



1
2 MINISTÉRIO DA SAÚDE
3 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
4
5

6 ATA DA DUCENTÉSIMA TRIGÉSIMA SÉTIMA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO NACIONAL
7 DE SAÚDE – CNS
8
9

10 Aos doze e treze dias do mês de setembro de dois mil e doze, no Plenário do Conselho Nacional de
11 Saúde “Omilton Visconde”, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º
12 andar, Brasília/DF, realizou-se a Ducentésima Trigésima Sétima Reunião Ordinária do Conselho
13 Nacional de Saúde - CNS. A reunião iniciou-se às 9h20 e a mesa de abertura foi composta pelo
14 conselheiro **Clóvis Boufleur**, da Mesa Diretora do CNS e pelo Secretário Executivo do CNS, **Márcio**
15 **Florentino Pereira**. ITEM 1 – **APROVAÇÃO DA PAUTA DA 235ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS -**
16 **APROVAÇÃO DA ATA DA 234ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS** – Conselheiro **Clóvis Boufleur**, da
17 Mesa Diretora do CNS, começou com a leitura da pauta da 237ª Reunião Ordinária do CNS com
18 destaque para dois aspectos: solicitação de adiamento do item 2 – Balanço do mês na saúde: Empresa
19 Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH/MEC, dada a impossibilidade de participação do
20 convidado José Rubens Rebellato; e pedido do Fórum de Usuários de um espaço na pauta para tratar
21 do processo eleitoral do CNS. Conselheiro **Jorge Alves Venâncio** solicitou que o CNS convidasse o
22 Secretário de Vigilância em Saúde para vir ao Conselho tratar das informações, apresentadas em
23 entrevista, sobre a estratégia de combate à gripe A, na Região Sul. Conselheiro **José Eri de Medeiros**
24 solicitou espaço na pauta para informe sobre as Oficinas Regionais Compartilhadas de Educação
25 Permanente para o Controle Social no SUS. Conselheiro **Carlos Eduardo Ferrari** perguntou como e
26 quando será o ordenamento das comissões do CNS. Conselheiro **Clóvis Boufleur** explicou ao
27 conselheiro que a reordenação das comissões ocorrerá no início de 2013, após definição da
28 composição do Conselho. A respeito da pauta, conselheiro **Francisco Batista Júnior** avaliou que tratar
29 do item 2 sem a participação do MEC traria prejuízos ao debate, mas lhe preocupava a implementação
30 da EBSH no país. Lembrou que o CNS manifestou-se contra a criação da Empresa, mas o governo tem
31 implementado a proposta ainda assim. Como encaminhamento, sugeriu que o CNS reafirmasse a sua
32 posição contrária à EBSH e fosse garantida pauta na reunião ordinária do mês de outubro, com
33 deliberação sobre o tema em forma de resolução. Conselheiro **Clóvis Boufleur** lembrou que a moção
34 do CNS contra a EBSH ainda estava válida. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** sugeriu uma nova
35 manifestação do CNS porque a EBSH vinha sendo implementada, mesmo com a posição contrária do
36 Conselho e da 14ª Conferência Nacional de Saúde. Conselheiro **Willen Heil e Silva** sugeriu inverter a
37 pauta e assegurar o debate em outro momento da reunião. Conselheiro **Clóvis Boufleur** explicou que o
38 Presidente da EBSH solicitou o adiamento da pauta para a reunião ordinária de outubro, dada a
39 impossibilidade de participar da reunião. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** explicou que o
40 FENTAS debateu o tema na última reunião e elaborou uma moção de repúdio à EBSH e, como
41 encaminhamento, sugeriu que o Plenário apreciasse essa proposta. Conselheiro **Jorge Alves de**
42 **Almeida Venâncio** propôs que o CNS se manifestasse contra qualquer forma de discriminação às
43 universidades públicas federais que decidirem não contratar a EBSERH para gestão de seus hospitais
44 universitários. Conselheiro **Clóvis Boufleur** sugeriu que fosse feita a leitura da moção do CNS já
45 aprovada e da minuta elaborada pelo FENTAS, para votação da última proposta. Conselheira **Cândida**
46 **Maria Bittencourt Carvalheira** interveio para denunciar o não fornecimento de bolsas coletoras de
47 fezes e/ou urina pelo SUS às pessoas ostomizadas moradoras do Estado do Rio de Janeiro e sugeriu
48 que o CNS aprovasse uma moção de repúdio ao governo do RJ pelo descaso com as pessoas que
49 necessitam desse insumo. Além disso, informou que o MS estava ciente da situação no Estado e não
50 havia se manifestado. Conselheiro **Clóvis Boufleur** sugeriu à conselheira Cândida Carvalheira que
51 redigisse uma proposta para apresentar ao Plenário do CNS, posteriormente. Conselheira **Graciara**
52 **Matos de Azevedo** informou o Plenário sobre a aprovação do PL, em tramitação na Câmara dos
53 Deputados, que classifica o desvio de dinheiro público como crime hediondo. Conselheiro **Clóvis**
54 **Boufleur** salientou que seria importante divulgar essa notícia no site do CNS. Conselheira **Ruth**
55 **Ribeiro Bittencourt** sugeriu disponibilizar o texto elaborado pelo FENTAS para apreciação no final da
56 manhã. Ainda sobre a pauta, conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** solicitou, em nome do Ministério
57 da Saúde, o adiamento do debate do RAG 2011 para outubro, uma vez que a COFIN elaborou uma
58 nota técnica sobre o Relatório que precisava ser analisada pela SE/MS e a SPO/MS. **A respeito do**

59 pedido de adiamento do debate do RAG, decidiu-se por aguardar a chegada do coordenador da
60 COFIN para encaminhar essa questão. Além disso, o Plenário aprovou ajustes na pauta, diante
61 do adiamento do item 2. APROVAÇÃO DA ATA DA 236^a REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS –
62 Conselheiro Clóvis Boufleur colocou em apreciação o texto da ata encaminhado com antecedência
63 aos conselheiros, mas o Plenário decidiu votar o texto no período da tarde para possibilitar uma
64 avaliação. ITEM 2 – BALANÇO DO MÊS NA SAÚDE: EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS
65 HOSPITALARES – EBSERH/MEC - (Lei nº. 12.550/2011) - Conselheira Ruth Ribeiro Bittencourt
66 iniciou com a leitura da moção do CNS nº. 156/2011 contrária à criação da EBSERH. O texto é o
67 seguinte: “Considerando que se encontra no Senado Nacional, o PLC nº 79/2011, aprovado na Câmara
68 dos Deputados, sob o número PL nº 1749/2011, o qual trata da criação da Empresa Brasileira de
69 Serviços Hospitalares (EBSERH), considerando que a EBSERH representa um retrocesso no
70 fortalecimento dos serviços públicos sob o controle estatal, pois evidencia, mais uma vez, o debate
71 acerca da concepção de Estado; considerando que as contradições existentes na formatação do
72 Estado Brasileiro serão aprofundadas com a manutenção da flexibilização das relações de trabalho
73 resultante da terceirização nas Universidades, através de parcerias com Fundações de Apoio Privadas,
74 empresas de terceirização e, por último, essa Empresa; considerando que o Estado Brasileiro não pode
75 secundarizar o papel desenvolvido pela Universidade Pública Brasileira na transformação social, no
76 desenvolvimento e soberania do país, por se encontrar intrinsecamente relacionado ao modelo de
77 Estado; considerando que é de fundamental importância a oferta dos serviços prestados, de forma
78 gratuita e de qualidade, na área da saúde e da educação pela Universidade no cumprimento de seu
79 papel com vistas ao fortalecimento do Estado Brasileiro, e que estes serviços, como bens sociais, não
80 devem ser mercantilizados; considerando que a precarização, resultante do processo de terceirização,
81 é um mal para o serviço público, por se constituir, na maioria, um canal de corrupção, de clientelismo,
82 de nepotismo, de baixa qualidade nos serviços públicos prestados à população; considerando que,
83 com a criação da EBSERH, o capital continuará vindo diretamente do Tesouro, mas, as demais fontes
84 continuarão sendo financiadas, inclusive com recursos do SUS, ficando evidente que a origem dos
85 recursos continuará sendo a mesma: recursos públicos disponibilizados para o setor privado;
86 considerando que as determinações contidas no Acórdão do Tribunal de Contas da União, de 2006,
87 precisam ser cumpridas, e, consequentemente, realizados concursos públicos, via Regime Jurídico
88 Único, para substituição do pessoal terceirizado dos Hospitais Universitários, atualmente pagos com
89 recursos de custeio designados por meio do SUS; considerando que essa medida proposta pelo TCU
90 foi atribuída em face da necessidade de resolver o contrato irregular dos trabalhadores fundacionais
91 (terceirizados) nos Hospitais Universitários, visto que o TCU havia declarado a ilegalidade da situação
92 dos 26 mil contratados em todo o País e dado prazo até 31 de dezembro de 2010 (*prazo repactuado*)
93 para que o governo regularizasse a situação; considerando que a sociedade precisa, mais uma vez,
94 estar ciente deste debate e mais, ainda, os trabalhadores das Fundações que poderão ser enganados
95 neste processo, pois a substituição das Fundações pela EBSERH não garante a transferência dos
96 trabalhadores para a nova empresa; considerando que a solução para a chamada crise dos HUs,
97 resultado da redução gradativa de pessoal que assolou o setor público, e a falta de investimentos
98 necessários para dar conta de toda a missão de atenção social (*ensino, pesquisa, extensão e*
assistência à saúde) está na retomada dos concursos públicos pelo Regime Jurídico Único e pelo
99 incremento financeiro no orçamento dessas Unidades Acadêmicas, para cumprimento de suas funções,
100 com qualidade social, sem se esquecer da corresponsabilidade do Ministério da Saúde; considerando
101 que, além disso, também está evidente que a grande crise das Fundações reside em seus débitos junto
102 aos fornecedores e passivos trabalhistas e, neste caso, as Fundações, deixando de gerir os HUs,
103 deixam automaticamente de ter receita, ficando um déficit para o Estado; e considerando que, pela
104 leitura do PLC nº 79/2011 constata-se que o mesmo ainda determina que o quantitativo de pessoal da
105 EBSERH será definido pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e que esta Empresa
106 poderá contratar a execução dos serviços, inaugurando no serviço público o modelo de gestão
107 quarteirizada. O Conselho Nacional de Saúde vem a público repudiar a criação da Empresa Brasileira
108 de Serviços Hospitalares - EBSERH, de que trata o PLC nº 79/2011, ora em tramitação no Senado
109 Federal.” Em seguida, fez a leitura da minuta de moção de repúdio, elaborada pelo FENTAS, para
110 apreciação do Plenário do CNS: “Considerando que o Ministério da Educação - MEC, ao editar a
111 Portaria MEC/GM nº 442, de 25 de abril de 2012, delegou à Empresa Brasileira de Serviços
112 Hospitalares - EBSERH o exercício de algumas competências anteriormente atribuídas à Diretoria de
113 Desenvolvimento da Rede de Instituições Federais de Ensino Superior, a saber: coordenar,
114 acompanhar e avaliar a execução das atividades de gestão dos hospitais vinculados às instituições
115 federais de ensino superior; apoiar tecnicamente e elaborar instrumentos de melhoria da gestão dos
116 hospitais vinculados às instituições federais de ensino superior; elaborar matriz de distribuição de
117 recursos para os hospitais vinculados às instituições federais de ensino superior, baseada nas
118 informações prestadas pelos hospitais; Considerando que a Portaria MEC/GM nº 442, de 25 de abril de
119 2012, delega ainda à EBSERH as competências relativas ao Programa Nacional de Reestruturação dos
120 Hospitais Universitários Federais - REHUF, instituído pelo Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010,

que tem como objetivo criar condições materiais e institucionais para que os hospitais universitários federais possam desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e à dimensão da assistência à saúde; Considerando que, ao delegar estas competências à EBSERH, o MEC se desobriga de funções administrativas públicas de planejamento, orçamentação e avaliação cabíveis ao MEC, e não à EBSERH. Este Conselho Nacional de Saúde vem a público repudiar a Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, que instituiu a EBSERH, e a Portaria MEC/GM nº 442, de 25 de abril de 2012.” Conselheiro **Clóvis Boufleur** explicou que a moção do CNS respondia à realidade da época em que foi aprovada (antes da criação da EBSERH) e a proposta do FENTAS à realidade atual. Conselheiro **Jorge Alves Venâncio** sugeriu o repúdio do CNS a qualquer forma de discriminação às universidades que não aderiram à EBSH no que se refere à distribuição de verbas e realização de concursos. Conselheiro **Ubiratan Cassano** explicou que as universidades que não aderissem à EBSERH estariam impossibilitadas de contratar pessoal. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** explicou que os argumentos da Moção do CNS nº. 15/2011 ainda eram válidos e, portanto, sugeriu contemplá-los na minuta elaborada pelo FENTAS. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** propôs incluir os considerandos da Moção nº. 15/2001 na minuta elaborada pelo FENTAS, além da questão levantada pelo conselheiro Jorge Venâncio. **Deliberação: aprovado, com quatro abstenções, o mérito de uma moção, considerando a moção do Conselho já aprovada anteriormente sobre a matéria, que repudia a Lei nº. 12.550/2011 e toda e qualquer ação discriminatória do MEC no que diz respeito a repasse financeiro e concurso público às universidades que não façam adesão à EBSH.** O texto seria apresentado posteriormente. O debate sobre a EBSERH/MEC foi adiado para a próxima reunião do CNS. ITEM 6 – COMISSÃO ELEITORAL – APROVAÇÃO DO CALENDÁRIO – Apresentação: **Márcio Florentino Pereira**, Secretário Executivo do CNS. Coordenação: conselheiro **Clóvis Adalberto Boufleur**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando, conselheira **Jurema Werneck** explicou que a pauta sobre o processo eleitoral do CNS fora ampliada para tratar também das questões relacionadas ao calendário eleitoral. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino Pereira**, a propósito, informou que a Comissão Eleitoral do CNS reunira-se no dia anterior e decidira solicitar consulta jurídica sobre os procedimentos realizados na convocação da eleição, a fim de evitar eventuais questionamentos de natureza legal. Esclareceu ao Plenário do CNS que a Secretaria Executiva do CNS, no afã de cumprir o calendário eleitoral aprovado pelo Colegiado, cometera um equívoco que precisava ser resolvido para evitar suspeição no processo. Explicou que o primeiro engano fora a publicação da portaria que instituíra a Comissão Eleitoral do CNS com a definição dos cargos – presidente, vice-presidente, secretaria, secretaria-adjunta, quando, em verdade, deveria constar apenas os nomes indicados. Na sequência, fora feita a publicação do Edital de Convocação seguindo o que constava da portaria. Esclareceu, porém, que, nos termos do Regimento Interno, a Comissão eleitoral, após ser composta, define e indica, entre seus pares, os nomes dos ocupantes dos cargos. Diante dessa situação, explicou que a Comissão teria que se reunir e fazer a indicação dos nomes para os cargos inerentes e, somente depois desse procedimento, seria publicada outra portaria. Acertada essa fase, a publicação do edital de convocação das eleições precisaria ser feito. Sendo assim, explicou que seria necessário redefinir o calendário já aprovado e o indicativo seria realizar a eleição no dia 4 de dezembro de 2012 e a posse entre os dias 11 e 15 do mesmo mês. Conselheiro **Geraldo Alves Vasconcelos**, integrante da Comissão Eleitoral, informou que a Comissão reuniu-se no dia anterior e identificou o equívoco, mas não houve questionamento da lisura dessa atitude. No entendimento da Comissão, o que ocorreria fora uma ação indevida no desejo de não comprometer o processo e o tempo da eleição. Explicou que na referida reunião da Comissão Eleitoral, seus integrantes, por unanimidade, decidiram manter as indicações dos cargos e solicitaram consulta à CONJUR sobre a necessidade ou não de retificar a portaria em questão. Registrou, ainda, que o debate da Comissão Eleitoral foi consubstanciado em ata, a fim de evitar dúvidas. Como encaminhamento da Comissão Eleitoral, propôs que Plenário aprovasse a manutenção das datas já aprovadas e os nomes e os cargos indicados da Comissão Eleitoral, entendendo que houve um equívoco no processo. Além disso, comunicou que a Comissão Eleitoral fez correções na ficha de inscrição dos trabalhadores da saúde e dos usuários, tendo as inscrições sido suspensas temporariamente e retomadas com as correções necessárias. Conselheiro **Willen Heil e Silva**, integrante da Comissão Eleitoral, manifestou preocupação com a proposta de definir novo calendário, lembrando que essa questão não foi tratada na reunião da Comissão Eleitoral. Disse que a Comissão solicitou parecer jurídico sobre a viabilidade de cumprir o calendário já aprovado pelo CNS, todavia, esse documento não chegou em tempo para ser analisado pela Comissão e dado informe a respeito ao Plenário do Conselho. Destacou ainda que foi solicitada a presença de um advogado na reunião da Comissão Eleitoral para esclarecer as dúvidas levantadas. Conselheiro **Jorge Alves Venâncio** destacou que, no caso de mudanças no calendário eleitoral já aprovado pelo CNS, não seria possível cumprir o prazo de 90 dias entre a convocação e a eleição. Disse que esse fato poderia gerar questionamentos judiciais e prejudicar o processo eleitoral, lembrando que, na última eleição, ocorreria manifestações desse tipo. Conselheiro **Clóvis Boufleur** manifestou apoio à proposta apresentada pelo conselheiro Geraldo Vasconcelos e sugeriu que o Plenário também assim procedesse. Além disso, avaliou que a Portaria e o edital de convocação

apresentam problemas para além de prazos, uma vez que o prazo era de “até” 90 dias. Disse que a questão maior referia-se ao edital de convocação da eleição que contradiz a decisão do CNS consubstanciada na Resolução do CNS nº. 453/2012. Ressaltou que não é recomendável que o CNS aprove uma resolução que deve ser cumprida pelos conselhos estaduais e municipais e seja o primeiro a descumpri-la. Nesse sentido, salientou que o CNS deveria debater essa questão, uma vez que toda a eleição está em suspense, lembrando, inclusive, que nos termos da portaria publicada, a representação indígena não poderia concorrer a uma vaga no Conselho. Conselheiro **José Wilton da Silva** cumprimentou a Secretaria Executiva do CNS por assumir o erro na publicação na Portaria, todavia, salientou que é preciso garantir a autonomia da Comissão Eleitoral em definir os cargos. Salientou que a Comissão reuniu-se no dia anterior, com a ausência de três integrantes, e houve consenso sobre os nomes indicados, mas não com a forma. A fim de evitar questionamentos jurídicos, salientou que a decisão da Comissão Eleitoral de referendar a indicação dos cargos deveria ser embasada por parecer jurídico. Também disse que o Plenário deve debater e posicionar-se sobre o edital de convocação da eleição que contraria decisão anterior do Plenário do CNS. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, membro da Comissão Eleitoral do CNS, frisou que a preocupação da Comissão Eleitoral é garantir a legalidade do processo, buscando uma forma de respaldar a decisão, com garantia do calendário definido, de forma a evitar questionamentos futuros. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** começou esclarecendo que era possível providenciar um advogado para acompanhar o debate, se necessário, e também apresentar parecer jurídico, por escrito. De todo modo, explicou que a sugestão apresentada pela Secretaria Executiva do CNS fundamenta-se em consulta jurídica. Avaliou que o processo apresentava três problemas, que precisavam ser debatidos e encaminhados. O primeiro refere-se à publicação da portaria com nomes e cargos da Comissão Eleitoral e não apenas com os nomes, uma vez que cabe à Comissão Eleitoral, na sua primeira reunião, definir os cargos. O segundo problema foi a publicação do edital de convocação antes da reunião da Comissão Eleitoral para definição dos cargos. E o terceiro, de caráter político, foi o edital de convocação publicado com base no Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, que dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do CNS. Também esclareceu que o governo indicou representante para compor a Comissão Eleitoral, mas não indicou cargo, entendendo que essa é uma atribuição da Comissão Eleitoral. Esclareceu que a proposta da assessoria jurídica é a seguinte: publicar nova Portaria com a composição da Comissão Eleitoral, sem os cargos; chamar reunião da Comissão Eleitoral para definição dos cargos; e publicar o edital de convocação da eleição, com a assinatura da Presidência da Comissão. Em relação a prazos, disse que é possível diminuir os prazos entre a convocação e a eleição, mas a proposta da assessoria jurídica é manter os prazos definidos no decreto e na resolução e adiar a data da eleição a fim de evitar questionamentos. Por fim, destacou que se inscreveria posteriormente para tratar do Decreto 5.839/2006 para explicitar a posição do governo. Conselheira **Cândida Maria Bittencourt Carvalheira** perguntou quem foi o responsável pela publicação da portaria e do edital de convocação e lembrou que os documentos publicados no DOU passam por análise prévia. Disse que fez o levantamento da documentação necessária para publicação e salientou que um eventual adiamento da eleição trazia sérios prejuízos. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** manifestou sua preocupação com os fatos ocorridos e lembrou que a presença de um advogado não resolveria o impasse, uma vez que a decisão final é do Judiciário. Ressaltou que era preciso esclarecer que instrumento jurídico regeria as eleições, uma vez que o edital de convocação foi publicado com base no Decreto nº 5.839/2006, que norteou a última eleição, e é contrário à Resolução nº. 453/2012. Disse que esse fato manifesta a falta de compromisso e de respeito do gestor com o CNS e lembrou que o controle social serve para garantir a representação do povo brasileiro e a sustentação do Sistema. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** avaliou que a situação era mais grave que imaginava e que a Comissão Eleitoral firmou um acordo tendo em vista as consequências de um possível adiamento da eleição. Também explicou que a prorrogação de mandato de conselheiros, por serem agentes públicos, não poderia ser feita por decreto, mas sim por lei, conforme fora alertada durante o seminário com o Ministério Público. Também aproveitou para salientar a riqueza do seminário com o Ministério Público e registrar a pouca participação do Conselho nesse evento. De todo modo, observou que é preciso respeitar a Comissão e, nessa linha, avaliou que o parecer jurídico deveria ter sido remetido à Comissão antes da reunião. Ressaltou que fatos como esses devem ser evitados. Conselheiro **Clóvis Boufleur**, primeiro, perguntou à representante do governo se a proposta de decreto sobre o processo eleitoral foi encaminhada à Casa Civil e, caso não tivesse sido, quais as justificativas para tanto. No mais, sugeriu que, para manter os prazos para realização da eleição, fosse republicada a portaria de composição da comissão eleitoral e o decreto de convocação, com base em novo decreto. Conselheiro **Geraldo Alves Vasconcelos** sentiu-se contemplado na fala da conselheira Graciara Matos, destacando que o parecer jurídico não foi encaminhado à Comissão Eleitoral para ser analisado. **Retorno da mesa.** O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino**, reiterou que o equívoco cometido pela SE/CNS teve como centro cumprir o prazo definido – 90 dias entre a convocação e a realização do processo eleitoral – 27 de novembro. Disse que a diminuição desse prazo – 75 dias, por exemplo – seria possível e o Plenário procederia aos encaminhamentos necessários à realização do processo eleitoral – republicação da portaria de

