



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

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

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

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

jurídico favorável à diária no mesmo valor independente da atividade. Na posição da CONJUR, há uma lacuna no decreto que disciplina a matéria, portanto, será solicitada alteração desse decreto à Casa Civil. Também informou que encaminhou ao MPOG a reivindicação de que a diária paga aos conselheiros servidores federais seja a mesma paga aos demais conselheiros, mas essa questão depende de alteração do decreto que disciplina a matéria. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** fez uso da palavra para enfatizar que a baixa execução de itens do orçamento do CNS de 2010 não prejudicou o Orçamento CNS 2011. **Deliberação: aprovada a prestação de contas do CNS relativa ao 4º trimestre de 2010; e aprovada a constituição de um GT para acompanhar o Laboratório de Inovações (indicação dos nomes até o dia 30 de março).** Conselheira **Jurema Werneck**, após agradecer a presença do representante da OPAS/OMS, encerrou este item. **RELATÓRIO DE GESTÃO DO CNS 2010** – A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, apresentou o Relatório de Gestão do Conselho Nacional de Saúde, conforme Decisão Normativa do Tribunal de Contas da União nº 107/2010. Explicou que antes o Relatório era feito pela SGE/MS, mas a Decisão do TCU nº. 107 orientou que, apesar da unidade orçamentária do CNS estar localizada na Secretaria, o CNS deveria elaborar o documento em separado. Sendo assim, foi iniciada a elaboração do Relatório que deverá ser entregue ao TCU até 30 de março de 2011. Também disse que o documento fora apresentado à COFIN/CNS e recebeu sugestões. Começou explicando que o Relatório de Gestão é uma ferramenta de controle e avaliação que busca a transparência das ações realizadas pelos órgãos públicos. Portanto, a apresentação do Relatório do Conselho Nacional de Saúde é uma forma de prestação de contas com a sociedade, mostrando como o Conselho utilizou os recursos públicos, quais são suas competências, o planejamento em médio prazo e principalmente os objetivos alcançados. Detalhou os itens que compõem o Relatório de Gestão: 1- Objetivos e metas físicas e financeiras - serão apresentados os objetivos, juntamente com as metas físicas e financeiras a serem alcançadas pelo Conselho. Essa parte se subdivide nas responsabilidades institucionais do Conselho e de suas subdivisões, Plenário, Mesa Diretora, Presidência, Secretaria-Executiva, Comissões e Grupos de Trabalho. Objetivos e metas físicas e financeiras é constituído por: Responsabilidades institucionais do Conselho Nacional de Saúde, Responsabilidades institucionais do Plenário, Responsabilidades institucionais da Mesa Diretora, Responsabilidades institucionais da Presidência, Responsabilidades institucionais da Secretaria-Executiva, Responsabilidades institucionais das Comissões e Responsabilidades institucionais dos Grupos de Trabalho. 2 - Estratégia de atuação frente às responsabilidades institucionais: planejamento do Conselho, principais ações do Conselho em 2010 e ações do Plenário, Mesa Diretora, Presidente, Secretaria-Executiva, Comissões e Grupos de Trabalho. 3 - Desempenho Orçamentário/Financeiro (Prestação de Contas). 4 - Informações sobre recursos humanos da unidade. 5 - Informações sobre transferências mediante Termo de Cooperação (OPAS). 6 - Informações sobre o cumprimento das obrigações estabelecidas na Lei nº 8.730, de 10 de novembro de 1993, relacionadas à entrega e ao tratamento das declarações de bens e rendas. (DAS). 7 – Informações sobre consultores contratados na modalidade “produto” no âmbito dos projetos de cooperação técnica com organismos internacionais (OPAS). Concluída a apresentação, solicitou aos conselheiros que não divulgassem o Relatório porque não estava concluído. Tão logo fosse finalizado, seria encaminhado aos conselheiros e colocado no site do CNS. Também disse que estava em debate a possibilidade de tornar o CNS uma unidade orçamentária e essa questão seria trazida ao Plenário para decisão. **Manifestações.** Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** avaliou que a decisão do TCU mostra a importância de o CNS tornar-se uma unidade orçamentária. Conselheiro **Luiz Odorico de Andrade** saudou as mulheres pelo dia 8 de março e destacou a agenda da Presidente Dilma voltada à mulher. Informou que na reunião da SGE/MS com a Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde manifestou o anseio da Secretaria de o CNS tornar-se uma unidade orçamentária. Disse que essa questão está sendo analisada e será trazida para o Plenário do Conselho. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** informou que a COFIN debaterá na próxima reunião a proposta de transformar o CNS em uma unidade orçamentária. Também reiterou que a Comissão apresentou contribuições ao Relatório de Gestão a ser contemplada no próximo documento. Conselheira **Jurema Werneck** informou que o Relatório será enviado ao TCU no final do mês. **Deliberação: aprovado o Relatório de Gestão do Conselho Nacional de Saúde 2010.** **PROPOSTA ORÇAMENTÁRIA DO CNS/2011** – A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, submeteu à apreciação do Pleno a Proposta Orçamentária do CNS 2011. Detalhou o Orçamento previsto para o Conselho Nacional de Saúde em 2011 no total de R\$ 9.286.000,00: 1. Passagens, diárias e indenização de embarque e desembarque: 1.1. Reuniões Ordinárias: 44 integrantes; Valor da passagem: R\$ 830,00; total (doze reuniões): R\$ 912.252,00; 1.2. Reuniões Extraordinárias (duas): R\$ 152.042,00; 1.3. Plenária Nacional de Conselhos: doze reuniões com quatro coordenadores em cada reunião: R\$ 71.304,00; 1.3.3. Reuniões da Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde (quatro reuniões com 25 coordenadores cada): R\$ 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 Secretária-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. Seguindo, 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 - 14ª Conferência Nacional de Saúde (está
199 tentando incluir a 14ª 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 14ª Conferência Nacional de Saúde: média de 170 passagens e diárias: R\$
203 456.110,00; Total final da 14ª 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 skipe. 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

