



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

ATA DA DUCENTÉSIMA VIGÉSIMA SEXTA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS

9
10

11 Aos quatro e cinco dias do mês de outubro de dois mil e onze, no Plenário do Conselho Nacional de
12 Saúde Omilton Visconde, Ministério da Saúde, Bloco G, Edifício Anexo, 1º andar, ala “B”, Brasília,
13 Distrito Federal, realizou-se a Ducentésima Vigésima Sexta Reunião Ordinária do CNS. Iniciando a
14 reunião, conselheira **Jurema Werneck**, da Mesa Diretora do CNS, cumprimentou os presentes e os
15 internautas que acompanhavam a reunião em tempo real. Justificou que os informes e indicações não
16 constariam do primeiro item da pauta por conta dos vários itens que demandavam debate e reiterou a
17 solicitação de que os informes dos conselheiros fossem entregues por escrito à Secretaria Executiva
18 do CNS. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DA PAUTA DA 226ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - APROVAÇÃO DA ATA DA 225ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS** - Apresentação: **Rozângela Fernandes Camapum**, Secretária Executiva do CNS. Coordenação: Conselheira **Jurema Pinto Werneck**, da Mesa Diretora do CNS. Inicialmente, conselheira **Jurema Werneck** apresentou a pauta
22 da 226ª Reunião Ordinária do CNS, que foi aprovada com o acréscimo de contemplar o debate sobre
23 a decisão judicial de criar OSs nos Estados da Paraíba, do Mato Grosso e de São Paulo. Em seguida,
24 colocou em apreciação a ata da 225ª Reunião Ordinária. Deliberação: a **ata da 225ª Reunião Ordinária do CNS** foi aprovada com sugestões de acréscimos. Enquanto se aguardava a
26 presença dos convidados para o item 2, a mesa iniciou a apresentação dos informes e indicações.
27 **ITEM 5 – INFORMES E INDICAÇÕES - RESOLUÇÃO FORMAÇÃO PROFISSIONAL – DUAS**
28 **MOÇÕES SOBRE O RIO DE JANEIRO – UMA MOÇÃO SOBRE A PARAÍBA.** a) **SEMINÁRIO NA**
29 **CÂMARA DOS DEPUTADOS SOBRE O FINANCIAMENTO, REESTRUTURAÇÃO DA**
30 **ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO SUS.** Data: 10 de outubro de 2011. Local: Câmara dos
31 Deputados, Brasília-DF. Convidado: Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério**. O Pleno referendou o
32 nome do Conselheiro para tratar do tema financiamento. O segmento dos trabalhadores também
33 manifestou interesse em participar do seminário. A respeito, acordou-se que os conselheiros da
34 Comissão Organizadora da 14ª CNS, que estariam reunidos em Brasília no dia 10 de outubro,
35 participariam, se possível, da atividade, uma vez que não havia prazo para emissão de
36 passagens. Também foi sugerido que a Mesa Diretora do CNS elabore informe sobre o
37 posicionamento dos partidos a respeito dos projetos em tramitação com interesse para a saúde. b) **2ª**
38 **CONFERÊNCIA DO DESENVOLVIMENTO – CODE/IPEA.** Data: 23 de novembro de 2011. Local:
39 Brasília-DF. Convidado: Conselheiro **José Marcos de Oliveira**. O Pleno referendou o nome do
40 Conselheiro José Marcos de Oliveira para o evento. c) **SEMINÁRIO “GESTÃO PARTICIPATIVA E**
41 **O CONTROLE SOCIAL NO SUS”.** Tema: “Como garantir acesso e acolhimento com qualidade?”.
42 Realização: SGEP. Data: 26 a 28 de outubro de 2011. Local: Brasília-DF. Indicações: um
43 representante dos trabalhadores: Conselheira **Maria Laura Bicca**; e um representante dos
44 usuários: Conselheira **Maria de Lourdes Alves Rodrigues**. d) **GT DE ENCAMINHAMENTO DOS**
45 **RESULTADOS DO 4º SEMINÁRIO NACIONAL SOBRE RESIDÊNCIA MULTRIPROFISSIONAL EM**
46 **ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE –** Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, da Comissão
47 Organizadora do Seminário, fez um breve informe sobre o 4º Seminário Nacional sobre Residência
48 Multiprofissional em Área Profissional da Saúde, realizado nos dias 29 e 30 de setembro de 2011.
49 Destacou, dos encaminhamentos do Seminário, a proposta de formar um GT para dar
50 encaminhamento aos resultados da atividade. Conselheiro **Pedro Tourinho de Siqueira**, da
51 Comissão Organizadora do Seminário, registrou a importância da participação dos residentes no
52 seminário e esclareceu que as indicações dos participantes foram feitos pelos organizadores – CNS,
53 MEC e MS. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, da Comissão Organizadora do Seminário,
54 salientou que, diante dos desafios, a grande vitória do seminário foi a sua realização e registrou a sua
55 satisfação e a dos participantes com a atividade como um todo. Por fim, destacou que o produto do
56 Seminário foi o que de mais avançado foi possível conseguir. Conselheira **Rosangela da Silva**
57 **Santos**, dentre outras questões, registrou a falta da representação dos usuários, inclusive nas mesas
58 e de uma abordagem na perspectiva da formação profissional. Também destacou a ausência de
59 outros atores no Seminário, como o Conselho Federal de Medicina, inclusive de mais conselheiros,

para avançar no debate e construir propostas mais efetivas. No mais, manifestou preocupação com as propostas denominadas do Conselho Nacional de Saúde, uma vez que as propostas do CNS devem estar em consonância com os debates do Plenário, solicitando uma manifestação a esse respeito. Como sugestão, propôs que a partir de agora se trate do usuário do SUS, sujeito de todo o processo, considerando os aspectos do atendimento, da assistência, do acesso e da questão moral e ética dos profissionais na área de saúde. Conselheira **Ana Stella Haddad** destacou o esforço para a construção do seminário e a possibilidade de manifestação dos diversos atores. Contudo, registrou as críticas dos residentes uniprofissionais de dificuldade para explicitar as suas posições. Também destacou que os coordenadores de cursos tinham expectativa de debater a regulamentação formulada e publicada pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional de Saúde, mas não encontraram espaço para esse debate. Enfatizou que as críticas ao processo são importante, inclusive, para esse processo de avaliação das dificuldades explicitadas no Seminário. A Secretaria Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, informou que o relatório está em processo de conclusão e será divulgado tão logo concluído. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** apresentou a proposta de composição do GT de Encaminhamento dos Resultados do Seminário: dois representantes dos usuários; dois representantes dos trabalhadores; dois representantes dos gestores/prestadores; e um do CONASS. Os convidados seriam: MEC e Comissão Nacional de Residência Multiprofissional; um especialista; e um residente. Explicou que o objetivo do GT é debater as dificuldades apresentadas no seminário e apresentar uma proposta ao CNS em janeiro de 2012. **Algumas indicações foram feitas em Plenária e outras entregues à Secretaria-Executiva**, sendo: **dois representantes dos usuários**: Pedro Tourinho de Siqueira e Rosangela da Silva Santos; **dois representantes dos trabalhadores**: Ruth Bittencourt e Francisco Batista Júnior; **dois representantes dos gestores/prestadores**: Ana Estela Haddad e Eliane Aparecida da Cruz; **um especialista**: Ricardo Cecin; **um residente**: Monique Padilha; e Tobias (Suplente); **um do CONASS**: a indicar; **um do MEC**: a indicar; **um da Comissão de Residência**: a indicar; **um da especialista**: Rede Unida (a indicar). e) **COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE INDÍGENA – CISI** – substituição do coordenador da CISI, Valdenir França, por um conselheiro titular ou suplente. Essa indicação foi adiada para a próxima reunião, a fim de destinar prazo às representações indígenas para indicação de nomes. f) **COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE MENTAL – CISM** – item transferido para a Reunião Ordinária de Dezembro.

1) RESOLUÇÃO SOBRE FORMAÇÃO PROFISSIONAL –

Conselheira **Jurema Werneck** apresentou a minuta de resolução sobre formação profissional cujo texto é o seguinte: "considerando que o artigo 200 da Constituição Federal determina que cabe ao Sistema Único de Saúde a ordenação da formação de recursos humanos na saúde; considerando a importância de formar profissionais de saúde de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais, competentes, humanos, éticos e com responsabilidade social; considerando que a rede de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde é o local privilegiado para a formação dos profissionais de saúde; considerando a necessidade de aprimorar o acesso e o acolhimento com qualidade aos usuários do SUS; considerando a demanda pela formação de profissionais de saúde e especialistas em número suficiente para atender às necessidades de saúde da sociedade e corrigir as disparidades regionais; considerando a necessidade de formar médicos especialistas, através dos programas de residência médica, com qualidade e número suficientes para atender às necessidades de saúde da sociedade em todas as regiões do país; considerando a importância de aumentar e aprimorar os programas de residência multiprofissional e áreas profissionais da saúde. Resolve: 1. Apoiar o Ministério da Saúde na realização de estudos para determinar o número de profissionais que devem ser formados anualmente, em todas as profissões da saúde, para atender às necessidades da sociedade brasileira; 2. Recomendar que o Ministério da Saúde continue sua ação conjunta com o Ministério da Educação no sentido de aprimorar a qualidade dos cursos de graduação das profissões da saúde, aperfeiçoando os processos de autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento dos cursos; 3. Aprovar a continuidade dos programas do Ministério da Saúde de estímulo às mudanças nos cursos de graduação da área da saúde, como o Pró-Saúde e o PET-Saúde, recomendando que eles tenham ênfase nas redes prioritárias de atenção à saúde e na formação para o trabalho em equipe multiprofissional; 4. Apoiar o Ministério da Saúde na realização de estudos para determinar o número de profissionais de saúde e especialistas necessários para atender às necessidades de saúde da sociedade brasileira; 5. Aprovar a continuidade e a ampliação do financiamento de programas de residências em saúde, priorizando as especialidades mais necessárias para a atenção à saúde e corrigindo as disparidades regionais; 6. Recomendar que os programas de residência multiprofissional e em áreas profissionais da saúde sejam ampliados, com ênfase na formação de profissionais para as redes de atenção prioritárias para o Sistema Único de Saúde e nas áreas estruturantes do SUS, como vigilância em saúde e assistência farmacêutica e com distribuição equilibrada nas diversas regiões do país; 7. Recomendar que o Ministério da Saúde, em conjunto com o Ministério da Educação, desenvolva iniciativas para garantir a qualidade dos programas de residência médica e multiprofissional, com ênfase na elaboração de diretrizes curriculares coerentes com as diretrizes curriculares da graduação, avaliação dos programas e desenvolvimento docente. 8. Determinar que o Ministério da Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais aperfeiçoe os

124 mecanismos de integração ensino-serviço, para que o Sistema Único de Saúde assuma cada vez
125 mais o seu papel de acolher e atender o usuário, de formar, qualificar e oferecer educação
126 permanente a todos os trabalhadores e profissionais de saúde, fortalecendo o "Sistema Único de
127 Saúde Escola". **Manifestações.** Os conselheiros apresentaram as seguintes sugestões ao texto da
128 resolução: item 6: excluir o trecho "como vigilância em saúde e assistência farmacêutica e com
129 distribuição equilibrada nas diversas regiões do país", permanecendo o texto da seguinte forma: "6.
130 Recomendar que os programas de residência multiprofissional e em áreas profissionais da saúde
131 sejam ampliados, com ênfase na formação de profissionais para as redes de atenção prioritárias para
132 o Sistema Único de Saúde e nas áreas estruturantes do SUS" e manter a redação original do item 6;
133 rever o texto da resolução visto que apresenta questões objeto de resolução, moção e recomendação;
134 no item 7, substituir "programas de residência médica e multiprofissional" por "programas de
135 residência em saúde"; e contemplar os resultados do Seminário Nacional sobre Residência
136 Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde na resolução. O Pleno suspendeu o debate da
137 resolução diante da chegada dos convidados para o próximo item e retomar posteriormente. Antes de
138 compor a próxima mesa, Conselheira Jurema Werneck justificou a ausência do Conselheiro Jurandi
139 Frutuoso no primeiro dia de reunião. **ITEM 2 – BALANÇO DO MÊS NA SAÚDE: POLÍTICA DE
140 COMBATE AO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS - REDE DE CUIDADOS - INTERNAÇÃO
141 COMPULSÓRIA** - Apresentação: Roberto Tykanori Kinoshita, Coordenador da Área Técnica de
142 Saúde Mental; e Maria Ermínia Ciliberti, do Conselho Federal de Psicologia – CFP. Coordenação:
143 Conselheira Jurema Pinto Werneck, da Mesa Diretora do CNS. O primeiro expositor foi o
144 Coordenador da Área Técnica de Saúde Mental, Roberto Tykanori Kinoshita, que fez uma
145 abordagem sobre o conjunto da rede e os aspectos que envolvem a Política de Saúde Mental.
146 Começou a sua apresentação, mostrando os componentes da Rede de Cuidados em Saúde Mental,
147 Álcool, Crack e Outras Drogas: Consultório na Rua; Enfermarias Especializadas em Álcool e Drogas;
148 Unidade de Acolhimento Adulto (UA Adulto); Unidade de Acolhimento Infanto Juvenil (UAI); Centros de
149 Atenção Psicossocial Álcool e Drogas 24h (CAPSad 24h); Equipes da AB para Apoio às Comunidades
150 Terapêuticas. Além disso, a Rede conta com os seguintes componentes suplementares: Comunidades
151 Terapêuticas (CT); Centros de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS); e Centros
152 de Referência em Assistência Social (CRAS). Explicou que as Unidades Básicas de Saúde
153 configuram-se em um marco referencial para todas as regiões de saúde e os consultórios na rua
154 visam fazer a busca ativa em relação a populações em rua (moradores ou em passagem), com
155 atendimento em clínica e foco em álcool e outras drogas, em particular o crack. Explicou que, após a
156 abordagem, o usuário é encaminhado a um dos componentes da Rede, segundo a necessidade.
157 Também disse que fazem parte da Rede de Cuidados as UPAS e estão sendo constituídas Unidades
158 de Acolhimento de média e longa permanência (de até seis meses). Disse que a novidade da Rede
159 refere-se às unidades de acolhimento e aos consultórios de rua, com atualização dos demais
160 componentes. Também mostrou um desenho que ilustra o fluxo do usuário na Rede de Cuidados em
161 Saúde Mental, Álcool, Crack e Outras Drogas, destacando que a porta de entrada é qualquer lugar da
162 rede e o atendimento em qualquer um dos pontos da rede. Explicou que a proposta é de tratamento
163 continuado e de diferentes serviços para necessidades distintas. Falou das ações intersetoriais com
164 vistas à melhoria concreta das condições de vida, destacando moradia solidária, trabalho e renda,
165 esporte, cultura, educação e assistência social: CRAS E CREAS. Segundo, disse que o objetivo geral
166 da Rede de Cuidados em Saúde Mental, Álcool, Crack e Outras Drogas é ampliar o acesso e
167 qualificar/diversificar o cuidado a usuários e dependentes de álcool, crack e outras drogas e a seus
168 familiares. Detalhou que os objetivos específicos são: prevenir o consumo e a dependência de álcool,
169 crack e outras drogas; reduzir danos provocados pelo consumo de álcool, crack e drogas; promover
170 cuidados em saúde para grupos mais vulneráveis (criança e adolescente) ao consumo de álcool, crack
171 e outras drogas; promover a reabilitação e a reinserção do usuário na sociedade, por meio de geração
172 de renda e moradia solidária; capacitar profissionais de saúde; e desenvolver ações intersetoriais.
173 Explicou que os eixos estratégicos para Implementação da Rede são: Eixo 1: Ampliação do acesso à
174 rede de atenção integral à saúde mental; Eixo 2: Qualificação da rede de atenção integral à saúde
175 mental; Eixo 3: Ações intersetoriais para reinserção social e reabilitação; e Eixo 4: Ações de
176 prevenção e de redução de danos. No que se refere à ampliação do acesso à Rede de Atenção
177 Integral à Saúde Mental, fez um destaque aos consultórios de rua, reiterando que se trata de um
178 consultório itinerante com profissionais de saúde que realizam busca ativa de pessoas em situação de
179 rua e das cracolândias, incluindo crianças e adolescentes (a meta é 292 consultórios de rua
180 distribuídos pelo país). Também falou das enfermarias especializadas em álcool e drogas voltado ao
181 tratamento hospitalar de casos de abstinências graves (sintomas de interrupção do consumo da
182 substância psicoativa no organismo; ex: convulsões e alucinações) e de intoxicações graves
183 (relacionados ao consumo excessivo de substância psicoativa. Ex: taquicardia, infarto, parada
184 respiratória, coma). Também destacou que será feito reajuste do valor da diária de R\$ 57,00 para R\$
185 200,00 e haverá incentivo de R\$ 33 mil para reforma e equipamentos (módulos de enfermaria com 5
186 leitos e Kit Rede Telessaúde). Finalizou apresentando o resumo da proposta da Rede: a) Região de
187 saúde com menos de 250.000 habitantes: CAPS I, II, I, ad; leitos em hospital geral; atenção básica

188 (ESF+PCR+NASF); comunidades terapêuticas; b) Região de saúde com população entre 250.000 e 1
189 milhão de habitantes: CAPSad 24 horas (1 CAPSad/250.000); leitos em hospital geral; unidades de
190 acolhimento; atenção básica (ESF+PCR+NASF); e comunidades terapêuticas; e c) Região de saúde
191 com população maior que 1 milhão de habitantes: CAPSad 24 horas (1 CAPSad/500.000); leitos em
192 hospital geral; unidades de acolhimento; atenção básica (ESF+PCR+NASF); e comunidades
193 terapêuticas. A segunda expositora foi a conselheira **Maria Ermínia Ciliberti**, do Conselho Federal de
194 Psicologia – CFP, que falou da Política de Combate ao Álcool e outras Drogas, Rede de Cuidados e
195 Internação Compulsória. Ressaltou que essa Política foi debatida em duas oportunidades na
196 CISM/CNS, com a presença do Coordenador da Área Técnica de Saúde Mental, Roberto Tykanori
197 Kinoshita, e a Comissão entende que o CNS deveria debruçar-se sobre a proposta, avaliando
198 inclusive os seus pontos polêmicos. Iniciou a sua exposição pelos marcos das políticas públicas
199 brasileiras sobre álcool e outras drogas: 1921 - publicação da primeira lei restritiva às drogas; 1976 -
200 publicação da Lei nº. 6.368 (medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de
201 substâncias entorpecentes); 1980 a 1993 – surgimento de órgãos que coordenavam pesquisas e
202 ações referentes às drogas, como o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de
203 Entorpecentes, da Secretaria Nacional de Entorpecentes, ligada ao MJ; 1987 - I Conferência de Saúde
204 Mental; 1992 - II Conferência de Saúde Mental; 1998 - aprovada a Declaração Política, que indica uma
205 direção, com propostas de diretrizes gerais para as políticas relacionadas à questão das drogas.
206 Também foi criada a Secretaria Nacional de Políticas Antidrogas (SENAD); 2001 - III Conferência
207 Nacional de Saúde Mental; 2001 - publicação da Lei nº. 10.216/01 (dispõe sobre a proteção e os
208 direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental);
209 2002 - alinhamento da Política à CF/88 no que diz respeito aos direitos humanos, às liberdades
210 fundamentais de um Estado de Direito e de acordo com os compromissos internacionais firmados pelo
211 Brasil; 2003 – o Ministério da Saúde publicou a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e
212 outras Drogas, manifestando a clara posição do SUS em atender a esta população; 2007 -
213 apresentação da Política Nacional sobre o Álcool pelo Ministério da Saúde; 2008 - aprovação da Lei
214 Seca (Lei nº. 11.705/2008) voltada à redução dos acidentes e mortes no trânsito; 2009 - marcha dos
215 Usuários de Saúde Mental; 2009 – A corte da OEA condena o Brasil por morte de portador de
216 transtorno mental; e 2010 - IV Conferência Nacional de Saúde Mental. Feita essa contextualização,
217 enfocou a Lei nº. 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de
218 transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, com destaque aos artigos
219 que estão sendo violados com o novo modelo. Destacou que, no Parágrafo Único, a Lei define que
220 são direitos da pessoa portadora de transtorno mental: I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema
221 de saúde, consentâneo às suas necessidades. Nesse ponto, disse que a Política deveria incentivar o
222 melhor tratamento e não pensar em saídas rápidas para dar conta da demanda social. No inciso II,
223 destacou que a Lei define “ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de
224 beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na
225 comunidade” e não com exclusão/segregação da pessoa da comunidade. O artigo 1º determina que
226 “Os *direitos* e a *proteção* das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são
227 assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual,
228 religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou
229 tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.” Nesse sentido, salientou que o grau de
230 gravidade não pode ser motivo para violar a Lei. Também destacou os seguintes incisos da Lei: III -
231 ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; V - ter direito à presença médica, em
232 qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária (a Lei prevê
233 a internação como último recurso e aponta os cuidados caso seja necessário); VI - ter livre acesso aos
234 meios de comunicação disponíveis; e VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos
235 invasivos possíveis. Explicou que no Art. 3º a Lei define que é responsabilidade do Estado o
236 desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos
237 portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será
238 prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que
239 ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais. No art. 4º, a Lei dispõe que a
240 internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares
241 se mostrarem insuficientes, ou seja, a internação não pode ser a norma, mas sim a exceção.
242 Destacou que o § 1º determina que o tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção
243 social do paciente em seu meio e o § 2º dispõe que o tratamento em regime de internação será
244 estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais,
245 incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros (o que
246 está reeditando de instituições asilares?). O § 3º veda a internação de pacientes portadores de
247 transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos
248 recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no
249 parágrafo único do art. 2º. No art. 5º, define que o paciente há longo tempo hospitalizado ou para o
250 qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou
251 de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação

252 psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de
253 instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando
254 necessário. A esse respeito, disse que se espera não viver a realidade de pacientes de álcool e
255 drogas há longo tempo hospitalizados. No art. Art. 6º, a Lei define que a internação psiquiátrica
256 somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos (hoje,
257 internações compulsórias são realizadas com medidas judiciais que inclusive defendem a exclusão do
258 laudo médico). Continuando, explicou que outros programas governamentais foram violados pela
259 proposta de tratamento segregado para os usuários de álcool e outras drogas. No que se refere ao
260 Humaniza SUS, destacou que os princípios violados são: transversalidade - a Política Nacional de
261 Humanização deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS. A
262 PNH busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da
263 comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder
264 hierarquizadas; indissociabilidade entre atenção e gestão - as decisões da gestão interferem
265 diretamente na atenção à saúde. Trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a
266 gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como participar ativamente do processo de tomada de
267 decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva. O cuidado e a assistência em
268 saúde não se restringem às responsabilidades da equipe de saúde. O usuário e sua rede sociofamiliar
269 devem também se corresponsabilizar pelo cuidado de si nos tratamentos, assumindo posição
270 protagonista com relação a sua saúde e a daqueles que lhes são caros; e protagonismo,
271 corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos - Qualquer mudança na gestão e atenção é
272 mais concreta se construída com a ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas, que
273 compartilham responsabilidades. Os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só
274 cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um. Um SUS
275 humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua
276 atuação na produção de saúde. Também destacou que cada usuário do sistema deve estar no
277 movimento do Projeto Terapêutico Singular (PTS), que consiste no movimento de coprodução e de
278 cogestão do processo terapêutico de indivíduos ou coletivos em situação de vulnerabilidade. Ou seja,
279 é necessário um projeto para cada indivíduo/comunidade. Destacou ainda que a proposta de
280 tratamento segregado também pode ferir a Política Nacional de Educação Permanente, a Política
281 Nacional de Gestão Estratégica e Participativa e a Política Nacional de Promoção da Saúde. Frisou
282 que o Conselho Federal de Psicologia - CFP é contrário à internação compulsória de usuários de
283 crack e à inclusão de comunidades terapêuticas no SUS. Além disso, o CFP reafirma os princípios do
284 cuidado em meio aberto, humanizado, com equipes multiprofissionais qualificadas, que tenham
285 condições de trabalho dignas garantidas, no âmbito das políticas de saúde mental e coletiva e da
286 assistência social, que operem por meio dos equipamentos do Sistema Único de Saúde (SUS), do
287 Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do
288 Adolescente. Além disso, salientou que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS e CAPS-AD), os
289 Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) e os Centros de Referência Especializada em
290 Assistência Social (CREAS), os projetos de redução de danos, a escola, o Programa Estratégia Saúde
291 da Família, enfim, uma rede integrada e com investimento econômico adequado irá propiciar a
292 materialidade das políticas de garantia de convivência familiar e comunitária às crianças e
293 adolescentes. No mais, afirmou que o CFP é contra a inclusão das chamadas "comunidades
294 terapêuticas" na rede de serviços do SUS, em concordância com as decisões da IV Conferência
295 Nacional de Saúde Mental que reafirma que o investimento público deve ser destinado à criação e
296 ampliação da rede de serviços substitutivos, e não a lugares e instituições com princípios e formas de
297 atuação contrários à ética que sustenta a prática nos serviços substitutivos: a defesa dos direitos
298 humanos, a liberdade e a inclusão dos usuários no território. Levando-se em consideração as
299 condições psicosociais de cada população, acrescentou que o Conselho entende que são
300 necessários projetos específicos a fim de que se tenha resolutibilidade em diversas situações,
301 podendo, sob a perspectiva de rede, serem desenvolvidos pontos de intensidade maior de cuidados
302 em algumas de suas "malhas". Exemplos seriam a instituição de CAPS AD 24 horas e Consultórios de
303 Rua, haja vista que devem estar vinculados às necessidades dos usuários. Ainda em relação ao
304 posicionamento do CFP, destacou o Manifesto Drogas – Pelo Tratamento sem Segregação;¹³ Razões para Defender uma Política para Usuários de Crack, Álcool e Outras Drogas sem Exclusão;
305 Relatório de Violação de Direitos Humanos em Comunidades Terapêuticas no Brasil (entregue à ONU
306 pelo Conselho Federal de Psicologia no dia 27/9/2011); Observatório de Saúde Mental -
307 <http://www.osm.org.br/>; e Blog Drogas e Cidadania - <http://drogasecidania.cfp.org.br/>. Além disso,
308 informou que o CFP realizou inspeções em comunidades terapêuticas do país e o relatório será
309 divulgado tão logo concluído. Explicou ainda que a posição contra as comunidades terapêuticas não é
310 única do CFP e citou alguns posicionamentos dos movimentos da luta antimanicomial. A Rede
311 RENILA, por exemplo, manifestou-se com "repúdio a qualquer tentativa maniqueísta e moralista de
312 tratar a questão do uso de drogas, um fenômeno complexo, multifatorial, que exige um diálogo,
313 portanto, também complexo. O que está em questão não é só a saúde, mas a liberdade, o
314 protagonismo, os projetos de vida, os direitos de cada pessoa, seja ela usuária de drogas, louca, ou o
315