248 composição da Comissão Eleitoral; definição dos cargos pela Comissão Eleitoral; e publicação do edital
249 de convocação das eleições. Por outro lado, destacou a preocupação de garantir a segurança jurídica
250 do processo a fim de evitar eventuais questionamentos futuros. Resolvida a questão da portaria da
251 composição da Comissão Eleitoral e do edital de convocação, disse que o Conselho deveria preocupar-
252 se com o decreto norteador da eleição. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** sugeriu que a Comissão
253 eleitoral e a SE/CNS se reunissem durante o período do almoço para definir cargos da Comissão
254 Eleitoral, calendário, entre outros aspectos do processo, considerando, inclusive, o parecer jurídico.
255 Conselheira **Júlia Maria Roland** sugeriu que o Pleno se manifestasse sobre a manutenção ou não da
256 data da eleição – 27 de novembro – para, inclusive, nortear as definições da Comissão Eleitoral.
257 Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** ponderou que o Pleno não deveria definir prazo antes da
258 reunião da Comissão. Conselheiro **Clóvis Boufleur** esclareceu que, em relação à duração de mandato,
259 o Regimento Interno o CNS determina que o Plenário deva convocar a eleição “até” 90 dias antes do
260 final do mandato dos atuais conselheiros que se encerra em 15 de dezembro. Portanto, sugeriu que o
261 Plenário deliberasse por ajustar a portaria de composição da Comissão Eleitoral e o edital de
262 convocação, lembrando que, da forma como convocada, segmentos importantes, como a
263 representação indígena, não poderiam participar da eleição. **Deliberação: a Comissão Eleitoral e a**
264 **SE/CNS se reuniram durante o almoço para definição de cargos da Comissão Eleitoral, calendário, entre outros aspectos e apresentaria proposta ao Pleno no período da tarde.** Definido
265 esse ponto, a mesa abriu para debate sobre o decreto que norteou a convocação do processo eleitoral.
266 Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** explicou ao conselheiro Clóvis Boufleur que a proposta de
267 alteração do Decreto nº 5.839/2006 não fora enviada à Casa Civil e, no entendimento do MS, a
268 supressão do art. 7º dessa norma (“O mandato dos membros do CNS será de três anos, permitida
269 apenas uma recondução”) teve grande repercussão para o Ministério. Lembrou que o Plenário
270 promoveu amplo debate sobre a autonomia das entidades em indicar representantes para o CNS e foi
271 firmado acordo. Todavia, por conta da repercussão da exclusão do artigo 7º, o Ministério da Saúde
272 sugere ao Plenário manter a posição de mandatos consecutivos e debater o tema na Resolução nº.
273 453/2012, entendendo que essa decisão é importante para garantir a renovação do CNS. Além disso,
274 salientou a cassação da fala do governo em evento por conta da decisão do CNS sobre mandatos
275 consecutivos. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** lembrou que na reunião ordinária do mês de maio o
276 Plenário aprovou a modificação do Decreto nº. 5.839/2006, portanto, não estava em debate naquele
277 momento o mérito da decisão sobre mandatos consecutivos, mas sim que o edital de convocação não
278 considerou o acordo e a decisão do CNS na referida reunião. Ressaltou que, caso houvesse
279 discordância com a decisão do Plenário, o governo deveria ter trazido ao Plenário do CNS para debate
280 e não publicado uma norma que contraria deliberação do Pleno. Conselheiro **Clóvis Boufleur** ressaltou
281 que a decisão do CNS foi consubstanciada em resolução assinada pelo Ministro da Saúde e uma
282 eventual divergência, por parte do MS, deveria ser negociada e não sobrepor-se a uma decisão do
283 Plenário. Destacou que se tratava de uma questão muito séria e apelou ao governo que reavaliasse o
284 seu posicionamento político por entender que era inadequado para aquele momento. Conselheira
285 **Cândida Maria Bittencourt Carvalheira** salientou que o governo não pode definir que representante
286 uma entidade deve indicar para o CNS, porque fere a autonomia das entidades. Desse modo, reiterou a
287 sua decepção com a atitude do governo de tentar ter ingerência sobre as entidades. Conselheiro **José**
288 **Wilton da Silva** avaliou que, ao tomar essa decisão, o governo demonstra que ele é quem manda e
289 não o Plenário do CNS e manifestou a sua vergonha com o desrespeito à decisão do CNS. Ressaltou
290 ainda que o Ministério da Saúde sequer enviou a proposta do CNS à Casa Civil para manifestação.
291 Diante da gravidade dessa situação, exigiu resposta do governo e decisão do CNS a respeito.
292 Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** disse que a situação é mais grave do que imaginava e, para
293 reflexão, perguntou se o CNS deveria realizar a eleição ou solicitar ao governo que indicasse os
294 representantes para participar do CNS. A esse respeito, frisou que democracia é a vontade da maioria
295 e não da minoria, portanto, frisou sua discordância com o que o governo fez. Sugeriu que o CNS se
296 manifeste publicamente sobre a situação e que as entidades também divulguem as suas opiniões a
297 respeito do ocorrido. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** esclareceu que a proposta do Ministério
298 da Saúde era revisar o item na Resolução do CNS nº453/2012. A respeito da convocação da eleição
299 com base no Decreto nº. 5.839/2006, disse que repercute mais na posse dos novos conselheiros do
300 que no processo de escolha. Também avaliou que a questão dos mandatos consecutivos não se trata
301 de agressão às entidades e foi feita consulta à ata que registrou esse debate em 2006, destacando que
302 a expectativa é cumprir esse artigo, por entender que traz avanços para o processo de renovação.
303 Defendeu que o Plenário rediscuta o art. 7º do decreto nº. 5.839/2006 à luz da Resolução do CNS nº
304 453/2012, entendendo que essa discussão não prejudica a convocação da eleição, porque essa
305 definição repercute na posse e lembrando que o processo eleitoral escolhe entidades e não pessoas.
306 Disse que uma nova proposta de decreto não foi enviada à Casa Civil porque a exposição de motivos é
307 feita pelo MS e caberia a esse órgão a defesa da proposta, caso houvesse questionamento, e o artigo
308 7º levantou dúvidas. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** disse que a decisão do governo de manter
309 o Decreto nº. 5.839/2006, sem modificar o quesito a respeito do limite de mandatos, atende à proposta
310

311 defendida pelos trabalhadores. Todavia, o fato de o governo tomar uma medida que atende a posição
312 dos trabalhadores não impede que esse segmento questione a medida do governo que desrespeita a
313 decisão do CNS. Lembrou que nos últimos dez meses há recorrente desacordo do governo em relação
314 a importantes deliberações do CNS, citando como exemplo a adoção de ações e políticas estruturantes
315 para o SUS à revelia de debate com o Plenário e implementação de propostas contrárias à posição do
316 CNS (repasse de recursos a OSs, quando a posição do CNS é contrária a essas organizações).
317 Salientou que a relação do CNS com o MS está fragilizada e o que estava acontecendo ultrapassou
318 todos os limites e merecia posicionamento do Conselho. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares**
319 **dos Santos ("Santinha")** salientou que há questões sérias envolvidas nesse debate e perguntou por
320 que o governo não considera as Resoluções do CNS nºs 453/2012 e a 457/2012 na convocação das
321 eleições do CNS. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** perguntou em que momento a palavra de
322 governo foi cassada, por ser contra situações como essa e reiterou que o debate deve centrar-se no
323 recorrente desrespeito a decisões do CNS e deliberações de conferências de saúde. Conselheira **Júlia**
324 **Maria Roland** salientou que várias decisões do CNS foram encaminhadas pelo Ministério da Saúde e
325 destacou que, em vários eventos, inclusive na Plenária de Conselhos, foi destacado desgaste acerca
326 da decisão do CNS sobre mandato de conselheiros. Disse que essa é uma questão preocupante
327 lembrando que a deliberação do CNS é referência para conselhos de saúde das demais esferas.
328 Recuperou também que o debate sobre o mandato foi complexo e o Plenário ficou dividido na definição
329 desse tema e o governo apoiou a posição da maioria do segmento dos usuários. Todavia, a
330 repercussão dessa decisão fez com que o governo revisse a sua posição e defendesse a rediscussão
331 do art. 7º na próxima reunião do CNS. Disse que o debate dessa matéria deve ocorrer antes da eleição,
332 lembrando que não interfere na convocação do processo, mas somente na posse. Conselheira **Maria**
333 **do Socorro de Souza** destacou que é preciso definir como tratar a disputa de interesses e o jogo
334 político que ocorre nas eleições e avaliou que está em cheque a democracia direta, haja vista a
335 descrença da sociedade. Salientou que é alto o preço para debater democracia e, no processo final das
336 decisões, prevalece o interesse de cada grupo político. Além disso, disse que o Conselho está
337 perdendo o sentido de fazer controle social e a repercussão nos conselhos de saúde das demais
338 esferas é negativa. Disse que a situação aponta dois extremos: o CNS optou por um caminho
339 conservador – não discutir processo de renovação – e o Ministério da Saúde por um caminho de
340 autoritarismo. Salientou que o CNS está perdendo o lugar de referência histórica de democracia direta
341 e outros conselhos realizam democracia com mais transparência e com menos disputa. Por fim,
342 defendeu a continuidade do debate sobre representatividade, legitimidade e democracia no controle
343 social sob outra abordagem. Conselheiro **Clóvis Boufleur** disse que não tomou conhecimento das
344 citadas reclamações à Resolução nº. 453/2012 e defendeu um levantamento a esse respeito, para
345 rediscussão, se for o caso, em outro momento. Ressaltou que, se de um lado houve reações, de outro,
346 houve reafirmações que a Resolução representa um avanço porque fortalece os conselhos de saúde.
347 Como encaminhamento, sugeriu a aprovação de uma resolução do CNS ao MS para que encaminhe à
348 Casa Civil, de imediato, uma proposta de mudança do Decreto nº. 5.839/2006, a fim de avançar nesse
349 processo. No mais, lembrou que, nos termos do Decreto, entidades e movimentos sociais nacionais de
350 usuários do SUS são aqueles com atuação e representação em, pelo menos, um terço das unidades da
351 Federação e três regiões geográficas do País e, nos termos da Resolução nº. 457/2012, a
352 representação indígena, devido à forma de organização das entidades indígenas nacionais, poderá
353 contemplar um terço das unidades da federação e duas regiões geográficas do País. Disse que as duas
354 normas são contrárias e interfere diretamente na inscrição das entidades que representam essa
355 população. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** destacou que o debate se refere à possibilidade de
356 fazer mediações e se apropriar da política, com postura clara. Salientou que o momento é importante
357 para demonstrar a postura de quem defende uma política de Estado e não posição governamental.
358 Conselheiro **José Wilton da Silva** avaliou que o ocorrido não prejudica o andamento do debate sobre o
359 processo eleitoral e, entendendo que os conselheiros são favoráveis à renovação, defendeu a
360 retomada dessa questão posteriormente. Frisou que o problema central é o desrespeito às decisões do
361 Conselho, por parte do governo e, como encaminhamento, reiterou a proposta de elaborar resolução, a
362 fim de que o governo respeite a decisão do Pleno do CNS consubstanciada na Resolução nº.
363 453/2012. Conselheira **Verônica Lourenço da Silva** reiterou a preocupação com o desrespeito do
364 governo para com as decisões do Conselho, avaliando que essa situação interfere na credibilidade do
365 CNS diante dos demais conselhos de saúde do país. Ressaltou que o CNS, enquanto referência de
366 representação democrática, autônoma e legítima, tem sido questionado e perguntou até que ponto o
367 Plenário se submeterá a essa situação. No seu ponto de vista, o CNS deve se insurgir contra esse
368 movimento. Conselheiro **Carlos Eduardo Ferrari** relatou a eleição do Conselho Nacional de
369 Assistência Social que, segundo orientação do TCU, elegeu pessoa física e não entidade, contrariando
370 inclusive a Lei Orgânica da Saúde. Para reflexão, perguntou qual a mensagem é repassada à
371 sociedade diante de uma mudança do processo durante o percurso e avaliou que situações como a
372 ocorrida poderia criar descrédito ao CNS. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** lembrou que o
373 debate daquele tema não era novo e recuperou que, em 2006, quando o Plenário definiu o processo

374 eleitoral este também foi bastante acirrado. Explicou que, na avaliação do MS, a convocação das
375 eleições nos termos do decreto não fere o processo eleitoral e como já dissera antes, repercute na
376 posse. Como encaminhamento, sugeriu encaminhar à Casa Civil o Decreto nº. 5.839/2006 (com as
377 mudanças feitas em 2009) e a Resolução do CNS nº. 453/2012 para iniciar o debate, considerando a
378 demanda de alteração do art. 7º do referido Decreto e destaque para a particularidade acerca da
379 representação indígena. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** avaliou que o governo deve
380 encaminhar a proposta de alteração do Decreto e o Pleno tem a responsabilidade de debater a
381 renovação, antes da posse dos novos conselheiros. Também informou que o IPEA publicou pesquisa
382 sobre perfil dos conselheiros do CNS e salientou que é preciso considerar os resultados no debate.
383 Para iniciar a reflexão, destacou os seguintes dados da pesquisa: 41% dos conselheiros estão a mais
384 de quatro anos no Conselho; 10% dos conselheiros tem entre 7 e 10 anos; prestadores de serviço e
385 governo possuem renda inferior a trabalhadores de saúde e usuários. Como encaminhamento, sugeriu
386 pautar o debate sobre representatividade e legitimidade, para além do processo eleitoral, considerando
387 inclusive o resultado da pesquisa do IPEA. Conselheiro **Jorge Alves Venâncio** lembrou que no debate
388 do mês de maio defendeu a autonomia das entidades na indicação dos seus representantes,
389 entendendo que uma norma geral não seja a melhor saída, tendo em vista a dinâmica do controle
390 social. Salientou que o governo, na condição de integrante do CNS, pode solicitar a rediscussão de
391 qualquer tema debatido no Plenário do Conselho, entretanto, não podia suspender a aplicação da
392 Resolução nº. 453/2012, sem rediscutir com o Plenário. Ratificou a proposta da conselheira Eliane Cruz
393 e sugeriu que se verificasse a viabilidade dessa proposição. Conselheira **Maria Laura Bicca** avaliou
394 que trazer o debate dessa questão naquele momento era inadequado, tendo em vista que havia sido
395 vencido com a Resolução nº. 453/2012. Também lembrou as pequenas entidades que se esforçaram
396 para cumprir as regras e participar do processo eleitoral do Conselho. Também ressaltou que é preciso
397 respeitar a decisão das entidades que preparam pessoas para participar do Conselho. Conselheiro
398 **Clóvis Boufleur** observou que a proposta apresentada pela conselheira Eliane Cruz atendia, em
399 partes, as preocupações levantadas e salientou que, além do Decreto nº. 5.839/2006 e a Resolução do
400 CNS nº. 453/2012, fosse encaminhado à Casa Civil o Regimento Eleitoral do CNS (Resolução nº.
401 457/2012), que trata da excepcionalidade em relação aos povos indígenas. Ressaltou que a principal
402 demanda é excluir o art. 7º do Decreto para atender a Resolução nº. 453/2012. Para além desse
403 encaminhamento, propôs que as entidades que compõem o CNS encaminhem carta à Casa Civil
404 endossando a posição do CNS e defendendo a aprovação de decreto de acordo com a Resolução nº.
405 453/2012. Conselheira **Jurema Werneck** endossou a proposta de encaminhar documentação à Casa
406 Civil, solicitando publicação de novo decreto, considerando a Resolução nº. 453/2012 com exposição
407 de motivos e a excepcionalidade dos povos indígenas. Também sugeriu que a Comissão Eleitoral trate
408 do procedimento usual de envio de proposta à Casa Civil, a fim de esclarecer as dúvidas e garantir
409 veracidade do processo. Além disso, endossou os posicionamentos dos conselheiros Alcides Miranda e
410 Maria do Socorro e reafirmou a importância de cumprir as deliberações do CNS, que garante debate
411 amplo sobre a diversidade. Para finalizar, propôs debate sobre democracia e representatividade nos
412 conselhos de saúde, na próxima reunião do CNS, considerando, inclusive o resultado da pesquisa do
413 IPEA sobre o perfil dos conselheiros do CNS. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** concordou com a
414 importância de pautar debate sobre democracia e representatividade para além do processo eleitoral.
415 Também manifestou preocupação com a proposta de envio de carta das entidades à Casa Civil,
416 lembrando que a decisão sobre a Resolução não foi unânime. Conselheira **Maria Cristina Pedro Biz**
417 disse que o debate reforça a esperança na democracia participativa e salientou que é preciso
418 aprofundar o diálogo sobre esse tema, inclusive para além do processo eleitoral. Também avaliou que o
419 CNS deve manifestar-se em favor do cumprimento de todas as suas deliberações, haja vista o
420 recorrente descumprimento. Por fim, registrou a presença da presidente do Conselho Federal de
421 Fonoaudiologia, **Bianca Arruda de Queiroga**, na reunião. Conselheiro **Clóvis Boufleur** esclareceu
422 que sugere às entidades o envio de carta à Casa Civil reiterando a deliberação do CNS acerca do
423 tema. No mais, disse que o tema da democracia participativa tem sido pauta dos debates do CNS e
424 lembrou a ampliação do número de integrantes do Conselho para atender as diversas representações –
425 de 32 para 48 conselheiros. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** explicou que o encaminhamento
426 de documentos oficiais à Casa Civil é feito por meio do SIDOF e, tão logo inserido no Sistema, o MS
427 dará conhecimento à Comissão Eleitoral. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** reiterou que o CNS
428 priorize debate sobre representatividade e legitimidade, na próxima reunião do CNS e registrou o
429 entendimento de que a renovação de 30% do CNS é determinante para avançar ainda mais. **Não**
430 **havendo outros inscritos, conselheira Jurema Werneck passou aos encaminhamentos, que**
431 **foram aprovados:** 1) remeter à Casa Civil documentação (Decreto nº. 5.839/2006, Resolução do
432 CNS nº. 453/2012 e Regimento Eleitoral do CNS (Resolução nº. 457/2012), com vistas a garantir
433 que a convocação das eleições do CNS seja feita conforme deliberação do Plenário do
434 Conselho, com a elaboração de novo decreto e ressaltando a importância de cumprimento de
435 todas as deliberações do CNS; 2) continuar debate na próxima reunião do CNS sobre
436 representatividade, legitimidade e democracia no controle social, considerando a pesquisa do

437 **IPEA sobre o perfil dos conselheiros do CNS.** A seguir, conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** fez a
438 leitura da proposta de moção de repúdio, cujo mérito fora aprovado no início da reunião, para
439 deliberação do Plenário: "Considerando que a precarização, resultante do processo de terceirização, é
440 um mal para o serviço público, por se constituir, na maioria, um canal de corrupção, de clientelismo, de
441 nepotismo, de baixa qualidade nos serviços públicos prestados à população; considerando que o
442 processo de terceirização dos hospitais trazido pela EBSERH é inconstitucional, uma vez que se trata
443 da terceirização de atividades-fim do Estado, como são as relacionadas à saúde, ao ensino e à
444 pesquisa; considerando que, com a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSERH,
445 o capital continuará vindo diretamente do Tesouro, mas, as demais fontes continuarão sendo
446 financiadas, inclusive com recursos do SUS, ficando evidente que a origem dos recursos continuará
447 sendo a mesma: recursos públicos disponibilizados para o setor privado; considerando que as
448 determinações contidas no Acórdão do Tribunal de Contas da União de 2006 precisam ser cumpridas,
449 e, consequentemente, realizados concursos públicos, via Regime Jurídico Único, para substituição do
450 pessoal terceirizado dos Hospitais Universitários - HUs, atualmente pagos com recursos de custeio
451 designados por meio do SUS; considerando que o Ministério da Educação - MEC, ao editar a Portaria
452 MEC/GM nº 442, de 25 de abril de 2012, delegou à EBSERH o exercício de algumas competências
453 anteriormente atribuídas à Diretoria de Desenvolvimento da Rede de Instituições Federais de Ensino
454 Superior, a saber: - coordenar, acompanhar e avaliar a execução das atividades de gestão dos
455 hospitais vinculados às instituições federais de ensino superior; - apoiar tecnicamente e elaborar
456 instrumentos de melhoria da gestão dos hospitais vinculados às instituições federais de ensino superior;
457 - elaborar matriz de distribuição de recursos para os hospitais vinculados às instituições federais de
458 ensino superior, baseada nas informações prestadas pelos hospitais; considerando que a Portaria
459 MEC/GM nº 442/2012 delega ainda à EBSERH as competências relativas ao Programa Nacional de
460 Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais - REHUF, instituído pelo Decreto nº 7.082, de 27
461 de janeiro de 2010, que tem como objetivo criar condições materiais e institucionais para que os
462 hospitais universitários federais possam desempenhar plenamente suas funções em relação às
463 dimensões de ensino, pesquisa e extensão e à dimensão da assistência à saúde; considerando que ao
464 delegar estas competências à EBSERH, o MEC se desobriga de funções administrativas públicas de
465 planejamento, orçamento e avaliação cabíveis ao MEC, e não à EBSERH; considerando a deliberação
466 do Conselho Nacional de Saúde nº 001, de 10 de março de 2005, contrária "à terceirização da gerência
467 e da gestão de serviços e de pessoal do setor saúde, assim como da administração gerenciada de
468 ações e serviços (...); considerando a Moção nº 015 aprovada por este Conselho, em 06 de outubro de
469 2011, que repudia a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH; considerando
470 a deliberação da 14ª Conferência Nacional de Saúde, realizada entre 30 de novembro e 04 de
471 dezembro de 2011 - "Rejeitar a criação da Empresa Brasileira de serviços Hospitalares (EBSERH),
472 impedindo a terceirização dos hospitais universitários e de ensino federais" (Relatório da 14ª CNS,
473 Ministério da Saúde, 2012); considerando que a EBSERH representa um retrocesso no fortalecimento
474 dos serviços públicos sob o controle estatal, pois evidencia, mais uma vez, o debate acerca da
475 concepção de Estado; e considerando que a EBSERH configura desrespeito ao Controle Social. Este
476 Conselho Nacional de Saúde vem a público repudiar: a Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, que
477 instituiu a EBSERH, e a Portaria MEC/GM nº 442, de 25 de abril de 2012; qualquer forma de
478 discriminação do MEC às universidades públicas federais que decidirem não contratar a EBSERH para
479 gestão de seus Hospitais Universitários; qualquer iniciativa do Governo Federal de não abertura de
480 concursos públicos por Regime Jurídico Único – RJu nas universidades públicas federais para o pleno
481 funcionamento dos HUs, bem como o não repasse de recursos orçamentários como forma de
482 retaliação, imposição e coação pela decisão de não contratar a EBSERH para gestão de seus Hospitais
483 Universitários." **Deliberação: aprovado o texto da moção de repúdio (o mérito havia sido aprovado**
484 **no início da reunião).** Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** aproveitou para registrar a presença de
485 representantes da Frente Nacional contra a Privatização do SUS. Antes de encerrar para o almoço,
486 conselheira **Jurema Werneck** fez os seguintes informes: a comissão eleitoral se reuniria no intervalo do
487 almoço para definição dos itens definidos pelo CNS para apresentação posterior; e a Plenária de
488 Conselhos de Saúde pautou debate sobre a renovação dos conselhos. Retomando, a mesa foi
489 composta para debate do item 3 da pauta. **ITEM 3 – INCORPORAÇÃO TECNOLÓGICA EM SAÚDE -**
490 **Apresentação:** **Carlos Augusto Grabois Gadelha**, Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos
491 Estratégicos – SCTIE/MS; **Clarice Alegre Petramale**, da Comissão Nacional de Incorporação de
492 Tecnologias no SUS – CONITEC. **Coordenação:** conselheiro **Alcides Silva de Miranda**, da Mesa
493 Diretora do CNS. O item de pauta iniciou-se com a apresentação do Secretário da SCTIE/MS, **Carlos**
494 **Augusto Grabois Gadelha**, sobre incorporação tecnológica em saúde no contexto da Política de
495 Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. O Secretário começou esclarecendo que a SCTIE/MS
496 trabalha a saúde em duas perspectivas: sanitária, ou seja, como cidadania, e o SUS no contexto da
497 retomada do papel do Estado na garantia dos direitos universais; e desenvolvimentista, sendo a saúde
498 a área estratégica da sociedade de conhecimento. No contexto da ciência e tecnologia, elencou como
499 avanços recentes: aprovação da Lei nº. 12.401, que dispõe sobre a assistência terapêutica e a

