057/2007, de autoria do Deputado Henrique Afonso, que dispõe sobre o combate a práticas
1120 tradicionais nocivas e a proteção dos direitos fundamentais de crianças indígenas. **Deliberação: a**
1121 **recomendação foi aprovada com a abstenção da Conselheira Maria Izabel da Silva.** Em seguida,
1122 Conselheiro **Clóvis Bouffleur** apresentou a segunda recomendação, elaborada pela CISI, que
1123 recomenda que as áreas relativas à gestão e estruturação do SIASI e dos demais Sistemas Nacionais
1124 de Informação em Saúde do SUS estabeleçam estratégias de cooperação técnica a fim de garantir que
1125 quaisquer mudanças nos instrumentos de coleta de dados dos Sistemas Nacionais de Informação em
1126 Saúde contemplem a inclusão de novos campos que contribuam para a identificação étnica (por
1127 exemplo, filiação à etnia indígena específica) e que sirvam como variáveis de ligação entre o SIASI e os
1128 demais Sistemas Nacionais de Informação (por exemplo, o número do Cartão SUS). **Deliberação: a**
1129 **recomendação foi aprovada.** Em seguida, falou da preocupação da CISI/CNS com a morosidade do
1130 processo para publicação da Medida Provisória que propõe a reestruturação do subsistema de saúde
1131 indígena e institui a Secretaria Especial da Saúde Indígena no âmbito do Ministério da Saúde. Desse
1132 modo, propôs que fosse recomendado ao Ministério da Saúde, Ministério de Planejamento, Orçamento
1133 e Gestão e à Casa Civil da Presidência da República que sejam realizados esforços imediatos para
1134 publicação da Medida Provisória. **Deliberação: aprovado o mérito da recomendação (o texto seria**
1135 **apresentado no segundo dia de reunião, pelo Conselheiro Clóvis Bouffleur).** **CIEPCSS –**
1136 **Resolução** – Conselheiro **Clóvis Bouffleur** apresentou a minuta de resolução, elaborada pela
1137 CIEPCSS, que resolve: que o Ministério da Saúde inclua em sua proposta orçamentária a partir de
1138 2010 recursos para repasse fundo a fundo para os estados e municípios, conforme previsto em
1139 dispositivo do Pacto de Gestão e pactue na Comissão Intergestora Tripartite (CIT) a definição de
1140 valores e percentuais para o fortalecimento da participação e do Controle Social, como forma de co-
1141 participação no financiamento da Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de
1142 Saúde (SUS) com definição orçamentária das três esferas de governo. **Deliberação: os conselheiros**
1143 **Clóvis Bouffleur e Antônio Alves definiriam redação para ser submetida à apreciação do Pleno no**
1144 **dia seguinte. CIPTV – Indicação da Coordenação e da Coordenação Adjunta – Deliberação:**
1145 **definir a coordenação em fevereiro de 2010. CARAVANA NACIONAL EM DEFESA DO SUS – A**
1146 **Secretária-Executiva do CNS, Rozângela Fernandes Camapum,** informou que a Caravana Nacional
1147 em Defesa do SUS será realizada no dia 8 de dezembro de 2009, das 10h às 18h, em uma tenda na
1148 Esplanada dos Ministérios, com a seguinte programação: 10h – Ato político de abertura; 10h30 -
1149 Apresentação do vídeo da Caravana em Defesa do SUS; 11h – Apresentação de um documento
1150 produzido da Caravana Nacional (Apresentação: Presidente do CNS. Debatedores: CONASS,
1151 CONASEMS e Ministério da Saúde); 13 às 15h – Almoço; 15h – Entrega do documento da Caravana
1152 Nacional em Defesa do SUS ao Presidente da República; e 18h – Encerramento. Na seqüência, o
1153 Presidente do CNS falou do documento resultado da Caravana Nacional a ser entregue ao Presidente
1154 da República. Lembrou as propostas do CNS apresentadas nas caravanas: Projeto que estabelece
1155 autonomia administrativa e financeira do SUS; Profissionalização da gestão de serviços; Criação da
1156 carreira única da saúde com responsabilidade das três esferas de governo, por meio de pactuação e
1157 criação de um fundo único; Criação do serviço civil; e Alteração na Lei de Responsabilidade Fiscal no
1158 que diz respeito à área da saúde. Explicou que a intenção é promover debate com os parlamentares
1159 que auxiliam o CNS nesse projeto com vistas a entregar ao Presidente da República um documento
1160 com a fundamentação de cada uma das propostas. Acordou-se que os interessados em participar da
1161 caravana nacional deverão comunicar a Secretaria-Executiva do CNS. Também pediu desculpas à
1162 Conselheira Carmen Lúcia porque a Caravana de Sergipe foi cancelada e a referida conselheira não foi
1163 avisada. Seguindo, Conselheiro **Clóvis Bouffleur** apresentou a proposta de resolução construída em
1164 parceria com o Conselheiro Antônio Alves sobre o financiamento da Educação Permanente para o
1165 Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS). A resolução resolve: que o Ministério da Saúde
1166 inclua em sua proposta orçamentária a partir de 2010 recursos para repasse fundo a fundo para os
1167 estados e municípios, conforme previsto em dispositivo do Pacto de Gestão e pactue na Comissão
1168 Intergestora Tripartite (CIT) a definição de valores e percentuais para o fortalecimento da participação e
1169 do Controle Social, como forma de co-participação no financiamento da Educação Permanente para o
1170 Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS) com definição orçamentária das três esferas
1171 de governo. **Deliberação: a resolução foi aprovada. I CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE O**
1172 **DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS UNIVERSAIS DE SEGURIDADE SOCIAL – A Secretária**
1173 **Executiva do CNS, Rozângela Fernandes Camapum,** lembrou que a Conferência será realizada de 22

1174 a 26 de março de 2008, em Brasília. Disse que o número de delegados de cada país foi definido a partir
1175 do critério demográfico (1000 delegados de 90 países). A participação da sociedade civil e do governo
1176 se dará a partir de delegações a serem inscritas até o dia 30 de janeiro de 2010. Cada país contará
1177 com uma única delegação com 50% de representação da sociedade civil e 50% de representação do
1178 governo. A delegação da sociedade civil será definida pela sociedade civil em Fórum próprio único. A
1179 delegação do governo será definida pelos governos. A delegação brasileira é formada por 88
1180 delegados. Explicou que a Conferência será precedida de um seminário nacional, de 4 a 6 de
1181 dezembro de 2009, em Brasília/DF, com a participação de 300 representantes eleitos nos Estados/DF
1182 em reuniões/Plenárias/Seminários realizados pelos Conselhos Estaduais de Saúde, Assistência Social
1183 e Previdência, 50 Representantes Nacionais e Comitê Executivo e Comissão Organizadora. Explicou
1184 que a delegação brasileira é formada por 88 delegados (as) que serão indicados no Seminário Nacional
1185 preparatório para a Conferência Mundial. Desse modo, solicitou que os conselheiros fizessem a
1186 divulgação do evento. Por fim, disse que os interessados em participar do seminário, na condição de
1187 relator, deveriam comunicar a Secretaria-Executiva do CNS. **CONGRESSO BRASILEIRO DOS**
1188 **HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS** – “Contratualização, Experiências Exitosas” – Data: 26 de novembro de
1189 2009. Local: Minas Gerais. **Deliberação: consultar os membros do GT de Hospitais Universitários.**
1190 Por fim, a Secretária-Executiva do CNS apresentou a proposta de realizar uma festa de
1191 confraternização, na Associação Brasileira de Odontologia, no dia 9 de dezembro de 2009. Conselheiro
1192 **Raimundo Sotero** denunciou que as indicações do MOPS, Central de Movimentos Populares, Central
1193 Brasileira de Estrutura de Saúde foram desconsideradas da relação dos aptos a participar da
1194 Conferência, enviado à Secretaria Estadual de Sergipe. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** explicou
1195 que possivelmente a denúncia refere-se à CONAM Brasil. Também denunciou a morte de dezessete
1196 crianças em menos de três semanas com a transferência do atendimento de pediatria do Hospital de
1197 Urgência para a Maternidade. A Secretária-Executiva do CNS comunicou que a denúncia chegou ao
1198 CNS e foram tomadas as providências cabíveis. Definido esse ponto, a mesa encerrou o primeiro dia
1199 de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: *Titulares* - **Adson Roberto França dos**
1200 **Santos, Afonso Magalhães, Antônio Alves de Souza, Arilson Cardoso, Artur Custódio M. de**
1201 **Souza, Cândida Maria Bittencourt Carvalheira, Carmen Lúcia Luiz, Eufrásia Santos Cadorn,**
1202 **Fernando Luiz Eliotério, Francisco Batista Júnior, Geraldo Adão Santos, Graciara Matos de**
1203 **Azevedo, João Donizeti Scaboli, José Caetano Rodrigues, José Marcos de Oliveira, Jurema Pinto**
1204 **Werneck, Luiz Antônio da Silva Neves, Luiz Augusto Facchini, Maria Helena Machado, Maria**
1205 **Izabel da Silva, Nildes de Oliveira Andrade, Raimundo Sotero de Menezes Filho, Raquel Rigotto,**
1206 **Rogério Torkaski, Ronald Ferreira dos Santos, Rosângela da Silva Santos, Ruth Ribeiro**
1207 **Bittencourt, Sílvia Martins Casagrande, Ubiratan Cassano Santos, Valdenir Andrade França,**
1208 **Volmir Raimondi e Wilen Heil e Silva. Suplentes: Alexandre Magno Lins Soares, Denise Torreão**
1209 **Corrêa da Silva, Eduardo Santana, Jorge Alves de Almeida Venâncio, Fernanda Lussan,**
1210 **Fernando Donato Vasconcelos, Jovita José Rosa, Juarez Pires de Souza, Jurandi Frutuoso**
1211 **Silva, Lauro D. Moretto, Lílian Alicke, Lucimar Batista da Costa, Luiz Alberto Catanocce, Maria**
1212 **Ermínia Ciliberti, Maria Laura Carvalho Bicca, Maria Thereza Almeida Antunes, Marinho Romário**
1213 **Valente, Marisa Fúria Silva, Paulo César Augusto de Souza, Rildo Mendes, Sérgio Metzger e**
1214 **Tânia Maria Lessa Athayde Sampaio.** Iniciando os trabalhos do segundo dia de reunião, Conselheira
1215 **Cândida Carvalheira** convidou os conselheiros a participar da sessão solene, no Senado Federal, dia
1216 17 de novembro, em comemoração ao dia nacional do ostomizado. Na oportunidade, será comemorada