316 quer que seja." (Manifesto Cuidar, Sim. Excluir, Não. - 8/4/2009). O CFESS entende que "A ilegalidade
317 de algumas drogas em nosso meio tem servido ao controle de práticas e comportamentos de
318 segmentos sociais historicamente discriminados e que são cotidianamente impelidos à marginalidade
319 pela fragilidade de nossa democracia, pela reprodução ampliada da desigualdade, pelo caráter
320 conservador das respostas operadas no âmbito do Estado, em face do consumo de drogas e de outras
321 práticas que confrontam a moralidade dominante." (CFESS Manifesto – Dia Internacional de Combate
322 Às Drogas - 26/6/2011). A ABORDA e a EDUC declararam que: "A perspectiva de Redução de
323 Danos da qual falamos, nos coloca diante do fracasso das concepções e intervenções polarizantes,
324 que simplificam demais a existência humana, evidenciando que a questão não é apenas de ser contra
325 ou a favor das drogas, mas, sobretudo, é necessário acolher e aceitar as pessoas que usam."
326 (Manifesto em Defesa da Redução de Danos – 28/6/07). O MNLA declarou que "Existe uma violência
327 crescente, uma falta de perspectivas e de mudança da situação social, o grande desenvolvimento da
328 indústria farmacêutica nas últimas décadas, a exaltação ao discurso cientificista que propõe
329 tratamentos através de medicação, a cultura do prazer imediato e da fuga da realidade etc contribuem
330 para que o abuso de drogas seja um sintoma da sociedade globalizada e imediatista." (VI Encontro
331 Nacional da Luta Antimanicomial – 2005). Por fim, citou os seguintes trechos de Antônio Lancetti,
332 publicados no dia 25/7/2011, no blog Movimento Antimanicomial: "A metodologia centrada
333 exclusivamente na internação hospitalar não se relaciona com os universos onde as pessoas vivem e,
334 por isso, os processos terapêuticos ficam truncados."; "É preciso repetir incansavelmente: não é
335 possível enfrentar de modo simplificado problemas de tamanha complexidade."; "Não é verdade que a
336 internação seja "a solução" para o tratamento dos drogados, se assim fosse não haveria nas clínicas
337 pessoas com 30, 40 ou 50 internações."; "É preciso ter condições sociais, relacionais, biológicas e
338 institucionais para se transformar em um verdadeiro toxicômano." Finalizando, citou diversos casos de
339 mortes, abusos, maus-tratos e medicação excessiva de pacientes internados em hospitais
340 psiquiátricos, inclusive o ex-membro da CISM/CNS, Carraro. Defendeu a continuidade do diálogo e
341 reiterou o pedido de audiência dos usuários da saúde mental e do CNS com a Presidente Dilma
342 Rousseff. Disse que é preciso continuar a luta para transformar o Brasil em um país com avanços de
343 cidadania e políticas integradas de direitos humanos. **Manifestações.** Conselheira **Lígia Bahia**
344 explicou que a ABRASCO dispõe de uma comissão de saúde mental e várias produções acadêmicas
345 sobre o assunto e é contra a internação compulsória, vez que não base científica que comprova a
346 eficácia dessa prática. Reconheceu o esforço do Ministério da Saúde para dar resposta à situação,
347 mas não se deve legitimar decisões de governo como a de "faxina na cracolândia". Salientou que a
348 questão central do problema é evitar que crianças e adultos cheguem a situação de uso de álcool e
349 drogas e, nessa linha, lamentou que o país ainda permita propagandas de cervejas. Frisou que
350 governo e sociedade civil devem envolver-se nessa questão para minimizar o problema e reduzir
351 danos. Por fim, defendeu a construção de uma proposta com base técnica e articulada na linha da
352 intersetorialidade e da integralidade do cuidado. Conselheiro **Clóvis Boufleur** manifestou satisfação
353 com essa pauta no CNS e informou que o tema da internação compulsória fora objeto de debate na
354 Comissão de Saúde da Criança e Adolescente. Lembrou que a proteção à vida é um dos argumentos
355 utilizados, de maneira errônea, para justificar a internação compulsória. Ressaltou também que é
356 preciso considerar os exemplos de comunidades terapêuticas com sucesso no tratamento como a
357 Fazenda Esperança, ligada à igreja católica, reconhecida, inclusive, internacionalmente. Por fim,
358 defendeu a continuidade do debate desse tema do ponto de vista da criança e do adolescente (5 a 18
359 anos), que correspondem a 50 milhões de brasileiros, e para os quais o SUS é ausente. Conselheiro
360 **Francisco Batista Júnior** pontuou que uma das preocupações colocadas nas conferências estaduais
361 é que o controle social tem sido desconsiderado em importantes decisões para o SUS. Avaliou que o
362 governo federal tem implementado propostas interessantes, mas sem a participação do movimento
363 social ou em contraposição ao que defende o movimento. Como exemplo, citou a proposta de carga
364 diferenciada para os profissionais médicos, das UPAS, dos NASFs e dos CAPSs. Encaminhando,
365 sugeriu que o CNS defende a suspensão da Política, porque é contrária ao debate acumulado sobre
366 saúde mental e a sua articulação com os princípios defendidos pelo movimento social. Conselheira
367 **Ruth Ribeiro Bittencourt** saudou os expositores e reiterou o apoio do CFESS à luta do CFP.
368 Também reiterou preocupação com o discurso de "higienização das cidades" que ocorre próximo a
369 eventos e manifestou posição contrária a esse processo. Por outro lado, apoiou as propostas de
370 CAPSad e consultório em rua, bem como a realização de audiência com a Presidente da República.
371 Por fim, solicitou manifestação sobre o processo de internamento compulsório que ocorre no país.
372 Conselheira **Fernanda Lou Sans Magno** agradeceu por este assunto ter sido incluído na pauta do
373 CNS e ressaltou a preocupação da FENAPS com a adoção de modelo contrário ao que foi construído
374 nos últimos anos. Lembrou que o relatório da IV Conferência de Saúde Mental destaca as notificações
375 compulsórias contra qualquer situação de violência e óbito, destacando os hospitais, sistema prisional
376 e comunidades terapêuticas. Defendeu os CAPSad 24 e o tratamento da Política como um todo e não
377 a criação de estratégias com base em uma falsa "epidemia de crack". Também destacou a moção de
378 repúdio do Estado de Alagoas, aprovada na IV CNSM, denunciando que as políticas estaduais de
379 álcool e outras drogas implementadas incentivam a terceirização dos serviços e o investimento de

380 comunidades terapêuticas privadas, favorecendo o desmonte o SUS. Ressaltou que o modelo, além
381 de ferir a Lei 10.216, descontroi o SUS e citou o Estado de São que elaborou cartilha, em parceria
382 com a vigilância sanitária, defendendo a implementação das comunidades terapêuticas como caro
383 chefe da Política. Além disso, destacou o caso do Município de Sorocaba/PS, que fora objeto de
384 fiscalização por conta das mortes abusivas nos hospitais psiquiátricos. Conselheira **Jurema Werneck**
385 interveio para registrar a presença do conselheiro Alexandre Rocha Padilha, Presidente do CNS.
386 Conselheira **Maria Cristhina Pedro Biz** abordou a questão das internações compulsórias e o que
387 ocorre na cidade de São Paulo. Explicou que o Tribunal de Justiça de São Paulo montou um posto na
388 região da cracolândia para decidir sobre a internação compulsória de crianças e adolescentes e a
389 preocupação refere-se à condição de avaliação técnica do Tribunal para determinar a internação.
390 Também manifestou preocupação com a possibilidade de “limpeza das áreas públicas”, com retira dos
391 usuários de drogas. Conselheiro **José Carrijo Brom** reiterou a sua preocupação com as propostas
392 que vão de encontro aos princípios do SUS, como as das comunidades terapêuticas e salientou que
393 respostas pontuais não resolverão esse problema tão grave e complexo. Apelou também ao governo
394 que ouça os atores envolvidos na reforma psiquiátrica para definir as políticas públicas de saúde
395 mental. Conselheiro **Willen Heil e Silva** iniciou a sua intervenção com o registro do dia do
396 fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional - 13 de outubro. A respeito do tema em pauta, sugeriu uma
397 recomendação do CNS para mudança de paradigma com enfrentamento das compulsividades, o que
398 contribuirá para maior êxito da Política de Saúde Mental. Também propôs que o CNS recomende a
399 criação de espaços nos locais de atenção ao usuário para diálogo de familiares, garantindo troca de
400 experiências e ajuda para enfrentar a situação. Conselheiro **Arilson Cardoso da Silva** falou da
401 experiência do seu município, São Lourenço, com 43 mil habitantes, na luta antimanicomial. Explicou
402 que o município dispõe de CAPSad, CAPS infantil, hospital geral com leitos de internação. Contudo,
403 destacou que os municípios de pequeno porte, bem como os de médio e grande porte, enfrentam
404 problema em relação à lacuna entre a entrada do paciente na unidade para desintoxicação e a saída
405 para adesão ao CAPS. Ressaltou que muitos dos pacientes, ao receberem alta, não têm condições
406 de voltar à comunidade e lá permanecer. Nesse sentido, destacou que é preciso ter uma alternativa
407 para retirar o usuário do meio em que vivia, por um período, para, em seguida, poder retornar.
408 Salientou que essa estrutura – comunidade terapêutica, unidade de acolhimento, entre outras – deve
409 estar no âmbito do Sistema, respeitando os seus princípios, reguladas pelo gestor do SUS.
410 Conselheira **Zilda de Faveri** registrou a posição contrária da maioria das pessoas à internação
411 compulsória e perguntou se há dados atualizados sobre a eficácia desse procedimento na
412 recuperação das pessoas. Também quis saber se há pesquisas sobre novos tratamentos para
413 dependentes de álcool e outras drogas. **Retorno da mesa.** O coordenador da Área Técnica de Saúde
414 Mental, **Roberto Tykanori Kinoshita**, começou a sua fala abordando a questão da internação
415 compulsória. Explicou, inicialmente, que o termo, por si só, já causa conflito visto que “internação” é
416 um termo do campo da saúde e “compulsória” da área jurídica. No Rio de Janeiro, disse que ocorre
417 um “recolhimento compulsório”, ou seja, uma ação do Estado, previamente decidida, frente a grupos
418 específicos da população. A esse respeito, deixou clara a posição do Ministério da Saúde de defesa
419 da Lei 10.216, que prevê a internação involuntária, e de discordância da ação de “recolhimento
420 compulsório”. Sobre as comunidades terapêuticas, explicou que são instituições da sociedade que
421 dialogam com todos os setores e a avaliação das federações de comunidade é que ofertam
422 importante serviço para a sociedade. Portanto, disse que é preciso separar as comunidades que
423 prestam serviço importante para a sociedade daquelas sem compromisso e, para isso, é preciso abrir
424 diálogo com esse setor. Salientou que, para ser um serviço de saúde, a comunidade terapêutica deve
425 seguir os princípios do SUS (adequado ao Decreto nº. 7.508/11, à Lei nº. 8.080/90, à Lei nº.
426 10.216/01). Explicou que está em construção a Portaria que permita a inclusão de comunidades
427 terapêuticas no atendimento aos cidadãos dependentes de substâncias químicas, com regras
428 específicas a serem seguidas por essas instituições. Conselheira **Maria Ermínia Ciliberti**, do Conselho
429 Federal de Psicologia – CFP, fez comentários gerais sobre as intervenções dos conselheiros.
430 Começou perguntando a quem interessa a utilização de crack, por exemplo, nos canaviais de São de
431 Paulo e a saída adotada ser a internação dos canavieiros a R\$ 900 o leito, ao invés de modificar as
432 condições de trabalho. Também entregou o Manual de Orientação para instalação e funcionamento
433 das comunidades terapêuticas no Estado de São Paulo, explicando que o jovem internado, por
434 exemplo, não pode falar gíria, nem pode conversar sobre o uso de drogas, a não ser na presença de
435 alguém. Discordou que exista uma epidemia de crack no país que justifique iniciativas como intenção
436 compulsória, por exemplo e salientou que é preciso considerar as dimensões da saúde mental como
437 os casos de crianças de 10 anos internadas nos CAPs com tentativa de suicídio e medicalização
438 exacerbada. Explicou que a preocupação é não voltar à situação de segregação de pessoas em
439 comunidades terapêuticas. Sobre as internações, esclareceu que a Lei nº. 10. 216 prevê a internação
440 involuntária como exceção e é preciso debater a compulsória. Ressaltou que a defesa é por um
441 projeto de país com inclusão do diferente e do diverso, considerando as vulnerabilidades – do louco,
442 do usuário de drogas... Por fim, insistiu que a Presidente da República ouça os usuários e o CNS a
443 esse respeito. Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, ressaltou que é

444 fundamental ter espaços para ouvir o movimento e não correr risco de equívocos que signifiquem
445 retrocesso. Salientou que no debate da Política de Saúde Mental e de Enfrentamento do Álcool e
446 Outras Drogas o Ministério da Saúde reafirma os marcos institucionais construídos na luta
447 antipsiquiátrica. Informou, inclusive, que no momento o DENASUS realiza auditorias nos hospitais
448 psiquiátricos e será feito o mesmo a respeito do padrão de atendimento dos CAPS. Reafirmou a
449 importância de construir uma rede de serviços diferenciados em saúde mental, visto que qualquer
450 política de saúde na área que se paute em um único modelo está fadada ao fracasso, porque não dá
451 conta das realidades. Destacou a participação de entidades do terceiro setor no enfrentamento da
452 realidade e o pressuposto para essa inclusão, no seu modo de ver, deve ser o cumprimento das leis e
453 diretrizes da reforma psiquiátrica. Discordou que há uma epidemia de crack no país, contudo, avaliou
454 tratar-se de um problema social e o país deve reorganizar-se de acordo com essa nova realidade. Por
455 fim, ressaltou que é preciso definir consensos para construir redes. **Manifestações.** Conselheiro
456 **Edmundo Omoré** perguntou qual a política de combate a álcool e outras drogas nas regiões de
457 fronteira com terras indígenas, haja vista o alto consumo dessas substâncias pelos povos indígenas.
458 Conselheiro **Pedro Tourinho de Siqueira** avaliou que esse debate deve ser feito no âmbito das
459 políticas voltadas à juventude, uma vez que a população jovem é a mais acometida por esse
460 problema, por uma série de determinantes sociais. Avaliou que a proposta de consultórios na rua é um
461 avanço e salientou a importância de pressão na Câmara dos Deputados para votação da proposta de
462 proibição de propaganda de bebida alcoólica. Por fim, reiterou posição contrária às políticas públicas
463 que visem tutelar ou diminuir sujeitos. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** ressaltou que o
464 problema é complexo e demanda pluralidade de alternativas desde que estejam de acordo com o
465 marco regulatório que preserve o interesse público. Salientou que é essencial a intersetorialidade na
466 articulação e proposição de estratégias para responder ao problema. Também destacou que epidemia
467 é um problema emergente sob o qual não se dispõe de dados, portanto, o problema do crack pode ser
468 considerado, tecnicamente, uma epidemia. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** recuperou a
469 importância do debate da IV CNSM e, por outro lado, lamentou que as deliberações não tenham sido
470 apresentadas no CNS. Ressaltou que, dada a complexidade, esse é um tema que demanda debate
471 mais amplo, visando, inclusive, a definição de alternativas. Destacou as consequências em relação ao
472 uso de álcool e a importância de debater a ilegalidade no que diz respeito às drogas. Por fim, sugeriu
473 que o CNS aprove moção de apoio à Ação Civil Pública, ajuizada pelo Ministério Público Federal em
474 São José dos Campos, contra as empresas de cervejaria Ambev, Schincariol e Femsa com pedido de
475 indenização pelo aumento dos danos causados pelo consumo de cerveja e chopp. Conselheiro **José**
476 **Marcos de Oliveira** explicou que o Município de Sorocaba possui grande concentração de leitos de
477 psiquiatria e, inclusive, passa por um processo de auditoria. Registrhou o apoio do Movimento de Luta
478 Contra Aids à explanação da Conselheira Maria Ermínia e à política de desospitalização. Defendeu
479 que o CNS se posicione acerca das questões de saúde mental, como internação compulsória.
480 Também lembrou a oportunidade do debate naquele momento e na 14^a CNS cujo tema é “acesso e
481 acolhimento com qualidade”. Sentiu falta da presença da SEDH nesse debate e salientou que é
482 preciso levar esse debate para as conferências estaduais, além da nacional. Conselheira **Jurema**
483 **Werneck** lembrou que a Mesa Diretora do CNS, ao definir a pauta, decidiu convidar, além de uma
484 representação da sociedade civil e do Ministério da Saúde, o CONANDA, contudo, o Conselho não
485 deu retorno. Além disso, registrou que o movimento negro participa e apoia o movimento para chamar
486 a atenção do risco de recrudescimento das tendências “higienistas”, eugenistas e racistas. Destacou
487 que há uma investida contra populações negras, favelados, moradores de rua, mas essas práticas
488 foram abolidas pela sociedade e não devem ser retomadas. Em que pese a resposta do governo à
489 situação do crack, disse que causa preocupação a aliança com “denominações religiosas”, muitas
490 delas perseguidoras das tradições afro-brasileiras. Ressaltou a importância de responder a situação,
491 mas sem reforçar o conservadorismo e aceitar a volta da eugenia e o recrudescimento do racismo. Por
492 fim, colocou o movimento negro à disposição para o diálogo direto sobre saúde e registrou que a Rede
493 Nacional de Religiões Afro-Brasileira não reivindica ser uma comunidade terapêutica de saúde e
494 deseja que o SUS cumpra o seu papel. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** ressaltou que esse
495 tema causa emoção ao ser debatido e é preciso tratá-lo de forma ampla dada a sua gravidade.
496 Chamou a atenção para os trabalhadores que moram nos locais das plantações em época da colheita
497 e o uso de crack por eles para suportar o trabalho. Também destacou o uso de álcool e outras drogas
498 por jovens ricos ou de classe média e destacou que há questões ideológicas envolvidas. Conselheira
499 **Maria Thereza Antunes** defendeu a revisão dos eixos estratégicos para implementação da Rede, vez
500 que, para ampliação, é necessária qualificação e planejamento das ações estratégicas de reinserção e
501 reabilitação. Também salientou a importância da participação do controle social nesse debate e da
502 valorização das deliberações da IV CNSM. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** também destacou
503 que o maior índice de consumo de drogas é na classe alta e não classe de menor poder aquisitivo. Na
504 sua avaliação, é preciso debater e definir uma política de prevenção do uso de drogas e não apenas
505 “tratar a doença”. Como encaminhamento, sugeriu convidar o Conselho Nacional de Educação e o
506 CONANDA para debate mais aprofundado desse tema e definição de alternativas, além de chamar a
507 sociedade para o debate desse assunto. **Retorno da mesa.** O coordenador da Área Técnica de

508 Saúde Mental, **Roberto Tykanori Kinoshita**, começou destacando que o uso de drogas é uma
509 questão complexa e possui macro determinações. Salientou que a propaganda de álcool, por
510 exemplo, movimenta recursos e interesses e possui poder político e social para resistir e se manter.
511 Salientou que, para modificar o perfil de morbidade em relação ao álcool, são medidas eficazes o
512 controle do ponto de venda, taxação e redução de propagandas. A respeito do envolvimento da escola
513 no processo de prevenção, disse que é preciso considerar que 17% das crianças de 0 a 17 anos
514 estão fora da escola e são as mais vulneráveis ao uso de drogas, por exemplo. Ressaltou também
515 que a sociedade vive um momento de desemprego estrutural em que a mão-de-obra é menos
516 importante. Citou, por exemplo, o caso de trabalhadores canavieiros e pescadores que usam crack
517 para suportar o exaustivo trabalho. Nesse contexto, disse que é importante consolidar e fortalecer o
518 conceito de economia solidária e buscar políticas de moradia condizentes com as condições
519 econômicas das pessoas. Explicou, a propósito, que a política de locação social viabiliza moradias
520 dignas com estabilidade e sustentabilidade para as pessoas. Ademais, salientou que o foco é a
521 implantação de redes de saúde, considerando a complexidade e complementaridade entre os diversos
522 componentes. Disse que o debate com as comunidades terapêuticas visa estreitar diálogo entre um
523 ente que não se conhece em profundidade. Salientou que, no decorrer da implantação da Política,
524 pode-se avaliar o processo e, se necessário, modificar as diretrizes. Explicou que a intenção é
525 identificar as comunidades terapêuticas que podem ser legitimadas e as que devem ser fechadas.
526 Conselheira **Maria Ermínia Ciliberti**, do Conselho Federal de Psicologia-CFP, destacou que esse
527 debate abre um diálogo que deve ser continuado e lembrou que alguns segmentos, como os usuários
528 de saúde mental, ainda não possuem voz e cabe aos conselheiros fazê-lo. Disse que é possível
529 construir qualquer proposta desde que se garanta o protagonismo dos usuários nesse processo. A
530 respeito de Sorocaba/SP, explicou que dossiê aponta mortes e mais de 500 pessoas sem documento
531 de identificação. Salientou que sem mobilização e luta será impossível fechar hospitais em situação
532 irregulares e, além disso, reiterou a importância de trazer o usuário de saúde mental para o debate,
533 porque se trata de um segmento que ainda não tem voz. Sobre a Rede, salientou que deve atuar com
534 base comunitária, sem segregação e tratar da redução de danos. Também entregou o relatório parcial
535 com denúncias sobre comunidades terapêuticas ao Ministro da Saúde para conhecimento. Apelou ao
536 governo que não incorpore as comunidades terapêuticas ao modelo do SUS e que amplie o diálogo
537 com todos os segmentos envolvidos. A propósito, sugeriu que o CNS envie correspondência à
538 Presidente da República, solicitando que não publique nenhuma política de álcool e outras drogas
539 sem antes debater com os atores sociais e representantes dos usuários. No mais, propôs que o tema
540 seja aprofundado inter e entre as Comissões do CNS, enfocando, inclusive, os valores envolvidos na
541 política. Além disso, avaliou que o CNS deve chamar o Conselho de Assistência e o CONANDA para
542 construir consensos e fazer avançar o processo. Por fim, apelou aos conselheiros a continuar na luta
543 pela reforma psiquiátrica antimanicomial, assegurando os princípios construídos nos últimos anos.
544 Conselheira **Jurema Werneck** sintetizou as propostas levantadas durante o debate: a) no que diz
545 respeito à Política de Álcool e Drogas: moção de apoio à Ação Civil Pública, ajuizada pelo Ministério
546 Público Federal, em São José dos Campos, contra as empresas de cervejaria Ambev, Schincariol e
547 Femsa com pedido de indenização pelo aumento dos danos causados pelo consumo de cerveja e
548 chopp; resolução do CNS sobre a Política de Combate ao Álcool e outras Drogas, Redes de Cuidado
549 e internação compulsória; audiência do CNS e movimentos sociais com a Presidente da República
550 para tratar da Política; e b) a respeito da Política de Saúde Mental: os serviços a serem incorporados
551 devem seguir as diretrizes do SUS; suspender as ações recentes, com manutenção dos CAPSad e
552 consultórios em rua; debater a Política nas Comissões do CNS e com outros conselhos, como
553 CONANDA; orientar que os serviços incorporados na Política sigam os princípios do SUS; recomendar
554 a manutenção das ações do CAPASad e consultórios de rua; incorporar o tratamento de
555 compulsividades; garantir espaços nos serviços para cuidado e participação dos familiares; garantir
556 que as políticas de enfrentamento sejam intersetoriais; e continuar o debate sobre experiências,
557 particularmente, comunidades terapêuticas. Por fim, destacou que esse tema foi pautado na tentativa
558 de responder de forma mais célere às demandas da sociedade. No mais, registrou a questão da
559 internação compulsória que requer debate mais aprofundado. Conselheiro **Clóvis Boufleur** reafirmou
560 que há centenas de boas experiências de comunidades terapêuticas no país e citou a Rede da
561 Fazenda Esperança, presente em dez países e com índice de 70% de recuperação dos usuários.
562 Conselheiro **Pedro Tourinho de Siqueira**, considerando a taxação de produtos uma medida eficaz
563 para diminuir o consumo, defendeu a taxação do álcool e do tabaco e a destinação do recurso para o
564 financiamento da saúde. Na sequência, conselheiro **Alexandre Rocha Padilha** apresentou a minuta
565 de resolução sobre a Política de Combate ao Álcool e outras Drogas, Redes de Cuidado e internação
566 compulsória com sugestões de adendos, contemplando questões colocadas no debate. O texto é o
567 seguinte: "considerando que o artigo 196 da Constituição Federal determina que a saúde, direito de
568 todos e dever do Estado, é garantida mediante políticas que visem a redução dos riscos à saúde e o
569 acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde; e
570 considerando a Lei nº. 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das
571 pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