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

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

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

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

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

CONEP e sintetizou os encaminhamentos: aprofundar o debate sobre as questões da área social; pautar a apresentação do Plano de Trabalho da CONEP/CNS na próxima reunião do CNS; e adiar a votação da proposta de revisão da Resolução do CNS nº 347 para a próxima reunião do Conselho. Conselheira **Lígia Bahia**, em pese a consulta aos vários pesquisadores e a confiança no trabalho da CONEP, sugeriu remeter a aprovação da proposta de reformulação para a próxima reunião do CNS junto com a apresentação do Plano de Trabalho da Comissão. Desse modo, as entidades, inclusive as da comunidade científica, poderiam debater a proposta e, se fosse o caso, enviar sugestões. Conselheiro **Clóvis Boufleur** apresentou a seguinte Questão de Ordem: conforme o Regimento Interno do CNS, minuta de resoluções do CNS devem ser enviadas com antecedência aos conselheiros. Conselheiro **Luiz Odorico de Andrade**, em não havendo prejuízos, defendeu a proposta de votar a revisão na próxima reunião do CNS, possibilitando o debate interno das entidades. Conselheira **Gyséle Saddi Tannous** reiterou que o mérito da Resolução nº. 347 fora apresentado ao Pleno em duas oportunidades anteriores e o produto final considerou as 61 contribuições das instituições. Além disso, a proposta foi apresentada em oito Encontros Regionais e no Encontro Nacional de CEPs. Além disso, destacou que há protocolos de pesquisa pendentes aguardando a aprovação da proposta. No mais, frisou que o processo foi um dos mais consultados e transparentes do CNS. De todo modo, destacou que acataria a posição do Pleno, independente de qual fosse.

