



1
2
3
4
5
6 **MINISTÉRIO DA SAÚDE**
7 **CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**
8
9

10 **ATA DA DUCENTÉSIMA DÉCIMA NONA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO NACIONAL DE**
11 **SAÚDE – CNS**
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

Aos dezesseis e dezessete dias mês de março de dois mil e onze, 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 Décima Nona Reunião Ordinária do CNS. **ABERTURA DA REUNIÃO DO CNS** – *Composição da mesa:* Conselheira **Jurema Werneck**, Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares** e **Rozângela Fernandes Camapum**, Secretária-Executiva do CNS. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares**, representante do movimento de mulheres, abriu a reunião em comemoração ao dia internacional da mulher, 8 de março, uma data definida em homenagem às mulheres operárias que morreram em uma fábrica, em 1857, lutando por melhores condições de trabalho. Ressaltou a luta para viabilizar um mundo onde mulheres, apesar de diferentes, tenham os mesmos direitos dos homens e sejam respeitadas na condição de mulheres. Disse que muito se avançou nos últimos anos, inclusive com a escolha da primeira presidente mulher do Brasil, mas ainda há muito a ser feito. Também ressaltou que as mulheres estão buscando recuperar o afeto, a troca de carinho, o amor. Conselheira **Jurema Werneck** fez a leitura da carta do CNS encaminhada às conselheiras pelo dia internacional da mulher. Por fim, Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares** conclamou a todos para trocar carinho com um ato de celebração e aproximação. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DA ATA DA 218ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS** – a aprovação da ata foi adiada para o segundo dia reunião. **ITEM 2 – PRESTAÇÃO DE CONTAS DO CNS/2010** – *Composição da mesa:* Dr. Renato Tasca, coordenador da Unidade Técnica de Serviços de Saúde da **OPAS/OMS** do Brasil; **Rozângela Fernandes**, Secretária-Executiva do CNS. Coordenação: Conselheira **Jurema Werneck**, da Mesa Diretora do CNS. A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, apresentou a prestação de contas do CNS relativa ao 4º trimestre de 2010, que, conforme determinação do Pleno, já havia sido apresentada à COFIN. 1) Eventos: Dotação Inicial: R\$ 1.301.268,10; Suplementação: R\$ 597.910,00; Dotação Atualizada: R\$ 1.899.178,10; Empenhado: R\$ 1.557.730,78; Liquidado e pago: R\$ 1.557.730,78; 2) Passagens: Dotação Inicial: R\$ 3.151.215,00; Remanejamento: - R\$ 349.192,00 (incluído no item publicações); 3) Diárias: Dotação inicial: R\$ 1.719.083,90; Empenhado: R\$ 1.618.912,06; 4) Capital: Dotação inicial: R\$ 960.000,00; Remanejamento: - R\$ 860.000,00; Dotação atualizada: R\$ 100.000,00; 5) OPAS TC 23: Dotação inicial: R\$ 1.500.000,00; Suplementação: R\$ 1.125.000,00; Dotação atualizada: R\$ 2.625.000,00 (recurso a ser utilizado em 2011); 6. Publicações: Dotação inicial: R\$ 8.631.567,00; Suplementação: R\$ 513.718,00; Dotação atualizada: R\$ 9.494.477,00; Empenhado: R\$ 7.588.117,12 (diferença entre a dotação atualizada e o empenhado foi de R\$ 1.906.359,88); Total: nível de empenho: 79,9%; e nível e liquidação: 92,4%. Após esse panorama geral, passou ao detalhamento de cada um dos itens do orçamento: a) 44ª Reunião Extraordinária do CNS: R\$ 85.482,78; b) Seminário Nacional de Atenção Primária em Saúde e sobre as Relações Público Privado no SUS: R\$ 293.991,00; c) XVII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde: R\$ 1.125.636,00; d) Caravana em Defesa do SUS – Recife/PE: R\$ 52.621,00; Total de empenho: R\$ 1.557.730,78. Da dotação atualizada para eventos de R\$ 1.899.178,10 foi gasto R\$ 1.557.730,78. A respeito das passagens, foi gasto R\$ 1.437.282,28 do orçamento previsto de R\$ 2.802.023,00, resultando no percentual de 85% de pagamento e 51% de nível de empenho. Acerca das diárias, foi empenhado o montante de R\$ 1.618.912,06 e liquidado e pago R\$ 1.606.691,36. Do total de diárias de R\$ 1.719.083,90, foi empenhado R\$ 1.618.912,06, sendo 94% de liquidação. Para impressão de publicações do CNS foi empenhado R\$ 200.392,00 e para impressão da Cartilha da COFIN R\$ 148.800,00, portanto, com as publicações do Conselho foi possível empenhar R\$ 349.192,00. Detalhou os recursos não utilizados em 2010 no montante de 1.906.359,88: Eventos: R\$ 341.447,32; Passagens: R\$ 1.364.740,72; Diárias: R\$ 100.171,84; e Capital: R\$ 100.000,00. Esse recurso não foi utilizado por conta de atividades não autorizadas, adiadas para 2011 e que foram custeadas por outros órgãos. As atividades não autorizadas foram as seguintes: Impressão do Relatório Final da I Conferência Mundial

57 sobre o Desenvolvimento de Sistemas Universais de Seguridade Social (ICMDSUSS): R\$ 324.000,00;
58 Impressão do Jornal do CNS: R\$ 273.240,00; Realização da Plenária Nacional de Políticas Públicas
59 em Saúde: R\$ 742.921,80; Utilização do Capital: R\$ 100.000,00; Total: R\$ 1.440.161,80. A atividade
60 adiada para 2011 foi o Seminário de Residência Multiprofissional: R\$ 150.000,00. As despesas
61 custeadas por outros órgãos foram as seguintes: Passagens pagas pela SGEP (ICMDSUSS) por meio
62 do TC44: R\$ 300.000,00. Total: R\$ 1.890.161,80. Nesse ponto, a Secretaria-Executiva informou que o
63 Ministério do Planejamento e Orçamento reduziu a margem de empenho do Ministério da Saúde em
64 2010, assim, algumas ações do CNS não foram autorizadas. Dessa maneira, ressaltou a importância
65 de planejar as atividades, evitando adiá-las para não haver prejuízos para o Conselho. Em seguida,
66 detalhou a proposta de aplicação do orçamento empenhado em 2010 para aplicação em 2011 via
67 OPAS: Relatório da I Conferência Mundial sobre Desenvolvimento de Sistemas Universais de
68 Seguridade Social e de Saúde: R\$ 135.000,00; Pesquisa das deliberações da 12^a e 13^a Conferência
69 Nacional de Saúde: R\$ 140.000,00; Manual de orientação ao Poder Judiciário acerca do controle
70 social no Sistema Único de Saúde e Manual de orientação aos CES e CMS sobre encaminhamento de
71 demandas a cerca do controle social: R\$ 200.000,00; Laboratório de Inovação em Experiências de
72 Participação Social: R\$ 330.000,00; Viagens: R\$ 800.000,00; Contratação de Consultores: R\$
73 795.000,00; Lanche: R\$ 100.000,00; e Total: R\$ 2.500.000,00. Nesse ponto, a Secretaria-Executiva
74 do CNS explicou a proposta de Laboratório de Inovação em Experiências de Participação Social que
75 visa fazer uma pesquisa em nível nacional e internacional de experiências de participação social. Em
76 sendo aprovada, o Plenário deveria indicar um GT para acompanhar o projeto. Dr. Renato Tasca, da
77 OPAS/OMS, detalhou a proposta de Laboratório de Inovação em Experiências de Participação Social que
78 tem por objetivo pesquisar no Brasil e no mundo as inovações em experiências de participação
79 social na saúde e em outras áreas sociais e identificar as mais interessantes e possíveis de serem
80 adaptadas ao Brasil. O resultado da pesquisa será apresentado em um manual, com ampla
81 divulgação (10 mil cópias, disponibilização na internet e publicação em outras línguas). E, por fim, será
82 realizado evento internacional para divulgar o resultado desse trabalho e promover debate mais
83 amplo. Disse que será um ganho discutir o resultado da pesquisa na 14^a CNS e será importante um
84 grupo de conselheiros do CNS (comitê gestor do projeto) para visitar experiências específicas e
85 verificar como reproduzi-las no Brasil. Ressaltou que a intenção é concluir os produtos até o mês de
86 outubro de 2011, possibilitando o debate na 14^a CNS. **Manifestações.** Conselheiro **Fernando Luiz**
87 **Eliotério** disse que, ao analisar a prestação de contas da SE/CNS, a COFIN manifestou preocupação
88 com o baixo nível de empenhamento, mas acatou as justificativas apresentadas. De todo modo, frisou
89 a importância de planejar melhor as atividades do CNS, a fim de evitar perda de recursos e otimizar a
90 execução orçamentária. Conselheiro **Clóvis Boufleur** chamou a atenção para o custo da Pesquisa
91 das deliberações das 12^a e 13^a Conferências Nacionais de Saúde e salientou que é preciso pensar em
92 uma estratégia de utilização. Também defendeu uma devolutiva acerca do resultado do Laboratório de
93 Inovação em Experiências de Participação Social. Por fim, destacou o alto custo dos lanches para as
94 reuniões do CNS. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** destacou que a suspensão das reuniões das
95 Comissões contribuiu para baixa execução dos recursos principalmente das passagens e diárias.
96 Também perguntou se a não execução da totalidade do Orçamento do CNS de 2010 poderia
97 prejudicar a proposta orçamentária 2011. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** fez um destaque
98 para o expressivo aumento do orçamento do CNS nos últimos anos (de R\$ 400 mil, em 2003 para R\$
99 11 milhões) e sugeriu incluir nas publicações do CNS a **Coletânea de Normas** para o Controle Social
100 no SUS. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares** perguntou sobre a empresa responsável pela
101 emissão de passagens haja vista os problemas ocorridos no último mês. Também quis saber como
102 resolver, em nível administrativo, a questão dos conselheiros servidores federais que recebem diária
103 menor que os demais conselheiros. Conselheiro **Volmir Raimondi** também discordou da diária
104 diferenciada para as reuniões do CNS e para as das comissões, pois o conselheiro está na condição
105 de representante do CNS nas duas atividades. **Retorno da mesa.** A Secretaria-Executiva do CNS,
106 **Rozângela Fernandes**, informou que o orçamento para a Pesquisa das deliberações da 12^a e 13^a
107 Conferência Nacional de Saúde é uma estimativa para realizar o estudo e publicá-lo. No caso de
108 diferença de valores, será apresentado ao Pleno. Também informou que a redução do valor médio de
109 passagens não traz prejuízos por ser a média gasta pelo CNS com este item. Explicou que, para
110 2011, foi empenhado orçamento para as seguintes publicações: Agenda Política do CNS, pasta do
111 CNS, folder sobre o CNS em três idiomas, Carta dos Usuários do SUS (aguarda definição); e Relatório
112 das Caravanas do SUS. A Coletânea de Normas está paga, mas não foi encaminhada para
113 publicação porque depende da aprovação da Resolução nº 333. Disse que a agência de passagens é
114 contratada pelo Ministério da Saúde por licitação e no momento há um problema pontual. Disse que o
115 Presidente do CNS conseguiu a liberação das passagens para a reunião do Pleno e o Gabinete do
116 Ministro da Saúde está resolvendo o problema. Sobre as diárias, esclareceu que a demanda por um
117 mesmo valor independente do evento é histórica e, após várias tentativas, a CONJUR emitiu parecer

118 jurídico favorável à diária no mesmo valor independente da atividade. Na posição da CONJUR, há
119 uma lacuna no decreto que disciplina a matéria, portanto, será solicitada alteração desse decreto à
120 Casa Civil. Também informou que encaminhou ao MPOG a reivindicação de que a diária paga aos
121 conselheiros servidores federais seja a mesma paga aos demais conselheiros, mas essa questão
122 depende de alteração do decreto que disciplina a matéria. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** fez
123 uso da palavra para enfatizar que a baixa execução de itens do orçamento do CNS de 2010 não
124 prejudicou o Orçamento CNS 2011. **Deliberação: aprovada a prestação de contas do CNS relativa**
125 **ao 4º trimestre de 2010; e aprovada a constituição de um GT para acompanhar o Laboratório de**
126 **Inovações (indicação dos nomes até o dia 30 de março).** Conselheira **Jurema Werneck**, após
127 agradecer a presença do representante da OPAS/OMS, encerrou este item. **RELATÓRIO DE**
128 **GESTÃO DO CNS 2010** – A Secretaria-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**,
129 apresentou o Relatório de Gestão do Conselho Nacional de Saúde, conforme Decisão Normativa do
130 Tribunal de Contas da União nº 107/2010. Explicou que antes o Relatório era feito pela SGEP/MS,
131 mas a Decisão do TCU nº. 107 orientou que, apesar da unidade orçamentária do CNS estar localizada
132 na Secretaria, o CNS deveria elaborar o documento em separado. Sendo assim, foi iniciada a
133 elaboração do Relatório que deverá ser entregue ao TCU até 30 de março de 2011. Também disse
134 que o documento fora apresentado à COFIN/CNS e recebeu sugestões. Começou explicando que o
135 Relatório de Gestão é uma ferramenta de controle e avaliação que busca a transparência das ações
136 realizadas pelos órgãos públicos. Portanto, a apresentação do Relatório do Conselho Nacional de
137 Saúde é uma forma de prestação de contas com a sociedade, mostrando como o Conselho utilizou os
138 recursos públicos, quais são suas competências, o planejamento em médio prazo e principalmente os
139 objetivos alcançados. Detalhou os itens que compõem o Relatório de Gestão: 1- Objetivos e metas
140 físicas e financeiras - serão apresentados os objetivos, juntamente com as metas físicas e financeiras
141 a serem alcançadas pelo Conselho. Essa parte se subdivide nas responsabilidades institucionais do
142 Conselho e de suas subdivisões, Plenário, Mesa Diretora, Presidência, Secretaria-Executiva,
143 Comissões e Grupos de Trabalho. Objetivos e metas físicas e financeiras é constituído por:
144 Responsabilidades institucionais do Conselho Nacional de Saúde, Responsabilidades institucionais do
145 Plenário, Responsabilidades institucionais da Mesa Diretora, Responsabilidades institucionais da
146 Presidência, Responsabilidades institucionais da Secretaria-Executiva, Responsabilidades
147 institucionais das Comissões e Responsabilidades institucionais dos Grupos de Trabalho. 2 -
148 Estratégia de atuação frente às responsabilidades institucionais: planejamento do Conselho, principais
149 ações do Conselho em 2010 e ações do Plenário, Mesa Diretora, Presidente, Secretaria-Executiva,
150 Comissões e Grupos de Trabalho. 3 - Desempenho Orçamentário/Financeiro (Prestação de Contas). 4
151 - Informações sobre recursos humanos da unidade. 5 - Informações sobre transferências mediante
152 Termo de Cooperação (OPAS). 6 - Informações sobre o cumprimento das obrigações estabelecidas
153 na Lei nº 8.730, de 10 de novembro de 1993, relacionadas à entrega e ao tratamento das declarações
154 de bens e rendas. (DAS). 7 – Informações sobre consultores contratados na modalidade “produto” no
155 âmbito dos projetos de cooperação técnica com organismos internacionais (OPAS). Concluída a
156 apresentação, solicitou aos conselheiros que não divulgassem o Relatório porque não estava
157 concluído. Tão logo fosse finalizado, seria encaminhado aos conselheiros e colocado no site do CNS.
158 Também disse que estava em debate a possibilidade de tornar o CNS uma unidade orçamentária e
159 essa questão seria trazida ao Plenário para decisão. **Manifestações.** Conselheira **Eliane Aparecida**
160 **da Cruz** avaliou que a decisão do TCU mostra a importância de o CNS tornar-se uma unidade
161 orçamentária. Conselheiro **Luiz Odorico de Andrade** saudou as mulheres pelo dia 8 de março e
162 destacou a agenda da Presidente Dilma voltada à mulher. Informou que na reunião da SGEP com a
163 Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde manifestou o anseio da Secretaria de o CNS tornar-se
164 uma unidade orçamentária. Disse que essa questão está sendo analisada e será trazida para o
165 Plenário do Conselho. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** informou que a COFIN debaterá na
166 próxima reunião a proposta de transformar o CNS em uma unidade orçamentária. Também reiterou
167 que a Comissão apresentou contribuições ao Relatório de Gestão a ser contemplada no próximo
168 documento. Conselheira **Jurema Werneck** informou que o Relatório será enviado ao TCU no final do
169 mês. **Deliberação: aprovado o Relatório de Gestão do Conselho Nacional de Saúde 2010.**
170 **PROPOSTA ORÇAMENTÁRIA DO CNS/2011** – A Secretaria-Executiva do CNS, **Rozângela**
171 **Fernandes Camapum**, submeteu à apreciação do Pleno a Proposta Orçamentária do CNS 2011.
172 Detalhou o Orçamento previsto para o Conselho Nacional de Saúde em 2011 no total de R\$
173 9.286.000,00: 1. Passagens, diárias e indenização de embarque e desembarque: 1.1. Reuniões
174 Ordinárias: 44 integrantes; Valor da passagem: R\$ 830,00; total (doze reuniões): R\$ 912.252,00; 1.2.
175 Reuniões Extraordinárias (duas): R\$ 152.042,00; 1.3. Plenária Nacional de Conselhos: doze reuniões
176 com quatro coordenadores em cada reunião: R\$ 71.304,00; 1.3.3. Reuniões da Coordenação da
177 Plenária Nacional de Conselhos de Saúde (quatro reuniões com 25 coordenadores cada): R\$
178 148.550,00; 1.3.4. Reunião Extraordinária da Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de

179 Saúde: R\$ 31.532,50. Total final da Plenária de Conselhos: R\$ 251.386,50. 1.4. Reuniões da Mesa
180 Diretora do CNS (doze reuniões sendo seis integrantes custeados pelo CNS): R\$ 101.268,00. 1.5.
181 Reuniões das Comissões: 1.5.1 - 21 Comissões com dez membros cada – reuniões trimestrais, com
182 média de custeio de sete integrantes no total de R\$ 436.737,00. Nesse ponto, a Secretaria-Executiva
183 informou o Pleno sobre o Decreto Presidencial que determinou a redução de 50% das despesas com
184 diárias e passagens para justificar a proposta de reduzir para duas as reuniões das Comissões, exceto
185 as que se reúnem mensalmente. Acrescentou que a intenção é comprar equipamento de
186 videoconferência para o CNS visando realizar, além das duas reuniões presidenciais, duas por
187 videoconferência. Posteriormente, o Pleno poderia avaliar a possibilidade das quatro reuniões serem
188 por vídeo conferência. Explicou que esse equipamento custa R\$ 800 mil, mas o CNS não dispõe
189 desse recurso. Segundo, continuou a detalhar o item Comissões: 1.5.2 – Comissão com dez
190 integrantes - reunião mensal (COFIN): R\$ 124.782,00; 1.5.3 – três Comissões com dezesseis
191 membros sendo: 1.5.3.1 - Comissão com reunião mensal (CIRH) – dois dias, dez integrantes
192 custeados pelo CNS: R\$ 178.260,00; 1.5.3.2 - Comissão com reunião mensal (CONEP) – três dias,
193 com 22 integrantes: R\$ 451.360,80; 1.5.3.2.1 - Comissão com reunião mensal (CONEP - Reunião
194 Extraordinária) – três dias: R\$ 32.681,00; 1.5.3.3 - Comissão com reunião trimestral (CIST) – dois
195 dias: R\$ 32.681,00; Total final das reuniões das Comissões do CNS: R\$ 1.256.501,80. 1.6 – Eventos
196 Externos: 1.6.1 – Congressos CONASEMS, ABRASCO e Rede UNIDA – média de oito representantes
197 para cada evento: R\$ 46.413,60; 1.6.2 – Outras Participações por indicação (CNS) – média de 61
198 eventos: R\$ 30.615,00. 1.7 – Eventos Temáticos: 1.7.1 - 14^a Conferência Nacional de Saúde (está
199 tentando incluir a 14^a CNS nos eventos especiais e acredita que não haverá cortes): 1.7.1.1 – Comitê
200 Executivo – sete reuniões e o CNS arcará com as despesas de dois integrantes: R\$ 17.658,20; 1.7.1.2
201 – Comissão Organizadora – dez reuniões com dezoito integrantes custeados: R\$ 227.034,00; 1.7.1.3 -
202 Realização da 14^a Conferência Nacional de Saúde: média de 170 passagens e diárias: R\$
203 456.110,00; Total final da 14^a Conferência Nacional de Saúde: R\$ 700.802,20. 1.7.2 – Plenária
204 Nacional de Políticas Públicas em Saúde - Judicialização e Serviço Civil em Saúde. Participantes: 700
205 pessoas. Total: R\$ 742.921,80 (em sendo aprovada, será necessário compor GT para definir
206 programação). 1.7.3 – Grupo de Trabalho Plataforma Brasil/CONEP. Integrantes: 10, sendo três
207 arcados pelo CNS – dez integrantes. Total: R\$ 44.565,00. 1.7.4 – Oficinas Regionais da CONEP.
208 Total: R\$ 250.000,00. 1.7.5 – Oficinas Nacional da COFIN: R\$ 150.000,00. 1.7.6 - Seminário de
209 Residência Multiprofissional: R\$ 250.000,00. Total final dos eventos temáticos: R\$ 2.343.369,00. 1 -
210 Soma final (parcial): R\$ 5.153.848,40. 2- Plenária Nacional de Conselhos de Saúde: R\$ 1.127.902,00.
211 3 - 11º Termo de Ajuste ao 23º Termo de Cooperação e Assistência Técnica entre o Ministério da
212 Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS: R\$ 2.574.102,30. 4 - Impressão da revista
213 do CNS: R\$ 112.000,00. 5 – Capital: R\$ 218.147,30. 6 - Material Gráfico: R\$ 100.000,00. Total dos
214 gastos estimados (1+2+3+4+5): R\$ 9.286.000,00. Orçamento previsto para o Conselho Nacional de
215 Saúde: R\$ 9.286.000,00. **Manifestações.** Conselheira **Maria do Espírito Santo** manifestou
216 preocupação com a proposta de reduzir o número de reunião das Comissões e discordou da sugestão
217 de reuniões por videoconferência. Conselheiro **José Eri de Medeiros**, primeiro, destacou que o valor
218 do Orçamento do CNS 2011 por entender que representa um investimento expressivo no controle
219 social. Também manifestou preocupação com a proposta de diminuir o número de reuniões das
220 Comissões, por entender que prejudicaria as atividades destas. No mais, destacou que o limite de
221 quarenta diárias traz prejuízos às atividades dos conselheiros e citou, a título de exemplo, que
222 participa de três GTs, além das Comissões. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** cumprimentou
223 a Secretaria-Executiva pela apresentação detalhada do Orçamento do CNS 2011 e pela proposta de
224 videoconferência. Também perguntou se há um limite de diárias para os conselheiros de saúde e se
225 foi previsto orçamento para estruturar melhor a comunicação interna do CNS. Conselheira **Nildes de**
226 **Oliveira Andrade** solicitou maiores esclarecimentos sobre a situação das reuniões das Comissões
227 previstas na Lei Orgânica da Saúde e solicitou maiores informações acerca da proposta de reuniões
228 das comissões por videoconferência, haja vista os problemas enfrentados quando estas são
229 realizadas pelo skype. Conselheira **Lígia Bahia** ressaltou a importância de garantir orçamento para
230 investir na comunicação interna do CNS e sugeriu reservar o montante de R\$ 5 mil para realizar
231 pesquisa sobre o CNS. A respeito das passagens e diárias, sugeriu que entidades como as
232 empresariais não fossem financiadas pelo Conselho, visto que representaria economia para o CNS.
233 Conselheiro **Expedito Solaney Magalhães** cumprimentou a SE/CNS pela peça orçamentária e, a
234 respeito do orçamento do Termo de Ajuste ao 23º Termo de Cooperação e Assistência Técnica entre
235 o Ministério da Saúde e a OPAS, no valor de R\$ 2.574.102,30, perguntou se esse montante era
236 realmente necessário, uma vez que se destina à contratação de consultorias e realização de eventos
237 internacionais. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** enfatizou a importância de equipamento de
238 videoconferência para o CNS, por entender que atenderá outras demandas, além das Comissões do
239 CNS. A respeito das reuniões presenciais, destacou que há um limite posto para o governo federal

240 como um todo e é preciso considerá-lo no debate. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** sugeriu
241 destinar orçamento para desenvolver um plano de capacitação do corpo técnico da SE/CNS. Sobre o
242 limite de diárias (40), solicitou maiores esclarecimentos e sugeriu negociar a ampliação do número.
243 Conselheiro **Luiz Odorico de Andrade** cumprimentou a SE/CNS pelo trabalho e lembrou que se deve
244 somar ao Orçamento do CNS mais R\$ 7 milhões relativo ao custeio da 14ª CNS. Também disse que é
245 possível trabalhar por meio de termo de cooperação com a OPAS a proposta de pesquisa sobre o
246 controle social e solicitou à conselheira Lígia Bahia que apresente proposição nesse sentido. Além
247 disso, é possível firmar parceria com a Organização para desenvolver plano de capacitação do corpo
248 técnico da SE/CNS, conforme sugerido pela conselheira Ruth Bittencourt. Também colocou a SGEP à
249 disposição para comprar equipamento de videoconferência para o CNS, pois a iniciativa contribui para
250 fortalecer o controle social. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** avaliou que os recursos destinados
251 ao CNS justificam-se pelo relevante papel desse colegiado na sociedade. Conselheira **Maria do**
252 **Espírito Santo Tavares** registrou, para debate posterior, a proposta de realizar a II Conferência de
253 Saúde da Mulher em 2012. **Retorno da mesa.** A Secretaria-Executiva do CNS, **Rozângela**
254 **Fernandes Camapum**, primeiro, respondeu que a redução do número de reuniões das Comissões
255 que não se reúnem mensalmente visa, inclusive, atender o decreto presidencial que determinou a
256 redução de 50% das despesas com diárias e passagens. Frisou que a videoconferência é um avanço
257 e agradeceu a SGEP pela parceria. Citou, por exemplo, o êxito da videoconferência sobre a dengue
258 que contou com a participação dos 27 conselhos Estaduais e de cerca de sessenta conselhos
259 municipais. Disse que CIRH, COFIN e CONEP continuarão a reunir-se mensalmente e as demais
260 Comissões se reunirão conforme demanda do Pleno. De todo modo, sugeriu aguardar a reunião da
261 Mesa Diretora do CNS com as coordenações das Comissões para definir essas e outras questões.
262 Lembrou, inclusive, que a videoconferência poderá ser utilizada para debate da 14ª CNS. Também
263 informou que serão contratados mais dois jornalistas por meio do convênio com a OPAS e é possível
264 realizar a pesquisa solicitada via Organização. Esclareceu ainda que o recurso destinado a I
265 Conferência Mundial (R\$ 4 milhões) foi todo gasto e a SGEP arcou com R\$ 1 milhão além desse valor.
266 Detalhou que o Termo de Cooperação com a OPAS (2012) prevê, a princípio, a contratação de
267 consultores (R\$ 1.654 milhão), eventos de políticas públicas (R\$ 200 mil), laboratório (R\$ 320 mil) e
268 lanche (R\$ 100 mil). A respeito da capacitação da equipe técnica do CNS, informou que os servidores
269 fazem os cursos oferecidos pelo Ministério da Saúde. Também está previsto no orçamento de 2011 o
270 montante de R\$ 32 mil para capacitação da área de informática. Contudo, em sendo necessário, é
271 possível firmar parceria com a OPAS ou SGEP para realizar capacitação. A respeito das diárias,
272 explicou que o Decreto prevê que cada conselheiro poderá ter no máximo 40 diárias/ano e essa
273 determinação é um problema para a SE/CNS. Por essa razão, está em elaboração uma justificativa na
274 tentativa de flexibilizar essa questão. De todo modo, frisou que é preciso maior divisão entre os
275 conselheiros para representar o CNS nas atividades deste Colegiado e em eventos externos. Por fim,
276 informou que o atual Termo de Cooperação com a OPAS termina em outubro de 2011, mas está
277 trabalhando com o Ministério da Saúde um novo Termo. Conselheira **Jurema Werneck** submeteu a
278 proposta orçamentária do CNS 2011 à votação, com as sugestões dos conselheiros. **Deliberação:**
279 **aprovada a proposta orçamentária do CNS 2011, com as sugestões dos conselheiros.** A respeito
280 do limite de diárias, conselheiro **Clóvis Boufleur** sugeriu que a negociação seja feita com base no
281 total de 48 conselheiros, a fim de garantir margem de negociação mais flexível visto que alguns não
282 necessitam de diárias. A Secretaria-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, explicou
283 que a proposta era inviável porque aqueles que residiam em Brasília não constavam na proposta
284 orçamentária. Conselheira **Lígia Bahia** solicitou a palavra para propor o seguinte ponto de pauta para
285 a próxima reunião: acompanhamento do caso do menino no Rio de Janeiro que teve a perna
286 amputada por conta de problemas assistenciais. A respeito dessa demanda, conselheiro **Luiz**
287 **Odorico de Andrade** sugeriu incluir na pauta como informe para posterior desdobramento. Inversão
288 de pauta. **ITEM 3 – COMISSÃO PERMANENTE DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO –**
289 *Composição da mesa:* Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério**, coordenador da Comissão Permanente
290 de Orçamento e Financiamento (COFIN/CNS); **Francisco Funcia**, assessor da COFIN/CNS.
291 *Coordenação:* Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, da Mesa Diretora do CNS. Inicialmente,
292 Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** fez os seguintes destaques: no dia 3 de março de 2011, a
293 COFIN enviou a proposta de redação para o PLDO 2012; disponibilizada a apresentação da análise
294 feita pela COFIN da execução orçamentária do Ministério da Saúde e do Relatório Trimestral de
295 Prestação de Contas do Ministério da Saúde - 4º Trimestre/2010; e disponibilizado cronograma de
296 elaboração do PPA 2012-2015. Também informou o Pleno sobre a audiência na Câmara dos
297 Deputados, no período da tarde, para retomar o debate do financiamento da saúde e, a esse respeito,
298 destacou o texto do prof. Gilson Carvalho que aponta a necessidade de mais recursos para a saúde.
299 Por fim, disse que na próxima reunião o representante do Ministério da Saúde detalharia melhor essa
300 questão. Antes de iniciar a apresentação, o assessor da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, sugeriu