572 considerando que a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas representa um grande
573 avanço para a Reforma Psiquiátrica Brasileira; considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de
574 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 e determina no artigo 5º que a
575 Região de Saúde deve conter no mínimo ações e serviços de atenção primária, urgência e
576 emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em
577 saúde; considerando que o investimento na expansão e qualificação da Rede de Atenção Psicossocial
578 é uma das prioridades do Ministério da Saúde na atual gestão; e considerando a emergência e
579 gravidade epidemiológica e social do tema da dependência de álcool e drogas (acríscimo). Resolve:
580 que as políticas de enfrentamento de álcool e drogas sejam intersetoriais (acríscimo); que se
581 recomende e se oriente aos gestores e profissionais de saúde, em todos os níveis do SUS “que as
582 medidas de internação involuntária, quando motivadas pela defesa da vida, sigam o estabelecido na
583 Lei nº. 10.216/01” (acríscimo); que sejam congregados esforços governamentais e forças sociais para
584 aumentar a destinação de recursos financeiros para a Rede de Atenção Psicossocial, especialmente
585 nas esferas federal, estadual e do Distrito Federal; que a gestão federal, estadual, do Distrito Federal
586 e municipal garantam ações necessárias para o funcionamento efetivo da Rede de Atenção
587 Psicossocial, que pode ser uma das portas de entrada às ações e aos serviços de saúde nas redes de
588 atenção à saúde, com agenda aberta e acolhimento humanizado, capaz de prestar atenção em saúde
589 mental, álcool e outras drogas resolutiva, equânime e multiprofissional, com condições de garantir o
590 cuidado do usuário no território, a partir da construção de um projeto terapêutico individual, com vistas
591 “à redução de danos” (acríscimo) e à reinserção social, mesmo quando necessite de serviços de
592 outras redes; “que as parcerias a serem estabelecidas com entidades da sociedade civil e filantrópicas
593 nas ações de promoção, prevenção, apoio ao tratamento e reinserção social necessariamente
594 respeitem as diretrizes e os marcos institucionais do SUS” (acríscimo); que o controle social, a
595 participação da comunidade nos serviços de saúde e informações sobre a opinião e satisfação do
596 usuário sejam fatores permanentes de crítica, proposição e orientação para o avanço da Política
597 Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, assim como para a organização e atuação dos
598 serviços da Rede de Atenção Psicossocial; e que sejam ampliadas as políticas para a formação de
599 profissionais em saúde mental em todas as regiões e localidades do país, principalmente nas mais
600 vulneráveis e de difícil acesso, universalizando, de fato, o direito à saúde. Concluída a leitura da
601 proposta, foram apresentadas as seguintes sugestões: contemplar o treinamento de profissionais de
602 saúde que atuam na faixa etária de 8 a 18 anos – sugestão de texto: “com especial atenção ao
603 cuidado a criança e adolescente”; substituir a expressão “nível” por “esfera”; retirar o trecho “apoio ao
604 tratamento” (no que diz respeito às parcerias), visto que é o cerne da polêmica (é preciso aprofundar o
605 debate); manter o trecho “apoio ao tratamento”, reconhecendo outras tecnologias importantes no
606 campo da saúde; incluir dois itens no resolve com as seguintes redações: “que seja cumprida a diretriz
607 da articulação e atuação intersetorial para potencializar a política pública de acolhimento e atenção
608 aos problemas de saúde mental por meio do efetivo trabalho do Ministério da Saúde com outros
609 órgãos governamentais, especialmente cujas ações de curto e médio prazo possam gerar mudanças
610 objetivas nas condições de vida e trabalho da população brasileira” e “que a inserção de toda e
611 qualquer entidade ou instituição na rede de atenção psicossocial do SUS seja orientada pela adesão
612 aos princípios da reforma antimanicomial brasileira, especialmente no que se refere ao não isolamento
613 de indivíduos e grupos populacionais; incluir após “com vistas à reinserção social” o seguinte trecho:
614 “mesmo quando necessite das diversas alternativas assistenciais disponíveis”; no que se refere às
615 parcerias com instituições, considerar o caráter, a necessidade e o perfil epidemiológico da região; e
616 como alternativa, contemplar no texto “adesão e respeito aos princípios do SUS, tendo em vista a Lei
617 nº. 8.080/90, o decreto nº. 7.508 e a Lei 10.216”. **Deliberação: o Plenário aprovou a resolução do**
618 **CNS sobre a Política de Combate ao Álcool e outras Drogas, Redes de Cuidado e internação**
619 **compulsória com as sugestões.** Com essa definição, conselheira **Jurema Werneck** agradeceu os
620 convidados e encerrou este item. Conselheiro **Volmir Raimondi** registrou que iria se ausentar no
621 período da tarde para participar de debate na Casa Civil sobre a temática da deficiência. Conselheira
622 **Fernanda Lou Sans Magno** também justificou que se ausentaria no período da tarde para participar
623 de debate na Câmara dos Deputados sobre o ato médico. Antes de encerrar, Conselheira **Jurema**
624 **Werneck** apresentou dois itens que demandavam indicação urgente de representante do CNS. **h) 4ª**
625 **CONFERÊNCIA NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL.** Data: 7 a 10 de
626 novembro de 2011. Local: Salvador-BA. **Indicação: Conselheira Nildes de Oliveira Andrade.**
627 **Aprovada a participação da Conselheira Nildes de Oliveira Andrade na Conferência. g) III**
628 **FÓRUM NACIONAL SOBRE POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL.** Data: 6 de outubro de 2011.
629 Local: Brasília-DF. **Indicação: Conselheira Lígia Bahia.** Definidos esses itens, a mesa encerrou os
630 trabalhos da manhã do primeiro dia de reunião. A reunião reiniciou-se com o terceiro item da pauta.
631 **ITEM 3 – PROMOÇÃO DA SAÚDE E USO DE AGROTÓXICOS - Apresentação: Silvio Tendler,**
632 **Cineasta. Debatedora: Letícia Rodrigues da Silva, Gerente de Normatização e Avaliação da**
633 **ANVISA. Coordenação: Conselheira Maria do Socorro de Souza, da Mesa Diretora do CNS.**
634 **Conselheira Maria do Socorro de Souza** iniciou explicando que a Mesa Diretora do CNS pautou esse
635 tema dada a necessidade de debatê-lo com a sociedade civil. O cineasta **Silvio Tendler** agradeceu o

636 convite para participar da reunião do CNS e debater o tema com o Colegiado. Explicou que o filme "O
637 veneno está na mesa" foi motivado pela compreensão sobre a importância da preservação da
638 natureza na luta pela vida humana. Disse que o modelo civilizatório e de produção agrícola adotado
639 pelo país desde a década 60, por meio da revolução verde, desconsidera cinco mil anos de cultura
640 agrícola e tenta revolucionar com técnicas para aumento da produção sob o argumento de alimentar
641 toda a população do planeta. Salientou que esse modelo abandona a natureza, desconsidera os
642 direitos humanos e leva em conta apenas a economia (produção em escala de produtos agrícolas).
643 Destacou que estudos demonstram que esse modelo é perverso para os seres humanos e para a
644 natureza e o filme "O veneno está na mesa" visa alertar a população em geral, os governantes e a
645 opinião pública que o país caminha a passos lentos para um modelo de destruição do seres humanos
646 e da natureza. Acrescentou que nunca houve tantas doenças disseminadas pela alimentação, que é
647 considerada saudável, mas está contaminada pelo veneno (chamados de "defensivos agrícolas").
648 Ressaltou que as doses excessivas desses venenos na produção agrícola estão destruindo a terra, a
649 água, o ar e os seres humanos. Disse que a distribuição do filme é gratuita e os movimentos sociais
650 assumiram para si essa disseminação e foi elaborada campanha "o agrotóxico mata". Ressaltou que o
651 filme tem tido ampla circulação, provocando debate essencial na sociedade: "que tipo de produção
652 alimentar a população deseja consumir?". Destacou que foram interpostas ações públicas em defesa
653 da saúde coletiva, algumas pelos movimentos participantes da campanha, propondo, dentre outras
654 questões, a proibição imediata no país dos agrotóxicos proibidos em outros países, inclusive o país de
655 produção, o fim dos incentivos e subsídios para o uso de agrotóxicos e a realização de estudos de
656 apoio à saúde do cidadão vítima do uso de agrotóxicos. Após essas considerações iniciais, foi
657 reproduzido um trecho do filme "O veneno está na mesa". Ao final, o cineasta **Silvio Tendler** retomou
658 a fala para frisar a importância de incentivar a reciclagem da agricultura para o orgânico, uma vez que
659 estudos demonstram que é possível produzir comida em quantia necessária para alimentar a
660 humanidade sem agrotóxicos. Ressaltou que se trata de uma opção de modelo de desenvolvimento
661 econômico, portanto, a área do governo responsável pela alimentação deve preocupar-se com a
662 qualidade da vida das pessoas. No mais, acrescentou que o barateamento do custo da alimentação
663 gerado pelo uso de agrotóxicos não contabiliza o custo que representa para o SUS. Ou seja, os custos
664 oriundos da utilização dos agrotóxicos não são repassados à indústria que lucram com o agrotóxico.
665 A Gerente de Normatização e Avaliação da ANVISA, **Letícia Rodrigues da Silva**, agradeceu o
666 convite à ANVISA e justificou a ausência do diretor da Anvisa, **José Agenor Álvares**. Lembrou que
667 representantes da Agência estiveram em outros momentos no CNS para tratar do Programa de
668 Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos, flexibilização da legislação e livre comércio no
669 âmbito do Mercosul e reavaliações de agrotóxicos. Explicou que, em 2008, a ANVISA colocou
670 quatorze ingredientes em avaliação e, em três anos, foi possível concluir a reavaliação de apenas seis
671 desses ingredientes, por conta da reação por parte das empresas produtoras e comercializadoras do
672 país. Disse que, para impedir a retirada do produto do mercado, as empresas utilizam estratégias
673 como desqualificação das equipes técnicas, pressões políticas e judicialização das decisões. Explicou
674 que a ANVISA incentiva e apoia esse processo, tendo em vista a importância de a sociedade
675 apropriar-se dessa questão e exercer o controle social sobre os agrotóxicos que causam danos
676 invisíveis (não se vê o agrotóxico quando consume o alimento), atemporal (danos ocorrem muito
677 tempo após a exposição ao agrotóxico) e não geográficos (a aplicação do agrotóxico é feito em um
678 estado e o impacto ocorre em outro por conta deslocamento dos produtos ou dos alimentos).
679 Salientou que o filme é um instrumento que auxilia a sociedade a exercer o seu papel de controle
680 social e a Agência a cumprir a sua missão de regulação e fiscalização desses produtos. Também falou
681 da isenção de impostos para agrotóxicos, explicando que há um convênio do Ministro da Agricultura
682 com Secretárias Fazenda dos Estados e do Distrito Federal, firmado em 1997, que reduz em 60% o
683 ICMS para todos os produtos comercializados no país e este convênio vem sendo renovado a cada
684 ano no Conselho Nacional Fazendário. Além disso, informou que há um decreto que garante alíquota
685 zero de IPI para agrotóxicos e matérias-primas importadas. Ressaltou que esse é momento para
686 debater essa questão no CNS e em instâncias do governo e colocou-se à disposição para o debate.
687 Conselheira **Maria do Socorro de Souza** explicou que o movimento social do campo tem feito
688 discussão articulada pela mudança do modelo de produção e pela reforma agrária e reconheceu que
689 são necessárias estratégias de maior diálogo com a sociedade brasileira, sobretudo aqueles que
690 vivem em áreas urbanas. Disse que esse tema tem sido tratado no exercício da atividade agrícola,
691 uma vez que o agricultor é pressionado a incorporar esse modelo até mesmo para ter acesso a
692 créditos para produção. Também destacou o movimento para banir e denunciar a utilização no país de
693 agrotóxicos ilegais e clandestinos, além daqueles já proibidos em outros países. No mais, falou do
694 debate com o Ministério do Trabalho e Emprego sobre regulamentação das condições de trabalho e
695 assalariamento rural para garantir proteção aos assalariados da cadeia produtiva do agronegócio. A
696 propósito, destacou a resistência da CNA em fazer cumprir a norma Regulamentadora nº. 31/05 de
697 segurança e saúde no trabalho na agricultura, pecuária silvicultura, exploração florestal e aquicultura.
698 Além disso, falou da rediscussão acerca dos CERESTs nos municípios que possuem cadeias
699 produtivas vinculadas ao agronegócio, visando outra metodologia e abordagem dos trabalhadores

700 acometidos pelos riscos e agravos de agrotóxicos. Acrescentou ainda que são registrados mais de
701 500 mil casos de contaminação por agrotóxicos/ano com 10% de mortes. No mais, registrou a
702 realização de seminário dos movimentos do campo, de 12 a 14 de dezembro de 2011, para discutir
703 essa e outras questões. Por fim, solicitou que as manifestações fossem na linha de encaminhamentos
704 e sugeriu a adesão à campanha contra os agrotóxicos. **Manifestações**. Conselheiro **Ronald Ferreira**
705 **dos Santos** ressaltou que a assistência toxicológica ao paciente no SUS é inexistente e que apenas
706 quatro laboratórios realizam a verificação da presença de agrotóxicos em alimentos. Salientou que o
707 Estado deve fazer-se presente para enfrentar esse problema, disponibilizando dados e informações e
708 intervindo nessa questão. Explicou que 70% dos óbitos registrados no Centro de Informação
709 Toxicologia são por conta do uso de agrotóxicos. Por fim, conclamou todas as entidades a aderir à
710 campanha contra o uso de agrotóxicos. Conselheiro **Pedro Tourinho** salientou que o uso de
711 agrotóxicos no país é um exemplo claro de como interesses privados se sobrepõem a direitos
712 fundamentais como o direito à vida. Na sua avaliação, o CNS deve defender a proibição de, no
713 mínimo, agrotóxicos proibidos em outros países e reverter para o SUS os subsídios relativos a
714 produtos que prejudicam a população. Conselheiro **Edmundo Omoré** cumprimentou o cineasta pelo
715 filme e perguntou o que fazer diante da expansão do agronegócio como ocorre no Estado do Mato
716 Grosso, com contaminação inclusive os leitos dos rios cuja água é consumida pelos povos indígenas.
717 Defendeu uma política pública que garanta o direito à saúde de toda a população brasileira.
718 Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** propôs um levantamento de dados para dimensionar o valor
719 das isenções e subsídios para agrotóxicos a fim de pautar no debate sobre o financiamento da saúde.
720 Conselheiro **Clóvis Boufleur** saudou o cineasta Silvio Tendler pelo filme e ressaltou que a CNBB, por
721 meio da Pastoral da Terra, participa da campanha contra o uso de agrotóxicos. Avaliou que é preciso
722 retomar princípios da agricultura e do comportamento humano que se perderam no tempo e encontrar
723 uma solução para conviver com a necessidade de maior produção de alimentos e de um modelo de
724 produção que não signifique a destruição do seres humanos e do planeta. Ressaltou que o uso dos
725 agrotóxicos é um problema de saúde pública que gera enormes prejuízos à vida das pessoas e ao
726 SUS. Conselheira **Jurema Werneck** ressaltou que, ao pautar o tema, o CNS tenta responder com
727 mais celeridade às demandas sociais. Saudou o cineasta pelo filme e pelo compromisso com
728 questões sociais e colocou que o CNS apoia a causa. Ressaltou que a iniquidade racial se alia a esse
729 processo de envenenamento, que é subsidiado pelo Estado, o que é lamentável. Defendeu a adesão
730 do CNS à campanha nacional contra o uso de agrotóxicos e reiterou a defesa do princípio de defesa
731 da vida, em memória de Vangari Matai, a primeira mulher africana a receber um prêmio Nobel da paz.
732 Por fim, cumprimentou a CONTAG por ter trazido essa pauta ao CNS e fez uma saudação especial à
733 ex-conselheira Raquel Rigotto, lembrando a sua incansável atuação nas causas ambientais.
734 Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** cumprimentou a dinâmica de abordagem desse tema no
735 CNS e apresentou as seguintes sugestões: convidar o cineasta Silvio Tendler para participar da 14^a
736 CNS; dar publicidade à campanha contra o uso de agrotóxicos e ao filme "O veneno está na mesa";
737 discutir uma resolução para incluir a taxação dos agrotóxicos no debate sobre o financiamento do
738 SUS; e definir uma agenda permanente do CNS com a ANVISA para acompanhar os processos de
739 interesse da saúde (presença mais permanente da Agência no CNS para discutir questões de direito à
740 vida). Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** saudou os convidados e lembrou que, por solicitação
741 da CIAN/CNS, o CNS pautou debate sobre agrotóxicos em outra oportunidade e aprovou uma moção
742 de apoio à Anvisa, quando, um "juiz de direito" proibiu que a Agência disponibilizasse no seu site
743 relação de alimentos com alto teor de agrotóxico. Também sugeriu que no encontro dos movimentos
744 do campo, a realizar-se de 12 a 14 de dezembro de 2011, seja tratada a relação entre o uso de
745 agrotóxico e o índice de câncer. Conselheira **Rosangela da Silva Santos** falou das tentativas de
746 debater com a ANVISA a questão da farmacovigilância no que diz respeito aos segmentos com
747 patologias associadas e doenças sem diagnóstico, como ocorre na área renal, que podem advir da
748 alimentação. Sugeriu que o CNS abra um canal de comunicação com a ANVISA no sentido de
749 incentivar pesquisas sobre as doenças renais e outras por conta da associação alimentar ou pela
750 vulnerabilidade das pessoas dependentes de medicamentos. Também chamou a atenção para as
751 doenças em curso sem diagnóstico relacionadas à alimentação e ao uso de agrotóxicos. Conselheira
752 **Zilda de Faveri Souza** interveio para destacar o alto índice de suicídios decorrente de doenças
753 neurológicas causadas pelo uso de agrotóxicos. Conselheiro **João Donizete Scaboli**, considerando a
754 preocupação com os trabalhadores do setor químico, perguntou se a ANVISA possui pesquisa de
755 nanotecnologia nesse setor. Conselheiro **Abraão Nunes da Silva** destacou que esse é um assunto
756 de alta relevância e é preciso coragem para enfrentá-lo porque envolve interesse de setores
757 poderosos. Salientou ainda que é preciso considerar nesse debate que o uso abusivo de agrotóxicos
758 é a causa da maior parte dos cânceres. Também perguntou se a representação da indústria fora
759 convidada para participar desse debate. Conselheiro **Nelson Mussolini**, representante da CNI, a
760 princípio, registrou que não defende o uso excessivo de defensivos agrícolas e produtos banidos em
761 outros países. Por outro lado, salientou que é preciso considerar o aumento da população mundial
762 nesses dez mil anos da agricultura tradicional (nos últimos trezentos anos a população mundial
763 aumentou quase quinze vezes) e a necessidade de buscar alternativas para alimentar esse

764 contingente. Nesse sentido, ponderou que é necessário cuidado ao tratar do assunto, considerando as
765 duas faces da questão. Também esclareceu que os produtos da agricultura e da agropecuária do
766 Brasil possuem subsídio tributário, assim, é preciso cautela ao sugerir a taxação dos agrotóxicos
767 porque reflete na taxação dos alimentos comprados pela população. Por fim, explicou que o convênio
768 previsto na legislação do Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) garante aos
769 estados redução desse imposto a uma série de produtos. Conselheira **Lígia Bahia** também
770 cumprimentou a iniciativa de pautar esse tema no CNS e saudou, em especial, o cineasta Silvio
771 Tendler pelo filme, que é um caminho para reunir esforços e garantir o êxito da campanha contra os
772 agrotóxicos. Além dos agrotóxicos, avaliou que o setor saúde deve controlar o uso de outros
773 “venenos” comercializados no país como transgênicos e medicamentos. Nessa linha, lamentou a
774 decisão da ANVISA de conceder o registro da substância sibutramina e salientou que é preciso pautar
775 essa questão no Conselho. Avaliou também que a saúde não deve ser financiada com recursos
776 oriundos da tributação de produtos como agrotóxicos, bebidas alcoólicas, cigarros, entendendo que
777 esses produtos devem ser proibidos. Por fim, registrou que a ABRASCO apoia a campanha contra os
778 agrotóxicos, mas deseja que a Agência se posicione a respeito das questões colocadas, em especial
779 sobre a liberação da substância sibutramina. Conselheira **Noemy Yamagushi Tomita** lembrou o
780 cultivo de frutas pelos imigrantes japoneses, na década de 30, em Itaquera e a invasão do cinturão
781 verde nas décadas de 60 e 70 em Itaquera, Mogi das Cruzes e demais municípios da região, incluindo
782 adubos e defensivos agrícolas. Destacou que esse processo causou doenças dos produtores e
783 plantas, contaminação do solo e das águas e o fim da agricultura dessa região. Também salientou que
784 é preciso tomar decisões sobre a contaminação dos alimentos e da água pelos agrotóxicos.
785 Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** contra-argumentou a tese colocada pelo conselheiro Mussolini
786 de crescimento populacional e necessidade de aumento da produção de alimentos para dar conta
787 dessa demanda. Explicou que esse argumento seria razoável na lógica do latifundiário e do modelo
788 agroexportador, visto que permaneceria para a população o alimento não exportado, ou seja, aquele
789 com agrotóxico. Também avaliou que é preciso considerar na análise o custo dos benefícios de salvar
790 vidas e de prevenir doenças pela não utilização dos agrotóxicos. Por fim, salientou que são
791 necessárias estratégias a curto, médio e longo prazo para extinguir os agrotóxicos e acabar com as
792 isenções para esses produtos. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** lembrou que o CNS aprovou
793 a Política de Saúde para População do Campo e da Floresta, que defende a mudança do modelo
794 agropecuário, mas essa estratégia não foi pactuada. Além disso, o Ministério da Saúde aprovou
795 protocolo de atendimento às populações expostas a agrotóxicos, mas esse instrumento não foi
796 colocado em prática. Salientou que é preciso aproximar os CERESTs a populações expostas a
797 situações de agrotóxicos, ampliando o poder e a autonomia da vigilância ambiental, além de
798 aperfeiçoar o SINAN e SINANTOX para notificação de casos de contaminação por agrotóxicos. Por
799 fim, convidou o cineasta Silvo Tendler para, junto com outros cineastas, participar da 14ª CNS e
800 divulgar a campanha contra os agrotóxicos na Conferência. Feitas essas considerações, listou os
801 encaminhamentos que emergiram do debate: reafirmar a proibição do uso de agrotóxicos no Brasil já
802 proibidos em outros países; dimensionar o valor da isenção fiscal dos agrotóxicos e o custo para a
803 saúde; convidar o cineasta Silvo Tendler para, junto com outros cineastas, participar da 14ª CNS e
804 divulgar a campanha contra os agrotóxicos na 14ª; dar publicidade à campanha contra o uso de
805 agrotóxicos e ao filme “O veneno está na mesa”; definir agenda permanente da ANVISA com o CNS
806 (a cada 30 ou 60 dias, convidar a Agência para informe sobre avaliação e reavaliação de produtos); e
807 incluir o tema “uso de agrotóxicos” na pauta do GT sobre Rio+20. **Retorno da mesa.** O cineasta
808 **Silvio Tendler** agradeceu o convite e a acolhida do CNS e registrou a sua satisfação em poder
809 colaborar nesse debate com os representantes da sociedade brasileira. Salientou que é possível um
810 novo modelo de produção agrícola no país, destacando que a produção orgânica de alimentos é
811 capaz de alimentar a humanidade. Afirmou que o mote do agrotóxico como fundamental para a
812 produção de alimentos em larga escala é defendido por um grupo de interesses, mas a sociedade não
813 precisa ser refém desse processo e pode alimentar-se bem e sem veneno. Por fim, agradeceu
814 novamente a oportunidade e colocou-se à disposição para outros debates. A gerente de Normatização
815 e Avaliação da ANVISA, **Letícia Rodrigues da Silva**, destacou que o tema pode ser abordado sob
816 vários vieses e concordou com a proposta de pauta permanente com a Agência para discutir esse e
817 outros temas. Salientou que os servidores somam-se à luta contra o uso dos agrotóxicos e, inclusive,
818 registrou a importância do apoio da ABRASCO nesse processo com estudos que possam subsidiar e
819 fortalecer a atuação da Agência. A propósito, lembrou a pressão de empresas para manter a
820 comercialização no Brasil de produtos proibidos em outros países como China e África, como é o caso
821 do Metamedofoz. Relatou que a equipe técnica da ANVISA, responsável por registro de produtos, foi
822 alvo de agressões, por e-mails. A respeito dos trabalhadores do setor químico, informou que a
823 Agência não possui discussão sobre nanotecnologia, mas tem interesse em discutir com esse setor
824 irregularidades verificadas em fiscalizações das fábricas de produção de agrotóxicos como alteração
825 de formulações (os produtos fabricados não são os mesmos autorizados para produção). Também
826 apresentou dados que demonstram o aumento do mercado dos agrotóxicos no país: em 2010, o
827 mercado de agrotóxicos no país faturou R\$ 7,3 bilhões e a previsão para 2011 é de R\$ 8,5 bilhões.