500 incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS e do Decreto nº. 7.646/2011, que dispõe sobre
501 a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias – CONITEC no SUS e sobre o processo
502 administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo SUS, e dá outras
503 providências; criação do Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologia em Saúde -
504 DGITS/SCTIE - Decreto nº 7.797; instituição de consulta pública para todas as matérias; e garantia de
505 transparência em todo o processo. Sobre a CONITEC/MS, explicou que visa assessorar o MS
506 avaliando eficácia, segurança, custo efetividade, seus impactos orçamentário/logístico, as ameaças e
507 oportunidades e o monitoramento de tecnologias e sistemas desenvolvidos para diagnóstico, prevenção
508 tratamento, mitigação e reabilitação em saúde; manter atualizada a oferta tecnológica no SUS; e
509 nortear a avaliação de tecnologias em saúde em estados, municípios, hospitais de ensino e setor de
510 convênios em saúde. Acrescentou que a Comissão é de suma importância, destacando que não há
511 nenhum sistema universal sem uma instância responsável por administrar a incorporação tecnológica.
512 Salientou que a Comissão atua conforme rito processual determinado por lei e decreto, com análises
513 técnicas respaldadas em boas práticas de avaliação de tecnologias em saúde mundialmente
514 reconhecidas, análise de aplicabilidade ao SUS segundo as linhas de cuidado, negociação de preços
515 favorecendo o acesso; estudos de efetividade (avaliação de resultados) e ampla divulgação e
516 informação (uso racional). Destacou que a CONITEC tem cumprido o rito processual e a agenda de
517 demandas externas e internas (MS), com transparência e comunicação (ampla divulgação das etapas
518 no site CONITEC - Portal da Saúde). Disse que as primeiras deliberações desse novo modelo
519 ocorreram em julho de 2012 para implantação programada no SUS até fevereiro de 2013. Detalhou que
520 a Comissão trabalha em articulação com áreas do MS, estados e municípios, em parcerias com
521 universidades/hospitais de ensino, em articulação com o Judiciário e com organismos de ATS nas
522 Américas, em cooperação com países desenvolvidos (NICE) e aproximação de sociedades de
523 especialidades e associações de pacientes (PCDTs). Feito esse panorama geral, apresentou um
524 balanço do trabalho da CONITEC – de janeiro a setembro de 2012, com destaque para os seguintes
525 resultados: a) 9 reuniões realizadas; 134 demandas por incorporação de tecnologias, sendo 80
526 externas e 54 internas (MS); 93 demandas por medicamentos (70% do total); 90 demandas conformes:
527 (36 externas – 45% do total e 54 Internas); 50 demandas conformes com avaliação finalizada; 33
528 tecnologias incorporadas e 12 não incorporadas; 1 exclusão de CID; 22 consultas públicas, com 1598
529 contribuições; todas as demandas e relatórios disponíveis no Portal Conitec; e cerca de 1.000 acessos
530 em janeiro e 4.000 em junho (aumento de 300%). A título ilustrativo, apresentou o desafio acerca das
531 doenças crônicas e doenças transmissíveis. Em relação às doenças crônicas, destacou como desafios:
532 prevenção e promoção da saúde; rastreamento e diagnóstico precoce; tratamento: adesão, adequação
533 e escalonamento; articulação na linha de cuidado; oferta completa do pacote de cuidado + tecnologia
534 visando reversão da doença ou seu controle; cuidados de reabilitação e paliativos quando necessários;
535 educação e informação para a saúde; e monitoramento dos resultados das incorporações. Citou como
536 caso 1 as doenças reumáticas, com destaque para atualização do PCDT de 2006; incorporação de 5
537 novos biológicos; oferta sob monitoramento em centros de especialidade; estímulo à produção nacional
538 de MTX- metotrexato, base para qualquer tratamento; diagnóstico e tratamento precoce; e
539 monitoramento e avaliação de resultados. Também apresentou caso 2: trastuzumabe associado à
540 quimioterapia no tratamento do câncer de mama HER 2, com destaque para: pacote tecnológico de
541 base: exames e testes genéticos para seleção dos elegíveis, tecnologia de ponta em hospitais; linha do
542 cuidado do câncer: diagnóstico precoce, acesso oportuno à cirurgia, radio e quimioterapia; e resultado
543 esperado da incorporação: modesto para as paciente em termos de SLP ou SGlobal. Salientou que
544 essas ações trazem avanços em relação à ciência, ao uso racional, à judicialização, à produção
545 nacional e à credibilidade do SUS perante a sociedade. Acerca dos desafios das doenças
546 transmissíveis, citou o exemplo do Telaprevir e Boceprevir para Hepatite C – genótipo 1. Explicou que a
547 infecção pelo HCV é uma das causas mais frequentes de doença crônica do fígado. O HCV é
548 responsável por 70% das hepatites crônicas, 40% dos casos de cirrose e 60% dos hepatocarcinomas.
549 Além disso, a hepatite C é a primeira causa de transplante hepático no mundo. O vírus de genótipo 1 é
550 o que mais causa a Hepatite C. Em relação à prevalência, disse que aproximadamente 70.000 casos
551 de hepatite crônica C foram confirmados entre os anos de 1999 e 2010 no Brasil. Explicou que o
552 tratamento disponível no SUS é a associação de peginterferona e ribavirina, porque os estudos
553 demonstram que a associação de IP + PEG + RIB é mais eficaz que PEG + RIB. Para ampliar a
554 discussão dessa matéria, disse que foi realizada consulta pública tendo sido apresentadas 25
555 contribuições. Seguindo, falou das oportunidades de incorporação tecnológica na atenção básica com
556 destaque para: equipamentos para telemedicina; tecnologias de fácil acesso e baixo custo; novas
557 metodologias baseadas em tecnologia de informação para apoio ao diagnóstico e tratamento, educação
558 continuada e participação social; tecnologias diagnósticas adaptadas a regiões remotas; e protocolos
559 baseados em evidências para rastreamento e tratamentos na atenção básica. Detalhou que as
560 próximas iniciativas são: novas incorporações já analisadas ou em análise; novo formulário para a
561 atualização de PCDTs; criação de sub-comissões PCDTs, RENAME e RENASES; criação do
562 observatório de notícias em ATS (CONITEC e DECIT); publicação de relatórios da CONITEC em

versão acessível aos pacientes e cuidadores; e tradução de resumo dos relatórios - espanhol e inglês. Salientou que o SUS se move, dada as condições tecnológicas, voltado a incorporar tecnologias que agreguem valor para os cidadãos, oferecer tratamentos efetivos e seguros para a população, fomentar a sustentabilidade do sistema, viabilizando a incorporação, a universalidade, a integralidade e a equidade e contribuir para a sustentabilidade tecnológica do Sistema (segurança sanitária). Finalizando, disse que a ideia é articular o Sistema Nacional de Ciência e Tecnologia e o Sistema Universal de Saúde, segundo um Padrão de Desenvolvimento Econômico e Social. Fechou agradecendo os participantes da CONITEC e reiterando os avanços do país na área de ciência e tecnologia.

Manifestações. Conselheiro **Nelson Mussolini** cumprimentou o Secretário pela apresentação e fez uma menção especial ao trabalho desenvolvido pela CONITEC. Destacou que a falta de avanços na incorporação de produtos, nos últimos anos, resultou em ações judiciais para essa incorporação, o que não é benéfico para o país. Apontou dois aspectos que, no seu modo de ver, precisavam de melhorias: protocolos clínicos e apresentação de tecnologias a serem incorporadas. Avaliou que é preciso trabalhar de forma mais eficaz a elaboração dos protocolos clínicos, porque, entre outros avanços, evitam a judicialização. Também disse que é preciso garantir a participação de consultores *ad hoc* para apresentação de tecnologias a serem incorporadas, por entender que trará ganhos para o Sistema.

Conselheira **Cândida Maria Bittencourt Carvalheira** cumprimentou o Secretário Gadelha pela explanação e focou a sua fala nas seguintes perguntas: considerando a demanda reprimida por reversão de cirurgia e sendo necessária a realização do exame colonoscopia para esse procedimento, há iniciativas voltadas a obtenção de aparelho que possibilite o diagnóstico? A área de ciência e tecnologia acompanha a situação da falta de medicamentos para doenças inflamatórias do intestino e para os cânceres? A área de ciência de tecnologia acompanha as condições das bolsas de colostomia ofertadas pelo SUS? Conselheira **Lorena Baía Alencar** também saudou o Secretário e frisou a importância da participação nas consultas públicas realizadas pela CONITEC com vistas a contribuir com os debates. Também manifestou satisfação com a ampliação do acesso a tratamentos da doença reumática, câncer e hepatite C, por entender que terá impacto positivo para os usuários do SUS. Por outro lado, falou sobre a demanda reprimida em relação à diabetes no que se refere à incorporação de análogos de insulinas. Disse que não há consenso a respeito entre MS e sociedade científica e, hoje, os municípios arciam com o custo desses medicamentos, que são oferecidos mediante solicitação judicial. Nesse sentido, perguntou ao Secretário qual a posição sobre a incorporação dos análogos de insulinas. Por fim, perguntou sobre a possibilidade de ampliar a composição da CONITEC, contemplando outras categorias profissionais, além da Medicina. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** manifestou a sua preocupação com a atenção básica e perguntou o que pode ser feito para que a incorporação tecnológica e científica chegue aos municípios, de modo a ampliar a capacidade resolutiva desses entes. Ainda nesse sentido, indagou como melhorar a efetividade do atendimento garantindo acesso aos prontuários, independente do local de atendimento. Também perguntou como garantir para os municípios equipamentos para telemedicina e tecnologias diagnósticas adaptadas a regiões remotas. Por fim, quis saber sobre a revisão da RENAME e a incorporação de novas tecnologias e o que tem sido feito para garantir equipamentos de radioterapia mais modernos para o SUS, haja vista a demanda reprimida por esse procedimento. Conselheira **Jurema Werneck** parabenizou o Secretário e sua equipe e fez uma referência à agenda de prioridade de pesquisa, com destaque para a oficina que debateu a pesquisa relacionada à população negra. Também reiterou a ideia do "SUS como direito de cidadania" e lembrou que incorporação tecnológica não significa comprar "coisas", mas sim incorporar conhecimentos. Ainda sobre a agenda de prioridade de pesquisa, solicitou comentários sobre a lacuna tecnológica acerca da doença falciforme. No mais, falou sobre o medicamento "captoril", destacando que é oferecido pelo SUS, mas não tem resposta satisfatória na população negra e pediu manifestação do Secretário a respeito. Conselheira **Zilda de Faveri Souza** saudou o Secretário, e, em relação às próximas iniciativas, perguntou como será feita a publicação dos relatórios da CONITEC em versão acessível aos pacientes e cuidadores. Também solicitou que na revisão da RENAME seja avaliada a possibilidade de incluir dois medicamentos para tratar da Doença de Alzheimer: Exelon Patch (adesivo) e Memantina (Ebix, Aloiz). Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** salientou ser imprescindível que a CONITEC opere com a ideia de evidências clínicas/protocolos clínicos terapêuticos e também de linhas de cuidado. Perguntou qual a relação da CONITEC com a ANVISA no que se refere à incorporação e desincorporação tecnológica em saúde. Salientou ainda que a RENASES e a RENAME assumem importância para a regionalização, uma vez que a disponibilização tecnológica se dá no âmbito regional, cabendo ao MS definir essas relações e atualizá-las anualmente. Todavia, lembrou que, nos termos do Decreto nº. 7.508/2011, é possível que Estados e regiões acrescentem itens à RENASES e à RENAME. Nesse sentido, perguntou se a incorporação tecnológica seria feita nos Estados e regiões, sem a necessidade de manifestação do MS. Conselheira **Marília Coelho Cunha** centrou a sua fala nos seguintes questionamentos: como é feita a definição de prioridades de incorporação de novas tecnologias e o projeto sobre produção e investimento para produção de novos medicamentos e novas tecnologias? Quanto está previsto no orçamento de 2013 para incorporação de novas tecnologias? Como se dá a prioridade para

626 incorporação de novas tecnologias? Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** saudou o Secretário e
627 aproveitou para informar que o GT de Saúde Oncológica, constituído pelo CNS para debater o tema,
628 analisou vários documentos e apresentará relatório na reunião ordinária de outubro de 2012 para
629 subsidiar, inclusive, o debate do tema em um seminário ou mesa redonda. Sobre a incorporação de
630 novas tecnologias, perguntou qual a resposta da CONITEC às auditorias realizadas, pelo DENASUS,
631 sobre aparelhos utilizados na radioterapia e, pelo Tribunal de Contas da União, sobre a política nacional
632 de atenção oncológica. Conselheiro **Ubiratan Cassano** parabenizou o Secretário pela excelente
633 apresentação e, em referência ao slide sobre a hepatite C, destacou a afirmação da existência de
634 estudos demonstrando a eficácia da inclusão dos inibidores de protease ao tratamento duplo com
635 peginterferon e a ribavirina. Sendo assim, perguntou quando, de fato, o Boceprevir e o Telaprevir
636 estarão disponíveis nos centros públicos de saúde. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** discorreu sobre
637 a questão da revisão de protocolos, incorporação de novos medicamentos/novas tecnologias e
638 judicialização. Explicou que, no entendimento do movimento de luta contra a AIDS, a judicialização é
639 uma forma de buscar a garantia de um direito negado na área de saúde. Lembrou, inclusive, que a
640 política universal de medicamentos para AIDS iniciou-se a partir da busca judicial para acesso a
641 medicamentos para o tratamento da enfermidade. Acerca da revisão de protocolos e inclusão de novas
642 tecnologias, salientou que muitas vezes ocorrem por questões econômicas e não por questões
643 técnicas. Além disso, chamou a atenção para o custo das novas tecnologias e salientou que é essencial
644 trabalhar com licenciamento compulsório. Conselheiro **Nadir Francisco do Amaral** fez os seguintes
645 questionamentos na sua fala: como é vista a questão da psoríase no âmbito da CONITEC? É possível
646 incorporar ao SUS a tecnologia utilizada pelas OSs, em especial em São Paulo? Conselheiro **José Eri**
647 de **Medeiros** cumprimentou o Secretário Gadelha e sua equipe pelo trabalho desenvolvido e avaliou
648 que a Secretaria deve debater as linhas de cuidado, com foco em pesquisas na prevenção e
649 incorporação de tecnologias leves. Conselheiro **Clóvis Boufleur** começou a sua fala perguntando
650 como o governo pensa em universalizar o acesso às novas tecnologias, quando pesquisas mostram
651 que os ricos tem prioridade em relação aos menos favorecidos. A respeito das tecnologias relacionadas
652 à saúde, disse que é preciso evoluir para além dos medicamentos e perguntou quais são as tecnologias
653 de baixo custo, facilmente replicadas em grande escala e de fácil compreensão que são interessantes
654 para o SUS. Também quis saber: qual o investimento do governo brasileiro na produção de patentes
655 nacionais que possam repercutir em nível internacional e, em relação a doenças negligenciadas,
656 perguntou quais delas o governo tem investimento, inclusive para produção de vacinas, como dengue,
657 leishmaniose. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** salentou que a incorporação tecnológica é
658 importante assim como o investimento em pesquisa para assegurar a autonomia do país. Concordou
659 que é preciso investir em incorporação tecnológica do ponto de vista da alta e média, mas isso não
660 pode aumentar a disparidade na atenção básica. Citou, por exemplo, que os gastos maiores de saúde
661 em relação aos trabalhadores rurais são com a realização exames, porque o SUS não oferece esse
662 procedimento. Também chamou a atenção para a importância de valorizar a tecnologia sustentável e
663 os fitoterápicos. Por último, perguntou o entendimento de “áreas remotas”, considerando se tratar de
664 um termo inadequado para se referir a campo, floresta e Região Amazônica. Conselheira **Eliane**
665 **Aparecida da Cruz** avaliou que a CONITEC é um marco importante para o país e entendeu que é
666 preciso debater se o Brasil irá gerar/produzir tecnologia. Destacou que é preciso manter o debate do
667 tripé - objetivos da cidadania, base economia e inovação – priorizando o primeiro aspecto que deve
668 oferecer a base para os outros dois. Também destacou que a CONITEC é uma porta de entrada das
669 demandas das entidades e é preciso pautar, posteriormente, questões como regulação, judicialização,
670 entre outros. Conselheira **Maria Ermínia Ciliberti**, em nome da CISM/CNS, cumprimentou o Pleno pelo
671 debate e elencou as seguintes dúvidas e questionamentos apresentados na última reunião da
672 CISM/CNS, para manifestação: composição da CONITEC – Considerando que 60% das demandas de
673 incorporação tecnológica se refere à indústria farmacêutica, por que a Comissão não dispõe de
674 representação do Conselho Federal de Farmácia? Como garantir a participação de representante de
675 usuários na Comissão?; Como garantir a incorporação de outras tecnologias no cuidado às pessoas
676 com esquizofrenia, assegurando toda a linha de cuidado?; e Qual a relação da Comissão de Ciência e
677 Tecnologia do CNS e da CONITEC? Conselheira **Merula Emmanoel Steagall** cumprimentou a mesa
678 pela abordagem e também apresentou as seguintes demandas do GT de Oncologia do CNS e da
679 Associação Brasileira de Talassemia - ABRASTA: os diferentes protocolos definidos pelas Secretarias
680 Estaduais serão considerados pela CONITEC na definição dos protocolos? Linfoma e leucemia
681 mielóide crônica – a inclusão do CLIVEC é um avanço; é preciso incorporar os medicamentos da
682 segunda linha na lista dos medicamentos reembolsados pelo governo; mieloma múltiplo – demanda
683 para inclusão da lenaledomida no tratamento; transplantes de medula óssea – apesar do investimento
684 na realização do procedimento, pacientes morrem por falta de antifúngico nas instituições que realizam
685 o procedimento – o que tem sido feito no programa de transplante, em especial de medula óssea, para
686 evitar a falta da medicação? **Retorno da mesa.** Primeiro, fez uso da palavra a coordenadora da
687 CONITEC, **Clarice Alegre Petramale**, que iniciou agradecendo a participação dos representantes do
688 CNS nas reuniões da CONITEC e as contribuições expressivas nos debates. Também esclareceu que

689 a Comissão avalia tecnologias com base técnica, segundo metodologias definidas e ideia é que o grupo
690 de análise seja pequeno. Explicou que a tecnologia deve contribuir no cuidado da população, assim,
691 concordou com a importância de tecnologias leves e tecnologias de cuidado e com a necessidade de
692 realização de exames e diagnóstico no cuidado às pessoas. Nesse contexto, explicou que a finalidade
693 dos protocolos clínicos é apresentar um direcionamento sobre a linha de cuidado de determinada
694 doença. Disse que novos protocolos clínicos sobre doenças prevalentes no país serão entregues no
695 próximo mês e explicou que, certamente, alguns deles não contemplariam o que chamou de “última
696 maravilha curativa”, muitas vezes pela falta de evidências de segurança para a incorporação. Explicou
697 que o MS está atento à necessidade de rever os protocolos, lembrando inclusive que a atualização
698 deve ser feita, no mínimo, a cada dois anos. Disse que o formulário, que está em processo de
699 conclusão, voltado a gestores e universidades, permitirá atualizar os protocolos e criar novos. O
700 Secretário **Carlos Augusto Grabois Gadelha** começou destacando que, dada a riqueza do debate e
701 complexidade das perguntas, não poderia responder a todas as questões, portanto, centrou a sua fala
702 nas gerais, sendo que as mais específicas poderiam ser respondidas posteriormente. Também frisou
703 que a Secretaria, assim com a gestão do MS, é permeável a novas ideias e salientou a sua satisfação
704 com o mérito das intervenções dos conselheiros, porque refletiam a agenda da pesquisa do
705 desenvolvimento tecnológico, para além da CONITEC. A respeito das bolsas de colostomia distribuídas
706 no país, explicou que a Comissão está atenta à preservação da qualidade, entendendo esta como parte
707 da estratégia de desenvolvido tecnológico do país, e tem cuidado para que a questão imediata do preço
708 não prejudique a estratégia nacional tecnológica. Sobre a oncologia, destacou que as ações adotadas
709 possibilitaram a ampliação do acesso a medicamentos, redução de custos e incentivo à produção de
710 medicamentos oncológicos. Informou ainda que a agenda de pesquisa contempla temas como
711 população negra, organização da atenção básica, regionalização da saúde, entre outros, e reiterou que
712 o compromisso é com o cidadão e não com o produto em si. Em relação a equipamentos, destacou a
713 estruturação de 80 centros e atualização de outros para tratamento de radioterapia segundo critério
714 regional e obrigatoriedade de desenvolvimento de tecnologias no país, por parte das empresas.
715 Também explicou que há uma agenda de prioridades de pesquisa para o SUS e o MS está atento a
716 questão das doenças e populações negligenciadas. Inclusive, disse que participaria do Congresso
717 Mundial de Medicina Tropical para lançar uma ação do MS e FIOCRUZ voltada à definição de rede de
718 doenças negligenciadas. Sobre a relação entre a CONITEC e a ANVISA, explicou que, antes da análise
719 da Comissão para incorporação tecnológica, é feita análise da ANVISA para verificação de eficácia e
720 segurança. Por último, falou sobre a judicialização, ressaltando que não é correto negar a saúde como
721 direito; portanto, é preciso disponibilizar conhecimento para decisão embasada do Judiciário. Não
722 sendo possível tratar de todas as questões, colocou a Secretaria à disposição para esclarecer os
723 questionamentos específicos. Não havendo encaminhamentos, conselheiro **Alcides Silva de Miranda**
724 sugeriu enviar o texto da ata da reunião à SCTIE para respostas aos questionamentos não respondidos
725 e, após agradecer os convidados, encerrou o debate. Definido esse ponto, interrompeu para o lanche.
726 Reiniciando, foi retomado o debate do item 6 da pauta, **COMISSÃO ELEITORAL – APROVAÇÃO DO**
727 **CALENDÁRIO.** *Composição da mesa:* conselheira **Jurema Werneck**, da Mesa Diretora do CNS; e
728 **Kátia Souto**, representante da Comissão Eleitoral. A representante da Comissão Eleitoral do CNS,
729 **Kátia Souto**, iniciou relatando que a Comissão Eleitoral reuniu-se no período do almoço e, após
730 consultar o setor jurídico, propõe ao CNS a republicação do calendário eleitoral aprovado pelo CNS,
731 assegurando as datas definidas pelo Plenário: a) *Agosto*: aprovação pelo Pleno do CNS do Regimento
732 Eleitoral 2012/2015; Indicação pelo Pleno do CNS dos membros da Comissão eleitoral composta por 12
733 membros: 6 (seis) representantes do segmento dos usuários; 3 (seis) representantes dos profissionais
734 de saúde; 3 (seis) representantes do segmento do gestor/prestador, sendo 2 (dois) representantes do
735 governo e 1 (um) representante dos prestadores de serviços de saúde. Dia 29 de agosto de 2012: publicação
736 do Regimento Eleitoral 2012/2015 e publicação da portaria de designação dos membros da
737 Comissão Eleitoral. b) *Setembro*: Dia 04 de setembro de 2012 - publicação do edital de convocação da
738 eleição do Conselho Nacional de Saúde para o Triênio 2009 a 2012. Até 13 de setembro de 2012:
739 Aprovação pelo Pleno do CNS do Calendário Eleitoral. 10 de setembro de 2012 a 10 de novembro de
740 2012: Inscrições das Entidades para a eleição do CNS. c) *Novembro*: 11 de novembro de 2012, às 17
741 horas: publicação da lista das entidades inscritas. 12, 13 e 14 de novembro de 2012: interposição de
742 recursos. 15, 16 e 17 de novembro de 2012: julgamento dos recursos. 18 de novembro de 2012, até as
743 17 horas: publicação da lista das entidades habilitadas. 27 de novembro de 2012: eleição do Conselho
744 Nacional de Saúde. d) *Dezembro*: 12 de dezembro de 2012: posse dos conselheiros. Além disso,
745 apresentou a composição da Comissão Eleitoral com os respectivos cargos definidos pela Comissão: I -
746 representantes do segmento do Governo Federal/prestadores de serviços de saúde: a) Haroldo Jorge
747 Carvalho Pontes; b) Kátia Maria Barreto Souto - Presidente; c) Denise Rinehart; II - representantes do
748 segmento dos profissionais de saúde: a) Geraldo Alves Vasconcelos Filho; b) Ruth Ribeiro Bittencourt -
749 Vice-Presidente; c) Wilen Heil e Silva; III - representantes do segmento dos usuários: a) Clair Castilhos
750 Coelho; b) Vânia Lúcia Ferreira Leite - Secretária; c) José Wilton da Silva; d) Arnaldo Gonçalves; e)
751 Edmundo Luiz Saunier de Albuquerque; e f) Márcia Ribas - Secretária-Adjunta. Acrescentou que a