Deliberação: o Pleno decidiu votar a proposta de revisão da Resolução do CNS nº 347 na próxima reunião do Conselho e pautar a apresentação do Plano de Trabalho da CONEP também na próxima reunião. As entidades interessadas poderiam enviar sugestões por e-mail. Finalizando, Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** sugeriu levar a proposta de pauta permanente para a CONEP/CNS à Mesa Diretora do CNS e trazer posteriormente. Por fim, agradeceu a presença da coordenadora da CONEP e dos demais integrantes da Comissão. Antes de encerrar, a Secretária-Executiva do CNS informou sobre a reunião com as frentes parlamentares ligadas à saúde sobre a EC nº 29, às 15h, na Câmara dos Deputados. O Presidente do CNS estaria presente e acordou-se que um grupo de conselheiros também participaria da atividade. Intervalo para o almoço.

ITEM 4 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS – CIRH - Aprovação de Pareceres da CIRH – Apresentação: Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**, da CIRH/CNS. **Coordenação:** Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, da Mesa Diretora do CNS. Antes de apresentar os pareceres, Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** informou que está em debate na CIRH uma proposta de avaliação dos processos a ser apresentada ao Pleno do CNS. Feita essa consideração, apresentou os pareceres: 1) **Referência:** Processo nº 201008024. **Interessado:** Faculdade de Tecnologia IPPEO. **Curso:** Autorização do Curso de Odontologia. **Parecer:** insatisfatório. 2) **Referência:** Processo nº 200908360. **Interessado:** Fundação Universidade Federal do Tocantins. **Curso:** Reconhecimento do curso de Medicina. **Parecer:** satisfatório. 3) **Referência:** Processo nº 201007990. **Interessado:** Faculdade Pernambucana de Saúde. **Curso:** Reconhecimento do Curso de Medicina. **Parecer:** satisfatório. 4) **Referência:** Processo nº 200908524. **Interessado:** Universidade Federal de São Paulo. **Curso:** Reconhecimento do curso de Psicologia. **Parecer:** satisfatório. 5) **Referência:** Processo nº 200910257. **Interessado:** Faculdade de Administração, Ciências, Educação e Letras. **Curso:** Reconhecimento do curso de Psicologia. **Parecer:** insatisfatório. 6) **Referência:** Processo nº 200913675. **Interessado:** Pontifícia Universidade Católica do Paraná. **Curso:** Reconhecimento do curso de Psicologia. **Parecer:** insatisfatório. 7) **Referência:** Processo nº 200801232. **Interessado:** Faculdade de Minas. **Curso:** Reconhecimento do curso de Psicologia. **Parecer:** insatisfatório. 8) **Referência:** Processo nº 200911072. **Interessado:** Faculdade Metropolitana de Manaus. **Curso:** Reconhecimento do curso de Psicologia. **Parecer:** insatisfatório. 9) **Referência:** Processo nº 201002922. **Interessado:** Centro Universitário São Camilo-Espírito Santo. **Curso:** Reconhecimento do curso de Psicologia. **Parecer:** insatisfatório. 10) **Referência:** Processo nº 201006293. **Interessado:** Faculdade Barão do Rio Branco. **Curso:** Reconhecimento do curso de Psicologia. **Parecer:** insatisfatório. 11) **Referência:** Processo nº 201008069. **Interessado:** Faculdade Integrada Tiradentes. **Curso:** Reconhecimento do curso de Psicologia. **Parecer:** insatisfatório. 12) **Referência:** Processo nº 201008085. **Interessado:** Faculdades Integradas Einstein de Limeira. **Curso:** Reconhecimento do curso de Psicologia. **Parecer:** insatisfatório. 13) **Referência:** Processo nº 201007565. **Interessado:** Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. **Curso:** Reconhecimento do curso de Psicologia. **Parecer:** satisfatório. 14) **Referência:** Processo nº 200911965. **Interessado:** Instituto Tecnológico e das Ciências Sociais Aplicadas e da Saúde do Centro Educacional Nossa Sra. Auxiliadora. **Curso:** Reconhecimento do curso de Psicologia. **Parecer:** insatisfatório. Concluída a apresentação, a mesa colocou em votação os quatorze pareceres. **Deliberação: aprovados, em bloco, os quatorze pareceres apresentados pela CIRH/CNS.** Conselheiro **Geraldo Alves Vasconcelos** denunciou o funcionamento de duas faculdades privadas de odontologia na Capital Recife/PE cujos processos de abertura não foram submetidos à apreciação do CNS e do CNE. Acrescentou que os interessados podem fazer a inscrição por telefone, sem processo seletivo. Diante da gravidade da situação,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