828 Acrescentou tratar-se de um mercado fechado, sendo 90% concentrado nas mãos de treze empresas.
829 Por fim, agradeceu novamente a oportunidade de debater esse tema no CNS. Conselheiro **Ronald**
830 **Ferreira dos Santos** propôs que o CNS se manifestasse em favor da reforma agrária no país, porque
831 hoje a propriedade rural está voltada à reprodução do capital e não para atender as necessidades de
832 alimentação. Também salientou a importância de envolver o Ministério da Agricultura e do
833 Desenvolvimento Rural nesse debate. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** explicou que a Mesa
834 Diretora do CNS decidiu antecipar o debate sobre o uso de agrotóxicos e pautar, posteriormente, o
835 debate sobre desenvolvimento nacional. Conselheira **Rosangela da Silva Santos** solicitou à ANVISA
836 que encaminhe com antecedência aos conselheiros os relatórios que serão objeto de informe no CNS.
837 Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** explicou que a representação da ANVISA foi convidada para
838 participar desse tema, na condição de debatedora. Conselheira **Lígia Bahia** defendeu que a ANVISA
839 promova debate no CNS sobre o registro de produtos que prejudicam a saúde como agrotóxicos,
840 sibutramina, transgênicos, entre outros. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** explicou que o CNS
841 dará continuidade a esse debate com o tema desenvolvimento nacional, que será pauta do CNS
842 posteriormente. Conselheiro **Luiz Odorico de Andrade** explicou que, para proibição de propaganda
843 de álcool, por exemplo, é preciso legislação específica, o que não depende do Executivo. Nesse
844 sentido, disse que é preciso uma avaliação jurídica sobre os limites do Ministério da Saúde na
845 divulgação de produtos que fazem mal à saúde. Também salientou que é preciso pautar debate no
846 CNS sobre registro de produtos, com a presença da ANVISA. Conselheira **Maria do Socorro de**
847 **Souza**, antes de concluir os encaminhamentos, registrou que foi distribuída aos conselheiros a
848 publicação da CONTAG “Controle social e mobilização pelo direito à saúde das populações do campo
849 e floresta”. Não havendo manifestações contrárias, foram acatados os encaminhamentos que
850 emergiram do debate: **reafirmar a proibição de uso no Brasil dos agrotóxicos já proibidos em**
851 **outros países; dimensionar o valor da isenção fiscal dos agrotóxicos e o custo para a saúde;**
852 **convidar o cineasta Silvo Tendler para participar da 14^a CNS e divulgar a campanha contra os**
853 **agrotóxicos na 14^a; dar publicidade à campanha contra o uso de agrotóxicos e ao filme “O**
854 **veneno está na mesa”;** definir agenda permanente da ANVISA no CNS (a cada 30 ou 60 dias,
855 convidar a Agência para informe no Pleno sobre avaliação e reavaliação de produtos); e incluir
856 o tema “uso de agrotóxicos” na pauta do GT sobre Rio+20. Encerrando, a mesa agradeceu a
857 presença dos convidados. Conselheiro **Pedro Tourinho de Siqueira** aproveitou para registrar a
858 aprovação, na Câmara dos Deputados, do Estatuto da Juventude, que, dentre outros aspectos,
859 determina a proibição de bebidas alcoólicas na televisão. Conselheira **Lígia Bahia** solicitou que a
860 ANVISA fosse chamada para tratar naquela reunião da sua decisão de liberar o uso da substância
861 sibutramina. **Após considerações, acordou-se por pautar este tema no início do segundo dia de**
862 **reunião, com convite à ANVISA.** Conselheiro **José Marcos de Oliveira** registrou a presença dos
863 coordenadores da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde na reunião. **ITEM 4 – TEMA DA 14^a**
864 **CNS: GESTÃO** – Apresentação: Conselheiro **Luiz Odorico Monteiro de Andrade**, Secretário de
865 Gestão Estratégica e Participativa/MS; Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, representante dos
866 trabalhadores; e Conselheiro **Pedro Tourinho de Siqueira**, representante dos usuários.
867 Coordenação: Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheiro **Luiz**
868 **Odorico Monteiro de Andrade** fez uma abordagem sistêmica do tema sobre gestão a partir de cinco
869 eixos: herança do modelo liberal privado americano; eixo discursivo da reforma sanitária brasileira;
870 descentralização; baixa governança; e flexibilização da gestão. Em relação à herança do modelo
871 liberal privado americano, destacou que é preciso reconhecer o desafio de construir o SUS dentro da
872 lógica que fundamenta o modelo liberal privado, e o Estado brasileiro, ao assumir as ações de saúde
873 o faz nessa perspectiva. Também lembrou que o segmento dos trabalhadores nasce a partir desse
874 modelo. Nessa linha, salientou que é preciso reconhecer a diferença entre o modelo de sistema
875 universal de saúde do Brasil e dos países europeus e canadense. Explicou que o modelo europeu de
876 saúde foi organizado no pós-guerra e os trabalhadores participaram da reconstrução e ganharam
877 espaço no que diz respeito à saúde, educação, habitação, renda mínima (o que passou a ser
878 chamado no Brasil de “estado de bem-estar social”). Acrescentou que esse modelo europeu não foi
879 influenciado pelo modelo liberal privado americano e o Estado é o maior consumidor de tecnologia.
880 Ressaltou que, tanto no modelo europeu quanto no canadense, o público predomina, contudo, o
881 público não é sinônimo de gratuito. Salientou que é preciso travar um debate sobre a equidade que, a
882 propósito, é uma palavra não está contemplada na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº.
883 8.080/90. Disse que é preciso avaliar como essa lógica do modelo liberal privado permeia a transição
884 do processo. Segundo, falou sobre o eixo discursivo da reforma sanitária brasileira, explicando que, a
885 partir da década de 70, produziu-se um discurso markissista, inspirado na revolução soviética, nos
886 movimentos trabalhistas europeu e brasileiro. Prosseguiu com a abordagem sobre o eixo da
887 descentralização, explicando que esse processo ocorrido na década de 90 foi extremamente
888 importante. Destacou que é preciso reconhecer o desafio da construção de um sistema de saúde
889 universal no Brasil, que se configura em um país continental com 5.565 municípios. Contudo, a
890 “divisão” desse sistema único em 5.565 municípios, apesar dos avanços, trouxe uma série de
891 questões ainda não resolvidas, dentre elas, a baixa governança. Salientou que, ao longo desse

892 período, não foi possível construir, do ponto de vista administrativo, um arcabouço nacional que desse
893 conta de uma nova governança para o SUS capaz de aprimorar as relações interfederativas e definir
894 como cada ente se relaciona com o sistema de prestação de serviço. Citou como herança desse
895 processo o fato de metade da capacidade hospitalar instalada ser filantrópica ou privada (54%).
896 Ressaltou que, ao longo dos anos, o SUS teve que conviver com essa realidade e essa capacidade
897 instalada tem importante papel no país, sendo legitimado na Lei nº. 8.080/90. Disse que a pressão de
898 demandas pela flexibilização de modelos, em 1995, foi feita na reforma do Estado Brasileiro, com
899 criação de mecanismos de flexibilização da gestão, criadas para a sociedade como um todo e não
900 especificamente para saúde. Destacou que são exemplos de modelos de flexibilização da gestão:
901 OSCIPs – nasce no privado e se certifica; OSs – nasce no privado e se certifica no público – há
902 aumento da governança pública, o que não ocorre na OSCIPs; e Fundação Estatal. Disse, ainda, que,
903 ao longo dos anos, foram feitas várias tentativas para resolver problemas que emergem no contexto
904 do SUS, como, por exemplo, dos agentes comunitários de saúde (1987) e Programa Saúde da Família
905 (1994). De todo modo, avaliou como avanço a ampliação do número de trabalhadores nos municípios,
906 de 100 mil para 1,3 milhão. Nesse processo, destacou que foram várias as conquistas como a
907 legalização dos agentes de saúde e hoje a luta é pelo piso nacional. No caso do PSF, disse que nos
908 grandes municípios o Programa conquistou uma carreira própria. Lembrou que, à frente da Secretaria
909 de Saúde de Fortaleza, pilotou três planos de cargos e salários, dentre eles, para o PSF. Chamou
910 também a atenção para o debate da gestão que deve considerar a herança e a especificidade da
911 relação do Estado brasileiro com o SUS. Na sua avaliação, é necessário definir um novo arcabouço
912 jurídico que dê conta de um conjunto de lacunas não resolvidas até hoje. Afora todas essas questões
913 relacionadas à gestão, há, ainda, a baixa governança, o que, na sua visão, é o grande problema do
914 SUS, porque as relações federativas são soltas e o atual arcabouço jurídico é insuficiente para
915 responder aos graves problemas no setor saúde. Salientou que é preciso qualificar a relação
916 interfederativa para melhorar a governança para que, na qualificação do Sistema, se dê as respostas
917 que a população brasileira necessita. Nesse debate, disse que é preciso um diagnóstico sobre a
918 situação no Brasil, tendo como norte a garantia da porta única. Concluindo, enfatizou que essa é uma
919 agenda que envolve Ministério da Saúde, estados e municípios. O segundo expositor, conselheiro
920 **Francisco Batista Júnior**, da Mesa Diretora do CNS, começou sua fala destacando que as
921 conferências estaduais de saúde, de um modo geral, têm feito duras críticas à gestão do SUS e, de
922 outro lado, estudo de organismo internacional aponta que a gestão do SUS é razoável, com custo
923 razoável e significativa resolutividade, o que não quer dizer que não há problemas. Nesse sentido,
924 destacou que o desafio é não fazer uma avaliação simplista dos problemas da gestão. Dito isso, fez
925 um resgate histórico da década de 90, focando nos seguintes marcos: razoável expansão da rede
926 pública por meio da municipalização; instrumentalização política do Sistema/nomeações clientelistas;
927 paulatina substituição dos serviços públicos pelos contratados da esfera privada; aprofundamento da
928 cultura da atenção terciária e especializada; significativa desresponsabilização dos entes estaduais e
929 federal; e fortalecimento do modelo de atenção centrado no médico. Fez um destaque à égide
930 neoliberal na década de 90 com consolidação do suporte “legal” da privatização; decreto que
931 regulamentou a terceirização da mão de obra no serviço público – 1997; Lei que criou as
932 Organizações Sociais – 1998; Lei que criou as OSCIPs; Lei de Responsabilidade Fiscal – 2000;
933 Emenda Constitucional que permitiu a múltipla militância no SUS; e desconstrução jurídica e política
934 da Seguridade Social, com comprometimento e subdimensionamento do financiamento do Sistema.
935 Explicou que esse movimento jurídico e político resultou na desestruturação da rede pública,
936 inviabilizando o acesso pleno; no aprofundamento do modelo de atenção terciário/especializado; no
937 crescimento acelerado da rede privada contratada e da saúde suplementar; no comprometimento
938 crescente do financiamento do sistema; na precarização da contratação e da remuneração da força de
939 trabalho; e na supervvalorização da atuação do profissional médico. Destacou também como
940 consequências desse processo de desconstrução da rede pública e substituição pelo setor privado:
941 fuga de profissionais especialistas para a rede privada; absoluta dependência do setor privado e das
942 corporações organizadas; desvalorização e desestímulo da atenção primária e da atuação da equipe
943 multiprofissional em saúde; institucionalização do processo de mercantilização do trabalho em saúde –
944 múltipla militância; remuneração por procedimento; e consolidação da saúde como espaço fisiologista,
945 corporativista, mercantilista e patrimonialista – a “farra” dos aposentados comissionados com
946 desestímulo aos profissionais da rede. Explicou que a partir do século XXI ocorreram mudanças
947 significativas nesse processo histórico, jurídico e político. Ressaltou que até 2000 houve um processo
948 fruto do projeto neoliberal e a partir de 2011/2002, em especial com o governo Lula, outros
949 movimentos passaram a ocorrer, dentre eles, aprofundamento da privatização do Sistema via
950 contratação dos serviços privados nos estados e municípios e terceirização da força de trabalho e da
951 gestão; Programa Farmácia Popular voltado totalmente para expansão e fortalecimento da rede
952 privada de farmácias e drogarias – hoje são 20.000 privadas e apenas 551 públicas; implantação de
953 Unidades Pronto de Atendimento - UPAs com gestão privatizada, sem qualquer planejamento mais
954 elaborado ou obediência à hierarquização na rede; proposta de Fundação e da Empresa de direito
955 privado, com a precarização, as distorções salariais, do fisiologismo e do patrimonialismo;

956 multiplicação e proliferação das Organizações Sociais na gerência dos serviços SUS; proposta de
957 Parceria Público Privado como mais recente instrumento de apropriação do público, com contratos de
958 longos prazos e sem qualquer risco; e “venda” de leitos e serviços públicos para a iniciativa privada.
959 Falou da situação de Organizações Sociais em São Paulo, conforme estudo do TCE, feito pelo
960 conselheiro Renato Martins Costa, comparando hospitais geridos pelo ente público e os dirigidos pelas
961 organizações sociais. Conforme demonstrado pelo estudo, os hospitais geridos por OSs têm custos
962 mais elevados – R\$ 60 milhões a mais, 38,52% menor eficácia e custo anual do leito 17,6% maior que
963 na gestão direta. Além disso, os doentes ficam mais tempo sozinhos nos leitos, apresentam maior
964 taxa de mortalidade geral e ampliação da desigualdade salarial entre os trabalhadores (Os chefes
965 ganham acima da média e os escalões inferiores recebem menos que seus pares dos hospitais
966 geridos pelo estado). Além disso, explicou que a Bancada do PT na Assembléia Legislativa de São
967 Paulo também realizou um estudo sobre as organizações sociais em São Paulo e destacou as
968 seguintes conclusões: o déficit das OSs nos primeiros quatro meses do ano foi de R\$ 15 milhões; dos
969 21 hospitais paulistas com OS, nove tiveram déficits de até 43%; exemplos como os de Pedreira,
970 Grajaú e Irapeví estão em situação pré-falimentar; foram observadas reduções nas quantidades de
971 atendimentos públicos; e ausência absoluta de controle social. No mais, disse que vistoria da
972 Controladoria Geral da União em hospitais federais do Rio de Janeiro apontaram indícios de
973 superfaturamento, licitações dirigidas e pagamentos sem contratos nos serviços de lavanderia,
974 alimentação, limpeza e vigilância, com projeção de prejuízo de R\$ 17 milhões. Diante desse quadro,
975 avaliou que a privatização é a grande doença do SUS com as seguintes consequências: compromete
976 o financiamento pelos custos mais elevados; prioriza a saúde especializada em detrimento da atenção
977 primária; supervaloriza especialistas e inviabiliza o trabalho multiprofissional; compromete a qualidade
978 do atendimento pela precarização do trabalho; inviabiliza o acesso pleno em função dos elevados
979 custos; estimula a mercantilização do trabalho em saúde; torna o sistema refém dos serviços privados
980 e das corporações; e promove a fuga de profissionais para o setor privado contratado. Como caminho,
981 apresentou as propostas da agenda política do CNS para resolver a situação: autonomia
982 administrativa e orçamentária dos serviços com contratualização de metas e fiscalização permanente;
983 profissionalização da gestão com os próprios quadros da instituição a partir de critérios pré-definidos;
984 gestão radicalmente democratizada, transparente e participativa com a criação e implantação de
985 conselhos locais e gestores; criação da Carreira Única do SUS com pisos salariais por nível de
986 escolaridade, estabilidade, concurso público como forma de ingresso e estímulo a qualificação,
987 dedicação exclusiva, tempo de serviço e interiorização; reforma curricular adequando a formação
988 profissional em saúde ao SUS à realidade do país; massificação dos Programas de Residência
989 multiprofissional em todas as regiões do país; e criação do Serviço Civil em Saúde para todos os
990 profissionais graduados ou especializados em Saúde, com remuneração de acordo com a Carreira do
991 SUS. Conselheiro **Pedro Tourinho de Siqueira** foi o terceiro a expor sobre o tema, começando com
992 uma reflexão sobre o Estado Brasileiro. Ressaltou que o marco público do país sempre foi regido
993 predominantemente por interesses privados e somente a partir da Constituição Federal de 1988 é que
994 se inicia a definição de políticas públicas, segundo o princípio da seguridade social. Ressaltou que,
995 após a aprovação da CF/88, elegeu-se um governo que tentou inviabilizá-la e por uma questão de
996 correlação de forças a estrutura de bem-estar social não se configurou. Nesse sentido, ratificou que é
997 importante criar um marco jurídico que viabilize a estrutura de bem estar social. A propósito, avaliou
998 que o debate na 14ª CNS sobre gestão do SUS deve ser marcado pela defesa do interesse público.
999 Destacou que a gestão direta nem sempre garante o interesse público, contudo, outros modelos de
1000 gestão fortalecem interesses privados no SUS, como é o caso das Organizações Sociais. Dessa
1001 forma, salientou que é preciso definir alternativas para garantia do domínio do interesse público e uma
1002 delas é que todos os processos de gestão se referenciem nas necessidades da população, e que o
1003 debate de gestão deve considerar os princípios de redes e regiões de saúde. Salientou, também, que
1004 o Decreto nº. 7.508 avança ao definir que a região de saúde deve ser a unidade mínima para garantia
1005 da integralidade. A esse respeito, disse que é preciso definir como os três entes – municípios, estados
1006 e União – irão articular-se para funcionar na modalidade de região de saúde, vez que essa estrutura
1007 não é um ente federado. Lembrou que esse Decreto propõe um contrato organizativo de ação pública,
1008 mas essa é uma questão que merece debate aprofundado, sendo preciso debater a questão de redes
1009 de saúde, considerando que a integralidade e que para efetivar-se, necessita do funcionamento
1010 conjunto e articulado de diversos equipamentos de saúde. Segundo, afirmou que a democratização
1011 dos processos de gestão é essencial para reverter a tendência histórica de privatização e esse
1012 processo inicia-se nos conselhos de saúde, mas não se restringe a esses espaços. Salientou que é
1013 preciso pensar gestão participativa de forma mais ampliada, considerando os movimentos das
1014 entidades civis em defesa desses princípios. Também destacou que, além de conselhos locais, são
1015 necessários colegiados de gestores, inclusive com investimento na profissionalização da gestão,
1016 Nessa perspectiva, falou do financiamento que, na sua avaliação, é o problema mais grave do SUS,
1017 vez que possui menos de R\$ 2,00/dia por hab. para implementar a política pública de saúde. No mais,
1018 para responder aos desafios postos, defendeu a importância da garantia das condições de trabalho,
1019 com debate sobre a Lei de Responsabilidade Fiscal para rever o limite de gastos com pessoal

(atualmente, o limite é de 60%). Também destacou a importância dos protocolos clínicos para combater interesses privados. Finalizando, destacou que são vários os desafios para avançar na gestão e, no seu modo de ver, sem debate sob a égide do interesse público, é impossível desmercantilizar o setor saúde. Antes de abrir para manifestação do Plenário, conselheira **Maria do Socorro de Souza** avaliou que o momento é de definição de agenda política para o SUS, considerando a 14^a CNS e para além dela. **Manifestações.** Conselheiro **Olympio Távora Correa** explicou que a saúde no Brasil foi conduzida pelo setor privado e, com o advento do SUS, adotou-se a idéia de estatal. Na sua avaliação, as falas apontam que inexiste um pensamento voltado a definir uma forma de convivência harmônica e pacífica entre o setor público e privado. Na condição de representante do setor privado, disse que defende o SUS e possui uma história de 56 anos de serviços prestados à saúde, porém, hoje o SUS não tem condições funcionar sem o apoio do setor privado lucrativo ou filantrópico. Lembrou que a gestão é pública e o gestor é quem decide pela participação ou não do setor privado, nos termos da lei. Salientou que a participação do setor privado se dá por parceria com contrato de adesão. Também contestou os resultados dos estudos apresentados e destacou que o custo de um hospital público é maior que o do hospital privado na mesma função e categoria. Por fim, salientou que o setor público e o privado devem trabalhar em parceria sem preconceitos de nenhuma parte. Conselheiro **Clóvis Boufleur** começou a sua fala lançando a seguinte questão para reflexão: é possível viver com saúde sem o SUS? Ressaltou que é preciso uma legislação que dê conta da gestão pública de saúde, com a definição clara de compromissos sanitários dos gestores, de responsabilidade no uso de recurso, de modelo de gestão e de punição para irregularidades. E, nessa legalização, defendeu uma previsão de posicionamento e legalização do servidor público de saúde, com metas e compromissos sanitários e redefinição de carreiras com base na satisfação do usuário. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** salientou que gestão é uma dialética de perspectivas, planos e dinâmicas de gerar (do instituinte), gerir (instituído) e girar (estar preparado para as mudanças estruturais) e, ao trabalhar sob a lógica de gerir, há uma redução complexa que carece de ser discutida, inclusive como gestão pública. Avaliou que é preciso discutir gestão pública, primeiro, denunciando os reducionismos, deixando claro que não se deve fazer gestão somente a partir dos governos, porque a lógica do tempo de gestão governamental não coincide com a lógica da política de estado e da gestão pública. Além disso, não se deve restringir a idéia de gestão pública ao controle social. Ressaltou que, para reconstrução da gestão enquanto categoria produtora de autonomia política, implica em assumir a perspectiva de discutir os projetos de políticas públicas em longo prazo, a governabilidade para além dos palácios e que a capacidade pública é inalienável. Conselheira **Lígia Bahia** salientou que é importante um debate sobre a gestão e um posicionamento do CNS a respeito de muitas outras questões que permeiam o SUS. Também lembrou que há contratos sociais, inclusive que regem as convivências humanas e, nessa linha, avaliou que é importante discutir o contrato da mão-de-obra dos profissionais de saúde, com definição de carreira de Estado, dedicação exclusiva e remuneração condizente. Discordou que o Estado seja patrimonialista, ao contrário, é moderno e conseguiu construir mercado. Na sua percepção, o problema do país não é de modernização, mas sim de igualdade e o Estado patrimonialista tem sido utilizado para justificar que nada foi feito quando muito se poderia ter avançado. Salientou que, na 14^a CNS, é preciso separar o debate sobre OSs e OSCIPs e RJU, lembrando que o último foi aprovado na CF/88 e é importante como política de Estado, vez que os servidores contratados por essa modalidade possuem dedicação exclusiva. Conselheiro **Arilson da Silva Cardoso** cumprimentou o conselheiro Luiz Odorico pela fala que transmitiu as preocupações da gestão. Lembrou que os gestores do SUS têm que implementar um Sistema de Saúde pensado por legislação oriunda de uma proposta de estado-mínimo e com uma legislação restritiva à atividade de gestão. Lembrou que a Lei de Responsabilidade Fiscal define um limite de gastos com profissionais que não condiz com a especificidade do setor saúde cuja atividade é desenvolvida por pessoas. Também destacou que a Lei 8.666 impõe rigidez para aquisição e compras de bens e serviços que não obedece a dinâmica do SUS. Em que pese essas dificuldades, salientou que o gestor, nos municípios, é cobrado por não conseguir contratar profissionais para atender a população e que muitas vezes utilizam mecanismos que não são os mais desejáveis, para garantir o atendimento aos usuários do SUS. Assim, é preciso debater os mecanismos utilizados e definir modelos definitivos, mas flexíveis, haja vista a dinâmica do SUS. Conselheira **Maria Cristina Pedro Biz** ressaltou que o debate da gestão envolve outras diretrizes – financiamento, formação, carreira – e questionou a saída de buscar resolver essa situação complexa com soluções reducionistas por meio de OSs, OSCIPs e Fundações, com a responsabilidade de apenas gerir. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** ressaltou a reforma do Estado autoritário na Constituição Federal de 1988 em que saúde sai do campo da mercadoria e passa para o campo do direito. Além disso, lembrou que o movimento da reforma sanitária, composta por vários movimentos, garantiu o conceito de segurança social na Carta Magna, mas a reforma do Estado retirou direitos alcançados e é nesse quadro que se deve entender a privatização do SUS. Para reflexão, colocou os seguintes dados provenientes da OMS “Estatísticas de saúde mundiais de 2011, considerando 100 indicadores de saúde em 192 países: o Brasil está entre os 24 países que menos destinam recursos para a saúde; a população brasileira gasta mais em saúde que a média

1084 mundial; o orçamento da saúde é inferior que a média mundial de 13,9%; a média do Brasil (8,3%) é
1085 inferior à média africana (9,6%); e recuo da visão pública da saúde e aumento dos planos de saúde.
1086 Salientou que não foi possível constituir uma esfera pública de saúde no Brasil e o país não possui
1087 uma política de estado. Por fim, apresentou os três eixos e as propostas: financiamento – luta pela EC
1088 nº. 29, garantia da gestão – luta contra a ADIn no STF e que a 14^a CNS represente um espaço de
1089 defesa do SUS. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** salientou que o tema gestão tem sido um dos
1090 eixos de debate de maior interesse e mais complexo nas conferências estaduais de saúde, haja vista
1091 a situação complexa dos municípios e estados. Disse que a política de RH precarizada é proveniente
1092 de 20 anos de recursos humanos pulverizados, vínculos corroídos, gerando medos e insegurança nos
1093 trabalhadores. Ressaltou que, a partir dessas questões, é preciso discutir qual é o Estado que, de
1094 fato, se pretende ter. Na sua visão, na 14^a CNS deve-se buscar saídas para superar os problemas de
1095 gestão que emergem em todos os espaços do SUS. Nessa linha, defendeu que se acabe com a
1096 terceirização da gestão e com a dupla porta, trabalhando a Lei de Responsabilidade Sanitária,
1097 debatendo as isenções para que não entrem na conta da saúde e o imposto de renda. Ademais,
1098 destacou que o PPA, aprovado pelo CNS, é uma importante ferramenta de gestão para o próximo
1099 período. Conselheiro **José Carrijo Brom** interveio para dizer que o rumo dessas questões são
1100 definidas por ações políticas e, sendo assim, fez os seguintes questionamentos que, em sua opinião,
1101 interferem no Sistema: por que o SUS até hoje não está constituído como uma política de Estado? Por
1102 que não existe carreira de Estado no SUS? O Estado brasileiro está democratizado? As
1103 representações conseguiram fazer com que o Estado aprofundasse na democratização? Na sua
1104 avaliação, o principal problema da gestão é o financiamento, e a questão do modelo também define a
1105 qualidade das ações e serviços de saúde. Lembrou ainda dos casos de indicação política de gestores
1106 do SUS que não possuem experiência e, sendo assim, não contribuem para o aperfeiçoamento da
1107 gestão. Dada a complexidade do sistema, disse que soluções rápidas não responderão às
1108 necessidades. Por isso, a premência na estruturação de uma política de Estado para que as ações e
1109 serviços de saúde não fiquem a mercê de governo. O representante da Coordenação Nacional da
1110 Plenária de Conselhos, **Luiz Aníbal Vieira Machado**, ressaltou que, nesse debate sobre gestão, é
1111 preciso considerar os direitos dos usuários do SUS que enfrentam longas filas de espera e muitas
1112 vezes não conseguem ser atendidos por falta de profissional. A propósito, denunciou que os médicos
1113 de Cachoeira do Sul não cumprem carga horária definida, em acordo com o gestor local. A respeito da
1114 EC nº. 29, salientou que deve ser cumprida pelos três entes federados – municípios estados e União,
1115 porque, só assim, as ações e serviços de saúde nos municípios podem contemplar as demandas da
1116 população. Conselheiro **Willen Heil e Silva** inscreveu-se para registrar que “os profissionais são
1117 reflexos dos seus gestores e líderes” e que os problemas de gestão são de conhecimento de todos,
1118 inclusive, da Presidência da República. Sendo assim, disse que é preciso apresentar soluções e o
1119 Conselho, em seus debates a respeito, apontou, dentre outras, as propostas de profissionalização e
1120 qualificação da gestão. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, inicialmente, cumprimentou a fala
1121 do Conselheiro Alcides de Miranda e defendeu a importância de ser socializada de forma mais ampla
1122 com a população. Também explicou que, diferente do que fora dito, o conceito de equidade está
1123 presente na Constituição da República. No mais, salientou que é preciso considerar no debate a
1124 seguinte questão: a saúde se constituiu em um direito, conforme disposto na Carta Magna, ou se trata
1125 de um artigo de mercado? Ressaltou que é preciso fortalecer os avanços consagrados na Constituição
1126 Federal, construir políticas públicas que garantam esses direitos e fortalecer o SUS como patrimônio
1127 do povo brasileiro, sem modificar as regras com instrumentos infraconstitucionais. Conselheira **Maria**
1128 **do Socorro de Souza** ressaltou que o CNS tem feito debates não polarizados, o que favorece a
1129 sociedade formar opiniões. Concordou que é preciso fazer esse debate na etapa nacional da 14^a
1130 CNS, visto que o MS não o fez e interessa a sociedade debater o funcionamento do Sistema desde a
1131 ponta até a esfera federal. Observou, ainda, que os movimentos sociais defendem a garantia e a
1132 ampliação de seus direitos, o acesso com qualidade para atender as necessidades de saúde dos
1133 usuários, a democratização desse debate e discussão na perspectiva de projeto/sociedade. Também,
1134 destacou que equidade e igualdade são dois componentes necessários a esse debate e um não
1135 substitui o outro. Por fim, lembrou ser hora de debater caminhos e propostas que garantam o sistema
1136 público com qualidade e perguntou qual é a proposição do governo para fortalecimento do sistema
1137 público de saúde e a sua governabilidade para que o SUS, de fato, se efetive dentro dos princípios da
1138 universalidade, equidade e integralidade. **Retorno da mesa.** Conselheiro **Luiz Odorico Monteiro de**
1139 **Andrade** explicou que o conceito de governança se aplica ao SUS para entender uma série de
1140 questões que adensam o universo da gestão. Para ilustrar, destacou que a governança do MS é zero
1141 para equacionar os problemas apresentados no âmbito da gestão municipal. Ressaltou que apenas o
1142 art. 194 da CF/88 trata da equidade, mas a Lei Orgânica não cita esse conceito, o que representa um
1143 desafio, pois está se construindo um sistema desigual. Também afirmou que a sociedade, apesar da
1144 fragilidade, não vive mais sem o SUS, que é conquista da população brasileira e uma forma de
1145 fortalecer a governança da gestão. Em relação ao que foi dito sobre a Farmácia Popular, reafirmou a
1146 sua importância para garantir o acesso da população a medicamentos de baixo custo e que, sem
1147 sombra de dúvida, é um exemplo do público não estatal com resultados positivos. Nesse sentido,