752 portaria de composição da Comissão e o edital de convocação serão republicados, a fim de dar
753 encaminhamento ao processo. Acrescentou que a Comissão terá uma sala exclusiva, além de
754 assessoria técnica (Vivian Godin) e duas pessoas para apoio administrativo e um jurídico. Por fim, disse
755 que a Comissão definiu o seu calendário de reuniões e apresentará informes mensais ao CNS.
756 **Deliberação: aprovado, por unanimidade, o calendário eleitoral do CNS (mandato de dezembro**
757 **de 2012 a dezembro de 2015): a) Agosto:** aprovação pelo Pleno do CNS do Regimento Eleitoral
758 2012/2015; **Indicação pelo Pleno do CNS dos membros da Comissão eleitoral composta por 12**
759 **membros:** 6 (seis) representantes do segmento dos usuários; 3 (seis) representantes dos
760 profissionais de saúde; 3 (seis) representantes do segmento do gestor/prestador, sendo 2 (dois)
761 representantes do governo e 1 (um) representante dos prestadores de serviços de saúde. Dia 29
762 de agosto de 2012: publicação do Regimento Eleitoral 2012/2015 e publicação da portaria de
763 designação dos membros da Comissão Eleitoral. **b) Setembro:** Dia 04 de setembro de 2012 -
764 publicação do edital de convocação da eleição do Conselho Nacional de Saúde para o Triênio
765 2009 a 2012. Até 13 de setembro de 2012: Aprovação pelo Pleno do CNS do Calendário Eleitoral.
766 **10 de setembro de 2012 a 10 de novembro de 2012: Inscrições das Entidades para a eleição do**
767 **CNS.** **c) Novembro:** 11 de novembro de 2012, às 17 horas: publicação da lista das entidades
768 inscritas. 12, 13 e 14 de novembro de 2012: interposição de recursos. 15, 16 e 17 de novembro
769 de 2012: julgamento dos recursos. 18 de novembro de 2012, até as 17 horas: publicação da lista
770 das entidades habilitadas. 27 de novembro de 2012: eleição do Conselho Nacional de Saúde. **d)**
771 **Dezembro:** 12 de dezembro de 2012: posse dos conselheiros. Aprovados também os seguintes
772 cargos da Comissão Eleitoral do CNS: I - representantes do segmento do Governo
773 Federal/prestadores de serviços de saúde: a) Haroldo Jorge Carvalho Pontes; b) Kátia Maria
774 Barreto Souto - Presidente; c) Denise Rinehart; II - representantes do segmento dos
775 profissionais de saúde: a) Geraldo Alves Vasconcelos Filho; b) Ruth Ribeiro Bittencourt - Vice-
776 Presidente; c) Wilen Heil e Silva; III - representantes do segmento dos usuários: a) Clair
777 Castilhos Coelho; b) Vania Lúcia Ferreira Leite - Secretária; c) José Wilton da Silva; d) Arnaldo
778 Gonçalves; e) Edmando Luiz Saunier de Albuquerque; e f) Márcia Ribas - Secretária-Adjunta.
779 Definido esse ponto, a mesa foi recomposta e o conselheiro Clóvis Boufleur, da Mesa Diretora do
780 CNS, colocou em apreciação a ata da 236ª Reunião Ordinária. **Deliberação: aprovada, por**
781 **unanimidade, a ata da 236ª Reunião Ordinária do CNS.** Em seguida, conselheira Cândida Maria
782 Bittencourt Carvalheira apresentou o texto da moção cujo mérito fora aprovado no início da reunião:
783 "Moção de alerta ao governo do Rio de Janeiro. Considerando as denúncias das pessoas ostomizadas
784 moradoras do Estado do Rio de Janeiro pela descontinuidade de fornecimento de bolsas coletoras de
785 fezes e/ou urina pelo Sistema Único de Saúde – SUS comprometendo a saúde dessas pessoas pela
786 omissão do poder público do Estado em garantir o cumprimento da lei no atendimento a esta parcela da
787 população. Aguarda as providências das três esferas de governo no âmbito da saúde no prazo de trinta
788 dias." Após ponderações, o Plenário decidiu aprovar o texto na forma de recomendação. O texto deverá
789 ser encaminhado ao Ministério Público, atendendo o acordo feito no seminário com Ministério Público
790 de que as decisões do CNS deveriam ser encaminhadas ao MP. **Deliberação: aprovada**
791 **recomendação às três esferas de governo que garantam fornecimento de bolsas coletoras de**
792 **fezes e/ou urina pelo Sistema Único de Saúde – SUS às pessoas ostomizadas moradoras do**
793 **Estado do Rio de Janeiro.** Conselheiro Clóvis Boufleur explicou que, conforme encaminhamento no
794 início da reunião, a SE/CNS entrou em contato com o Secretário de Vigilância em Saúde SVS para
795 verificar a possibilidade da participação dele na reunião para tratar de diversos temas, mas, dada a
796 impossibilidade, o Secretário comprometeu-se a participar da reunião ordinária de outubro. Conselheiro
797 José Eri de Medeiros propôs o seguinte encaminhamento: reunião do COSEMS com o Secretário de
798 Vigilância em Saúde e o Ministro da Saúde para tratar da situação específica da Região Sul; e convidar
799 do Secretário para debater o planejamento das ações de combate à dengue no país para 2013.
800 Conselheiro Carlos Alberto Duarte informou que o CES/RS encaminhou documento ao CNS
801 ressaltando a necessidade de pautar debate sobre planejamento para a região Sul. Conselheira
802 Jurema Werneck avaliou que o debate com a SVS não deve ter caráter regional. Conselheira Júlia
803 Maria Roland explicou que a proposta de realizar reunião do CONASS, CONASEMS e MS para
804 debater a questão pontual da Região Sul não necessita de deliberação do CNS, cabendo a esse
805 Colegiado aprovar pauta na próxima reunião. Conselheira Graciara Matos de Azevedo disse que a
806 mídia noticia um surto de meningite no MA e o CNS não conhece as ações do governo. Assim, solicitou
807 que o tema também seja pauta no debate com a SVS. Conselheira Jurema Werneck também solicitou
808 que o CNS trate do surto de doença de Chagas no Pará. Conselheiro Clóvis Boufleur esclareceu que
809 a Mesa Diretora do CNS pautou debate com a SVS na reunião, mas o item foi excluído porque
810 representantes da Secretaria não poderiam participar da reunião por estarem em Salvador tratando de
811 questão emergencial. **Deliberação: o Plenário decidiu pautar, na próxima reunião do CNS, debate**
812 **com o Secretário de Vigilância em Saúde sobre o planejamento das ações de combate à dengue**
813 **no país para 2013, entre outras questões relativas à vigilância em saúde. ITEM 4 – VIGILÂNCIA**
814 **SANITÁRIA - Apresentação: Dirceu Brás Aparecido Barbano**, diretor Presidente da Agência Nacional

815 de Vigilância Sanitária - ANVISA. Coordenação: conselheiro **Clóvis Boufleur**, da Mesa Diretora do
816 CNS. Iniciando, o diretor Presidente da ANVISA, **Dirceu Brás Aparecido Barbano**, manifestou sua
817 satisfação em debater com o Plenário do CNS temas relevantes para o Sistema de Saúde do país.
818 Disse que, atendendo à solicitação deste Pleno, abordaria três temas na sua fala: **1)** Resolução da
819 Diretoria Colegiada - RDC da ANVISA nº 26, de 11 de maio de 2012, que altera a Resolução RDC nº.
820 07, de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de
821 Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências; **2)** Programa de Análise de Resíduos de
822 Agrotóxicos em Alimentos – PARA; e **3)** RDC da ANVISA nº. 41, de 26 de julho de 2012, que altera a
823 Resolução RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009, que dispõe sobre boas práticas farmacêuticas para o
824 controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação
825 de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências, e revoga a Instrução
826 Normativa IN nº 10, de 17 de agosto de 2009. Além disso, comunicou que recebeu e se colocou à
827 disposição para tratar do processo de registro do produto lenaledomida, em tramitação na ANVISA.
828 Começou a sua exposição com enfoque sobre o funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva -
829 RDC da ANVISA nº 26/2012. Explicou que, em 24 de fevereiro de 2010, foi publicada a RDC da
830 Agência nº 7, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia
831 Intensiva (UTI), estabelecendo um prazo de três anos para a adequação dos serviços. Explicou que o
832 processo de elaboração dessa norma iniciou-se em 2005, com a instituição de um Grupo de Trabalho,
833 tendo o debate se estendido por cinco anos, incluindo a consulta pública. Destacou que o debate foi
834 polêmico e acirrado, tendo em vista o entendimento de segmentos de que a ANVISA deveria tratar a
835 matéria de forma mais geral (“definição não matemática”), permitindo organização dos serviços focada
836 na oferta de serviço seguro e de qualidade. Disse que a norma é uma mistura de dois aspectos –
837 qualidade de serviços e questões relacionadas a medições, sendo um dos temas a quantidade de
838 profissional por leito. Relatou que, ao longo desse tempo, a SVS vem discutindo a política de urgência e
839 emergência e, em 10 de maio de 2012, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 930, que define as
840 diretrizes e os objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave
841 ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no
842 âmbito do SUS. Essa Portaria classifica as Unidades de Terapia Intensiva Neonatal em UTIN Tipo II,
843 que estabelece a proporção de 1 enfermeiro para cada 10 leitos ou fração; e UTIN Tipo III, que
844 estabelece a proporção de 1 enfermeiro para cada 5 leitos ou fração. Explicou que a publicação dessa
845 portaria do MS criou um descompasso com o definido pela ANVISA em 2010. Destacou que a partir da
846 publicação da RDC nº. 7/2010 a ANVISA e o Ministério da Saúde debatiam maneiras de garantir a
847 segurança sanitária nos serviços de saúde no âmbito do SUS, sem prejudicar o acesso dos pacientes à
848 Rede de Urgência e Emergência, incluindo as UTIs. Nesse contexto, destacou que, para viabilizar a
849 implantação de um maior número de UTI no país, no âmbito da Política de Urgência e Emergência do
850 Ministério da Saúde, foi necessário harmonizar o estabelecido nas normativas existentes, resultando na
851 publicação da RDC nº 26/2012, que alterou a Resolução RDC nº 07/2010. Disse que foram feitas
852 articulações com Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS e Conselho Federal de Enfermagem e
853 a Resolução foi revisada para adequar a proporção de profissionais por lei, conforme definido pela
854 Portaria, entendendo que a definição é suficiente para a nova classificação. Explicou que a mudança
855 gerou debates e houve questionamentos do Conselho Federal de Enfermagem e outros segmentos
856 sobre a segurança dessa diminuição. Ressaltou que na avaliação da ANVISA a nova norma não
857 representa um retrocesso porque abre um novo tipo de UTI e permite custeio do serviço, possibilitando
858 estruturação dos serviços. Acrescentou que, nos termos da RDC nº. 7, em fevereiro de 2013 as
859 Unidades deveriam se adequar aos requisitos estabelecidos, o que poderia prejudicar serviços em
860 muitas regiões do país, pela impossibilidade de cumprimento da norma, podendo levar, inclusive, ao
861 fechamento de Unidades. Disse que o tema ainda não se esgotou porque há demanda, principalmente
862 dos profissionais de enfermagem, para debater esse tema e a ANVISA está em discussão permanente
863 com a SAS, CONASS, CONASEMS e COFEn. Seguinte, falou sobre o Programa de Análise de
864 Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos - PARA. Começou explicando que a regulação é feita pela
865 ANVISA, Ministério da Agricultura e Ministério do Meio Ambiente, sendo cada um responsável por uma
866 parte do processo de aprovação dos produtos para uso na agricultura. Detalhou que cabe à ANVISA a
867 definição do perfil de segurança e toxicidade de cada produto (FIOCRUZ realiza os estudos das
868 toxicidades – “monografias de toxicidade dos produtos” definem se o produto pode ser utilizado ou não,
869 para quais culturas de alimentos e quais os níveis residuais permitidos em cada tipo de alimento). Disse
870 que é feito cruzamento dos dados da ANVISA e do Ministério da Agricultura em relação ao potencial de
871 danos ao meio ambiente e esse Ministério recomenda o uso de produto em decorrência da
872 necessidade agrícola. Ressaltou que outra preocupação da ANVISA refere-se aos efeitos dos produtos
873 nos trabalhadores da agricultura responsáveis pelo manejo e, sendo assim, a Agência estabelece como
874 a aplicação deve ser feita, com base no perfil de toxicidade e segurança. Destacou que esse sistema
875 tem funcionado de forma eficiente e lembrou que o Brasil é o primeiro mercado do mundo em consumo
876 de agrotóxicos. Explicou que a posição da ANVISA é pela utilização dos agrotóxicos, desde que ocorra
877 após as avaliações toxicológicas, do impacto no meio ambiente e na saúde do trabalhador e de

878 necessidade da agricultura, sendo essencial o controle. Salientou que, além da análise toxicológica dos
879 agrotóxicos que pleiteiam registro ou alterações pós-registro, bem como sua reavaliação à luz de novos
880 conhecimentos e alertas, a ANVISA realiza o monitoramento pós-registro por meio do Programa de
881 Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos - PARA e da Rede Nacional de Centros de
882 Informação e Assistência Toxicológica - RENACIAT e fiscaliza a conformidade da fabricação de
883 agrotóxicos. Especificamente sobre o PARA, explicou que foi criado em 2002 e efetivado em 2003, com
884 a publicação da RDC 119/2003. Trata-se de uma ação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária -
885 SNVS, coordenada pela ANVISA, em conjunto com os órgãos estaduais de vigilância sanitária.
886 Acrescentou que o Programa é indicador anual da qualidade dos alimentos consumidos pela população
887 brasileira no que se refere à existência ou à persistência de agrotóxicos em alimentos. Detalhou que as
888 análises laboratoriais permitem detectar a existência de agrotóxicos não autorizados ou de
889 concentração superior ao máximo estabelecido (Limite Máximo de Resíduos – LMR) nas amostras de
890 culturas agrícolas selecionadas previamente pela coordenação do Programa. Disse que, atualmente, as
891 27 Unidades Federativas estão envolvidas na amostragem e na tomada de ações após a divulgação
892 dos resultados. Explicou que as análises das amostras coletadas são realizadas por 4 Laboratórios
893 Centrais de Saúde Pública (Lacen GO, MG, RS e PR) e a tendência é que outros laboratórios passem a
894 participar desse processo. Ressaltou que em 2012 o programa iniciou nova etapa, coletando e
895 analisando amostras na modalidade fiscal, assim o resultado possibilitará ação de penalização dos
896 responsáveis pela comercialização dos produtos. Destacou que as 27 Unidades Federativas estão
897 coletando amostras de tomate, que serão analisadas pela Fundação Ezequiel Dias (FUNED). Explicou
898 que a divulgação dos resultados dos estudos causa impacto e a ANVISA está debatendo uma forma de
899 divulgação mais depurada dos dados a fim de possibilitar melhor compreensão pela sociedade. A
900 seguir, falou sobre a RDC da ANVISA nº. 41/2012, que revoga a RDC nº 44/2009, que estabeleceu os
901 critérios e condições mínimas para o cumprimento das Boas Práticas Farmacêuticas em farmácias e
902 drogarias e determinou que os medicamentos permanecessem em área de circulação restrita aos
903 funcionários, não sendo permitida sua exposição direta ao alcance dos usuários do estabelecimento.
904 Para melhor entendimento do tema, começou explicando que há três grupos de medicamentos
905 comercializados no país: isentos de prescrição médica para compra e aquisição (a lista do país é mais
906 restrita que a de países da Europa e dos Estados Unidos, por exemplo); produtos de tarja vermelha,
907 que exigem apresentação de receita, sem necessidade de retenção do receituário; e de controle
908 especial, que exige receituário especial e retenção pelo estabelecimento. Todavia, disse que, na
909 prática, no Brasil há dois grupos: com controle de receita e sem prescrição, sendo uma questão
910 complexa a ser tratada no país, porque, em regra, os medicamentos de tarja vermelha são tratados
911 como isentos de prescrição. Explicou que, em 2009, para a aprovação da RDC nº. 44/2009 foi feito
912 amplo debate e o entendimento era que os medicamentos isentos de prescrição dispostos nas
913 gôndolas agregavam risco às pessoas. Nesse mesmo ano, a ANVISA discutiu a necessidade de
914 ampliar o controle de outros grupos e pela primeira vez foi debatida medida com foco nos isentos de
915 prescrição, embora a Agência soubesse que 70% das intoxicações registradas no Centro de
916 Assistência Toxicológica de São Paulo (CEATOX-SP) eram decorrentes do uso de medicamentos com
917 prescrição. Disse que após debate a ANVISA decidiu que os MIPs deveriam permanecer dentro do
918 balcão, protegidos do acesso da sociedade. Com essa medida, a Agência esperava ação dos
919 farmacêuticos que transformasse a relação da farmácia com o consumidor. Todavia, explicou que,
920 desde a sua publicação, a RDC nº. 44/2009 foi amplamente questionada pelo setor produtivo e rendeu
921 à ANVISA 76 processos judiciais. Além disso, onze estados criaram leis estaduais e reverteram a
922 decisão da Agência. Em face desse cenário, a ANVISA decidiu aprofundar o debate do tema e, em
923 2011, criou um GT que passou a debater critérios de enquadramento de um produto como isento de
924 prescrição, com a finalidade de levantar subsídios para definição da Agência. Relatou que, primeiro, a
925 Agência analisou os dados de intoxicação e verificou que os dados referentes aos atendimentos anuais
926 de intoxicações endógenas do Centro de Controle de Intoxicações da Unicamp são muito semelhantes
927 aos disponíveis para o Brasil no mesmo período. Com base no relatório de 2009, é possível associar
928 80% das intoxicações com medicamentos a tentativas de suicídio ou ingestão acidental. Além disso,
929 70% das intoxicações tiveram a classe terapêutica dos medicamentos definida e em somente 5,6%
930 desses casos foi possível associar a intoxicação ao uso de MIP. Disse que dados comparativos entre
931 as intoxicações registradas pelo Centro de Assistência Toxicológica de São Paulo (CEATOX-SP) no
932 período imediatamente anterior e o posterior à publicação da RDC nº. 44/2009 indicam que não houve
933 impacto mensurável das disposições da norma no perfil de intoxicações relatadas nesse Centro. Disse
934 que, em 2011, 22,36% das intoxicações estavam relacionadas aos MIPs e 77,64% em relação a
935 medicamentos com prescrição, demonstrando que não ocorreu a mudança pretendida do ponto de vista
936 sanitário. Além disso, salientou que dados do mercado farmacêutico, após a publicação da RDC 44/09,
937 demonstraram que a participação do atendente no processo de vendas de medicamentos era de 5,4%
938 no ano de 2005, de 4,6% no ano de 2007 e de 9,3% no ano de 2010. No mais, destacou que a
939 evolução das vendas de produtos em embalagens múltiplas (blister com 2, 4 comprimidos, por
940 exemplo) e embalagens secundárias (caixa com 10, 20 e 30 comprimidos, por exemplo) entre os anos

941 de 2007 e 2011 possibilitou observar um aumento das vendas no segundo grupo a partir de 2009.
942 Especificamente sobre a RDC nº. 41/2012, explicou que altera o artigo 40 da Resolução RDC 44/2009,
943 determinando que os MIPs deverão ficar em área segregada à área destinada aos produtos correlatos,
944 como, por exemplo, cosméticos e produtos dietéticos, e devem ser organizados por princípio ativo,
945 para permitir a fácil identificação pelos usuários. Além disso, na área destinada aos MIPs, devem ser
946 posicionados cartazes com a seguinte orientação: "Medicamentos podem causar efeitos indesejados.
947 Evite a automedicação: informe-se com o farmacêutico". Frisou que continua vigente a Instrução
948 Normativa nº 09/2009, que dispõe sobre a relação de produtos permitidos para dispensação e
949 comercialização em farmácias e drogarias, visto que este regulamento não se refere à venda de MIP e
950 sim aos produtos que poderão ser comercializados em farmácias e drogarias. Ressaltou que continua a
951 discussão quanto ao enquadramento de MIP – Revisão da RDC Nº 138/2003 – e o GT continua a
952 debater os critérios para o enquadramento de MIP: 1) definição dos critérios de segurança; e 2)
953 definição dos dados a serem apresentados para a comprovação da segurança. Além desses aspectos,
954 disse que o Grupo debate sinais ou sintomas identificáveis pelo paciente ou farmacêutico; possíveis
955 vias de administração manejáveis pelo paciente; período de utilização do medicamento sem orientação
956 do prescritor; e baixo potencial de risco ao paciente por mau uso, abuso e baixo risco de causar
957 dependência. Disse que a premissa é que todas as informações sejam comprovadas por dados
958 disponíveis na literatura científica indexada e de impacto qualificado em função do critério em
959 discussão. Em relação às próximas ações, disse que será realizada audiência pública para discutir a
960 venda de medicamentos sujeitos à prescrição médica no dia 27 de setembro de 2012. O objetivo é
961 debater o estabelecimento de ações do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária para a implementação
962 prática da exigência de apresentação de receita no ato da compra de medicamentos sujeitos à
963 prescrição, conforme Art. 43 da RDC nº 44/2009. A intenção é desenvolver um trabalho de
964 sensibilização dos órgãos de vigilância sanitária e estabelecimentos farmacêuticos para que a receita
965 seja exigida, sem que isso se configure em obstáculos para a aquisição de medicamentos, mas que
966 leve à eliminação do risco sanitário oriundo da automedicação. Lembrou que, de acordo com a Lei nº.
967 6437/77, a venda de medicamentos tarjados sem apresentação da prescrição configura infração
968 sanitária. As penalidades podem variar de advertências, interdições, cancelamento da autorização de
969 funcionamento do estabelecimento e multas. Por fim, frisou o entendimento que a decisão da ANVISA é
970 positiva para o consumidor, porque retira da relação do consumo um elemento que não está
971 interessado com a saúde do usuário, mas sim com o lucro da farmácia. **Manifestações.** Com a
972 autorização do Plenário, manifestou-se sobre a RDC nº 26/2012 a professora da URGS, **Débora Feijó**,
973 em nome da Associação Brasileira de Enfermagem em Terapia Intensiva (ABENTI) e Departamento de
974 Enfermagem da Associação Brasileira de Medicina Intensiva. Começou ressaltando que, após amplo
975 debate sobre as diferenças nas UTIs do Brasil, observou-se a necessidade de classificar essas
976 Unidades. Também destacou que Portarias da década de 90 já determinavam a proporção de 1/10 e
977 1/5 para Unidades tipo II. Além disso, destacou que dados CNES mostram que a maioria das UTIs, em
978 especial as públicas, são tipo do II, o que significa que o paciente nessa unidade terá cuidado menor.
979 Relatou que estudos demonstram que o acréscimo de um paciente para um enfermeiro representa um
980 aumento de 28% de eventos adversos e 0,7% no risco de morte para cada paciente. Portanto,
981 defendeu a revogação da RDC nº 26/2012, reiterando que não se trata de uma posição de entidade,
982 mas sim de defesa do paciente. Conselheiro **Nelson Mussolini** focou a sua fala na questão dos MIPs,
983 começando com cumprimentos ao diretor da ANVISA pela clareza na exposição dos motivos da revisão
984 da norma da Agência. Registrhou que a indústria farmacêutica sempre clamou por regulamentação clara
985 e exequível e a ANVISA tem contribuído para o desenvolvimento do Brasil como potência farmacêutica,
986 possibilitando a competição com outros países em termos de produção. Conselheiro **Francisco Batista**
987 **Júnior** começou explicando que é um defensor da ANVISA por conta do importante trabalho realizado,
988 mas lhe causou preocupação a decisão da Agência de aumentar o número de leitos por profissional de
989 enfermagem. Disse que essa medida piora as condições de trabalho dos que atuam no setor, em
990 especial o pessoal de enfermagem e é contra a ideia da melhoria da qualidade do serviço. A respeito
991 dos medicamentos, reconheceu que a ANVISA tomou iniciativas importantes, mas, no caso dos MIPs, a
992 decisão deveria ter sido outra: identificados os problemas, deveriam ter sido tomadas medidas para
993 resolvê-los ao invés de decidir por disponibilizar os medicamentos nas gondolas dos estabelecimentos
994 como mercadoria. Aproveitou para manifestar a sua preocupação com a Farmácia Popular, uma vez
995 que foi disponibilizado R\$ 1,1 bilhão para financiamento de farmácias privadas, sem qualquer
996 contrapartida, com preços abusivos e, de outro lado, os municípios sofrem com a falta de
997 medicamentos. Na sua visão, esse recurso deveria ter sido utilizado para pactuação com os municípios
998 e compra de medicamentos a baixo custo, ampliando o acesso da população. Concluindo, avaliou que,
999 na questão dos medicamentos, há retrocessos brutais e a ANVISA pode retomar o seu prumo de anos
1000 atrás com a ajuda do CNS. Conselheira **Noemy Yamaghishi Tomita** cumprimentou o diretor presidente
1001 pela abordagem sobre os produtos agrícolas submetidos a tratamentos com agrotóxicos e, nesse
1002 contexto, perguntou como fiscalizar a contaminação das águas subterrâneas por agrotóxicos.
1003 Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** cumprimentou o diretor presidente da Anvisa e retificou que a