definir prazo de dois anos para diminuir em 50% dos problemas relacionais à dengue; reformular o texto da resolução na lógica do caráter político desse instrumento; aprovar o documento no formato de recomendação; considerar as populações rurais que também são afetadas pela dengue; incluir “articulação permanente” de ações intersetoriais; aprovar o documento no formato de resolução; realizar reunião ampliada do CNS com outros conselhos sobre o combate à dengue; envolver, por meio da Comissão de Saúde Ambiental, outros setores nesse debate; no primeiro item do resolve, retirar a expressão “mudança de atitude da população” e, no último item do resolver, acrescentar “uma ação conjunta voltada à prevenção de casos e redução da letalidade”; nos considerandos, manter os que iniciam com o SUS; no resolve, indicar a superação do déficit de saneamento básico; indicar a necessidade de podar as árvores; e indicar a necessidade de gasto mínimo, por parte das prefeituras, com saneamento básico (a respeito dessa proposta, acordou-se por reforçar a responsabilidade dos três entes da Federação em investir no saneamento). **Deliberação: aprovado o mérito da proposta de resolução sobre dengue. Conselheiras Eliane Aparecida, Maria do Socorro e Lígia Bahia reformulariam o texto a partir das sugestões dos conselheiros e reapresentariam posteriormente.** Conselheira **Noemy Yamaguishi Tomita** sugeriu que o CNS promova debate sobre a necessidade de rever a autorização para construir quatro usinas nucleares no Brasil. Conselheiro **Alexandre Rocha Santos Padilha**, Ministro de Estado da Saúde e Presidente do CNS, sugeriu convidar o Ministério das Minas e Energia para debater essa questão. Conselheira **Lígia Bahia** sugeriu debate sobre a matriz energética do Brasil, desenvolvimento e saúde. Definido esse ponto, a mesa passou aos itens pendentes da reunião. **REUNIÃO DA MESA DIRETORA COM COORDENADORES DE COMISSÕES. Data: 13 de abril.** A Secretária-Executiva do CNS explicou que o objetivo é definir como encaminhar as reuniões das Comissões à luz do Regimento Interno do CNS. Conselheira **Lígia Bahia** solicitou maiores esclarecimentos sobre o objetivo da reunião. Conselheiro **Alexandre Rocha Santos Padilha**, Ministro de Estado da Saúde e Presidente do CNS, explicou que a intenção é reunir-se com os coordenadores de Comissões para avaliar as resoluções, os planos de trabalho, entre outras questões e trazer o debate ao Pleno para tratar do funcionamento das comissões. Conselheira **Marisa Furia Silva** solicitou que os coordenadores-adjuntos também participem da reunião. Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, como contraproposta, propôs uma reunião do Pleno do CNS para debater as Comissões. Conselheiro **Alexandre Rocha Santos Padilha**, Ministro de Estado da Saúde e Presidente do CNS, sugeriu realizar reunião da Mesa Diretora do CNS com os coordenadores das Comissões e trazer o resultado do debate para o Pleno do CNS. Caso fosse necessário, o Pleno chamaria debate sobre as Comissões. Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano** concordou com a proposta desde que o debate seja trazido para o Pleno. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** solicitou autorização do Pleno para reunião da Comissão LGBT no mês de abril para debate da saúde das travestis e revisão da Portaria da ANVISA. **O Pleno decidiu definir sobre essa questão após a reunião da Mesa Diretora do CNS com os coordenadores. Nesse momento, não houve acordo sobre a data da reunião. Portanto, o Pleno decidiu suspender esse tema e retomar posteriormente, após consultar os coordenadores sobre a melhor data.** Com essa definição, o Presidente do CNS suspendeu para o almoço. Retomando, foi iniciado debate do item 10. **ITEM 10 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE – CIF – Composição da mesa: Luiza Machado**, Coordenadora da Área Técnica da Saúde do Idoso/MS; **Érika Pisaneschi**, Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência/MS; **Roque Manoel Perusso Veiga**, Coordenador-Adjunto da Área de Atenção à Saúde do Trabalhador/MS; e **Eduardo Santana de Araújo**, Coordenador do Departamento da CIF no Centro Internacional de Pesquisas HODU. *Coordenação:* Conselheiro **José Marcos de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. O coordenador do Departamento da CIF no Centro Internacional de Pesquisas HODU, **Eduardo Santana de Araújo**, foi o primeiro expositor do tema. Iniciou explicando que existe uma família de classificações internacionais da OMS – classificações de referência e classificações secundárias. Segundo o expositor, as classificações servem para gerar informações epidemiológicas, tanto a CID quanto a CIF (instrumento essencialmente epidemiológico). Segundo orientação da OMS, a CID e a CIF devem ser utilizadas em conjunto apesar da possibilidade de utilização em separado. Detalhou que a CIF foi criada a partir de uma transição epidemiológica: mudança das principais causas de morte e prevalência de doenças crônicas. Essa nova situação apontou a necessidade de classificar a situação das pessoas em função da funcionalidade, o que a CID não consegue sozinha. Disse que a CIF 2001/2003 apresentou como novidade o modelo multidirecional. A título de conhecido, destacou as seguintes questões da CIF: “Duas pessoas com a mesma doença não têm, necessariamente, o mesmo nível funcional”; “Duas pessoas com a mesma alteração funcional não têm, necessariamente, a mesma doença”; “Duas pessoas com as mesmas deficiências não têm, necessariamente, as mesmas incapacidades”; e “Duas pessoas com as mesmas incapacidades não têm, necessariamente, as mesmas restrições da participação social.” Acrescentou ainda que a 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 54ª assembleia 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: 1ª 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. 2ª 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. 3ª 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 Seguindo, 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 institui 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 6ª 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