301 fazer uma primeira apresentação da análise da prestação de contas para instrumentalizar o debate na
302 próxima reunião do CNS com a presença da SPO/MS. As eventuais dúvidas sobre o relatório do
303 Ministério da Saúde e a análise da COFIN poderiam ser enviadas à Comissão. Acatado o
304 encaminhamento, o assessor da COFIN passou à apresentação da análise da Execução
305 Orçamentária do Ministério da Saúde e do Relatório Trimestral de Prestação de Contas do Ministério
306 da Saúde - 4º Trimestre/2010. Explicou que a análise da Execução Orçamentária e Financeira do
307 Ministério da Saúde, no período de janeiro a dezembro/2010 divide-se em: Introdução:
308 Contextualização da Execução Orçamentária; Ações e Serviços Públicos de Saúde: 1ª Parte:
309 Indicadores Macro-Orçamentários, 2ª Parte: Detalhamento por Itens e Unidades e 3ª Parte: Destaques
310 do Relatório da SPO/MS; e Observações Finais. Ressaltou que o relatório a ser apresentado é
311 resultado dos debates dos integrantes da COFIN/CNS. Na introdução, Contextualização da Execução
312 Orçamentária do Ministério da Saúde, explicou que são apresentadas tabelas que apresentam a
313 evolução das Receitas e Despesas Selecionadas da União e Decreto Federal sobre os Restos a
314 Pagar. Esclareceu que, segundo o Decreto nº 7.418, de 31 de dezembro de 2010, os Restos a Pagar
315 não processados, inscritos nos exercícios financeiros de 2007, 2008 e 2009, relativos às despesas do
316 Ministério da Saúde e do Programa de Aceleração do Crescimento – PAC, permanecem válidos após
317 31 de dezembro de 2010 e fica prorrogado, até 30 de abril de 2011, o prazo de validade dos restos a
318 pagar não processados das demais despesas inscritos nos exercícios financeiros de 2007, 2008 e
319 2009. Sobre a Receita, destacou crescimento de 14,80% no período de janeiro a dezembro de 2010.
320 Esse desempenho foi condicionado pela combinação do crescimento econômico com a redução dos
321 benefícios tributários, como ocorreu em relação ao IPI, e com a elevação do IOF. O crescimento da
322 receita corrente correspondeu ao percentual da variação do PIB (14,80% X 14,58%). A Receita
323 Corrente cresceu 14,80% em 2010. Portanto, há uma contradição a ser resolvida: crescimento
324 econômico X injustiça tributária - a receita corrente aumenta principalmente em função da aceleração
325 da atividade econômica; considerando a grande participação dos impostos indiretos em comparação
326 aos impostos diretos, a tributação torna-se cada vez mais injusta (em relação à capacidade
327 contributiva). Destacou que o Projeto de Lei de Reforma Tributária não resolve essa contradição. Além
328 disso, o Projeto de Reforma Tributária representa um retrocesso para as fontes de financiamento da
329 seguridade social (fim das contribuições), em especial para a saúde. Também fez os seguintes
330 destaques acerca das despesas: 1) Considerando o Grupo de Natureza de Despesa (Corrente),
331 somente "Demais Despesas Correntes" (do grupo "Outras Despesas Correntes") cresceram um pouco
332 mais que a variação do PIB (16,29% X 14,58%); "Pessoal e Encargos" e "Juros e Encargos da Dívida"
333 cresceram menos que a variação do PIB; 2) As despesas com juros e encargos da dívida representam
334 uma parcela significativa do orçamento da União (cerca de 3,4% do PIB), por exemplo, o dobro das
335 despesas da Função Saúde (cerca de 1,7% do PIB); e 3) A rigidez orçamentária pode ser constatada
336 pelas principais despesas por função e pelos grupos de natureza das despesas correntes, que
337 representam gastos obrigatórios pelo caráter essencial e/ou constitucional/legal. A respeito das Ações
338 e Serviços Públicos de Saúde, nos indicadores macro-orçamentários, continuam sendo incluídos nas
339 despesas totais os gastos com Farmácia Popular e Assistência Médica a Servidores e frisou que o
340 total do MS inclui inativos e dívidas que não são computadas para o cálculo da aplicação mínima
341 constitucional. Detalhou os conceitos utilizados: Dotação Inicial: valores aprovados na LOA; Dotação
342 Atualizada: valores aprovados na LOA acrescidos ou reduzidos em decorrência do processo de
343 abertura de créditos adicionais/suplementação orçamentária; Saldo Orçamentário em 31/12/2010:
344 saldos das dotações orçamentárias - valores não utilizados para empenho e que foram
345 automaticamente cancelados, que representam uma economia orçamentária; e Saldo a Pagar em 31
346 de dezembro de 2010: valores empenhados, mas não pagos até 31/12/2010; no início de 2011, foram
347 inscritos em Restos a Pagar referente a 2010. Destacou que a dotação atualizada em relação à
348 situação inicial cresceu R\$ 2,8 bilhões ou 5,17%. Em outros termos, o orçamento do Ministério da
349 Saúde aumentou durante 2010. Porém, 85% desse acréscimo não foi utilizado, ou seja, houve uma
350 economia orçamentária (saldo orçamentário no final do ano). Em suma, o orçamento inicial aprovado
351 pelo Congresso Nacional foi acrescido em R\$ 2,8 bilhões para as despesas com Ações e Serviços de
352 Saúde - OCC durante o ano de 2010, mas desse aumento somente R\$ 400 milhões foram utilizados.
353 Esse saldo orçamentário no final de 2010 resulta dos limites estabelecidos pelos Decretos de
354 Contingenciamento (que limitaram o uso da dotação atualizada de R\$ 56,8 bilhões para Ações e
355 Serviços de Saúde – OCC para movimentação e empenho): R\$ 53,1 bilhões (Decreto 7144, de
356 30/03/2010); R\$ 52,7 bilhões (Decreto 7189, de 30/05/2010); e R\$ 52,9 bilhões (Portaria 01, de
357 07/01/2011). Sobre a execução orçamentária, citou como exemplo o item Ações e Serviços de Saúde
358 – OCC, com destaque para: a) Dotação Atualizada: R\$ 56.820.346,3; b) Empenhado: R\$
359 54.439.103.501; c) Pago: R\$ 48.216.644.285; e d) Inscrição em Restos a Pagar: 6.222.459.216. Ou
360 seja, empenho de 95% da dotação, pago 88% do empenhado e 11% do empenhado inscrito em
361 Restos a Pagar. Fez os seguintes destaques em relação a Ações e Serviços de Saúde – OCC: a)

Nível de Empenho: 96%, abaixo de 98%, portanto, Regular; e menor que os 97,6% de 2009; b) Saldo a pagar elevado-inscrito em Restos a Pagar: 11,4%, menor que os 16,6% do ano anterior; e c) Decreto de Contingenciamento: limite autorizado de pagamento de R\$ 48,7 bilhões (Fonte: Relatório SPO/MS). A combinação desses dois pontos com a economia orçamentária citada anteriormente aponta para a necessidade de tornar mais eficiente a gestão, identificando os obstáculos internos e externos para a plena execução orçamentária e financeira (especialmente, os contingenciamentos). Na comparação entre 2010 X 2009, destacou: crescimento de 6,34% no valor empenhado em Ações e Serviços de Saúde (maior que a variação nominal do PIB de 5,06% em 2009, base de cálculo para computar os gastos mínimos para 2010). Porém, restam questões ainda não resolvidas, como os cancelamentos de restos a pagar ainda não compensados ou o cômputo indevido das despesas com Farmácia Popular e Assistência à Saúde dos Servidores (clientela fechada); menor nível de empenho, classificado como regular (abaixo de 98%). Por consequência, houve aumento expressivo (maior que R\$1 bilhão ou 73%) do Saldo Orçamentário; e no triênio 2008-2010, a economia orçamentária (saldo de dotações não utilizado) atingiu R\$ 6,5 bilhões, decorrente principalmente do contingenciamento. Ainda em comparação 2010 e 2009, salientou uma variação negativa expressiva do saldo a pagar (queda de 25% ou R\$ 2,2 bilhões), isto é, dos empenhos não pagos até o final do exercício (de R\$ 8,6 bilhões para R\$ 6,4 bilhões) e redução do nível de saldo a pagar (de 14,7% para 10,3% da despesa empenhada). Sobre os restos a pagar na saúde, explicou que: 50% dos restos a pagar inscritos/reinscritos referem-se às despesas empenhadas em 2010; o valor total de inscrição/reinscrição de 2011 é menor que a de 2010 (R\$ 12,6 bilhões < R\$ 13,2 bilhões); e Fundo Nacional de Saúde e FUNASA concentram no mínimo 93% dos restos a pagar para cada ano do período considerado. Diante desse quadro, fez os seguintes questionamentos para reflexão: restos a pagar muito antigos (desde 2003), serão pagos ou cancelados? Total ou parcialmente? Qual é o montante estimado para cada situação?; Valor acumulado elevado de restos a pagar: o que efetivamente pressionará a receita de 2011 em termos de desembolso financeiro? O que ainda restará pendente de pagamento (projeção)? Por que?; Qual é a estratégia (se houver) que o MS adotará em 2011 para realizar as despesas inscritas em Restos a Pagar e as fixadas no Orçamento de 2011, com o objetivo de reduzir o saldo a pagar em 31 de dezembro das despesas empenhadas em 2011 e dos Restos a Pagar em relação a 2010?; A disponibilidade orçamentária e financeira para o Ministério apresentada no Decreto Federal que regulamenta a execução orçamentária e financeira para 2011 é compatível com essa necessidade de execução? Quais foram os valores disponibilizados para empenho e pagamento do MS em 2011?. Também fez um destaque às tabelas com detalhamento da análise da execução por itens e unidades, explicando que a situação consolidada e por unidade da execução orçamentária de 2010 do Ministério piorou comparativamente a 2009. Das seis Unidades, quatro tiveram desempenho regular (FNS, FUNASA, FIOCRUZ e ANSS), uma adequado (GHC) e uma inadequado (ANVISA). Em seguida, fez comentários sobre as tabelas referentes a nível de empenhamento, saldo a pagar, empenho (consolidado por unidade) 2008 a 2010 e empenho (por itens) 2008 a 2010. Seguindo, passou aos destaque do Relatório Trimestral de Prestação de Contas – 4º Trimestre apresentado pela SPO/MS: a) Valores empenhado e liquidado das ações selecionadas estão idênticos, o que significa dizer que todas as despesas empenhadas foram liquidadas e isto efetivamente não corresponde à realidade. Sugestão da COFIN/CNS: verificar se essa informação pode ser revisada ou incluir a informação dos valores pagos até 31 de dezembro de 2010. b) As informações sobre as auditorias realizadas foram apresentadas por Estado e Município, além do número da auditoria, a finalidade e o período (Outubro-Dezembro/2010). Sugestões da COFIN para aprimoramento desse tópico nos próximos relatórios: além da informação do trimestre, incluir a do acumulado no ano; indicar o fato gerador e/ou demandante de cada auditoria (por exemplo: MP, CGU, TCU, denúncia, rotina do DENASUS, etc.); informar o estágio de cada auditoria, por exemplo: iniciada, em período de defesa, concluída, etc; para as auditorias concluídas, informar o resumo da conclusão: encontrada ou não irregularidades com categorias e aprofundamentos que o DENASUS julgar oportunos; e elaborar quadros-resumo com estes dados e definir parâmetros para comparar com anos anteriores. Como exemplo de resumo: auditorias mês a mês por estados e os totais ano e Brasil; resumo das finalidades, dos solicitantes, dos resultados etc. Finalizando, fez as seguintes observações: a versão preliminar da apresentação (de autoria do assessor Francisco Funcia) foi elaborada como subsídio para o debate sobre a execução orçamentária do Ministério da Saúde (referente ao 4º trimestre/2010). Esta versão final contou com a inclusão e revisão de slides para incorporação dos aspectos debatidos pelos participantes da Reunião COFIN de 2 de março de 2011. Os slides da 3ª Parte de Ações e Serviços de Saúde não integravam a versão preliminar e foram incluídos na versão final para incorporar os aspectos debatidos pelos participantes da COFIN com os representantes da SPO/MS sobre o Relatório Trimestral de Prestação de Contas – 4º Trimestre/2010 por eles apresentado na reunião de 2 de março de 2011. Além disso, foram analisadas as planilhas com os dados da execução orçamentária referente ao mês de dezembro (fechado) acumulados para o

423 ano de 2010, bem como o Relatório Trimestral de Prestação de Contas do Ministério da Saúde – 4º
424 trimestre/2010, ambos elaborados e encaminhados pela SPO/MS. Acrescentou que esses Relatórios
425 Trimestrais de Prestação de Contas passaram a ser elaborados e encaminhados para análise da
426 COFIN e do CNS em 2010, sendo que o do 4º trimestre foi encaminhado pela SPO/MS no prazo
427 estabelecido. Trata-se de antiga reivindicação da COFIN/CNS que, atendida a partir de 2010,
428 representou o cumprimento de mais uma etapa para o aprimoramento do processo de prestação de
429 contas das ações do Ministério da Saúde ao CNS. É importante destacar o esforço dos representantes
430 da SPO/MS para esse fim. Concluída a apresentação, a mesa abriu a palavra para breves
431 comentários, pois a análise seria objeto de debate na próxima reunião do Conselho, com a presença
432 do representante do Ministério da Saúde. Conselheiro **Luiz Odorico de Andrade** cumprimentou a
433 COFIN/CNS pelo trabalho e defendeu que o debate do financiamento seja uma agenda permanente
434 do CNS com foco sobre os gastos do país com a saúde (União, Estados e Municípios) e o recurso
435 necessário e estável para o setor. Além disso, salientou que o Conselho deve debater a execução
436 orçamentária do governo como um todo. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** sugeriu que a COFIN
437 debata essa questão e traga na próxima reunião do CNS. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério**
438 explicou que na próxima reunião da COFIN será feita análise do estudo do prof. Gilson Carvalho sobre
439 o financiamento da saúde e o tema será trazido ao Plenário. Conselheiro **José Eri de Medeiros** disse
440 que, para garantir financiamento estável, é preciso qualificar a proposta de investimento dos recursos
441 financeiros da área da saúde (definir com clareza onde os recursos serão investidos). Conselheiro
442 **Jorge de Almeida Venâncio** sugeriu o envio do artigo do prof. Gilson Carvalho “Domingueira -
443 financiamento saúde e seguridade social” para os conselheiros. **Deliberação: pautar o debate da**
444 **análise da Execução Orçamentária do Ministério da Saúde e do Relatório Trimestral de**
445 **Prestação de Contas do Ministério da Saúde - 4º Trimestre/2010 na próxima reunião ordinária**
446 **do CNS. Inversão de pauta. REVISÃO DA RESOLUÇÃO CNS-347 - armazenamento e utilização de**
447 **material biológico humano com finalidade de pesquisa. Composição da mesa:** Conselheira
448 **Gysélle Saddi Tannous**, coordenadora da CONEP/CNS; **Gabriela Marodin**, integrante da
449 CONEP/CNS; e **Paulo Henrique C. França**, integrante da CONEP/CNS. **Coordenação:** Conselheira
450 **Ruth Ribeiro Bittencourt**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous**
451 agradeceu a oportunidade de apresentar o resultado do trabalho de revisão da Resolução nº. 347/05,
452 que dispõe sobre armazenamento e utilização de material biológico humano com finalidade de
453 pesquisa. Explicou que esse processo de atualização iniciou-se em agosto de 2010 e contou com
454 consulta pública nacional de noventa dias (sessenta dias estendidos por mais trinta). Além disso,
455 destacou que o GT constituído para tratar do tema, coordenado pelos integrantes da CONEP,
456 **Gabriela Marodin e Paulo Henrique C. França**, ouviu opiniões dos vários segmentos sobre a
457 temática. Feitas essas considerações iniciais, a integrante da CONEP, **Gabriela Marodin**, falou sobre
458 a metodologia utilizada na compilação das contribuições à proposta. Começou pelas etapas do
459 processo de revisão da 347/05: apresentação da proposta de atualização ao Pleno do CNS, em
460 janeiro de 2010; consulta pública em abril de 2010; e compilação das sugestões. Explicou que a
461 proposta de revisão da 347/05 abrange terminologias de biobancos e biodepositórios, um dos desafios
462 da comunidade científica devido à dinamicidade da ciência e traz novidades acerca do termo de
463 consentimento livre e esclarecido. Acrescentou que esse processo foi realizado em parceria com a
464 comunidade científica, controle social, gestores. Frisou que a Resolução abrange a tramitação,
465 regulamentação e processos dos estudos que implicam material biológico no Sistema CEP/CONEP e
466 norteia as questões de aspectos éticos, legais, sociais e técnicos. O integrante da CONEP, **Paulo**
467 **Henrique C. França**, informou que o texto original recebeu sessenta contribuições em consulta
468 pública e nos últimos meses o GT trabalhou intensamente na compilação das sugestões. Após essas
469 considerações, Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** passou à leitura da proposta de Atualização da
470 Resolução CNS 347/05. Os considerados são os seguintes: a necessidade de atualizar a
471 complementação da regulamentação da Resolução CNS 196/96 no que diz respeito ao
472 armazenamento e à utilização de material biológico humano com finalidade de pesquisa; a importância
473 da utilização de material biológico humano para o desenvolvimento das ciências da saúde; os
474 subsídios advindos do Sistema CEP/CONEP e a experiência acumulada na análise dos projetos de
475 pesquisa que envolvem material biológico humano; e a necessidade de serem observados a proteção
476 dos Direitos Humanos, das liberdades fundamentais e do respeito à dignidade humana na coleta,
477 depósito, armazenamento, utilização e descarte de material biológico humano. Resolve: aprovar as
478 seguintes diretrizes para análise ética de projetos de pesquisa que envolvam armazenamento de
479 material biológico humano ou uso de material armazenado em pesquisas anteriores: 1. Para os efeitos
480 desta Resolução, considera-se: I - Biobanco: coleção organizada de material biológico humano e
481 informações associadas, coletado e armazenado para fins de pesquisa, conforme regulamento ou
482 normas técnicas, éticas e operacionais pré-definidas, sob responsabilidade e gerenciamento
483 institucional, sem fins comerciais. II - Biorrepositório: coleção de material biológico humano, coletado e

484 armazenado ao longo da execução de um projeto de pesquisa específico, conforme regulamento ou
485 normas técnicas, éticas e operacionais pré-definidas, sob responsabilidade institucional e sob
486 gerenciamento do pesquisador, sem fins comerciais. III - Material Biológico Humano: espécimes,
487 amostras e alíquotas de material original e seus componentes fracionados. IV - Projeto de Pesquisa:
488 documento em que é descrita a pesquisa em seus aspectos fundamentais, incluindo informações
489 relativas ao sujeito da pesquisa, detalhamento a respeito dos métodos que serão utilizados para a
490 coleta e tratamento das amostras biológicas, qualificação dos pesquisadores e instâncias
491 responsáveis. V - Protocolo de Desenvolvimento: documento no qual são definidos a constituição de
492 um Biobanco, seus responsáveis e seus aspectos fundamentais, como o Termo de Consentimento
493 Livre e Esclarecido (TCLE) a ser utilizado; as informações relativas ao sujeito e às amostras; e as
494 etapas de coleta, processamento, armazenamento, distribuição e descarte de material biológico
495 humano. VI - Sujeito da pesquisa: aquele que, de forma esclarecida, livre e autônoma, consente em
496 participar de pesquisas, atuais ou potenciais, associadas ao armazenamento de material biológico
497 humano em Biorrepositório ou Biobanco. 2. Sempre que houver previsão de armazenamento de
498 material biológico humano, no País ou no exterior, visando à possibilidade de utilização em
499 investigações futuras, além do cumprimento dos requisitos da Resolução CNS nº 196/96 e
500 complementares, devem ser apresentados: a) Justificativa quanto à necessidade e oportunidade para
501 utilização futura; b) Consentimento do sujeito da pesquisa, autorizando a coleta, o depósito, o
502 armazenamento e a utilização do material biológico humano; c) Declaração de que toda nova
503 pesquisa a ser realizada com o material armazenado será submetida para aprovação do Comitê de
504 Ética em Pesquisa (CEP) institucional e, quando for o caso, da Comissão Nacional de Ética em
505 Pesquisa (CONEP); e d) Regulamento aprovado pela instituição depositária destinado à constituição e
506 funcionamento do banco de material biológico humano. 3. No caso de Biobanco: 3.1 O Regulamento
507 corresponde ao seu Protocolo de Desenvolvimento, devendo ser primeiramente analisado pelo CEP
508 institucional ou por CEP indicado pela CONEP e, quando aprovado, ser necessariamente avaliado e
509 receber parecer final da CONEP. 3.1.1 O Protocolo de Desenvolvimento é necessário para o
510 credenciamento do Biobanco, devendo ser apresentado no momento de sua proposição e avaliado de
511 acordo com os prazos de tramitação estabelecidos no Sistema CEP/CONEP. 3.2 O Biobanco deve
512 conter um sistema seguro de identificação, que garanta o sigilo, o respeito à confidencialidade e a
513 recuperação dos dados dos sujeitos da pesquisa, para fornecimento de informações do interesse
514 destes ou para a obtenção de consentimento específico para utilização em nova pesquisa. 3.3
515 Quando houver alteração da titularidade da responsabilidade pelo Biobanco, tal fato deve ser
516 prontamente comunicado ao Sistema CEP/CONEP. 3.4 Os Biobancos estão sujeitos à inspeção
517 sanitária pelos órgãos competentes. 4. No caso de Biorrepositório: as condições associadas ao
518 armazenamento de material biológico humano devem estar explicitadas no Projeto de Pesquisa
519 respectivo, devendo seu Regulamento ser apreciado pelo CEP institucional ou por CEP indicado pela
520 CONEP e, quando for o caso, pela CONEP, segundo atribuições definidas na Resolução CNS nº
521 196/96 e complementares. 5. O consentimento livre e esclarecido referente à coleta, depósito,
522 armazenamento, utilização de material biológico humano em Biobanco é formalizado através de
523 TCLE, por meio do qual o sujeito da pesquisa deve se manifestar expressamente quanto às seguintes
524 alternativas, excludentes entre si: I - necessidade de novo consentimento a cada pesquisa; II -
525 dispensa de novo consentimento a cada pesquisa. 5.1 O TCLE deve conter referência aos tipos de
526 informação que poderão ser obtidos nas pesquisas futuras, a partir da utilização do material biológico
527 humano armazenado, para fins de conhecimento e decisão autônoma do sujeito. 5.2 O TCLE deve
528 conter a garantia expressa da possibilidade de acesso pelo sujeito da pesquisa, inclusive a(s) forma(s)
529 de contato para tal, ao conhecimento dos resultados obtidos com a utilização do seu material biológico
530 e às orientações quanto as suas implicações, incluindo aconselhamento genético quando aplicável, a
531 qualquer tempo. 5.3 O TCLE pode conter manifestação expressa da vontade do sujeito da pesquisa
532 quanto à cessão dos direitos sobre o material armazenado aos sucessores ou outros por ele indicado
533 em caso de óbito ou condição incapacitante. 5.4 O TCLE deve informar ao sujeito que os dados
534 fornecidos, coletados e obtidos a partir de pesquisas poderão ser utilizados nas pesquisas futuras. 5.5
535 O TCLE pode conter referência à autorização de descarte do material armazenado e às situações nas
536 quais o mesmo é possível. 6. O consentimento livre e esclarecido referente à coleta, depósito,
537 armazenamento, utilização e descarte de material biológico humano em Biorrepositório é formalizado
538 por meio de TCLE específico para cada pesquisa, conforme preconizado nas resoluções do Conselho
539 Nacional de Saúde (CNS). 7. A transferência do material biológico humano armazenado entre
540 Biobancos ou Biorrepositórios, da própria ou de outra instituição, deve ser comunicada ao sujeito de
541 pesquisa, sempre que possível ou, na impossibilidade, deve ser apresentada justificativa ao Sistema
542 CEP/CONEP. 8. O sujeito da pesquisa deve ser informado sobre a perda ou destruição de suas
543 amostras biológicas, bem como sobre o encerramento do Biobanco ou do Biorrepositório, quando for o
544 caso. 9. O material biológico humano armazenado em Biobanco ou Biorrepositório é do sujeito da

pesquisa, permanecendo sua guarda sob a responsabilidade institucional. 9.1 O gerenciamento do material biológico humano armazenado em Biobanco cabe à Instituição e no caso de Biorrepositório ao pesquisador responsável. 10. O sujeito da pesquisa, ou seu representante legal, a qualquer tempo e sem quaisquer ônus ou prejuízos, pode retirar o consentimento de guarda e utilização do material biológico armazenado em Biobanco ou Biorrepositório, valendo a desistência a partir da data de formalização desta. 10.1 A retirada do consentimento será formalizada por manifestação, por escrito e assinada, pelo sujeito da pesquisa ou seu representante legal, cabendo-lhe a devolução das amostras existentes. 11. O prazo de armazenamento de material biológico humano em Biobanco é indeterminado, sendo a manutenção de seu credenciamento subordinada ao atendimento das normas vigentes. 11.1 A cada cinco anos, contados a partir da sua constituição, ou a qualquer tempo, por solicitação da CONEP, a instituição responsável pelo Biobanco deve apresentar relatório de atividades do período ao sistema CEP/CONEP, constando, obrigatoriamente, o número de sujeitos incluídos no período e a relação de pesquisas que utilizaram amostras armazenadas. 11.2 O descarte do material biológico humano armazenado em Biobanco pode ocorrer: I - pela manifesta vontade do sujeito da pesquisa; II - devido à inadequação da amostra por critérios de qualidade; III - por iniciativa da instituição; e IV - pela dissolução do Biobanco. 11.2.1 Nas hipóteses previstas nos incisos III e IV, são obrigatórias: a) a oferta formal do material armazenado a, no mínimo, duas instituições de pesquisa que possuam Biobanco e a apresentação comprovada da recusa; e b) a submissão da decisão institucional e da destinação do material biológico ao CEP, que as encaminhará para avaliação da CONEP. 12. O prazo de armazenamento de material biológico humano em Biorrepositório deve estar de acordo com o cronograma da pesquisa correspondente e pode ser autorizado por até dez anos. 12.1 Renovações da autorização de armazenamento são permitidas mediante solicitação do pesquisador responsável, ao CEP, acompanhada de justificativa e relatório das atividades de pesquisa desenvolvidas com o material durante o período. 12.2 Ao final do período de realização da pesquisa, o material biológico humano armazenado em Biorrepositório pode: I - permanecer armazenado, se em conformidade com as normas pertinentes do CNS; II - ser transferido formalmente para outro Biorrepositório ou Biobanco, mediante aprovação dos CEPs e das instituições envolvidas; III - ser descartado, conforme normas vigentes de órgãos técnicos competentes, e de acordo com o TCLE, respeitando-se a confidencialidade e a autonomia do sujeito da pesquisa. 13. No caso de pesquisa envolvendo mais de uma instituição deve haver acordo firmado entre as instituições participantes, contemplando formas de operacionalização, compartilhamento e utilização do material biológico humano armazenado em Biobanco ou Biorrepositório, inclusive a possibilidade de dissolução futura da parceria e a consequente partilha e destinação dos dados e materiais armazenados, conforme previsto no TCLE. 13.1 É necessário explicitar o tipo e a quantidade dos materiais compartilhados, informando sua destinação, após a utilização. 14. No caso de constituição ou participação em banco de material biológico humano no exterior, devem ser obedecidas as normas nacionais e internacionais para remessa de material e ser apresentado o regulamento da instituição destinatária para análise do Sistema CEP/CONEP quanto ao atendimento dos requisitos desta Resolução. 14.1 O pesquisador e instituição brasileiros devem ter direito ao acesso e à utilização, em pesquisas futuras, do material biológico humano armazenado no exterior, não necessariamente das amostras por ele depositadas, garantida, no mínimo, a proporcionalidade da participação. 14.1.1 O direito de acesso e utilização compreende as amostras, informações associadas e resultados incorporados ao banco, obtidos em pesquisas aprovadas pela CONEP. 14.1.2 Os direitos relativos ao material biológico humano armazenado no exterior não podem ser considerados exclusivos de Estado ou Instituição. 14.2 A utilização de amostras de brasileiros armazenadas no exterior somente poderá se realizar, se observado o item 5 dessa resolução e com a participação de pesquisador e/ou instituição brasileiros. 14.3 A instituição destinatária no exterior deve comprometer-se a respeitar a legislação brasileira, em especial a vedação do patenteamento e da utilização comercial de material biológico humano. 15. Sobre a utilização de amostras de material biológico humano armazenado: 15.1 As amostras armazenadas podem ser utilizadas em novas pesquisas aprovadas pelo CEP e, quando for o caso, pela CONEP; 15.2. Os projetos de pesquisas que pretendam utilizar amostras armazenadas devem incluir: a) Justificativa para utilização do material; b) Cópia do TCLE empregado quando da coleta do material, contendo autorização de armazenamento e possível utilização futura em pesquisa, se o armazenamento ocorreu a partir da homologação da Resolução CNS nº 196/96; e c) TCLE específico para nova pesquisa ou a solicitação de sua dispensa, conforme disposto no art. 5º desta Resolução. 15.3 Quando fundamentada a impossibilidade de obtenção do consentimento específico para a nova pesquisa, mediante opção do sujeito em ser consultado a cada pesquisa, cabe ao CEP autorizar, ou não, a utilização do material biológico humano armazenado em Biobanco ou Biorrepositório. 16. A legislação brasileira veda o patenteamento e a utilização comercial de material biológico humano armazenado em Biobancos e Biorrepositórios. 17. Os Biobancos constituídos a partir da homologação desta Resolução deverão adequar-se à mesma e os constituídos anteriormente terão o prazo de um