1004 demanda para pautar o assunto no CNS foi da ABEn e não do CFEEn. Além disso, disse que a ABEn
1005 tem trabalhado em articulação com as demais organizações da enfermagem e não houve diálogo entre
1006 a ANVISA e o COFEn sobre a alteração da RDC nº. 7/2010. Ressaltou que a nova RDC cria uma
1007 armadilha porque criminaliza o profissional de enfermagem por má prática clínica em decorrência da
1008 desassistência, quando o que ocorre é a incapacidade desse profissional atender a demanda do
1009 paciente com dependência total. Destacou que está em jogo o modelo assistencial que o país precisa
1010 para a população brasileira e para o paciente de altíssima complexidade, como é o caso daqueles que
1011 estão na UTI. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** agradeceu o diretor presidente da ANVISA pela
1012 presença, mas lamentou a falta de alusão à RDC nº. 24/2010, que trata da publicidade de alimentos,
1013 especialmente os voltados ao público infantil. Diante do questionamento do CONAR e da ABIA acerca
1014 da RDC, perguntou qual o posicionamento da ANVISA acerca dessa questão. A seguir, apresentou
1015 considerações, preocupações e propostas construídas no Seminário de Avaliação da PNAN e nas
1016 últimas reuniões da CIAN/CNS: 1) relevância sobre o papel do Estado na regulação dos alimentos
1017 como forma de proteger o Direito Humano à alimentação adequada e saudável, reconhecido na
1018 Constituição Federal; 2) é necessário assegurar o direito humano à alimentação das pessoas com
1019 necessidades alimentares especiais - criar e regulamentar uma resolução específica para produção de
1020 alimentos isentos de substâncias inadequadas para as pessoas com necessidades especiais tais como
1021 celíacos, fenilcetonúricos entre outros; 3) a regulação da publicidade de alimentos que fazem mal à
1022 saúde é estratégica para o enfrentamento da obesidade, principalmente a infantil; 4) a regulação da
1023 publicidade de alimentos que fazem mal à saúde é estratégica para o enfrentamento da obesidade,
1024 principalmente a infantil. Nesse sentido, é importante saber da ANVISA qual a real situação da RDC nº.
1025 24 e as ações efetivas que vem sendo empregadas para a sua implementação. Também é necessário
1026 avançar em uma proposta de regulação de publicidade de alimentos dirigida ao público infantil; 5)
1027 Rotulagem de alimentos – a agenda da ANVISA ainda é tímida e as preocupações são de diversas
1028 ordens, entre elas: marketing inverso da indústria que, ao anunciam a alteração do perfil nutricional
1029 como a redução de gorduras trans, utiliza essa informação para estimular o consumo; pesquisa do
1030 IDEC “Onde está a fruta” - destaque na embalagem sem presença na composição; ausência de
1031 fiscalização sobre a rotulagem de transgênicos e de alimentos isentos de glúten; importância de
1032 veiculação de campanhas de incentivo a hábitos alimentos e estilos de vida saudáveis nos meios de
1033 comunicação, respeitando a cultura alimentar de cada região; revitalizar o papel da Câmara Setorial de
1034 Alimentos – CSA da ANVISA, com a inclusão de componentes de diferentes áreas da segurança
1035 alimentar e nutricional, inclusive as categorias profissionais e acadêmicas relacionadas à alimentação e
1036 nutrição; implantar, fortalecer e garantir o funcionamento de laboratórios centrais de análise de
1037 alimentos como referência em cada região de todos os Estados. Para além dessas questões,
1038 manifestou preocupação com a alteração da RDC nº. 7/2010, dada a impossibilidade de atender à nova
1039 resolução, de acordo com o novo padrão estabelecido para o atendimento. Conselheira **Marília Coelho**
1040 **Cunha** salientou a importância de melhorar os serviços das UTIs e registrou o entendimento de que
1041 aumentar o número de leitos por enfermeiro é um risco à saúde pública. Também falou da falta de
1042 pessoal na ANVISA, destacando a preocupação com o fato de estar previsto, para 2013, apenas 160
1043 vagas. Explicou que a ANVISA é o órgão que apresenta o maior número de pedidos de afastamento
1044 médico, por problemas de estafa e depressão, decorrente do acúmulo de serviços. Destacou que a
1045 ANVISA tem importante papel no processo de regulação do país e solicitou o apoio do CNS à demanda
1046 pela ampliação do número de funcionários da Agência. Também disse que a greve demonstrou os
1047 problemas enfrentados pela ANVISA e, a propósito, apelou ao CNS que apoie o pedido de revogação
1048 do Decreto nº. 7.777, de 24 de julho de 2012, que possibilita a substituição de servidores públicos
1049 estaduais e municipais durante greves. Conselheira **Lorena Baía Alencar** cumprimentou a ANVISA
1050 pela atuação em várias questões relacionadas à garantia da saúde pública de qualidade – fiscalização
1051 sanitária, registro de medicamentos, entre outros. Manifestou preocupação com a exigência de receita
1052 para aquisição de anticoncepcionais nas farmácias populares e destacou que é preciso rever essa
1053 questão a fim de não prejudicar o planejamento familiar. A respeito dos MIPs, avaliou que a RDC nº.
1054 41/2012 vai contra a política de uso racional de medicamentos, por entender que induz a
1055 automedicação e passa a ideia que esses medicamentos são isentos de contra indicação. A respeito da
1056 RDC nº. 26/2012, avaliou que, além de precarizar o serviço de saúde e a força de trabalho da
1057 enfermagem, a norma traz grandes prejuízos para os usuários porque acarretará na redução da
1058 qualidade do atendimento nas urgências e emergências do SUS, contrapondo-se à garantia da saúde
1059 pública de qualidade. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** solicitou ao diretor presidente da ANVISA
1060 manifestação sobre o projeto de lei de autoria do ex-deputado Rafael Guerra, que retira da ANVISA a
1061 competência de realizar anuência prévia e reforçou a importância de debater esse tema no CNS.
1062 Conselheira **Merula Emmanuel Steagall** iniciou a sua fala ressaltando a importância da presença da
1063 ANVISA nas reuniões do CNS para tratar das questões relativas à vigilância sanitária. Focou a sua
1064 intervenção na questão do mieloma múltiplo, e informou que a sociedade aguarda, há quatro anos, o
1065 registro, pela ANVISA, da lenalidomida (Revlimid), derivado da talidomida, nos tratamentos de mieloma
1066 múltiplo no Brasil. Também manifestou surpresa com a informação de envio de parecer do CNS à

1067 ANVISA cujo mérito é contra o registro da substância e sugeriu verificar essa informação na CONEP.
1068 Conselheiro **João Donizetti Scabolli** cumprimentou o convidado e fez um destaque à nanotecnologia,
1069 perguntando se a Agência possui estudo sobre o impacto dessa nova tecnologia e se está preparada
1070 para fiscalizar essa questão. Conselheiro **Marcos Vinicius Pedrosa** reiterou a preocupação com a
1071 sobrecarga dos profissionais que atuam nas UTIs e os seus impactos negativos para os usuários. A
1072 respeito dos MIPs, avaliou que o tempo de vigência da RDC foi muito curto para avaliar o impacto da
1073 norma, por exemplo, na redução da intoxicação por medicamentos e perguntou se a decisão da
1074 Agência não foi intempestiva. Também solicitou o posicionamento da ANVISA em relação à
1075 dispensação de medicamentos similares, em substituição ao genérico, nas farmácias das unidades
1076 básicas. A professora da URGS, **Débora Feijó**, interveio novamente para acrescentar que a RDC nº.
1077 26/2012 também trará custos com pacientes por conta dos eventos adversos e com o trabalhador, por
1078 conta de doenças decorrentes da sobrecarga de trabalho. Por essa e outras razões, reiterou a proposta
1079 de revogação da nova RDC. Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** acrescentou dois pontos a sua
1080 fala, o primeiro deles relativo à qualificação para o trabalho. Explicou que na proporção de 1/10 o
1081 enfermeiro saiu da posição assistencial para a supervisão e o técnico de enfermagem assumiria a
1082 prestação de cuidado. O último recebe uma formação de 2 mil horas e o enfermeiro de 4 mil horas,
1083 portanto, o segundo oferece mais qualificação para desenvolvimento das ações de alta complexidade.
1084 Esclareceu que a Lei do Exercício Profissional estabelece que o técnico de enfermagem somente pode
1085 atuar sob supervisão do enfermeiro e não pode desenvolver cuidados diretos ao pacientes graves,
1086 portanto, a norma é passível de questionamento. Por essa e outras questões, salientou a importância
1087 de revogar a RDC nº. 26/2012. Por fim, solicitou a fiscalização da ANVISA na região de Petrópolis, por
1088 conta do alto índice de câncer por uso de agrotóxicos, inclusive proibidos. Conselheiro **Clóvis Boufleur**
1089 solicitou à conselheira Ivone Cabral o envio formal da denúncia sobre Petrópolis ao CNS para os
1090 devidos encaminhamentos. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** interveio para apresentar a
1091 seguinte proposta: marcar reunião da ANVISA com a representação da enfermagem, até a próxima
1092 reunião do CNS, na tentativa de construir diálogo a respeito da Resolução (o resultado das
1093 negociações será trazido na próxima reunião do CNS); e debater o tema também com a MNNP/SUS.
1094 Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos ("Santinha")** avaliou que o número de
1095 enfermeiros nas UTIs deve ser definido a partir da necessidade e, além disso, perguntou qual a posição
1096 da ANVISA sobre o uso do misoprostol para realização de aborto e da pílula do dia seguinte.
1097 Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** avaliou que a RDC nº. 26/2012 influi na qualidade do serviço
1098 prestado à população, portanto, trata-se de uma violação de direitos e o CNS deve manifestar-se a
1099 respeito. Conselheiro **Nadir Francisco** registrou as seguintes solicitações da Fenacelbra:
1100 desenvolvimento de procedimentos específicos a serem incluídos nos manuais de Boas Práticas para
1101 Serviços de Alimentação visando à garantia de produção de alimentos isentos de glúten; adequação da
1102 Resolução ANVISA-RDC nº 216/2012 (Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de
1103 Alimentação) para produção de alimentos isentos de glúten; capacitações de associações voltadas para
1104 a área da alimentação, para o público de comerciantes, garçons, reposidores de alimentos, cozinheiros
1105 e demais funcionários dos estabelecimentos comerciais alimentares, como medida obrigatória para
1106 renovação de alvará; incentivos fiscais para serviços especiais; controle da ANVISA com testes para
1107 detecção de glúten; definição de regulamentação específica que exija a capacitação de manipuladores
1108 de alimentos para produção de preparações isenta de glúten; definição de regulamentação específica
1109 que exija a disponibilização de lista de ingredientes das preparações alimentares em bares,
1110 restaurantes e serviços especiais; Resolução ANVISA - RDC n.º 137, de 29 de maio de 2003 (item 14
1111 trata de incluir advertência relativa à presença de glúten em medicamentos) - alterar a resolução para
1112 que se inclua em todas as embalagens de medicamentos a mensagem "contém glúten" ou "não contém
1113 glúten", de acordo com seus constituintes; definir regulamentação para presença de glúten em
1114 sanitizantes, produtos para higiene pessoal, cremes e cosméticos, de forma a se incluir nos rótulos
1115 "Contém glúten" ou "não contém glúten", de acordo com seus constituintes. **Retorno da mesa.** O
1116 diretor Presidente da ANVISA, **Dirceu Brás Aparecido Barbano**, começou agradecendo as
1117 manifestações e comentou as questões apontadas. Lembrou que as decisões da ANVISA têm impactos
1118 e a Agência precisa considerar, cada vez mais, o risco sanitário na tomada de decisão. Explicou que a
1119 RDC nº. 26/2012 estabelece a proporção de um enfermeiro para cada dez pacientes, diferente da RDC
1120 nº. 7/2010 que estabelecia a proporção de 1/8. Concordou em debater com o COFEn e aprofundar o
1121 debate com o MS sobre os impactos e os riscos dessa mudança. Disse que, ao modificar a norma, a
1122 Agência visou evitar o fechamento e a diminuição na oferta de leitos de UTI, todavia, interessa discutir o
1123 significado da medida no que se refere ao risco sanitário. Frisou que essa não foi uma decisão
1124 inadvertida ou descuidada e a Agência estava aberta ao diálogo e à mudança de posição, se fosse o
1125 caso. Salientou ainda que é preciso avançar na definição de normas sanitárias que possibilitem analisar
1126 a qualidade dos serviços, fugindo das "amarrações matemáticas". Em relação aos MIPs, lembrou que a
1127 RDC nº 44/2009 ficou vigente por 2 anos e a mudança foi feita após amplo estudo. Acerca do uso de
1128 agrotóxicos em Petrópolis, disse que a Secretaria Municipal e a Secretaria Estadual poderiam ser
1129 açãoadas, mas, de toda forma, a ANVISA poderia agir e solicitou à conselheira Ivone Cabral o envio da

denúncia. Sobre a propaganda de alimentos, explicou que a ANVISA foi impedida de atuar por conta de uma decisão judicial. Disse que o STJ não julgou o recurso impetrado pela Agência, mas a ANVISA entende que é essencial controlar a propaganda de alimentos, rótulos, imagens....Ressaltou ainda que a Agência apoia o PL que amplia a competência da ANVISA para regular propaganda e não irá abandonar essa questão. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** solicitou que a ANVISA divulgue essa informação. Em relação ao concurso público, disse que é pauta da ANVISA e o MS encaminhou ao MPOG dois avisos ministeriais solicitando 257 vagas e mais 700 vagas novas para renovação do quadro. A respeito do Decreto nº. 7.777/2012, explicou que a ANVISA recorreu ao apoio de Estados e Municípios na situação de greve diante da possibilidade de falta de medicamentos essenciais à saúde das pessoas. Disse que a Agência acionará esses entes todas as vezes que o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária necessitar do apoio em situações de emergência. A respeito dos contraceptivos, explicou que a prescrição médica visa preservar o direito da mulher em saber o medicamento anticoncepcional mais apropriado a ela e não significa impor barreiras ao acesso a esse medicamento. Também destacou que a ANVISA está aberta a discutir o uso do misoprostol para aborto seguro, todavia, frisou que se trata de uma questão complexa porque o produto não foi apresentado no mercado para esse fim. Salientou, por exemplo, que o Brasil é um dos países que menos usa a morfina para tratar dor, por conta do grau de restrição imposto pela regra sanitária brasileira. Sendo assim, frisou que é preciso encontrar um meio caminho entre o controle e a possibilidade de uso do produto. A respeito da anuência prévia, frisou que a ANVISA é tacitamente contra o projeto do Rafael Guerra e, enquanto não houver mudança na legislação, a Agência não declinará do seu papel. Acerca da nanotecnologia, explicou que a Agência não dispõe de recurso humano suficiente para enfrentar essa nova tecnologia, mas realizou três seminários para debater o tema com a indústria de medicamentos, cosméticos e de medicamentos, tratando-se de um tema da pauta da Agência, com diálogo com a academia e setores produtivos. Sobre a lenaledomida, explicou que a indústria farmacêutica solicitou registro do medicamento em 2009 e o pedido está em tramitação. Disse que foi feito pedido de indeferimento da solicitação de registro do medicamento no país e a indústria recorreu da decisão e, hoje, o tema está em discussão na Diretoria Colegiada. Informou que a Agência consultou formalmente o CNS sobre a matéria, com envio de documento ao Presidente do Conselho. Em resposta à consulta da ANVISA, foi encaminhado parecer da CONEP favorável à manutenção do indeferimento da petição do registro do produto. Além disso, a Comissão apontou a necessidade de atualizar a lista de indicações da talidomida, o que foi feito nesse ano. Detalhou que a dificuldade não é pelo fato de a substância ser um derivado da talidomida, mas porque o laboratório solicita a indicação do produto para casos em que a pessoa tenha sido tratada com talidomida e o tratamento falhado. No entanto, não foram apresentados estudos clínicos que demonstrem eficácia do produto em pacientes falhados com talidomida. Disse que o processo está sendo julgado em audiência pública, mas a indústria solicitou que corresse em segredo e a Diretoria fará análise e se manifestará. Ressaltou que há muitas pressões para liberação do produto no país, mas a talidomida é a primeira linha de tratamento, por se tratar de um produto brasileiro, disponível para todas as pessoas e com custo 38 vez menor que a lenalidomida. Ainda sobre alimentação, informou que o MS iniciou ação de qualificação da cadeia de produção de alimentos com os Estados e há questões relacionadas ao glúten nos alimentos. Sugeriu aproveitar a realização da copa do mundo no Brasil para qualificar os restaurantes. Também comunicou que a ANVISA iniciará a elaboração da agenda regulatória 2013 e o CNS pode contribuir. A respeito da contaminação de água subterrânea, informou que a Agência deu o primeiro passo para estudar a relação do câncer com uso de agrotóxicos, porque não há estudos da ANVISA sobre o tema. Como encaminhamento, sugeriu que o uso de agrotóxico seja debatido com mais profundidade. Por fim, registrou que a ANVISA virá ao CNS todas as vezes que for demandada. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** lembrou que a recomendação do CNS, aprovada na última reunião, continua válida e, naquele momento, o CNS deveria manifestar-se sobre a proposta de revogação da RDC nº. 26/2012. Conselheiro **Clóvis Boufleur** destacou que o diretor da ANVISA dispôs-se a abrir o diálogo e, como encaminhamento, propôs aguardar a reunião da Agência com a representação da Enfermagem, até a próxima reunião do CNS, na tentativa de construir saída a respeito da Resolução (o resultado das negociações será trazido na próxima reunião do CNS). Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** solicitou a indicação de um representante do CNS para acompanhar o debate e a retomada do tema na próxima reunião para apresentar os resultados das negociações. Também reforçou a proposta de revogação da RDC nº. 26/2012 e manutenção da RDC nº. 7/2010, porque a primeira dificulta a organização das novas UTIs e a ampliação de leitos dessas unidades. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** solicitou que o CNS pauta debate sobre anuência prévia, pela ANVISA. Conselheiro **Carlos Eduardo Ferrari** sugeriu elaborar moção de repúdio ao projeto de lei de autoria do ex-deputado Rafael Guerra, que retira da ANVISA a competência de realizar anuência prévia. **Deliberação: o Plenário decidiu: 1) indicar um representante do segmento dos usuários para acompanhar o debate com a ANVISA sobre a RDC nº 26/2012 e aguardar a reunião da ANVISA com a representação da Enfermagem, até a próxima reunião do CNS, na tentativa de construir diálogo a respeito da Resolução (o resultado das negociações será trazido na próxima reunião do CNS); 2) elaborar moção de repúdio ao projeto**

1193 de lei de autoria do ex-deputado Rafael Guerra, que retira da ANVISA a competência de realizar
1194 anuênci a prévia (Conselheiro Carlos Alberto apresentará o texto na próxima reunião do CNS); e
1195 3) pautar debate no CNS sobre anuênci a prévia, pela ANVISA. Com esses encaminhamentos, a
1196 mesa agradeceu a presença diretor presidente da ANVISA e encerrou o primeiro dia de reunião.
1197 Estiveram presentes os seguintes conselheiros: **Titulares - Alcides Silva de Miranda**, Centro Brasileiro
1198 de Estudos de Saúde (CEBES); **Carlos Eduardo Ferrari**, União Brasileira de Cegos – UBC; **Carlos**
1199 **Alberto Ebeling Duarte**, Movimento Nacional de Luta Contra a Aids; **Cleuza C. Miguel**, Movimento
1200 dos Portadores de Esclerose Múltipla (MOPEM); **Clóvis A. Boufleur**, Conferência Nacional dos Bispos
1201 do Brasil (CNBB); **Edson Rogatti**, Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e
1202 Entidades Filantrópicas – CMB; **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos
1203 (FENAPSI); **Fernando Luiz Eliotério**, Confederação Nacional das Associações de Moradores
1204 (CONAM); **Francisco Batista Júnior**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade
1205 Social/Central Única dos Trabalhadores; **Geraldo Alves Vasconcelos**, Associação Brasileira de
1206 Odontologia (ABO); **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João Rodrigues Filho**, Confederação
1207 Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos
1208 Trabalhadores do Brasil (CGTB); **Jorge Oliveira Duarte**, Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais
1209 de Saúde Indígena; **José Carrijo Brom**, Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO); **Jurema**
1210 **Pinto Werneck**, Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras (AMNB); **Lorena Baía**
1211 **Alencar**, Conselho Federal de Farmácia (CFF); **Luiz Alberto Catanoce**, Sindicato Nacional dos
1212 Aposentados (SIND-NAP); **Maria Cristina Pedro Biz**, Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa);
1213 **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos**, Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e
1214 Direitos Reprodutivos; **Maria do Socorro de Souza**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na
1215 Agricultura (CONTAG); **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Paulo**
1216 **Guilherme Romano**, Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo; **Ruth Ribeiro**
1217 **Bittencourt**, Conselho Federal de Serviço Social (CFESS); **Sandra Regis**, Associação Brasileira dos
1218 Delegados e Amigos da Confederação Espírita Pan-Americana (CEPA Brasil); **Ubiratan Cassano**
1219 **Santos**, União Nacional dos Estudantes (UNE); **Verônica Lourenço da Silva**, Liga Brasileira de
1220 Lésbicas; **Wilen Heil e Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); e
1221 **Zilda de Faveri Vicente Souza**, Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAz). **Suplentes - Adriana**
1222 **Almeida Antunes**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down; **Cândida Maria**
1223 **Bittencourt Carvalheira**, Associação Brasileira de Ostomizados (ABRASO); **Diego de Faria**
1224 **Magalhães Torres**, Federação Nacional dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacional (FENAFITO);
1225 **Elcio A. dos Santos**, Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Eurídice**
1226 **Ferreira de Almeida**, FASUBRA; **Eliane Aparecida da Cruz**, Ministério da Saúde (MS); **Fernando**
1227 **Antonio Menezes da Silva**, Ministério da Saúde; **Geordecy M. Souza**, Central Unica dos
1228 Trabalhadores; **Geraldo Adão dos Santos**, Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas
1229 (COBAP); **Gilson Silva**, Força Sindical; **Graciara Matos de Azevedo**, Conselho Federal de
1230 Odontologia (CFO); **Ivone Evangelista Cabral**, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); **José**
1231 **Eri de Medeiros**, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); **José Wilton**
1232 **da Silva**, Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil (FARBRA); **Josiano**
1233 **Macedo Lima**, Central de Movimentos Populares; **Jovita José Rosa**, União Nacional dos Auditores do
1234 Sistema Único de Saúde (UNASUS); **Júlia Maria Santos Roland**, Ministério da Saúde; **Lucimar**
1235 **Batista da Costa**, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN);
1236 **Marcos Vinicius S. Pedroza**, Associação Nacional de Pós-Graduandos (ANPG); **Maria Ermínia**
1237 **Ciliberti**, Conselho Federal de Psicologia (CFP); **Maria Laura Bicca**, Federação Nacional dos
1238 Assistentes Sociais (FENAS); **Marília Coelho Cunha**, Sindicato Nacional dos Servidores das Agências
1239 Nacionais de Regulação (SINAGENCIAS); **Merula Emmanuel Anargyrou Steagall**, Associação
1240 Brasileira de Talassemia (ABRASTA); **Nadir Francisco do Amaral**, Federação Nacional das
1241 Associações de Pessoas com Doenças Faciformes (FANAFAL); **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho
1242 Federal de Nutricionistas (CFN); **Noemy Yamaguishi Tomita**, Conselho Federal de Biologia; e **Oriana**
1243 **Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV). Iniciando o segundo dia de reunião,
1244 a mesa foi composta para debate do item 5 da pauta. **ITEM 5 – COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM**
1245 **PESQUISA – CONEP** - Apresentação: conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, membro da CONEP.
1246 Coordenação: conselheiro **Alcides Silva de Miranda**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheira **Ruth**
1247 **Ribeiro Bittencourt**, representante da CONEP, informou que o GT 196 está concluindo a análise das
1248 contribuições apresentadas na consulta pública à Resolução 196/2006 e, durante os debates, levantou
1249 temas que precisavam tratados: doenças raras, pesquisa com criança, ética na pesquisa, nas ciências
1250 sociais e humanas, cooperação estrangeira e pesquisa no SUS. Disse que foram realizados seminários
1251 internos da CONEP, com a participação de especialistas para debater esses temas e fez um destaque
1252 ao seminário sobre ciências sociais, que contou com a participação das três profissões com maiores
1253 reclamações – serviço social, psicologia e antropologia, além de outros parceiros. Como resultado,
1254 acordou-se pela elaboração de uma minuta que trate das especificidades da ética em pesquisa nas
1255 ciências sociais, notadamente a pesquisa qualitativa. Destacou ainda que o tema será tratado no

1256 ENCEP na tentativa de concluir a proposta. Falou também do seminário sobre pesquisa no SUS e
1257 cooperação estrangeira, que contou com a participação de 40 pessoas e, na oportunidade, foi apontada
1258 a necessidade de definição de uma política de pesquisa no SUS. Disse que a revisão da Resolução nº.
1259 196 está quase pronta e a ideia é concluir a proposta no ENCEP extraordinário que será realizado nos
1260 dias 20, 21 e 22 de setembro, com a participação de representantes dos CEPs do país. Explicou que o
1261 encontro, além de analisar a Resolução nº. 196, irá debater os seguintes temas: legislação; categorias;
1262 dissensos e consensos; ética na pesquisa nas ciências sociais e humanas. Esclareceu que, encerrado
1263 o ENCEP, será realizada reunião para conclusão da proposta e apresentação na reunião ordinária do
1264 mês de novembro, para deliberação do Pleno do CNS. Além desse informe, lembrou que o Plenário
1265 deveria indicar três conselheiros para acompanhar o debate do GT da 196, conforme deliberação na
1266 última reunião do CNS e dois representantes dos usuários para a CONEP em substituição ao
1267 conselheiro Alexandre Magno e à conselheira Eline Jonas. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda**
1268 sugeriu o envio de relato sobre a revisão da Resolução nº. 196 ao Senador Cristóvão Buarque, de
1269 modo a demonstrar que uma lei nesse momento prejudicaria o processo de debate. A representante da
1270 SCTIE/MS, **Márcia Mota**, sugeriu diálogo com a coordenação da Comissão de Ciência e Tecnologia do
1271 Senado Federal, onde o projeto do senador Cristóvão Buarque irá tramitar e também com o próprio
1272 parlamentar. Conselheiro **Geraldo Alves Vasconcelos** aproveitou para registrar que o Pleno do CNS
1273 não tomou conhecimento do parecer da CONEP sobre a autorização da lenaledomida, solicitado pelo
1274 Presidente do CNS e enviado à ANVISA e solicitou que essa questão não volte a acontecer.
1275 Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** explicou que a CONEP elaborou parecer, conforme solicitação
1276 da ANVISA e encaminhou à SE/CNS. Para evitar essa situação, sugeriu que a SE/CNS informe o
1277 Plenário sobre encaminhamentos como esse. Acordou-se que após o intervalo do almoço os
1278 segmentos apresentariam as indicações para recompor a CONEP e para o GT 196. **ITEM 7 – SAÚDE**
1279 **INDÍGENA - Apresentação:** conselheiro **Jorge Oliveira Duarte**, coordenador do Fórum de Presidentes
1280 de Conselhos; e **Antônio Alves de Souza**, Secretário Especial de Saúde Indígena – SESAI/MS.
1281 **Coordenação:** conselheiro **Clóvis Adalberto Boufleur**, da Mesa Diretora do CNS. O Secretário da
1282 SESAI/MS, **Antônio Alves de Souza**, foi o primeiro a expor sobre o tema, cumprimentando
1283 conselheiros e conselheiras, lideranças indígenas, coordenadores dos DSEIs e internautas e
1284 agradecendo a oportunidade de expor sobre a situação da saúde indígena no CNS. Feitas essas
1285 considerações, passou à apresentação de um vídeo sobre os povos indígenas, com vistas à reflexão
1286 profunda sobre a situação dessa população. Após a exposição do vídeo, iniciou a sua exposição
1287 destacando que, após um ano e dez meses da instituição da Secretaria, foi possível avançar em
1288 algumas questões, mas ainda há muito a fazer para estruturar o Subsistema de Saúde Indígena e
1289 assegurar atenção integral aos povos indígenas. Explicou que, segundo o último Censo do IBGE, 896
1290 mil pessoas “se declararam” indígenas, sendo que 620 mil moram em aldeias e os demais residem nas
1291 periferias das cidades em condições de favelamento. Explicou que, ao assumir o Ministério da Saúde,
1292 em 2011, o Ministro Alexandre Padilha convocou as Secretarias e as autarquias para elaborar o
1293 planejamento do MS. Na oportunidade, a SESAI propôs e foi aprovado pelo Colegiado de dirigentes o
1294 objetivo nº. 7 do Planejamento Estratégico 2012: “Implementar o Subsistema de Atenção à Saúde
1295 Indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, observando as práticas de saúde e as
1296 medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais”.
1297 Ressaltou que esse objetivo direciona o trabalho da SESAI e a construção do Subsistema de Saúde
1298 Indígena. Explicou que no objetivo nº. 7 foram aprovadas onze estratégias e passou a tratar de
1299 algumas delas e dos seus respectivos resultados. Detalhou que a estratégia 1 dispõe sobre:
1300 “implementação de um modelo de atenção primária centrado na linha do cuidado, com foco na família
1301 indígena, integralidade e intersetorialidade das ações, participação.” Na linha dessa estratégia, disse
1302 que a Presidente da República incluiu a saúde indígena como ação prioritária e foi elaborado plano
1303 estratégico de reestruturação do Subsistema com o objetivo geral de reduzir a mortalidade infantil e
1304 materna na população indígena aldeada. Detalhou que o plano possui três eixos com as seguintes
1305 ações: 1) atenção à saúde: a) Plano de Ação Imediata, iniciado em junho; Ação Piloto em dois Distritos
1306 no Estado do Acre; ações simultâneas nos demais 32 DSEIs; 2) Segurança Alimentar: a) distribuição de
1307 cestas de alimentos (de acordo com a realidade e costumes de cada povo) e b) ações estruturantes:
1308 fomento ao programa de agricultura familiar e PAA; e 3) definição de outras ações estruturantes:
1309 Ministério da Saúde/SESAI e MJ/FUNAI. Explicou que foram definidos como critérios para seleção das
1310 áreas de atuação os Distritos Sanitários que concentram 70% do número absoluto de óbitos em
1311 menores de 1 ano, apresentam risco de morte infantil acima de 20 por mil nascidos vivos e concentram
1312 maior população indígena em extrema pobreza. Acrescentou que a população prioritária do Plano de
1313 Ação Imediata é crianças menores de 6 anos e mulheres entre 10 a 49 anos, tendo sido selecionados
1314 16 dos 34 Distritos, com distribuição nacional. Além do Plano, relatou que, em junho de 2012, a
1315 Presidente Dilma Rousseff assinou decreto presidencial instituindo o Comitê de Gestão Integrada de
1316 Atenção à Saúde e Segurança Alimentar para população Indígena com a competência de promover a
1317 articulação dos órgãos e entidades do governo federal responsáveis pela execução e pelo
1318 desenvolvimento de ações de atenção à saúde e de segurança alimentar para a população indígena,