1217 a assinatura da Portaria do Ministério da Saúde que normatiza a assistência à pessoa ostomizada. Os
1218 conselheiros cumprimentaram a conselheira por essa conquista. **ITEM 7 – CAMPANHA SOBRE**
1219 **DIAGNÓSTICO PRECOCE DE AIDS E SÍFILIS** - *Coordenação:* Conselheiro **José Marcos**, da Mesa
1220 Diretora do CNS. *Apresentação:* **Mariângela Batista Galvão Simão**, Diretora do Programa Nacional de
1221 DST/Aids/SVS/MS; e **André Luiz de Oliveira**, Coordenador Nacional da Pastoral da Saúde da CNBB,
1222 representando a presidência da CNBB e a Coordenação Nacional da Pastoral da Aids. A diretora do
1223 Programa Nacional de DST/Aids/SVS/MS iniciou a sua fala destacando a realização da centésima
1224 reunião da comissão nacional de DST/AIDS, comissão consultiva do Ministério da Saúde datada de
1225 1985, com representação do movimento social, academia e gestores que colabora com a efetivação da
1226 política brasileira no enfrentamento das DSTs AIDS. Feitas essas considerações, passou a falar da
1227 ampliação do acesso ao diagnóstico precoce do HIV e da sífilis. Primeiro, explicou que a estimativa de
1228 infectados pelo HIV (2006) no Brasil é de 630 mil, com prevalência de 0,61% da população de 15 a 49
1229 anos. Disse que dos 630 mil infectados pelo HIV estima-se que 250 mil não fizeram testagem e não tem
1230 conhecimento de que são HIV positivo. Apesar disso, a testagem quase dobrou na última década. A
1231 proporção das mulheres sexualmente ativas que já se testou quase triplicou (de 18% para 50%) e,
1232 entre homens, a proporção permaneceu constante (30,1% em 1998 e 30,4% em 2008). Também
1233 destacou o aumento dos testes Elisa realizados na rede SUS, de 3.706.029, em 2004 para 4.305.834,
1234 em 2007. Comentou ainda a ampliação do teste rápido para o HIV (2.100% de aumento de
1235 disponibilização desses testes), com produção nacional. Seguindo, falou da estimativa de casos de

1236 sífilis congênitas, sendo 1,6% de prevalência em parturientes (2004) com a estimativa de 49.000
1237 parturientes com sífilis/ano e 12.240 recém natos com sífilis congênita/ano. Chamou a atenção para a
1238 ampliação de testes para sífilis: 60 milhões de testes VDRL pagos pelo Ministério da Saúde entre 2000
1239 e 2008; realizados entre a população em geral (não apenas gestantes); e uso ainda limitado do teste
1240 rápido. Seguindo, falou dos desafios a serem enfrentados, destacando, primeiramente, a ampliação do
1241 diagnóstico precoce do HIV. Frisou que o diagnóstico precoce é importante porque entre 33 e 44% dos
1242 pacientes tem diagnóstico quando já apresentam quadro de AIDS e estima-se que 17% vão a óbito no
1243 1º ano do diagnóstico. Esclareceu que as razões para não-realização do teste são: acesso ao serviço –
1244 regionalidade, pauperização, etc; medo do diagnóstico - estigma e discriminação; e
1245 percepção/identificação da vulnerabilidade, por parte do profissional de saúde e do indivíduo. Citou
1246 algumas ações do governo federal nessa área: incremento do teto financeiro dos estados para
1247 realização de testes para HIV e sífilis - aumento de R\$ 16 milhões a partir de 2008; Plano Operacional
1248 para Redução da Sífilis Congênita e da Transmissão vertical do HIV – aprovado na CIT 2007; aumento
1249 da aquisição e distribuição de testes rápidos - 3.300.000 testes rápidos nacionais; e ampliação e
1250 continuidade da mobilização do Fique Sabendo. Explicou que o “Fique Sabendo” é um conceito de
1251 mobilização social criado em 2003 para estimular a realização do diagnóstico de HIV e sífilis.
1252 Atualmente, a marca “Fique Sabendo” identifica o trabalho da maior parte dos serviços que realizam
1253 diagnóstico de HIV e sífilis e é utilizada mundialmente. Seguindo, destacou algumas ações “extra
1254 muros”, saindo de dentro dos serviços de saúde, entendendo a necessidade de ampliar as
1255 oportunidades de diagnóstico do HIV. Nessa linha, citou alguns eventos e número de testes realizados:
1256 Garanhuns (581 HIV + 326 VDRL); Caravana da UNE (736 HIV); Paraná (2.646 HIV); São Paulo
1257 Fashion Week (715 HIV); Carnaval em Salvador (609 HIV); Paradas gays e semana do orgulho LGBT
1258 em São Paulo (mais de 1.200 HIV); Ação Global em Tocantins (cerca de 600 HIV); São João em Recife
1259 (mais de 400 HIV); e Programa “Quero fazer” – gays e outros HSH. Também falou da parceria com a
1260 CNBB que consiste na colaboração entre governo federal e igreja católica para promoção da realização
1261 dos testes de HIV e sífilis, com apoio das Pastorais da Saúde, da Criança, da Mulher e da Aids. O
1262 Projeto-piloto está sendo realizado em cinco capitais brasileiras: Manaus, Curitiba, Fortaleza, Porto
1263 Alegre e João Pessoa. Detalhou que as ações dessa parceria são as seguintes: articulação entre
1264 serviços de saúde locais e pastorais; capacitação de agentes das pastorais em relação ao HIV e sífilis;
1265 e distribuição de materiais informativos para o público das pastorais. Disse que as mensagens da
1266 campanha são: “Amor próprio como motivação para o teste”; “Fazer o teste de AIDS mostra como você
1267 se preocupa com a sua saúde e com a saúde dos seus familiares”; “No caso da sífilis na gestação,
1268 fazer o teste é pensar na saúde do bebê. Ele pode nascer sem a doença”; e “A qualidade de vida é
1269 importante para viver saudável e feliz”. Destacou que os slogans são: Mulher: “Declare o seu amor por
1270 você: faça o teste de AIDS”; Homem: “Se cuide: faça o teste de AIDS”; e Gestante: “Declare o seu amor
1271 por você e pelo seu bebê: faça o teste de Aids e de sífilis”. Informou que são 10 mil unidades de
1272 cartazes e um milhão de panfletos e que foram elaborados spots de rádio para a população em geral e
1273 para as gestantes. Ressaltou que essa parceria visa aumentar as oportunidades de realização do
1274 diagnóstico da infecção pelo HIV e sífilis a partir dos seguintes princípios: sigiloso, sempre voluntário,
1275 com aconselhamento e com garantia de referência para atendimento em casos positivos. Finalizando,
1276 disse que outro desafio para 2010 é aumentar as oportunidades de realização do diagnóstico precoce
1277 da infecção pelos vírus das hepatites B e C. Na seqüência, o Coordenador Nacional da Pastoral da
1278 Saúde da CNBB, **André Luiz de Oliveira**, fez uma fala sobre a parceria da Igreja Católica com o
1279 governo federal para promoção da realização dos testes de HIV e sífilis. Explicou que, após o
1280 Seminário Nacional de Prevenção, realizado em Brasília, no mês de outubro de 1997, foi produzido
1281 documento apontando a necessidade de diagnóstico precoce de HIV e sífilis. Após ser apresentado à
1282 presidência da CNBB, o documento foi entregue ao Programa de DST AIDS e, como resultado, foi
1283 definida parceria entre a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil e o Ministério da Saúde. Disse que
1284 a campanha será lançada em seis cidades estratégicas - Manaus, Fortaleza, João Pessoa, Rio de
1285 Janeiro, Curitiba e Porto Alegre – e, após avaliação, será verificada a possibilidade de estender a
1286 outras cidades e centros. Disse que no Encontro Brasileiro de Líderes da Pastoral, realizado em
1287 outubro, houve a confirmação da idéia do projeto e treinamento dos líderes. Em relação a CNBB,
1288 explicou que os responsáveis pela iniciativa são as Pastorais da Criança, da Saúde e da AIDS,
1289 envolvendo 350 mil agentes voluntários. Justificou que o Frei Luís Carlos Lunart encontra-se no interior
1290 no Amazonas realizando capacitação para os agentes, o Frei José no interior do Nordeste realizando
1291 capacitação e Dom Dimas Lara Barbosa não pode estar presente. Ressaltou que essa não é a primeira
1292 parceria entre o Programa e a CNBB. Por fim, destacou a importância do envolvimento de outras
1293 entidades para ampliação da proposta Fique Sabendo. **Manifestações.** Conselheiro **José Marcos de
1294 Oliveira** destacou que as Pastorais da Criança, da Saúde e da AIDS são parceiras do Movimento
1295 Nacional de Luta contra a AIDS. A respeito do diagnóstico, comentou a pressão de empresas junto ao
1296 movimento social para incorporação de um produto não reconhecido e sem eficácia comprovada
1297 (diagnóstico do HIV pela saliva). Sobre os testes rápidos para a sífilis, perguntou se são produzidos no

1298 Brasil ou importados de outros países. Também destacou que no Encontro Nacional de ONG AIDS
1299 essas e outras questões seriam debatidas. **Manifestações.** Conselheiro **Alexandre Magno** agradeceu
1300 a presença dos convidados, contudo, manifestou preocupação com o fato de a iniciativa não prever
1301 ações voltadas à promoção e prevenção, inclusive com a utilização de preservativos. A respeito da
1302 sífilis, quis saber sobre o campo da promoção às deficiências. Conselheira **Jurema Werneck**
1303 cumprimentou a igreja por engajar-se na luta pela prevenção da AIDS, mas concordou que essa
1304 instituição precisa rever o método. Também perguntou as estratégias para suprir os recursos por conta
1305 da rejeição da proposta do Brasil, pelo Fundo Global. Além disso, destacou que é preciso garantir a
1306 integralidade da assistência e, considerando as vulnerabilidades, reivindicou a retomada do plano
1307 estratégico de enfrentamento do racismo na prevenção da AIDS. Conselheiro **José Marcos de**
1308 **Oliveira**, antes de passar para o próximo inscrito, lembrou que esse tema é transversal a todas as
1309 comissões que compõem o CNS. Conselheiro **Volmir Raimondi** falou da questão da AIDS e deficiência
1310 e tentou sensibilizar a equipe para a necessidade de adaptar os materiais às pessoas com deficiência,
1311 garantindo a acessibilidade (Decreto 5.296/04). Além disso, ressaltou que é preciso realizar campanhas
1312 de esclarecimentos sobre todas as políticas de governo. Conselheiro **Clóvis Boufleur** registrou a sua
1313 satisfação com a parceria e destacou o esforço das duas partes para encontrar saída às divergências.