606 ano para sua regularização, contado a partir da data de homologação. 17.1. A regularização prevista
607 no art. 17 será objeto de análise e aprovação pelo Sistema CEP/CONEP. 18. Fica revogada a
608 Resolução CNS 347/05. **Manifestações.** Conselheiro **Clóvis Boufleur** cumprimentou a CONEP pela
609 iniciada que responde à necessidade de garantir maior segurança na utilização de material biológico
610 humano e perguntou sobre a possibilidade de incluir um item contemplando as especificidades
611 geográficas, territoriais e populacionais do Brasil. Também quis saber como fica a questão dos
612 depositários em se tratando de sujeitos de pesquisas menores que dezoito anos. Conselheiro **Alcides**
613 **Silva de Miranda** saudou a equipe pelo esforço de compilação das sugestões e avaliou que é preciso
614 aprofundar o debate dada a especificidade da matéria. Também explicou que, na perspectiva
615 pedagógica, o sujeito da pesquisa é o pesquisador, portanto, ponderou que deveria ser feito esse
616 reparo no texto. Por fim, destacou que um dos desafios a serem enfrentados refere-se à lacuna sobre
617 pesquisa social para a saúde. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** cumprimentou a CONEP pelo
618 trabalho e sugeriu, no item 1, realce de “sem fins lucrativos” e escrever por extenso “termo livre
619 esclarecido”. Conselheiro **Luiz Odorico de Andrade** saudou a iniciativa e aproveitou para colocar o
620 DATASUS à disposição para resolver os problemas relativos à Plataforma Brasil. Também destacou a
621 importância de construir uma mídia positiva a partir da reformulação da aprovação da Resolução.
622 Conselheiro **Geraldo Alves Vasconcelos** registrou os seus cumprimentos à equipe da CONEP pelo
623 trabalho, mas lamentou que a proposta não tenha sido enviada com antecedência aos conselheiros
624 para análise aprofundada. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** cumprimentou a coordenadora da
625 CONEP/CNS pelo trabalho e sugeriu um capítulo sobre questões internacionais (autoria, patente,
626 doação, acompanhamento externo) visto que outros Ministérios acompanham essa questão.
627 Conselheira **Ana Cristhina Brasil** reiterou os elogios ao trabalho, mas lamentou que a proposta não
628 tenha sido enviada com antecedência aos conselheiros para análise mais aprofundada. Também
629 solicitou pauta no CNS para informe sobre a operacionalização do Sistema CEP/CONEP
630 (esclarecimentos repassados aos CEPs). Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** comunicou que a
631 CONEP enviou o resultado final do trabalho na quinta-feira, 10 de março, mas este só pôde ser
632 enviado no dia 15 de março. Conselheira **Maria Thereza Antunes** registrou elogios ao trabalho e
633 solicitou maiores esclarecimentos, no item 5, sobre a utilização dos verbos “poder” e “dever”.
634 Conselheira **Lígia Bahia** também cumprimentou a Comissão pelo trabalho e identificou como lacuna a
635 vinculação do Sistema CEP/CONEP com o SUS. Como encaminhamento, sugeriu votar a proposta
636 na próxima reunião do CNS, possibilitando às entidades debatê-la internamente. **Retorno da mesa.**
637 Conselheira **Gyselle Saddi Tannous**, coordenadora da CONEP/CNS, explicou que a Resolução nº.
638 347 é complementar à Resolução 196, que contempla linhas gerais sobre especificidades como, por
639 exemplo, crianças. Inclusive, lembrou que há demanda para atualização da 196 e esta proposta
640 consta do Plano de Trabalho da Comissão. Por oportuno, ressaltou que aguarda a oportunidade de
641 apresentar esse Plano ao Plenário do CNS. Explicou que o termo “sujeito de pesquisa” é mencionado
642 diversas vezes nas resoluções do Sistema CEP/CONEP, apesar de concordar com a observação a
643 esse respeito. Nesse caso, disse que essa questão pode ser tratada na revisão da 196. Ainda sobre
644 as especificidades, lembrou que a CONEP analisa diversos projetos envolvendo os povos indígenas e
645 destacou que o acesso à informação e à assistência no caso de evento adverso é extremamente
646 complexa. Além disso, frisou que as pesquisas são realizadas em regiões com poucos CEPs.
647 Concordou com a proposta de fortalecer a questão das especificidades, destacando a necessidade
648 de, no caso de comunidades específicas, terem a anuência de organizações, conforme é feito com
649 indígenas. Reiterou ainda que a questão das especificidades (indígenas, ribeirinhos, populações
650 infantis) estão contempladas na Resolução 196, portanto, é possível garantir as exigências.
651 Concordou com as sugestões de ressaltar sem fins lucrativos e traduzir a sigla “termo de
652 consentimento livre esclarecido”. Lamentou que os conselheiros não tenham recebido com
653 antecedência a proposta de reformulação, mas lembrou que o conteúdo já havia sido apresentado ao
654 Pleno e fora objeto de consulta pública por noventa. Apelou ao CNS pela aprovação da proposta que
655 é aguardada há mais de um ano e colocou a possibilidade de contemplar algumas contribuições.
656 Também informou que a Resolução contempla as normas sanitárias de remessa de material e não há
657 necessidade de manifestação de outros ministérios. Sobre as comunicações com os CEPs, informou
658 que visam esclarecer as Resoluções e estão à disposição, podendo ser enviadas aos conselheiros.
659 Explicou que a utilização dos termos “poder e dever” nas Resoluções, de um modo geral, dizem
660 respeito ao que é possível flexibilizar e não flexibilizar, respectivamente. Por fim, solicitou pauta na
661 próxima reunião do CNS para apresentar o Plano de Trabalho da CONEP 2011, porque algumas
662 questões dependem do posicionamento do Pleno. Conselheira **Maria Thereza Antunes** sugeriu pauta
663 permanente para a CONEP/CNS, dada a importância do trabalho dessa Comissão. A integrante da
664 CONEP, **Gabriela Marodin**, apresentou para apreciação do Pleno a seguinte proposta: no item
665 14.1.1, substituir “sendo aprovados pela CONEP” por “sendo aprovados pelo Sistema CEP/CONEP”.
666 Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** explicou que as sugestões do Pleno foram acatadas pela

667 CONEP e sintetizou os encaminhamentos: aprofundar o debate sobre as questões da área social;
668 pautar a apresentação do Plano de Trabalho da CONEP/CNS na próxima reunião do CNS; e adiar a
669 votação da proposta de revisão da Resolução do CNS nº 347 para a próxima reunião do Conselho.
670 Conselheira **Lígia Bahia**, em pese a consulta aos vários pesquisadores e a confiança no trabalho da
671 CONEP, sugeriu remeter a aprovação da proposta de reformulação para a próxima reunião do CNS
672 junto com a apresentação do Plano de Trabalho da Comissão. Desse modo, as entidades, inclusive as
673 da comunidade científica, poderiam debater a proposta e, se fosse o caso, enviar sugestões.
674 Conselheiro **Clóvis Boufleur** apresentou a seguinte Questão de Ordem: conforme o Regimento
675 Interno do CNS, minuta de resoluções do CNS devem ser enviadas com antecedência aos
676 conselheiros. Conselheiro **Luiz Odorico de Andrade**, em não havendo prejuízos, defendeu a
677 proposta de votar a revisão na próxima reunião do CNS, possibilitando o debate interno das entidades.
678 Conselheira **Gyselle Saddi Tannous** reiterou que o mérito da Resolução nº. 347 fora apresentado ao
679 Pleno em duas oportunidades anteriores e o produto final considerou as 61 contribuições das
680 instituições. Além disso, a proposta foi apresentada em oito Encontros Regionais e no Encontro
681 Nacional de CEPs. Além disso, destacou que há protocolos de pesquisa pendentes aguardando a
682 aprovação da proposta. No mais, frisou que o processo foi um dos mais consultados e transparentes
683 do CNS. De todo modo, destacou que acataria a posição do Pleno, independente de qual fosse.
684 **Deliberação: o Pleno decidiu votar a proposta de revisão da Resolução do CNS nº 347 na**
685 **próxima reunião do Conselho e pautar a apresentação do Plano de Trabalho da CONEP**
686 **também na próxima reunião. As entidades interessadas poderiam enviar sugestões por e-mail.**
687 Finalizando, Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** sugeriu levar a proposta de pauta permanente
688 para a CONEP/CNS à Mesa Diretora do CNS e trazer posteriormente. Por fim, agradeceu a presença
689 da coordenadora da CONEP e dos demais integrantes da Comissão. Antes de encerrar, a Secretaria-
690 Executiva do CNS informou sobre a reunião com as frentes parlamentares ligadas à saúde sobre a EC
691 nº 29, às 15h, na Câmara dos Deputados. O Presidente do CNS estaria presente e acordou-se que
692 um grupo de conselheiros também participaria da atividade. Intervalo para o almoço. **ITEM 4 –**
693 **COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS – CIRH - Aprovação de Pareceres da**
694 **CIRH – Apresentação:** Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**, da CIRH/CNS. **Coordenação:**
695 Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, da Mesa Diretora do CNS. Antes de apresentar os pareceres,
696 Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** informou que está em debate na CIRH uma proposta de
697 avaliação dos processos a ser apresentada ao Pleno do CNS. Feita essa consideração, apresentou os
698 pareceres: 1) **Referência:** Processo nº 201008024. **Interessado:** Faculdade de Tecnologia IPPEO.
699 **Curso:** Autorização do Curso de Odontologia. **Parecer:** insatisfatório. 2) **Referência:** Processo nº
700 200908360. **Interessado:** Fundação Universidade Federal do Tocantins. **Curso:** Reconhecimento do
701 curso de Medicina. **Parecer:** satisfatório. 3) **Referência:** Processo nº 201007990. **Interessado:**
702 Faculdade Pernambucana de Saúde. **Curso:** Reconhecimento do Curso de Medicina. **Parecer:**
703 satisfatório. 4) **Referência:** Processo nº 200908524. **Interessado:** Universidade Federal de São
704 Paulo. **Curso:** Reconhecimento do curso de Psicologia. **Parecer:** satisfatório. 5) **Referência:**
705 Processo nº 200910257. **Interessado:** Faculdade de Administração, Ciências, Educação e Letras.
706 **Curso:** Reconhecimento do curso de Psicologia. **Parecer:** insatisfatório. 6) **Referência:** Processo nº
707 200913675. **Interessado:** Pontifícia Universidade Católica do Paraná. **Curso:** Reconhecimento do
708 curso de Psicologia. **Parecer:** insatisfatório. 7) **Referência:** Processo nº 200801232. **Interessado:**
709 Faculdade de Minas. **Curso:** Reconhecimento do curso de Psicologia. **Parecer:** insatisfatório. 8)
710 **Referência:** Processo nº 200911072. **Interessado:** Faculdade Metropolitana de Manaus. **Curso:**
711 Reconhecimento do curso de Psicologia. **Parecer:** insatisfatório. 9) **Referência:** Processo nº
712 201002922. **Interessado:** Centro Universitário São Camilo-Espírito Santo. **Curso:** Reconhecimento do
713 curso de Psicologia. **Parecer:** insatisfatório. 10) **Referência:** Processo nº 201006293. **Interessado:**
714 Faculdade Barão do Rio Branco. **Curso:** Reconhecimento do curso de Psicologia. **Parecer:**
715 insatisfatório. 11) **Referência:** Processo nº 201008069. **Interessado:** Faculdade Integrada Tiradentes.
716 **Curso:** Reconhecimento do curso de Psicologia. **Parecer:** insatisfatório. 12) **Referência:** Processo nº
717 201008085. **Interessado:** Faculdades Integradas Einstein de Limeira. **Curso:** Reconhecimento do
718 curso de Psicologia. **Parecer:** insatisfatório. 13) **Referência:** Processo nº 201007565. **Interessado:**
719 Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. **Curso:** Reconhecimento do curso de Psicologia.
720 **Parecer:** satisfatório. 14) **Referência:** Processo nº 200911965. **Interessado:** Instituto Tecnológico e
721 das Ciências Sociais Aplicadas e da Saúde do Centro Educacional Nossa Sra. Auxiliadora. **Curso:**
722 Reconhecimento do curso de Psicologia. **Parecer:** insatisfatório. Concluída a apresentação, a mesa
723 colocou em votação os quatorze pareceres. **Deliberação: aprovados, em bloco, os quatorze**
724 **pareceres apresentados pela CIRH/CNS.** Conselheiro **Geraldo Alves Vasconcelos** denunciou o
725 funcionamento de duas faculdades privadas de odontologia na Capital Recife/PE cujos processos de
726 abertura não foram submetidos à apreciação do CNS e do CNE. Acrescentou que os interessados
727 podem fazer a inscrição por telefone, sem processo seletivo. Diante da gravidade da situação,

728 solicitou posicionamento urgente do CNS. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** solicitou o envio
729 formal da denúncia à CIRH para análise e devidos encaminhamentos. Conselheiro **Francisco Batista**
730 **Júnior** perguntou o andamento do debate da inclusão de processos de outros cursos como
731 enfermagem a serem apreciados pelo CNS. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** explicou que a
732 Comissão levou o pleito ao MEC há dois anos, pois a ampliação depende de mudança no decreto que
733 disciplina a matéria. No final de 2010, o MEC decidiu alterar o decreto substituindo o curso de
734 Psicologia por Enfermagem com o entendimento de que o primeiro possui inserção mais ampla em
735 outras áreas. Disse que, ao tomar conhecimento dessa questão, a CIRH reuniu-se com a Secretaria
736 da SESu/MEC na época e deixou clara a posição do CNS de ampliar o leque de profissões, sem
737 exclusões. Contudo, a última informação foi que o decreto seria enviado à Casa Civil contemplando a
738 sugestão do MEC (substituição do curso de Psicologia por Enfermagem). Diante das mudanças na
739 SESU/MEC, disse que, tão logo a CIRH/CNS seja reestruturada, será solicitada reunião com a
740 Secretaria para tratar dessa questão. Aproveitou para informar que a Conselheira Ruth Ribeiro
741 assumiu a coordenação da CIRH com a saída da conselheira Maria Helena. Por fim, informou que o
742 Prof. Paulo Wollinger foi convidado a participar da próxima reunião da CIRH para tratar dessa e de
743 outras questões. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** propôs que o CNS priorize conversa com
744 MEC sobre a ampliação dos cursos e a repercussão das deliberações do CNS nas decisões do MEC.
745 Conselheiro **Volmir Raimondi** reforçou a importância de verificar a incidência dos pareceres do CNS
746 no MEC e perguntou se houve revisão dos critérios considerados na análise dos processos.
747 Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** disse que a intenção é trazer respostas na próxima reunião do
748 CNS. Conselheira **Ana Cristhina Brasil** sugeriu manifestação do CNS em defesa da inclusão de
749 novas profissões no processo de análise feito pelo CNS, sem substituir uma profissão por outra.
750 Conselheiro **José Eri de Medeiros** reforçou a solicitação de levantamento dos resultados das
751 decisões do CNS e sugeriu remeter os pareceres do CNS aos CMSs onde estão localizadas as
752 instituições demandantes por abertura, reconhecimento e renovação de cursos. Conselheira **Ana**
753 **Stella Haddad**, primeiro, justificou a ausência do Conselheiro José Rubens, representante do MEC,
754 no debate e reiterou que foi agendada a participação do prof. Wollinger, diretor de supervisão do MEC,
755 na próxima reunião da CIRH para apresentar um balanço do que resultou o parecer do CNS em cada
756 processo. Em seguida, essa questão poderia ser trazida ao Plenário do CNS. Também disse que é
757 possível elaborar um relatório a ser divulgado pelos Conselhos e Secretarias de Saúde. Explicou
758 ainda que a CIRH vem discutindo a proposta de emissão de pareceres do CNS para as quatorze
759 profissões da saúde e esse é um grande desafio. Disse que a inclusão da Enfermagem nesse
760 momento refere-se ao fato de ser uma das profissões diretamente envolvida na assistência à saúde
761 no âmbito do SUS. Por fim, informou que, no caso da Medicina, os pareceres do CNS para
762 autorização de cursos foram decisivos em processos para que o MEC ganhasse ações na justiça
763 sobre abertura de cursos. Conselheira **Ana Cristhina Brasil** destacou que as quatorze profissões
764 estão envolvidas diretamente com a atenção à saúde, portanto, essa não é a justificativa mais
765 plausível para inclusão da Enfermagem. Conselheira **Ana Stella Haddad** comprometeu-se a fazer
766 esse debate de forma qualidade com os dados disponíveis. **Retorno da mesa.** Conselheira **Graciara**
767 **Matos de Azevedo** falou da dificuldade de realizar o trabalho de emissão de pareceres e destacou
768 que no momento a Comissão dispõe apenas de um analista de processos. Frisou que, para ampliar o
769 processo de emissão de pareceres no CNS, é necessário assegurar a infraestrutura necessária e
770 modificar o decreto. Com isso, as demais profissões seriam incluídas de forma gradual, seguindo a
771 decisão do Pleno. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** sintetizou os encaminhamentos: enviar
772 ofício ao MEC reiterando a solicitação de informações acerca dos encaminhamentos dados aos
773 pareceres do CNS, convidar o professor **Paulo Wollinger** para tratar desse assunto na próxima
774 reunião do CNS e encaminhar os pareceres do CNS aos CESs e CMSs, para conhecimento.
775 **Deliberação: o Plenário decidiu enviar ofício ao MEC reiterando a solicitação de informações**
776 **acerca dos encaminhamentos dados aos pareceres do CNS, convidar o professor Paulo**
777 **Wollinger para tratar desse assunto na próxima reunião do CNS e encaminhar os relatórios dos**
778 **pareceres do CNS aos CESs e CMSs, para conhecimento e acompanhamento do processo.**
779 Com esse encaminhamento, a mesa agradeceu a participação da Conselheira Graciara Matos e
780 encerrou este item. **ITEM 5 – METODOLOGIA DE DIVULGAÇÃO DE CONSULTAS PÚBLICAS -**
781 **Apresentação:** **Maria Inez Pordeus Gadelha**, Coordenadora Geral de Média e Alta Complexidade do
782 Departamento de Atenção Especializada/DAE/SAS; **Gustavo Henrique Trindade da Silva**, Chefe da
783 Unidade Técnica de Regulação/UNTEC/ANVISA; Conselheiro **Júlio César Figueiredo Caetano**,
784 Movimento Brasileiro de Luta contra as Hepatites Virais – MBHV; **Tiago Farina Matos**, do Instituto
785 Oncoguia, representante da Rede em Defesa do SUS. **Coordenação:** Conselheiro **Clóvis Adalberto**
786 **Boufleur**, da Mesa Diretora do CNS. A Coordenadora Geral de Média e Alta Complexidade do
787 DAE/SAS, **Maria Inez Pordeus Gadelha**, foi a primeira expositora e abordou na sua apresentação o
788 Estatuto da Consulta Pública. Fez questão de declarar, inicialmente, não possuir conflito de interesses

789 de qualquer tipo ou natureza. Explicou que o Estatuto da Consulta Pública, Lei nº 9.784 , de 29 de
790 janeiro de 1999, regula o processo administrativo no âmbito da Administração Pública Federal.
791 Quando a matéria do processo envolver assunto de interesse geral, o órgão competente poderá,
792 mediante despacho motivado, abrir período de consulta pública para manifestação de terceiros, antes
793 da decisão do pedido, se não houver prejuízo para a parte interessada. Antes da tomada de decisão,
794 a juízo da autoridade, diante da relevância da questão, poderá ser realizada audiência pública para
795 debates sobre a matéria do processo. Os órgãos e entidades administrativas também poderão
796 estabelecer outros meios de participação de administrados, diretamente ou por meio de organizações
797 e associações legalmente reconhecidas. No mais, os resultados da consulta e audiência pública e de
798 outros meios de participação de administrados deverão ser apresentados com a indicação do
799 procedimento adotado. Detalhou a utilidade da consulta pública: alcançar o consenso; ampliar a
800 participação; dirimir dúvidas; disseminar informação; esclarecer temas polêmicos; suplantar
801 controvérsias; e superar o conflito de interesses. Citou os seguintes exemplos de consulta pública na
802 área da saúde: Diretrizes para a Atenção Primária; Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas;
803 Regulamentos do SUS; Regulamentos Técnicos; Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas; e
804 Resoluções da ANVISA. Detalhou que, após indicação de um tema para consulta pública, há diversas
805 etapas internas que buscam evitar aspectos que possam interferir no conteúdo ou no objeto da
806 consulta. Nesse processo, é preciso responder a seguintes questões fundamentais: eficácia da
807 proposta, efetividade, custo e para quantos. Também detalhou a metodologia de divulgação:
808 publicação no Diário Oficial da União; disponibilização na Internet (*hiperlinks*); distribuição por e-mail
809 (*new letters*); divulgação pela imprensa; encaminhamento setorial (externo e interno); e comunicação
810 social (fluxo de informação). Finalizou a sua exposição com a seguinte citação para reflexão: "O limite
811 do universo não é o limite do mundo de cada um". Portanto, deve haver debate visando um ponto de
812 consenso do que é benéfico para todos. Na sequência, expôs sobre o tema o Chefe da Unidade
813 Técnica de Regulação/UNTEC/ANVISA, **Gustavo Henrique Trindade da Silva**. Destacou
814 inicialmente a competência legalmente atribuída à Agência Nacional de Vigilância Sanitária para
815 normatizar, controlar e fiscalizar produtos, substâncias e serviços de interesse para a saúde. Além
816 disso, salientou a importância da competência normativa para desempenhar a atribuição de
817 coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e promover a harmonização das
818 práticas do setor com foco na proteção e defesa da saúde da população. Explicou que as minutas de
819 atos normativos, por decisão da diretoria colegiada, poderão ser submetidas à consulta pública,
820 formalizada por publicação no Diário Oficial da União, devendo as críticas e sugestões merecer exame
821 e permanecer à disposição do público, nos termos do regimento interno. Apesar de não ser
822 obrigatório, afirmou que a diretoria colegiada da ANVISA submete os atos de caráter normativo à
823 consulta pública. Detalhou os principais objetivos da consulta pública: colher críticas, sugestões e
824 contribuições da sociedade para aprimorar o processo de tomada de decisão da agência; promover
825 publicidade e transparência ao processo regulatório; e contribuir para a legitimidade das decisões
826 regulatórias no campo da vigilância sanitária. Explicou que, de 1999 a início de 2011, foram realizadas
827 mais de mil consultas públicas. Em 2011, são doze consultas públicas e sete Resoluções da Diretoria
828 Colegiada (RDC). Destacou que em 2006 a ANVISA criou o Programa de Boas Práticas Regulatórias
829 que está em implantação desde 2007, refletindo na qualidade das consultas realizadas pela Agência.
830 Mostrou um mapa do processo de regulamentação da ANVISA: aprovação da iniciativa, pelo diretor;
831 processo de instrução e elaboração; Grupo de Trabalho; envio da proposta ao diretor supervisor do
832 tema; solicitação de análise de impacto regulatório; análise jurídica (PGR); apreciação na reunião da
833 diretoria colegiada; consulta pública; audiência pública (facultativa); consolidação final; publicação;
834 implantação do regulamento; e acompanhamento. Segundo, citou os problemas mais comuns na
835 regulação em geral: falta de clareza; complexidade e assimetria de informação; ênfase no caráter
836 prescritivo; risco de captura; defasagem ao longo do tempo por falta de atualização; comunicação
837 insuficiente; precária administração regulatória, sem transparência e prestação de contas; e
838 dificuldades na implementação. Também pontuou os principais custos de uma regulação de baixa
839 qualidade: regulação que não cumpre objetivos; riscos para a sociedade (saúde, consumidores, meio
840 ambiente); redução da atividade econômica, do crescimento e desenvolvimento do país; pouca
841 confiança no sistema regulatório; falta de controle sobre mercados regulados; e precário fornecimento
842 de serviços públicos. Segundo, apresentou o Programa de Melhoria do Processo de
843 Regulamentação, Portaria nº 422, de 16 de abril de 2008, que tem por diretrizes o fortalecimento da
844 capacidade institucional para gestão em regulação, a melhoria da coordenação, da qualidade e da
845 efetividade da regulamentação e o fortalecimento da transparência e do controle social no processo de
846 regulamentação. Destacou que o alinhamento estratégico do Programa é o seguinte: Política
847 Regulatória (PRO-REG: Programa de Fortalecimento da Capacidade Institucional para a Gestão em
848 Regulação, coordenado pela Casa Civil); e Programa Mais Saúde (ação de ampliação da
849 previsibilidade da regulação sanitária no âmbito do SUS). Detalhou as principais estratégias e ações