destacou que, em três meses, os usuários da Farmácia Popular passaram de 1 milhão para 3 milhões, representando, efetivamente, um mecanismo de ampliação do acesso. Avaliou como grande desafio do CNS trazer os médicos para comporem o Colegiado, porque sem essa representação o Conselho fica fragilizado. No caso de Cachoeira do Sul, conforme denunciado pelo conselheiro Luiz Anibal e dada a autonomia dos entes federativos, o Ministério da Saúde não tem ingerência. Salientou que há projeto de governo para o fortalecimento da gestão e lembrou que as diretrizes do Plano Nacional de Saúde foram aprovadas pelo CNS. No que se refere à política de RH, disse que é uma falácia considerar que os trabalhadores que não são regidos pelo RJU sejam precarizados, mas concordou que se devesse discutir a relação público/privado. Também lembrou que o Ministério da Saúde gerencia o sistema nacional e não serviços da saúde, com exceção das unidades de saúde do Rio de Janeiro e o GHC que ainda estão sob a sua responsabilidade. Assim, observou que o gestor federal discute, no momento, formas de como melhorar o processo de governança do sistema uma vez que as relações entre os entes federados estão soltas. Salientou que as regiões de saúde, o mapa sanitário, o planejamento ascendente articulado, o contrato organizativo de ação pública, a RENAME e a RENAS são instrumentos que otimizarão a construção do processo de governança e fortalecerão o controle social. Fez, ainda, alusão aos sistemas de informação que foram melhorados e as informações divulgadas com mais agilidade. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, representante dos trabalhadores da saúde, começou a sua fala destacando que privatizar a gestão não é a saída para resolver os problemas do SUS. Também lembrou que compete ao Ministério da Saúde repassar os recursos e acompanhar a sua aplicação, o que não significa ingerência na autonomia do ente federado. Contudo, isso não tem sido feito e o entendimento é que se deveria fazer. A respeito da terceirização de gestão, avaliou que o Ministério da Saúde deve ter decisão política, estimulando, do ponto de vista técnico, financeiro ou político, aqueles que não optam pela terceirização. Ressaltou que o setor privado pode ser contratado quando esgotada a capacidade instalada e de forma complementar, contudo, o que acontece hoje é a ocupação da rede SUS pelo setor privado, ficando a rede pública sem capacidade instalada e desestruturando a capacidade instalada existente para que seja substituída pelo setor privado. Lembrou que estudos mostram que o setor privado cresceu significativamente a partir do SUS e salientou que não há experiência no mundo de sistema universal com setor privado fortalecido e competindo com o setor público. Ressaltou que a população brasileira e grande parte do setor privado não vivem sem o SUS, mas reconhece que um dos problemas do Sistema é governos com projetos políticos e pessoais acima do projeto de Estado. Também destacou que, segundo estudo do IPEA, o Brasil é mais privatizado que os Estados Unidos da América, mas o serviço público brasileiro é mais eficiente que o setor privado. Concordou que é preciso modificar a Lei de Responsabilidade Fiscal e a Lei 8.666 para que o gestor tenha condições de atender a sua demanda com autonomia e profissionalização. Reconheceu que é um prejuízo para o CNS a ausência da representação das entidades médicas no Conselho, mas deixou claro que foram as entidades que decidiram não mais participar do Colegiado. Reiterou que defende a volta das dessas entidades para o CNS, tanto que conversou com o representante da FENAM sobre a possibilidade de a representação médica participar do Conselho. De todo modo, até que se resolva a situação, as entidades médicas podem ser convidadas a participar dos debates do Conselho. Ressaltou que os usuários devem participar do debate sobre a gestão e tomarem conhecimento, por exemplo, do custo da terceirização, a quem interessa e dos prejuízos no acesso em função da privatização. A respeito do Programa Farmácia Popular, disse que não questiona os números em relação a acesso, contudo, ponderou que se trata de um programa inviável economicamente, porque o governo paga na rede privada 90% do valor do medicamento e os custos são maiores que o pago pelo município ao realizar licitação. Nesse sentido, perguntou qual o custo real do Programa e se houvesse pactuação com municípios o Programa não seria mais abrangente, com custo menor e mais qualificado com atenção farmacêutica. Também disse que causa preocupação o fato de o Ministério da Saúde desconhecer o custo real do Programa Farmácia Popular. Por fim, sugeriu que o Ministério da Saúde incorpore a Agenda Política do CNS, conforme compromisso assumido pelo ex-Ministro da Saúde, e busque implementá-la. Conselheiro **Pedro Tourinho de Siqueira**, representante dos usuários, destacou que o Brasil não possui a saúde desejável mesmo com o SUS, contudo, sem um sistema público universal é impossível ter saúde. Como encaminhamento, sugeriu que o CNS assuma o compromisso de convocar as entidades, instituições e movimentos sociais para buscarem saídas necessárias para viabilizar a gestão do SUS. Considerando a interferência da Lei de Responsabilidade Fiscal no SUS, defendeu a aproximação e articulação com os parlamentares para debatê-la. A respeito do financiamento, salientou a importância de envolver mais entidades no movimento Primavera da Saúde que luta pelo financiamento da saúde. Reiterou que o CNS tem posicionamento contrário à dupla porta de entrada e reiterou a posição contrária à terceirização da gestão do SUS em todas as suas formas. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, como encaminhamento, sugeriu levar subsídios à Comissão Organizadora da 14ª CNS, a partir do debate e tendo como referência a Agenda do CNS e aspectos como Lei de Responsabilidade Sanitária, Decreto, CSS, PPA, isenções de imposto de renda e sistemas de informação, dentre outros, para elaboração de um documento que sirva de referência para debate na etapa nacional. Conselheira **Lígia Bahia** sugeriu que o Conselheiro Alcides de

1212 Miranda contribua na elaboração do documento. Além disso, propôs que a Comissão Organizadora da
1213 14ª CNS apresente propostas relativas à gestão, contemplando questões como carreiras, contratos,
1214 para serem apresentadas à sociedade. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** propôs que o Pleno
1215 aprove posição a respeito do tema, a fim de debater antes e depois da 14ª CNS. Conselheiro
1216 **Francisco Batista Júnior** lembrou que o Pleno decidiu que a 14ª CNS não terá texto orientador e,
1217 nessa linha, perguntou qual o seria o propósito de elaborar um texto síntese sobre o tema gestão.
1218 Serviria, no caso, para debate na etapa nacional da 14ª CNS? Conselheira **Maria do Socorro de**
1219 **Souza** explicou que o CNS assume a responsabilidade de levar esse tema para debate com o
1220 conjunto da sociedade. Disse que a intenção é elaborar um texto sobre o tema gestão apontando
1221 questões de consenso e dissensos do CNS para servir de debate na etapa nacional. Conselheira
1222 **Ruth Ribeiro Bittencourt** perguntou por que elaborar um texto sobre o tema gestão se isso não foi
1223 feito em outras oportunidades de debates de temas sobre a 14ª CNS. Conselheira **Júlia Maria Roland**
1224 ressaltou que situações diferentes demandam tratamentos distintos e o tema gestão é uma questão
1225 complexa e demanda intervenção do movimento sanitário acerca do que vem acontecendo. Portanto,
1226 avaliou que o CNS deve contribuir com esse debate na 14ª CNS. Conselheiro **Francisco Batista**
1227 **Júnior**, considerando a importância do debate, sugeriu a elaboração de um texto com a síntese do
1228 debate para divulgação na página do CNS. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** propôs que o
1229 texto a ser construído sirva como ementa para debate na etapa nacional da 14ª CNS. Conselheiro
1230 **Clóvis Boufleur** destacou que o texto pode servir de subsídio, uma vez que as propostas da nacional
1231 não serão novas, e sim advindas das formuladas nas etapas estaduais. Por isso, propôs que os
1232 conselheiros participem das Conferências Estaduais de Saúde para apresentarem as propostas sobre
1233 esse tema, a fim de serem contempladas nos relatórios das etapas estaduais e no da nacional.
1234 Considerando que não houve consenso sobre o encaminhamento, acordou-se que essa questão seria
1235 tratada no segundo dia reunião. **No segundo dia de reunião, o Pleno decidiu que será elaborado**
1236 **um documento do CNS com a síntese do debate do tema da 14ª CNS “gestão”, para ser**
1237 **disponibilizado. Os conselheiros Pedro Tourinho, Eliane Aparecida da Cruz e Alcides Silva de**
1238 **Miranda foram indicados para redigir o texto que será apresentado na próxima reunião do CNS**
1239 **(a construção será virtual).** O item 4 foi o último do primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os
1240 seguintes conselheiros: **Abrahão Nunes da Silva, Alcides Silva de Miranda, Alexandre Rocha**
1241 **Santos Padilha, Arilson da Silva Cardoso, Cleuza C. Miguel, Clóvis A. Boufleur, Edmundo**
1242 **Dzuaiwi Omoré, Fernanda Lou Sans Magano, Fernando Luiz Eliotério, Francisco Batista Júnior,**
1243 **João Donizeti Scaboli, João Rodrigues Filho, José Carrijo Brom, José Cechin, José Marcos de**
1244 **Oliveira, José Rubens Rebelatto, Jurema Pinto Werneck, Lérida Maria S. Vieira, Lígia Bahia,**
1245 **Luiz Alberto Catanocé, Luiz Odorico Monteirode Andrade, Maria Cristina Pedro Biz, Maria do**
1246 **Socorro de Souza, Maria de Lourdes Alves Rodrigues, Maria Thereza Antunes, Nelson Augusto**
1247 **Mussolini, Nildes de Oliveira Andrade, Olympio Távora Derze Correa, Reginaldo Neves Gomes,**
1248 **Remígio Todeschini, Rosangela da Silva Santos, Ruth Ribeiro Bittencourt, Volmir Raimondi,**
1249 **Wilen Heil e Silva e Zilda de Faveri Vicente Souza. Suplentes: Ana Estela Haddad, Bruno Metre**
1250 **Fernandes, Conceição Aparecida Accetturi, Edmando Luiz Saunier de Albuquerque, Eurídice**
1251 **Ferreira de Almeida, Eliane Aparecida da Cruz, Eline Jonas, Gilson Silva, Graciara Matos de**
1252 **Azevedo, José Naum de Mesquista Chagas, Jovita José Rosa, Júlio A. Gevaerd, Lucimar**
1253 **Batista da Costa, Luiz Aníbal Vieira Machado, Maria Erminia Ciliberti, Maria Laura Carvalho**
1254 **Bicca, Nelcy Ferreira da Silva, Noemy Yamaghishi Tomita, Paulo César Augusto de Souza,**
1255 **Pedro Tourinho de Siqueira, Ronald Ferreira dos Santos e Sebastião Geraldo Venâncio.** O
1256 segundo dia reunião começou com o item extra: **Registro de produtos pela ANVISA - Anfepramona,**
1257 **Femproporex, Mazindol e Sibutramina. Apresentação: Maria Eugênia Cury**, chefe do Núcleo de
1258 Vigilância Pós Uso/Comercialização da ANVISA. **Coordenação: Conselheiro José Marcos de**
1259 **Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. A Chefe do Núcleo de Vigilância Pós Uso/Comercialização da
1260 ANVISA, **Maria Eugênia Cury**, agradeceu o convite à ANVISA para tratar desse tema no CNS e
1261 manifestou a sua satisfação pessoal em retornar ao Conselho onde participou, na condição de
1262 conselheira, por quatro anos. Começou com um histórico do processo de registro dos medicamentos
1263 em questão a fim de nortear a discussão atual e o contexto em que insere. Explicou que hoje estão
1264 registradas no Brasil quatro substâncias como inibidores de apetite, para produção de medicamentos:
1265 anfepramona, femproporex, mazindol e sibutramina. Os três primeiros chamados popularmente de
1266 “anfetamínicos” são considerados catecolaminérgicos, ou seja, fazem o processo de inibição do
1267 apetite a partir de modelação no sistema nervoso central. Esses três medicamentos foram registrados
1268 no Brasil há mais de trinta anos, em um período com poucas exigências do ponto de vista da
1269 comprovação de eficácia e segurança para o registro. Disse que a polêmica acerca do uso desses
1270 medicamentos é antiga e o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária pautou o debate sobre a
1271 manutenção ou não desses produtos no mercado brasileiro Brasil porque, além do efeito de inibição
1272 do apetite, essas substâncias podem causar eventos adversos relacionados à dependência física e
1273 psiquiátrica, além da utilização de forma inadequada no Brasil (“prática do arrebite por caminhoneiros”,
1274 por exemplo). Salientou que, segundo relatórios da ONU, o Brasil é um dos campeões na utilização
1275 desses produtos e fora do rigor da Portaria nº. 344 que regulamenta a prescrição, dispensação,

1276 produção, distribuição de medicamentos que causam dependência e define as condições para o uso
1277 desses produtos de forma lícita. Disse que, apesar de terem sido mérito de debate sobre eficácia e
1278 segurança durante anos, os medicamentos foram mantidos no mercado, considerando que a prática
1279 clínica tem demonstrado relação benefício/risco favorável aos pacientes com obesidade. Continuando,
1280 explicou que, no final da década de 90 e início de 2000, surge a sibutramina (referência: reductil) e é
1281 feito o registro na comunidade europeia, sendo o Laboratório Abbott o responsável pelo registro no
1282 mundo. Explicou que o registro do medicamento seguiu as normas de eficácia e segurança, mas a
1283 indicação clínica apontava contra indicações, principalmente para pacientes com fatores de risco ou
1284 com problemas cardio e cérebro vasculares. Relatou que, por solicitação da comunidade europeia, a
1285 Abbott realizou estudo conhecido como SCOUT (Sibutramine Cardiovascular Outcomes), com duração
1286 de seis anos, que avaliou os efeitos adversos cardiovasculares e cerebrovasculares da sibutramina
1287 em 10 mil pacientes com obesidade associada a doenças cardiovasculares; Diabetes do tipo 2, com
1288 sobrepeso; Obesidade associada a fatores de risco para doenças cardiovasculares. E, diante dos
1289 primeiros resultados do estudo, divulgados em dezembro de 2009, a comunidade europeia recomenda
1290 aos países membros a retirada da sibutramina do mercado, pois se observou aumento de 16% do
1291 risco cardiovascular com o uso de sibutramina para esses pacientes. Além disso, o estudo indicou que
1292 a eficácia do medicamento pode ser baixa porque somente 30% dos pacientes tiveram perda de peso
1293 mais significativa. Explicou que a média de idade da população submetida ao estudo foi 55 anos, ou
1294 seja, aquela população para a qual o medicamento era contra indicado. Todavia, disse que é possível
1295 extrapolar os dados do estudo SCOUT para pessoas obesas, tendo em vista que a obesidade, por si
1296 só, é um fator de risco cérebro e cardiovascular. Explicou que, em janeiro de 2010, a ANVISA fez um
1297 alerta sanitário, incluindo novas contra indicações na bula de medicamentos e decidiu aguardar a
1298 publicação da íntegra do estudo para avaliação técnica e tomada de novas medidas. Além disso,
1299 nesse período, o tema passa a ser objeto de debate na Câmara Técnica de Medicamentos - CATEME,
1300 composta por especialistas *ad hoc*, que assessorava a ANVISA. Em outubro de 2010, o FDA indicou a
1301 retirada do medicamento dos Estados Unidos e o laboratório assim o fez. Ressaltou que, após debate
1302 da Área Técnica da ANVISA e da CATEME, foi publicada Nota Técnica da ANVISA com a
1303 recomendação de retirar do mercado da anfepramona, do femproporex e do mazindol, por conta da
1304 inexistência de pesquisas clínicas que demonstrem eficácia e segurança desses medicamentos. Disse
1305 que também foi feita avaliação sobre a sibutramina e pesquisas demonstram a eficácia do
1306 medicamento (considerando o parâmetro da perda de peso), mas, em relação à segurança, não há
1307 dados suficientes que a demonstrem. A propósito, disse que há um debate no sentido de considerar
1308 que o desfecho fundamental para a eficácia do uso da sibutramina avalie a perda de peso e a
1309 diminuição dos fatores metabólicos de risco para obesidade, contudo, hoje o fator considerado é a
1310 perda de peso. Ainda em relação à segurança da sibutramina, destacou dois fatores: por conta do
1311 mecanismo de ação, o medicamento possui como evento adverso o aumento da pressão arterial e
1312 frequência cardíaca (no caso de pacientes com fatores de risco associados a problemas cérebro e
1313 cardiovasculares, a sibutramina passa a ser mais um fator de risco de aumento para esses
1314 problemas). Além disso, reiterou que o estudo SCOUT demonstrou um aumento de 16% do risco de
1315 evento cardiovascular para essa população e a questão é se esse aumento de percentual de risco
1316 pode ser extrapolado para qualquer usuário da sibutramina. Explicou que, na avaliação da Câmara
1317 Técnica de Medicamentos, o risco pode extrapolar para outros pacientes, contudo, há posições
1318 contrárias a essa. Relatou que a ANVISA realizou audiência pública a respeito, em fevereiro de 2011,
1319 com amplo convite para a sociedade, inclusive para o CNS, mas este Colegiado não indicou
1320 representante. Além disso, a Agência foi convidada e participou de audiência no Senado Federal e na
1321 Câmara dos Deputados e também realizou painel técnico sobre medicamentos com indicação
1322 terapêutica para a obesidade. Disse que, após essas atividades, a CATEME voltou a discutir o
1323 assunto e a Agência elaborou relatório das áreas técnicas (GGMED e NUVIG) para subsidiar a
1324 decisão da diretoria Colegiada da ANVISA. Explicou que essa decisão da Diretoria Colegiada da
1325 Agência, que será publicada na forma de RDC, foi divulgada em reunião pública, no dia 4 de outubro
1326 de 2011, que, inclusive, foi transmitida pela internet e permitiu a participação da sociedade. Em
1327 relação aos produtos anfepramona, femproporex e mazindol, disse que a decisão da Diretora
1328 Colegiada foi retirá-los do mercado e proibir a dispensação e a manipulação, conforme recomendação
1329 das Áreas Técnicas e da CATEME, por não existir mecanismo e nem plano de minimização de risco
1330 capaz de manter esses medicamentos no mercado. A respeito da sibutramina, disse que a Área
1331 Técnica recomendou que, se mantida no mercado, deveria ser com restrição de uso, a fim de atender
1332 as necessidades específicas em que os benefícios fossem superior aos riscos. Por outro lado, a
1333 CATEME recomendou a retirada total do medicamento do mercado. Assim, a respeito da sibutramina
1334 a Diretoria Colegiada da ANVISA decidiu manter a substância no mercado, mas com as seguintes
1335 restrições: dose diária menor que 15 mg/dia (quinze miligramas por dia); modelo do termo de
1336 responsabilidade que deve ser preenchido pelo médico, pelo paciente e pela farmácia; o medicamento
1337 deve ser utilizado em pacientes de peso obesos com índice de massa corpórea (IMC) maior ou igual a
1338 30 kg/m² (trinta quilogramas por metro quadrado), em um prazo máximo de dois anos; e o uso deve
1339 ser acompanhado por um programa de reeducação alimentar e atividade física. **Manifestações.**

1340 Conselheira **Lérida Maria Vieira** salientou a importância de melhorar a capacidade da
1341 farmacovigilância do país. Também manifestou preocupação com a decisão da ANVISA de liberar o
1342 uso da substância sibutramina, ainda que seja com restrições, e solicitou que a Agência reavalie a sua
1343 decisão. Conselheira **Lígia Bahia** agradeceu a presença da ANVISA para tratar do tema e defendeu
1344 uma recomendação do CNS à Agência para retirar a substância sibutramina do mercado brasileiro.
1345 Ressaltou que diversos cientistas manifestaram-se contrários à utilização da substância e, na
1346 avaliação da ABRASCO, a liberação é um retrocesso. Também lamentou a posição favorável do
1347 Conselho Federal de Medicina à liberação da sibutramina e destacou os prejuízos da ausência dessa
1348 representação no CNS para debater essa e outras questões. Por fim, sugeriu que o CNS inaugure na
1349 sua página um espaço para advertir a população sobre substâncias e produtos que fazem mal à
1350 saúde como sibutramina, agrotóxico, bebidas alcoólicas, entre outros. Conselheira **Cleuza de**
1351 **Carvalho Miguel** fez uma saudação especial à Chefe do Núcleo de Vigilância Pós
1352 Uso/Comercialização da ANVISA, Maria Eugênia Cury, e solicitou manifestação sobre o uso
1353 indiscriminado de fluoxetina no Estado de São Paulo. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** falou da
1354 matéria da Folha de São Paulo, informando que, diante da proibição da anfetamina, a indústria
1355 farmacêutica começa a oferecer alternativas para emagrecimento. Segundo a empresa Allergan, a
1356 vigilância ampliou o acesso ao balão gástrico. Inicialmente indicado para obesos com índice de massa
1357 corporal acima de 30, o procedimento já pode ser feito para quem está com sobre peso acima de 27.
1358 Assim, perguntou se procede a informação de que a ANVISA liberou a utilização desse procedimento.
1359 Lembrou ainda que existe uma “indústria de sobre peso” que buscará atalhos e alternativas para
1360 continuar a ter lucro. Disse que se espera uma postura coerente da Agência a respeito de um
1361 procedimento endoscópico que envolve vários riscos. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva**
1362 cumprimentou a representante da ANVISA e manifestou a sua preocupação com os altos
1363 investimentos em pesquisas que incentivam o aumento do uso de medicamentos quando
1364 procedimentos simples e de baixo custo, inclusive contemplados na PNAN, apresentam resultados
1365 positivos na redução da obesidade. Aproveitou para reiterar a sua preocupação como o montante de
1366 recursos financeiros alocados para ações de nutrição e alimentação no PNS, por considerá-los
1367 insuficientes diante dos investimentos em medicamentos e procedimentos invasivos. Cumprimentou o
1368 CNS por pautar o tema, mas lamentou a ausência do Conselho nas audiências sobre o tema.
1369 Conselheira **Rosangela da Silva Santos** ressaltou a importância de informar a população sobre o uso
1370 de medicamentos, lembrando, inclusive, que o Brasil é um país campeão em automedicação.
1371 Ressaltou que as pesquisas realizadas não consideram as patologias associadas que necessitam de
1372 medicamentos associados, lembrando que doenças podem estar em curso e a medicação pode
1373 agravar a situação. Nesse sentido, sugeriu levar essa questão à Diretoria Colegiada da ANVISA,
1374 contemplando inclusive a questão da alimentação para se ter um parâmetro fidedigno do que faz mal.
1375 Também avaliou que se deve divulgar na mídia, de forma recorrente, informações sobre
1376 medicamentos proibidos, a fim de alertar a população a esse respeito. No mais, perguntou como é
1377 feita a notificação, entendendo ser necessário identificar os usuários que consomem os
1378 medicamentos. Por fim, reiterou a solicitação de envio de relatórios das atividades da ANVISA ao
1379 CNS, inclusive para que o Conselho contribua com os debates da Agência. Conselheiro **José Marcos**
1380 **de Oliveira** aproveitou para registrar que a ANVISA já enviava diversos materiais ao CNS e, portanto,
1381 seria preciso estreitar a relação entre a Agência e o Conselho. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**
1382 reconheceu, de um lado, o importante trabalho realizado pela ANVISA e, do outro lado, apontou os
1383 limites de atuação, enquanto órgão do governo. Como encaminhamento, sugeriu que o CNS
1384 recomende à ANVISA a suspensão da comercialização da substância sibutramina, haja vista os
1385 resultados acumulados. **Retorno da mesa.** A Chefe do Núcleo de Vigilância Pós
1386 Uso/Comercialização da ANVISA, **Maria Eugênia Cury**, agradeceu as manifestações e fez
1387 comentários gerais sobre as questões levantadas no debate. Concordou que é preciso melhorar a
1388 capacidade da farmacovigilância do país, lembrando que a subnotificação de eventos adversos
1389 relacionados a medicamentos é um problema mundial. A esse respeito, avaliou que é preciso ampliar
1390 a capacidade do usuário do medicamento em monitorar e notificar eventos adversos. Também se
1391 colocou à disposição para definir acordo sobre a periodicidade de envio de dados sobre
1392 farmacovigilância, tecnovigilância e hemovigilância ao CNS e a vinda da Agência ao Conselho para
1393 debater os dados apresentados nos relatórios. De todo modo, lembrou que os dados são públicos e,
1394 portanto, divulgados no site da Agência. Salientou ainda que é necessário ampliar a capacidade e a
1395 noção dos profissionais de saúde de que fazer notificação de evento adverso não é autopunição ou
1396 denúncia de erro, mas sim, uma prática profissional. Explicou que a ANVISA tem aperfeiçoado os
1397 mecanismos fundamentais para o registro de produtos e, no debate sobre os inibidores de apetite, a
1398 CATEME tem trabalhado a questão. Aproveitou para particularmente louvar a participação do prof. da
1399 ENSP Francisco Paugarten nesse debate, lembrando que ele teve uma posição contrária a da
1400 ANVISA. Salientou que é necessário um debate interno na ANVISA de mudanças de parâmetros
1401 acerca dos desfechos necessários para solicitação de registro, por exemplo, de um inibidor de apetite
1402 daqui para frente. Ressaltou que a questão é: diante dos atuais parâmetros, a sibutramina demonstrou
1403 eficácia, portanto, a ANVISA não pode extrapolar o que está no âmbito da sua capacidade. A respeito