1314 Cumprimentou formalmente pela proposta e colocou-se à disposição para discutir os resultados.
1315 Conselheiro **Luiz Augusto Fachinni** destacou a importância do Programa de DST AIDS, mas
1316 reconheceu que há desafios a serem superados para alcançar a integralidade e qualidade da atenção.
1317 Enfatizou ser essencial a participação da CNBB nesse esforço para a qualificação do processo.
1318 Reconheceu os avanços relativos ao acesso ao pré-natal, todavia, destacou que essa ação deve
1319 vincular-se a um conjunto de ações de garantia de acesso com qualidade, especialmente aos
1320 chamados grupos mais vulneráveis. Nesse caso, destacou a importância da testagem rápida de HIV e
1321 VDRL e, em contrapartida, destacou a quantidade de ultrassom desnecessário realizado em detrimento
1322 de outros exames mais importantes. Por fim, frisou ser necessária mobilização do SUS, nas suas três
1323 esferas e das Pastorais no sentido de fazer cumprir os protocolos do pré-natal com qualidade a todas
1324 as gestantes. Conselheira **Maria Thereza Antunes** perguntou se há estatística sobre as pessoas com
1325 deficiência infectadas com o vírus HIV. Também chamou a atenção para a falta de materiais adaptados
1326 às pessoas com deficiência, em descumprimento ao Decreto nº 5.296/04. Conselheira **Lílian Aliche**
1327 enfatizou ser necessário definir campanhas voltadas às pessoas idosas, considerando o alto índice de
1328 contaminação entre essa população. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** avaliou que é preciso envolver
1329 as entidades do CNS para uma parceria cada vez mais ampla. Também informou que será realizada
1330 reunião com a CNBB para discutir uma campanha sobre a hanseníase. Perguntou se é possível
1331 disponibilizar o material da campanha para as entidades a fim de ser divulgado. Por fim, defendeu que
1332 a campanha trabalhe com a promoção e prevenção. Conselheiro **João Donizeti Scaboli** informou que
1333 há quatorze anos coordena campanhas no Estado de Saúde, reconhecidas nacional e
1334 internacionalmente, que trabalham inclusive com a prevenção. Nesse sentido, convidou os conselheiros
1335 a participar das atividades do Projeto Verão sem Aids, sem drogas – valorizando a vida, em janeiro de
1336 2010. Conselheiro **Jurandi Frutuoso** também reiterou a quantidade de exames de ultrassom
1337 desnecessários realizados em detrimento de outros exames mais importantes. Afirmou que esse fato,
1338 dentre outros, apontam para necessidade de maior integração do Programa DST Aids com as diretrizes
1339 do Pacto pela Saúde. **Retorno da mesa.** A Diretora do Programa Nacional de DST/Aids/SVS/MS,
1340 **Mariângela Batista Galvão Simão**, explicou que a epidemia da AIDS no Brasil estabilizou-se no
1341 patamar de 18 casos/100 mil hab. e há 35 mil casos novos de AIDS a cada ano. Esclareceu que 77%
1342 da população do país é sexualmente ativa e a AIDS e sífilis são doenças sexualmente transmissíveis.
1343 Também informou que o Ministério da Saúde tem definido ações para responder ao aumento da
1344 incidência de casos de AIDS na população com mais de 50 anos. Nesse sentido, disse que foram
1345 realizadas duas campanhas de mídia, uma voltada a pessoas com mais de 50 anos e a do carnaval
1346 voltada a mulheres com mais de 50 anos. Ressaltou que o material da campanha está disponível no
1347 site do Ministério da Saúde e todos podem ter acesso. A respeito dos testes, comunicou que o
1348 Ministério da Saúde lançou, em outubro de 2009, a Portaria nº 151, que dispõe sobre a testagem do
1349 HIV e simplifica os processos laboratoriais para o diagnóstico de HIV. Explicou que o algoritmo (fluxo)
1350 validado para teste rápido contempla quatro testes diferentes, dois nacionais e dois importados.
1351 Também informou que existe um teste de saliva, produzido por empresa americana, com registro na
1352 ANVISA, mas a sua validação no Brasil não foi concluída para uso como diagnóstico. Enfatizou que não
1353 é ilegal utilizar o teste, mas esse não compõe o algoritmo para diagnóstico. Destacou que as
1354 organizações ligadas à igreja católica, desde o início da epidemia, têm atuação nas casas de apoio a
1355 pessoas vivendo com HIV/AIDS. Contudo, ressaltou que está clara a diferença entre o papel do Estado
1356 e da igreja, pois cabe a esse divulgar a informação e o preservativo ainda é a forma mais eficaz de
1357 prevenir a doença. Dessa forma, o governo divulga a mensagem da prevenção pelo uso do
1358 preservativo e, nessa linha, adquiriu um bilhão de preservativos para distribuição. Além disso, lembrou
1359 que em 2008 foi inaugurada a fábrica nacional de produção de preservativos, no Acre. Desse modo,

1360 governo e igreja devem trabalhar nas convergências porque possuem papel diferente na sociedade.
1361 Ressaltou ainda que essa não é uma estratégia isolada, pois a testagem é parte da prevenção e está
1362 associada à promoção e assistência. Além disso, disse que os dados demonstram que existe uma
1363 epidemia concentrada, com prevalência em determinados grupos. Ressaltou que o foco é enfrentar os
1364 fatores de vulnerabilidade que fazem com que determinados segmentos da sociedade estejam mais
1365 vulneráveis à infecção pelo HIV. Contudo, clarificou que isso não significa que se desconheça a
1366 questão raça/cor no enfrentamento da epidemia. A respeito do Fundo Global, explicou que o Brasil
1367 trabalhou com dois projetos para captação de fundo internacional. Um deles, que está em fase final, é o
1368 novo acórdão de empréstimo com o Banco Mundial (AIDS SUS) no valor de U\$ 200 milhões. Além
1369 disso, existe a busca de recursos com o Fundo Global de Luta contra a AIDS, tuberculose e malária.
1370 Explicou que o projeto apresentado ao Fundo Global foi elaborado por consultores do movimento
1371 social, contratados pelo Ministério da Saúde com coordenação do Departamento de DST/AIDS.
1372 Contudo, as chances de aprovação do projeto pelo Fundo Global eram pequenas porque o Brasil é um
1373 país de renda média alta e possui reconhecimento internacional sobre o investimento do governo no
1374 fortalecimento de ONG. Esclareceu que os recursos eram considerados adicionais, portanto, não
1375 constavam diretamente no orçamento. Dispôs-se a apresentar o projeto e outras questões a CAPAD.
1376 Concordou que a adaptação é uma necessidade e destacou que não há dados sobre pessoas com
1377 deficiência e AIDS. Disse que o Plano Operacional para Redução Transversal do HIV e da Sífilis
1378 Congênita foi elaborado por vários atores e aprovado na Comissão Intergestores Tripartite. Por fim,
1379 cumprimentou o Conselheiro Scaboli pela campanha Projeto Verão sem Aids, sem drogas –
1380 valorizando a vida. O Coordenador Nacional da Pastoral da Saúde da CNBB, **André Luiz de Oliveira**,
1381 primeiro, agradeceu as palavras de apoio à iniciativa. Comentou as críticas à posição da CNBB contra a
1382 utilização do preservativo e ressaltou que essa foi uma questão discutida no início da parceria. Explicou
1383 que a igreja é contra a utilização do preservativo e não há perspectiva de mudança dessa posição.
1384 Acrescentou que a igreja defende os princípios indiscutíveis do respeito à vida e do amor puro. Em que
1385 pese as divergências, destacou que a campanha mostra a possibilidade de construir caminho junto de
1386 uma longa caminhada. Conselheiro **José Marcos de Oliveira**, em nome da CAPDA, agradeceu os
1387 convidados e ressaltou que as apresentações e os posicionamentos são importantes para subsidiar os
1388 trabalhos das Comissões do CNS. **Deliberação: que a CAPDA promova debate, junto com a**
1389 **Comissão de Saúde População Negra, sobre a relação AIDS e racismo visando à definição de**
1390 **estratégias de enfrentamento; que a CAPDA e a Comissão de Saúde da Pessoa com Deficiência**
1391 **promova debate sobre AIDS e deficiência, levando em consideração as questões colocadas; que**
1392 **o Departamento Nacional envie ao CNS documento eletrônico com links de campanhas do**
1393 **Programa para ser disponibilizado aos conselheiros; que a CAPDA, a CISMU e a Área Técnica**
1394 **faça levantamento sobre o cumprimento dos protocolos relacionados ao pré-natal; que a COFIN**
1395 **apresente levantamento sobre o investimento do Ministério da Saúde para realização de**
1396 **protocolos; que os programas estaduais e municipais em DST AIDS e conselhos de saúde**
1397 **promovam debate qualitativo e quantitativo sobre uma resposta que está garantida no Pacto**
1398 **pela Vida; e que o Departamento em DST AIDS, na primeira reunião da CAPDA, faça**
1399 **apresentação sobre o AIDS SUS e o Projeto do Fundo Global, para posicionamento dessa**
1400 **Comissão.** Antes de encerrar, Conselheiro **Alexandre Magno** destacou que o Estado Brasileiro é
1401 democrático e fomenta cidadãos livres. Além disso, frisou que é dever do Estado assegurar política
1402 pública e a igreja, por outro lado, pode fazer caridade. Finalizando, o coordenador da mesa agradeceu
1403 os convidados e encerrou a discussão desse item. **Item extra pauta** - Processo de interpelação
1404 extrajudicial enfrentado pela professora Raquel Rigotto, conselheira do CNS e uma ex-orientanda, por
1405 parte de uma fábrica de agrotóxico situada no nordeste do Ceará. Conselheira **Raquel Rigotto** explicou
1406 que foi instalada uma fábrica de agrotóxico no meio de onze bairros na região metropolitana de
1407 Fortaleza. Disse que há mais de vinte anos a empresa contamina o ar e as comunidades no entorno
1408 mobilizaram-se contra esse processo de contaminação. Ressaltou que após onze de luta a comunidade
1409 solicitou ao Ministério Público a realização de um estudo à UFCE sobre a contaminação do ar no local.