850 do Programa: Guia de Boas Práticas Regulatórias: Mapa da regulamentação, Consultas Públicas e
851 Audiência Públicas; Agenda Regulatória; análise de Impacto Regulatório (AIR); revisão e consolidação
852 da Legislação Sanitária; formação e qualificação para a atuação regulatória; e fortalecimento da
853 participação social nos processos regulatórios. Em termos gerais sobre consultas públicas: mais de
854 1.000 consultas realizadas desde a criação da Agência; definição e divulgação de fluxos e
855 procedimentos para o cidadão; padronização de formulário para envio de contribuições; elaboração de
856 relatório de análise das contribuições recebidas; divulgação no site, imprensa oficial e mala direta;
857 elaboração de notícias no site da Agência; realização de pré-consultas e audiências públicas virtuais;
858 criação do boletim eletrônico de boas práticas regulatórias; alteração do portal da Anvisa – consultas
859 públicas; discussão para definição de fluxos e procedimentos no SNVS/SUS; e necessidade de
860 padronização dos procedimentos de publicação de consultas públicas relativos a temas do Mercosul
861 (SGT 3 e SGT 11). Como estratégia, além da publicação no site e no Diário Oficial da União, a
862 ANVISA elabora Boletim eletrônico com mala direta para mais de 30 mil pessoas e edição trimestral.
863 Também citou outros instrumentos de transparência e participação na ANVISA: Agenda regulatória;
864 Câmaras Setoriais; Consultas Públicas; Audiências Públicas; Fóruns de Vigilância Sanitária; Carta de
865 Serviços ao Cidadão; Acesso a informações na internet; Central de Atendimento 0800; e reuniões
866 públicas da Diretoria Colegiada. Ainda sobre fortalecimento da participação social nos processos
867 regulatórios, destacou a participação da ANVISA nas Conferências de saúde, gerais ou temáticas
868 (avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde), nos
869 Conselhos de saúde (formulação de estratégias e no acompanhamento, fiscalização e controle da
870 execução da política de saúde) e no Conselho Nacional de Saúde (participação em duas comissões).
871 Ainda sobre o fortalecimento da participação social nos processos regulatórios, destacou as reuniões
872 públicas da diretoria colegiada da ANVISA. Disse que a primeira reunião pública (Portaria n.º 136, de
873 2011) foi realizada no mês de fevereiro e é parte da estratégia de mudanças implantadas na Agência
874 para dar publicidade às suas decisões e ampliar a participação da sociedade. Disse que quase nove
875 mil internautas acompanharam a reunião aberta ao público pela página da ANVISA, além das 250
876 pessoas presentes no auditório na sede em Brasília. Com isso, matérias de caráter normativo serão
877 apreciadas em reuniões abertas ao público. Sobre informação e educação para a cidadania, destacou:
878 materiais didáticos, informativos e campanhas; Educação e capacitação para a cidadania (Projeto
879 VisaMobiliza); Qualificação de profissionais de educação para ensino em vigilância sanitária (Projeto
880 EducAnvisa); fortalecimento da participação dos trabalhadores na regulação sanitária (Parceria com
881 Dieese – centrais sindicais); parceria com órgãos e entidades de defesa do consumidor (DPDC/MJ,
882 Fórum Nacional de Entidades Civis de Defesa do Consumidor – FNECDC e Rede Consumo Seguro e
883 Saúde); e aproximação com Rede de Educação Cidadã (RECID). No que se refere ao atendimento
884 individual com o consumidor, destacou a Ouvidoria responsável por formular e dar encaminhamento
885 de denúncias e queixas à Diretoria Colegiada da agência, à Procuradoria e à Corregedoria, e ao
886 Ministério Público, auxiliando no esclarecimento e a Central de Atendimento 0800. Por fim, falou do
887 Projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica para Participação Social na Regulação (ANVISA e
888 IDEC) que tem por objetivo aperfeiçoar os espaços de participação da sociedade nos processos
889 regulatórios e fortalecer as organizações de defesa do consumidor para atuação nestes espaços,
890 contribuindo, dessa forma, para o equilíbrio das forças de mercado. Das ações desenvolvidas pelo
891 Projeto, citou: reformulação do perfil do Cidadão no portal da Anvisa; apoio à implantação da Central
892 de Atendimento; parcerias entre SNVS e SNDC; participação na Rede de Consumo Seguro e Saúde
893 (OPAS/OEA); fortalecimento dos instrumentos de participação social da Anvisa. Na sequência, o
894 advogado **Tiago Farina Matos**, representante da Rede em Defesa do SUS, fez uma apresentação do
895 tema começando pela participação da comunidade (Diretriz do SUS) por meio dos Conselhos de
896 Saúde e das Conferências de Saúde. Nesse contexto, falou do modelo atual da democracia
897 contemporânea que traz outras possibilidades de participação da sociedade tendo em vista
898 informação, mídia, tecnologia, interatividade, transparência, instrumentos e legitimidade. Citou
899 instrumentos contemporâneos de participação da comunidade: indiretos - Ouvidoria, Fale conosco,
900 Fale com seu deputado, Blogs, Twitter, Facebook e Redes Sociais; e diretos - câmaras Técnicas,
901 Comissão de Legislação Participativa, Consultas Públicas e Audiências Públicas. Salientou que os
902 instrumentos de participação como consultas e audiências públicas visam garantir legitimidade das
903 decisões. Por outro lado, a não participação ou a participação despreparada ou ainda a participação
904 sem metodologias que garantam o pleno debate ou o consenso, traz riscos. Sobre a normatização,
905 destacou que não há norma geral sobre o rito e metodologia, sendo estes definidos no regimento
906 próprio de cada órgão. Explicou que o PL 3.337/04, de iniciativa do Executivo parado no Congresso
907 Nacional desde 2008, pretende regular as consultas públicas no caso das agências reguladoras.
908 Destacou os seguintes pontos sobre a metodologia para consultas públicas: Caráter Consultivo –
909 consenso; Prazos para apresentação de contribuições (45 a 90 dias); Divulgação do documento
910 submetido à Consulta Pública (Diário Oficial, jornais e revistas de grande circulação, internet, mailing –

911 eletrônico e postal); divulgação de todas as sugestões e contribuições na Internet; e manifestação
912 motivada sobre o acatamento ou a rejeição de todas as sugestões e contribuições. Também citou os
913 seguintes pontos sobre a metodologia para Audiências Públicas: proposição da sociedade civil e
914 agentes regulados; divulgação do documento submetido à Consulta Pública (Diário Oficial, jornais e
915 revistas de grande circulação, internet, mailing – eletrônico e postal); período de inscrição (mínimo 20
916 dias); prazo entre a divulgação dos habilitados e realização da audiência pública (mínimo 30 dias);
917 envio de documentos (via eletrônica e postal); realização transmitida em ambiente virtual; divulgação
918 de todas as sugestões e contribuições na Internet; e manifestação motivada sobre o acatamento ou a
919 rejeição de todas as sugestões e contribuições. Por fim, apresentou as seguintes propostas de
920 encaminhamento visando fortalecer a atuação do CNS no processo de participação em consultas e
921 audiências públicas e em outros instrumentos de democracia participativa contemporâneos: criar uma
922 Comissão de fortalecimento da participação e do controle social no SUS; e/ou criar GT para subsidiar
923 o CNS na definição de um posicionamento oficial relacionado aos ritos e metodologia para consultas e
924 audiências públicas. **Manifestações.** Conselheiro **Artur Custódio de Souza** relatou o caso da
925 audiência sobre a talidomida que teve pouca participação dos usuários por conta das dificuldades de
926 acesso e vieses no resultado. Identificado o problema, o assunto foi trazido ao CNS e decidiu-se por
927 parar o processo e debater o assunto no Pleno. Nesse sentido, destacou que é preciso garantir que
928 esse Colegiado continue a ser um canal de proteção dos usuários no que se refere aos resultados das
929 consultas públicas. Conselheiro **Clóvis Boufleur** perguntou sobre a possibilidade de utilizar a Central
930 de Atendimento 0800 do Ministério da Saúde como um mecanismo de participação nas consultas
931 públicas, a fim de ampliar a participação. Conselheira **Jurema Werneck** manifestou satisfação com o
932 debate desse tema no CNS e, na lógica de ampliar a participação, sugeriu utilizar outros meios de
933 comunicação como rádio e TV. Conselheiro **Volmir Raimondi** solicitou que as consultas públicas
934 sejam em formato acessível às pessoas com deficiência, assegurando o cumprimento do decreto
935 sobre acessibilidade. Conselheiro **Júlio Atanásio Gevaerd** ratificou a proposta de utilizar rádio e TV
936 nas consultas públicas para atingir o maior público possível. **Retorno da mesa.** A Coordenadora Geral
937 de Média e Alta Complexidade do DAE/SAS, **Maria Inez Pordeus Gadelha**, explicou, a respeito do
938 rito e metodologia, que há diferença se o objeto da consulta é técnico e técnico/científico ou
939 processo/prescritivo. Concordou que a consulta pública gera legitimidade e se trata de um processo
940 de mão dupla; havendo consenso e evidência técnico-científica, as sugestões da consultas ganham
941 caráter definitivo. Avaliou que é complicado garantir a publicação das sugestões à consulta pública,
942 pois levaria a uma situação impossível de dar conta. Também explicou que a Central de Atendimento
943 0800 vale nas consultas com objeto de interesse imediato, porque consulta de objeto técnico por
944 telefone seria complicada. Além disso, ressaltou que a publicação em Diário Oficial é obrigatória, se
945 não a consulta e o ato dela decorrente teriam legalidade garantida. O chefe da Unidade Técnica de
946 Regulação/UNTEC/ANVISA, **Gustavo Henrique Trindade da Silva**, destacou que a divulgação das
947 consultas públicas foi um dos temas mais levantados no Projeto da ANVISA com o IDEC. Falou das
948 limitações do poder público nesse aspecto, apesar dos esforços e destacou que é importante a
949 participação das entidades. A respeito da utilização de TV e rádio no processo de divulgação,
950 destacou que o custo da primeira é muito alto e o segundo é mais viável. A propósito, informou que a
951 Agência definiu um programa chamado “Nas ondas do rádio” para divulgação de assuntos específicos.
952 Ainda sobre a estratégia de divulgação, sugeriu retomar o envio de informes mensais ao CNS sobre
953 as consultas públicas da ANVISA. Sobre a acessibilidade, informou que na revisão do Regulamento
954 da ANVISA passou-se a exigir informações em Braille nas embalagens dos medicamentos. Além
955 disso, salientou a importância de utilizar as redes de comunicação das entidades para replicar a
956 informação. Sobre a central de atendimento 0800, destacou que pode ser utilizada como um canal
957 para demandas e consultas sobre as consultas públicas. Destacou que a próxima reunião da diretoria
958 colegiada da ANVISA seria transmitida em tempo real com debate de tema a ser objeto de consulta
959 pública. Também manifestou preocupação com a possibilidade de regra formal para participação nas
960 consultas públicas. Por fim, ressaltou que garantir a efetividade das consultas públicas é um desafio.
961 **Tiago Farina Matos**, representante da Rede em Defesa do SUS, destacou que há consenso sobre a
962 importância da consultas públicas, mas, por se tratar de uma metodologia recente, é preciso debate
963 com maior abrangência. Avaliou que uma das grandes dificuldades a ser enfrentada refere-se ao
964 empoderamento das informações, por parte da população, para contribuir nas consultas públicas.
965 Concordou com a proposta de utilizar outros meios para divulgação das consultas públicas como o
966 rádio e a central de atendimento 0800. Por fim, em nome da Rede em Defesa do SUS, agradeceu a
967 ANVISA e o Ministério da Saúde e colocou-se à disposição para outros debates. Conselheiro **Júlio**
968 **César Figueiredo Caetano**, Movimento Brasileiro de Luta contra as Hepatites Virais – MBHV, fez uso
969 da palavra para agradecer os convidados. Conselheiro **Clóvis Boufleur** listou os encaminhamentos:
970 divulgar, no site do CNS, que as reuniões da diretoria colegiada ANVISA são transmitidas em tempo
971 real e podem ser acompanhadas no endereço www.anvisa.gov.br; criar um fluxo para informar

972 mensalmente os conselheiros sobre as consultas públicas da ANVISA e do Ministério da Saúde ao
973 CNS (um link, por exemplo); e constituir criar um GT para debate do tema e elaboração de documento
974 (recomendação, resolução) para apresentar ao Plenário ou encaminhar esse assunto para uma das
975 comissões do CNS. Conselheiro **Artur Custódio de Souza** sugeriu encaminhar para debate no GT ou
976 na Comissão a proposta de o CNS ser uma instância recursal em relação ao resultado das audiências.
977 **Deliberação: divulgar, no site do CNS, que as reuniões da diretoria colegiada ANVISA são**
978 **transmitidas em tempo real e podem ser acompanhadas no endereço www.anvisa.gov.br; criar**
979 **um fluxo para informar mensalmente os conselheiros sobre as consultas públicas da ANVISA e**
980 **do Ministério da Saúde ao CNS (um link, por exemplo); e encaminhar à Comissão de Vigilância**
981 **Sanitária do CNS debate do tema e elaboração de documento (recomendação, resolução) para**
982 **apresentar ao Plenário. (A Comissão debaterá, inclusive, a proposta de o CNS ser uma**
983 **instância de recurso em relação ao resultado das audiências).** Finalizando, a mesa agradeceu os
984 convidados e encerrou este item. **ITEM 6 – DIA MUNDIAL DA TUBERCULOSE: 24 DE MARÇO -**
985 **Apresentação: Draurio Barreira**, Coordenador do Programa Nacional de Controle da Tuberculose; e
986 **Carlos Eduardo Gouvea Basília**, Fórum ONGs Tuberculose – RJ. **Coordenação: José Marcos de**
987 **Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. Inicialmente, Conselheiro **José Marcos de Oliveira**
988 contextualizou que o tema fora objeto de debate do CNS em 1998, 2000, 2008 e 2009 e, na última
989 oportunidade, o Plenário decidiu aprimorar resolução sobre o tema diante dos avanços alcançados a
990 partir do Programa de Combate à Tuberculose. Explicou que, após a explanação dos convidados,
991 apresentaria uma resolução e duas recomendações, resultado do debate do GT Tuberculose. Feitas
992 essas considerações, o Coordenador do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, **Draurio**
993 **Barreira**, fez uma apresentação sobre a situação da tuberculose no Brasil. Começou com os
994 seguintes dados sobre a tuberculose no Brasil: 72 mil casos de tuberculose notificados em 2009; 4,8
995 mil mortes por ano; 19º país em número de casos; 108º país em incidência; 1ª causa de mortes dos
996 pacientes com AIDS; 3ª causa de mortes por doenças infecciosas; e 3ª causa de mortes por doenças
997 infectoparasitárias. Explicou que em 2003 o Ministério da Saúde passou a considerar a tuberculose
998 como prioridade. Com essa definição do Ministério, a tuberculose é incluída como uma das metas de
999 desenvolvimento do milênio e está presente no Mais Saúde, na PAVS, no Pacto pela Vida e outras
1000 pactuações que envolvem financiamento. Destacou o orçamento crescente e 14 vezes maior que o de
1001 2002 para combate à tuberculose (U\$ 5,5 milhões em 2002 para U\$ 74 milhões em 2009). Por
1002 consequência, observou-se queda na taxa de incidência desde 1996 sendo 38,3 casos/100 mil hab.
1003 em 2009. Disse que a taxa de incidência é desigual entre as regiões e dentro dos estados. A Região
1004 Norte apresenta uma das maiores taxas, sem uma tendência de queda, seguida pela Região Sul por
1005 conta do alto índice da região metropolitana de Porto Alegre. Destacou que a média nacional é de
1006 38,3 com diferenças regionais (Exemplo: Rio de Janeiro com 73,8 e Distrito Federal com 11,1%).
1007 Sobre a taxa de incidência de TB por capitais, destacou que a média nacional é de 61,2 e citou Porto
1008 Alegre com 120 casos /100 mil hab.. Sobre a taxa de incidência por sexo, destacou: mulher - 25,9 e
1009 homem - 51,2. Acrescentou que a tuberculose afeta mais adulto jovem e idosos e as maiores
1010 incidências estão, na ordem, entre as populações indígenas, de origem asiática e pretos de pardos e
1011 brancos. Destacou que a incidência e a mortalidade vêm diminuindo e será possível atingir a meta do
1012 milênio de reduzir pela metade a mortalidade por tuberculose em 2015 em relação a 1990. Ressaltou
1013 uma queda do percentual de óbitos por causa mal-definida, de 7,2, em 2006 para 2,5, em 2009. Ainda
1014 sobre a taxa de mortalidade, disse que a média é de 2,5/100 mil hab. no Brasil e a média global é de
1015 25. Contudo, Estados como Rio de Janeiro e Pernambuco apresentam índice duas vezes maior que a
1016 média nacional. Por outro lado, DF e Roraima com índice inferior a 1%. A respeito das capitais, Recife
1017 possui número de casos três vezes maior que a média nacional. Ressaltou que os dois maiores
1018 desafios referem-se à taxa de cura e taxa de abandono. Em relação ao percentual de cura dos casos
1019 novos de tuberculose por UF, explicou que a meta é alcançar o percentual de 85%, conforme
1020 recomendação da OMS, mas a taxa atual é de 70,4% com diferenças regionais. A respeito do
1021 percentual de abandono dos casos novos de tuberculose por UF, destacou que a média nacional é de
1022 9%, tendo Estados com 14% e outros com 3,4%. Disse que a estratégia de tratamento diretamente
1023 observado vem aumentando, de 3,4, em 2001 para 36% em 2009. Explicou que os pacientes são
1024 diagnosticados por bacilosscopia, no entanto, a cultura que deveria ser recomendada em casos de
1025 retratamento é realizada em apenas 1/5 dos casos. Sobre o controle da coinfeção Tuberculose/HIV,
1026 explicou que o Ministério da Saúde preconiza as seguintes ações: aconselhamento e teste rápido anti-
1027 HIV para todos os portadores de tuberculose; realização do teste cutâneo (PPD) e tratamento da
1028 infecção latente para todos os portadores do HIV; e diagnóstico precoce e tratamento oportuno da
1029 tuberculose em pessoas vivendo com HIV/AIDS. Sobre o percentual de casos novos de tuberculose
1030 segundo solicitação e realização do teste anti-HIV e resultado de coinfeção, destacou que 50%
1031 realiza o teste e 9,1% dos casos de tuberculose possui HIV. Mostrou gráficos sobre o percentual de
1032 cura dos casos novos de tuberculose e tuberculose/HIV, sendo que a taxa de cura é maior no grupo

1033 das pessoas com tuberculose sem HIV. Sobre o abandono, as pessoas com coinfecção abandonam
1034 duas vezes mais que os que não tem o HIV, o que facilmente explicado pela quantidade dos
1035 comprimidos e dos efeitos colaterais. Sobre a letalidade dos casos novos de tuberculose e tuberculose
1036 /HIV, destacou que as pessoas coinfetadas morrem três vezes mais. Sobre o Controle da
1037 Tuberculose MultiDrogaResistente (TB-MDR), explicou que são cerca de 400 casos diagnosticados
1038 por ano, embora se estime que há 1.800 casos. Disse que a evolução das resistências não é um
1039 problema grave de saúde pública no Brasil, diferentemente do que ocorre no mundo. Ainda sobre as
1040 populações vulneráveis, a média nacional de cura dos casos novos de tuberculose na população
1041 privada de liberdade é de 59%. Destacou que 52,4% da população está coberta pela Estratégia Saúde
1042 da Família e salientou a prioridade do Programa e do Ministério da Saúde de descentralizar o controle
1043 para atenção básica e para ESF. Acrescentou que 57% dos pacientes com tuberculose são atendidos
1044 pela Estratégia Saúde da Família. Para finalizar, pontuou os avanços, desafios e prioridades. Listou
1045 como avanços políticos (no plano nacional): inclusão da tuberculose no Mais Saúde; fortalecimento do
1046 movimento social da tuberculose; ampliação e fortalecimento da Parceria Brasileira; criação dos
1047 comitês metropolitanos; realização do IV Encontro e I Fórum da Parceria; ampliação das articulações
1048 com setores do Governo (Dept de DST/Aids, DAB, área técnica de Saúde Prisional, Ministério da
1049 Justiça, SGEP, MDS e outros); ampliação das parceiras com a Sociedade Civil; e maior visibilidade
1050 para a tuberculose. No plano internacional, pontuou como avanços políticos: alinhamento com as
1051 políticas da OMS/STOP TB; adesão do país a dois mecanismos da OMS - GDF e ao GLC; articulação
1052 com organismos de cooperação (OPAS, OMS, STOP TB, CDC, USAID, MSH, UNION, Fundo Global,
1053 FB&MG e vários outros; realização do III Fórum do *Stop TB Partnership*; e melhoria da imagem do
1054 país em relação ao controle da TB. Como avanço organizacional, técnico e político, citou a
1055 descentralização das ações de controle da tuberculose para a Atenção Básica. Como desafios e
1056 prioridades, enumerou: aperfeiçoamento do sistema de informação; ampliação da realização da
1057 cultura do BK ("Cultura para todos até 2015"); implantação do teste rápido para a tuberculose (Gene
1058 Xpert); produção nacional dos medicamentos (transferência de tecnologia); ampliação das ações de
1059 controle da tuberculose -MDR e de controle da infecção (Planos Nacionais); ampliação das ações de
1060 controle da coinfecção TB/HIV (estruturação de um comitê nacional de coinfecção, implantação dos "3
1061 Is"); ampliação da descentralização das ações de controle da tuberculose para a Atenção Básica;
1062 ampliar o Tratamento Diretamente Observado (TDO), com qualidade; manter a cooperação com
1063 organismos internacionais; expandir a política de pesquisa; e manter a priorização política da
1064 tuberculose. Como proposta, disse que a presidente Dilma elegeu a erradicação da miséria no país
1065 como sua maior prioridade. A tuberculose é produto da desigualdade social. O enfrentamento radical
1066 da tuberculose, abordando sua gênese social, pode vir a ser uma das atividades e uma das
1067 contribuições deste Ministério para a erradicação da miséria no país. Nesse sentido, propôs
1068 articulação com os movimentos sociais, com o Congresso Nacional e com instituições intra e
1069 intersetoriais para pautar a necessidade de benefícios sociais, políticas específicas para a população
1070 de rua, reabilitação para os usuários de drogas (especialmente do crack), atuação incisiva nos
1071 presídios e nas comunidades indígenas, de modo a enfrentar os determinantes sociais da tuberculose
1072 e com isso eliminar a doença como um problema de saúde pública no país. Por fim, falou da proposta
1073 de criar uma comissão intersetorial para debater onde pode se avançar para o enfrentamento da
1074 tuberculose não apenas no aspecto biomédico, mas também no aspecto social (criação de um
1075 benefício, por exemplo). O representante do movimento de luta organizada contra a
1076 tuberculose/Fórum ONGs Tuberculose/RJ, **Carlos Eduardo Gouvea Basílio**, abordou a dimensão
1077 social da tuberculose. Destacou que se trata de uma doença do séc. XIX e permanece no séc. XXI e,
1078 ao que tudo indica, continua adaptando-se. Explicou que até a década de 90 o Brasil era
1079 considerando um dos países com a melhor resposta de combate e controle da doença, tanto do ponto
1080 de vista epidemiológico, quanto social. Contudo, a doença foi negligenciada como um problema de
1081 saúde pública e caiu no esquecimento em todos os setores da sociedade. Destacou, por exemplo, que
1082 a pesquisa encomendada pelo Projeto Fundo Global para avaliar o conhecimento da população
1083 brasileira sobre tuberculose, realizada em 53 municípios prioritários, apontou a falta de informação
1084 como o maior desafio para o controle da tuberculose no Brasil. Avaliou que os indicadores
1085 apresentados precisam ser relativizados, pois a situação do Brasil não é confortável; segundo os
1086 parâmetros da OMS, a média confortável é de 5 casos/100 mil e a média nacional é de mais de
1087 40/100 mil hab. Destacou o Estado do Rio de Janeiro com a média de 80 casos/110 mil hab. com
1088 comunidades como a Rocinha com 300 casos/100 mil hab. Enfatizou que os 5 mil óbitos por
1089 tuberculose são mortes evitáveis, visto que o SUS oferece método de diagnóstico confiável e
1090 tratamento gratuito. Além disso, salientou que a tuberculose causa perda de contingente de trabalho,
1091 pois afeta mais jovens em idade produtiva. Disse que foi possível avançar nos últimos anos, inclusive
1092 com a parceria com outros setores e o momento também é de avanço e de mais harmonia em relação
1093 às propostas. Frisou que, anteriormente, os desafios centravam-se nos aspectos epidemiológico e

1094 biomédico da doença e, hoje, são incorporados os determinantes sociais no debate. No mais,
1095 salientou que a tuberculose causa estigma e preconceito e os hospitais não estão preparados para
1096 enfrentá-la. Salientou que pesquisa da Rede Brasileira de Pesquisas em Tuberculose apontou que no
1097 Rio de Janeiro e em São Paulo, metrópoles com maior carga da doença, mais de 40% dos casos em
1098 situação tardia e grave são diagnosticados nos grandes hospitais de emergência. Disse que o seu
1099 contraponto visou “humanizar” os dados, traduzir socialmente a magnitude, o impacto e o custo social
1100 da tuberculose e avançar no debate incluindo outros aspectos. Conselheiro **José Marcos de Oliveira**
1101 destacou que a conjuntura é propícia para debate do tema, pois o acesso é um dos eixos temáticos da
1102 14ª CNS. **Manifestações**. Conselheira **Marisa Fúria Silva** avaliou que é preciso centrar esforços no
1103 grupo dos usuários de crack e dos moradores de rua e capacitar os profissionais de saúde para
1104 diagnóstico precoce da doença. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues**, primeiro, agradeceu o
1105 retorno imediato do Programa Nacional de Tuberculose no caso da paciente em São Paulo que
1106 necessitava de medicamento para tuberculose cuja distribuição havia sido suspensa. Destacou a
1107 atuação do coordenador do Programa que garantiu o acesso da paciente à medicação e a retomada
1108 da distribuição do medicamento nos postos de saúde do Estado. Por fim, salientou a importância de
1109 valorizar a rede de combate à tuberculose e garantir informação para a população. Conselheira
1110 **Fernanda Lou Sans Magano** agradeceu a presença dos convidados e reconheceu o esforço para
1111 retomar o tema no CNS. Também destacou os próximos passos de articulação para implementar as
1112 propostas de resoluções do GT que seriam apreciadas posteriormente. Conselheiro **Clóvis Boufleur**
1113 ressaltou que é preciso intensificar as ações voltadas à divulgação, propagação e promoção da cura
1114 da tuberculose e outras doenças negligenciadas. A propósito da resolução do GT, sugeriu que os
1115 itens 1, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14 fossem objeto de recomendação, porque dependiam de outras
1116 instâncias para implementação ou se tratavam de ações de incentivo. Conselheiro **Alcides Silva de**
1117 **Miranda** destacou que os dados demonstram a complexidade do problema e, a respeito da relação
1118 atenção básica e tuberculose, destacou que é prematuro fazer associações em termos de incidência
1119 com a cobertura da Estratégia Saúde da Família. Também falou da dificuldade das secretarias de
1120 saúde de oferecer apoio logístico à atenção básica em especial nas capitais do país. Portanto, disse
1121 que era preciso lidar com a cultura especializada para trabalhar a descentralização para a atenção
1122 básica. Conselheira **Jurema Werneck** cumprimentou a mesa pelo empenho em retomar o tema no
1123 CNS e ponderou se não era a hora de definir uma ação inovadora para tratar os casos mais graves,
1124 como a situação do Rio de Janeiro e de Porto Alegre. Destacou o caso da população negra e
1125 salientou que a Política de Saúde da População Negra deve contribuir na ação do Programa para
1126 potencializar os esforços. Conselheiro **Gilson Silva** ratificou a proposta de criação de um benefício,
1127 por exemplo, para as pessoas com tuberculose, haja vista as dificuldades enfrentadas pelas pessoas
1128 infectadas pela doença. Conselheiro **Artur Custódio de Souza** concordou com a proposição do
1129 Conselheiro Clóvis Boufleur de rever a minuta de resolução (definir os responsáveis) e sugeriu uma
1130 recomendação para incentivar a população civil para experiências como observatórios. Conselheiro
1131 **Expedito Solaney de Magalhães** ressaltou a importância de empenho do governo para mudar o
1132 quadro da tuberculose e outras doenças negligenciadas e endossou a proposta de resolução.
1133 Conselheira **Maria do Socorro de Souza** falou da dificuldade enfrentada por populações específicas,
1134 como a população rural, para ter acesso aos medicamentos. Conselheiro **Edmundo Dzuaiwi Omore**
1135 cumprimentou a mesa pela apresentação e destacou que é preciso avançar no que diz respeito à
1136 saúde indígena haja vista o número de óbitos. **Retorno da mesa**. O Coordenador do Programa
1137 Nacional de Controle da Tuberculose, **Draurio Barreira**, agradeceu os elogios e respondeu às
1138 questões pontuais. A respeito da população de rua, falou da experiência em Belo Horizonte que
1139 atingiu taxa de cura e adesão ao tratamento dessa população superior à média nacional da população
1140 geral. Disse que um simples atrativo (como refeição) consegue alcançar resultados extremamente
1141 positivos. Explicou que a intenção é definir, por meio de lei, um benefício para as pessoas com
1142 tuberculose a fim de melhorar os índices de adesão e cura. A respeito da adesão ao tratamento e cura
1143 da doença, salientou que a cobertura do PSF é essencial. Conselheiro **José Marcos de Oliveira**
1144 agradeceu os expositores e passou às propostas elaboradas pelo GT. No caso das resoluções,
1145 destacou que alguns pontos não são de governabilidade do CNS. Nesse sentido, propôs manter a
1146 proposta de resolução com os itens 1, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 12 e contemplar os demais itens em uma
1147 proposta de recomendação. Eventuais reformulações de texto seriam feitas pelo GT em um debate
1148 virtual. **Deliberação: aprovado o mérito da proposta de resolução sobre o tema. O GT, com a**
1149 **contribuição dos conselheiros Artur Custódio, Jurema Werneck e Clóvis Boufleur, promoverá**
1150 **debate virtual do texto da minuta de resolução, de forma a identificar os itens que devem**
1151 **constar na resolução e os que são objeto de recomendação.** Em seguida, conselheiro **José**
1152 **Marcos de Oliveira** apresentou duas minutas de recomendação. A primeira recomenda aos
1153 Conselhos de Políticas Públicas e as Frentes Parlamentares em HIV e AIDS no âmbito municipal
1154 estadual e nacional que incorporem a temática da Tuberculose na agenda prioritária. A segunda