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

demanda. Nessa linha, destacou que a CIF deve ser utilizada para determinar estratégias para que as pessoas não precisem de processos de reabilitação. Considerando a ampliação das pessoas com incapacidades, perguntou, por exemplo, se o passe livre dará conta de atender as demandas se metade da população precisar desse benefício. Explicou que a CIF pode ser utilizada no meio escolar e salientou, por exemplo, que o *bullying* pode ser categorizado dentro da Classificação. Explicou que a CIF não segrega pessoas porque todos estão categorizados na Classificação e a pessoa cuja situação fora classificada pode participar do processo (anexo 10 da CIF). Também disse que a CIF pode contemplar a questão da sexualidade porque possui código para classificação de relações íntimas (é uma atividade assim como outras como trocar-se, alimentar-se). A Coordenadora da Área Técnica da Saúde do Idoso/MS, **Luiza Machado**, explicou que a Política de Funcionalidade perpassa todas as áreas, portanto, todos devem envolver-se. Disse ainda que hoje a sexualidade da pessoa idosa é vista sem tabu e concordou que a abordagem deve ser a mesma para homens e mulheres, pois ambos têm os mesmos direitos. Por fim, agradeceu a oportunidade e também se colocou à disposição. O Coordenador-Adjunto da Área de Atenção à Saúde do Trabalhador/MS, **Roque Manoel Perusso Veiga**, lembrou que 2011 é o ano de construção do PPA 2012-2015, o que se configura em uma oportunidade para priorizar a promoção e prevenção. Conselheira **Marisa Furia Silva** sugeriu um GT do CNS para trabalhar as questões sobre o tema. Conselheiro **José Naum de Mesquita Chagas** solicitou, junto com a conselheira Zilda de Faveri, pauta para debate sobre demência, com a presença da Área Técnica de Saúde do Idoso. Conselheira **Ana Cristhina Brasil** sugeriu que o CNS participe do Seminário, que está em processo de preparação, para debate das questões relativas à saúde funcional e solicitou pauta para apresentar a Política Nacional de Saúde Funcional no CNS. Conselheiro **Volmir Raimondi** ressaltou que a pessoa com a situação classificada “deve”, ao invés de “pode”, participar do processo. **Deliberação: encaminhar à Mesa Diretora do CNS a solicitação de pauta para apresentação da Política Nacional de Saúde Funcional no CNS; estimular o debate sobre a funcionalidade, incapacidade e saúde na 14ª Conferência Nacional de Saúde; recomendar ao Ministério da Saúde a inclusão de representante da sociedade civil no Comitê de Políticas e Prevenção; constituir um GT do CNS para trabalhar as questões sobre o tema; e encaminhar à Mesa Diretora a solicitação de pauta para debate sobre demência.** Conselheiro **José Marcos de Oliveira** agradeceu os convidados e encerrou o debate deste item. Conselheira **Jurema Werneck** retomou os itens pendentes da reunião. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** fez a leitura das resoluções sobre dengue e financiamento do SUS, reformuladas com base nas sugestões dos conselheiros. Os considerandos da resolução da dengue são os seguintes: ações já preconizadas pelo Programa Nacional de Controle da Dengue, definindo de forma bastante clara as atribuições das 3 esferas de governo promovendo na organização dos serviços de atenção e na sistematização das ações de controle do vetor, educação e mobilização social; o SUS tem como principais responsabilidades no enfrentamento da dengue a coordenação das ações de controle do vetor, a vigilância epidemiológica e a adequada assistência às pessoas afetadas pela doença e que epidemia deve ser enfrentada por todas as áreas de governo, como uma política de Estado e com o envolvimento consciente da população; e que apesar das tecnologias disponíveis para o controle, nas duas últimas décadas a dengue tem se mostrado um dos principais problemas de saúde pública no Brasil. No resolve, o CNS determina que as ações intersetoriais de saneamento básico (notadamente do acesso regular à água), a ocupação ordenada do espaço urbano e rural, a adequação do acondicionamento, coleta e destino do lixo, a mudança de atitude da população e a manutenção e articulação das ações intersetoriais de controle dos vetores sejam prioritários no controle da dengue no Brasil e tratadas com prioridade no Plano Nacional de Saúde e PPA 2012/2015. Na segunda resolução o CNS resolve: convidar e mobilizar todas as forças políticas que compõe a sociedade brasileira para encontrar alternativas para: investir melhor os recursos que temos e garantir aumento de recursos para viabilizar o Pacto para Saúde. O Pacto em Defesa do SUS; ampliar e diversificar as fontes de financiamento mediante destinação do orçamento da Seguridade Social e pelo fim da incidência da DRU; analisar os impactos da Lei de Responsabilidade Fiscal para a saúde; regulamentação da EC29 e aprovação da Lei de Responsabilidade Sanitária com urgência; e promover um financiamento estável, suficiente e o fim da ineficiência dos investimentos em saúde. No caso da resolução sobre o financiamento, foram apresentadas as seguintes sugestões: substituir “analisar os impactos da Lei de Responsabilidade Fiscal para a saúde” por “propor a alteração na LRF no que tem impacto na saúde”; e incluir “articular” antes de “regulamentação da EC nº 29 (...)”. **Deliberação: aprovados os textos das resoluções sobre dengue e financiamento da saúde, com os acréscimos dos conselheiros Clóvis Bouffleur e Francisco Batista Júnior. REUNIÃO COM COORDENADORES DE COMISSÕES EM ABRIL - Apresentação: Rozângela Fernandes Camapum, Secretária-Executiva do CNS. Coordenação: Conselheiro José Marcos de Oliveira. Deliberação: aprovada reunião da Mesa Diretora do CNS com os coordenadores de Comissões 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 canchotos 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 Secretária-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 Secretária-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 Secretária-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. Bouffleur, 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, Lúgia Bahia, Luiz Alberto Catanoe, 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 Nasralla 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 Cezar Figueiredo Caetano, Jurandi Frutuoso Silva, Laudeci**
 2295 **Vieira dos Santos, Marcos A. Gonçalves, Maria Laura Carvalho Bicca, Merula Emmanoel**
 2296 **Steagall, Paulo César Augusto de Souza, Rildo Mendes, Valdenir Andrade França e Verônica**
 2297 **Lourenço da Silva.**