1319 além de apoiar e acompanhar a execução das ações previstas. Detalhou que a composição do Comitê
1320 é a seguinte: Ministério da Saúde (coordenação); Casa Civil da Presidência da República; Ministério da
1321 Justiça; Ministério da Defesa; Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; e Secretaria-
1322 Geral da Presidência da República. Segundo, falou sobre o Brasil Soridente Indígena, programa
1323 lançado em 2011 em três DSEI - Alto Rio Solimões (AM), Alto Rio Purus (AC, AM e RR) e Xavante (MT)
1324 beneficiando 60 mil indígenas (10% da população indígena nacional), com atendimento de 8 mil
1325 indígenas em seis meses. Disse que o investimento na fase I foi de R\$ 5,5 milhões com destaque para
1326 aquisição de equipamentos (200 kits ionômero de vidro (material restaurador dentário); 37 consultórios
1327 odontológico portáteis; 8.214 instrumentais odontológicos (espelho clínico, pinças cirúrgicas, fórceps,
1328 tesouras clínicas e cirúrgicas, exploradores, curetas periodontias etc.)) e recursos humanos (saúde
1329 bucal): de 41 profissionais, em 2011, para 95, em 2012. Explicou que em 2012 foi iniciada a
1330 implantação da fase 2 do Brasil Soridente Indígena nos três DSEI e da fase I e nos demais DSEIs,
1331 tendo sido adquiridas 25 Unidades Odontológicas Móveis (UOMs). Detalhou que o investimento na
1332 Fase II é de R\$ 4,1 milhões e 40 UOMs serão entregues até o fim do ano. Salientou que na Fase II do
1333 Programa Brasil Soridente Indígena o Ministério da Saúde irá incentivar os municípios da abrangência
1334 dos 3 DSEIs a implantarem os CEOs e os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD). No que
1335 se refere a medicamentos, destacou a definição da Relação Nacional de Medicamentos Indígenas (que
1336 não é o mesmo que a RENAME – 144 itens), por meio da Portaria nº. 3185/2012, com 129 itens.
1337 Detalhou que, dos 129 itens da lista, 88 estão com as entregas regulares (correspondem a 68,2% dos
1338 itens considerados básicos); 9 apresentaram problemas durante a licitação, seja na ordem fiscal
1339 (SICAF) ou porque pediram cancelamento da ata; e 18 itens foram fracassados (não houve interesse
1340 por parte das empresas). Acrescentou que foi definida parceria com a Fiocruz que garantiu 8 itens dos
1341 que estavam em falta. Para evitar desabastecimento, já foi solicitado estoque emergencial com 71 itens
1342 que ficarão em Brasília para posterior distribuição ao DSEI. Também falou dos agravos na saúde
1343 indígena como a malária, explicando que, apesar da queda no número de casos (16%) a partir de 2011,
1344 os números são altos. Também apresentou dados sobre a situação da tuberculose: a taxa de incidência
1345 da tuberculose no Brasil em 2010 foi de 37,9x100.000; em indígenas foi de 102,1x100.000; o percentual
1346 de abandono indígena em 2010 foi 9,2% e o nacional 13%. O abandono indígena foi 30% menor; e o
1347 percentual de cura indígena em 2010 foi 81% e o nacional 78,3% (a cura indígena foi 6,5% maior). Em
1348 relação à mortalidade indígena, destacou o crescimento de 7,42% da população cadastrada e redução
1349 de 3,45% da mortalidade ajustada no período. A respeito da mortalidade infantil indígena, destacou a
1350 queda do índice absoluto e, em 2011, houve 630 óbitos de crianças menores de um ano (70% dos
1351 óbitos provocados por causas evitáveis). Sobre a imunização, destacou resultado positivo na vacinação
1352 contra influenza, com destaque para o mês da vacinação com intensificação do trabalho nos DSEIs.
1353 Também citou as ações da Rede Cegonha voltadas aos povos indígenas: 1) Testagem para sífilis e
1354 HIV: 2010/2011 - implantação de Teste Rápido de Sífilis e HIV em 9 DSEI dos Estados do AM e RR,
1355 incluindo capacitação, testagem, controle de qualidade dos testes e estudo de custo e viabilidade 56 mil
1356 indígenas testados com acesso ao diagnóstico e tratamento; junho de 2012 - ampliação da testagem
1357 rápida para os outros DSEIs, com capacitação de profissionais: 45 mil indígenas testados com acesso
1358 ao diagnóstico e tratamento (até abril/2012); 2) Comitês de Investigação de óbito materno e infantil: dois
1359 comitês implantados em 2011 (DSEI Xavante e DSEI Vale do Javari) e iniciado processo de
1360 implantação nos outros DSEIs; 3) Atenção Integral em Doenças Prevalentes na Infância - AIDIPI: três
1361 capacitações realizadas: DSEI Xavante e DSEI Maranhão (2011), DSEI Alto Rio Purus (2012) e, em
1362 curso, capacitação das EMSI na estratégia de AIDIPI. Falou também sobre o manejo clínico de
1363 Hepatites Virais – DSEI Vale do Javari, destacando que até junho de 2012 foram 289 avaliações, sendo
1364 identificados 29 casos da doença. Segundo, detalhou a estratégia 2 do Objetivo Estratégico
1365 “Reestruturação da rede de estabelecimentos do SASISUS quanto à estrutura física, organização,
1366 equipamentos e funcionamento”. Explicou que, em relação saneamento ambiental, a programação de
1367 2012 é de R\$ 58.500.000,00, sendo 578 obras programadas. Ainda na estratégia 2, destacou a
1368 estimativa de custo médio 2012 para construção e ampliações/reformas: CASAI: R\$ 23.500.000,00;
1369 Sede de Polo base: R\$ 33.500.000,00; Posto de saúde: R\$ 69.600.000,00; Unidade de apoio: R\$
1370 315.000,00; Sede de DSEI: R\$ 2.970.000,00; e Total: R\$ 129.885.000,00. Disse que a disponibilidade
1371 para SESAI em 2012 é de R\$ 26.500.000,00 na ação Estruturação de Unidades de Saúde para
1372 atendimento à População Indígena. Continuando, discorreu sobre a estratégia 10 “Implementação de
1373 um novo modelo de gestão no SASISUS descentralizado, com autonomia administrativa, orçamentária,
1374 financeira e responsabilidade sanitária”, com destaque para os seguintes resultados: 34 DSEIs como
1375 unidades gestoras autônomas; e 9 DSEIs com novas sedes (Interior Sul, Amapá e Norte do Pará,
1376 Guamá-Tocantins, Mato Grosso do Sul, Yanomami, Kayapó Mato Grosso, Manaus, Xavante e Alto Rio
1377 Purus). A respeito da gestão da saúde indígena, destacou: 1) Organização dos processos técnicos e
1378 administrativos nos DSEI: realização do 1º treinamento para contratação de obras e serviços de
1379 engenharia: setembro de 2012; criação de comissões especiais para contratações de obras e serviços
1380 de engenharia, possibilitando maior agilidade na licitação e execução das obras; e 2) Elaboração do
1381 Plano Distrital de Saúde Indígena 2012 – 2015: instrumento para o desenvolvimento e aprimoramento

do planejamento, do orçamento e da gestão, no âmbito dos DSEIs que possibilitará integral aderência ao Plano Nacional de Saúde/ Plano Plurianual 2012-2015 e o Planejamento Estratégico da Secretaria Especial de Saúde Indígena; e realização de Oficina de Multiplicadores para elaboração dos 34 Planos Distritais de Saúde Indígena: 11 a 13 de setembro, em Brasília, com 130 participantes, entre lideranças indígenas, técnicos e gestores dos DSEI e da SESAI. Mostrou um gráfico com a evolução do orçamento da SESAI/CMS de R\$ 479, em 2011 para 684, em 2012 e a perspectiva de R\$ 920 milhões para 2013 (além de acréscimo de outras fontes, totalizando R\$ 951 milhões e compromisso do MS de suplementação, em 2013, totalizando R\$ 1.046.743.567,00. O aumento será de 39% em relação ao orçamento de 2012). Falou também sobre a estratégia 6 “Fortalecimento das instâncias de controle social (CLSI, CONDISI, FPCONDISI), por meio da garantia de capacitações, financiamento, inclusão digital e normatização para o efetivo funcionamento dos conselhos de saúde indígena”. Explicou que a saúde indígena conta com 34 Conselhos Distritais de Saúde Indígena, 1.389 conselheiros distritais de saúde, 603 Conselhos Locais de Saúde e 4.459 conselheiros locais, que representam cerca de 5 mil aldeias e 305 etnias indígenas. Disse que em 2011/2012 foram descentralizados R\$ 6,1 milhões e no período de 2010 a 2012 foram realizadas 100 Reuniões dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena e 12 Reuniões do Fórum de Presidentes de CONDISI (8 ordinárias e 4 extraordinárias). Também falou sobre a gestão de pessoas, explicando que o quadro de pessoal é composto por: nível auxiliar: AIS e AISAN - Auxiliar de Saúde Bucal; nível médio: Técnico de Enfermagem, Técnico de Laboratório, Agente de Combate de Endemias e Técnico de Saneamento; e nível superior: Médico, Enfermeiro, Cirurgião-Dentista, Assistente Social, Nutricionista, Epidemiologia (especialista), Farmacêutico/Bioquímico, Biólogo, Psicólogo, Terapeuta ocupacional, Antropólogo, Educador em Saúde, Arquiteto, Engenheiro Civil e Geólogo. Também mostrou um gráfico do redimensionamento do número de trabalhadores para o SASISUS após a criação da SESAI, por nível de escolaridade: nível superior: de 1252 para 2231; nível médio: 2184 para 3856; e nível auxiliar: 4700 para 6098. Sobre o vínculo da força de trabalho na saúde indígena, destacou os seguintes números de abril de 2012: a) convênios: 12.185; b) redistribuídos da Funasa (efetivo): 2221; c) Contrato Temporário da União (CTU): 516; d) total atual: 14.922; e) total necessário: 19.020. Ainda sobre a força de trabalho na saúde indígena, explicou que são 305 equipes multidisciplinar de saúde indígena e a meta é chegar a 635. Também falou sobre o Termo de Conciliação Judicial, assinado em 2008 pelo MPOG, MS e FUNASA, determinando à União a substituição dos terceirizados por trabalhadores efetivos e comunicou que foi assinado termo aditivo ao anterior e até o final de 2012 deverá ser realizado concurso para substituir 2.500 profissionais de saúde. Disse que o edital de convocação está em fase de elaboração, segundo princípios definidos pelo MP (concurso específico regionalizado por Distrito; número de cargos equivalente ao ocupado pelos atuais convênios; e considerados para fim de título cursos promovidos pela FUNASA, SESAI, entre outros; cotas para indígenas em cada categoria profissional). Além disso, destacou as iniciativas em relação a pessoal: disponibilização das escalas de trabalho das EMSI no sítio da SESAI; e SIARH-SESAI - Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos – em fase de construção, com informações atualizadas a respeito da lotação, cargo, função e quantidade de colaboradores. Também apresentou os resultados da Estratégia 8 “Fortalecimento dos sistemas de informação e dos processos de monitoramento e avaliação, vigilância em saúde, infraestrutura tecnológica e interoperabilidade com os sistemas de informação em saúde do SUS”: HÓRUS - Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica: implantado no DSEI Pernambuco (piloto), capacitação de 34 DSEI e implantação em todos os 34 DSEI e nas 68 CASAI até dezembro/2012; e Cartão SUS: implantação e distribuição do Cartão para todos os 620 mil indígenas já cadastrados no Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (SIASI). Também apresentou as seguintes estratégias para implantação do Cartão Nacional de Saúde Indígena (2012-2014): importar e higienizar o Cartão Nacional de Saúde para todos os 614.182 indígenas cadastrados no SIASI. (Concluída); distribuir as impressoras do cartão para todos os distritos e Polos Base que têm acesso a Internet (outubro de 2012); disponibilizar o primeiro módulo da nova versão do SIASI para os 34 distritos e 68 CASAI (implantação até dezembro de 2012); resolver infraestrutura de acesso à banda larga com a Embratel; implantar a estrutura nos Polos Base em 2013 e 2014; e entregar a mídia física após verificação de dados dos indígenas. A seguir, expôs o conselheiro **Jorge Oliveira Duarte**, representante dos povos indígenas no CNS, que iniciou com cumprimentos aos presentes, em especial ao Secretário da SESAI e sua equipe, aos coordenadores dos DSEIS, às lideranças indígenas e aos conselheiros distritais indígenas. Destacou que, apesar dos esforços do governo para reestruturação da saúde indígena, com destaque para recomposição da força de trabalho, a situação ainda não é a desejável. Reconheceu que resolver os problemas da saúde indígena, persistentes há vários anos, demandará tempo e ressaltou que, em 2011, por conta da transição, as ações foram interrompidas, piorando ainda mais a situação. Explicou que o movimento indígena, diante da proposta de realizar concurso público em nível nacional, conseguiu sensibilizar MS e MP sobre a importância de realizar o concurso público de forma específica e regionalizada e manifestou satisfação com a definição de critérios para seleção dos profissionais. Em que pese os esforços, disse que as ações ainda não chegam às comunidades indígenas e a SESAI enfrenta dificuldade na gestão administrativa (instrução de projetos, contrato de serviços...). Ressaltou que a

1445 maioria dos Distritos enfrenta problemas de gestão administrativa por falta de servidores e solicitou
1446 esforço da SESAI para resolver esse problema. Além disso, salientou outras questões que afetam a
1447 saúde da população indígena e que precisam ser tratadas de forma intersetorial, com outros setores do
1448 governo: agronegócio, plantação de soja, criação de rebanhos; precariedade das estradas; segurança
1449 alimentar e nutricional; e falta de demarcação de terras. A respeito dessa última questão, registrou que
1450 os povos indígenas repudiam PEC 215, que atribui competência exclusiva ao Congresso Nacional no
1451 que diz respeito à demarcação de terras indígenas, quilombolas e unidades de conservação, e a
1452 Portaria da AGU nº. 303, que trata de demarcação e uso de terras indígenas, por entender que as duas
1453 propostas trazem prejuízos aos povos indígenas. Também destacou que a preservação da natureza,
1454 feita pelos indígenas, contribuem para frear o aquecimento global e as mudanças climáticas no mundo
1455 e é preciso apoiar a luta desses povos. Finalizando, disse que a situação nas comunidades é ruim e é
1456 preciso atuar de forma local e torceu para que as políticas definidas tenham resultado positivo.
1457 **Manifestações.** Conselheiro **Francisco Batista Júnior** começou cumprimentando a todos e salientou
1458 que, por mais perfeita que fosse sejam, apresentações e filmes não são capazes de mostrar difícil
1459 realidade da saúde indígena no país. Avaliou que a situação da saúde indígena é similar a do SUS –
1460 dificuldade de acesso aos serviços – e destacou a situação dos trabalhadores da saúde indígena do
1461 país, que é muito complexa e merece atenção diferenciada. Também destacou que a atuação da
1462 SESAI, de um lado, tem gerado insatisfação de setores que se beneficiaram com os esquemas
1463 montados e que estão sendo combatidos e, do outro, de setores que esperavam mudanças rápidas. No
1464 caso dos últimos, solicitou paciência na implementação das mudanças, por se tratar de um processo
1465 complexo e demorado. Disse que em apenas um e meio (com criação da SESAI) é impossível
1466 transformar as estruturas da saúde indígena, todavia, avaliou que a Secretaria, ao contrário do MS, tem
1467 feito mudanças corajosas com combate à corrupção de forma sistemática, realização de concursos e
1468 valorização das equipes multiprofissionais. Por fim, saudou a equipe da SESAI pelo trabalho e pelo
1469 compromisso com a causa da saúde indígena. Conselheira **Cleuza de Carvalho Miguel** cumprimentou
1470 o Secretário e sua equipe pelo trabalho e conclamou a todos a contribuir com a causa da saúde
1471 indígena. Conselheiro **José Carrijo Brom**, inicialmente, saudou os expositores e cumprimentou a
1472 SESAI pelo trabalho de mudança de concepção, diante da complexidade da saúde indígena. Salientou
1473 que a equidade precisa estar presente na construção dessa política e, para além dos limites, inclusive
1474 financeiros, é preciso ter vontade política de fazer, o que a Secretaria tem demonstrado. Fez um
1475 destaque especial ao Programa Brasil Sorridente Indígena, ressaltando os desafios de implantá-lo e,
1476 apesar de ser uma tarefa difícil e complexa, defendeu a fluoretação de água para os povos indígenas,
1477 haja vista os resultados positivos dessa iniciativa (reduz 60% da incidência de cárie). Cumprimentou o
1478 Secretário pela visão sobre a complexidade do assunto e a importância das ações intersetoriais e
1479 avaliou que a política caminha para o rumo correto. Por fim, solicitou atenção para o concurso público,
1480 entendendo ser necessário defender a carreira de Estado do SUS, com financiamento tripartite e
1481 gratificações, para atender a realidade do país. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** manifestou
1482 preocupação com as condições dramáticas dos povos indígenas e destacou que a definição de
1483 prioridades implica em mudança de mentalidade da gestão pública. Reconheceu a particularidade da
1484 atenção básica nas comunidades indígenas, mas salientou que é imprescindível integrar Subsistema de
1485 Saúde Indígena e SUS. Conselheiro **Willen Heil e Silva** lembrou que os males que atingem os povos
1486 indígenas foram levados pelo colonizador e, agora, é preciso oferecer meio para curá-los. Na sua
1487 avaliação, é preciso definir uma política de valorização das práticas indígenas para ajudar nessa “cura”.
1488 Além disso, destacou a importância do terapeuta ocupacional nas equipes de saúde indígena, mas
1489 sentiu falta do fisioterapeuta nessa equipe, sendo necessário incluir esse profissional também. Cumprimentou o Secretário e sua equipe pelo excelente trabalho e disse que todos deveriam fazer
1490 como ele - escutar o controle social, levar as sugestões, aplicar na prática e trazer de volta os
1491 resultados. Conselheiro **Geraldo Alves Vasconcelos** saudou o Secretário da SESAI e disse que ele
1492 era a pessoa certa para resolver a confusão deixada pela FUNASA. Manifestou o seu respeito aos
1493 povos indígenas e, referindo-se a Paulo Freire, frisou que todos são doutores na sua singularidade. A
1494 título de esclarecimento, fez as seguintes perguntas ao Secretário: Sobre o PID, como está a
1495 conectividade? Como está a capacitação dos agentes de saúde bucal? Em relação ao concurso, como
1496 garantir que os indígenas formados trabalhem para o seu povo? MS, MT e MCid estão envolvidos nas
1497 ações relacionadas ao saneamento? Por fim, dispôs-se a colaborar, na condição de voluntário, com a
1498 saúde indígena no Estado de Pernambuco a partir do segundo semestre de 2013. Considerando que o
1499 conselheiro Geraldo Alves Vasconcelos não poderia permanecer para ouvir a resposta, o Secretário da
1500 SESAI agradeceu a fala e respondeu da seguinte forma às perguntas feitas pelo conselheiro: PID e
1501 conectividade – a SESAI está levando para os CONDISIS, mas tem enfrentado dificuldade com a
1502 EMBRATEL para garantir novos pontos de conexão; capacitação dos agentes de saúde bucal – está
1503 em andamento trabalho com a SGTES para treinamento do pessoal; concurso – foi apresentada ao
1504 MPF e ao MPT a proposta de criar cotas para indígenas (o quadro é definido por lei e ainda não há
1505 para o fisioterapeuta); saneamento – os recursos são do PAC II: R\$ 58 milhões em 2012 e R\$ 63
1506 milhões em 2013; chamamento para voluntários “Seja voluntário”- é possível cadastrar-se no site do
1507