1155 recomenda ao Ministério da Saúde a articulação com as demais áreas do governo federal, contando
1156 com a participação e apoio dos movimentos sociais, do Congresso Nacional e das instituições intra e
1157 intersetoriais a criação e manutenção de benefícios sociais para pessoas com tuberculose, de modo a
1158 ampliar a adesão ao tratamento e a diminuir as taxas de abandono. **Deliberação: aprovadas as duas**
1159 **recomendações elaboradas pelo GT.** O representante do movimento de luta organizada contra a
1160 tuberculose/Fórum ONGs Tuberculose/RJ, **Carlos Eduardo Gouvea Basílio**, agradeceu a
1161 oportunidade e colocou-se à disposição do Pleno do CNS e do GT. No mais, convidou os conselheiros
1162 para participar das atividades em comemoração ao dia mundial da tuberculose, de 20 a 24 de março.
1163 Finalizando, Conselheiro **José Marcos de Oliveira** agradeceu a presença dos convidados e encerrou
1164 este item. Nesse momento, houve um intervalo para o lanche. Retomando, deu-se continuidade à
1165 pauta. **ITEM 7 – GT ÓRTESE E PRÓTESE - Apresentação:** Conselheiro **Volmir Raimondi**,
1166 coordenador do GT; e Conselheira **Ana Cristhina Brasil**. **Coordenação:** **José Marcos de Oliveira**, da
1167 Mesa Diretora do CNS. Inicialmente, conselheiro **Volmir Raimondi** contextualizou que o GT foi
1168 constituído na 191ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, por demanda da Comissão
1169 Intersetorial de Saúde da Pessoa com Deficiência, com o objetivo de conhecer melhor todo o processo
1170 de fornecimento de órteses e próteses, bem como identificar possíveis falhas e ou problemas no
1171 sistema. Explicou que o produto do Grupo foi concluído em outubro de 2010, mas a apresentação foi
1172 postergada para aquele momento por conta do processo eleitoral do CNS. O GT analisou a situação
1173 da dispensação de órteses e próteses e outras questões relacionadas e contou com o apoio dos
1174 conselheiros, da área técnica do Ministério da Saúde e entidades externas convidadas para tratar do
1175 tema. Inicialmente, Conselheira **Ana Cristhina de Oliveira Brasil** justificou a ausência do Conselheiro
1176 Wilen Heil e Silva, integrante do GT, e passou à leitura do relatório final do GT Órteses e Próteses.
1177 Primeiro, apresentou a composição do GT: Conselheiro Volmir Raimondi, Coordenador do GT e
1178 representante da União Brasileira de Cegos – UBC; Conselheiro Wilen Heil e Silva, representante do
1179 Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO; Conselheira Marisa Furia Silva,
1180 representante da Associação Brasileira de Autismo – ABRA; Conselheira Solange Beatriz Palheiro
1181 Mendes, representante da Federação Nacional de Saúde Suplementar – FENASAUDE; Érika
1182 Pisaneschi, Coordenadora da Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência do Ministério da
1183 Saúde. O Grupo é assessorado pela técnica Vivian Diniz Gondim. Sobre a dinâmica de trabalho,
1184 explicou que o GT optou por reuniões presenciais com convite a vários atores envolvidos com o tema
1185 órteses e próteses, quais sejam: Departamento de Atenção Especializada/Secretaria de Atenção à
1186 Saúde/Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade/MS; Departamento de Regulação,
1187 Avaliação e Controle de Sistemas/SAS/MS; Departamento de Ações Programáticas
1188 Estratégicas/Secretaria de Atenção à Saúde/Área Técnica Saúde da Pessoa com Deficiência/MS;
1189 Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial/INMETRO; Agência de
1190 Vigilância Sanitária/ANVISA; Agência Nacional de Saúde/ANS; Comitê de Ajudas Técnicas/CAT/SDH;
1191 Conselho Federal de Medicina/CFM; Conselho Nacional de Secretários Municipais de
1192 Saúde/CONASEMS; e Conselho Nacional de Secretários de Saúde/CONASS. Destacou que, no total,
1193 foram realizadas seis reuniões no período de maio de 2009 a outubro de 2010. No diagnóstico,
1194 explicou que o Grupo trabalhou com perguntas e respostas. A primeira pergunta foi a seguinte: Por
1195 que existem tantas filas e há demora no acesso dos usuários às políticas de fornecimentos de órteses
1196 e próteses? Na constatação do GT, nem sempre o que é preconizado pelas portarias e políticas
1197 instituídas pelo Ministério da Saúde chega realmente a ser implantado nos municípios. Os motivos são
1198 variados como, por exemplo: inexistência de um trabalho estatístico que permita saber de fato quantas
1199 pessoas necessitam de órteses e próteses e reabilitação e, portanto a falta de programação
1200 correspondente na concessão dos equipamentos; desconhecimento dos gestores locais das portarias
1201 e políticas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite - CIT; falta de pactuação nas Comissões
1202 Intergestores Bipartites - CIBs; problemas no fluxo de referência e contra-referência altamente
1203 burocratizado que aumenta o tempo na fila; falta de regulação de vagas e organização da fila única a
1204 exemplo dos transplantes; falta de recursos enviados pela esfera federal ou com a contrapartida que
1205 cabe as outras esferas, estadual e municipal; problemas alegados e relacionados com a lei de
1206 licitações tanto no que se refere à demora na compra, quanto ao custo e, principalmente, à qualidade.
1207 Segunda pergunta: Existem problemas relativos à qualidade das órteses e próteses fornecidas pelo
1208 SUS? Essa questão não foi respondida de forma segura pelos órgãos de registro e controle (ANVISA),
1209 testagem e certificação (INMETRO) já que não existe estrutura suficiente no país para que se possa
1210 atestar a qualidade de qualquer órtese e prótese fornecida no Brasil, quer seja pelo sistema público ou
1211 privado de saúde. Atualmente, a qualidade dos produtos é determinada pelo fabricante e apenas
1212 registrada na ANVISA, não havendo estrutura e, muito menos, técnicos capacitados para essa tarefa.
1213 Somente após verificação de possíveis problemas recorrentes e notificados através do NOTIVISA é
1214 que a vigilância atua verificando o problema. Não existem normas técnicas e nem nomenclatura
1215 padrão para que se inicie o processo de testagem efetiva de todos os produtos, quer sejam nacionais

ou importados. Existem sim, exigências, no caso dos importados, como, por exemplo, de ser um produto reconhecido e utilizado no país de origem o que não garante o que chamamos, no Brasil, de qualidade. A ANVISA informou que, em parceria com o INMETRO e Universidades, está elaborando normas técnicas e estruturando uma Rede de Laboratórios para certificação de implantes, para um futuro próximo. Terceira pergunta: Existe falta de recursos para atender a demanda de órteses e próteses? Na avaliação do GT, a falta de conhecimento da real necessidade de órteses, próteses e reabilitação, bem como a falta de programação correspondente na concessão dos equipamentos, impede de afirmar se os recursos são suficientes. Por outro lado, o tema do financiamento é um tanto disperso no sistema de informações, pelo menos do ponto de vista do usuário, pois as políticas são implementadas por vários setores não restando claro para o GT se os recursos são suficientes ou não. Porém, o GT verificou que existe a intenção clara de se acabar com as filas, melhorar o sistema de concessão e tornar o financiamento suficiente, destacando-se que as políticas, em geral, são implementadas com recursos iniciais substanciais e que requerem o aporte dos entes federados, vez que o financiamento é tripartite. Merece, no entender do GT, um estudo profundo quanto aos recursos utilizados nessa área, ou seja, os recursos empenhados e liquidados de acordo com o proposto nas portarias do Ministério da Saúde. Na avaliação do Grupo, será um trabalho árduo da COFIN para esclarecer o assunto. Quarta pergunta: Existem problemas na gestão das políticas e dos recursos disponibilizados para este fim? Sim, constata-se que existem problemas de gestão. Quando o GT afirma que existem recursos e as filas continuam, entende que há problemas de gestão. Necessário se faz recordar aqui que o excesso de burocracia nos trâmites e o sistema de compras via licitações são entraves para a rapidez no atendimento e na atenção ao usuário. Quinta pergunta: Existem problemas éticos por parte dos profissionais na relação com os usuários? Sim, existem. Constatou-se por vários depoimentos no GT, inclusive o próprio Conselho Federal de Medicina (CFM) afirmou existirem desvios de conduta como, por exemplo, prescrição de órteses e próteses ditas diferentes daquelas fornecidas pelo SUS, cobrando do usuário adicionalmente pelo produto, mesmo que o procedimento seja realizado pelo SUS, alegando falta de qualidade nas órteses e próteses concedidas pelo sistema. Considerando que não existe qualquer mecanismo de testagem desse tipo de produto no país, não poderia haver essa distinção na indicação. Há um problema ético a ser resolvido tanto pela entidade de classe quanto pelas autoridades sanitárias. O GT destaca ainda que o usuário, nesse caso, é refém do profissional que o atende, pois a confiança entre profissional e paciente deve ser mútua, fazendo com que o usuário jamais duvide da indicação do que é melhor ou do que tem qualidade ou não. Ressalta-se aqui que, segundo a ANVISA, todas as órteses e próteses comercializadas no país são registradas nesse Órgão segundo os mesmos critérios, todavia quem garante a qualidade é o fabricante. Assim, como é possível afirmar o que é melhor ou pior? Sexta pergunta: Existe estrutura suficiente para registro, fiscalização e testagem das órteses e próteses no país? Percebe-se aqui que para registro sim, mas para os demais procedimentos, não. O registro é altamente burocrático e não exige uma grande estrutura. Diferente da testagem e do controle que são deficitários, quer seja pela falta de estrutura específica, quer seja pela falta de técnicos especializados, quer seja pela falta de normas e parâmetros que permitam a testagem. Quanto ao controle, este é feito basicamente pelos dados de registro aliados às possíveis notificações de problemas com os materiais ou equipamentos. O GT aponta o NOTIVISA que, embora exista e receba notificações de reações adversas, este sistema não é de fato acessível aos usuários. Destaca-se ainda que a notificação não é compulsória o que pode gerar sub-notificação de reações adversas e falta de identificação de suas causas. Ou seja, as substituições desses equipamentos, muitas vezes realizadas pelo SUS, são decorrentes de problemas na utilização do equipamento, por falhas na colocação ou por problemas na fabricação? É necessário lembrar que se houver falhas na colocação de uma prótese, por exemplo, o profissional jamais constituiria prova contra si, e então não teria interesse em fazer a notificação. Nesse caso, como a vigilância teria o controle da situação? Constatou-se também que os usuários não recebem as embalagens com número de série dos produtos, e outros dados do fabricante. Assim, como poderia fazer sua notificação, considerando o sistema atual que exige esses dados? Nas ouvidorias, ocorre a mesma exigência, assim conclui-se que o usuário não possui um sistema de notificação para apresentar suas queixas. Sétima pergunta: Existe problema já diagnosticado com a legislação existente que mereça revisão por parte do Ministério da Saúde? Não se pode afirmar com segurança, mas é fato que alguns problemas estão relacionados com a legislação existente. Destaca-se aqui alguns avanços em relação, principalmente, às próteses ambulatoriais onde as Portarias do Ministério da Saúde, nas áreas de reabilitação física, saúde auditiva, ostomizados, reabilitação visual, são acompanhadas de diretrizes clínicas e de implantação de Serviços Especializados, o que permite um melhor desempenho no que se pretende. De outro lado, a lei de licitações necessita de um estudo para ver o quanto estaria interferindo na saúde, principalmente, na área em que as órteses e próteses ambulatoriais fornecidas exigem prescrições de acordo com as necessidades individuais dos usuários. Muitos problemas quanto à

1277 qualidade e à demora são alegados, mas se verificou que, quando há uma interação com a equipe de
1278 compras e a equipe técnica, é possível diminuir seus efeitos em favor dos usuários. Outro problema
1279 constatado é a Lei de Responsabilidade Fiscal que, por vezes, limita a contratação dos profissionais
1280 necessários para a implantação dos serviços especializados, nos quais ao longo do processo de
1281 reabilitação os usuários fazem a adaptação das órteses e próteses e recebem orientações sobre seu
1282 uso e manutenção. Outro fator a ser considerado é que a compra desses equipamentos realizada de
1283 forma descentralizada pode levar a distorções de mercado como o abuso de preços. Existem
1284 informações ou alegações que alguns produtos, mesmo de fornecedores iguais, podem ultrapassar de
1285 um a cinqüenta vezes seu próprio valor. Comprovaria aqui que o princípio da economicidade está
1286 sendo ferido pela descentralização de compra, mesmo que sob o mesmo regime que é o da Lei nº
1287 8.666. Destaca-se que, para evitar distorções como estas, a ANVISA busca efetivar um banco de
1288 preços que, por enquanto, existe somente para alguns produtos. Mais um fator que se pode observar
1289 é a falta de registros precisos nos sistemas de informação, pelos gestores locais sobre os usuários
1290 atendidos pelo SUS e das órteses e próteses fornecidas, não permitindo uma avaliação e um controle
1291 adequado. Isto é agravado pela falta de relacionamento dos sistemas de saúde com o da previdência
1292 social, que não permite cruzar o que é realizado em cada área no mesmo atendimento da população.
1293 Não é raro o gestor lançar informações nos sistemas das duas áreas que, em última análise, poderão
1294 ser de um único atendimento. Oitava pergunta: Existe padronização da nomenclatura utilizada na
1295 comercialização e utilização desses materiais? Em caso de negativa seria importante que houvesse?
1296 Não existe padronização. Isso faz com que produtos iguais, utilizados de forma semelhante, sejam
1297 introduzidos no mercado com valores absolutamente diferentes. A falta de padronização também
1298 causa dificuldades para o órgão de vigilância no processo de registro, já que os fabricantes nomeiam
1299 de forma diferenciada produtos na essência iguais. O controle também acaba sendo dificultado, quase
1300 impossível, devido ao grande número de produtos existentes. Este problema afeta também a saúde
1301 suplementar. Se comparadas com os preservativos, as órteses e próteses são infinitamente relegadas
1302 a um segundo plano. Vejamos, o preservativo é registrado, testado por lote, recolhido da prateleira e
1303 testado novamente, recolhidas amostras no fabricante ou distribuidor de 6 em 6 meses e testados
1304 novamente. As órteses e próteses são registradas pela ANVISA segundo especificação do fabricante,
1305 colocada no mercado, e ... serão tomadas providências apenas se houver número expressivo de
1306 notificações. Nona pergunta: Como se dá o financiamento das políticas de fornecimento de órteses e
1307 próteses? A execução orçamentária está de acordo com o preconizado nas portarias afins? Qual o
1308 impacto da área de órteses e próteses no sistema? Os recursos são suficientes para atendimento da
1309 necessidade da população para este fim? Essa é uma pergunta difícil e pela qual se deve buscar uma
1310 resposta clara. O GT entende que, embora haja um esforço em suprir a necessidade, os recursos
1311 ainda não são suficientes. Observa-se ainda que, muitas vezes, a falta de planejamento e de
1312 conhecimento da verdadeira necessidade dos usuários para esses produtos ou materiais, não permite
1313 que o gestor faça o devido planejamento e, por conseguinte, o atendimento. A limitação, quer seja por
1314 quantidade de atendimentos especializados, quer seja por falta de leitos em casos cirúrgicos e
1315 burocracia nas compras, quer seja por distorções nos preços pagos em compras descentralizadas.
1316 Muitos são os fatores que interferem diretamente na agilidade e efetivo atendimento do usuário,
1317 fazendo com que, muitas vezes, a alternativa que lhe reste seja pagar por conta própria para que
1318 consiga o atendimento que necessita. Verificou-se ainda problemas no que tange a recursos
1319 humanos, a exclusividade da prescrição de órteses e próteses apenas por um segmento profissional,
1320 o que dificulta a agilidade nos processos de dispensação desses equipamentos e de descentralização
1321 de serviços especializados. Outro problema é a ausência da carreira de técnicos protesistas e
1322 ortesistas associada à carência destes profissionais no SUS que realizam a adequada adaptação e
1323 customização de alguns equipamentos, a exemplo, dos calçados no caso de usuários com
1324 hanseníase ou diabetes e das cadeiras de rodas adaptadas, entre outros. Feito o diagnóstico, passou
1325 à conclusão final do relatório do GT. Orientado pelas principais questões discutidas, o GT propõe ao
1326 Pleno do Conselho Nacional de Saúde os seguintes encaminhamentos: 1) Recomendar ao Conselho
1327 Federal de Medicina - CFM para que cumpra seu papel, aplicando o código de ética aos profissionais
1328 que se utilizam de práticas não idôneas e que prejudicam os usuários; 2) Solicitar à ANVISA um
1329 estudo e adequação da classificação de risco das órteses e próteses e procedimentos de registro,
1330 testagem e controle relacionados; 3) Recomendar ao Ministério da Saúde e ANVISA providências para
1331 instituir a notificação compulsória a reações adversas para órteses e próteses com registro das causas
1332 quando identificado; 4) Solicitar ao Ministério da Saúde que inclua nas normatizações que os serviços
1333 devem disponibilizar ao usuário, após receber órteses ou próteses, um laudo do procedimento
1334 realizado com as especificações técnicas do produto e número de série/lote; 5) Recomendar ao
1335 Ministério da Saúde a constituição de um Grupo de Trabalho para estudo aprofundado e futura
1336 implantação da padronização de nomenclatura de órteses e próteses; 6) Recomendar à ANS que
1337 inclua nos procedimentos pagos pela saúde suplementar a dispensação de órteses e próteses

1338 ambulatoriais; 7) Recomendar ao Ministério da Saúde que identifique no Cartão SUS se o usuário é
1339 pessoa com deficiência e se tem necessidade de utilizar órteses e próteses; 8) Solicitar ao Ministério
1340 da Saúde, através da CONJUR, um parecer jurídico sobre a aplicação da Lei nº 8666 no que tange às
1341 dificuldades que a Lei de Licitação pode causar para a compra de órteses e próteses peculiares às
1342 necessidades individuais dos usuários em contraposição ao menor preço; 9) Solicitar ao Ministério da
1343 Saúde, através da CONJUR, um parecer jurídico sobre a aplicação da Lei Complementar 101/01 no
1344 que tange às dificuldades que a Lei de Responsabilidade Fiscal pode causar para a implantação de
1345 serviços e a contratação de profissionais especializados para a reabilitação de usuários com a
1346 adequada adaptação de órteses e próteses; 10) Recomendar ao Ministério da Saúde que realize uma
1347 pesquisa nacional para identificar quais são as reais condições de saúde e necessidades das pessoas
1348 que necessitam de órteses e próteses para o adequado planejamento de recursos e serviços
1349 assistenciais; e 11) Solicitar ao Ministério da Saúde a revisão ou elaboração de protocolos e diretrizes
1350 clínicas referentes à dispensação de órteses e próteses pelo SUS. **Manifestações.** Conselheiro
1351 **Volmir Raimondi** explicou que o principal problema em relação a órteses e próteses refere-se ao
1352 acesso e ressaltou inclusive que a dispensação de órteses e próteses ambulatoriais não é um
1353 procedimento pago pela saúde suplementar. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** parabenizou o GT
1354 pelo trabalho e sugeriu remeter o tema para debate na Comissão de Saúde Suplementar. Conselheiro
1355 **Clóvis Boufleur** parabenizou o GT pelo trabalho e endossou os encaminhamentos do relatório.
1356 Também apresentou as seguintes sugestões: disponibilizar o relatório final do GT na internet;
1357 recomendar pactuação na Comissão Intergestores Bipartite relacionada à dispensação das órteses e
1358 próteses; e solicitar informação ao Conselho Federal de Medicina sobre os procedimentos médicos
1359 relacionados à prescrição de órteses e próteses. Conselheiro **José Naum de Mesquista Chagas**
1360 sugeriu incluir nos encaminhamentos do GT a recomendação ao Ministério da Saúde de revisão de
1361 Portarias e Protocolos que tratam das órteses e próteses, principalmente que dizem respeito à
1362 dispensação. Conselheira **Maria Laura Bicca** identificou como problemas a falta de um programa
1363 efetivo para as pessoas com necessidades especiais e ausência de ações para evitar o agravamento
1364 de casos. Também sugeriu que a Comissão da Pessoa com Patologias faça um mapeamento dos
1365 projetos de reabilitação do país. Conselheiro **Artur Custódio de Souza** cumprimentou o GT pela
1366 metodologia de trabalho e destacou o avanço do debate na Câmara dos Deputados sobre a inclusão
1367 do profissional sapateiro na equipe de reabilitação. Conselheira **Maria Cristina Pedro Biz**
1368 cumprimentou o GT pelo trabalho, mas sentiu falta dos seguintes aspectos: adaptação e recuperação;
1369 e avaliação da assistência prestada. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** comunicou que o
1370 Ministro da Saúde reuniu-se com algumas entidades para tratar das demandas levantadas pelo GT
1371 visando definir encaminhamento objetivo com maior agilidade. Além disso, informou que será
1372 promovido debate com as áreas técnicas do Ministério da Saúde sobre a questão. Conselheiro
1373 **Abrahão Nunes da Silva** elogiou o Grupo pelo trabalho e sugeriu convocar as áreas técnicas
1374 relacionadas ao tema para dar respostas ao CNS sobre os pontos levantados pelo GT. Conselheiro
1375 **Ronald Ferreira dos Santos** propôs que o CNS promova debate aprofundado sobre as Redes de
1376 Atenção. Conselheira **Ana Crishina de Oliveira Brasil** ressaltou a importância de envolver a saúde
1377 do trabalhador nesse debate e enfatizou que o processo de prescrição deve ser ampliado e
1378 compartilhado, o que exige mudança de paradigma. **Retorno da mesa.** Conselheiro **Volmir**
1379 **Raimondi**, após comentários pontuais das falas dos conselheiros, passou aos encaminhamentos:
1380 referendar os encaminhamentos sugeridos pelo GT; divulgar o relatório final do GT na internet e para
1381 os conselhos; solicitar ao Conselho Federal de Medicina que avalie os procedimentos médicos e
1382 éticos relacionados à prescrição de órteses e próteses; recomendar ao CONASS, CONASEMS e
1383 Ministério da Saúde que promovam pactuações relacionadas à dispensação das órteses e próteses;
1384 recomendar a realização de reunião com ANVISA, INMETRO e outros convidados para fazer a
1385 avaliação da qualidade das órteses e próteses e o mapeamento desses serviços; e recomendar ao
1386 Ministério da Saúde a revisão/elaboração de Portarias e Protocolos que tratam das órteses e próteses,
1387 principalmente, as que dizem respeito à dispensação. **Deliberação: aprovado o relatório do GT**
1388 **Órteses e Próteses com os encaminhamentos do GT e os acréscimos do Plenário: recomendar**
1389 **ao Conselho Federal de Medicina – CFM que avalie os procedimentos médicos e éticos**
1390 **relacionados à prescrição de órteses e próteses; recomendar à ANVISA um estudo e**
1391 **adequação da classificação de risco das órteses e próteses e procedimentos de registro,**
1392 **testagem e controle relacionados; recomendar ao Ministério da Saúde e ANVISA providências**
1393 **para instituir a notificação compulsória a reações adversas para órteses e próteses com**
1394 **registro das causas quando identificado; recomendar ao Ministério da Saúde que inclua nas**
1395 **normatizações que os serviços devem disponibilizar ao usuário, após receber órteses ou**
1396 **próteses, um laudo do procedimento realizado com as especificações técnicas do produto e**
1397 **número de série/lote; recomendar ao Ministério da Saúde a constituição de um Grupo de**
1398 **Trabalho para estudo aprofundado e futura implantação da padronização de nomenclatura de**

1399 órteses e próteses; recomendar à ANS que inclua nos procedimentos pagos pela saúde
1400 suplementar a dispensação de órteses e próteses ambulatoriais; recomendar ao Ministério da
1401 Saúde que identifique no Cartão SUS se o usuário é pessoa com deficiência e se tem
1402 necessidade de utilizar órteses e próteses; solicitar ao Ministério da Saúde, através da SAS, um
1403 parecer sobre a aplicação da Lei nº 8666 no que tange às dificuldades que a Lei de Licitação
1404 pode causar para a compra de órteses e próteses peculiares às necessidades individuais dos
1405 usuários em contraposição ao menor preço; solicitar ao Ministério da Saúde, através da SAS,
1406 um parecer sobre a aplicação da Lei Complementar 101/01 no que tange às dificuldades que a
1407 Lei de Responsabilidade Fiscal pode causar para a implantação de serviços e a contratação de
1408 profissionais especializados para a recuperação da saúde (processo de reabilitação) de
1409 usuários com a adequada adaptação de órteses e próteses; recomendar ao Ministério da Saúde
1410 que realize uma pesquisa nacional para identificar quais são as reais condições de saúde e
1411 necessidades das pessoas que necessitam de órteses e próteses para o adequado
1412 planejamento de recursos e serviços assistenciais; recomendar ao CONASS, CONASEMS e
1413 Ministério da Saúde que promovam pontuações relacionadas à dispensação das órteses e
1414 próteses; recomendar a realização de reunião com ANVISA, INMETRO e outros convidados
1415 para fazer a avaliação da qualidade das órteses e próteses e o mapeamento desses serviços; e
1416 recomendar ao Ministério da Saúde a revisão/elaboração de Portarias e Protocolos que tratam
1417 das órteses e próteses, principalmente, as que dizem respeito à dispensação. Com essa
1418 deliberação, a mesa encerrou os trabalhos do primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os
1419 seguintes conselheiros: *Titulares* - Abrahão Nunes da Silva, Alcides Silva de Miranda, Artur
1420 Custódio M. de Souza, Cleuza C. Miguel, Clóvis A. Boufleur, Edmundo Dzuawi Omore, Fernanda
1421 Lou Sans Magano, Fernando Luiz Eliotério, Francisco Batista Júnior, Geraldo Alves
1422 Vasconcelos, João Donizeti Scaboli, João Rodrigues Filho, Jorge Alves de Almeida Venâncio,
1423 José Cechin, José Marcos de Oliveira, Jurema Pinto Werneck, Lígia Bahia, Luiz Alberto
1424 Catanoce, Luiz Odorico M. de Andrade, Maria Cristina Pedro Biz, Maria de Lourdes Alves
1425 Rodrigues, Maria do Socoro de Souza, Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos, Maria
1426 Thereza A. Antunes, Marisa Furia Silva, Nelson A. Mussolini, Nildes de Oliveira Andrade,
1427 Olympio Távora Derze Correa, Ruth Ribeiro Bittencourt, Sandra Regis, Ubiratan Cassano
1428 Santos, Volmir Raimondi e Zilda de Faveri Vicente Souza. *Suplentes* - Ana Cristhina de Oliveira
1429 Brasil, Ana Estela Haddad, Eliane Aparecida da Cruz, Elias Nasrala Neto, Eurídice Ferreira de
1430 Almeida, Expedito Solaney Pereira de Magalhães, Gilson Silva, Graciara Matos de Azevedo,
1431 Gyselle Saddi Tannous, José Eri Medeiros, José Naum de Mesquita Chagas, Juares Pires de
1432 Souza, Júlio A. Gevaerd, Júlio Cezar Figueiredo Caetano, Jurandi Frutuoso Silva, Lazaro Luiz
1433 Gonzaga, Maria Ermínia Ciliberti, Maria Laura Carvalho Bicca, Noemy Yamaghishi Tomita, Paulo
1434 César Augusto de Souza, Pedro Tourinho de Siqueira, Rildo Mendes, Ronald Ferreira dos
1435 Santos, Tânia Maria Onzi Pietrobelli e Verônica Lourenço da Silva. Conselheiro Alexandre Rocha
1436 Santos Padilha, Ministro de Estado da Saúde e Presidente do CNS, iniciou os trabalhos do segundo
1437 dia de reunião com cumprimentos aos conselheiros e demais participantes reunião. Inicialmente,
1438 Conselheiro **Volmir Raimondi** falou da falta de medicamento para transplantados no Rio Grande do
1439 Sul e solicitou ao Ministro da Saúde que verificasse essa questão. Conselheiro **Alexandre Rocha**
1440 **Santos Padilha**, Ministro de Estado da Saúde e Presidente do CNS tomou nota da solicitação do
1441 Conselheiro Raimondi e colocou-se à disposição para, posteriormente, na condição de Ministro da
1442 Saúde, ouvir as demandas pontuais dos conselheiros. Justificou que não pôde participar do primeiro
1443 dia de reunião do CNS por conta da participação na reunião das frentes parlamentares ligadas à
1444 saúde no Congresso Nacional e no Simpósio sobre Perspectivas de Saúde no Brasil, realizado em
1445 São Paulo. Aproveitou para saudar as representações indígenas presentes à reunião do Conselho.
1446 Em seguida, comentou a pauta do segundo dia de reunião, com destaque para o balanço do mês na
1447 saúde e para a 14ª Conferência Nacional de Saúde. Sobre o balanço do mês na saúde, explicou que a
1448 Mesa Diretora do CNS propôs um momento na pauta do Conselho para debate de um tema da saúde
1449 e, como resultado, uma resolução do CNS. A cada mês seria indicado um conselheiro para apresentar
1450 um documento sobre o tema escolhido visando suscitar o debate. Nessa reunião fora indicado o
1451 Conselheiro Jurandi Frutuoso para relator. Disse que, na sequência, faria uma fala sobre as ações
1452 principais do mês. **ITEM 8 – BALANÇO DO MÊS NA SAÚDE – Composição da mesa:** Conselheiro
1453 **Alexandre Rocha Santos Padilha**, Ministro de Estado da Saúde e Presidente do CNS; Conselheiro
1454 **Jurandi Frutuoso Silva**; e **Rozângela Fernandes Camapum**, Secretária-Executiva do CNS.
1455 **Coordenação:** Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheiro
1456 **Jurandi Frutuoso**, antes de iniciar a sua explanação, falou da sua satisfação em participar da reunião
1457 das frentes parlamentares da saúde no Congresso Nacional e cumprimentou o Ministro da Saúde por
1458 participar desse ato. Também manifestou satisfação com a presença dos conselheiros nessa atividade
1459 e ressaltou que o ato terá repercussão. Aproveitou para destacou que 13 mil projetos relativos à saúde