1410 Explicou que a Universidade a indicou junto com mais dois professores para elaborar um estudo e
1411 emitir laudo técnico a respeito do problema. Disse que, em maio de 2009, o laudo foi entregue ao reitor
1412 da Universidade para ser enviado ao Ministério Público. Ressaltou que também participou do trabalho a
1413 mestranda Islene Rosa, sob sua orientação, que fez a dissertação do mestrado sobre a percepção do
1414 risco por parte da comunidade. Explicou que foi realizado ciclo de seminários na disciplina oferecida no
1415 curso de Mestrado em saúde pública da UFCE onde foram apresentados resultados de seis estudos
1416 realizados em 2008, sendo um deles o relativo à fábrica em questão. Ao tomar conhecimento da
1417 apresentação dos resultados do estudo, a empresa entrou com interpelação extrajudicial,
1418 argumentando que não se podia utilizar os dados do estudo em apresentação pública e na dissertação
1419 da mestranda. Esclareceu que a empresa não solicitou sigilo dos dados e, além disso, o assunto é
1420 tratado na imprensa desde os anos 90. A respeito do uso dos dados na dissertação do mestrado,
1421 informou que possui autorização escrita do promotor público autorizando a utilização pela mestranda.

1422 Também destacou que o diretor químico da empresa concedeu entrevista por escrito à mestrand
1423 sabendo que se destinava à dissertação. Frisou que a empresa vive uma situação de contaminação
1424 ambiental grave, pois foram identificados dois poluentes químicos que, além de justificarem os sintomas
1425 e os males que a população sente, um deles é cancerígeno para animais e provavelmente para
1426 humanos. Diante da gravidade da situação, frisou que o pesquisador da área de saúde tem o dever de
1427 divulgar os dados para as autoridades competentes e para as vítimas. Portanto, a UFCE cumpre a
1428 determinação do reitor e a instituição atende ao seu papel público. Salientou que os dados do Ministério
1429 Público são públicos e a produção de conhecimento da universidade deve estar a serviço dos mais
1430 vulneráveis e da promoção da saúde. Por fim, disse que várias entidades manifestaram apoio a sua
1431 pessoa e a sua orientanda. **Deliberação: o Pleno aprovou nota em defesa da pesquisa e do direito
1432 à informação onde manifesta apoio à pesquisadora Raquel Rigotto, conselheira do CNS. A
1433 recomendação é que as entidades levem essa questão a debate nas suas diretorias para
1434 manifestação de apoio à pesquisadora. ITEM 8 – POLÍTICA DE GESTÃO EM TECNOLOGIA DE
1435 SAÚDE - Coordenação: Conselheiro Antônio Alves de Souza, Mesa Diretora do CNS. Apresentação:
1436 Jorge Otávio Barreto, representante do GT Ciência e Tecnologia da CIT; e Flávia Tavares Silva
1437 Elias, responsável pela Avaliação de Tecnologia em Saúde/DECIT/SCTIE. A expositora Flávia
1438 Tavares Silva Elias explicou que o objetivo da sua apresentação era tratar da avaliação e gestão de
1439 tecnologia e a relação com o SUS, bem como fazer uma explanação sobre a Política de Gestão em
1440 Tecnologia de Saúde. Antes de iniciar a apresentação, declarou não possuir qualquer interesse
1441 conflitante ou vínculo com instituições, organizações ou pessoas que possam, de alguma forma, se
1442 beneficiar ou serem prejudicadas pelos resultados das suas atividades no Ministério da Saúde. A
1443 respeito da Gestão de Tecnologias em Saúde, explicou que se trata de um conjunto de atividades
1444 gestoras relacionadas com os processos de avaliação, incorporação, difusão, gerenciamento da
1445 utilização e retirada de tecnologias do sistema de saúde. Este processo deve ter como referenciais as
1446 necessidades de saúde, o orçamento público, as responsabilidades dos três níveis de governo e do
1447 controle social, além dos princípios de equidade, universalidade e integralidade, que fundamentam a
1448 atenção à saúde no Brasil. Ressaltou que são exemplo de tecnologias em saúde: medicamentos,
1449 equipamentos e procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, informacionais, educacionais e de
1450 suporte, e programas e protocolos assistenciais por meio dos quais a atenção e os cuidados com a
1451 saúde são prestados à população. Listou as questões consideradas para uma avaliação de tecnologia:
1452 Funciona? É eficaz, é efetiva? É segura? Não provoca danos ou morte? Os custos valem os
1453 resultados/efeitos? Há recursos para gastos diretos e os relativos à operacionalização nos serviços
1454 (RH, Infra, etc)? Vale a pena deixar de custear outras ações para custear a inclusão da tecnologia? e
1455 Qual a população a ser beneficiada, em que grau de acesso e cobertura? Destacou que estão
1456 envolvidos no processo de gestão de tecnologias em saúde os seguintes setores: administração direta
1457 do Ministério da Saúde nas áreas de ciência, tecnologia e inovação; insumos estratégicos; atenção à
1458 saúde; vigilância em saúde; gestão participativa; gestão do trabalho e educação em saúde entre outras;
1459 Agências de Vigilância Sanitária e de Saúde Suplementar; Secretarias Estaduais e Municipais de
1460 Saúde; Universidades, hospitais de ensino e centros de pesquisa; Prestadores de serviço de saúde;
1461 Ministério Público; Poder Judiciário e Legislativo; entidades do controle social, como Conselhos de
1462 Saúde; órgãos do Executivo envolvidos com ciência, tecnologia e produção industrial; sociedades
1463 científicas; operadoras de plano de saúde; associações, conselhos e sociedades de profissionais; e
1464 câmaras setoriais e entidades representativas da indústria. Esclareceu que a instituição de uma Política
1465 Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde justifica-se pelo acentuado desenvolvimento científico e
1466 tecnológico e a expansão do complexo industrial da saúde que levam à inserção acelerada de novas
1467 tecnologias no mercado, pelos processos de inovação tecnológica que podem acarretar aumento dos
1468 custos dos sistemas de saúde, pois ocasionam investimentos em infra-estrutura e capacitação de
1469 recursos humanos; pelos métodos diagnósticos e terapêuticos gerados em países desenvolvidos, que
1470 são exportados para aqueles em desenvolvimento sem avaliação dos efeitos esperados, tendo como
1471 parâmetro as necessidades epidemiológicas e a capacidade instalada desses países; e devido à
1472 incorporação sem critérios explícitos e ao uso inadequado destas tecnologias que implicam riscos para
1473 os usuários, assim como comprometem a efetividade do sistema de saúde. Acrescentou que outras
1474 justificativas para a instituição da Política são: ausência formal de processos que possibilitem identificar
1475 tecnologias emergentes para incorporação no sistema de saúde; mecanismos insuficientes de
1476 monitoramento dos resultados para a saúde e dos impactos causados pelas tecnologias ainda em
1477 estágio inicial de sua utilização; novas tecnologias tendem historicamente a ser agregativas, e não
1478 substitutivas, e os critérios de obsolescência são de complexa definição; processo de difusão inicial cria
1479 demandas por novas tecnologias e gera uma pressão sobre o sistema para que haja a incorporação,
1480 ainda que não se conheça a sua efetividade e, tampouco, tenham sido calculados os recursos
1481 financeiros necessários para incorporação; crenças de que, isoladamente, as tecnologias resolverão os
1482 problemas de saúde e promoverão mais qualidade de vida, garantindo maior consolidação das ações e
1483 dos serviços; e decisões judiciais têm obrigado o sistema de saúde a garantir a oferta de procedimentos**

1484 e medicamentos. Alguns, inclusive, destituídos de evidência científica, causando impacto significativo
1485 nas previsões orçamentárias do sistema de saúde. Citou como exemplo, o caso do Vioxx, que, segundo
1486 matéria da Revista Veja - 6/10/2004, ao ser lançado, foi anunciado como um dos remédios mais
1487 eficazes para tratar a dor das vítimas de artrite. Contudo, posteriormente, a própria revista noticiou que
1488 essa história de sucesso foi interrompida, pois o consumo diário de 25 miligramas do remédio, por mais
1489 de dezoito meses, dobra os riscos de infartos e derrames. Também falou do caso da reposição
1490 hormonal, indicado para as mulheres, em 2002 e, posteriormente, estudo realizado nos estados Unidos
1491 apontou o risco das usuárias em desenvolver câncer invasivo de mama, derrame e doenças
1492 cardiovasculares. Também fez referência a declarações atuais, destacou que o ex-presidente do
1493 Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS) Osmar Gasparini Terra, referindo-se ao “caso
1494 de medicamentos com eficácia semelhante, dois medicamentos tendo o mesmo efeito, por que obrigar
1495 o setor público a comprar sempre o medicamento de maior custo, como é a regra das ações judiciais,
1496 se com o de menor custo se pode conseguir o mesmo resultado? Trata-se aqui de garantir o efeito do
1497 medicamento, a melhora do paciente, respeitando o recurso público, que assim irá render mais em
1498 benefício da população”. O Presidente do Supremo Tribunal Federal, Ministro Gilmar Mendes,
1499 “considerou que deverá ser privilegiado o tratamento fornecido pelo SUS em detrimento de opção
1500 diversa escolhida pelo paciente, ‘sempre que não comprovada a ineficácia ou a impropriedade da
1501 política de saúde existente”. Destacou que a Política é de caráter de recomendação, implantada
1502 gradativamente e o seu espírito pode ser resumido nas palavras do Dr. Michael Rawlins, diretor do
1503 Instituto Nacional para a Saúde e a Excelência (NICE) do Reino Unido, “tentar zelar por todos e não por
1504 alguns. Se gastarmos muito dinheiro com remédios caros para poucas pessoas, muitas outras não
1505 terão acesso aos que realmente funcionam”. Falou das experiências internacionais, com a participação
1506 social, explicando que se dá por meio de Comitês Consultivos formais com participação de
1507 representantes de pacientes, profissionais e gestores de saúde e atuação na priorização de estudos,
1508 diretrizes clínicas e recomendações para programas de saúde pública. Citou como exemplos: NICE
1509 (Reino Unido), PBAC (Austrália) e CADTH (Canadá). Encerrando essa primeira parte, explicou que a
1510 gestão de tecnologia em saúde refere-se à avaliação antes da incorporação. Seguindo, o representante
1511 do GT Ciência e Tecnologia da CIT, **Jorge Otávio Barreto**, falou do processo de elaboração da Política
1512 Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde – PNGTS. Explicou que a PNGTS foi elaborada
1513 seguindo os princípios da Política Nacional de Saúde, Política Nacional de Ciência, Tecnologia e
1514 Inovação em Saúde e, sobretudo, no que se refere ao aprimoramento da capacidade regulatória do
1515 Estado. Esclareceu que o documento é resultado de discussões da Comissão de Elaboração da
1516 Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde, Consulta Pública por meio da Portaria nº
1517 2.480/GM de 13 de outubro de 2006, Fóruns de debate, entre 2007 e 2008, no campo do direito à
1518 saúde, da medicina baseada em evidências, da avaliação econômica, da gestão no Sistema Único de
1519 Saúde e na Saúde Suplementar e Grupo de Trabalho de C&T da CIT – 2008-2009. Do ponto de vista
1520 político, disse que, foram mantidas as propostas de integralidade, universalidade e equidade. Em suma,
1521 ressaltou que se trata de exercitar a gestão a partir de evidências científicas e instrumentalizar, por
1522 meio de informações, a sociedade para que as pessoas não sejam totalmente tuteladas pelo sistema.