1404 da fluoxetina, explicou que a ANVISA conhece essa realidade, contudo, a Agência não resolve
1405 questões relativas a práticas profissionais e de saúde. Reiterou que a decisão da ANVISA foi no
1406 sentido de retirar do mercado brasileiro medicamentos com problemas de segurança, que estavam no
1407 mercado há mais de 30 anos. No mais, salientou que cabe ao Estado regular e avaliar a segurança de
1408 produtos, além de promover uma diminuição da assimetria entre o conhecimento técnico dos
1409 profissionais de saúde e a população, que é submetida a tratamentos que desconhece. Além disso,
1410 ressaltou que a prática de prescrição possui autonomia com base em produtos com avaliação e dos
1411 quais se conhece o perfil de segurança. Ressaltou ainda desconhecer que a ANVISA tenha liberado
1412 procedimentos médicos como a cirurgia bariátrica, mesmo porque não se trata de uma atribuição da
1413 Agência. Disse que essa proibição dos anfetamínicos pode ensejar a busca de outras práticas de
1414 tratamento da obesidade *off-label*, ou seja, não definidas e registradas. Contudo, essa é uma questão
1415 relativa à prática profissional e extrapola a atribuição da ANVISA. Também informou que a Agência foi
1416 convidada a debater com vários Ministérios a Política de Combate à Obesidade no Brasil e sugeriu
1417 que o CNS também avalie essa alternativa. Salientou essencial que o CNS se debruce e se manifeste
1418 sobre essa matéria. Por fim, reiterou que a RDC da ANVISA será publicada no DOU do dia 7 de
1419 outubro e se trata de uma medida sanitária diante da situação observada. Conselheiro **José Marcos**
1420 **de Oliveira** sintetizou os encaminhamentos que emergiram do debate: retomar esse tema no CNS
1421 posteriormente, com envio de relatórios sobre hemovigilância, tecnovigilância e farmacovigilância ao
1422 Conselho; criar um espaço no site do CNS denominado “Conselho de Saúde adverte” (remeter à
1423 equipe de comunicação para elaboração de uma proposta); e aprovar resolução ou recomendação à
1424 ANVISA sobre o tema. Conselheiro **Clóvis Boufleur** explicou que, nesse caso, caberia tanto uma
1425 resolução quanto uma recomendação à ANVISA. Nesse sentido, sugeriu que o CNS recomende à
1426 ANVISA que reavalie a sua posição, com possibilidade de debate posterior na lógica de ser aprovada
1427 resolução a respeito. Conselheiro **Volmir Raimondi** manifestou preocupação com a proposta de criar
1428 um espaço no site do CNS “Conselho de Saúde adverte” para informar a população dos
1429 medicamentos e produtos que fazem mal, uma vez que todos os medicamentos podem ter uma
1430 reação adversa e podem fazer mal à saúde a depender do uso. Sendo assim, sugeriu que o espaço
1431 trate da questão de forma mais geral. Conselheiro **Jurandi Frutuoso** fez referência à proposta de
1432 criar o espaço no site do CNS “Conselho de Saúde adverte” para manifestar a sua preocupação em
1433 transformar a página do Conselho em um espaço de contestação. Ressaltou que as informações a
1434 serem colocadas no espaço devem ser respaldo técnico, a fim de evitar contestações. **Deliberação:**
1435 **o Pleno decidiu retomar esse tema no CNS posteriormente (a Gerente/ANVISA comprometeu-se**
1436 **a enviar relatórios ao CNS sobre hemovigilância, tecnovigilância e farmacovigilância); e criar**
1437 **um espaço no site do CNS denominado “Conselho de Saúde adverte”**. Além disso, o Pleno
1438 aprovou o mérito de recomendação à ANVISA que reavalie a sua posição de autorizar o uso da
1439 Subtramina no país (responsáveis por elaborar o texto: **Lírida Maria Vieira, Clóvis Boufleur e**
1440 **Lígia Bahia**). A Chefe do Núcleo de Vigilância Pós Uso/Comercialização da ANVISA, **Maria Eugênia**
1441 **Cury**, despediu-se do Pleno agradecendo o espaço e manifestando a sua satisfação em participar da
1442 reunião. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** registrou a presença dos integrantes do MORHAN e a
1443 campanha do Movimento “Contra a homofobia”. Inversão de pauta. **ITEM 7 - COMISSÃO**
1444 **PERMANENTE DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO - ANÁLISE RELATÓRIO ANUAL DE**
1445 **GESTÃO 2010 - PRESTAÇÃO DE CONTAS DO MS - 1º E 2º TRIMESTRE/2011 - Apresentação:**
1446 **Ayrton Galiciani Martinello**, Coordenador Geral de Planejamento SPO/MS; Conselheiro **Fernando**
1447 **Luiz Eliotério**, Coordenador da COFIN; e **Francisco Funcia**, assessor da COFIN. **Coordenação:**
1448 Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, da Mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde. Iniciando,
1449 conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** informou que a COFIN reuniu-se para avaliar as respostas da
1450 SPO às indagações da COFIN a respeito do RAG. Tendo em vista o adiantado da hora, informou que
1451 o Relatório de Prestação de Contas seria disponibilizado aos conselheiros para apreciação na próxima
1452 reunião do CNS. Enquanto se aguardava a disponibilização da análise da COFIN aos conselheiros, o
1453 conselheiro **Pedro Tourinho de Siqueira** fez um breve informe sobre o movimento primavera da
1454 saúde. Disse que no dia 27 de setembro foi realizado ato público de lançamento do movimento, que
1455 contou com a participação de cerca de 1.500 pessoas (CES, Pastoral da Criança, CUT, Movimento
1456 Negro, Movimento LGBT, CONASS, CONASEMS...). Após o ato, os representantes foram recebidos
1457 pela Ministra Ideli Salvatti, por assessores da Secretaria Geral da Presidência da República e pelo
1458 Presidente do Senado Federal, José Sarney e, na oportunidade, houve um debate sobre as
1459 perspectivas de aprovação da EC nº. 29 e os cenários. Ressaltou que é momento de ampliar a
1460 mobilização em favor da aprovação, garantindo para o SUS 10% das receitas correntes brutas da
1461 União. Explicou que os próximos passos serão: chamar os senadores para debate; mobilização
1462 nacional - 15 de novembro; seminário com o Senado Federal, setor econômico - data a definir; e ato
1463 público (marcha da Catedral ao Congresso Nacional) - 30 de novembro. Conselheiro **Jurandi**
1464 **Frutuoso**, considerando a situação insustentável nos Estados, defendeu que o CNS envide esforços
1465 para aprovar a EC nº. 29 em 2011 e defenda uma ação direta do governo com recurso do Fundo da
1466 União. A esse respeito, acordou-se que será tratado no item sobre a EC nº. 29. O Coordenador Geral
1467 de Planejamento SPO/MS, **Ayrton Galiciani Martinello**, cumprimentou os conselheiros e justificou a

ausência do Subsecretário de Planejamento e Orçamento-SPO/MS, Arionaldo Bonfim. Relatou que o Relatório Anual de Gestão 2010 foi submetido à apreciação da COFIN no mês de maio e a Comissão fez uma série de indagações. Disse que foi feita uma rodada de debates, que contou com a presença do Subsecretário da SPO/MS, com representante da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, do Fundo Nacional de Saúde, e elaborado documento com respostas às indagações feitas pela COFIN. O assessor da COFIN, **Francisco Funcia**, explicou que apresentaria aos conselheiros o parecer final da COFIN com as sínteses e ressalvas da Comissão acerca do RAG 2010 (documento relativo às respostas da SPO/MS em 28 de setembro e 4 de outubro de 2011). Primeiro, fez uma síntese dos questionamentos da COFIN à SPO: Pergunta 1: Quais foram os fatores impeditivos para o MS atender plenamente todos os quesitos formulados para a edição do RAG 2010 com base nas portarias e resoluções editadas pelo próprio MS?. Pergunta 2: Quais foram os serviços prejudicados por esse contingenciamento? Ou, de outra forma, se não houvesse o contingenciamento, quais serviços seriam realizados adicionalmente ao que foi realizado?. Pergunta 3: Quais foram os critérios adotados pelo MS para escolher os programas e ações que foram contingenciados?. Pergunta 4: Como o contingenciamento (orçamentário e financeiro) definido no início do ano e alterado durante a execução orçamentária prejudica a gestão do MS? Se possível, solicitamos a apresentação de casos concretos. Pergunta 5: Qual será a estratégia do MS para a execução financeira desses Restos a Pagar em 2011, especialmente para o FNS e FUNASA?. Pergunta 6: Quais são os valores dos cancelamentos de restos a pagar até 31/12/2010, do ano e acumulado desde a vigência da EC29/2000? Qual será a providência do MS para a compensação desses valores que fizeram parte do cômputo da aplicação mínima constitucional em saúde pela União nos respectivos anos dos empenhos?. Pergunta 7: Por que estão sendo computadas as despesas com Farmácia Popular e Assistência à Saúde dos Servidores (clientela fechada) para o cálculo da aplicação mínima constitucional nos termos da EC 29/2000? Por que não foram compensados (em termos de aplicação adicional) os valores cancelados dos restos a pagar em 2010, nem os acumulados desde a vigência da EC 29/2000?. Pergunta 8: Considerando que desde a vigência da EC 29/2000 estão sendo computados no montante da aplicação mínima constitucional os recursos próprios que são aqueles arrecadados como taxas de vigilância sanitária, venda de produtos da FIOCRUZ e outros, inclusive os recursos arrecadados com a venda de medicamentos da Farmácia Popular mais recentemente, o que caracteriza dupla contagem no cálculo dessa aplicação mínima, por que essas despesas continuaram sendo apropriadas em 2010? Qual foi o valor dessas despesas em 2010 e acumulados desde a vigência da EC 29/2000? Elas continuarão sendo computadas em 2011?. Pergunta 9: Em 2010, houve cronograma de transferência da receita efetivamente arrecadada para o Fundo Nacional de Saúde e essa transferência ocorreu de forma automática pelo Ministério da Fazenda, observando a mesma proporção da despesa orçamentária prevista em cada área para a realização de projetos e atividades no âmbito do Sistema Único de Saúde, conforme estabelece o artigo 34 da Lei 8080/90? Em caso positivo, apresentar o cronograma previsto e o realizado. Em caso negativo, por que a lei não foi cumprida e qual foi o procedimento utilizado para essa transferência de recursos financeiros do Ministério da Fazenda para o Fundo Nacional de Saúde?. Pergunta 10: O Ministério da Saúde acompanhou e controlou se a receita efetivamente arrecadada pelo Ministério da Fazenda foi transferida de forma automática ao Fundo Nacional de Saúde, observando os critérios estabelecidos pelo artigo 34 da Lei 8080/90 tratados na pergunta anterior? Como o Ministério da Saúde realiza essa atividade?. Pergunta 11: Os recursos financeiros na conta do Fundo Nacional de Saúde em 31 de dezembro de 2010 ficaram nessa própria conta vinculada ou devidamente identificados segundo o código de aplicação correspondente para pagar em 2010 as despesas empenhadas e não pagas até 31 de dezembro de 2009, bem como, para apropriar nessa conta vinculada os ganhos da aplicação financeira (apresentar demonstrativo)?. Pergunta 12: Considerando a obrigatoriedade do MS realizar as transferências a Estados e Municípios de forma regular e automática, definida como sendo a Fundo a Fundo, e considerando que o MS, ainda que denomine de transferência fundo a fundo, tem realizado a maioria das transferências em forma equivalente à convenial, por acordo de vontade entre as partes, quais as providências que o MS está adotando para que as transferências fundo a fundo sigam os parâmetros legais? Quais foram os valores repassados de forma regular e automática (especificar) e quais foram repassados de forma convenial (especificar)?. Pergunta 13: O MS cumpriu em 2010 o dispositivo legal de alocar 50%, no mínimo, das transferências para Estados e Municípios pelo critério per capita, definido como sendo o "quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independente de qualquer procedimento prévio"? Quanto foi transferido em 2010 por esse critério (especificar)?. Pergunta 14: Considerando que a Lei 8080 (artigo 35) determina para os demais 50% dos recursos de transferências aos Estados e Municípios a adoção de critérios que obedecam o perfil epidemiológico e demográfico, características qualitativas e quantitativas da rede de saúde da área, desempenho técnico, econômico e financeiro do período anterior, níveis de participação da saúde nos orçamentos (cumprimento da EC-29), previsão do plano quinquenal de investimentos, resarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo, quais foram os critérios estabelecidos pelo MS e respectivos recursos transferidos por esses critérios (especificar) em 2010?. Pergunta 15: Considerando que um dos critérios de transferências federais para Estados e Municípios

é o de ressarcimento de atendimento a serviços prestados a outras esferas de governo, qual foi o montante resarcido pelo MS aos Estados e Municípios em 2010, por exemplo, para compensar serviços prestados de fornecimento de medicamentos excepcionais e procedimentos de alto custo nas ordens judiciais e do Ministério Público?. Pergunta 16: Considerando que, de todos os recursos transferidos aos Estados e Municípios, no mínimo 70% caberá aos municípios e o restante aos Estados, qual foi o montante e o percentual das transferências aos Municípios e aos Estados (especificar)? Pergunta 17: Considerando que a Constituição Federal determina que, no mínimo, 15% dos recursos do MS devam ser transferidos aos Municípios, pelo critério per capita, destinados à atenção básica, qual foi o montante e o percentual dessas transferências aos Municípios (especificar)? Pergunta 18: Considerando os valores das transferências aos Estados e Municípios da Tabela 4 do RAG (página 12), foram computados somente as transferências para os governos estaduais e municipais ou incluem também os valores repassados para as instituições filantrópicas (especificar)? Pergunta 19: Quais foram as prioridades e os principais resultados alcançados no exercício de 2010 em comparação aos objetivos estabelecidos e as metas fixadas (especificar)? Pergunta 20: Houve em 2010 ou haverá em 2011 a necessidade de inclusão de metas, ou revisão de quantitativos das existentes no PPA 2008-2011 e no PNS 2008-2011?. Pergunta 21: Na página 18 do RAG 2010, no título “2º objetivo do PNS 2008-2011, ações e resultados alcançados em 2009”, o correto não seria “...alcançados em 2010”? Pergunta 22: Na página 19 do RAG 2010, nos destaques citados na “3ª Diretriz: Aperfeiçoamento e ampliação da atenção básica de saúde”, quais foram os critérios adotados pelo Ministério da Saúde em 2010 para a definição dos valores praticados para o PAB Fixo, para a remuneração das Equipes da Saúde da Família, entre outros? Por que os valores praticados não corresponderam em termos reais aos fixados à época em que foram instituídos? Há previsão para o restabelecimento desses valores reais?. Pergunta 23: Como o RAG 2010 refere-se à esfera federal, não pode ser computada apenas como federal a produção total das três esferas de governo, ainda que esses Estados e Municípios tenham utilizado também recursos da União no processo de financiamento. Assim sendo, o Ministério da Saúde poderia deixar isso mais claro no RAG 2010?. Pergunta 24: Na página 35, qual é a posição do MS sobre o subfinanciamento federal para a manutenção das equipes de saúde da família e das UPAS?. Pergunta 25: Na página 35, no 3º parágrafo, por que a soma dos percentuais de cada faixa não totaliza 100%?. Pergunta 26: Na página 35, qual é a evidência da afirmação que consta no 4º parágrafo sobre os resultados do programa de saúde da família?. Pergunta 27: Na página 36, o relatório cita os objetivos e as metas futuras. Em termos de execução em 2010, quais eram os indicadores e as metas previstas? A execução foi compatível com a previsão?. Pergunta 28: Considerando os termos do 4º parágrafo da página 36, qual foi o montante de recursos orçamentários alocados para o combate à dengue e, desses recursos, qual foi o percentual de empenhamento, liquidação e pagamento?. Pergunta 29: Considerando os termos do último parágrafo da página 36, as cifras apresentadas referem-se ao MS ou ao conjunto das três esferas de governo?. Pergunta 30: Considerando a avaliação do Programa Farmácia Popular na página 37, qual é a relação entre o custo de aquisição de medicamentos diretamente realizado pelo MS e o custo considerado para o pagamento do Programa Farmácia Popular, especialmente após a ampliação verificada em 2010 e 2011 (demonstrar)? Pergunta 31: Considerando que não consta no RAG 2010, quais foram as auditorias realizadas e os resultados obtidos em 2010 (inclusive por Estado e Municípios, bem como a natureza)? Em seguida, apresentou o parecer final da COFIN com as sínteses e ressalvadas da Comissão acerca do RAG 2010. Explicou que a COFIN/CNS encaminhou ao Ministério da Saúde as perguntas formuladas anteriormente antes de deliberar pela aprovação ou não do RAG 2010. Disse que uma justificativa apresentada pelo Ministério da Saúde sobre as ressalvas e observações feitas em relação ao RAG 2008 e RAG 2009 foi a impossibilidade do cumprimento de todos os quesitos da legislação que rege o SUS. A COFIN/CNS recomendou um entendimento da Mesa Diretora do CNS com o Ministério da Saúde para que os critérios legais do financiamento da saúde, novamente levantados na análise deste RAG 2010, sejam debatidos com a contribuição de juristas e economistas para que se chegue a uma interpretação comum dos dispositivos legais referentes ao financiamento da saúde. Até o momento, isso não foi feito e, pelo nosso entendimento, não é admissível a aceitação passiva de que a lei não pode ser cumprida, passados mais de 20 anos de vigência. Salientou que, apesar de constar no parecer da COFIN/CNS sobre o RAG 2009 a recomendação de que, quando da edição do RAG 2010, fossem contempladas as revisões e acréscimos decorrentes das ressalvas e observações apontadas nos dois pareceres dos RAGs 2008 e 2009, a maioria desses pontos não está presente no RAG 2010. Desta forma, após duas edições do RAG, a COFIN/CNS entende que a maioria das ressalvas e observações feitas nos pareceres dos anos anteriores deveria ter sido objeto de revisão de procedimentos por parte do Ministério da Saúde, considerando o tempo decorrido. Além disso, uma das justificativas apresentadas pelo Ministério da Saúde quando da apresentação dessas ressalvas e observações foi o atraso da elaboração do Plano Nacional de Saúde e, como consequência, dos demais instrumentos, como, por exemplo, a Programação Anual de Saúde. Esse argumento, evidentemente, não pode ser utilizado para 2010. Esclareceu que a SPO/MS respondeu parcialmente aos questionamentos na reunião da COFIN/CNS realizada em 28 de setembro de 2011, mas, considerando que muitas perguntas não

1596 foram respondidas durante a reunião e, por isso, antes do parecer final sobre o RAG 2010, a COFIN
1597 decidiu encaminhar à SPO/MS para complementar as respostas aos questionamentos. Relatou que a
1598 SPO contemplou parcialmente alguns dos questionamentos feitos pela COFIN/CNS, restando claro
1599 que muitos pontos divergentes estão relacionados à interpretação dos textos constitucional e legal que
1600 regem o SUS, bem como aos efeitos do contingenciamento orçamentário e financeiro para a gestão
1601 federal da saúde. Sobre a primeira divergência, disse que a COFIN reitera a necessidade de um
1602 debate com juristas e economistas, já formulado. Sobre o segundo, não há evidência empírica da
1603 inexistência de impacto negativo. Dos temas tratados nos esclarecimentos feitos na apresentação da
1604 SPO/MS no dia 28 de setembro, ressaltou que ficou evidenciada a necessidade da realização com
1605 urgência do seminário proposto pela COFIN/CNS para buscar a interpretação comum dos dispositivos
1606 legais referentes ao financiamento da saúde, pois não há como sustentar que a lei não pode ser
1607 cumprida. Além disso, não se sustenta que o Ministério da Saúde não precise cumprir o dispositivo
1608 constitucional de movimentação financeira exclusivamente por meio do Fundo Nacional de Saúde,
1609 enquanto os Estados e Municípios são fiscalizados e punidos se não adotarem esse procedimento. O
1610 entendimento da SPO/MS é que o dispositivo é atendido na medida em que a demanda financeira do
1611 FNS para o pagamento das despesas é atendida pelo Tesouro. Isso, também, representaria o
1612 atendimento do dispositivo legal do repasse automático da receita arrecadada para o FNS. Salientou
1613 que, apesar do registro contábil das despesas respeitar a vinculação, a ausência da movimentação
1614 financeira centralizada no FNS, incluindo a receita, impede que a obtenção de receita patrimonial
1615 oriunda das sobras de caixa do FNS (decorrente da diferença entre os momentos da arrecadação e do
1616 vencimento das obrigações para pagamento) sejam vinculadas ao próprio Fundo e, assim,
1617 representando recurso adicional para aplicação em ações e serviços de saúde. Salientou que o fato
1618 de na União a aplicação mínima não ser calculada com base na receita não pode impedir a adoção
1619 desse procedimento da movimentação financeira centralizada no Fundo, pois bastaria um decreto, por
1620 exemplo, para que esse recurso representasse aplicação adicional. Porém, ainda que isso não fosse
1621 feito, essa centralização da movimentação financeira no FNS permitiria que os cancelamentos dos
1622 Restos a Pagar fossem automaticamente compensados, pois os recursos financeiros estariam na
1623 conta vinculada e, com isso, geraria o superávit financeiro que, no início do próximo exercício, seria
1624 fonte para abertura de crédito adicional (suplementação orçamentária). Disse que, do modo como
1625 estão tratados, os cancelamentos de Restos a Pagar não são recompostos ou compensados, apesar
1626 de terem servido para comprovar a aplicação mínima em ações e serviços de saúde no ano do
1627 respectivo empenho da despesa. A esse respeito, ressaltou que também é preocupante a decisão da
1628 AGU de recorrer contra o Acórdão do TCU que determinou a compensação dos Restos a Pagar
1629 cancelados, bem como em relação à decisão do Ministério Público no mesmo sentido (porém, mais
1630 ampliada, pois retrocede a 2000), conforme informou a SPO/MS na apresentação feita na reunião.
1631 Com base nisso, o entendimento da SPO/MS é que, enquanto não houver decisão obrigando tal
1632 compensação, ela não será realizada. Salientou que tais ocorrências, contudo, à medida que podem
1633 ser interpretadas como interveniências na gestão dos recursos aplicados na saúde, acabam por
1634 difundir uma imagem de fragilidade endógena do Ministério da Saúde na condução de suas
1635 responsabilidades como gestor federal. Explicou que parecer claro não haver uma relação direta entre
1636 os aspectos anteriores e o processo histórico de subfinanciamento do SUS. Diante das restrições
1637 orçamentárias e financeiras impostas pela área econômica dos vários governos nos últimos anos, por
1638 exemplo, disse que a alocação de mais recursos para atender a atenção básica e, com isso, promover
1639 uma inflexão no modelo de gestão de saúde vigente no Brasil, fica dificultado se a solução for retirar
1640 recursos de outras ações de saúde. Destacou que a necessidade de se encontrar uma fonte estável
1641 de financiamento para a ampliação de recursos fica ainda mais evidente se considerar que o SUS é o
1642 maior sistema público de atendimento à saúde, de caráter universal, do mundo. Nos países que
1643 adotaram o Sistema de Bem Estar (Welfare State), o financiamento público de sistemas universais de
1644 saúde não geram gastos inferiores a 6% do PIB, enquanto no Brasil totaliza menos de 4% do PIB
1645 (somadas as três esferas de governo – União, Estados e Municípios). Ressaltou que, mais grave
1646 ainda, na última década, a participação da União está estagnada em torno de 1,7% do PIB, enquanto
1647 Estados e principalmente os Municípios têm alocado parcelas crescentes de seus orçamentos a ponto
1648 de representarem atualmente, juntos, mais da metade do financiamento do setor, invertendo a
1649 situação existente anteriormente de predomínio do financiamento da União. Disse que essa inversão
1650 foi motivada pelas dificuldades crescentes da União na rolagem da dívida pública e do modelo de
1651 política econômica adotada desde meados da década de 90, com altas taxas de juros que consomem
1652 parcela significativa do orçamento. Ressaltou que vários mecanismos surgiram para a geração de
1653 superávit primário ao longo dessas décadas, entre os quais, a DRU, ainda vigente. Acrescentou que,
1654 ainda que a aplicação mínima em saúde não dependa da receita no âmbito federal, a DRU impede a
1655 alocação de recursos adicionais para saúde, cristalizando a política de que a aplicação mínima, na
1656 verdade, é aplicação máxima (piso x teto). Além disso, canaliza recursos para o pagamento dos
1657 encargos da dívida, beneficiando poucas famílias que se valem do curto prazo de rolagem da dívida e
1658 da alta taxa básica de juros para receberem uma renda em detrimento da disponibilização desses
1659 recursos para atender às necessidades de milhões de brasileiros. Clarificou ainda que os juros pagos

1660 anualmente consomem do orçamento da União mais que o dobro do valor alocado para o Ministério
1661 da Saúde. Além disso, o modelo tributário brasileiro é altamente regressivo, isto é, onera mais aqueles
1662 com baixa capacidade contributiva, tendo em vista a elevada incidência tributária sobre a produção e o
1663 consumo: a maioria da população gasta toda renda em consumo e, por isso, a carga tributária onera
1664 mais essa faixa de renda. Por sua vez, o Imposto sobre a Renda, com apenas três alíquotas, onera
1665 excessivamente a classe média, além de permitir mecanismos de evasão fiscal para as classes de
1666 mais alta renda. Portanto, frisou que a busca por fontes estáveis de financiamento do SUS, na
1667 perspectiva da ampliação de recursos financeiros para o setor, não pode ser dissociada de um debate
1668 em torno da necessidade de uma reforma tributária, não a que está tramitando no Congresso
1669 Nacional, mas outra que acabe com a regressividade existente, onerando mais aqueles com maior
1670 capacidade contributiva, incidindo de forma progressiva especialmente sobre as altas rendas, o
1671 patrimônio e a riqueza. Sendo assim, explicou que a COFIN/CNS recomenda a aprovação do RAG
1672 2010/MS com ressalvas e a adoção das propostas indicadas no parecer, bem como sugere que a
1673 resolução objeto dessa aprovação contenha também a indicação de providências do MS nos
1674 ministérios da área econômica para que: a) não haja contingenciamento orçamentário e financeiro em
1675 relação aos recursos destinados para as ações e serviços de saúde; e b) para que o projeto de
1676 reforma tributária em tramitação no Congresso seja revisado para contemplar os princípios de
1677 capacidade contributiva e progressividade, além de preservar as fontes específicas de financiamento
1678 do orçamento da seguridade social em bases estáveis, inclusive com desoneração da DRU sobre
1679 essas fontes, assim como já ocorreu com a Educação. **Manifestações.** Conselheiro **Clóvis Boufleur**
1680 ressaltou que as ressalvas feitas pela COFIN são quase as mesmas do ano anterior e, por isso, disse
1681 ter dúvidas sobre a efetividade da aprovação do Relatório com ressalvas. Conselheira **Jurema**
1682 **Werneck** apoiou a fala do conselheiro Clóvis Boufleur e acrescentou preocupação com as
1683 justificativas de que parte do problema está em outros ministérios, vez que se trata de uma mesma
1684 gestão com as mesmas obrigações. Salientou que o CNS tem demonstrado a sua disposição em
1685 colaborar para que o Ministério da Saúde avance, mas não é possível aguardar mais, pois a demora
1686 traz graves prejuízos aos usuários do Sistema. Como encaminhamento, defendeu que as contas não
1687 fossem aprovadas porque descumpriam a Lei e contribuem para violação dos direitos à saúde das
1688 pessoas. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** explicou que a COFIN debateu amplamente o
1689 encaminhamento a ser adotado em relação ao RAG 2010 e, diferente de anos anteriores, a Comissão
1690 trouxe para o debate a questão da política econômica e tributária nacional. Informou que uma
1691 pesquisa do Senado Federal demonstrou que 70% da população avalia que o SUS possui recursos e
1692 o principal problema é a gestão, e os principais meios de comunicação reafirmam essa posição.
1693 Salientou que é obrigação da COFIN dar repercussão política sobre o problema do subfinanciamento
1694 do SUS. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**, diante do contexto de luta por mais recursos para
1695 a saúde, avaliou que o CNS não devia aprovar o RAG 2010, nem mesmo com ressalvas. Na sua
1696 avaliação, aprovar o Relatório significaria ratificar questões que contribuem para o subfinanciamento
1697 do SUS. Conselheiro **Jurandi Frutuoso** reiterou que a situação atual é grave e que o principal
1698 problema é a falta de recurso. Explicou que somente no dia anterior foram enviados aos Estados os
1699 relatórios com os levantamentos e esses entes têm o prazo de quinze dias para contestação.
1700 Contudo, o levantamento foi publicado no Jornal *Folha de São Paulo* antes, inclusive, do envio aos
1701 Estados e manifestação destes. Com encaminhamento, sugeriu que o CNS devolva o RAG ao
1702 Ministério da Saúde, sem manifestação (aprovação ou não), definindo prazo para que os responsáveis
1703 pelas medidas não cumpridas apresentem justificativas do não cumprimento. Por fim, sugeriu que o
1704 CNS aprove o mérito de uma proposta de resolução para transferência automática dos recursos do
1705 Tesouro Nacional para o Fundo Nacional de Saúde. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**
1706 destacou que esse tema demanda tempo, inclusive porque é preciso convencer a sociedade sobre a
1707 necessidade de aprovação da EC nº. 29 com uma contribuição social da saúde. Ressaltou que o
1708 parecer final da COFIN aponta que muitas questões não foram respondidas e, portanto, concordou
1709 com a proposta de definir um prazo para respostas do Ministério da Saúde e aprofundamento do
1710 debate no Conselho. Também registrou que a base da CONTAG entende que o Programa Farmácia
1711 Popular fez diferença e defende inclusive a sua ampliação. Assim, é preciso debater os problemas e o
1712 mérito desse Programa. Conselheira **Júlia Maria Roland** avaliou que o CNS deve considerar a
1713 reflexão da COFIN e não desaprovar o RAG 2010, com definição de prazo para avaliação. No mais,
1714 salientou o empenho da atual gestão do Ministério da Saúde em melhorar os mecanismos de gestão
1715 visando otimizar a execução orçamentária e a utilização de recursos. Conselheiro **Abrahão Nunes da**
1716 **Silva** também discordou da proposta de aprovar o Relatório com ressalvas e manifestou especial
1717 preocupação com os Restos a Pagar. Também avaliou que a inclusão do pagamento da Farmácia
1718 Popular no SUS fere o princípio da gratuidade. Concordou com a proposta do conselheiro Jurandi
1719 Frutuoso, contudo, lamentou que essa saída não resolverá os problemas colocados. Conselheiro
1720 **Francisco Batista Júnior** registrou desconforto com o fato de não haver repasse direto para o FNS.
1721 No mais, salientou que as críticas dos conselheiros não se referem à equipe técnica do MS, uma vez
1722 que o CNS reconhece o esforço da área e as limitações. **Retorno da mesa.** O Coordenador Geral de
1723 Planejamento SPO/MS, **Ayrton Galiciani Martinello**, lembrou que as ressalvas dos relatórios