1460 tramatam no Congresso Nacional, por isso, é necessária atenção do Conselho. Também destacou a
1461 presença do Ministro da Saúde na reunião do CNS para discutir as questões da saúde. Feito esse
1462 registro, explicou que discorreu sobre dois temas com repercussão na sociedade - dengue e
1463 financiamento da saúde – na lógica de suscitar o debate. O primeiro documento, que trata sobre a
1464 situação da dengue no Brasil, inicia com a informação de que, segundo dados preliminares da
1465 Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, em 2011 foram notificados até a 8ª
1466 semana epidemiológica 134.566 casos de dengue no país. Neste período, aproximadamente 63%
1467 (85.004) dos casos do país concentraram-se em 7 estados: Acre (16.015; 12%), São Paulo (13.640;
1468 10%), Rio de Janeiro (13.091; 10%), Amazonas (11.892; 9%), Minas Gerais (10.538; 8%); Paraná
1469 (10.327; 8%) e Espírito Santo (9.501; 7%). Foram notificados e encontram-se em investigação, 1035
1470 casos graves e 140 óbitos de dengue. Apesar do número total de casos notificados no país até a 8ª
1471 semana epidemiológica em 2011 tenha diminuído em 48% em relação a 2010, observa-se que em
1472 dezesseis estados houve um aumento deste número. Conforme investigação de 92 óbitos ocorridos
1473 em 2010 em diversos estados do país, somente 13% destes pacientes foram atendidos em unidades
1474 de atenção primária. 51% tiveram a suspeita clínica de dengue no primeiro atendimento, porém
1475 somente 19% receberam classificação de risco, sendo que 54% apresentavam comorbidades e 87%
1476 sinais de alarme. Abordou também a questão do controle da dengue e saneamento ambiental,
1477 destacando que a implementação de outras políticas públicas além da área específica da saúde é
1478 fundamental para o controle da infestação pelo *Aedes aegypti* e consequentemente da transmissão da
1479 dengue. Neste contexto, cabe destacar a questão do saneamento ambiental e, em especial, as ações
1480 de saneamento básico, através do abastecimento regular de água. Esta situação fica evidente quando
1481 verificamos os criadouros predominantes nas capitais brasileiras, através do Levantamento Rápido de
1482 Índices de Infestação pelo *Aedes aegypti* - LIRAA de outubro de 2010. 72% dos criadouros nas
1483 capitais da Região Nordeste e 48,8% na Região Norte estavam relacionados à questão da
1484 regularidade do abastecimento de água. Apesar de não ser a principal, esta deficiência também era
1485 responsável por percentual significativo dos criadouros nas capitais da Região Sudeste (22,3%) e
1486 Centro-Oeste (26,7%). Já a questão da destinação inadequada dos resíduos sólidos foi a principal
1487 responsável pelos criadouros da Região Centro-Oeste (38,7%), apresentando também papel
1488 importante nas regiões Norte (28,6%), Sudeste (25,9%) e Sul (25%). Segundo dados da Pesquisa
1489 Nacional de Saneamento Básico realizada pelo IBGE em 2008, 78,6% dos domicílios tinham acesso à
1490 rede de água, existindo ainda, portanto, um déficit que equivale a 40 milhões de pessoas no Brasil
1491 sem disponibilidade de água encanada em seu domicílio. Para OLIVEIRA, SCAZUFCA e MARCATO
1492 (2011) seriam necessários R\$ 255 bilhões para a universalização do saneamento básico (água e
1493 esgoto) no Brasil se mantidos os atuais padrões de produtividade e patamar de investimentos, o que
1494 significaria uma perspectiva de universalização do acesso à rede de água somente em 2039. No
1495 melhor cenário avaliado pelos autores (duplicação da média recente de investimentos referente aos
1496 últimos oito anos e incremento de 30% da produtividade) poderíamos chegar a esta universalização
1497 em 2017, com um investimento de R\$ 150 bilhões. Este último cenário, acompanhado de maior
1498 regularidade no abastecimento, seria promissor para uma maior efetividade no controle da
1499 transmissão da dengue no país, especialmente nas regiões Nordeste e Norte. É necessário que esse
1500 problema seja enfrentado por todas as áreas de governo, como uma política de Estado e com o
1501 envolvimento consciente da população. Nas duas últimas décadas a dengue tem se mostrado um dos
1502 principais problemas de saúde pública no Brasil. Periodicamente observam-se epidemias em diversas
1503 regiões do país acompanhadas de aumento significativo do número de casos graves, hospitalizações
1504 e óbitos. Esta situação precisa ser enfrentada de forma eficiente e tempestiva, intervindo nas causas
1505 da dengue e organizando a assistência adequada aos doentes. A solução de problemas como a
1506 ocupação desordenada dos espaços urbanos, a deficiência de saneamento básico (notadamente do
1507 acesso regular à água), a inadequação do acondicionamento, coleta e destino do lixo, a mudança de
1508 atitude da população e a manutenção das ações de controle dos vetores precisam ser enfrentadas
1509 com a efetivação de políticas públicas integradas e contínuas. Neste sentido, é fundamental a
1510 implementação e efetivação das Diretrizes Nacionais de Controle da Dengue, bem como ampliar e
1511 regularizar o financiamento das ações de vigilância em saúde e ampliar o investimento e melhorar a
1512 produtividade nas ações de saneamento. O controle da dengue exige, portanto, uma ação
1513 responsável, forte e coordenada de todas as áreas governamentais que tenham correlações com os
1514 determinantes da mesma, em uma ação conjunta das três esferas de governo. Em seguida,
1515 apresentou o texto sobre o financiamento do SUS. O Sistema Único de Saúde (SUS) é,
1516 reconhecidamente, uma das maiores conquistas do povo brasileiro nos últimos 22 anos, por revelar-se
1517 a política pública mais includente desde a promulgação da Constituição Federal em 1988, onde todo
1518 cidadão brasileiro tem direito à atenção à saúde de forma integral e gratuita. Apesar dos grandes
1519 avanços do SUS, os desafios (financiamento, universalização, modelo institucional do SUS, atenção à
1520 saúde do SUS, gestão do trabalho no SUS e participação social) a superar são muitos e complexos. O

1521 documento discute o desafio do financiamento que têm se constituído em uma preocupação
1522 permanente de todos os envolvidos diretamente com a construção do sistema de saúde, tornando-se
1523 tema constante em todas as discussões das instâncias gestoras. Garantir a
1524 universalidade/integralidade diante de um cenário de restrições orçamentárias e financeiras e alocar
1525 recursos de forma equânime em um país de tantas desigualdades sociais e regionais tem-se
1526 transformado em um grande desafio para os gestores. O gasto com saúde no Brasil, em 2007,
1527 segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), representa algo em torno de 8,4% do
1528 PIB, o que é um valor percentual próximo ou superior aos de alguns países desenvolvidos. Entretanto
1529 nesse período, o gasto total *per capita* em saúde padronizado segundo paridade de poder de compra
1530 foi de US\$PPP 837 enquanto o gasto público *per capita* foi de US\$PPP 348. Isto representa 41,6% da
1531 participação pública nas despesas com saúde no Brasil, muito inferior aos países desenvolvidos
1532 como, Alemanha (76,9%), Canadá (70,0%), Itália (76,5%), USA (45,5%) e até mesmo de vários países
1533 da América Latina, Argentina (50,8%); Chile (58,7%); Colômbia (84,2%) e Costa Rica (72,9%). Ou
1534 seja, no Brasil de hoje o gasto privado com a saúde é maior do que o gasto público, diferentemente de
1535 países com sistemas de saúde de atenção universal como o nosso. Sobre a distribuição do gasto
1536 público total com saúde, entre União, estados e municípios nota-se que há uma nítida tendência de
1537 redução da participação do governo federal nesses gastos. Entre 1980 e 1990 a União era
1538 responsável por mais de 70% do gasto público com saúde. Em 2000 estava em torno de 58,6% e, em
1539 2008, essa participação caiu para 43,5%. Ou seja, a participação dos estados e dos municípios no
1540 financiamento da saúde cresceu, consideravelmente, nos últimos anos. Frente ao exposto, para a
1541 superação do subfinanciamento do setor é necessário repolitizar o SUS conforme está explicitado no
1542 Pacto pela Saúde. Esse Pacto convoca-nos a participar mais intensamente, levando essas questões
1543 para a discussão no seio da sociedade, para que, uma vez informada, defina de forma clara qual o
1544 sistema de saúde desejado e os meios disponíveis para efetivá-lo; quanto está disposta a pagar para
1545 mantê-lo e como atuar politicamente para garantir orçamento público adequado. Por fim, disse que a
1546 situação é otimista e é preciso retomar o tema da reforma sanitária e da saúde como prioridade.
1547 Conselheiro **Alexandre Rocha Santos Padilha**, Ministro de Estado da Saúde e Presidente do CNS,
1548 explicou que os textos são subsídios para estimular o debate e contribuir com o CNS para indicar as
1549 questões centrais da Política Nacional de Saúde, no mês, para as entidades, a imprensa, os
1550 conselhos. Agradeceu o esforço do Conselheiro Jurandi Frutuoso e salientou que a intenção é
1551 transformar os conteúdos em resoluções. Destacou que, ao debater financiamento, é preciso debater
1552 onde e como aplicar os recursos. Salientou a importância da reunião com as Frentes Parlamentares
1553 Ligadas à Saúde porque criou um fato político no início do processo legislativo para construir uma
1554 agenda. Lembrou, inclusive, que muitas das questões fundamentais para melhorar a qualidade de
1555 atenção à saúde do país demandam articulação com o Congresso Nacional. Avaliou que a resolução
1556 resultado desse debate devia ter como chamada: aprimorar os avanços dos vinte anos do SUS e
1557 investir melhor com o pouco disponível e ter mais para investir mais e melhor. Ressaltou que o
1558 momento apresenta a oportunidade histórica de dar um novo salto para aprimorar os avanços do SUS.
1559 Sobre a dengue, disse que é preciso fazer uma chamada para a conscientização de que somente uma
1560 ação intersetorial poderá controlar a dengue no país. Também lembrou que é preciso destacar que a
1561 redução de casos graves e dos óbitos depende do fortalecimento da atenção primária à saúde.
1562 Salientou, além disso, o papel dos conselhos de saúde nesse processo de combate à dengue. Na
1563 sequência, fez um balanço do mês na saúde, com enfoque nos seguintes pontos: Saúde não tem
1564 Preço; Campanha de DSTs Aids e hepatites no carnaval; reunião da Tripartite da nova gestão; e
1565 saúde da mulher. Primeiro, fez um balanço do Programa Saúde não tem Preço, destacando que, em
1566 30 dias, houve aumento de 61% no acesso dos pacientes dependentes de medicamentos para
1567 hipertensão, 50% para os que precisam de medicamento para diabetes e 49% para os que precisam dos
1568 demais medicamentos. Destacou que os dados mostram o acerto da estratégia na garantia da
1569 assistência farmacêutica combinada com a assistência básica das unidades de saúde, compra
1570 centralizada e distribuição pelo Ministério da Saúde e dispensa de medicamentos de alto custo nas
1571 unidades de referência. Também chamou a atenção para a importância do envolvimento de outros
1572 mecanismos como Ouvidoria, controle social (conselhos de saúde), parceria com o setor privado, para
1573 ampliar o acesso de forma rápida e combater as fraudes. Disse que é momento de operacionalizar a
1574 proposta da última reunião do CNS de criar um GT ou designar uma das Comissões do CNS para
1575 acompanhar o Programa Saúde não tem Preço. Sobre a Campanha de Carnaval de Prevenção de
1576 DSTs e Aids e hepatites, destacou a presença do setor saúde no carnaval e citou a ação da vigilância
1577 sanitária no carnaval de Salvador e do Rio de Janeiro. Reiterou ainda a necessidade de reformular a
1578 abordagem das campanhas de prevenção de DST, Aids e hepatites em função da nova realidade
1579 epidemiológica. Depois, falou da primeira reunião da Comissão Intergestores Tripartite com a nova
1580 composição, onde foram debatidos três temas fundamentais. O primeiro deles refere-se às maiores
1581 portas de entrada do Sistema: atenção primária e rede de urgência e emergência. Salientou que é

1582 preciso definir medidas de aprimoramento dessas duas portas, pactuação e enfrentamento prioritário
1583 na relação com estados e municípios. Ressaltou, inclusive, a solicitação da Presidente Dilma de definir
1584 novas iniciativas a respeito dos temas, como redes integradas. O segundo tema de debate disse
1585 respeito à necessidade de medidas de aprimoramento do Pacto de Gestão. Nessa questão, salientou
1586 que é preciso aprimorar o Pacto de Gestão para consolidar o exercício de pactuação entre estados e
1587 municípios para, daí, fortalecer o processo de pactuação entre União, estados e municípios, com a
1588 definição de um contrato com metas, entre outros aspectos. Também enfatizou a importância de
1589 defender por uma lei da reforma sanitária com definição de metas entre os três entes federados. Por
1590 fim, comentou, no mês do dia internacional da mulher, as ações definidas para as mulheres. Destacou
1591 a campanha de carnaval para prevenção de DSTs e AIDS que teve a mulher como foco com incentivo
1592 ao uso do preservativo. Informou que será lançado um programa para fortalecer e ampliar a
1593 prevenção e tratamento do câncer do colo do útero e sugeriu pautar a apresentação na próxima
1594 reunião. Chamou a atenção para a dificuldade de acesso das mulheres ao exame de prevenção de
1595 câncer de colo do útero e exames de baixa qualidade. Destacou que os mamógrafos instalados
1596 realizam a metade dos exames que poderiam para rastreamento do câncer e, por essa razão, sugeriu
1597 que seja criada uma força tarefa com estados e municípios, com a participação dos conselhos para
1598 fiscalizar a produção mensal de mamógrafos. Disse ainda que a estruturação dos centros de combate
1599 à violência contra a mulher é muito importante e lembrou a determinação que tornou obrigatória a
1600 notificação de situação de violência contra a mulher na rede pública e privada da saúde. No mais,
1601 comunicou o lançamento, no final do mês de março de 2011, da chamada "rede cegonha" que
1602 consiste em um conjunto de ações para qualificar a atenção materno-infantil. Conselheira **Maria do**
1603 **Socorro de Souza** avaliou que seria necessário aprimorar a metodologia da proposta de balanço
1604 mensal da saúde no sentido de dar visibilidade aos temas debatidos. Considerou acertada a decisão
1605 de tratar dos temas dengue e financiamento da saúde, pois permitiu explicitar a relação entre as
1606 questões conjunturais e estruturantes. Sobre a dengue, recuperou que o reaparecimento de casos
1607 coincide com o processo migratório das populações rurais para cidade e salientou que a indústria
1608 moderna é bastante poluente e não tem responsabilidade com os resíduos. Também registrou a
1609 presença de representantes da comunidade Pacaembu, em Valparaíso/GO, que existe há 37 anos,
1610 possui mais de 7 mil habitantes e enfrenta problemas de organização. A respeito do financiamento,
1611 colocou como desafio convencer a sociedade sobre a necessidade de uma taxa de contribuição (CSS)
1612 e defendeu que deva ser utilizado como argumento nesse processo de convencimento da população
1613 respostas concretas como garantia de acesso aos serviços com qualidade. **Manifestações.**
1614 Conselheiro **Clóvis Boufleur** também avaliou como acertada a proposta de pautar balanço da saúde,
1615 por se tratar de um momento para abordagem de temas relevantes. Sobre a dengue, solicitou a
1616 continuidade do processo de mobilização contra a doença com envolvimento da sociedade. Também
1617 registrou o sofrimento do povo japonês por conta da catástrofe natural e conclamou a todos para esse
1618 debate visto que envolve a saúde. Conselheiro **Luiz Odorico de Andrade** cumprimentou a Mesa
1619 Diretora do CNS pela iniciativa, pois aproxima a pauta do Conselho à realidade atual. Como
1620 encaminhamento, sugeriu a aprovação de duas resoluções do CNS sobre os temas abordados:
1621 financiamento estável para a saúde; e dengue com enfoque no mote intersetorial e 100% de
1622 saneamento. Conselheiro **Júlio Cesar Caetano** ressaltou que, além de ampliar o diagnóstico precoce
1623 da AIDS, é preciso garantir regularidade e continuidade na distribuição do medicamento para o
1624 tratamento. Nessa linha, manifestou preocupação com o desabastecimento de medicamentos para
1625 AIDS e solicitou providências a esse respeito. Conselheiro **Rildo Mendes** registrou a preocupação do
1626 movimento indígena a respeito da manutenção das ações de saneamento na FUNASA e solicitou
1627 manifestação do Ministro da Saúde sobre esse assunto. Além disso, informou a grave situação dos
1628 acampamentos do Mato Grosso do Sul, que há três meses não recebem cestas básicas, e solicitou
1629 resposta urgente para essa situação. O representante dos povos indígenas, **Valdenir França**, reiterou
1630 a preocupação com a possibilidade de manter as ações de saneamento na FUNASA, haja vista as
1631 denúncias de corrupção nesse órgão. Conselheiro **Remígio Todeschini** saudou o Ministro da Saúde
1632 por colocar em prática as propostas de campanha do governo e solicitou a continuidade das ações.
1633 No que diz respeito à dengue, informou que a Previdência (na Central 135) recebe milhões de
1634 ligações e alerta os segurados a esse respeito. Reiterou que é preciso avançar nas ações de
1635 promoção e sugeriu que as fiscalizações do país verifiquem focos do mosquito. Conselheira **Maria**
1636 **Cristina Pedro Biz** destacou que as ações nos municípios se restringem a campanhas na época de
1637 maior proliferação da dengue e, na sua visão, são necessárias ações mais efetivas e contínuas. Com
1638 relação ao financiamento, sugeriu como agenda prioritária a regulamentação da EC nº 29. Conselheiro
1639 **José Eri de Medeiros**, primeiro, cumprimentou a iniciativa e manifestou o seu apoio às reivindicações
1640 dos povos indígenas. Para além das questões em pauta, frisou que é preciso aproveitar a mobilização
1641 para a 14ª CNS para informar a população sobre os avanços do Sistema e qualificar o financiamento
1642 da saúde. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** reforçou a proposta de realizar mapas de

1643 necessidades regionais que possibilitem o diálogo entre saberes e orientem a definição de políticas
1644 mais adequadas. Avaliou que o processo de preparação da 14ª CNS é uma oportunidade para esse
1645 levantamento: incentivar a formulação de propostas com base nas necessidades de saúde. Salientou
1646 que é preciso apontar para a sociedade onde e como se dá o gasto com saúde e demonstrar o custo
1647 social da desassistência. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** informou ao Ministro da Saúde
1648 que a Comissão de Saúde Bucal do CNS recebeu da Comissão de Saúde do Idoso a demanda de
1649 parecer sobre a inclusão do fio dental no kit de higiene bucal. Disse que a Comissão de Saúde Bucal
1650 manifestou-se favorável à inclusão desse item no kit e entregou o parecer da Comissão ao Ministro da
1651 Saúde. Também falou do Projeto Nacional de educação 2011-2020, em tramitação no Congresso
1652 Nacional, para sugerir que o Ministério da Saúde e a CIRH trabalhem com o MEC a inclusão de
1653 questões voltadas à formação para a saúde no projeto (ensino médio, ensino profissionalizante,
1654 graduação e pós-graduação). Conselheiro **Artur Custódio de Souza**, a respeito da dengue, ressaltou
1655 que é preciso cuidado na análise de dados haja vista a possibilidade de equívoco de diagnóstico:
1656 viroses e outras doenças identificadas como dengue. Disse que, além da lei de responsabilidade
1657 sanitária, é preciso avançar na definição de contratos nas três esferas, facilitando o papel de
1658 fiscalização do controle social. Salientou que o Ministério da Saúde pode avançar no sentido de
1659 coordenar ações internacionais para combate a doenças relacionadas à fome e à miséria no país. Por
1660 fim, convidou o Ministro da Saúde para participar do 1º Encontro de Filhos Separados pelo Isolamento
1661 Compulsório, em São Paulo e sugeriu a indicação do conselheiro José Marcos para representar o
1662 CNS no evento. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** sugeriu que as intervenções tivessem como
1663 foco os dois temas de debate – dengue e financiamento – e posteriormente seria definido
1664 encaminhamento para outras questões urgentes. Conselheiro **Jorge de Oliveira Venâncio** saudou a
1665 iniciativa de balanço na saúde e focou a sua fala no Programa Farmácia Popular. Destacou que o
1666 Programa tem uma grande importância, pois atinge grande volume de pessoas e traz economia ao
1667 permitir a prevenção de outras doenças como infarto, derrame, insuficiência renal com tratamento
1668 mais oneroso. Ressaltou que é preciso divulgar os remédios fornecidos inclusive para os profissionais
1669 médicos, definir uma política para desburocratizar a questão das receitas (validade apenas de quatro
1670 meses o que resulta em um excesso de consultas) e flexibilizar as regras para a aquisição do
1671 medicamento para evitar a interrupção do tratamento. Conselheiro **João Donizete Scaboli** manifestou
1672 o apoio da Central Sindical às ações do Ministério Saúde de prevenção da dengue e também
1673 comunicou que a Central desenvolve campanhas de prevenção de doenças sexualmente
1674 transmissíveis, AIDS e hepatites virais. Acrescentou que a campanha atinge um milhão de
1675 trabalhadores e foi reconhecida internacionalmente pela OIT. Conselheiro **Luiz Alberto Catanoce**
1676 cumprimentou o Ministro da Saúde pelo Programa Saúde não tem Preço que amplia o acesso das
1677 pessoas a medicamentos e informou que o Sindicato Nacional dos Aposentados (SIND-NAP) realiza
1678 um ciclo de palestras de esclarecimentos sobre a AIDS na terceira idade. Conselheiro **Francisco**
1679 **Batista Júnior** destacou que, apesar dos avanços do SUS nos últimos anos, os gargalos
1680 estruturantes ainda são fortes e sabe-se o motivo disso. Portanto, há diagnóstico e é preciso tratar os
1681 problemas do Sistema. Frisou que é necessária gestão para enfrentar os grandes interesses que
1682 estão em jogo e impedir que o modelo se perpetue fortalecendo os gargalos do Sistema. No caso da
1683 dengue, avaliou que é impossível erradicá-la sem a mudança de modelo com prioridade para
1684 educação, prevenção, atenção primária e atuação intersetorial (equipe multiprofissional). Nessa lógica,
1685 avaliou como equívoco do Ministério da Saúde sinalizar a definição de carreira e de proposta de
1686 serviço social exclusivamente para os profissionais médicos visto que a solução do SUS passa por
1687 equipe multiprofissional. A respeito do financiamento, destacou que a lógica de financiar por
1688 procedimentos é equivocada e deve ser feita por metas, objetivos e contratualização. Manifestou sua
1689 discordância em relação ao Programa Farmácia Popular e Saúde não tem Preço e sugeriu pautar o
1690 debate desses temas, com aprofundamento de questões como relação público x privado, custo x
1691 benefício. Também perguntou se o debate no âmbito do Ministério da Saúde sobre contratualização
1692 estava inserido na proposta de decreto de regulamentação da Lei nº. 8.080/90. Por fim, registrou a
1693 presença da Presidente da Federação Nacional dos Assistentes Sociais – FENAS. Conselheira **Maria**
1694 **do Espírito Santo Tavares** cumprimentou a Mesa Diretora do CNS pela proposta de balanço na
1695 saúde e elogiou o Conselheiro Jurandi Frutuoso pelos subsídios. Também destacou a prioridade da
1696 Presidente Dilma à saúde da mulher, lembrando que esse grupo representa 52% da população e as
1697 principais causa de morte são o câncer de mama e de colo interino. Explicou que a Rede pode
1698 apresentar um mapa dos mamógrafos no Brasil, mas o Ministério da Saúde deve preparar-se para
1699 enfrentamento acerca dessa questão que envolve, inclusive, interesses de empresas estrangeiras. Por
1700 fim, informou a realização de encontro entre movimento organizado de mulheres e profissionais de
1701 saúde da área de saúde da mulher para tratar das questões da saúde. Conselheira **Marisa Furia**
1702 **Silva** convidou o Ministro da Saúde para participar da caminhada, em São Paulo, em comemoração
1703 ao Dia mundial da conscientização do autismo, 2 de abril, e solicitou, em nome da ABRA, a iluminação

1704 de um monumento de Brasília na cor azul, que representa o autismo. A respeito da dengue, sugeriu
1705 orientar a população a jogar cloro no piso e nas plantas e a limpar as calhas, por se tratarem de locais
1706 possíveis para reprodução do mosquito. Conselheira **Ana Cristhina Brasil**, a respeito da dengue,
1707 relatou a iniciativa de rede de supermercados de Fortaleza de imprimir orientações de combate à
1708 dengue nas sacolas. Também cumprimentou as lideranças indígenas presentes à reunião e
1709 manifestou apoio às reivindicações desses povos. No mais, comunicação mudança na direção do
1710 Fórum das Entidades Nacionais de Trabalhadores da Área da Saúde: Francisco Batista Júnior,
1711 coordenador; Ana Cristhina Brasil, coordenadora-adjunta; e Denise Torreão, secretaria e relatoria.
1712 Solicitou informações acerca dos encaminhamentos sobre a Moção de Repúdio do CNS à Medida
1713 Provisória nº. 520, que trata da empresa brasileira de serviços hospitalares e sugeriu a habilitação do
1714 CNS para participar da audiência pública sobre a Medida. Conselheira **Lígia Bahia** elogiou o Ministro
1715 da Saúde pelas iniciativas de combate à dengue e por reunir-se com as Frentes Parlamentares
1716 Ligadas à Saúde, mostrando que comprehende o que é prevenção no seu sentido mais amplo. A
1717 respeito das resoluções sugeridas, propôs financiamento estável, suficiente e eficiente, com fontes
1718 provenientes do financiamento da seguridade social, fim da incidência da DRU e regulamentação da
1719 EC nº 29. Falou da proposta de observatório nacional de políticas de saúde para trazer evidências
1720 sobre os rumos das políticas a serem adotadas. Também elogiou a proposta da Mesa Diretora do
1721 CNS de pautar temas de interesse da saúde e aprovar resoluções a esse respeito, mas lamentou que
1722 a proposta não tenha sido divulgada com antecedência para que as entidades pudessem contribuir.
1723 Por fim, reiterou a necessidade de debate no CNS sobre o caso do bebê, no Estado do Rio de
1724 Janeiro, que teve a perna amputada. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva**, primeiro, em nome da
1725 Central de Movimentos Populares, solidarizou-se com as populações indígenas e suas reivindicações.
1726 Também perguntou se o Programa Saúde não tem Preço ampliou o acesso da população aos
1727 medicamentos. Por fim, colocou para debate que a Cidade de Uberlândia/MG possui quase 100% de
1728 saneamento, mas apresenta altos índices de dengue. O morador de Valparaíso/GO, Ícaro, denunciou
1729 que foi expulso de hospital local, por solicitação do Secretário de Saúde, Francisco Carvalho, pelo fato
1730 de ser da imprensa. Além disso, informou que, em 2009, foi protocolada solicitação de auditoria do
1731 DENASUS em Valparaíso, mas até o momento esse procedimento não foi realizado. Conselheiro
1732 **Geraldo Alves Vasconcelos** solicitou ao Ministério da Saúde que promova diálogo com o Ministério
1733 das Cidades para conclusão do saneamento básico, pois a rede inacabada possibilita a reprodução do
1734 mosquito e, por consequência, aumenta os casos de dengue. Conselheiro **Expedito Solaney**
1735 **Magalhães** destacou que as Centrais Sindicais e a CUT associaram-se à campanha de combate à
1736 dengue e sinalizou a necessidade de ações intersetoriais para erradicar o problema. A respeito do
1737 financiamento da saúde, defendeu um debate mais definitivo com ênfase especial na regulamentação
1738 da EC nº. 29. Conselheiro **Edmundo Dzuaiwi Omore** apelou ao Ministro da Saúde por uma política
1739 de tratamento de água e de saneamento para as populações indígenas. Na avaliação dos povos
1740 indígena, é preciso qualificar e otimizar a aplicação dos recursos da saúde. Por fim, solicitou o
1741 fortalecimento da SESAI com a transição das ações da FUNASA para a Secretaria. Sra. **Dalva Silva**,
1742 do Movimento Popular por melhorias no Pacaembu/GO, relatou os problemas da comunidade: falta de
1743 coleta de lixo regular e de limpeza das áreas desocupadas; fiscalização inadequada; dois córregos
1744 poluídos próximos à comunidade; falta de atendimento no PSF; ausência de campanha local do
1745 Programa de Combate à Dengue e da Prefeitura; e falta de capacitação/orientação da população.
1746 Solicitou o apoio do CNS, pois não sabe a quem recorrer. Conselheira **Maria Thereza Antunes**, a
1747 respeito da dengue, disse que a vigilância deve ater-se aos terrenos alagados e abandonados para
1748 combater a doença e defendeu a valorização das equipes multidisciplinares e a ênfase na
1749 intersetorialidade. No mais, agradeceu a presença do Ministro da Saúde no lançamento da Campanha
1750 da Acessibilidade, realizada pela Secretaria Especial de Direitos Humanos, por meio do CONADE e
1751 no lançamento da campanha sobre DSTs, Hepatites no carnaval. Manifestou apoio às reivindicações
1752 das representantes da comunidade de Valparaíso/GO e das populações indígenas. Por fim, denunciou
1753 que o mamógrafo do Hospital das Clínicas de Recife está quebrado há oito meses, deixando a
1754 população desassistida. Conselheira **Noemy Yamagishi Tomita** informou que a CTNBio autorizou a
1755 produção e liberação no meio ambiente de machos do *Aedes aegypti* geneticamente modificados e
1756 essa iniciativa pode levar à redução de 30% da população de mosquitos da dengue. Desse modo,
1757 sugeriu o apoio do Ministério da Saúde à pesquisa para produção desses mosquitos geneticamente
1758 modificados no Brasil. **Retorno da mesa.** Conselheiro **Alexandre Rocha Santos Padilha**, Ministro de
1759 Estado da Saúde e Presidente do CNS, agradeceu as manifestações dos conselheiros e respondeu a
1760 questões pontuais. Primeiro, a respeito da intervenção da Conselheira Noemy Tomita, explicou que a
1761 Secretaria Estadual da Bahia, com o apoio do Ministério da Saúde, acompanha o projeto de produção
1762 de mosquitos da dengue modificados geneticamente para soltura no meio ambiente. Disse que a
1763 proposta de debate é uma primeira tentativa da Mesa Diretora de aprimoramento do funcionamento do
1764 CNS. Ressaltou que a idéia é dar a maior visibilidade possível ao documento para suscitar os debates