1523 Disse que esse processo durou três anos e o marco foi a criação de Grupo multi-setorial para
1524 elaboração da proposta. Ressaltou que o debate foi feito de forma dialógica no sentido de alcançar
1525 maior legitimidade e efetividade. Por fim, destacou que atualmente há grupos tripartites de trabalho e a
1526 Comissão do CNS como espaços de debate. Seguindo, a Responsável pela Avaliação de Tecnologia
1527 em Saúde/DECIT/SCTIE, **Flávia Tavares Silva Elias**, falou da Proposta da Política Nacional de Gestão
1528 de Tecnologias em Saúde – PNGTS. Explicou que o objetivo geral da PNGTS é maximizar os
1529 benefícios de saúde a serem obtidos com os recursos disponíveis, assegurando o acesso da população
1530 a tecnologias efetivas e seguras, em condições de equidade. Disse que os objetivos específicos são:
1531 orientar os gestores do SUS e da saúde suplementar nos processos de incorporação de tecnologias
1532 nos sistemas e serviços de saúde; nortear a institucionalização dos processos de avaliação e de
1533 incorporação de tecnologias baseados na análise das conseqüências e dos custos para o sistema de
1534 saúde e para a população nas esferas de gestão do SUS e na Saúde Suplementar; promover o uso do
1535 conhecimento técnico-científico atualizado no processo de gestão de tecnologias em saúde; sensibilizar
1536 os profissionais de saúde e a sociedade em geral para a importância das conseqüências econômicas e
1537 sociais do uso inapropriado de tecnologias nos sistemas e serviços de saúde; e fortalecer o uso de
1538 critérios e os processos de priorização da incorporação de tecnologias, considerando aspectos de
1539 efetividade, necessidade, segurança, eficiência e equidade. Acrescentou que os princípios da PNGTS
1540 são: a gestão de tecnologias deve utilizar as evidências científicas e considerar os seguintes atributos:
1541 segurança, eficácia, efetividade, eficiência e impactos econômicos, éticos, sociais e ambientais da
1542 tecnologia em questão; a produção e a difusão de informações relativas à avaliação de tecnologias
1543 deverão levar em conta o tipo da análise, o público-alvo, a linguagem adequada, o tempo disponível e a
1544 transparência, além de explicitar os eventuais conflitos de interesse; os processos de avaliação
1545 promovidos e as decisões de incorporação tomadas pelos gestores de saúde devem ocorrer de modo

1546 crítico, permanente e independente; o processo de incorporação de tecnologias no sistema deve
1547 envolver diferentes atores da sociedade, adotar o Princípio da Precaução e considerar a universalidade
1548 do acesso, a equidade, a sustentabilidade das tecnologias; o conhecimento sobre as tecnologias
1549 efetivas e seguras na atenção à saúde deve ser disseminado de forma transparente e contínua aos
1550 profissionais de saúde e à população; e a ética em pesquisa envolvendo seres humanos será
1551 considerada para comprovação de boas práticas no processo de avaliação de tecnologias. Os aspectos
1552 bioéticos envolvidos na garantia da equidade e da aplicação de recursos públicos serão analisados
1553 para incorporação tecnológica no sistema de saúde; e o processo de incorporação de tecnologias no
1554 sistema deve incluir atores representativos dos interesses da sociedade. Também detalhou que as
1555 diretrizes da PNGTS são: utilização de evidência científica para subsidiar a gestão; Avaliação de
1556 Tecnologias em Saúde; aprimoramento do processo de incorporação de tecnologias; racionalização da
1557 utilização da tecnologia; apoio ao fortalecimento do ensino e da pesquisa em gestão de tecnologias em
1558 saúde; sistematização e disseminação de informações; fortalecimento das estruturas governamentais; e
1559 articulação político-institucional e intersetorial. Esclareceu que a PNGTS possui caráter recomendatório
1560 e será implantada de forma gradativa de acordo com cada área. Destacou, por exemplo, as funções:
1561 Ministério da Saúde: Administração Direta; ANS e ANVISA: recomendatório; Secretarias estaduais e
1562 municipais: recomendatório; e Controle social. A respeito do acompanhamento e da avaliação da
1563 PNGTS, explicou que se dá por meio de: desenvolvimento de modelo para análise da implantação
1564 desta Política junto aos gestores do Sistema Único de Saúde, de Saúde Suplementar e Controle Social,
1565 elaboração e acompanhamento de indicadores para monitorar a difusão das diretrizes desta Política
1566 com os setores envolvidos no processo de gestão de tecnologias em saúde e desenvolvimento de
1567 processos e métodos de coleta de dados, de análise e de organização dos resultados das ações
1568 decorrentes desta Política, permitindo a análise de impacto nas condições de saúde, o aprimoramento
1569 da gestão e a ampla disseminação destas informações. Falou das ações nos últimos três anos, citando
1570 a realização do HTAi 2011 e a Comissão para Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde –
1571 CITEC/MS (demandas, em sua maioria, da indústria). Em relação ao contexto atual, citou o
1572 financiamento de estudos em ATS e Pesquisa Clínica, Brasil, 2006 a 2008, com investimento na ordem
1573 de US\$ 14.700.000,00. Ressaltou que o CNS pode enviar prioridades a serem avaliadas pela Secretaria.
1574 Ainda do contexto atual, falou do estímulo à Política Industrial no Brasil, citando: Portaria nº 374,
1575 28/02/08: institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Fomento à Produção Pública e Inovação
1576 no Complexo Industrial da Saúde; Portaria nº. 375, 28/02/08: institui, no âmbito do SUS, o Programa
1577 Nacional para Qualificação, Produção e Inovação em Equipamentos e Materiais de Uso em Saúde no
1578 Complexo Industrial da Saúde; e Portaria nº 2.156, 16/09/2009: institui o Comitê Gestor do Termo de
1579 Cooperação celebrado entre o Ministério da Saúde (MS) e Ministério do Desenvolvimento, Indústria e
1580 Comércio Exterior (MDIC). Também falou da relação da Política com o Mais Saúde (versão atualizada),
1581 citando: 3.11.3- Consolidar o sistema de avaliação de tecnologias em saúde (ATS), visando subsidiar a
1582 Comissão para a Incorporação de Tecnologias (CITEC); 3.11.4- Institucionalizar a Política Nacional de
1583 Gestão de Tecnologias em Saúde, visando subsidiar a Comissão para a Incorporação de Tecnologias
1584 (CITEC); 3.11.5- Ampliar a Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Hospitais de Ensino – RNPC de 19
1585 para 30 centros de pesquisa, dando continuidade à pactuação com a FINEP; e 3.11.6- Consolidar e
1586 ampliar a Rede Nacional de Avaliação de Tecnologias em Saúde – REBRATS para dezesseis centros.
1587 A respeito do Plano Nacional de Saúde, disse que a Política tem relação com os eixos gestão de saúde
1588 e determinantes e condicionantes. Conselheiro **Luiz Augusto Fachinni**, coordenador da CICT/CNS,
1589 acrescentou que a Comissão iniciou esse debate e propôs que o tema fosse pautado no CNS pela sua
1590 relevância. Ressaltou que é essencial para o SUS a existência e a atualização permanente de processo
1591 de gestão de tecnologia em saúde. Nesse sentido, saudou o Ministério da Saúde pela Política e
1592 solicitou a presença permanente do DCIT para informar o CNS sobre a implementação.
1593 **Manifestações.** Conselheiro **Alexandre Magno** perguntou sobre as medidas de mensuração das
1594 tecnologias leves e duras e se já existe parque tecnológico no Brasil. Solicitou manifestação sobre a
1595 possibilidade de licença compulsória para melhorar a acessibilidade da população aos medicamentos.