1724 anteriores apontam a necessidade de debate, por isso, é preciso fazê-lo. Conselheiro **Fernando Luiz**
1725 **Eliotério** lembrou que foram três rodadas de debate entre COFIN/CNS e SPO/MS com perguntas e
1726 respostas. Salientou que a questão é: o que o Ministério da Saúde propõe para resolver para as
1727 questões apontadas pela COFIN/CNS. Se for o caso, definir um prazo para sanar as questões. O
1728 assessor da COFIN, **Francisco Funcia**, ressaltou que, além das justificativas do não cumprimento, o
1729 Ministério da Saúde deve apontar o que será feito para reverter a situação. A integrante da COFIN, **Eli**
1730 **Iola Andrade**, explicou que o maior problema de gestão refere-se ao fato de o MS não possuir
1731 autonomia para execução do orçamento da saúde. Assim, destacou que o CNS, ao assumir posição,
1732 dá suporte para reposicionamento diante do Ministério da Fazenda. Após considerações, o Pleno
1733 chegou a consenso sobre a proposta de definir o prazo até novembro de 2011 para que o Ministério
1734 da Saúde se manifeste acerca do que será feito daqui para frente em relação às ressalvas ao RAG
1735 2010, apontadas pela COFIN/CNS. **Deliberação: o Plenário definiu, por consenso, o prazo até**
1736 **novembro de 2011 para que o Ministério da Saúde se manifeste acerca do que será feito daqui**
1737 **para frente em relação às ressalvas ao RAG, apontadas pela Comissão.** Também foi aprovado o
1738 **mérito de uma proposta de resolução para transferência automática dos recursos do Tesouro**
1739 **Nacional para o Fundo Nacional de Saúde (o assessor da COFIN redigirá o texto que será**
1740 **apresentado na próxima reunião do CNS).** Conselheiro **Francisco Batista Júnior** agradeceu os
1741 integrantes da mesa e encerrou este item. **ITEM 6 – REGULAMENTAÇÃO DA EC N°. 29 -**
1742 **Apresentação:** Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério**, Coordenador da COFIN; e Prof. **Elias Antônio**
1743 **Jorge**, Consultor Técnico do Departamento de Economia do Ministério da Saúde. **Coordenação:**
1744 Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, da Mesa Diretora do CNS. O consultor técnico do
1745 Departamento de Economia do Ministério da Saúde, **Elias Antônio Jorge**, fez uma explanação sobre
1746 a reunião da Câmara Técnica do SIOPS que debateu, dentre outras questões, a regulamentação da
1747 EC n°. 29. Antes, cumprimentou a COFIN/CNS pela qualidade do relatório a respeito do RAG 2010 e
1748 destacou, dos aspectos colocados, a afirmação que é impossível debater regulamentação da EC n°.
1749 29 sem debater o contexto geral, incluindo a reforma tributária. Nesse sentido, sugeriu que o CNS
1750 inclua na ordem do dia, além do debate da regulamentação da Emenda, a proposta de reforma
1751 tributária, que diz respeito ao financiamento da seguridade social como um todo. Começou explicando
1752 que a Câmara Técnica elegeu duas prioridades de acompanhamento em 2011: reforma tributária e
1753 regulamentação da EC n°. 29. A respeito da EC n°. 29, informou que foram disponibilizados aos
1754 conselheiros um documento, de sua autoria, com a proposta para financiamento adicional do SUS
1755 com mudança de paradigma e uma Nota Técnica do Departamento de Economia da Saúde,
1756 Investimentos e Desenvolvimento – DESID/SE sobre a proposta de instituição da Contribuição Federal
1757 sobre Movimentação Financeira. Explicou que, ainda que a proposta mais generosa de
1758 regulamentação da EC n°. 29 viesse a ser aprovada, não resolveria o problema do subfinanciamento
1759 do SUS. Detalhou que, caso todos os estados passem a aplicar rigorosamente 12% da receita de
1760 impostos (mais ou menos 8,5% do PIB), o percentual seria de 1% do PIB para o SUS. E, caso os
1761 municípios continuem aportando 15% da receita de impostos (mais ou menos 7% do PIB) se chegaria
1762 a aproximadamente 1% do PIB para o SUS. Além disso, caso aprovadas as propostas mais
1763 generosas (10% das Receitas Correntes Brutas ou 18% das Receitas Correntes Líquidas) contidas
1764 nos projetos de regulamentação da EC n°. 29, a parcela da União passaria a ser de aproximadamente
1765 2,5% do PIB para o SUS. Sendo assim, o montante das três esferas seria em torno de 4,5% do PIB
1766 para o SUS, muito aquém da necessidade de financiamento estimada em 6% do PIB. No mais,
1767 salientou que, na avaliação da Câmara Técnica, não há possibilidade de aporte de recurso que não
1768 seja por parte da União e este aporte adicional deve ser direcionado para atenção básica e primária.
1769 Também destacou que é preciso combater duas falácias, a primeira é “gestão ruim justificada pela
1770 falta de recursos”, ressaltando que é possível fazer mais e melhor com pouco recurso disponível. A
1771 segunda é “o único problema do SUS é a gestão”, entendendo que é preciso melhorar a gestão e
1772 garantir recurso adicional. A respeito da regulamentação da EC n°. 29, disse que é possível sintetizar
1773 o processo de regulamentação da seguinte maneira: a Câmara dos Deputados aprovou projeto
1774 (substitutivo do Deputado Guilherme Menezes ao Projeto de Lei do Deputado Roberto Gouveia) e
1775 encaminhou ao Senado Federal; o Senado Federal desconheceu o projeto da Câmara dos Deputados
1776 e elaborou novo projeto (projeto do Tião Viana, incluindo os 10% das receitas correntes escalonadas);
1777 a Câmara dos Deputados desconheceu o projeto do Senado Federal e elaborou novo substitutivo
1778 (projeto do Deputado Pepe Vargas que inclui os dezesseis artigos relativos à CSS) e enviou ao
1779 Senado Federal. Explicou que a preocupação refere-se à possibilidade de aprovação, no Senado
1780 Federal, da proposta com duas aberrações contábeis introduzidas nos parágrafos 2º e 3º do artigo 6º:
1781 quatro anos de carência para os Estados e exclusão da parcela do FUNDEB do percentual de 12%
1782 para a saúde. Nesse sentido, salientou a importância de movimentos em defesa dos 10% das
1783 Receitas Correntes Brutas, mas, em todo caso, a Câmara Técnica do SIOPS está discutindo
1784 alternativas para os 10%. Disse que outra preocupação refere-se ao risco de reproduzir o que ocorreu
1785 em 2007: renovação da DRU e extinção da CPMF (à época). Lembrou que a DRU retira recursos
1786 substantivos do orçamento da seguridade social e direciona para dívida. Explicou que se a proposta
1787 de reforma tributária fosse acatada a DRU passaria a ser permanente (“IVA F”) e o grande risco é

1788 banir garantias e direitos. Explicou que a preocupação deve ser combinada: avaliar o quadro e
1789 correlação de forças a ser enfrentada, considerando a proposta de 10% das Receitas Correntes
1790 Brutas ou de 18% das Receitas Correntes Líquidas, que é a melhor, e as poucas chances de ser
1791 aprovada. Assim, apontou que a alternativa é uma grande articulação, chamada pelo movimento
1792 sanitário, entre Câmara dos Deputados e Senado Federal e governo e oposição. Também apresentou
1793 como alternativa para negociação a proposta de criar a Contribuição Federativa sobre Movimentação
1794 Financeira – CFMF, nos moldes da CPMF, com alíquota máxima de 0,30%, como fonte adicional à
1795 atenção básica e condicionantes à União para o aporte direto e automático de recursos e garantia de
1796 condicionalidades de aportes indiretos, pela União, de recursos aos Estados, DF e Municípios.
1797 Detalhou que a proposta visa repatriar para os cofres públicos parte da CPMF, que continua a ser
1798 arrecadada, mas com apropriação privada através dos preços de mercadorias e serviços. Aproveitou
1799 para destacar que nunca houve tributo com grau de equidade da CPMF, uma vez que é progressiva,
1800 tem efeito fiscalizador, é de difícil sonegação, emissão e evasão fiscal. De todo modo, salientou que a
1801 CFMF não é uma solução definitiva para o financiamento do SUS, mas uma solução emergencial que
1802 permita desbloquear o impasse na regulamentação da EC nº. 29 e induzir uma mudança de
1803 paradigma, de modelo de atenção centrado na doença para modelo de atenção centrado na saúde.
1804 Ressaltou que a intenção é buscar a ruptura com a gestão refém da demanda das doenças,
1805 viabilizando a gestão baseada nas necessidades de saúde da população. Por fim, apresentou a
1806 proposta de criar um comitê da Câmara Técnica do SIOPS e da COFIN para acompanhar o processo
1807 de tramitação da proposta de regulamentação da EC nº. 29 e de reforma tributária. Conselheiro
1808 **Fernando Luiz Eliotério** solicitou esclarecimentos sobre as Notas Técnicas da análise do balanço
1809 dos Estados e da aplicação dos recursos da União, que estão em consulta pública. **Manifestações**.
1810 Conselheiro **Olympio Távora Correa** colocou o entendimento de que o recurso do DPVAT é um
1811 reembolso ao SUS, visto que se dispõe a pagar o Sistema pelo atendimento de acidentes de trabalho.
1812 Assim, avaliou que esse recurso não poderia ser computado para fins de cumprimento do mínimo
1813 constitucional como é feito. Conselheira **Rosangela da Silva Santos** destacou que a campanha
1814 contra a CPMF é o maior entrave para articulação em favor da criação de uma nova contribuição.
1815 Salientou ainda que a imprensa reproduz a informação, que é o pensamento da população, que o
1816 SUS não tem problema de financiamento, mas sim de gestão. Desse modo, avaliou que o Ministério
1817 da Saúde deve chamar a imprensa para divulgar informações sobre a CPMF e o seu grau de
1818 equidade, demonstrando que pode gerar melhores serviços de saúde, na linha de convencer a
1819 sociedade a participar e contribuir nesse processo e mais recursos para a saúde. Além disso,
1820 destacou que a regulamentação da EC nº. 29 ainda é um tema desconhecido e fora do debate da
1821 população. A respeito da tributação, destacou que o cidadão deve tomar ciência de que existe uma
1822 carga tributária no país, de que ele é quem paga mais e que pode contribuir com a questão econômica
1823 da saúde no Brasil. Conselheiro **Pedro Tourinho de Siqueira** salientou que o primeiro consenso a ser
1824 construído é que o SUS é subfinanciado e, portanto, é preciso lutar por mais recursos. Nessa linha,
1825 destacou o movimento Primavera da Saúde que defende mais recursos para a saúde e a bandeira de
1826 10% das Receitas Correntes Brutas da União para a saúde. Por fim, conclamou todos os movimentos
1827 a participar desse processo. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** salientou que o debate acerca
1828 do financiamento requer uma ampla aliança da sociedade brasileira em torno do problema do
1829 subfinanciamento do SUS. Concordou que é preciso pensar nas alternativas, mas lamentou a
1830 ausência de atores importantes como Centrais Sindicais e Conselhos de Secretários de Saúde no
1831 movimento Primavera da Saúde. Conselheira **Eliane Aparecida Cruz** salientou que o debate sobre a
1832 saúde está na pauta nacional e este é um momento propício para abordar as questões acerca de
1833 financiamento. Ressaltou que é preciso considerar nesse debate o lobby para venda de planos
1834 privados de saúde para os 40 milhões de brasileiros que conseguiram melhores condições de vida.
1835 Destacou ainda que as conferências estaduais de saúde, de um modo geral, têm debatido mais o
1836 tema gestão que o tema financiamento e este, quando discutido, não é feito segundo uma linha
1837 conjuntural. Por fim, disse que é necessário articular a agenda da Presidente da República, que tem a
1838 saúde como uma das prioridades, à agenda do movimento social. **Retorno da mesa**. Prof. **Elias**
1839 **Antônio Jorge**, consultor técnico do Departamento de Economia/MS, começou a fala lamentando a
1840 divulgação da nota técnica sobre a situação dos Estados, antes de ter sido encaminhada aos Estados,
1841 mas informou que foram tomadas medidas para que esse fato não se repita. Também respondeu que,
1842 além da nota sobre a União, encaminhada à SPO/MS para respostas, a Câmara Técnica elaborou
1843 nota sobre os Municípios, encaminhada ao CONASEMS para manifestação. Em relação ao DPVAT,
1844 explicou que as receitas, independente da partição, acabam sendo utilizadas no âmbito do orçamento
1845 da saúde e, por isso, é considerada ações e serviços de saúde. Salientou que o SUS é tão
1846 subfinanciado que, ainda que a melhor proposta seja aprovada, não resolverá esse problema.
1847 Ressaltou que é preciso divulgar o que o SUS faz de bom (criar o “beneficiômetro do SUS”) e não
1848 apenas as tragédias. Por fim, enfatizou que o momento é privilegiado para aprofundar o debate sobre
1849 o financiamento do SUS e a concepção de segurança formulada na Constituição Federal de 1988.
1850 Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** conclamou as entidades que compõem o CNS a incentivar
1851 e participar de debates nos estados com os senadores sobre financiamento da saúde. Também

1852 conclamou a todos para participar ato público na Esplanada dos Ministérios, no dia 30 de novembro
1853 de 2011, em defesa do SUS e garantia de financiamento. **Deliberação: accordou-se que o diretor de**
1854 **Articulação de Redes de Atenção – DARA, Adail de Almeida Rollo e o coordenador da COFIN,**
1855 **Conselheiro Fernando Luiz Eliotério, se reunirão para definir uma forma de acompanhamento**
1856 **do processo parlamentar de votação da proposta de regulamentação da EC nº. 29.** Antes de
1857 interromper para o almoço, a Secretaria Executiva do CNS informou que o Ministério do Planejamento
1858 Orçamento e Gestão e a Secretaria-Geral da Presidência da República convidam para participar do
1859 Segundo Fórum Interconselhos: Devolutiva e Participação Social no Monitoramento do PPA (Plano
1860 Plurianual) 2012-2015. Data: 13 de outubro. Hora: das 9 às 18hs. Local: Auditório do Interlegis, em
1861 Brasília e nas Assembléias Legislativas dos Estados. Trata-se de um encontro via teleconferência com
1862 transmissões a partir de Brasília e dos Estados que estarão ligados à rede. **A esse respeito,**
1863 **acordou-se que a SE/CNS enviará informativo para estimular a participação dos conselheiros**
1864 **nas assembléias legislativas.** Definido esse ponto, a mesa interrompeu para o almoço. A mesa
1865 retomou com o item 5 da pauta. **ITEM 5 – INFORMES E INDICAÇÕES - RESOLUÇÃO FORMAÇÃO**
1866 **PROFISSIONAL – DUAS MOÇÕES SOBRE O RIO DE JANEIRO – UMA MOÇÃO SOBRE A**
1867 **PARAÍBA - Apresentação: Rozângela Fernandes Camapum, Secretária Executiva do CNS.**
1868 **Coordenação: Conselheiro José Marcos de Oliveira, da Mesa Diretora do CNS.** 1) **RECOMENDAÇÃO SOBRE O PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO**
1869 **DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNTS) NO BRASIL 2011-2022** (*pendência da*
1870 *última reunião do CNS*) – Conselheiro **José Marcos de Oliveira** fez a leitura da minuta de
1871 recomendação: “considerando que o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças
1872 Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) no Brasil 2011-2022 visa preparar o Brasil para enfrentar e
1873 deter, nos próximos dez anos, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre as quais:
1874 acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias
1875 crônicas; considerando que nos determinantes sociais das DCNTs são apontadas as desigualdades
1876 sociais, as diferenças no acesso aos bens e aos serviços, a baixa escolaridade, as desigualdades no
1877 acesso à informação, além dos fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo de bebida
1878 alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada, tornando possível sua prevenção;
1879 considerando que o objetivo do Plano de Enfrentamento de DCNT é o de promover o desenvolvimento
1880 e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências
1881 para a prevenção e o controle das DCNTs e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde
1882 voltados às doenças crônicas; considerando ainda que o Plano aborda os quatro principais grupos de
1883 doenças (circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e seus fatores de risco em comum
1884 modificáveis (tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade) e define
1885 diretrizes e ações em: a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento; b) promoção da saúde; c)
1886 cuidado integral; considerando que o conjunto das principais ações e das metas nacionais que serão
1887 importantes estratégias de reversão ao impacto socioeconômico das DCNTs. O Conselho Nacional
1888 de Saúde vem a público recomendar aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, bem como ao
1889 conjunto de organizações da sociedade civil a adesão à declaração de apoio à implementação do
1890 Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis
1891 (DCNT) no Brasil, 2011-2022. A Secretaria Executiva do CNS informou que, ao final da última reunião,
1892 em que o tema foi debatido, foi enviado informativo. A respeito da minuta, foram apresentadas as
1893 seguintes sugestões: no primeiro considerando, explicitar outros determinantes sociais relativos a
1894 iniquidades; e contemplar no texto o termo “nutrição” além de “alimentação”. **Deliberação: aprovada**
1895 **a resolução sobre formação profissional com sugestões dos conselheiros.** 2) **MOÇÃO DE**
1896 **APOIO** (*pendência da*
1897 *última reunião do CNS*) – Conselheiro **José Marcos de Oliveira** fez a leitura da
1898 proposta de moção de apoio à implementação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento
1899 das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. Sugestão: solicitar que o
1900 Plano considere outras DCNTs, a exemplo da esclerose múltipla. **Deliberação: aprovada a moção**
1901 **de apoio à implementação do referido Plano e a proposta de enviar solicitação às áreas do**
1902 **Ministério da Saúde que, na avaliação do Plano, considerem a possibilidade de contemplar**
1903 **outras DCNTs como esclerose múltipla.** 3) **MOÇÕES DE REPÚDIO** (*pendências da*
1904 *última reunião do CNS*) – Primeiro, Conselheiro **José Marcos de Oliveira** fez a leitura da moção de repúdio sobre o
1905 Estado da Paraíba. O texto é o seguinte: “Considerando o ato intransigente e antidemocrático de
1906 cerceio à voz pública por parte da Câmara Municipal de João Pessoa, impedindo trabalhadores e
1907 usuários do SUS de manifestar sua posição contrária à proposta de implantação de Organizações
1908 Sociais no estado, o CNS vem manifestar seu total repúdio à atitude dessa casa, juntando-se aos
1909 trabalhadores e usuários do SUS na defesa intransigente de um Sistema Único de Saúde 100%
1910 público na gestão e na prestação de serviços no Estado da Paraíba. Concluída a leitura, a sugestão
1911 foi de contemplar no texto da moção o repúdio contra a violência sofrida pelos trabalhadores e
1912 usuários do SUS, sem entrar no mérito da questão das OSs. Como alternativa, foi sugerida a exclusão
1913 do terceiro parágrafo. **Deliberação: aprovada a moção de repúdio com a exclusão do terceiro**
1914 **parágrafo.** Em seguida, Conselheiro **José Marcos de Oliveira** fez a leitura da proposta de moção
1915 sobre fato ocorrido no Estado do Rio de Janeiro. O texto é o seguinte: “Considerando o ato

1916 intransigente e antidemocrático de cerceio à voz pública por parte da Assembleia Legislativa do
1917 Estado do Rio de Janeiro, impedindo trabalhadores e usuários do SUS de manifestar sua posição
1918 contrária à proposta de implantação de Organizações Sociais no estado, o CNS vem manifestar seu
1919 total repúdio à atitude dessa casa". **Deliberação: aprovada a moção de repúdio.** A seguir,
1920 Conselheiro **José Marcos de Oliveira** leu a proposta de moção de apoio à luta dos trabalhadores e
1921 usuários do Estado da Paraíba. O texto é o seguinte: "Considerando a luta desenvolvida pelos
1922 trabalhadores e usuários do estado da Paraíba em resistência à regulamentação da criação de
1923 Organizações Sociais que representa privatização do SUS em seu estado, o CNS vem manifestar seu
1924 total apoio aos trabalhadores e usuários do Estado da Paraíba juntando-se a eles na luta contra a
1925 privatização do SUS e defesa intransigente de um Sistema Único de Saúde 100% público na gestão e
1926 na prestação de serviços no Estado da Paraíba." **Deliberação: aprovada a moção de apoio à luta**
1927 **desenvolvida pelos trabalhadores e usuários do estado da Paraíba.** A respeito da resolução sobre
1928 formação profissional, acordou-se que seria retomada posteriormente, destinando prazo para se
1929 chegar a acordo. **Pendências - RESOLUÇÃO SOBRE SAÚDE MENTAL** - desdobramento do item 2
1930 da pauta. Antes de ler a minuta de resolução, conselheira **Ermínia Ciliberti** sugeriu que a assessoria
1931 de comunicação do CNS elabore uma nota esclarecendo o mérito do debate do item 2 da pauta
1932 (Política de Combate ao Álcool e outras Drogas, rede de cuidados e internação compulsória) e a
1933 proposta de resolução do CNS, tendo em vista matérias da imprensa com informações distorcidas
1934 sobre a posição do CNS. Na sequência, conselheiro **José Marcos de Oliveira** fez a leitura da minuta
1935 de resolução resultado do debate do item 2 da pauta: "considerando que o artigo 196 da Constituição
1936 Federal determina que a saúde, direito de todos e dever do Estado, é garantida mediante políticas que
1937 visem a redução dos riscos à saúde e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para
1938 promoção, proteção e recuperação da saúde; considerando a Lei nº. 10.216, de 6 de abril de 2001,
1939 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o
1940 modelo assistencial em saúde mental; considerando que a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool
1941 e outras Drogas representa um grande avanço para a Reforma Psiquiátrica Brasileira; considerando o
1942 Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de
1943 1990, e que o artigo 5º apresenta que a Região de Saúde deve conter no mínimo ações e serviços de
1944 atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e
1945 hospitalar e vigilância em saúde; e considerando que o investimento na expansão e qualificação da
1946 Rede de Atenção Psicossocial é uma das prioridades do Ministério da Saúde na atual gestão. O CNS
1947 resolve: que sejam congregados esforços governamentais e forças sociais para aumentar a
1948 destinação de recursos financeiros para a Rede de Atenção Psicossocial, especialmente nas esferas
1949 federal, estadual e do Distrito Federal; que a gestão federal, estadual, do Distrito Federal e municipal
1950 garantam ações necessárias para o funcionamento efetivo da Rede de Atenção Psicossocial, que
1951 pode ser uma das portas de entrada às ações e aos serviços de saúde nas redes de atenção à saúde,
1952 com agenda aberta e acolhimento humanizado, capaz de prestar atenção em saúde mental, álcool e
1953 outras drogas resolutiva, equânime e multiprofissional, com condições de garantir o cuidado do
1954 usuário no território, a partir da construção de um projeto terapêutico individual, com vistas à
1955 reinserção social, mesmo quando necessite de serviços de outras redes; que o controle social, a
1956 participação da comunidade nos serviços de saúde e informações sobre a opinião e satisfação do
1957 usuário sejam fatores permanentes de crítica, proposição e orientação para o avanço da Política
1958 Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, assim como para a organização e atuação dos
1959 serviços da Rede de Atenção Psicossocial; e que sejam ampliadas as políticas para a formação de
1960 profissionais em saúde mental em todas as regiões e localidades do país, principalmente nas mais
1961 vulneráveis e de difícil acesso, universalizando de fato o direito à saúde. **Deliberação: a resolução**
1962 **do CNS foi aprovada.** Além disso, não houve manifestação contrária à proposta de elaborar uma
1963 nota do CNS, esclarecendo o debate do item 2 da pauta (Política de Combate ao Álcool e outras
1964 Drogas, rede de cuidados e internação compulsória), tendo em vista matérias da imprensa com
1965 informações equivocadas sobre a posição do CNS. A assessoria de comunicação do CNS redigirá a
1966 nota. Definido esse ponto, foi aberta palavra para apresentação de outras propostas de moção.
1967 Conselheiro **Bruno Metre Fernandes**, considerando a situação de sucateamento e das condições
1968 inadequadas de ensino e trabalho do Campus da Universidade de Brasília em Ceilândia, sugeriu que
1969 o CNS aprove uma moção de apoio aos reiterados pedidos de suspensão, feitos por comissão de
1970 acadêmicos e professores da UNB, do vestibular de 2012, para o campus da Universidade em
1971 Ceilândia. E, além disso, manifeste apoio a não criminalização de manifestações estudantis que não
1972 causam prejuízo ao patrimônio público. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** fez a leitura da minuta
1973 de resolução proposta pelo conselheiro Bruno Metre: "Considerando que, desde 2008, o campus da
1974 Universidade de Brasília em Ceilândia funciona com instalações provisórias; considerando o atraso de
1975 três anos nas obras por parte da empreiteira responsável; considerando que não há como garantir
1976 para o próximo semestre de 2012 a recepção de 130 novos alunos; considerando a responsabilidade
1977 e o compromisso com a universidade pública, com a qualidade de ensino e com sociedade;
1978 considerando a solidariedade de exaustão em função das condições inadequadas de estudo e de
1979 trabalho impostas aos docentes e os 1.500 lotados no campus da Ceilândia; considerando que o