1765 e as propostas de resoluções. Sobre a segurança e regularidade de distribuição de medicamentos em
1766 especial para HIV/AIDS, sinalizou duas grandes prioridades: diagnóstico precoce e segurança do
1767 fornecimento de antirretrovirais. Explicou que os problemas decorreram do processo de compras em
1768 2010, mas que foi determinado um conjunto de mudanças nesse processo. Esclareceu que não houve
1769 interrupção da distribuição do medicamento, mas sim fracionamento, e solicitou fluxograma do
1770 ocorrido para identificar as mudanças necessárias. Também disse que será instituído Grupo do
1771 Ministério da Saúde para planejar e acompanhar o fornecimento de antirretrovirais e sugeriu a
1772 definição de um mecanismo para informar o planejamento passo a passo para a Comissão de AIDS
1773 do CNS. Solidarizou-se com as questões dos povos indígenas e reafirmou o compromisso com as
1774 metas a serem cumpridas como a implantação da SESAI, autonomia dos DSEIS. Também comunicou
1775 que, no final da reunião que tivera com as frentes parlamentares ligadas à saúde, acordou-se a
1776 realização de simpósio, no Congresso Nacional, sobre os eixos da 14^a CNS. Também saudou a idéia
1777 de concluir os instrumentos do mapa sanitário regional para servir de instrumento para os debates das
1778 etapas municipais, estaduais e nacional da 14^a CNS. Sobre o Plano Nacional de Educação, anotou a
1779 proposta de incluir a necessidade de formação e fixação de profissionais da saúde. Destacou que não
1780 há intenção do Ministério da Saúde de definir carreira e nem proposta de serviço social
1781 exclusivamente para os profissionais médicos, pois a abordagem é multiprofissional. Sobre a dengue,
1782 disse que é preciso avaliar o Programa Nacional de Dengue para redefinição de rumos. Ademais,
1783 informou que participaria da caminhada, em São Paulo, em comemoração ao Dia Mundial da
1784 Conscientização do Autismo e avaliou ser preciso garantir um momento na reunião do CNS para tratar
1785 das questões pontuais dos segmentos. Por fim, reiterou o seu compromisso de concluir o processo de
1786 consolidação da SESAI e garantir a autonomia dos DSEIS até o dia 19 de abril de 2011. Comentadas
1787 as questões que emergiram do debate, o Presidente do CNS procedeu à leitura das minutas de
1788 resoluções sobre os temas em discussão. Iniciou pela minuta de resolução sobre financiamento que
1789 tem a seguinte chamada: aprimorar os avanços dos 22 anos do SUS: investir melhor os recursos que
1790 temos e termos mais recursos para fazer mais. O documento possui por considerandos: 1) que o
1791 Sistema Único de Saúde (SUS) é, reconhecidamente, uma das maiores conquistas do povo brasileiro
1792 nos últimos 22 anos, por revelar-se a política pública mais includente desde a promulgação da
1793 Constituição Federal em 1988, onde todo cidadão brasileiro tem direito à atenção à saúde de forma
1794 integral e gratuita; 2) que apesar dos grandes avanços do SUS, os desafios (financiamento,
1795 universalização, modelo institucional do SUS, atenção à saúde do SUS, gestão do trabalho no SUS e
1796 participação social) a superar são muitos e complexos; 3) que o aprimoramento na gestão, o controle
1797 social e o financiamento são preocupações permanentes de todos os envolvidos diretamente com a
1798 construção do sistema de saúde, tornando-se temas constantes em todas as discussões das
1799 instâncias gestoras; 4) que a garantia da universalidade e integralidade não pode sofrer diante de
1800 restrições orçamentárias e financeiras e ainda a necessidade de alocar recursos de forma equânime
1801 em um país de tantas desigualdades sociais e regionais como um desafio para os gestores; 5) que os
1802 gastos em saúde crescem constantemente pressionados pela transição demográfica e epidemiológica,
1803 incorporação tecnológica, expansão das estruturas e das práticas médicas e que gasto com saúde no
1804 Brasil; 6) a relação e a distribuição relativa do gasto público total com saúde, entre União, estados e
1805 municípios nota-se que há uma nítida tendência de redução da participação do governo federal
1806 nesses gastos. Entre 1980 e 1990, a União era responsável por mais de 70% do gasto público com
1807 saúde. Em 2000 estava em torno de 58,6% e em 2008 essa participação caiu para 43,5%. Ou seja, a
1808 participação dos estados e dos municípios no financiamento da saúde cresceu, consideravelmente,
1809 nos últimos anos; e 7) que o subfinanciamento tem sido uma das principais razões para ainda não
1810 termos superado o desafio de garantir a todos o acesso aos serviços e ações de saúde no Brasil. No
1811 resolve, o documento determina: que a legislação construída ao longo dos anos para o financiamento
1812 do SUS avance para dar suporte a um sistema público universal de qualidade; convocar todas as
1813 forças políticas que compõe a sociedade brasileira para encontrar alternativas para investir melhor os
1814 recursos que temos e garantir aumento de recursos para viabilizar o Pacto para Saúde e o Pacto em
1815 Defesa do SUS; pela urgência da regulamentação da EC nº 29 e aprovação da Lei de
1816 Responsabilidade Sanitária; por um financiamento estável, suficiente e o fim da ineficiência dos gastos
1817 em saúde. Concluída a leitura, o Presidente do CNS perguntou se havia consenso sobre o mérito da
1818 resolução. **O Plenário aprovou o mérito da resolução.** Na sequência, os conselheiros apresentaram
1819 sugestões ao texto: no primeiro considerando, substituir "gratuito" por "equânime"; manter apenas o
1820 último considerando; no resolve, excluir o trecho "que a legislação construída ao longo dos anos o
1821 financiamento do SUS avance para dar suporte a um sistema público universal de qualidade" porque
1822 se trata de um desejo e não é objeto de decisão; manter "21 anos do SUS" utilizando como referencial
1823 a Lei nº. 8.080/90; substituir "gasto na saúde" por "investimento na saúde"; no quarto considerando,
1824 incluir "equidade" nos princípios; fazer a flexão de gênero no texto "cidadão e cidadã brasileira"; incluir
1825 o seguinte acréscimo no resolve: "e mobilização de alternativas para ampliar as fontes de

1826 financiamento para a saúde por meio da destinação do orçamento da seguridade social e fim da
1827 incidência da DRU no orçamento da saúde"; incluir no resolve o debate dos impactos da Lei de
1828 Responsabilidade Fiscal na saúde; transformar o primeiro item do resolve em considerando; substituir
1829 o verbo "convocar" por outro mais adequado (sugestão: envolver e mobilizar). De um modo geral,
1830 houve consenso sobre os destaques. **Após considerações, houve consenso sobre a proposta de**
1831 **considerar 22 anos do SUS, levando em conta o marco da Constituição Federal de 1988. Houve**
1832 **um breve debate sobre a utilização do termo "gratuito" e acordou-se pela utilização de**
1833 **"garantia do direito à atenção à saúde de forma integral".** Também foi levantada preocupação
1834 sobre a necessidade de definir estratégia para abordar a regulamentação da EC nº. 29. **A esse**
1835 **respeito, acordou-se por manter o texto da resolução conforme proposto, deixando claro que o**
1836 **CNS reitera a importância da regulamentação da EC nº 29, mas sem comprometer-se com**
1837 **nenhum dos projetos em tramitação. Deliberação: aprovado o mérito da resolução. Acordou-se**
1838 **que os destaques seriam considerados para aprimorar a redação. O texto seria reapresentado**
1839 **posteriormente.** Em seguida, Conselheiro **Alexandre Rocha Santos Padilha**, Ministro de Estado da
1840 Saúde e Presidente do CNS, fez a leitura da minuta da resolução sobre a dengue iniciando pelos
1841 considerandos: 1) que os criadouros predominantes nas capitais brasileiras, através do Levantamento
1842 Rápido de Índices de Infestação pelo *Aedes aegypti* - LIRAA de outubro de 2010. 72% dos criadouros
1843 nas capitais da Região Nordeste e 48,8% na Região Norte estavam relacionados à questão da
1844 regularidade do abastecimento de água. Apesar de não ser a principal, esta deficiência também era
1845 responsável por percentual significativo dos criadouros nas capitais da Região Sudeste (22,3%) e
1846 Centro-Oeste (26,7%). Já a questão da destinação inadequada dos resíduos sólidos foi a principal
1847 responsável pelos criadouros da Região Centro-Oeste (38,7%), apresentando também papel
1848 importante nas regiões Norte (28,6%), Sudeste (25,9%) e Sul (25%); 2) que a situação atual da
1849 epidemia de dengue conta com os dados preliminares da Secretaria de Vigilância em Saúde do
1850 Ministério da Saúde em 2011 foram notificados até a 8ª semana epidemiológica 134.566 casos de
1851 dengue no país. Apesar do número total de casos notificados no país até a 8ª semana epidemiológica
1852 em 2011 tenha diminuído em 48% em relação a 2010. Neste período, aproximadamente 63% (85.004)
1853 dos casos do país concentraram-se em 7 estados: Acre (16.015; 12%), São Paulo (13.640; 10%), Rio
1854 de Janeiro (13.091; 10%), Amazonas (11.892; 9%), Minas Gerais (10.538; 8%); Paraná (10.327; 8%) e
1855 Espírito Santo (9.501; 7%). Foram notificados e encontram-se em investigação, 1.035 casos graves e
1856 140 óbitos de dengue; 3) que o SUS tem como principais responsabilidades no enfrentamento da
1857 dengue a coordenação das ações de controle do vetor, a vigilância epidemiológica e a adequada
1858 assistência às pessoas afetadas pela doença. A vigilância epidemiológica e a adequada assistência
1859 são obrigações inequívocas do Sistema de Saúde e os resultados dependerão principalmente de uma
1860 boa organização da rede de atenção à saúde; 4) as Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle
1861 de Epidemias de Dengue, a partir de amplo e participativo processo de construção, com o objetivo de
1862 auxiliar estados e municípios na organização de suas atividades de prevenção e controle, em períodos
1863 de baixa transmissão ou em situações epidêmicas, contribuindo, desta forma, para evitar a ocorrência
1864 de óbitos e para reduzir o impacto das epidemias de dengue, sendo compostas por 6 componentes:
1865 assistência (onde se insere a proposta de organização da assistência com base no estadiamento e
1866 classificação de risco), vigilância epidemiológica; controle vetorial; comunicação e mobilização; gestão
1867 do plano e financiamento; 5) que nas duas últimas décadas a dengue tem se mostrado um dos
1868 principais problemas de saúde pública no Brasil; e 6) que as ações de controle da dengue somente
1869 terão êxito com a efetiva participação de cada cidadão. No resolve, o documento determina: que as
1870 ações intersetoriais de saneamento básico (notadamente do acesso regular à água), a ocupação
1871 ordenada do espaço urbano, a adequação do acondicionamento, coleta e destino do lixo, a mudança
1872 de atitude da população e a manutenção das ações intersetoriais de controle dos vetores sejam
1873 prioritários no controle da dengue no Brasil; que essa epidemia seja enfrentada por todas as áreas de
1874 governo, como uma política de Estado e com o envolvimento consciente da população; que as ações
1875 já preconizadas pelo Programa Nacional de Controle da Dengue, definindo de forma bastante clara as
1876 atribuições das três esferas de governo sejam reforçadas promovendo avanços importantes na
1877 organização dos serviços de atenção e na sistematização das ações de controle do vetor, educação e
1878 mobilização social, fundamentais para o enfrentamento deste grave problema de saúde pública, cuja
1879 prioridade está claramente definida pelos gestores do SUS no "Pacto pela Saúde"; que só a
1880 qualificação da atenção básica, a implantação da classificação de risco em toda a rede é decisiva para
1881 reduzir os casos graves e óbitos da dengue no país; que o controle da dengue exige uma ação
1882 responsável, forte e coordenada de todas as áreas governamentais que tenham correlações com os
1883 determinantes desta em uma ação conjunta das três esferas de governo. **Concluída a leitura, o**
1884 **Presidente do CNS perguntou se havia consenso sobre o mérito da resolução, que foi**
1885 **aprovado.** Na sequência, foi aberta a palavra aos conselheiros e foram feitos os seguintes destaques
1886 ao texto: manter apenas um considerando, visto que são justificativas sem peso político; no resolve,

1887 definir prazo de dois anos para diminuir em 50% dos problemas relacionais à dengue; reformular o
1888 texto da resolução na lógica do caráter político desse instrumento; aprovar o documento no formato de
1889 recomendação; considerar as populações rurais que também são afetadas pela dengue; incluir
1890 “articulação permanente” de ações intersetoriais; aprovar o documento no formato de resolução;
1891 realizar reunião ampliada do CNS com outros conselhos sobre o combate à dengue; envolver, por
1892 meio da Comissão de Saúde Ambiental, outros setores nesse debate; no primeiro item do resolve,
1893 retirar a expressão “mudança de atitude da população” e, no último item do resolver, acrescentar “uma
1894 ação conjunta voltada à prevenção de casos e redução da letalidade”; nos considerandos, manter os
1895 que iniciam com o SUS; no resolve, indicar a superação do déficit de saneamento básico; indicar a
1896 necessidade de podar as árvores; e indicar a necessidade de gasto mínimo, por parte das prefeituras,
1897 com saneamento básico (a respeito dessa proposta, acordou-se por reforçar a responsabilidade dos
1898 três entes da Federação em investir no saneamento). **Deliberação: aprovado o mérito da proposta**
1899 de resolução sobre dengue. Conselheiras **Eliane Aparecida, Maria do Socorro e Lígia Bahia**
1900 reformulariam o texto a partir das sugestões dos conselheiros e reapresentariam
1901 posteriormente. Conselheira **Noemy Yamaguishi Tomita** sugeriu que o CNS promova debate sobre
1902 a necessidade de rever a autorização para construir quatro usinas nucleares no Brasil. Conselheiro
1903 **Alexandre Rocha Santos Padilha**, Ministro de Estado da Saúde e Presidente do CNS, sugeriu
1904 convidar o Ministério das Minas e Energia para debater essa questão. Conselheira **Lígia Bahia**
1905 sugeriu debate sobre a matriz energética do Brasil, desenvolvimento e saúde. Definido esse ponto, a
1906 mesa passou aos itens pendentes da reunião. **REUNIÃO DA MESA DIRETORA COM**
1907 **COORDENADORES DE COMISSÕES. Data: 13 de abril.** A Secretaria-Executiva do CNS explicou
1908 que o objetivo é definir como encaminhar as reuniões das Comissões à luz do Regimento Interno do
1909 CNS. Conselheira **Lígia Bahia** solicitou maiores esclarecimentos sobre o objetivo da reunião.
1910 Conselheiro **Alexandre Rocha Santos Padilha**, Ministro de Estado da Saúde e Presidente do CNS,
1911 explicou que a intenção é reunir-se com os coordenadores de Comissões para avaliar as resoluções,
1912 os planos de trabalho, entre outras questões e trazer o debate ao Pleno para tratar do funcionamento
1913 das comissões. Conselheira **Marisa Furia Silva** solicitou que os coordenadores-adjuntos também
1914 participem da reunião. Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, como contraproposta, propôs uma
1915 reunião do Pleno do CNS para debater as Comissões. Conselheiro **Alexandre Rocha Santos**
1916 **Padilha**, Ministro de Estado da Saúde e Presidente do CNS, sugeriu realizar reunião da Mesa Diretora
1917 do CNS com os coordenadores das Comissões e trazer o resultado do debate para o Pleno do CNS.
1918 Caso fosse necessário, o Pleno chamaria debate sobre as Comissões. Conselheira **Fernanda Lou**
1919 **Sans Magano** concordou com a proposta desde que o debate seja trazido para o Pleno. Conselheira
1920 **Maria de Lourdes Rodrigues** solicitou autorização do Pleno para reunião da Comissão LGBT no mês
1921 de abril para debate da saúde das travestis e revisão da Portaria da ANVISA. **O Pleno decidiu definir**
1922 **sobre essa questão após a reunião da Mesa Diretora do CNS com os coordenadores. Nesse**
1923 **momento, não houve acordo sobre a data da reunião. Portanto, o Pleno decidiu suspender esse**
1924 **tema e retomar posteriormente, após consultar os coordenadores sobre a melhor data.** Com
1925 essa definição, o Presidente do CNS suspendeu para o almoço. Retomando, foi iniciado debate do
1926 item 10. **ITEM 10 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E**
1927 **SAÚDE – CIF – Composição da mesa: Luiza Machado**, Coordenadora da Área Técnica da Saúde do
1928 Idoso/MS; **Érika Pisaneschi**, Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Pessoa com
1929 Deficiência/MS; **Roque Manoel Perusso Veiga**, Coordenador-Adjunto da Área de Atenção à Saúde
1930 do Trabalhador/MS; e **Eduardo Santana de Araújo**, Coordenador do Departamento da CIF no Centro
1931 Internacional de Pesquisas HODU. **Coordenação: Conselheiro José Marcos de Oliveira**, da Mesa
1932 Diretora do CNS. O coordenador do Departamento da CIF no Centro Internacional de Pesquisas
1933 HODU, **Eduardo Santana de Araújo**, foi o primeiro expositor do tema. Iniciou explicando que existe
1934 uma família de classificações internacionais da OMS – classificações de referência e classificações
1935 secundárias. Segundo o expositor, as classificações servem para gerar informações epidemiológicas,
1936 tanto a CID quanto a CIF (instrumento essencialmente epidemiológico). Segundo orientação da OMS,
1937 a CID e a CIF devem ser utilizadas em conjunto apesar da possibilidade de utilização em separado.
1938 Detalhou que a CIF foi criada a partir de uma transição epidemiológica: mudança das principais
1939 causas de morte e prevalência de doenças crônicas. Essa nova situação apontou a necessidade de
1940 classificar a situação das pessoas em função da funcionalidade, o que a CID não consegue sozinha.
1941 Disse que a CIF 2001/2003 apresentou como novidade o modelo multidirecional. A título de
1942 conhecido, destacou as seguintes questões da CIF: “Duas pessoas com a mesma doença não têm,
1943 necessariamente, o mesmo nível funcional”; “Duas pessoas com a mesma alteração funcional não
1944 têm, necessariamente, a mesma doença”; “Duas pessoas com as mesmas deficiências não têm,
1945 necessariamente, as mesmas incapacidades”; e “Duas pessoas com as mesmas incapacidades não
1946 têm, necessariamente, as mesmas restrições da participação social.” Acrescentou ainda que a
1947 funcionalidade humana pode ser sempre avaliada, mesmo na ausência de doenças. Salientou que a

1948 CIF não é direcionada a grupos, é Multi-dimensional, consiste em um modelo universal e qualquer
1949 pessoa pode ter incapacidades. Esclareceu que a CIF passou de classificação das consequências de
1950 doenças para classificação dos componentes de saúde e assume uma posição neutra em relação à
1951 etiologia, de modo que os pesquisadores podem desenvolver inferências causais utilizando métodos e
1952 técnicas adequados. Disse que a Organização Mundial de Saúde, em sua 54^a assembléia mundial,
1953 endossou a edição atual da CIF, recomendando seu uso para os países membros através da
1954 Resolução WHA54.21 – OMS54.21. Ressaltou que a Classificação Internacional de Funcionalidade,
1955 Incapacidade e Saúde possui versão em todos os idiomas oficiais da OMS e está disponível no site
1956 da OMS. A versão nacional está disponível em www.cifbrasil.com.br. Disse que a CIF foi indicada para
1957 servir de um instrumento de notificação de informação em saúde junto com a CID 10. Detalhou que a
1958 estrutura da CIF é a seguinte: Funções – funções de um órgão, um sistema do corpo; Estruturas do
1959 corpo – partes anatômicas e topográficas; Atividades – execução de tarefas (aprendizado,
1960 comunicação, mobilidade, cuidados pessoais, etc) e Participação – envolvimento social (interações
1961 pessoais, vida social, cívica – lazer e trabalho); e Fatores ambientais – fatores externos (produtos,
1962 ambiente natural, apoio familiar, acesso aos serviços). Detalhou os capítulos da CIF: 1^a Parte: 1.
1963 Funções Mentais - 1. Estruturas do Sistema Nervoso; 2. Funções Sensoriais e Dor - 2. Olho, Ouvido e
1964 Estruturas Relacionadas; 3. Funções da Voz e da Fala - 3. Estruturas Relacionadas à Voz e à Fala; 4.
1965 Funções do Sistema Cardiovascular, Hematológico, Imunológico e Respiratório - 4. Estruturas dos
1966 Sistemas Cardiovascular, Imunológico e Respiratório; 5. Funções dos Sistemas Digestivo, Metabólico
1967 e Endócrino - 5. Estruturas Relacionadas aos Sistemas Digestivo, Metabólico e Endócrino; 6. Funções
1968 Geniturinárias e Reprodutivas - 6. Estruturas Relacionadas aos Sistemas Geniturinário e
1969 Reprodutivo; 7. Funções Neuromusculo-esqueléticas e relacionadas ao Movimento - 7. Estruturas
1970 Relacionadas ao Movimento; e 8. Funções da Pele e Estruturas Relacionadas - 8. Pele e Estruturas
1971 Relacionadas. 2^a Parte: 1. Aprendizagem e aplicação do conhecimento; 2. Tarefas e Demandas
1972 Gerais; 3. Comunicação; 4. Mobilidade; 5. Cuidado Pessoal; 6. Vida Doméstica; 7. Relações e
1973 Interações Interpessoais; 8. Áreas Principais da Vida; e 9. Vida Comunitária, Social e Cívica. 3^a Parte:
1974 1. Produtos e Tecnologia; 2. Ambiente Natural e Mudanças Ambientais feitas pelo Ser Humano; 3.
1975 Apoio e Relacionamentos; 4. Atitudes; e 5. Serviços, Sistemas e Políticas. Falou dos qualificadores da
1976 CIF, lembrando que a CIF classifica a situação do indivíduo, portanto, é escolhido um qualificador para
1977 cada categoria. Detalhou que os códigos da CIF são os seguintes: b, s, d, e; Capítulo; Construtos; e
1978 Qualificador (es). Exemplos: b7100.3 (mobilidade de uma articulação); e d4300.44 (levantar objetos).
1979 Comentou o perfil da população possível para 2050 mostrando aumento na proporção de idosos: 2
1980 bilhões de idosos no mundo, 80% nos países em desenvolvimento, com inversão da pirâmide.
1981 Segundo, falou da Política Nacional de Saúde Funcional que tem por objetivo avaliar e manter a
1982 funcionalidade de cada cidadão durante todos os ciclos vitais, portanto, não se trata de uma política
1983 voltada exclusivamente à pessoa idosa. Destacou que a prevenção de incapacidades durante todas
1984 as fases da vida permitirá maior independência funcional por mais tempo, maior tempo de
1985 produtividade e menor necessidade de serviços previdenciários e de saúde. Além disso, a Política
1986 propõe interação entre vários ministérios com a proposta de obter informações da população das
1987 diversas disciplinas sobre funcionalidade. Também destacou a adoção oficial da CIF no Brasil, com
1988 destaque para a Portaria Conjunta MD e INSS que instituiu instrumentos para avaliação da deficiência e
1989 do grau de incapacidades de pessoas com deficiências requerentes ao Benefício de Prestação
1990 Continuada da Assistência Social – BPC. Por fim, na condição de estudioso da CIF, agradeceu a
1991 oportunidade de expor sobre o tema no CNS mais uma vez. Em seguida, a coordenadora da Área
1992 Técnica da Saúde do Idoso, **Luiza Machado**, fez uma apresentação sobre as ações do Ministério da
1993 Saúde na área de saúde do idoso. Explicou que a Classificação Internacional de Funcionalidade,
1994 Incapacidade e Saúde (OMS, 2001) descreve a funcionalidade e a incapacidade relacionadas às
1995 condições de saúde e leva em consideração as funções dos órgãos/sistemas/estruturas do corpo e as
1996 limitações de atividades e da participação social no meio ambiente onde a pessoa vive. Ressaltou que
1997 duas pessoas com a mesma doença podem ter diferentes níveis de funcionalidade, e duas pessoas
1998 com o mesmo nível de funcionalidade não têm necessariamente a mesma condição de saúde. Sobre
1999 o envelhecimento populacional, explicou que o Brasil é um país com população envelhecida
2000 (população envelhecida a partir de 7%, com tendência a crescimento). Acrescentou que se entende
2001 por velho ou Idoso: = ou > 60 anos países em desenvolvimento e = ou > 65 anos países
2002 desenvolvidos. Ressaltou que hoje há aproximadamente 21 milhões de pessoas com idade igual ou
2003 superior a 60 anos no Brasil. Em 2025, serão 32 milhões de idosos, ou seja, a 6^a população idosa do
2004 mundo. Explicou que hoje, uma a cada dez pessoas no mundo é idosa; em 2050, uma pessoa em
2005 cada cinco será idosa; e em 2050 a população idosa será igual à população de 0 a 14. Diante desse
2006 cenário, salientou que a atenção à saúde da pessoa idosa deve ter como objetivo principal a
2007 preservação da autonomia e da independência funcional. Frisou que a Política Nacional de Saúde da
2008 Pessoa Idosa (PNSPI) foi elaborada com base nestes indicadores de saúde. O objetivo da Política é