1508 MS para trabalho voluntário, porque, mesmo com novas contratações, enfrentam-se dificuldades em
1509 relação a algumas categorias); e convite para entrega de duas unidades móveis no DSEI de
1510 Pernambuco. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** salientou que, ao pensar em saúde indígena, é
1511 preciso refletir sobre o que levou àquela condição e persistir para encontrar saída que supere as
1512 questões colocadas, sobretudo no que se refere ao modelo de desenvolvimento. No seu modo de ver,
1513 tratar de saúde indígena é discutir Brasil rural, luta camponesa e dimensão étnica racial. Também
1514 ressaltou que a saúde indígena não deve se limitar à região Amazônica e frisou que é preciso fazer o
1515 enfrentamento ideológico da expulsão dos povos das suas terras com debate da reforma agrária.
1516 Salientou que os povos reivindicam necessidades humanas e, nesse sentido, as políticas intersetoriais
1517 são determinantes. Também perguntou qual é a reação política das prefeituras locais e pontuou as
1518 seguintes questões para debate: importância do concurso específico e valorização dos profissionais
1519 que estão na área; lógica de financiamento limitante; ênfase na assistência e não na prevenção e na
1520 vigilância; e problemas relativos a suicídio, uso de álcool e drogas. Como encaminhamento, propôs:
1521 criação de um conselho interministerial para tratar dessas questões; moção ao Congresso Nacional
1522 com vistas à revisão de áreas demarcadas; e realização de conferência dos povos do campo e da
1523 floresta. Conselheiro **Edmundo Omore** cumprimentou o Secretário da SESAI e os demais presentes e
1524 manifestou satisfação com o debate da saúde indígena no CNS. Disse que o movimento indígena lutou
1525 pela criação da SESAI e não quer retroceder à situação de morte de indígenas no país como aconteceu
1526 na gestão da FUNASA. Cumprimentou o Secretário pelo trabalho e pelo esforço para melhorar as
1527 condições de saúde dos povos indígenas e salientou a importância de avançar no acesso às ações de
1528 atenção básica prestada pelos municípios, conclamando CONASS e CONASEMS a contribuir nesse
1529 sentido. Ressaltou que hoje as representações indígenas são convidadas a debater as políticas e fez
1530 referência à aceitação da proposta de concurso público regional e diferenciado para a saúde indígena.
1531 Conselheira **Jurema Werneck** saudou o Secretário da SESAI e sua equipe e os povos indígenas, lembrando
1532 que estes povos e a população indígena tem em comum uma sociedade construída em
1533 torno do interesse do homem branco – luta comum contra o racismo e futuro comum a ser construído.
1534 Disse que, para produzir saúde indígena é essencial olhar sob outro ângulo – “saúde indígena é
1535 prioridade e o restante deve organizar-se em torno dela”, não sendo necessário algo novo, mas sim
1536 aprender com o que já foi feito. Nesse contexto, destacou a importância de definir políticas afirmativas,
1537 por exemplo. Além disso, salientou que, antes da decisão ética de voluntarismo, destacou que o ente
1538 público deve encontrar formas de assegurar o direito à saúde, disponibilizando profissionais de saúde
1539 em número suficiente, além de insumos. Conselheira **Maria do Espírito do Santo Tavares dos**
1540 **Santos (“Santinha”)** saudou o Secretário Antônio Alves pelo trabalho, mas entendeu que as
1541 mudanças levam tempo. Apesar de entender a importância das ações de saúde indígena na Rede
1542 Cegonha, lembrou que a saúde da mulher está além dessa Rede, uma vez que não se refere apenas à
1543 mulher no seu processo reprodutivo. Também chamou a atenção para a violência contra a mulher
1544 indígena e disse que deve ser definidas ações para enfrentar essa situação. Perguntou ainda como
1545 garantir planejamento reprodutivo para as mulheres indígenas e como cuidar da saúde mental delas.
1546 Chamou a atenção ainda para o câncer de colo de útero e de mama entre as mulheres indígenas e
1547 solicitou a atenção da SESAI para essa questão. Conselheira **Cândida Maria Bittencourt Carvalheira**
1548 começou a sua fala cumprimentando o Secretário da SESAI e registrando o seu reconhecimento à luta
1549 dos povos indígenas. Perguntou como são tratadas a questão das deficiências nas comunidades
1550 indígenas e solicitou ajuda para a Casa do Índio da Ilha do Governador, pois a instituição enfrenta
1551 dificuldades para funcionar. Por fim, colocou-se à disposição para contribuir nas ações voltadas aos
1552 povos indígenas. Conselheiro **Diego de Faria Torres** fez esclarecimentos sobre as duas categorias
1553 profissionais não estão contempladas de forma tão ampla nas ações da SESAI – fisioterapeutas e
1554 Terapeutas Ocupacionais. Disse que o terapeuta ocupacional possui amplo campo de atuação,
1555 podendo atuar na saúde mental quanto nas atividades de vida diária e o fisioterapeuta atua segundo
1556 caráter da funcionalidade, utilizando, inclusive, meios naturais para o tratamento. Manifestou sua
1557 satisfação com a presença de representantes indígenas no debate, oportunizando a construção de uma
1558 saúde integral, multiprofissional e interdisciplinar. Frisou que é essencial a participação dos
1559 fisioterapeutas nas equipes de saúde indígena e ponderou a possibilidade de convênio temporário para
1560 contração até a definição do quadro pelo Congresso Nacional. Também ressaltou a importância de
1561 iniciativas de integração das áreas da saúde e da educação, citando o projeto RODON como exemplo,
1562 e sugeriu definição de projetos semelhantes. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** cumprimentou a
1563 Secretaria pelo trabalho e salientou que a questão central é a qualidade de vida dos povos indígenas,
1564 sendo a saúde uma parte. Também disse que sentia falta de vontade política, por parte do governo
1565 brasileiro, para enfrentar a dívida social com a população do campo, com destaque para os povos
1566 indígenas, para além de ações pontuais. Nessa linha, pontuou três questões a serem consideradas
1567 nesse debate: violação de direitos, qualidade dos serviços prestadores e condições do trabalhador.
1568 Conselheiro **Élcio Alteris dos Santos** disse que é preciso pensar na preservação do cotidiano das
1569 pessoas como promotora de saúde e também esclareceu que os terapeutas ocupacionais trabalham
1570 com o cotidiano das pessoas que pode ser rompido por doenças, por exemplo. Conselheira **Nelcy**

Ferreira da Silva disse que o desafio acerca da saúde indígena é grande, mas o Secretário e sua equipe estão envolvidos e compromissados com a causa dos povos indígenas. Para conhecimento, perguntou qual o padrão utilizado para avaliar o estado nutricional da saúde indígena, por entender que é possível contribuir na utilização da ferramenta que avalia esses aspectos. Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida**, sentindo-se contempladas pelas falas que a antecederam, cumprimentou o secretário pelo trabalho desenvolvido pela SESAI e disse que deve servir de referência para as demais áreas do governo. Conselheira **Verônica Lourenço da Silva** salientou que, para além de falar aos povos indígenas, é preciso ouvir a rica experiência e saberes dessa população e reiterou que é tarefa de todos recuperar a harmonia violada desses povos. No mais, frisou que os discursos prontos não servem para os povos originários, porque a realidade é outra. Com a autorização do Plenário, manifestou-se a representante dos povos indígenas, **Carmem Pankararu**, que começou destacando que, diferente das imagens mostradas, a realidade dos povos indígenas é crítica. Destacou a dificuldade de acesso dos povos indígenas aos serviços de média e alta complexidade por conta do nó na gestão. Também manifestou preocupação com o concurso público que ameaça a continuidade da atuação daqueles que realizam saúde desde a implantação dos Distritos, por não terem condições de concorrer com aqueles que se preparam para esse tipo de processo seletivo. Disse que é preciso ponderar se o concurso irá resolver a falta de profissionais nas áreas indígenas, pois experiências anteriores demonstram que os profissionais concursados, após o período probatório, deixam as terras indígenas. Explicou que a expectativa era que o concurso melhorasse a ação da área meio, mas os profissionais foram surpreendidos com a realização de concurso público para equipes multidisciplinares, o que não resolverá o problema da saúde indígena. Apelou aos conselheiros que avaliem essa questão e apontem para a valorização dos profissionais que atuam na saúde indígena e os indígenas que cursam nível superior. Por fim, manifestou o seu desejo de que a 5^a CNSI reafirme "a saúde que queremos e a política que defendemos". Conselheiro **Ubiratan Cassano** destacou a importância de, cada vez mais, envolver as universidades brasileiras no esforço para resolver os problemas da saúde indígena, tanto do ponto de vista da capacitação de pessoal especializado, quanto das pesquisas epidemiológicas e extensão universitária. Explicou, desde 2005, que a UNE coordena, junto com o Ministério da Defesa e mais nove ministérios, o Projeto RONDON. Disse que teve a oportunidade de ser o coordenador nacional do Projeto e de estar pessoalmente em Atalaia do Norte e nas comunidades ribeirinhas da região e observar a situação degradante em vivem os índios do local. Desse modo, avaliou que esses estudantes acumularam volume de experiências e têm contribuições a dar nessa questão indígena. Também destacou que a população indígena, principalmente das regiões de fronteira, é fundamental na defesa da soberania nacional. Para além dessas questões, ressaltou que a Secretaria deve dar atenção especial à questão da saúde do jovem indígena e frisou que a Comissão de Saúde da Infância, Adolescência e Juventude do CNS, que conta com a participação de representante indígena, poderá trazer contribuições importantes para o CNS em relação a esse tema. No mais, registrou que a UNE estará presente ao II Encontro Estadual da Juventude Indígena de Roraima, de 15 a 17 de setembro, que ocorrerá no Centro Regional Lago do Caracaranã, com o objetivo de contribuir com a luta da Juventude indígena por mais direitos e acesso à educação e à saúde. Por fim, registrou como grande vitória do movimento estudantil e social a sansão, no dia 29 de agosto de 2012, da Lei de Reserva de Vagas que garante, entre outros, um percentual das vagas nas universidades federais para os filhos da população indígena brasileira. **Retorno da mesa.** Conselheiro **Jorge Oliveira Duarte**, coordenador do Fórum de Presidentes de Conselhos, destacou que o problema dos povos indígenas é grave e amplo e não se restringe à saúde, sendo necessário o envolvimento de outras áreas do governo para resolvê-lo. Por outro lado, reconheceu que foi possível avançar desde a criação da SESAI e fez um destaque ao trabalho da Secretaria de combate à corrupção na saúde indígena e a gestão compartilhada com os povos indígenas. Todavia, disse que é preciso investir para que o controle social indígena funcione da forma como deve ser, exercendo o seu papel de fiscalizador. O Secretário da SESAI/MS, **Antônio Alves de Souza**, iniciou sua intervenção mostrando o que fazer para ser um voluntário para atuar na saúde indígena. Salientou que o país possui uma dívida social com essa população, lembrando que os mais de 5 milhões de indígenas foram reduzidos a 890 mil. Disse que trabalhar com saúde indígena é um enfrentamento ideológico e é preciso muito determinação e vontade, haja vista as dificuldades enfrentadas. Ressaltou que os povos indígenas almejam atenção integral em saúde – da atenção básica à média e alta complexidade – e, para essa garantia, é preciso a participação do Município ou do Estado, com a garantia de internação, exames, entre outros. Nesse sentido, disse que o governo trabalha com Contrato Organizativo da Ação Pública, tendo sido assinados com dois Estados até o momento – Ceará e Piauí. Explicou que no momento não é possível contemplar as quatorze profissões da saúde na SESAI, lembrando que essas estão contempladas no SUS. Sobre a relação das práticas de saúde e as medicinas tradicionais, disse que esse é um grande desafio, lembrando, inclusive, que, no caso de doença, o indígena procura o pajé e não a equipe de saúde. Também explicou que é complexo debater questões como planejamento familiar, relação homem/mulher, considerando os costumes e as tradições dos povos indígenas. A respeito da deficiência, explicou que a compreensão é distinta daquela do branco e muitas crianças com deficiência

1634 ficam nas CASAIs. A respeito das CASAIs, esclareceu que a intenção é oferecer, em caráter
1635 temporário, abrigo e cuidados aos indígenas que precisam de cuidados no SUS. Todavia, há Casas dos
1636 Índios com pacientes crônicos que não tem condições de voltar para a aldeia. No caso da CASAI de
1637 Cariri/RJ, disse que deve ser um lar abrigado, porque indígenas lá residem há vários anos, inclusive
1638 crianças, sendo necessário, portanto, discutir essa questão com o MDS. Explicou ainda que hoje existe
1639 a Comissão Nacional de Política Indigenista, composta por representação dos povos indígenas e pelo
1640 governo, e tramita no Congresso Nacional um projeto de lei para transformá-la no conselho nacional de
1641 política indigenista. Todavia, o Congresso não vota a proposta assim como não delibera sobre o
1642 estatuto do índio. Disse que, para trabalhar com saúde indígena, antes de tudo, é preciso saber ouvir e
1643 as complexidades animam para a continuidade do trabalho. Acerca do concurso público, explicou que
1644 não é uma iniciativa da SESAI, tratando-se de um termo de conciliação judicial, firmado em 2008, que
1645 estabeleceu uma multa de R\$ 1 mil *per capita*/dia depositada em juízo. Disse que essa decisão foi
1646 revigorada e o MS assinou termo aditivo para cumprir a determinação. Destacou que trabalhar com
1647 saúde indígena é uma missão, sendo necessária ideologia, além de remuneração diferenciada para
1648 atender a especificidade (trabalhadores ficam 30 dias nas aldeias e 15 dias em casa, por exemplo).
1649 Disse que, dada a complexidade, não sabe se o concurso público dará conta da situação, mas foram
1650 definidos critérios para tentar amenizar a situação. Por fim, convidou os conselheiros a participar das
1651 etapas locais da 5ª CNSI e conhecer a realidade dos povos indígenas. Diantre das falas dos
1652 conselheiros, conselheiro **Clóvis Boufleur** sintetizou os seguintes encaminhamentos: aprovar
1653 recomendação ao Ministério do Planejamento para que a contratação dos trabalhadores em saúde
1654 indígena seja feita com critérios diferenciados e adequados à saúde indígena; e aprovar moção de
1655 repúdio à Portaria da AGU 303, que trata de demarcação e uso de terras indígenas. Além disso,
1656 sugeriu à SESAI que recupere as recomendações, elaboradas pela CISI e aprovadas pelo Plenário do
1657 CNS, sobre temas levantados no debate – trabalho, alimentação, segurança alimentar. Conselheiro
1658 **Jorge Oliveira Duarte** lembrou que o concurso público para gestão não está contemplado nos termos
1659 da conciliação judicial. **Deliberação: aprovado o mérito de recomendação ao Ministério do**
1660 **Planejamento para que a contratação dos trabalhadores em saúde indígena seja feito com**
1661 **critérios diferenciados e adequados à saúde indígena; e aprovada moção de repúdio à Portaria**
1662 **da AGU 303, que trata de demarcação e uso de terras indígenas.** Definido esse ponto, passou ao
1663 debate do regimento e da minuta de convocação da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena.
1664 Conselheiro **Clóvis Boufleur** iniciou explicando que a proposta de Regimento Interno e minuta de
1665 convocação da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena foi construída pela CISI/CNS, com a
1666 participação dos Presidentes de Conselhos Indígenas e da SESAI. Destacou os seguintes aspectos da
1667 proposta de Regimento Interno: 1) A 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena será realizada em três
1668 etapas – local, distrital e nacional, nas quais serão debatidos o tema central, a partir do documento
1669 orientador, sem prejuízo de debates específicos, em função da realidade de cada Distrito Sanitário
1670 Especial Indígena; 2) As Etapas da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena serão realizadas nos
1671 seguintes períodos: I. Etapa Local – Realizadas de janeiro até o dia 30 de junho de 2013; II. Etapa
1672 Distrital – Realizadas até o dia 31 de outubro de 2013; III. Etapa Nacional – Realizada 26 a 30 de
1673 novembro de 2013; 3) A 5ª CNSI terá como tema central “Subsistema de atenção à saúde indígena e
1674 SUS: direito, acesso, diversidade e atenção diferenciada.”, com os seguintes eixos temáticos: I.
1675 Atenção Integral e diferenciada nas três esferas de governo (gestão, recursos humanos, capacitação,
1676 formação e práticas de saúde e medicinas tradicionais indígenas); II. Controle Social e gestão
1677 participativa; III. Etnodesenvolvimento e segurança alimentar e nutricional; IV. Saneamento e
1678 edificações; 4) A Comissão organizadora da 5ª CNSI é composta de 24 (vinte e quatro) integrantes e
1679 será indicada pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde, de forma paritária: a) 12 representantes
1680 de usuários (10 indígenas e 02 conselheiros nacionais de saúde); b) 06 representantes de Gestores;
1681 c) 06 representantes de trabalhadores da saúde; 5) A 5ª CNSI terá 1.352 delegados, sendo 676
1682 representantes usuários indígenas. **Manifestações.** Com a anuência do Plenário, o ex-conselheiro do
1683 CNS **Ysó Truká** interveio para registrar que o debate sobre a 5ª CNSI não foi socializado com a maioria
1684 dos CONDISIS e que seria realizada reunião com a coordenação do Fórum Indígena, no período da
1685 tarde, para tratar dessa questão. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** avaliou que é preciso
1686 debater a proposta de Regimento Interno da 5ª CNSI com as bases e é preciso considerar se o modelo
1687 de conferência é o mais adequado para a saúde indígena. Conselheiro **Clóvis Boufleur** recuperou que,
1688 em 2011, o Plenário decidiu encaminhar a realização da 5ª CNSI e delegou à CISI/CNS a definição dos
1689 encaminhamentos necessários. Disse a Comissão consultou os Conselhos Distritais Indígenas e
1690 construiu a proposta com as principais lideranças indígenas. Disse que no entendimento da CISI, da
1691 SESAI e dos CONDISIS é possível seguir o formato de conferências de saúde, com adequações, para a
1692 conferência temática de saúde indígena. Conselheiro **Jorge Oliveira Duarte** imaginou que o debate da
1693 Conferência estava sendo socializado com as bases, uma vez que o conteúdo tem sido debatido com o
1694 Fórum desde 2011. Salientou que é preciso socializar o debate feito no âmbito do Fórum de
1695 Presidentes Indígenas aos CONDISIS e concordou com a proposta de realizar reunião para redefinir
1696 rumos. Conselheiro **Clóvis Boufleur** lembrou que, além da CISI, foi constituído GT para tratar da

1697 Conferência e o processo de construção está de acordo com a realidade de hoje. Todavia, disse que
1698 uma eventual dificuldade de diálogo entre as lideranças indígenas deve ser resolvida. Ressaltou que a
1699 proposta Regimento Interno é consenso entre as lideranças indígenas, SESAI, CISI e GT e, portanto,
1700 estava sendo submetida à apreciação do Plenário naquele momento. Sendo assim, perguntou ao
1701 Plenário a melhor forma de encaminhar a questão. Conselheiro **Edmundo Dzuaiwi Omore** apelou para
1702 que a Conferência ocorra conforme o calendário proposto haja vista a situação dramática da saúde
1703 indígena. Conselheiro **Clóvis Boufleur** apresentou a seguinte proposta de encaminhamento: aprovar o
1704 mérito do Regimento Interno e da portaria de convocação da 5ª CNSI e fazer as adequações no
1705 encontro dos DSEIS que ocorrerá no dia 28 de setembro de 2012. Com isso, não atrasaria o processo
1706 de realização da Conferência. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** concordou com a proposta de
1707 encaminhamento, por entender que o encontro é importante para que as lideranças indígenas
1708 assumam o protagonismo no processo de preparação da conferência. Sobre o temário, sentiu falta da
1709 dimensão intersetorial – territórios, latifúndios, agronegócio, entre outros – e, diante disso, sugeriu a
1710 realização de uma mesa sobre conjuntura envolvendo as lideranças indígenas. No mais, avaliou como
1711 equívoco priorizar algumas regiões em detrimento de outras. Conselheiro **Clóvis Boufleur** explicou que
1712 as questões colocadas pela conselheira seriam objeto de debate nas conferências locais e distritais.
1713 Sendo assim, encaminhou a votação da seguinte proposta: aprovar o mérito do Regimento Interno e da
1714 portaria de convocação da 5ª CNSI e fazer as adequações no encontro dos DSEIS que ocorrerá no dia
1715 28 de setembro de 2012. Conselheira **Jurema Werneck** fez uso da palavra para esclarecer que estava
1716 garantido debate amplo com as diversas lideranças e o Plenário votaria a proposta de Regimento
1717 Interno e portaria de convocação para garantir que o processo continuasse a fim de garantir a
1718 realização da Conferência. Com esse esclarecimento, conselheiro **Clóvis Boufleur** colocou em votação
1719 a proposta. **Deliberação: aprovado o mérito do Regimento da 5ª Conferência Nacional de Saúde**
1720 **Indígena e da minuta de portaria ministerial de convocação da Conferência, sem prejuízo de que**
1721 **o debate com as lideranças indígenas continue e se amplie.** Definido esse ponto, a mesa
1722 agradeceu o Secretário da SESAI e encerrou a manhã do primeiro dia de reunião. Retomando, a mesa
1723 foi composta para o item 8 da pauta. **ITEM 8 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS**
1724 **HUMANOS – CIRH/CNS - Apresentação:** conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, coordenadora da
1725 CIRH/CNS; conselheira **Graciara Matos de Azevedo**, coordenadora do GT de análise de
1726 processos/CIRH/CNS. **Coordenação:** conselheira **Jurema Werneck**, da Mesa Diretora do CNS.
1727 Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** começou informando o Plenário sobre a oficina “formação e
1728 regulação do ensino e graduação em saúde”, realizada no dia 22 de agosto, com a presença do MEC,
1729 INEP, Secretaria de Regulação, Avaliação e Supervisão do MEC, CONASS, CONASEMS e SGEP/MS.
1730 Disse que a oficina possibilitou amplo debate sobre formação e regulação em saúde e a ideia é
1731 elaborar uma agenda com o MEC, tendo sido constituído GT para debater o tema. Além disso,
1732 comunicou que a Secretaria de Regulação do MEC fará oficina com os conselhos das quatorze
1733 profissões da saúde e a CIRH, no dia 18 de outubro. Também perguntou se a portaria interministerial
1734 sobre residência multiprofissional está válida, para os encaminhamentos. Conselheiro **Alcides Silva de**
1735 **Miranda** perguntou como está o debate sobre a revisão das ocupações profissionais, conforme
1736 deliberação do Plenário na reunião ordinária do mês de maio e reiterou o seu interesse em participar
1737 dessa discussão. Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** reiterou a sua preocupação com a gravidade
1738 do ensino da graduação no país e, para ilustrar, destacou que há mais 600 polos de educação a
1739 distância em enfermagem, contrariando determinação do MEC e deliberação dos conselhos
1740 profissionais de saúde. Disse que foi solicitada intervenção do MEC e no Seminário Nacional de
1741 Diretrizes para Educação e Enfermagem, realizado em Belém, foi aprovada carta que reitera o pleito de
1742 inclusão da enfermagem entre os cursos de saúde analisados pela CIRH. Destacou que são mais de
1743 1.300 cursos de graduação de Enfermagem no país, mais de 700 instituições de ensino e a situação é
1744 crítica por conta da falta de regulamentação da educação a distância. Conselheiro **Carlos Alberto**
1745 **Duarte** lembrou que na reunião ordinária do mês de maio o Plenário aprovou a formação de um GT
1746 para debater as profissões de saúde no Brasil e a inserção dos profissionais na carreira do SUS e, na
1747 oportunidade, conselheira Lígia Bahia comprometeu-se a elaborar um texto sobre o tema para subsidiar
1748 o debate. Desse modo, quis saber como está essa discussão no âmbito da CIRH. Conselheiro
1749 **Ubiratan Cassano** reiterou a preocupação de cursos de enfermagens a distância e enfatizou a
1750 importância de uma definição a respeito. **Retorno da mesa.** Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**
1751 informou que ainda não foi possível elaborar o texto sobre as profissões de saúde, mas a Comissão já
1752 iniciou debate sobre o processo de formação no SUS e outras pessoas podem participar do debate do
1753 GT. Além disso, a Comissão está debatendo a necessidade de formação para o SUS, com os vários
1754 atores envolvidos nesse processo. Também disse que a inserção da Enfermagem entre os cursos da
1755 saúde é uma das pautas de discussão da CIRH e a impressão é que o MEC é favorável. Todavia,
1756 lembrou que é necessária nova lei, porque a atual só trata de três profissões. Salientou ainda que o
1757 resgate da portaria interministerial dará conta desse debate. No mais, registrou o falecimento da
1758 estudiosa Maria Cristina Silva de Carvalho e sugeriu o envio de nota do CNS à família, reconhecendo a
1759 atuação na defesa do SUS. Após, falou sobre a residência multiprofissional, lembrando, inicialmente,

que durante o seminário sobre residência multiprofissional, foi constituído GT e foram realizadas seis reuniões para debate da renovação da comissão nacional. Disse que, após um ano de debate, o Grupo definiu os encaminhamentos do seminário e o processo eleitoral. A respeito do processo eleitoral, as definições do GT foram os seguintes: a) alteração da Portaria 1.077, com exclusão da lista tríplice; e b) escolha por processo democrático (voto): representação de residentes; representação de coordenadores de programas de residência; e representação dos trabalhadores. Além disso, disse que foi formada coordenação eleitoral nacional, composta por MEC e MS, com o acompanhamento do CNS. Salientou que um ganho do processo refere-se à inclusão da figura do tutor e do preceptor. Por fim, agradeceu, em público, o apoio do MS, na pessoa da conselheira Eliane Cruz, ao processo. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** acrescentou que foi definido calendário e a intenção é concluir o processo em novembro e, além disso, foi elaborada minuta interministerial do MEC e MS reconhecendo a regulamentação e o processo eleitoral para compor a próxima comissão. Também disse que foi definido acordo sobre a realização de nova eleição para escolha de novo representante de residente, caso o residente conclua a residência antes do término do mandato (que é de dois anos). Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** também falou sobre os encaminhamentos do 4º Seminário Nacional de Residência Multiprofissional, explicando que a próxima reunião da Comissão será ampliada para concluir o relatório com a finalidade de apresentar os encaminhamentos e os desdobramentos ao Plenário do CNS na reunião ordinária do CNS no mês de outubro. Sendo assim, solicitou pauta na próxima reunião do CNS para expor sobre o tema. Também disse que no dia 18 de setembro será realizada reunião ampliada da CIRH para tratar da reordenação de recursos humanos no SUS, com a participação, entre outros, da MNNP/SUS, CONASS, CONASEMS e Mesa Diretora do CNS. Disse que no dia 19 também seria realizada reunião ampliada, com a presença de Danilo Fortes. No mais, informou que a CIRH, COFIN e CICIS foram convidadas pela CIEPCSUS para compor a comissão ampliada de educação permanente que terá como objetivo elaborar um plano nacional de educação permanente e estimular os Estados a criar comissões de educação permanente. Disse que estão sendo realizadas oficinas regionais compartilhadas e a ideia é formar uma rede entre os conselhos e os entes federativos ao longo das cinco oficinas, com vistas à elaboração de plano para as comissões. Conselheiro **José Eri de Medeiros**, coordenador adjunto da CIRH, acrescentou que as oficinas são frutos de deliberação da 14ª CNS, tendo sido aprovadas pelo Pleno do CNS. Disse que a metodologia utilizada nas oficinas é a de roda de conversas e a experiência foi extremamente positiva. Conselheira **Júlia Maria Roland** recuperou que o objetivo das oficinas é traçar um plano de educação permanente para conselheiros, a partir da participação social e a metodologia de rodas de conversas permitiu ampla participação. Avaliou que alguns temas necessitam de mais tempo para serem debatidos como a Lei nº. 141/2012 e aspectos conceituais. Seguinte, conselheira **Graciara Matos de Azevedo** fez um informe sobre mudanças no fluxo do processo de emissão de pareceres, pelo CNS. Explicou que, após a última reunião com representantes do MEC, a CIRH decidiu que fará a análise do processo após a avaliação *in loco* do INEP e encerramento do prazo de contestação ao INEP. Disse que essa decisão visa evitar questionamentos ao parecer da Comissão ou novas análises de um mesmo processo e possibilitará a CIRH trabalhar com mais segurança e mais dados. Diante dessa decisão, comunicou que a Comissão não apresentaria pareceres porque aguarda a conclusão do novo fluxo. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos (“Santinha”)** solicitou que a CIRH registre, por escrito, as suas atividades, a fim de possibilitar, inclusive, melhor acompanhamento pelos conselheiros. Conselheira **Sandra Régis** sugeriu pautar, em uma das reuniões do CNS, apresentação do trabalho das comissões, para conhecimento do Plenário. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** explicou que será apresentado relatório da oficina e concordou que é preciso pautar apresentação do trabalho das comissões. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino Pereira**, informou que na última reunião do ano será destinado espaço para balanço das atividades das comissões, considerando a relação dos temas debatidos com as deliberações da 14ª CNS e do Plenário do CNS. Antes de proceder ao debate do próximo item de pauta, conselheiro **Alcides Silva de Miranda** retomou o item 5 para indicações pendentes. **ITEM 5 – COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA – CONEP - Deliberação:** aprovada a indicação da conselheira **Maria Thereza Antunes** e do conselheiro **Gilson Silva**, para compor a CONEP, em substituição a **Alexandre Magno** e **Eline Jonas**; e a aprovada a indicação dos seguintes nomes para o GT 196: **Verônica Lourenço**; um trabalhador (a indicar); e CONASS (**Jurandi Frutuoso**). **ITEM 9 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO – COFIN – RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO – RAG 2011 – INFORMES: PAS 2012 - RELATÓRIO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DO MS – 1º QUADRIMESTRE - RELATÓRIO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DO CNS – 2º QUADRIMESTRE - Apresentação:** **Arionaldo Bonfim Rosendo**, Subsecretário de Planejamento e Orçamento – SPO/MS; conselheiro **Marcos Asas**, membro da COFIN; conselheiro **Fernando Luiz Eliotério**, coordenador da COFIN. Coordenação: conselheiro **Alcides Silva de Miranda**, da Mesa Diretora do CNS. Primeiro, conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** registrou que o debate do RAG 2011 foi adiado para a próxima reunião, atendendo à solicitação do MS, portanto, naquele momento abordaria a PAS 2012. O Subsecretário **Arionaldo Bonfim Rosendo** cumprimentou a todos e explicou que o MS trabalha no cumprimento dos objetivos da PAS 2012, uma vez que a