1980 Conselho da Faculdade da UnB, em Ceilândia, decidiu, nesse mês de setembro, manter a sua decisão
1981 de encaminhar ao Conselho Superior da Universidade de Brasília proposta de suspensão da
1982 realização do vestibular até que os prédios da sede definitiva sejam entregues; e considerando que o
1983 cenário imposto à sociedade no campus da UnB, em Ceilândia, oferta risco grave à formação em
1984 saúde com impacto na qualidade dos profissionais que serão lançados no seio da sociedade
1985 brasileiro". O Plenário do Conselho Nacional de Saúde vem a público declarar apoio aos reiterados
1986 pedidos de suspensão, feitos por comissão de acadêmicos e professores da UnB, do vestibular de
1987 2012, para o campus da Universidade, em Ceilândia, e, também, manifesta apoio pela não
1988 criminalização de manifestações estudantis, que não causam prejuízo ao patrimônio público, que
1989 lutam pela defesa do ensino público de qualidade, especialmente por condições mínimas e adequadas
1990 de ensino na Universidade de Brasília." Ao final da leitura, conselheiro **José Marcos de Oliveira**
1991 solicitou vistas à moção, de forma a possibilitar análise mais aprofundada, inclusive pela CIRH e pelo
1992 MEC, para subsidiar a posição do Conselho. Conselheiro **Clóvis Boufleur** perguntou se assunto foi
1993 debatido no Conselho de Saúde do DF, entendendo que os debates devem chegar ao CNS de forma
1994 ascendente, como uma instância recursal. Conselheiro **Volmir Raimondi** avaliou que o MEC é o
1995 fórum mais adequado para tratar desse assunto. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** destacou que
1996 o tema merece um posicionamento político do CNS, e a proposta de suspender o vestibular um
1997 debate mais aprofundado. Conselheiro **Bruno Metre Fernandes** lembrou que a Universidade de
1998 Brasília é um órgão federal, portanto, a capacidade de interferência do Conselho de Saúde do Distrito
1999 Federal é restrita. Contudo, destacou que essa é uma situaçãoposta na sociedade, tendo sido
2000 noticiadas nos últimos anos reiteradas vezes e urge de manifestação do CNS. Discordou que essa
2001 matéria deva ser objeto de debate na CIRH visto que vai além da análise de cursos, envolvendo
2002 aspectos relativos à responsabilidade social, à lógica de desconstrução das universidades públicas...
2003 Conselheiro **José Marcos de Oliveira** manteve o seu pedido de vistas à moção e envio à CIRH e ao
2004 MEC para análise e subsídio à posição do CNS. Conselheiro **Clóvis Boufleur** solicitou o envio de
2005 ofício à UnB informando que o CNS tomou conhecimento da situação e se manifestará a respeito.
2006 Conselheiro **José Marcos de Oliveira** ponderou que pode ser feito convite às autoridades
2007 competentes para participar do debate da moção na próxima reunião. **Deliberação: o debate da**
2008 **moção foi suspenso por conta do pedido de vistas do Conselheiro José Marcos de Oliveira. A**
2009 **proposta será submetida à análise da CIRH e do MEC para subsidiar a posição do CNS. O tema**
2010 **será retomado na próxima reunião do CNS. Além disso, acordou-se que deverá ser enviado**
2011 **ofício à UnB, informando que o CNS tomou conhecimento da situação e se manifestará a**
2012 **respeito.** Conselheiro **Bruno Metre Fernandes** informou que irá protocolar no CNS denúncia da
2013 situação do campus da UnB em Ceilândia embasada com documentos. Conselheiro **José Marcos de**
2014 **Oliveira** salientou que a Mesa Diretora deveria debruçar-se sobre a forma como os assuntos chegam
2015 ao CNS e a manifestação por meio de moções, resoluções e recomendações. A seguir, conselheira
2016 **Maria de Lourdes Rodrigues** apresentou a minuta de moção de apoio à Ação Civil Pública, ajuizada
2017 pelo Ministério Público Federal em São José dos Campos, contra as empresas de cervejaria Ambev,
2018 Schincariol e Femsa com pedido de indenização pelo aumento dos danos causados pelo consumo de
2019 cerveja e chopp. **Deliberação: a moção de apoio à Ação Civil Pública, ajuizada pelo Ministério**
2020 **Público Federal em São José dos Campos.** Na sequência, conselheiro **José Marcos de Oliveira**
2021 **apresentou** a minuta de recomendação, elaborada pelos Conselheiros **Francisco Batista Júnior,**
2022 **Clóvis Boufleur e Lígia Bahia**, sobre a decisão da Anvisa acerca da substância Sibutramina. O texto
2023 é o seguinte: "considerando as constatações e proibições internacionais a respeito dos efeitos nocivos
2024 à saúde do fármaco denominado sibutramina utilizado para redução de peso no tratamento de
2025 obesidade, o Conselho Nacional de Saúde vem a público recomendar à Agência Nacional de
2026 Vigilância Sanitária (Anvisa) a suspensão da fabricação, importação, distribuição, comércio e uso,
2027 em todo o território nacional, da substância sibutramina. **Deliberação: o Pleno aprovou, por**
2028 **unanimidade, a recomendação à Anvisa.** Em seguida, conselheira **Eline Jonas** falou da proposta
2029 de moção de apoio à solicitação da Secretaria de Políticas para as Mulheres ao Conar para suspender
2030 a campanha "Hope ensina", por entender que se trata de uma peça publicitária que fere vários itens do
2031 Código do CONAR ao se colocar de forma sexista e enganosa e explorar o erotismo e a sensualidade.
2032 A seguir, conselheiro **José Marcos de Oliveira** fez a leitura da moção de apoio ao posicionamento da
2033 Secretaria de Política para as Mulheres da Presidência da República em Defesa dos Direitos das
2034 Mulheres Brasileiras e contra estereótipos na propaganda. O texto é o seguinte: "O Conselho Nacional
2035 de Saúde manifesta seu apoio à legítima solicitação da Secretaria de Políticas para as Mulheres ao
2036 CONAR para a suspensão da campanha "Hope ensina", por entender que se trata de uma peça
2037 publicitária que fere vários itens do Código do CONAR ao se colocar de forma sexista e enganosa e
2038 explorar o erotismo e a sensualidade. O CNS também manifesta seu apoio às organizações e
2039 Movimento de Mulheres brasileiras, que, há décadas, debatem o tema da representação da imagem
2040 da mulher na publicidade com a perspectiva de exigir dos agentes da propaganda brasileira
2041 responsabilidade social e postura cidadã e têm apontado a necessidade de mudanças no sistema
2042 midiático em nosso país de forma a garantir a liberdade de expressão e o direito à comunicação de
2043 todos e todas. Cabe ressaltar que este é um tema que também diz respeito à saúde da população.

2044 Pesquisas realizadas ao longo das últimas duas décadas por agências de renome no mercado
2045 publicitário nacional e internacional e pela indústria de cosméticos revelam que as mulheres não se
2046 identificam em nada com as mulheres glamorosas e perfeitas que são exibidas nas propagandas –
2047 sempre magras, jovens, brancas e loiras. A irreabilidade da representação da mulher é assunto antigo e
2048 persistente. A imposição desse modelo ideal faz com que a mulher seja presa fácil de todo tipo de
2049 manipulação, que configura uma propaganda enganosa. Sabe-se que a frustração feminina com a
2050 própria imagem e a consequente busca por uma aparência mais próxima dos padrões repetidos à
2051 exaustão pela mídia alimentam uma poderosa indústria. A mercantilização de corpos, a reiteração de
2052 estereótipos e a invisibilidade seletiva de nossa diversidade e pluralidade entre mulheres resultam na
2053 coisificação da mulher na publicidade, com impactos negativos na saúde. A propaganda
2054 estereotipada reafirma preconceitos e desigualdades de gênero e raça associados ao risco de
2055 violências, sofrimento físico e mental, além de ser uma afronta à democracia. O Brasil é signatário da
2056 Convenção de Belém do Pará/Convenção Interamericana para prevenir e erradicar a violência contra
2057 a mulher, que define a violência como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero que cause morte,
2058 dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública ou privada”, além de
2059 estar comprometido com uma série de instrumentos e tratados nacionais e internacionais que
2060 defendem os direitos das mulheres e buscam promover a igualdade de gênero. O Conselho Nacional
2061 de Saúde destaca ainda que essa iniciativa da Secretaria Especial de Políticas para as
2062 Mulheres/SPM, além de resguardar o cumprimento destes compromissos, contribui para o
2063 aprimoramento da democracia no Brasil. O Conselho Nacional de Saúde adverte: Publicidade que
2064 mercantiliza os corpos das mulheres faz mal à saúde.” A seguir, uma rodada de manifestações em
2065 que emergiram, dentre outras, as seguintes propostas: aprovar o mérito da recomendação; reformular
2066 o texto da moção, com exclusão dos trechos que não se referem diretamente ao mérito; dada a
2067 relevância do tema, continuar o debate em outra oportunidade; e pautar na Mesa Diretora do CNS a
2068 forma como as moções, resoluções e recomendações são apresentadas ao CNS. **Deliberação:**
2069 **aprovado o mérito da moção de apoio à solicitação da Secretaria de Políticas para as Mulheres**
2070 **ao CONAR para a suspensão da campanha “Hope ensina”.** O texto será reformulado com a
2071 **orientação de pautar esse tema posteriormente no CNS.** Além disso, foi solicitado pautar na
2072 **Mesa Diretora do CNS a forma como as moções, resoluções e recomendações são**
2073 **apresentadas ao CNS.** A seguir, conselheiro **Francisco Batista Júnior** apresentou uma minuta de
2074 moção de repúdio, de sua autoria, ao PL que cria a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
2075 (EBSERH). O texto é o seguinte: “ciente de que se encontra no Senado Nacional, o PLC 79/2011,
2076 aprovado na Câmara dos Deputados, sob o número PL 1.749/2011, o qual trata da criação da
2077 Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), o Conselho Nacional de Saúde repudia a
2078 criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), de que trata o PLC 79/2011, em
2079 tramitação no Senado Federal”. **Deliberação:** **a moção de repúdio foi aprovada com 21 votos**
2080 **favoráveis e 5 votos contrários.** Conselheira **Maria Cristhina Pedro Biz** aproveitou para registrar o
2081 lançamento, no Senado Federal, da campanha de divulgação do “teste da orelhinha” e reiterar a
2082 solicitação à Coordenação da Pessoa com Deficiência/MS que normatize a Lei nº. 12.303/10. **ITEM 9**
2083 **– COMISSÃO PERMANENTE DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO – PLANO NACIONAL DE**
2084 **SAÚDE – PNS** - Apresentação: **Ayrton Galiciani Martinello**, Coordenador Geral de Planejamento
2085 SPO/MS; Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério**, Coordenador da COFIN; e **Francisco Funcia**,
2086 assessor da COFIN. Coordenação: Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, da Mesa Diretora do CNS.
2087 O Coordenador Geral de Planejamento/SPO/MS, **Ayrton Galiciani Martinello**, iniciou informando que
2088 a COFIN/CNS encaminhará à SPO/MS as ressaltas ao RAG para as providências. Dito isso, passou à
2089 apresentação do Plano Nacional de Saúde 2012-2012, iniciando-se pelo processo de construção do
2090 documento. Recuperou que o processo de elaboração da proposta do Plano Nacional de Saúde 2012
2091 – 2015 foi estruturado tendo em vista a nova metodologia do Plano Plurianual (PPA) 2012 – 2015,
2092 proposta pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; o uso efetivo dos Instrumentos de
2093 Planejamento no SUS; e a busca de racionalidade e efetividade: redução do número de instrumentos
2094 e do retrabalho e a compatibilidade e interrelação PPA e PNS. Lembrou que a formulação do PNS e
2095 do PPA 2012-2015 iniciou-se em fevereiro, com apresentação da SPO no CNS. Em junho de 2011, foi
2096 apresentada ao CNS a primeira versão do PPA e, em julho, o Conselho debateu a proposta, com a
2097 presença do Ministro da Saúde. Em agosto de 2011, o PPA foi apresentado pela SPO ao CNS e, e
2098 naquele momento, seria apresentado o PNS ao Conselho. Mostrou a interrelação do PPA e do PNS,
2099 explicando que o PPA possui programas, objetivos e metas e o PNS possui objetivo, diretriz e metas.
2100 Acrescentou que as metas do PPA e do PNS são as mesmas; e o programa é o objetivo do PNS e os
2101 objetivos são as diretrizes. Esclareceu que o objetivo do Plano Nacional de Saúde
2102 é aperfeiçoar o Sistema Único de Saúde/SUS para que a população tenha acesso integral a ações e
2103 serviços de qualidade e de forma oportuna, contribuindo assim para a melhoria das condições de
2104 saúde, para a redução das iniquidades e para a promoção da qualidade de vida dos brasileiros. Feitos
2105 esses esclarecimentos, detalhou as diretrizes do Plano Nacional de Saúde. Diretriz I – Garantia do
2106 acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento
2107 das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção

2108 especializada. Diretriz II – Aprimoramento da rede de urgência e emergência, com expansão e
2109 adequação de unidades de pronto atendimento/UPA, de serviços de atendimento móvel de
2110 urgência/Samu, de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.
2111 Diretriz III – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede
2112 Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade. Diretriz IV – Fortalecimento
2113 da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.
2114 Diretriz V – Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças
2115 crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e
2116 prevenção. Diretriz VI – Implementação do subsistema de atenção à saúde indígena, articulado com o
2117 SUS, baseado no cuidado integral, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais,
2118 com controle social, e garantia do respeito às especificidades culturais. Diretriz VII – Redução dos
2119 riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.
2120 Diretriz VIII – Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS. Diretriz IX – Aprimoramento da
2121 regulação e da fiscalização da saúde suplementar, com articulação da relação público-privado,
2122 geração de maior racionalidade e qualidade no setor saúde. Diretriz X – Fortalecimento do complexo
2123 produtivo e de ciência, tecnologia e inovação em saúde como vetor estruturante da agenda nacional
2124 de desenvolvimento econômico, social e sustentável, com redução da vulnerabilidade do acesso à
2125 saúde. Diretriz XI – Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e
2126 democratização das relações do trabalho dos profissionais de saúde. Diretriz XII – Implementação de
2127 novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso,
2128 gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável. Diretriz XIII –
2129 Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e
2130 eficiência para o SUS. Diretriz XIV – Promoção internacional dos interesses brasileiros no campo da
2131 saúde, bem como compartilhamento das experiências e saberes do SUS com outros países, em
2132 conformidade com as diretrizes da política externa brasileira. Acrescentou que cada diretriz apresenta
2133 uma contextualização dos caminhos a serem percorridos para alcançar os objetivos (onde se quer
2134 chegar). Por fim, explicou que o Plano Nacional de Saúde será disponibilizado na semana seguinte
2135 para análise e deliberação na reunião ordinária de novembro de 2011. **Manifestações.** Conselheira
2136 **Eliane Aparecida da Cruz** cumprimentou a SPO/MS pelo trabalho e chamou a atenção para a
2137 coerência entre o planejamento do MS, o PPA, o PNS e a LOA. Avaliou que o PNS mostra-se como
2138 uma oportunidade para construção dos rumos para o SUS nos próximos anos. Também avaliou que o
2139 Conselho deve pautar debate sobre o Decreto 7.508/11, com ênfase no art. 5º, que trata do
2140 planejamento em saúde. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** sugeriu o seguinte adendo à Diretriz
2141 XII após o trecho “foco em resultados, participação social”: “profissionalização, autonomia
2142 administrativa e orçamentária”. Conselheira **Rosangela da Silva Santos** registrou que possui
2143 contribuições ao PNS que serão apresentadas para a próxima reunião. Conselheira **Eliane Aparecida**
2144 **da Cruz** sugeriu aprofundar o debate sobre a sugestão de adendo à Diretriz XII na próxima reunião.
2145 Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** propôs encaminhar a sugestão do conselheiro Francisco Júnior
2146 à COFIN/CNS, para análise. Conselheiro **Clóvis Boufleur** destacou a diretriz VII para salientar que,
2147 além de reduzir riscos, é preciso ser propositivo. Também registrou a importância de pautar na
2148 próxima reunião do CNS o debate sobre a Secretaria de Saúde Indígena, considerando tratar-se de
2149 uma das diretrizes do Plano que demanda posicionamento. **Retorno da mesa.** O Coordenador Geral
2150 de Planejamento SPO/MS, **Ayrton Galiciani Martinello**, sugeriu que as sugestões fossem
2151 encaminhadas à COFIN/CNS com base no documento completo do PNS que seria disponibilizado no
2152 dia 10 de outubro de 2011. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** chamou a atenção para a
2153 importância desse momento de apresentação do PNS e salientou que este é um novo momento.
2154 Disse que a COFIN se reunirá nos dias 26 e 27 e a Comissão receberá as contribuições com base no
2155 documento completo do PNS. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** agradeceu ao coordenador
2156 Geral de Planejamento SPO/MS, Ayrton Galiciani Martinello, pela parceria da Secretaria com a
2157 COFIN. **Deliberação: o Plenário definiu o prazo até novembro de 2011 para que o Ministério da**
2158 **Saúde se manifeste acerca do que será feito daqui para frente em relação às ressalvas ao RAG,**
2159 **apontadas pela Comissão.** Também foi aprovado o mérito de uma proposta de resolução para
2160 transferência automática dos recursos do Tesouro Nacional para o Fundo Nacional de Saúde (o
2161 assessor da COFIN redigirá o texto que será apresentado na próxima reunião do CNS). A seguir,
2162 conselheiro **José Marcos de Oliveira** assumiu a coordenação dos trabalhos e abriu para informes. 1)
2163 Congresso Brasileiro de Fisioterapia. Data: de 9 a 12 de outubro. Local: Florianópolis/SC. 2)
2164 Conselheira **Cleuza de Carvalho Miguel** solicitou que o CNS pauta debate urgente sobre
2165 desabastecimento, em vários Estados, de medicamentos para esclerose múltipla. **Encaminhamento:**
2166 **incluir nas demandas de pauta no CNS.** 3) Conselheiro **Volmir Raimondi** sugeriu pautar debate
2167 sobre assistência farmacêutica e medicamentos especiais, haja vista a falta de medicamentos para
2168 pessoas transplantadas no Rio Grande do Sul. Conselheira **Lígia Bahia** sugeriu pautar as questões
2169 de falta de medicamentos, entendendo a necessidade de melhorar a gestão. **Encaminhamento:**
2170 **incluir nas demandas de pauta do CNS.** 4) Conselheira **Maria Tereza Antunes** registrou a falta do
2171 medicamento metformina, em Recife. Além disso, informou que representaria o CNS no pré-congresso

2172 sobre síndrome de Down, em Canoas/RS e que o VI Congresso Brasileiro de Síndrome de Down
2173 ocorrerá de 10 a 13 de outubro de 2011. **5) Conselheira Nildes de Oliveira de Andrade** informou: que
2174 encaminhará à Mesa Diretora documentos da FENACELBRA com dados do DATASUS, para começar
2175 a discussão sobre a equidade, na 227^a RO do CNS, acerca de falta de gestão (no que se refere à falta
2176 de exames para o diagnóstico da Doença Celíaca, principalmente nos municípios, DF e estados que
2177 recebem recursos financeiros conforme a Portaria nº 2.194/09); a realização da campanha
2178 permanente pela efetivação do "Direito Humano à Alimentação Adequada – Faça Valer": a
2179 recomendação é que o tema seja discutido nas conferências de saúde; o Dia Mundial de Alimentação
2180 – 16 de outubro – com o tema "Preços dos alimentos – da crise à estabilidade". Também solicitou
2181 pauta no CNS para tratar do Plano de Combate à Obesidade no país, tendo em vista os resultados da
2182 Pesquisa de Orçamento Familiar-POF. **Encaminhamento: incluir nas demandas de pauta do CNS.**
2183 **6) Conselheira Graciara Matos de Azevedo** informou que foi distribuído aos conselheiros ofício da
2184 Associação das Vítimas do Césio 137, relatando a situação de penúria que vivem essas pessoas e
2185 solicitou que o documento seja encaminhado à Mesa Diretora do CNS para que o CNS avalie o
2186 documento e se manifeste a respeito. **Encaminhamento: enviar à Mesa Diretora do CNS para**
2187 **avaliação e inclusão nas demandas de pauta.** **7) Conselheiro Clóvis Boufleur** informou que 15 de
2188 outubro é o dia mundial de lavar as mãos, um ato simples que previne até 70% das doenças
2189 infecciosas, e convidou as entidades a participar das atividades desse dia. **8) Conselheiro José Naum**
2190 **de Mesquita Chagas** fez a leitura do ofício da Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais,
2191 encaminhado ao CNS, cumprimentando o Colegiado pela luta em defesa do SUS e destacando o dia
2192 do terapeuta ocupacional – 13 de outubro – e os 42 anos de regulamentação da profissão de nível
2193 superior. Nessa celebração, a Associação solicita que o CNS se manifeste em alusão ao dia do
2194 terapeuta ocupacional, congratulando todos os profissionais dessa categoria inseridos e construindo o
2195 SUS a cada dia. Sugeriu que fosse disponibilizada nota no site do CNS em alusão ao dia do terapeuta
2196 ocupacional - 13 de outubro. **9) Conselheira Rosangela da Silva Santos**, considerando a importância
2197 dos informes, solicitou que fosse pautado em outro momento da reunião, possibilitando que mais
2198 conselheiros os ouçam. Informou que seria debatido na reunião da Comissão de Patologias, no dia 7
2199 de outubro, a situação de medicamento centralizado no Ministério da Saúde, para dispensação dos
2200 pólos, que apresenta bula fora das regras do padrão da ANVISA. Disse encaminharia essa questão ao
2201 CNS com solicitação de revisão e monitoramento sobre as bulas dos medicamentos que são
2202 dispensados. Também informou que a ANS iniciou Grupo Técnico de Assistência Farmacêutica na
2203 Saúde Suplementar, outro tema estruturante que deve ser debatido no CNS. No mais, registrou a sua
2204 participação na Conferência Municipal do Rio de Janeiro, destacando que foi distribuído folheto aos
2205 delegados da conferência com informações sobre temas diversos. Além disso, informou que o Plano
2206 Municipal de Saúde do Rio de Janeiro foi entregue aos delegados para avaliação. Por fim, solicitou
2207 que fosse feito convite ao Departamento de Assistência Farmacêutica para participar da próxima
2208 reunião da Comissão de Patologia e tratar de demandas acerca de medicamentos. **10) Conselheira**
2209 **Jurema Werneck** reafirmou que 27 de outubro é o dia nacional de mobilização pela saúde da
2210 população negra e serão realizadas atividades de entidades nacionais e locais e solicitou que o
2211 Ministério da Saúde participe desse movimento. **11) Conselheira Maria de Lourdes Rodrigues**
2212 solicitou, em nome do Fórum de Usuários, que o tema da 14^a CNS do mês de novembro seja Política
2213 de Promoção da Equidade, com foco nas políticas aprovadas pelo Pleno, incluindo recorte de gênero,
2214 raça, orientação sexual, campo e floresta, geracional, patologias, deficiências e outros determinantes
2215 e condicionantes sociais como renda, moradia e procedência regional. **12) Conselheiro José Marcos**
2216 **de Oliveira** registrou que 11 de outubro é o dia mundial de combate à sífilis e destacou a
2217 preocupação com a sífilis congênita. **13) Conselheiro Fernando Luiz Eliotério** registrou que a
2218 CONAM, junto com outros movimentos, realizou em Brasília movimento em defesa da reforma urbana,
2219 que contou com presença de mais de 2 mil pessoas. Disse que as entidades foram recebidas por
2220 ministros e se reunirão com a Presidente da República. **14) Conselheiro André Luiz de Oliveira**
2221 solicitou que no debate sobre a assistência farmacêutica sejam apresentados os avanços e
2222 contrassenso acerca do uso de medicamentos (troca de medicamentos). **15) Conselheira Eliane**
2223 **Aparecida da Cruz** sugeriu, na próxima reunião do CNS, um ato em comemoração ao dia da
2224 consciência negra e registrou que no dia 1º de outubro comemorou-se o dia nacional do idoso e,
2225 nessa data, o Ministro da Saúde fez um pronunciamento no Programa Voz do Brasil. **16) Conselheiro**
2226 **Pedro Tourinho de Siqueira** registrou que o Plenário do Senado Federal aprovou, no dia 4 de
2227 outubro, o reajuste para a bolsa dos médicos residentes (de R\$ 1.900,00 para R\$ 2.380,00/60 horas
2228 semanais). **ENCERRAMENTO** - Nada mais havendo a tratar, Conselheiro **José Marcos de Oliveira**,
2229 da Mesa Diretora do CNS, encerrou os trabalhos da 226^a Reunião Ordinária do CNS. Estiveram
2230 presentes os seguintes conselheiros: **Titulares - Abrahão Nunes da Silva, Alcides Silva de Miranda,**
2231 **Cleuza C. Miguel, Clóvis A. Boufleur, Edmundo Dzuaiwi Omote, Fernanda Lou Sans Magano,**
2232 **Fernando Luiz Eliotério, Francisco Batista Júnior, João Donizeti Scaboli, João Rodrigues Filho,**
2233 **José Carrijo Brom, José Cechin, José Marcos de Oliveira, Júlia Maria Roland, Jurema Pinto**
2234 **Werneck, Lérida Maria S. Vieira, Lígia Bahia, Luiz Alberto Catanocé, Maria do Socorro de Souza,**
2235 **Maria de Lourdes Alves Rodrigues, Maria Thereza Antunes, Nildes de Oliveira Andrade,**

2236 Reginaldo Neves Gomes, Remígio Todeschini, Ruth Ribeiro Bittencourt, Volmir Raimondi,
2237 Wilen Heil e Silva e Zilda de Faveri Vicente Souza. *Suplentes: Ana Estela Haddad, André Luiz de*
2238 *Oliveira, Bruno Metre Fernandes, Edmando Luiz Saunier de Albuquerque, Eurídice Ferreira de*
2239 *Almeida, Eliane Aparecida da Cruz, Eline Jonas, Gilson Silva, Graciara Matos de Azevedo, José*
2240 *Naum de Mesquista Chagas, Jovita José Rosa, Júlio A. Gevaerd, Jurandi Frutuoso Silva,*
2241 *Lucimar Batista da Costa, Luiz Aníbal Vieira Machado, Maria Ermínia Ciliberti, Maria Laura*
2242 *Carvalho Bicca, Nelcy Ferreira da Silva, Noemy Yamaghishi Tomita, Pedro Tourinho de Siqueira*
2243 *e Sebastião Geraldo Venâncio.*