trabalhar em dois grandes eixos, tendo como paradigma a capacidade funcional da pessoa idosa: idosos independentes e idosos em situação de vulnerabilidade. Explicou que a funcionalidade está centrada no desempenho das atividades de vida Diária – AVDs básicas e instrumentais. A autonomia é a capacidade individual de decisão e comando sobre as ações, estabelecendo e seguindo as próprias regras. A independência está ligada ao poder execução e refere-se à capacidade de realizar algo com os próprios meios. Disse que uma pessoa está envelhecendo mal quando não consegue mais sozinha desempenhar as atividades de vida diária. Ressaltou que a perda total da autonomia e a dependência para desempenhar as atividades diárias caracterizam o declínio funcional, sendo necessário identificar a causa. Portanto, a perda da capacidade de desempenhar as atividades de vida diária (AVDs básicas e/ou instrumentais) não é normal da velhice (“da idade”). Sobre o perfil funcional dos idosos brasileiros, destacou: 5 a 10% de idosos - dependência as atividades de vida diária; 60 a 70% dos idosos – independência completa; 20 a 30% - independência de atividade instrumental. Caracterizou o idoso frágil ou em processo de vulnerabilidade, considerando que precisam de olhar diferenciado: 1) Com perda de autonomia e independência: incapacidade cognitiva: demência/depressão, instabilidade postural, imobilidade, incontinência esfincteriana e incapacidade comunicativa; 2) Com Polipatologia (≥ 5 Patologias) e/ou Polifarmácia (≥ 5 medicamentos/dia); 3) Idosos com 80 anos ou mais; 4) Emagrecimento significativo não intencional: ≥4,5kg ou ≥5% do peso corporal total no último ano; 5) Internações frequentes ou pós-alta hospitalar; e 6) Idosos em situação de vulnerabilidade social (insuficiência familiar e residentes em ILPI). Explicou que 70% dos 20 milhões de idosos no Brasil é usuário do SUS, ou seja, 14 milhões de idosos dependentes do Sistema. Desses 14 milhões, 75% são independentes, portanto, a preocupação deve focar-se nos 25% dos idosos, pois 20% apresentam uma ou mais incapacidades das atividades de vida diária, 4% são acamados e 1% vivem em instituições precárias de longa permanência. Sobre as linhas de cuidado, explicou que, para os idosos independentes é preciso buscar ações de promoção, prevenção, reabilitação preventiva, atividade física, atenção básica e suporte social; para os idosos frágeis, é preciso garantir atenção domiciliar, reabilitação e prevenção secundária. Citou as ações estratégicas em saúde do idoso: 1) Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa: propicia identificar o idoso frágil ou em risco de fragilização e planejar e organizar ações de prevenção, promoção e recuperação, objetivando a manutenção da capacidade funcional; 2) Caderno de Atenção Básica nº 19 – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa: proporciona treinamento/capacitação dos profissionais de nível superior da Rede de Saúde por meio de instrumentos, discussões e protocolos clínicos, no sentido de auxiliar a adoção de condutas mais apropriadas às demandas dessa população, com vistas a uma abordagem integral à pessoa idosa no processo de envelhecimento; 3) Guia Prático do cuidador: utilizado em Cursos de Capacitação de Cuidadores de Pessoas Idosas; 4) Qualificação/Capacitação de Profissionais de Saúde da Rede SUS: curso de Aperfeiçoamento em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa: Convênio MS - FIOCRUZ. Objetivo: capacitar profissionais de saúde de nível superior da Rede de Saúde do SUS; 500 vagas - Regiões Norte e Nordeste (2009/2010); e 2000 vagas - Regiões Sul, Sudeste, Centro-Oeste (2011/ 2012); 5) Comitê Assessor para Prevenção da Osteoporose e Quedas em Pessoas Idosas: criado pela Portaria 3.213, de 20 de dezembro de 2007 e reformulado pela Portaria 4.016, de 17 de dezembro de 2010. Elaboração de Políticas e Diretrizes voltadas para a prevenção da osteoporose e ao evento quedas; 6) Oficinas de Prevenção à Osteoporose, Quedas e Fraturas em Pessoas Idosas: parceria MS/ATSI e SES, capacitação e sensibilização, 27 oficinas estaduais (uma por estado), público alvo: profissionais de nível superior da rede; e 7) Pacto pela Saúde: Pactuação (2008): redução em 2% da taxa de internação hospitalar por fratura de fêmur em pessoas com idade igual ou superior a 60 anos de idade no SUS (a redução do número de internações por fratura de fêmur em pessoas idosas configura-se em importante meta para a prevenção de incapacidades e óbitos dessa faixa etária). Por fim, ressaltou que a maioria das doenças crônicas que acometem o indivíduo idoso tem, na própria idade, seu principal fator de risco. Envelhecer sem nenhuma doença crônica é mais exceção do que regra. No entanto, a presença de uma doença crônica não significa que o idoso não possa gerir sua própria vida e encaminhar o seu dia-a-dia com independência e autonomia. Em seguida, a Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência/MS, **Érika Pisaneschi**, falou sobre a Política Nacional para Pessoa com Deficiência e a CIF. Explicou que a Política Nacional para Pessoa com Deficiência vem sendo implantada desde 2003 e tem como princípio a reabilitação funcional de pessoas com deficiência para promover a inclusão social. Portanto, essa Política deve articular-se com as políticas do âmbito da saúde e de outras áreas. Detalhou as diretrizes da Política: promoção da qualidade de vida da pessoa com deficiência; prevenção de deficiências; atenção integral à saúde; organização de serviços especializados de reabilitação; mecanismos de informação; e capacitação de recursos humanos. Disse que a CIF apresenta princípios e conceitos para repensar a Política Nacional para Pessoa com Deficiência. Ressaltou a ampliação dos serviços no SUS para as pessoas com deficiência (367 unidades de reabilitação, em 2003, para 1.667, em 2010 unidades de referência de reabilitação) e

2070 prioridade à qualidade dos serviços prestados. Portanto, a CIF pode contribuir nesse debate. Salientou
2071 que a legislação brasileira determinante das políticas públicas baseia-se em conceitos relacionados à
2072 estrutura física, funções do corpo e destaca a necessidade do indivíduo integrar-se à sociedade. A
2073 CIF, assim como a convenção da ONU sobre os direitos das pessoas com deficiência, ratificada pelo
2074 governo brasileiro em 2006, traz novos conceitos do que é pessoa com deficiência. Informou que, em
2075 2007, a Secretaria de Direitos Humanos institui um GT Interministerial para estudar como a CIF pode
2076 contribuir na elaboração de um modelo único para valorar e caracterizar o que é uma pessoa com
2077 deficiência. Essa iniciativa representa um enorme avanço visto que pode diminuir as iniquidades no
2078 que diz respeito às políticas públicas voltadas as pessoas com deficiência. Para isso, será feito um
2079 estudo com base na CIF, porque esta traz conceitos e princípios que permitem a definição de um
2080 modelo de valoração a ser considerado nas políticas públicas. Acrescentou que o estudo será
2081 realizado pela SDH e acompanhado por um GT Interministerial do qual o Ministério da Saúde é parte.
2082 Informou ainda que será apresenta ao DECIT/MS a proposta de pesquisas para construção de
2083 ferramentas eletrônicas para utilização em pesquisas e na clínica. Por fim, frisou que a CIF é uma
2084 ferramenta importante e são necessárias pesquisas para garantir a aplicabilidade dessa Classificação
2085 na Política da Pessoa com Deficiência. O coordenador-adjunto da Área de Atenção à Saúde do
2086 Trabalhador/MS, **Roque Manoel Perusso Veiga**, ressaltou que hoje são 190 centros de referência em
2087 saúde do trabalhador no país reunidos em uma rede e o maior desafio refere-se à qualificação das
2088 ações de saúde. Chamou a atenção para o alto índice de mortes decorrentes de doenças do coração,
2089 infartos por conta das condições do ambiente de trabalho, além das mortes por acidentes de trânsito.
2090 Salientou que é preciso garantir maior resolutividade do SUS, com investimento na atenção primária,
2091 na promoção à saúde, na prevenção às doenças, nas ações de vigilância. Por fim, frisou que a 14ª
2092 CNS será um momento propício para debate dessas e de outras questões estruturantes. Conselheiro
2093 **José Marcos de Oliveira** agradeceu os expositores e lembrou os conselheiros que lutaram pelo
2094 debate desse tema. Também salientou que o debate desse tema não se encerraria naquele momento,
2095 podendo ser aprofundado pelas Comissões do CNS. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade**
2096 cumprimentou os expositores e informou que foi feita apresentação da CIF na Comissão de Saúde do
2097 Idoso. Ressaltou a importância de capacitar os serviços na lógica da funcionalidade e sugeriu uma
2098 publicação da CIF para ser distribuída à população. Por fim, propôs que o Ministério da Saúde sugira
2099 uma exposição sobre a CIF no Programa Bem-Estar, exibido na Rede Globo. Conselheira **Ana**
2100 **Cristhina Brasil** informou que categorias profissionais estão se apropriando da CIF, com indicativo de
2101 inclusão na grade curricular e realização de treinamento para os profissionais de saúde e usuários.
2102 Também solicitou pauta no CNS para apresentação sobre a saúde funcional das pessoas e lembrou
2103 que a 13ª CNS aprovou uma Política Nacional de Saúde Funcional. Conselheiro **José Naum de**
2104 **Mesquita Chagas** saudou os expositores pelas informações esclarecedoras e salientou que a pauta
2105 abre o debate da saúde funcional no CNS. Conselheira **Maria Cristina Pedro Biz** manifestou
2106 satisfação com o debate desse tema no CNS e ressaltou que a academia também tem se apropriado
2107 da CIF e realizado pesquisas a respeito. Conselheiro **Clóvis Boufleur** agradeceu os expositores e
2108 solicitou informações sobre a classificação da funcionalidade no meio escolar. Também sugeriu a
2109 participação da sociedade civil no Comitê Assessor de Políticas de Prevenção. Conselheiro **Volmir**
2110 **Raimondi** manifestou preocupação com a garantia da identidade das pessoas com deficiência diante
2111 de códigos de classificação. Ressaltou também a importância de um sistema de proteção ao sujeito,
2112 de forma a evitar que o instrumento seja utilizado para exclusão das pessoas. Por fim, perguntou se já
2113 existe uma versão da CIF em português do Brasil acessível a toda população, inclusive às pessoas
2114 com deficiência. Em nome da ABRAZ, conselheira **Zilda de Faveri Souza**, agradeceu os expositores
2115 pela apresentação e ressaltou a importância de ações efetivas. Conselheira **Maria do Espírito Santo**
2116 **Tavares** sentiu falta de abordagem sobre a questão cultural: como a sociedade vê a mulher idosa?
2117 Como é trabalhada a diferenciação cultural entre o idoso e a idosa? Como é trabalhada a questão da
2118 sexualidade da mulher na terceira idade? Antes de abrir a palavra aos convidados, conselheiro **José**
2119 **Marcos de Oliveira** elencou os encaminhamentos que emergiram do debate: pautar apresentação da
2120 Política Nacional de Saúde Funcional no CNS; estimular o debate sobre a funcionalidade,
2121 incapacidade e saúde na 14ª Conferência Nacional de Saúde; recomendar ao Ministério da Saúde a
2122 inclusão de representante da sociedade civil no Comitê Assessor de Políticas de Prevenção. **Retorno**
2123 **da mesa.** A Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência/MS, **Érika**
2124 **Pisaneschi**, explicou que CIF é um modelo de classificação com códigos e é preciso trabalhar as
2125 concepções inovadoras da Classificação. No caso da Política da Pessoa com Deficiência, é preciso
2126 repensá-la utilizando a CIF na elaboração de instrumentos para esse processo. Agradeceu a
2127 oportunidade e colocou-se à disposição para outros debates. O Coordenador do Departamento da CIF
2128 no Centro Internacional de Pesquisas HODU, **Eduardo Santana de Araújo**, avaliou que o foco nos
2129 processos de reabilitação ajuda, mas não resolve os problemas de saúde da população. Ressaltou
2130 que mais pessoas se tornarão incapacitadas e no futuro os serviços podem não dar conta da

2131 demanda. Nessa linha, destacou que a CIF deve ser utilizada para determinar estratégias para que as
2132 pessoas não precisem de processos de reabilitação. Considerando a ampliação das pessoas com
2133 incapacidades, perguntou, por exemplo, se o passe livre dará conta de atender as demandas se
2134 metade da população precisar desse benefício. Explicou que a CIF pode ser utilizada no meio escolar
2135 e salientou, por exemplo, que o *bullying* pode ser categorizado dentro da Classificação. Explicou que a
2136 CIF não segregava pessoas porque todos estão categorizados na Classificação e a pessoa cuja situação
2137 fora classificada pode participar do processo (anexo 10 da CIF). Também disse que a CIF pode
2138 contemplar a questão da sexualidade porque possui código para classificação de relações íntimas (é
2139 uma atividade assim como outras como trocar-se, alimentar-se). A Coordenadora da Área Técnica da
2140 Saúde do Idoso/MS, **Luiza Machado**, explicou que a Política de Funcionalidade perpassa todas as
2141 áreas, portanto, todos devem envolver-se. Disse ainda que hoje a sexualidade da pessoa idosa é vista
2142 sem tabu e concordou que a abordagem deve ser a mesma para homens e mulheres, pois ambos têm
2143 os mesmos direitos. Por fim, agradeceu a oportunidade e também se colocou à disposição. O
2144 Coordenador-Adjunto da Área de Atenção à Saúde do Trabalhador/MS, **Roque Manoel Perusso**
2145 **Veiga**, lembrou que 2011 é o ano de construção do PPA 2012-2015, o que se configura em uma
2146 oportunidade para priorizar a promoção e prevenção. Conselheira **Marisa Furia Silva** sugeriu um GT
2147 do CNS para trabalhar as questões sobre o tema. Conselheiro **José Naum de Mesquita Chagas**
2148 solicitou, junto com a conselheira Zilda de Faveri, pauta para debate sobre demência, com a presença
2149 da Área Técnica de Saúde do Idoso. Conselheira **Ana Cristhina Brasil** sugeriu que o CNS participe
2150 do Seminário, que está em processo de preparação, para debate das questões relativas à saúde
2151 funcional e solicitou pauta para apresentar a Política Nacional de Saúde Funcional no CNS.
2152 Conselheiro **Volmir Raimondi** ressaltou que a pessoa com a situação classificada “deve”, ao invés de
2153 “pode”, participar do processo. **Deliberação: encaminhar à Mesa Diretora do CNS a solicitação de**
2154 **pauta para apresentação da Política Nacional de Saúde Funcional no CNS; estimular o debate**
2155 **sobre a funcionalidade, incapacidade e saúde na 14ª Conferência Nacional de Saúde;**
2156 **recomendar ao Ministério da Saúde a inclusão de representante da sociedade civil no Comitê**
2157 **de Políticas e Prevenção; constituir um GT do CNS para trabalhar as questões sobre o tema; e**
2158 **encaminhar à Mesa Diretora a solicitação de pauta para debate sobre demência.** Conselheiro
2159 **José Marcos de Oliveira** agradeceu os convidados e encerrou o debate deste item. Conselheira
2160 **Jurema Werneck** retomou os itens pendentes da reunião. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** fez
2161 a leitura das resoluções sobre dengue e financiamento do SUS, reformuladas com base nas
2162 sugestões dos conselheiros. Os considerandos da resolução da dengue são os seguintes: ações já
2163 preconizadas pelo Programa Nacional de Controle da Dengue, definindo de forma bastante clara as
2164 atribuições das 3 esferas de governo promovendo na organização dos serviços de atenção e na
2165 sistematização das ações de controle do vetor, educação e mobilização social; o SUS tem como
2166 principais responsabilidades no enfrentamento da dengue a coordenação das ações de controle do
2167 vetor, a vigilância epidemiológica e a adequada assistência às pessoas afetadas pela doença e que
2168 epidemia deve ser enfrentada por todas as áreas de governo, como uma política de Estado e com o
2169 envolvimento consciente da população; e que apesar das tecnologias disponíveis para o controle, nas
2170 duas últimas décadas a dengue tem se mostrado um dos principais problemas de saúde pública no
2171 Brasil. No resolve, o CNS determina que as ações intersetoriais de saneamento básico (notadamente
2172 do acesso regular à água), a ocupação ordenada do espaço urbano e rural, a adequação do
2173 acondicionamento, coleta e destino do lixo, a mudança de atitude da população e a manutenção e
2174 articulação das ações intersetoriais de controle dos vetores sejam prioritários no controle da dengue
2175 no Brasil e tratadas com prioridade no Plano Nacional de Saúde e PPA 2012/2015. Na segunda
2176 resolução o CNS resolve: convidar e mobilizar todas as forças políticas que compõe a sociedade
2177 brasileira para encontrar alternativas para: investir melhor os recursos que temos e garantir aumento
2178 de recursos para viabilizar o Pacto para Saúde. O Pacto em Defesa do SUS; ampliar e diversificar as
2179 fontes de financiamento mediante destinação do orçamento da Seguridade Social e pelo fim da
2180 incidência da DRU; analisar os impactos da Lei de Responsabilidade Fiscal para a saúde; regulamentação
2181 da EC29 e aprovação da Lei de Responsabilidade Sanitária com urgência; e promover um financiamento
2182 estável, suficiente e o fim da ineficiência dos investimentos em saúde. No caso da resolução sobre o
2183 financiamento, foram apresentadas as seguintes sugestões: substituir “analisar os impactos da Lei de
2184 Responsabilidade Fiscal para a saúde” por “propor a alteração na LRF no que tem impacto na
2185 saúde”; e incluir “articular” antes de “regulamentação da EC nº 29 (...).”
2186 **Deliberação: aprovados os textos das resoluções sobre dengue e financiamento da saúde, com**
2187 **os acréscimos dos conselheiros Clóvis Boufleur e Francisco Batista Júnior.** REUNIÃO COM
2188 COORDENADORES DE COMISSÕES EM ABRIL - Apresentação: Rozângela Fernandes
2189 Camapum, Secretária-Executiva do CNS. Coordenação: Conselheiro José Marcos de Oliveira.
2190 Deliberação: aprovada reunião da Mesa Diretora do CNS com os coordenadores de Comissões
2191 do Conselho no dia 13 de abril de 2011. ITEM 1 – APROVAÇÃO DA ATA DA 218ª REUNIÃO

2192 **ORDINÁRIA DO CNS** - Apresentação: **Rozângela Fernandes Camapum**, Secretária-Executiva do
2193 CNS. Coordenação: Conselheiro **José Marcos de Oliveira**. Deliberação: a ata da 218ª Reunião
2194 Ordinária do CNS foi aprovada, por unanimidade, com a contribuição da Conselheira **Ruth**
2195 **Ribeiro Bittencourt**. **PLENÁRIA NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE** -
2196 Apresentação: **Rozângela Fernandes Camapum**, Secretária-Executiva do CNS. Coordenação:
2197 Conselheiro **José Marcos de Oliveira**. Tema: judicialização na saúde e serviço civil em saúde, com
2198 quatro dias de duração. Deliberação: aprovada a formação de um GT para elaborar a
2199 programação da Plenária e apresentar na próxima reunião do CNS. Indicações para o GT:
2200 **Verônica Lourenço da Silva** e **Marisa Fúria**. Os demais nomes serão enviados à Secretaria-
2201 Executiva do CNS até o dia 30 de março de 2011. A proposta de programação será apresentada
2202 na próxima reunião do CNS. **INFORMES E INDICAÇÕES** - Indicações: a) GT para Análise do
2203 Relatório das Eleições do CNS do Triênio 2009/2012. Indicações: segmento dos usuários: **Volmir**
2204 **Raimondi**; e **Maria de Lourdes Rodrigues**. Trabalhadores da saúde: **Eurídice Ferreira de Almeida**;
2205 e **Geraldo Alves Vasconcelos**. Gestor: uma vaga (a indicar) até o dia 30 de março de 2011. b)
2206 **Mesas de debates decorrentes do ParticipaSUS, Gravataí-RS**. Convite da Secretaria Municipal de
2207 Saúde de Gravataí-RS para quatro Seminários abertos à comunidade em geral (universitários,
2208 profissionais da saúde, técnicos, SMS, lideranças comunitárias etc). Assunto: A Sociedade e o SUS.
2209 1ª Seminário. Data: 29 e 30 de abril. Horário: das 18 às 21h, no primeiro dia e, das 8 às 12h, no
2210 segundo dia. Tema "A Sociedade e o SUS". Indicações: **Wilson Valério** (titular) e **José Eri de**
2211 **Medeiros** (suplente). A Secretaria-Executiva enviará o convite dos demais seminários aos Fóruns dos
2212 segmentos, por e-mail, para indicação de representantes do CNS na próxima reunião do CNS. 2ª
2213 Seminário: 13 e 14 de maio, das 18 às 21h e das 8 às 12h, respectivamente. Tema "Planejamento". 3ª
2214 Seminário: 27 e 28 de maio, das 18 às 21 horas e das 8 às 12h, respectivamente. Tema
2215 "Monitoramento". 4º Seminário: 10 e 11 de junho, das 18 às 21h e das 8 às 12h, respectivamente.
2216 Tema "Avaliação". c) **Plenária Nacional de Conselho de Saúde** - substituição de **Suzana Schommer**,
2217 representante do CNS na Plenária. Indicação: Conselheiro **José Marcos de Oliveira**; e um
2218 representante do gestor (a indicar até o dia 30 de março de 2011). Informes: 1) **XXVII Congresso**
2219 **Nacional de Secretarias Municipais de Saúde**. Tema: "Saúde no Centro da Agenda de
2220 Desenvolvimento do Brasil". Data: 9 a 12 de julho de 2011. Local: Brasília-DF. Oficina do CNS. Data:
2221 11 de julho de 2011. Deliberação: constituir um GT para preparar a proposta de oficina do CNS
2222 no Congresso do CONASEMS: "Participação Social e Políticas Públicas: Fortalecendo a Gestão
2223 do SUS", "Oficina de Diversidade de Sujeitos e igualdade de Direitos no SUS" e Oficina sobre
2224 violência. 2) **Congresso da ABRASCO**. Indicações: Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** e
2225 Conselheiro **José Naum de Mesquita**, além dos conselheiros nacionais que residem em São
2226 Paulo. A SE/CNS solicitará à ABRASCO cortesias de taxa de inscrição. 3) **Reserva do Auditório**
2227 do CNS. O auditório não poderá ser reservado na véspera das reuniões ordinárias do CNS em virtude
2228 da necessidade de organização do Pleno para as reuniões. 4) **1ª Reunião de Articulação com**
2229 **Secretários-executivos e Coordenadores-gerais dos Conselhos Nacionais**. Data: 16 de março de
2230 2011. Local: Palácio do Planalto. Hora: das 15h às 17h. Propostas: Realização do Fórum
2231 Interconselhos para contribuição com o PPA. Curso de Formação para Conselheiros. Atualização do
2232 Livro de Conselhos. Grupo de Trabalho – Formas de inclusão da sociedade civil na construção das
2233 políticas públicas. 5) **Informe do Setor de Passagens**: necessidade de prestar contas das passagens
2234 que foram emitidas pelo CNS; necessidade de preencher e assinar o Relatório de Viagem, que deverá
2235 ser entregue juntamente com os canhotos de cartão de embarque; necessidade de justificar a não
2236 utilização das passagens emitidas pelo Conselho, bem como anexar os cartões de embarque que o
2237 colaborador tenha utilizado quando estes não forem emitidos pelo Conselho ou, ainda, apresentar
2238 declaração de participação no evento. **ITEM 9 – COMISSÃO ORGANIZADORA DA 14ª CNS** -
2239 Apresentação: Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz**, da Comissão Organizadora da 14ª CNS; e
2240 **Rozângela Fernandes Camapum**, Secretária-Executiva do CNS. Primeiro, a Secretária-Executiva do
2241 CNS informou que o GT responsável por elaborar o documento orientador da 14ª CNS está
2242 finalizando uma proposta para ser apresentada na próxima reunião do CNS. Em seguida conselheira
2243 **Eliane Aparecida da Cruz** apresentou a seguinte proposta de estrutura organizacional da 14ª CNS,
2244 resultado de debate com os segmentos que compõem o CNS: I. Coordenadora Geral: Conselheira
2245 **Jurema Werneck**; II. Secretário Geral: Conselheiro **Francisco Batista Júnior**; III. Relator Geral:
2246 **Gastão Wagner**; IV. Coordenador de Infraestrutura: **Luís Odorico de Andrade**. Par esta Comissão,
2247 acordou-se a indicação de um representante dos usuários e um dos trabalhadores da saúde. Para a
2248 Comissão de Infraestrutura, o segmento dos usuários indicou a conselheira **Maria Thereza Antunes**. O
2249 representante dos trabalhadores da saúde será definido na próxima reunião da Comissão
2250 Organizadora, dia 5 de abril. Os coordenadores de Comunicação e Informação e de Articulação e
2251 Mobilização e os demais integrantes dessas Comissões também serão definidos na próxima reunião
2252 da Comissão Organizadora da 14ª CNS. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** manifestou

2253 preocupação com a indefinição, em especial, do coordenador de Comunicação e Informação, por
2254 entender que poderia prejudicar as ações planejadas. A Secretaria-Executiva do CNS explicou que a
2255 intenção é indicar os Coordenadores de Comunicação e Informação e de Articulação e Mobilização e
2256 os demais componentes dessas Comissões na próxima reunião da Comissão Organizadora da 14ª
2257 CNS. Após essa definição, será instalada a primeira reunião da Comissão de Comunicação e
2258 Informação para elaboração do plano de trabalho. Caso não haja consenso sobre a coordenação das
2259 Comissões de Comunicação e Informação e de Articulação e Mobilização, a questão será trazida ao
2260 Pleno para definição. **Deliberação: o Plenário aprovou: I. Coordenadora Geral: Conselheira**
2261 **Jurema Werneck; II. Secretário Geral: Conselheiro Francisco Batista Júnior; III. Relator Geral e**
2262 **Relator Adjunto: Gastão Wagner; Coordenador de Infraestrutura: Luís Odorico.** Também foi
2263 aprovada a indicação da Maria Thereza Antunes para esta Comissão. O representante dos
2264 trabalhadores da saúde será indicado até a reunião da Comissão Organizadora, no dia 5 de
2265 abril. Os coordenadores de Comunicação e Informação e de Articulação e Mobilização e os
2266 demais integrantes dessas comissões serão definidos na próxima reunião da Comissão
2267 Organizadora, no dia 5 de abril de 2011 (indicação de oito componentes para cada Comissão,
2268 incluindo o coordenador). Item extra – Conselheiro Geraldo Alves Vasconcelos sugeriu moção de
2269 apoio às Consultas Públicas da ANVISA 112, que trata da proibição de aditivos como açúcares,
2270 aromatizantes, especiarias ou estimulantes nos produtos derivados do tabaco e 117 sobre
2271 embalagens e materiais de propaganda dos produtos fumígenos. **Deliberação: aprovado o mérito de**
2272 **moção de apoio às Consultas Públicas da ANVISA 112 e 117. Conselheiro Geraldo Vasconcelos**
2273 **redigirá o texto e encaminhará à SE/CNS.** A Secretaria-Executiva do CNS solicitou que as minutas
2274 de moções, resoluções e recomendações sejam encaminhadas com antecedência à SE/CNS para
2275 serem disponibilizadas aos conselheiros. Por fim, Conselheira **Maria Thereza Antunes** registrou o dia
2276 Internacional da Síndrome de Down, 21 de março e solicitou nota a esse respeito no site do CNS.
2277 **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, a Secretaria-Executiva do CNS encerrou a 219ª
2278 Reunião Ordinária do CNS, agradecendo a presença de todos. Estiveram presentes no segundo dia
2279 de reunião os seguintes conselheiros: **Titulares** - **Abrahão Nunes da Silva, Alcides Silva de**
2280 **Miranda, Alexandre Rocha Santos Padilha, Artur Custódio M. de Souza, Cleuza C. Miguel,**
2281 **Clóvis A. Boufleur, Edmundo Dzuawi Omore, Fernanda Lou Sans Magano, Fernando Luiz**
2282 **Eliotério, Francisco Batista Júnior, Geraldo Alves Vasconcelos, Helvécio Magalhães Júnior,**
2283 **João Donizeti Scaboli, João Rodrigues Filho, Jorge Alves de Almeida Venâncio, José Cechin,**
2284 **José Marcos de Oliveira, Jurema Pinto Werneck, Lígia Bahia, Luiz Alberto Catanoce, Luiz**
2285 **Odorico M. de Andrade, Maria Cristina Pedro Biz, Maria de Lourdes Alves Rodrigues, Maria do**
2286 **Socorro de Souza, Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos, Maria Thereza A. Antunes,**
2287 **Marisa Furia Silva, Nelson A. Mussolini, Nildes de Oliveira Andrade, Olympio Távora Derze**
2288 **Correa, Remígio Todeschini, Rosemary Dutra Leão, Ruth Ribeiro Bittencourt, Sandra Regis,**
2289 **Ubiratan Cassano Santos, Volmir Raimondi e Zilda de Faveri Vicente Souza. Suplentes - Ana**
2290 **Cristhina de Oliveira Brasil, Ana Estela Haddad, André Luiz de Oliveira, Antônio Alves de**
2291 **Souza, Eliane Aparecida da Cruz, Elias Nasrala Neto, Eurídice Ferreira de Almeida, Expedito**
2292 **Solaney Pereira de Magalhães, Gilson da Cruz Rodrigues, Gilson Silva, Graciara Matos de**
2293 **Azevedo, Jovita José Rosa, José Eri Medeiros, José Naum de Mesquita Chagas, Juarez Pires**
2294 **de Souza, Júlio A. Gevaerd, Júlio Cesar Figueiredo Caetano, Jurandi Frutuoso Silva, Laudeci**
2295 **Vieira dos Santos, Marcos A. Gonçalves, Maria Laura Carvalho Bicca, Merula Emmanuel**
2296 **Steagall, Paulo César Augusto de Souza, Rildo Mendes, Valdenir Andrade França e Verônica**
2297 **Lourenço da Silva.**