1596 Por fim, quis saber como se dará o monitoramento do parque tecnológico. Conselheiro **Ronald Ferreira**
1597 **dos Santos** cumprimentou os expositores e destacou a importância da Política Nacional de Gestão de
1598 Tecnologias em Saúde. Contudo, sentiu falta na Política, em relação a tecnologias leves, da questão do
1599 trabalho dos operadores. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** saudou os expositores e destacou a
1600 necessidade de se desenvolver tecnologia alternativa ao mamógrafo que não causasse tanto
1601 desconforto no exame. Também solicitou a revisão da condicionalidade acerca de limite de idade para
1602 aplicação de medicamentos como o Crivex, embora o jovem tenha peso e altura suficientes. Por fim,
1603 perguntou se o departamento recebe demandas do Notivisa. Sra. **Abigail Gomes Silva**, representante
1604 da Associação Nacional de Grupos de Pacientes Reumáticos, solicitou esclarecimentos a respeito da
1605 aprovação do medicamento Vioxx pela ANVISA e destacou que essa medicação continua sendo
1606 prescrita aos pacientes com doenças reumáticas. No âmbito da pesquisa de avaliação dos
1607 medicamentos a serem protocolados, perguntou se é assegurada a participação de um profissional de

1608 Medicina representante para as patologias. Conselheiro **Raimundo Sotero** manifestou satisfação com
1609 a abordagem desse tema no CNS, haja vista a preocupação acerca da utilização, pelos usuários de
1610 novos medicamentos. Ilustrou que um dos maiores estragos à população mundial foi a liberação da
1611 insulina inalada e o medicamento foi retirado do mercado. Destacou que a Política responde aos
1612 anseios dos usuários e dos profissionais da área de saúde e enfatizou que a parceria entre ciência e
1613 tecnologia, usuários e entidades médicas deve ser efetiva para garantir a prevenção e evitar o
1614 tratamento. Conselheira **Cândida Carvalheira** perguntou de quem cobrar no caso da falta de
1615 equipamentos no SUS para realização de exames necessários ao diagnóstico. Também chamou a
1616 atenção para a alta taxa de alíquota de importação de medicamentos tecnológicos não fabricados pelo
1617 Brasil, trazendo ônus para o próprio governo, que é o principal comprador. Citou, por exemplo, o caso
1618 das bolsas coletoras para as pessoas ostomizadas. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**,
1619 inicialmente, parabenizou os expositores e destacou o objetivo da proposta de gestão de tecnologia de
1620 maximizar os benefícios de saúde com o que existe. Nesse sentido, perguntou as prioridades e os
1621 caminhos a seguir. Ressaltou que não viu materializada sua preocupação acerca do avanço
1622 tecnológico para as ações de saúde bucal. Nesse sentido, perguntou, a respeito da avaliação, o
1623 parâmetro estabelecido anteriormente. Também manifestou o interesse de levar para a CIRH o debate
1624 a respeito da formação e trabalho. Conselheiro **Luiz Antônio Neves** saudou os expositores e enfatizou
1625 que, diante da importância dessa questão para o CNS, é necessário estabelecer forma de comunicação
1626 para que o Conselho se mantenha informado (diálogo permanente, acesso via internet...). Conselheira
1627 **Rosângela Santos** falou da questão da diálise no país, destacando que quase 90% dos serviços é
1628 terceirizado e os pacientes em diálise estão fora da integralidade do SUS e enfatizando os efeitos e
1629 prejuízos causados a longo prazo pelas máquinas de diálise. Referiu-se ao uso do conhecimento
1630 técnico científico atualizado para destacar a inexistência de indicadores anteriores para fazer
1631 monitoramento e avaliação acerca da utilização de medicamentos. Nessa linha de pensamento,
1632 perguntou como incorporar uma metodologia quando não existem dados anteriores. Ressaltou que o
1633 usuário do medicamento deve ter um canal de comunicação para esclarecer dúvidas e receber
1634 reclamações. Além disso, enfatizou que é preciso cobrar dos planos de saúde a dispensação de
1635 medicamentos. A respeito da evidência, perguntou em relação à qualidade de vida do usuário.
1636 Conselheiro **Geraldo Adão Santos** destacou que o SUS, sendo universal, deve considerar a iniciativa
1637 como avanço. Ressaltou que a Política possui caráter recomendatório, dessa forma, perguntou como
1638 evoluirá para pactuação, monitoramento e definição de metas. Por fim, quis saber quando e o que
1639 adquirir para alcançar as metas principalmente em função das demandas reprimidas. Conselheiro
1640 **Jurandi Frutuoso** somou-se aos elogios à equipe responsável pela elaboração da Política que é
1641 necessária e responde ao anseio da sociedade. Também enfatizou que é preciso induzi-la para que
1642 possa ser sustentável nos estados. Conselheiro **Lauro Moretti** cumprimentou a iniciativa e perguntou
1643 se o Ministério da Saúde possui um grupo de trabalho para acompanhar as pesquisas que estão em
1644 andamento. Conselheira **Maria Helena Machado** perguntou se a Política prevê uma perspectiva de
1645 incentivo aos profissionais de saúde para que, por meio da metodologia apropriada, produzam ciência e
1646 tecnologia nos seus locais de trabalho. Também ressaltou a importância da incorporação da SGTES na
1647 Política, por conta da relação da natureza do trabalho. Por fim, convidou os expositores para debater o
1648 tema na CIRH/CNS. **Retorno da mesa.** A responsável pela Avaliação de Tecnologia em
1649 Saúde/DECIT/SCTIE, **Flávia Tavares Silva Elias**, explicou que a apresentação focou-se nas diretrizes
1650 gerais do que é necessário fazer e as indagações dos conselheiros referem-se a como fazer. Desse
1651 modo, destacou que é preciso definir juntos os fluxos de trabalho, pois atualmente apenas treze
1652 pessoas do DECIT trabalham nessa área, sendo apenas quatro servidores. Ressaltou que em outros
1653 países há órgão de assessoramento dos Ministérios e do governo, cada um com cem pessoas.
1654 Esclareceu que no dia 25 de novembro o Ministro da Saúde fará o lançamento do sistema da rede
1655 brasileira de avaliação das tecnologias em saúde, com plataforma virtual, para divulgação dos estudos.
1656 Acrescentou que compõem essa rede os gestores (CONASS e CONASEMS) e a academia. Disse que
1657 o Ministério da Saúde começou a tratar da política industrial em 2003 e existe uma série de
1658 movimentos. Contudo, não foi possível alcançar em relação a equipamentos e produtos. Salientou que
1659 o Departamento de Economia da Inovação e do Complexo Industrial de Saúde da Secretaria trata da
1660 política industrial, produtos básicos, compras públicas, importação. Destacou que os canais de
1661 comunicação são: Comissão de Incorporação de Tecnologias (todos podem apresentar pleitos) e Rede
1662 Brasileira de ATS (é possível apresentar demandas para realização de estudos). Além disso, ressaltou
1663 que a CICT/CNS pode definir agenda de prioridades de estudo para 2010. Também explicou que o
1664 Departamento realiza oficinas para elaboração de pareceres técnicos científicos (treinamento em
1665 serviço) para os que apresentam solicitação (e-mail: ats.decit@saude.gov.br). Concordou que é preciso
1666 definir plano para a pesquisa operacional. Destacou, por exemplo, que é preciso encomendar estudos
1667 sobre os efeitos colaterais dos medicamentos, porque não há dados na literatura. Destacou que o
1668 DECIT e a CICT/CNS podem analisar o debate com vistas a definir um plano de trabalho e montar um
1669 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. Listou 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

1732 específicos sobre a saúde de LGBT, incluindo os quesitos orientação sexual, identidade de gênero e
1733 étnico-racial nos prontuários clínicos; informar e sensibilizar profissionais de saúde acerca das
1734 especificidades de LGBT a fim de promover a prevenção de DST/AIDS, câncer de colo uterino e de
1735 mama, no caso das lésbicas e mulheres bissexuais, assim como a prevenção de câncer de mama a
1736 travestis e transexuais decorrentes do uso de silicone industrial; monitorar e avaliar os indicadores de
1737 promoção da equidade em saúde de LGBT constantes nos pactos firmados pelas três esferas de
1738 governo; estabelecer estratégias de enfrentamento do uso indiscriminado e prolongado de hormônios
1739 feminilizantes e masculinizantes entre travestis e transexuais; e incluir as demandas específicas de
1740 LGBT nos processos de regulação de saúde do sistema suplementar. Seguindo, falou das estratégias
1741 de gestão, enumerando as responsabilidades das secretarias estaduais e municipais de saúde e do
1742 Ministério da Saúde: implementação em todas as esferas de gestão do SUS de ações de
1743 enfrentamento da homofobia, lesbofobia e transfobia enquanto fatores de vulnerabilidade e
1744 discriminação que dificulta o acesso, a promoção e a atenção à saúde de LGBT; implantação e
1745 implementação de instâncias de Promoção da Equidade na Saúde de LGBT no âmbito das gestões
1746 estaduais e municipais; implantação de iniciativas visando à inclusão dos conteúdos relacionados à
1747 saúde de LGBT nos processos de formação de recursos humanos e de Educação Permanente em
1748 Saúde para os profissionais da área; inclusão dos quesitos étnico-racial, orientação sexual e identidade
1749 de gênero nos prontuários clínicos do SUS; apoio político e institucional aos movimentos sociais LGBT
1750 para fortalecimento da consciência do direito à saúde e em defesa do SUS; organização de redes
1751 integradas de atenção à população LGBT em situação de violência doméstica, sexual e social, em
1752 parceria com os Centros de Referência GLBT/Secretaria Especial de Direitos Humanos – SEDH;
1753 divulgação da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde nos serviços de saúde, no sentido de garantir
1754 a inclusão de campo específico referente ao nome social nos prontuários e demais documentos de
1755 atendimento no SUS; apoio à realização de estudos e pesquisas para a produção de conhecimento em
1756 saúde de LGBT; ampliação e qualificação da atenção básica no cuidado aos idosos LGBT, dando
1757 continuidade ao processo de implantação e implementação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e
1758 a atenção domiciliar humanizada; qualificação da atenção no que concerne aos direitos sexuais e
1759 reprodutivos em todas as fases de vida, para LGBT, no âmbito do SUS; implementação dos planos de
1760 enfrentamento da epidemia de AIDS e outras DST junto à LGBT nas Secretarias Estaduais e
1761 Municipais de Saúde; implementação do processo transexualizador em todas as suas dimensões (o
1762 SUS oferece serviço transexualizador em cinco centros de referência); qualificação da atenção à saúde
1763 mental em todas as fases de vida de LGBT prevenindo os agravos decorrentes dos efeitos da
1764 discriminação, do uso de álcool e outras drogas; promoção da humanização da atenção à saúde de
1765 LGBT em situação carcerária; desenvolvimento de ações e práticas de educação em saúde nos
1766 serviços do SUS com ênfase na orientação sexual e identidade de gênero; extensão do direito à saúde
1767 suplementar ao cônjuge dependente entre os casais de LGBT; disponibilização do acesso universal e
1768 integral de reprodução humana assistida a LGBT em idade reprodutiva; implementação de ações de
1769 vigilância, prevenção e atenção a violência contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais; e
1770 implementação e fortalecimento do processo de monitoramento e avaliação das ações pertinentes ao
1771 acesso, à qualidade da atenção e o combate à discriminação nas instâncias de gestão do SUS.
1772 Finalizando destacou que a formulação dessa Política inspira-se no Programa Brasil sem Homofobia,
1773 lançado em 2004 pela Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República, que
1774 conclamou o Ministério da Saúde ao cumprimento das diretrizes de governo. Por fim, registrou a
1775 presença da dirigente do Programa Brasil sem Homofobia. **Manifestações.** Conselheira **Carmen Lúcia**
1776 **Luiz**, coordenadora da Comissão de Saúde da População LGBT, manifestou satisfação com a
1777 apresentação ao CNS da Política de Atenção à Saúde Integral de LGBT e destacou que a proposta
1778 corresponde às necessidades dessa população. Também chamou a atenção da prática pioneira da
1779 SVS de visibilização dessa população ao incluir na ficha notificação compulsória de violência a opção
1780 sobre prática sexual. A respeito do texto da Política, apresentou as seguintes contribuições: utilizar as
1781 expressões “gayfobia”, para dar visibilidade à discriminação de gays e “aidsfobia”; retirar a palavra
1782 “lésbicas” do trecho “A epidemia de AIDS no Brasil, pela sua magnitude e extensão, tem contribuído
1783 para a visibilidade das condições de vida e de saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e
1784 Transexuais (...), pois as lésbicas não foram evidenciadas a partir dessa epidemia; e incluir a
1785 necessidade de pesquisa e criação de insumos para realização de sexos mais seguros e próprios para
1786 mulheres lésbicas e bissexuais. Também destacou que outras sugestões de forma serão
1787 encaminhadas por escrito à diretora **Ana Costa**. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** cumprimentou
1788 a SGEF e a diretora Ana Costa pela Política. Também destacou que as contribuições do movimento ao
1789 texto da Política foram lidas pela Conselheira Carmen Lúcia. Enfatizou ainda o preconceito enfrentado
1790 pelas gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais e a Política garante o atendimento a esse
1791 segmento. Chamou a atenção para a aprovação da convocatória da IV Conferência Nacional de Saúde
1792 Mental e para o PLC 122/06, que trata da criminalização da homofobia. Conselheiro **Geraldo Adão**
1793 **Santos** cumprimentou o Ministério da Saúde pela Política que é específica para parcela da população

1794 brasileira que tem direito à atenção plena. Destacou que é preciso garantir saúde para todos os
1795 brasileiros e brasileiras sem discriminação e preconceito. Conselheira **Jurema Werneck** frisou que o
1796 Movimento Negro soma-se a essa iniciativa que implementa o princípio da equidade do SUS.
1797 Conclamou a todos para aprovação da Política e solicitou a atenção do CNS ao processo de pactuação
1798 na Tripartite e cumprimento das metas. Conselheira **Maria Izabel da Silva** manifestou satisfação com a
1799 apresentação da Política e enfatizou que, após a aprovação, é preciso monitorar a sua implementação.
1800 Registrou que a CUT em 1998 incluiu na agenda política o debate da homossexualidade, sindicalismo e
1801 mercado do trabalho. Acrescentou que a CUT foi a primeira Central da América Latina a incluir esse
1802 tema nas suas resoluções, trabalhando para que os dirigentes sindicais se apropriem desse debate e
1803 garantam o atendimento dessa população. Ressaltou que a Central conquistou a extensão dos direitos
1804 garantidos aos casais heterossexuais para os homoafetivos. Por fim, destacou que a aprovação da
1805 Política faz valer a situação vivenciada no país que caminha a passos largos para ser um país de todos.
1806 Conselheiro **Luiz Antônio Neves** parabenizou a diretora Ana Costa pela Política e destacou o acerto
1807 na elaboração da proposta em diálogo com os segmentos e os setores plurais do país. Conselheira
1808 **Lílian Aliche** agradeceu pelo fato de a Política contemplar ações voltadas à população idosa crescente
1809 no país. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** manifestou a sua satisfação com a Política que
1810 representa um reconhecimento do direito social de uma parcela da população. Ressaltou a importância
1811 de marcar essa gestão do Pleno do CNS com a aprovação da Política. Conselheiro **Willen Heil**
1812 manifestou apoio à Política e conclamou a todos pela sua aprovação. Conselheiro **Antônio Alves de**
1813 **Souza** ressaltou que o mérito da Política é dos movimentos que fizeram e fazem pressão legítima para
1814 reconhecimento de um direito assegurado na Constituição Federal. Ressaltou que a aprovação, o
1815 reconhecimento e a divulgação da Política já significam importante bandeira de luta. Conselheiro
1816 **Ronald Ferreira dos Santos** fez uma síntese das propostas dos conselheiros: sugestões ao texto da
1817 Política: utilizar as expressões “gayfobia”, para dar visibilidade à discriminação de gays e “aidsfobia”;
1818 retirar a palavra “lésbicas” do trecho “A epidemia de AIDS no Brasil, pela sua magnitude e extensão,
1819 tem contribuído para a visibilidade das condições de vida e de saúde de lésbicas, gays, bissexuais,
1820 travestis e transexuais (...)”, pois as lésbicas não foram evidenciadas a partir dessa epidemia; incluir no
1821 texto da Política a realização de pesquisa para criação de insumos para realização de sexos mais
1822 seguros e próprios para mulheres lésbicas e bissexuais; e monitorar a pactuação da Política e a
1823 implementação das ações. Por fim, ressaltou que é preciso monitorar a implantação da Política, porque
1824 há dificuldades na execução. **Retorno da mesa.** A diretora do DAGEP/MS, **Ana Maria Costa**, ressaltou
1825 que a aprovação da Política é um passo importante porque possibilita uma renovação ética e a sua
1826 implementação é um desafio de todos. Disse que, em sendo aprovada, serão feitos os ajustes que o
1827 texto da Política requer, junto com o CNS, por meio da CGLBT. Saliu ainda a necessidade de
1828 somar esforços com as entidades que representam esse segmento da população no sentido de
1829 fortalecer esse debate no âmbito dos estados e municípios. Finalizou agradecendo o apoio e
1830 manifestando o seu orgulho por participar desse momento. Após essas considerações, Conselheiro
1831 **Valdenir França** colocou em apreciação a Política com as contribuições. **Deliberação: a Política foi**
1832 **aprovada por unanimidade, com as contribuições dos conselheiros.** Com esse encaminhamento,
1833 a mesa agradeceu a presença da diretora **Ana Costa** e encerrou a discussão desse item. Na
1834 seqüência, Conselheiro **Afonso Magalhães** informou a realização da Jornada Nacional dos Médicos
1835 Brasileiros Formados na ELAN/Cuba, na semana seguinte, em Brasília. Propôs que esse tema fosse
1836 pautado para informes na próxima reunião do CNS. Também informou que o Fórum Popular em Defesa
1837 do SUS no DF realizou ato de desagravo à exoneração do defensor público André de Moura Soares,
1838 por entender que foi um ato de truculência não só contra o corpo técnico da Defensoria, como também
1839 contra os usuários desse serviço público básico que disponibiliza assistência judiciária à população que
1840 não tem como recorrer aos serviços particulares de advocacia. Diante disso, propôs que o Pleno do
1841 CNS aprove moção de repúdio à exoneração desse servidor. A esse respeito, acordou-se que o
1842 conselheiro redigiria texto da moção citando o caso como referência para defesa da proposta defendida
1843 pelo CNS de profissionalização de gestão. Seguindo, a Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela**
1844 **Camapum**, retomou temas que precisavam da manifestação do CNS. Primeiro, informou que o Pleno
1845 sobre o recebimento da carta das entidades médicas (Conselho Federal de Medicina, Federação
1846 Nacional dos Médicos e Associação Médica Brasileira). No documento, as entidades médicas
1847 manifestam expressa discordância com o processo eleitoral para o segmento dos trabalhadores que não
1848 contemplam a representação das entidades médicas alijando-as da participação do CNS e, portanto,
1849 das deliberações do destino de saúde do país. Em sendo assim, essas entidades decidiram não
1850 participar do processo eleitoral nos termos propostos por considerá-lo ilegítimo e antidemocrático.
1851 Diante desse documento das entidades médicas, a Secretária-Executiva do CNS informou que foi
1852 elaborada carta que responde ao ofício n°. 69/09, enviado ao CNS e assinado pelos presidentes do
1853 Conselho Federal de Medicina, Federação Nacional dos Médicos e Associação Médica Brasileira,
1854 comunicando a não participação dessas entidades no processo eleitoral do CNS. O documento
1855 esclarece que: 1) O Conselho Nacional de Saúde passou por uma reestruturação administrativa e

1856 política, produto do acúmulo de debates nas sucessivas Conferências Nacionais de Saúde e que se
1857 consolidou através do Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006. O referido decreto resgatou
1858 definitivamente a paridade, normatizou a sua organização interna e democratizou a sua composição e
1859 direção, a partir da definição de um processo eleitoral nacional e da eleição da presidência e da mesa
1860 diretora do CNS. 2) Com essa reestruturação e democratização, ficou determinado que, com exceção
1861 das representações do CONASS e CONASEMS garantidas pela Lei 8.142/90, todas as demais
1862 entidades que legitimamente pleiteiem assento no Conselho Nacional de Saúde devem se submeter ao
1863 Processo Eleitoral Nacional, a ser realizado de três em três anos. 3). No primeiro processo eleitoral,
1864 realizado no ano de 2006, diante de reivindicações apresentadas pelas três entidades médicas e de
1865 entidades ligadas ao segmento dos usuários, ficou acordado que na perspectiva de viabilizar, com mais
1866 tranquilidade, um processo político bastante complexo, o segmento dos usuários teria uma subdivisão
1867 interna qualitativa e quantitativa, devidamente pactuada, e as entidades médicas teriam suas vagas de
1868 titular, primeiro e segundo suplentes explicitadas no Regimento Eleitoral. 4) No atual processo eleitoral
1869 em curso, as entidades representantes dos trabalhadores apresentaram ao pleno do CNS a proposta
1870 de um acordo já devidamente instituído, e que também foi formalizado no primeiro processo de 2006,
1871 estabelecendo a decisão política de, mesmo que submetendo-se ao processo eleitoral como qualquer
1872 outra representação, as entidades médicas terem garantidas a manutenção das vagas de titular,
1873 primeiro e segundo suplentes, sem a necessidade, no entanto, da explicitação correspondente no
1874 Regimento Eleitoral, como forma de adequação ao Decreto 5.839/2006 que não prevê vaga
1875 permanente para nenhum segmento. 5) Diante da não concordância da proposta apresentada pelo
1876 CNS e dos pleitos que lhes foram apresentados pelas entidades médicas, o Ministro da Saúde, José
1877 Gomes Temporão, não homologou a Resolução que aprovava o Regimento Eleitoral e apresentou ao
1878 Pleno do CNS três propostas alternativas. 6) O Pleno do CNS, após um debate bastante aprofundado,
1879 acatou a proposta do Ministro da Saúde que estabelece a elaboração do Regimento Eleitoral em total
1880 sintonia com o que estabelece o Decreto 5.839/2006, levando em conta os aspectos jurídicos e
1881 políticos, e que suprime definitivamente a subdivisão estabelecida no segmento dos usuários, bem
1882 como uma vaga de titular com os respectivos suplentes para as entidades médicas. 7) No entendimento
1883 de que a categoria médica e as entidades que a representam têm uma importância política fundamental
1884 para o SUS e para o Controle Social, e que têm desempenhado um papel importante no Conselho
1885 Nacional de Saúde, ficou acordado que, mesmo com essas alterações no Regimento Eleitoral, seria
1886 assegurada a manutenção da vaga de um membro titular e respectivos primeiro e segundo suplentes
1887 para as referidas entidades nacionais. 8) Diante de informações veiculadas, inclusive em órgãos de
1888 circulação nacional, de que as entidades representantes dos médicos não participariam do processo
1889 eleitoral por se considerarem excluídas do processo, e de um convite feito por alguns dirigentes da
1890 categoria, o Presidente do Conselho Nacional de Saúde se deslocou até o Conselho Federal de
1891 Medicina e, em reunião com representantes das três entidades, resgatou e explicou todo o processo,
1892 reiterando mais uma vez a garantia política da manutenção da vaga de titular e dos suplentes. 9)
1893 Depois de todos esses movimentos, o Conselho Nacional de Saúde vem a público afirmar que a
1894 decisão das entidades médicas de não participação do processo eleitoral nacional, com argumentos
1895 que não correspondem à verdade e fogem totalmente da realidade dos fatos, deturpando e
1896 desqualificando a ação política do Conselho Nacional de Saúde e do seu processo eleitoral, além de
1897 lamentável, enquanto decisão política que efetiva e verdadeiramente exclui a categoria médica de
1898 debates nacionais fundamentais para a construção do SUS, depõe contra as próprias direções das
1899 entidades e impõe um prejuízo incomensurável aos profissionais médicos que, em todo o Brasil,
1900 contribuem no dia a dia do seu exercício profissional para a melhoria da qualidade de vida e de saúde
1901 do povo brasileiro. Após a leitura, o Presidente do CNS colocou em apreciação o documento.
1902 Conselheiro **Raimundo Sotero** ponderou se entidades médicas não deveriam ter analisado as
1903 situações das entidades e dos conselhos para tomar essa decisão, entendendo que o prejuízo não é
1904 individual e sim coletivo. O Presidente do CNS explicou que o Conselho respeita e lamenta a posição
1905 das entidades, mas se sente no direito de esclarecer o processo para que não haja dúvidas.
1906 **Deliberação: o Pleno aprovou o documento “Sobre a participação das entidades médicas no**
1907 **Conselho Nacional de Saúde” com o voto contrário do Conselheiro Eduardo Santana. A nota**
1908 **será divulgada no site do Conselho.** Seguindo, a Secretária-executiva do CNS fez a leitura do
1909 Documento sobre o processo eleitoral do CNS e a eleição do Presidente do CNS e da Mesa Diretora,
1910 apresentado pelo segmento dos trabalhadores, cujo texto foi reelaborado. **Deliberação: após**
1911 **ponderações, o segmento dos trabalhadores, em nome do FENTAS, retirou o documento.** Na
1912 seqüência, o Presidente do CNS falou da Resolução do DF e SP a respeito das OSs. Explicou que,
1913 conforme orientação do Pleno, o texto da resolução foi submetido à análise da assessoria jurídica que
1914 se manifestou pela legalidade do texto. Desse modo, disse que a resolução seria enviada ao Ministro
1915 da Saúde naquele dia, com resposta à argumentação do Gabinete. Na seqüência, a Secretária-
1916 Executiva do CNS solicitou a definição da data da Reunião Ordinária CNS de Janeiro de 2010.
1917 **Deliberação: a Reunião Ordinária de janeiro de 2010 será realizada nos dias 13 e 14. Nessa**

1918 **oportunidade, o Pleno definirá o calendário de reuniões do CNS para 2010.** Seguindo, a
1919 Secretária-Executiva do CNS lembrou que a posse do CNS ocorrerá no dia 10 de dezembro de 2009,
1920 às 10h, no Salão Azul do Palácio do Buriti. Também confirmou a reunião do GT do Rio de Janeiro no
1921 dia 16 de novembro de 2009, com a presença do Presidente, o Secretário de Saúde e membros do GT.
1922 Na seqüência, Conselheiro **Clóvis Boufleur** informou que estava disponível no site do CNS a Roda de
1923 Conversas, conforme aprovado pelo Pleno do CNS. A esse respeito, será elaborado informativo
1924 eletrônico. Em seguida, foi aberta a palavra para avaliação sobre a participação do CNS no Congresso
1925 da ABRASCO. Conselheiro **Luiz Augusto Fachinni** destacou a importância da parceria da ABRASCO
1926 com o CNS e destacou que espera participação do conselho em outras atividades da Associação.
1927 Destacou em especial o sucesso da oficina sobre contribuições do controle social à ciência e tecnologia
1928 e inovação em saúde onde foram colhidas contribuições dos presentes à atualização da agenda.
1929 Conselheira **Carmen Lúcia Luiz** destacou que a oficina “Plataforma Brasil – Aprimoramento do
1930 Controle Social nos instrumentos tecnológicos de proteção dos sujeitos de pesquisa,” foi extremamente
1931 interessante, mas o fato da divulgação do local na internet somente na véspera do Congresso
1932 prejudicou a participação na atividade. A Secretária-Executiva do CNS ressaltou que foi informada
1933 sobre o local da oficina da Plataforma Brasil um dia antes do evento, o que prejudicou a participação.
1934 **Deliberação: não houve.** A seguir, a Secretária-Executiva do CNS solicitou a indicação de um
1935 representante do CNS para a Oficina de dirigentes para avaliação das ações de saúde do trabalhador,
1936 a ser realizada pela SVS/MS. Data: 17 de novembro de 2009. Local: Brasília. **Indicação: Conselheira**
1937 **Maria Izabel da Silva.** Também informou que a ANVISA convidou o CNS para atividade de fechamento
1938 dos fóruns de vigilância sanitária. Data: 24 e 25 de novembro de 2009. **Deliberação: o Pleno decidiu**
1939 **não indicar representante porque coincide com a eleição do CNS. De todo modo, o Pleno**
1940 **solicitará o resultado da atividade.** Na seqüência, Conselheira **Rozângela Santos** informou que foi
1941 disponibilizado documento com solicitação de pauta do GT de Transplantes do CNS no mês de
1942 dezembro de 2009. Destacou que alguns itens da Portaria do novo Marco Regulatório do Sistema
1943 Nacional de Transplantes não constaram da consulta pública e, portanto, não foram discutidos. Assim,
1944 é preciso discutir vários itens importantes da Portaria. **Deliberação: a solicitação será discutida na**
1945 **próxima reunião do CNS, considerando as limitações de pauta para Reunião Ordinária do CNS**
1946 **do mês de dezembro.** Definido esse ponto, clarificou que o Seminário da Conferência de Sistemas
1947 Universais de Saúde não é aberto aos conselheiros, pois participam apenas os delegados estaduais.
1948 Seguindo, Conselheiro **Geraldo Adão Santos** falou das justificativas do Senado Federal para apurar a
1949 falsificação de medicamentos e equipamentos na área da saúde, destacando, dentre elas uma fábrica
1950 flutuante (navio de bandeira chinesa localizado a 200 milhas da costa brasileira que vem produzindo
1951 material de consumo médico como, por exemplo, seringas e agulhas descartáveis). Desse modo,
1952 propôs que o CNS solicite posicionamento da ANVISA e da Polícia Federal a respeito das denúncias.
1953 De posse dessa manifestação, sugeriu pautar o tema com convite ao Senador Romeu Tuma na
1954 perspectiva de apoiar a CPI. **Deliberação: a assessoria parlamentar fará levantamento sobre a**
1955 **situação e apresentará à Mesa Diretora do CNS. O indicativo é de pautar esse tema na reunião**
1956 **ordinária do Conselho do mês de janeiro de 2010.** Na seqüência, conselheiro **Clóvis Boufleur**
1957 apresentou minuta de recomendação, conforme indicado no primeiro dia de reunião. Com a
1958 contribuição do Conselheiro **Antônio Alves**, Conselheiro **Clóvis Boufleur** apresentou novo texto que
1959 recomenda: ao Ministério da Saúde, Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão e à Casa Civil da
1960 Presidência da República que sejam realizados esforços imediatos para publicação da Medida
1961 Provisória que propõe a reestruturação do subsistema de saúde indígena e institui a Secretaria
1962 Especial da Saúde Indígena no âmbito do Ministério da Saúde. **Deliberação: a recomendação da**
1963 **CISI/CNS foi aprovada.** Conselheiro **Raimundo Sotero** registrou que no dia 14 de novembro
1964 comemora-se o Dia Mundial do Diabetes (a data é comemorada desde 1991 e é feita em 181 países).
1965 Ressaltou que o tema 2009 é “Diabetes, compreender para controlar”. Destacou a importância do
1966 trabalho da FENAD, informando a adesão de 1.200 cidades. Também chamou a atenção para o
1967 número de casos de diabetes no país (mais de 11% da população) e no mundo. O vice-presidente da
1968 FENAD em Brasília, **Paulo Roberto**, informou a realização do evento alusivo ao Dia Mundial do
1969 Diabetes, na data de 14 de novembro de 2009, no parque da cidade de Brasília, com participação do
1970 Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde do DF. Também comunicou que nesse dia os principais
1971 monumentos serão iluminados com a cor azul que representa a luta do movimento. Conselheira **Maria**
1972 **Izabel da Silva** convidou os conselheiros para a reunião da CIST nos dias 18 e 19 de novembro de
1973 2009, em Brasília, com debate sobre a saúde das trabalhadoras domésticas. Além disso, comunicou
1974 que a Portaria da RENAST foi publicada, desconsiderando as contribuições da CIST e sem a
1975 apreciação do Pleno do CNS. **Deliberação: solicitar que a Portaria seja submetida à apreciação do**
1976 **Pleno para debate e nova publicação.** Conselheira **Lucimar Batista** justificou a sua ausência no
1977 período da tarde e informou que o MORHAN representará os usuários no CEP da Faculdade de Saúde
1978 e Ciências Humanas e Tecnologias do Piauí. Na seqüência, a Secretária-Executiva do CNS informou
1979 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 seqüência,
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 seqüência, 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 pautar 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 Carvalho, 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 Catanocce, Maria Thereza Almeida Antunes e Rildo Mendes.**