1823 Programação está contemplada no orçamento 2012, em execução. Disse que o MS incluirá, no que for
1824 possível, as sugestões do CNS na prestação de contas do 2º quadrimestre e a intenção é apresentar
1825 no mês de outubro a PAS 2013, para manifestação do Plenário. Lembrou que os instrumentos que
1826 nortearão a PAS 2013 já foram aprovados – LDO 2013 e PLOA 2013. Por fim, manifestou satisfação
1827 com a análise da PAS 2012, feita pela COFIN/CNS, e com o encaminhamento sugerido. Feitas essas
1828 considerações, conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** procedeu à apresentação do parecer da COFIN
1829 sobre a PAS 2012. Lembrou que a COFIN/CNS realizou, pela primeira vez, a tarefa de analisar a PAS
1830 2012 do Ministério da Saúde. Em síntese, disse que a Comissão recomenda ao Plenário do CNS a
1831 aprovação da PAS 2012 do MS com as observações e recomendações, de forma a garantir que esse
1832 instrumento possa ser utilizado como referência pelo MS na elaboração no RAG 2013, lembrando que a
1833 PAS 2013 já deveria ter sido apresentada conforme estabelece a Lei Complementar nº 141/2012. Por
1834 essa razão, a COFIN recomendou, anteriormente, a apresentação desse instrumento ao CNS até o
1835 final de outubro/2012, para análise na reunião plenária de novembro/2012. Além disso, destacou que a
1836 COFIN/CNS recomenda que seja demonstrada a relação entre as ações orçamentárias e as diretrizes e
1837 ações listadas na PAS 2012 a partir do próximo Relatório de Prestação de Contas Quadrimestral (2º
1838 quadrimestre/2012) a ser apresentado ao CNS. Conselheiro **Clóvis Boufleur** solicitou Questão de
1839 Ordem para registrar que não seria possível aprovar a PAS por falta de quórum e fez um destaque
1840 especial à ausência da representação do governo. Recomposto o quórum, conselheiro **Alcides Silva**
1841 de **Miranda** colocou em votação o parecer da COFIN acerca da PAS. **Deliberação: aprovado, com**
1842 **duas abstenções, o parecer da COFIN/CNS que recomenda a aprovação da PAS 2012 do MS com**
1843 **observações e recomendações.** Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** lembrou que o Decreto nº.
1844 7.508/2011, ao tratar do planejamento ascendente, define que o CNS deve estabelecer as diretrizes
1845 para esse planejamento. Assim, perguntou se o PNS, uma vez aprovado, seria o instrumento para o
1846 planejamento ascendente. Conselheiro **Clóvis Boufleur** colocou o entendimento de que o Plano é um
1847 processo mais amplo e as diretrizes são de curto prazo, assim, trata-se de duas questões distintas.
1848 Conselheira **Júlia Maria Roland** explicou que o PNS 2012-2015 deve servir de diretriz para elaboração
1849 dos planos estaduais de saúde e dos COAPS e, de forma ascendente, influir na PLOA. Conselheiro
1850 **Alcides Silva de Miranda**, diante do entendimento distinto, solicitou consulta sobre essa questão, uma
1851 vez que a Lei 141/2012 define como prerrogativa do CNS a definição das diretrizes para elaboração do
1852 Plano. Disse que esse esclarecimento é importante a fim de evitar o entendimento de que o CNS não
1853 está cumprindo uma prerrogativa legal. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino**, explicou
1854 que, nos termos da Lei nº. 141/2012, os conselhos devem definir diretrizes e metodologias e o Plenário
1855 do CNS deve debater-se sobre essa questão. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** explicou que a
1856 ideia é debater o orçamento a partir de uma visão sistêmica, ou seja, orçamento da saúde do país,
1857 envolvendo as três esferas. Disse que estão sendo realizadas oficinas para debater essa e outras
1858 questões e destacou a importância de ampliar a COFIN inclusive para dar conta das novas atribuições
1859 trazidas pela nº. 141/2012. Finalizando, agradeceu a presença do Subsecretário e manifestou
1860 satisfação com a aprovação da primeira PAS do MS, pelo CNS. Conselheiro **Clóvis Boufleur** reiterou a
1861 importância de pautar o RAG 2011 na reunião ordinária do mês de outubro. **RELATÓRIO DE**
1862 **PRESTAÇÃO DE CONTAS DO CNS – 2º QUADRIMESTRE** - O Secretário Executivo do CNS, **Márcio**
1863 **Florentino**, apresentou o relatório de prestação de contas do CNS – 2º quadrimestre, com destaque
1864 para duas rubricas – eventos e passagens. A respeito de eventos, detalhou que a situação é a
1865 seguinte: **a)** Dotação inicial: R\$ 3.343.945,60; **b)** Empenho: R\$ 1.315.523,66 (com eventos já
1866 realizados: Seminário Nacional da Comissão de Orçamento e Financiamento; "XVIII Plenária Nacional
1867 de Conselhos de Saúde"; 1º Seminário Nacional Permanente de Articulação entre o MP e o Controle
1868 Social. Em realização: Oficinas Regionais Compartilhadas de Educação Permanente para Controle no
1869 SUS. Próximos eventos previstos: 2º Laboratório de Inovação em Experiências de Participação Social;
1870 Seminários Temáticos; reuniões do CNS até dezembro; eleição do CNS; reunião das comissões
1871 permanentes); **c)** Liquidado e Pago: R\$ 589.979,20; Pago: R\$ 589.979,20. A respeito das passagens,
1872 destacou: **a)** Dotação: R\$ 1.943.200,00; **b)** Empenho: R\$ 850.000,00; **c)** Liquidado: R\$ 811.854,31; e **d)**
1873 Pago: R\$ 573.034,20. Explicou que haverá saldo do orçamento destinado à infraestrutura (eventos) e
1874 déficit em relação a diárias e passagens (R\$ 600 mil). Sendo assim, solicitou autorização do Plenário
1875 do CNS para remanejamento do recurso de infraestrutura para publicações (Relatório Final da 14ª
1876 CNS, Carta de Usuários, Relatório da Plenária Nacional de Conselhos, entre outras) e educação
1877 permanente (plano que está em elaboração pelas comissões). Diante desse cenário e das eleições do
1878 CNS, apresentou a proposta de transferir a realização dos seminários temáticos para fevereiro de 2013.
1879 Além disso, sugeriu priorizar as agendas permanentes do CNS, tendo em vista a dificuldade de realizar
1880 as reuniões das comissões não permanentes. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** informou que o
1881 Secretário Executivo do CNS apresentou a prestação de contas à COFIN/CNS e a Comissão
1882 manifestou-se favorável. Conselheiro **Clóvis Boufleur** explicou que a CISI/CNS talvez precise se reunir
1883 ainda em 2012 para encaminhar questões relativas à 5ª CNSI. Conselheira **Maria do Espírito Santo**
1884 **Tavares dos Santos ("Santinha")** lembrou que o Plenário aprovou a realização da II Conferência
1885 Nacional de Direitos da Mulher em 2013. Conselheira **Sandra Régis** perguntou se as comissões não

1886 permanentes se reuniriam em 2012. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** disse que concordava
1887 com a proposta da Secretaria Executiva do CNS, mas registrou que traria prejuízos, uma vez que o
1888 CNS deixaria de desempenhar funções importantes por falta de orçamento. Também solicitou o envio
1889 das memórias das comissões a fim de socializar aos conselheiros e, considerando que a pauta da
1890 próxima reunião da Comissão Bucal irá tratar da Política de Saúde Bucal no âmbito da Política do Idoso
1891 e para as Pessoas com Deficiência, solicitou que a Secretaria Executiva do CNS assegure essa
1892 interlocução com o governo para dar resposta à comissão. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda**
1893 propôs que o CNS realize mais reuniões por videoconferências por entender que se trata de uma
1894 tecnologia viável e de menor custo. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** lembrou que desde a 13ª
1895 Conferência Nacional de Saúde o CNS tenta criar a cultura de utilizar outras tecnologias, inclusive com
1896 o intuito de diminuir os custos das atividades do Conselho. Desse modo, foi definido uma série de
1897 mudanças e adaptações que não foram implementadas, assim, apelou para que isso ocorra. O
1898 Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino**, explicou que várias agendas técnicas têm sido
1899 realizadas por videoconferências, assim, é possível organizar para que as reuniões das comissões
1900 ocorram utilizando essa tecnologia. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** perguntou se foi
1901 disponibilizado recurso na rubrica de infraestrutura para reforma do Plenário e o secretário executivo
1902 explicou que o recurso se refere à infraestrutura de eventos. Conselheiro **Carlos Eduardo Ferrari**
1903 perguntou a possibilidade de remanejar o recurso para cumprir o déficit de diárias e para publicação de
1904 materiais adaptáveis. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** sugeriu que, diante da possibilidade de
1905 realizar reforma orçamentária até o mês de outubro de cada ano, sugeriu que a SE/CNS realizasse
1906 essa reformulação, com transferência entre rubrica. Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino**,
1907 registrou a solicitação de adaptar os materiais do CNS e informou que o novo site do CNS considera a
1908 questão da acessibilidade. Conselheiro **Carlos Eduardo Ferrari** colocou-se à disposição para
1909 contribuir. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino**, também destacou que a SGEP
1910 comprometeu-se a priorizar a agenda do CNS, assegurando recurso além do limite orçado, assim, a
1911 preocupação é evitar que a diferença não seja muito elevada. Além disso, disse que não era possível
1912 fazer remanejamento entre rubricas e, portanto, estava verificando a possibilidade de utilizar o recurso
1913 de eventos para publicações. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva**, em pese o esforço da SE/CNS,
1914 registrou o incomodo com a situação posta: saldo para infraestrutura (eventos) e impossibilidade de
1915 cumprir o plano de ação das comissões por falta de orçamento. Insistiu ainda que era possível fazer
1916 reforma orçamentária até o mês de outubro de cada ano. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio**
1917 **Florentino**, explicou que não possível remanejar recurso de um item orçamentário para outro - custeio
1918 para capital, por exemplo - sendo possível remanejamento no âmbito de cada rubrica. Também
1919 destacou que não é possível tratar de orçamento sem discutir gestão e funcionamento do CNS, para
1920 evitar, inclusive, problemas como o atual. Conselheira **Júlia Maria Roland** lembrou que o decreto
1921 presidencial define teto de diária e passagens para cada ministério e, no âmbito do MS, o teto do CNS
1922 foi ampliado para garantir as reuniões do Plenário do Conselho, resultando em redução do orçamento
1923 de outros departamentos. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** colocou em apreciação a prestação
1924 de contas do CNS referente ao 2º trimestre de 2012, com a sugestão de remanejamento de recursos
1925 apresentada pela Secretaria Executiva do Conselho. **Deliberação: aprovado o relatório de prestação**
1926 **de contas do CNS referente ao 2º trimestre de 2012, com a sugestão de remanejamento de**
1927 **recursos apresentada pela Secretaria Executiva do Conselho.** **ITEM 10 – INFORMES E**
1928 **INDICAÇÕES – Coordenação:** conselheiro **Alcides Silva de Miranda.** **MOVIMENTO SAÚDE + 10 –**
1929 **Conselheiro Fernando Luiz Eliotério** fez um breve informe da reunião da coordenação do Movimento,
1930 com destaque para a solicitação de custeio de deslocamento para visitas aos estados, com intuito de
1931 promover a divulgação e interlocução do movimento entre os conselhos de saúde local e demais atores
1932 envolvidos com a coleta de assinaturas. Disse que foi definido grupo de nove membros, composto por
1933 conselheiros de saúde: Indicação de nomes: Ronald Ferreira – Fenafar; André Luiz – CNBB; Ana Costa
1934 – CEBES; Ubiratan Cassano – UNE; Gilson Silva – Força Sindical; Fernando Luiz Eliotério – CONAM;
1935 CONASS - definir nome; e CONASEMS: definir nome. Explicou que a proposta é organizar as visitas
1936 após o processo das eleições municipais, com a finalidade de articular o movimento no Brasil. Também
1937 apresentou a seguinte proposta de cronograma de coleta de assinaturas: 7 de outubro de 2012 - dia
1938 nacional de coleta de assinaturas; 30 de outubro de 2012 – 1ª contagem do número de assinaturas; 15
1939 de dezembro de 2012 – 2ª contagem do número de assinaturas; e 7 de abril de 2012 – entrega das
1940 assinaturas no Congresso Nacional. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** disse que a ação é
1941 prioritária, mas manifestou preocupação com a disponibilidade de verba nesse momento. Como
1942 alternativa, sugeriu iniciar as visitas após a posse dos novos gestores. Conselheiro **Fernando Luiz**
1943 **Eliotério** também informou que a COFIN recebeu os PLPs 122 e 124, que tratam da regulamentação,
1944 para serem analisados, mas a Comissão decidiu não o fazer porque já defende o projeto de iniciativa
1945 popular a respeito. Conselheiro **Ubiratan Cassano** explicou que o foco da visita é a administração
1946 estadual com a finalidade principal de pactuar com entidades e movimentos sociais dos Estados.
1947 Assim, disse que as visitas municipais podem aguardar mais um pouco para serem iniciadas. Além
1948 disso, esclareceu que a proposta de coleta no dia da eleição, visa levantar número maior de

1949 assinaturas (os eleitores estarão com o título em mão). **Deliberação:** aprovada a proposta de visitas
1950 do GT do movimento aos estados, com intuito de promover a divulgação e interlocução do
1951 movimento entre os conselhos de saúde local e demais atores envolvidos com a coleta de
1952 assinaturas. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** falou sobre o PL que classifica o desvio de
1953 dinheiro público como crime hediondo, em tramitação na Câmara dos Deputados e solicitou que o CNS
1954 apoie a proposta. **Não houve manifestações contrárias.** **RECOMENDAÇÃO ELABORADA PELA**
1955 **CISAMA/CNS** – Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** fez a leitura da proposta de recomendação
1956 sobre o banimento do amianto, elaborada pela CISAMA/CNS. O texto é o seguinte: “Considerando as
1957 posições exaradas pelo Conselho Nacional de Saúde, através da Moção nº 3/1999, e Recomendação
1958 023 de 8/8/2002, em sua 122ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 07 e 08 de agosto de 2002, pela
1959 proibição gradativa da extração, produção, comercialização e uso do amianto no país; Considerando
1960 que no cenário internacional 66 (sessenta e seis) países já decidiram pelo banimento total do amianto;
1961 Considerando as diversas leis estaduais (5) e municipais que proíbem o uso de amianto e produto que
1962 o contenham; Considerando as diversas iniciativas dos Ministérios Públicos Federal, do Trabalho e dos
1963 Estados, no sentido de exigir o acompanhamento de saúde dos expostos direta, indireta e
1964 ambientalmente e de tornar socialmente visíveis para as instituições de saúde e previdenciária os casos
1965 de agravos relacionados ao amianto; Considerando o reconhecimento médico-científico das
1966 magnitudes dos efeitos e danos produzidos pela exposição humana ao asbesto, considerando-o
1967 problema de saúde pública pelo seu efeito difuso, não se restringindo aos trabalhadores, e o elevado
1968 número de expostos direta, indireta ou ambientalmente (estimados em milhões de pessoas);
1969 Considerando a gravidade dos agravos relacionados à exposição ao amianto, como os que atingem o
1970 pulmão/parênquima/pleura, tendo como exemplos de mais frequência a asbestose, a doença pulmonar
1971 obstrutiva crônica, espessamentos e placas pleurais e diafragmáticas, o câncer de pulmão, laringe e
1972 ovário, além dos mesoteliomas malignos da pleura, pericárdio e do peritônio; Considerando a proposta
1973 nº 223 do Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e a Ação Estratégica
1974 4.1, da Diretriz 4, do Tema 1 do Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Ambiental. O
1975 CNS recomenda ao Ministério da Saúde, ao Ministério do Trabalho e Emprego, ao Ministério da
1976 Previdência Social, ao Ministério do Meio Ambiente, ao Ministério de Minas e Energia, ao Ministério do
1977 Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior, à Casa Civil, no que lhes couber: 1) o banimento
1978 imediato do amianto; 2) apoiar as ações dos Ministérios Públicos Federal, do Trabalho e dos Estados,
1979 bem como dos parlamentos estaduais, municipais e federal pelo banimento total e imediato do amianto
1980 e a proteção social dos expostos direta, indireta e ambientalmente às fibras do mineral cancerígeno; 3)
1981 promover ações de apoio para uma transição segura da economia e dos empregos do amianto para
1982 tecnologias mais saudáveis e seguras, com ênfase ao apoio à cidade mineradora de Minaçu em Goiás
1983 e seus trabalhadores que serão os que sofrerão o impacto direto da proibição do amianto; 4) exortar o
1984 Supremo Tribunal Federal para que: a) paute o julgamento, o mais rapidamente possível, da ADIN
1985 4066, que trata da constitucionalidade da lei federal, que propugna pelo indefensável e não realista
1986 “uso controlado do amianto”, o que coloca em risco de adoecimento os trabalhadores e trabalhadoras,
1987 além de toda sociedade brasileira potencialmente exposta ambientalmente; b) revogue a liminar a favor
1988 da ETERNIT de suspensão da Portaria GM/MS nº 1.851/06 que aprova procedimentos e critérios para
1989 envio por parte das empresas de listagem de trabalhadores expostos e ex-expostos ao asbesto/amianto
1990 nas atividades de extração, industrialização, utilização, manipulação, comercialização, transporte e
1991 destinação final de resíduos, bem como aos produtos e equipamentos que o contenham; e 5) garantir
1992 ações voltadas ao acolhimento de casos de vigilância em saúde relacionada a populações expostas ao
1993 amianto. **Deliberação:** aprovada a recomendação sobre o banimento do amianto, elaborada pela
1994 **CISAMA/CNS.** **INDICAÇÕES** - A) Coordenação Adjunta da Comissão de Trauma e Violência.
1995 Encaminhamento: aprovada a indicação do conselheiro André Luiz de Oliveira para a
1996 coordenação adjunta da Comissão. B) Coordenação da Comissão Intersetorial de Saúde
1997 Suplementar – CISS. Encaminhamento: aprovada a indicação do conselheiro André Luiz de
1998 Oliveira para a coordenação adjunta da Comissão. C) Seminário Latino-Americano sobre
1999 Juventude, Saúde pública e Participação Social: A Juventude e o Direito Universal à Saúde.
2000 Encaminhamento: Conselheiro: um trabalhador (será indicado); e conselheiro Marcos Vinicius
2001 Soares Pedrosa. D) Comitê Executivo da 1ª Edição do Prêmio Cecília Donnangelo de Ouvidoria
2002 do SUS. Encaminhamento: aprovada a indicação do conselheiro Fernando Luiz Eliotério. E)
2003 REUNIÃO DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE. 25 de outubro de 2012.
2004 Encaminhamento: foram indicados os seguintes nomes: 1) Usuários: conselheira Nildes de
2005 Oliveira Andrade. 2) Trabalhadores: conselheira Lorena Baía. F) Encontro da RENAST na área de
2006 saúde do trabalhador – Convite para o conselheiro Jorge Alves Venâncio. Conselheiro João Scabolli
2007 representará o CNS no evento. G) RECOMENDAÇÃO, ELABORADA PELA CIAN/CNS – Para
2008 deliberação, conselheiro **Alcides Silva de Miranda** fez a leitura da minuta de recomendação:
2009 “Considerando que a Alimentação e Nutrição constituem requisitos básicos para a promoção e proteção
2010 à saúde possibilitando a afirmação plena do potencial de Crescimento e Desenvolvimento Humano com
2011 qualidade de vida e cidadania; considerando a finalidade precípua de formular estratégias para avaliar e

2012 controlar a Política de Alimentação e Nutrição, assessorando as decisões dos Conselhos de Saúde
2013 nesse campo, conforme o que prevê as Leis nº. 8.080/90 e 8.142/90; considerando a necessidade de
2014 articular Políticas e Programas de interesse para a saúde cuja, execução envolve áreas não
2015 compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) – Lei nº. 8.080/90, artigo 12, parágrafo
2016 único; considerando a importância de integrar as políticas públicas de interesse da área de Alimentação
2017 e Nutrição à Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN; acompanhar o desenvolvimento da
2018 Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN; monitorar a execução dos programas propostos
2019 na PNAN e acompanhar a coordenação da política de Alimentação e Nutrição das Secretarias de
2020 Saúde e no desenvolvimento dos programas nos trabalhos de campo; e considerando as propostas
2021 aprovadas resoluções do Seminário Nacional de Alimentação e Nutrição no SUS – PNAN 10 anos, eixo
2022 Controle Social – proposta 1- cujos resultados apontam para criar, promover e efetivar Comissões
2023 Intersetoriais de Alimentação e Nutrição – CIAN's Estaduais e em municípios com número de
2024 habitantes acima de 100.000. O CNS recomenda: que os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde
2025 criem a Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição – CIAN, nos moldes aplicados pelo Conselho
2026 Nacional de Saúde. **Deliberação: aprovada recomendação aos Conselhos Estaduais e Municipais**
2027 **de Saúde para que criem a Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição – CIAN, nos**
2028 **moldes aplicados pelo Conselho Nacional de Saúde.** H) **MOÇÃO DE APOIO, ELABORADA PELA**
2029 **CIAN/CNS** – Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** leu a minuta: “Considerando que o excesso de
2030 peso (sobrepeso e obesidade) é uma realidade para metade dos adultos brasileiros. Dados mais
2031 recentes, coletados entre 2008 e 2009, revelaram prevalência de obesidade de 12,5% entre os homens
2032 e 16,9% entre as mulheres (IBGE, 2011) e de 35% de sobrepeso nos adultos brasileiros; considerando
2033 o elevado crescimento relativo e absoluto das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT),
2034 principalmente das doenças cardiovasculares, diabetes e alguns tipos de neoplasias. Além disso, as
2035 DCNT são responsáveis por 72% das causas de mortes no Brasil; considerando que o consumo de
2036 frutas, legumes e verduras (FLV) é um fator comprovadamente protetor do desenvolvimento do
2037 sobrepeso e das DCNT e que o consumo destes alimentos pelos brasileiros encontra-se aquém da
2038 recomendação da Organização Mundial de Saúde (400g/dia); considerando um dos objetivos do Plano
2039 Plurianual (2012/2015), assim como do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
2040 (2012/2015), elaborado pela Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional, qual seja:
2041 “Assegurar processos permanentes de Educação Alimentar e Nutricional e de promoção da
2042 alimentação adequada e saudável, valorizando e respeitando as especificidades culturais e regionais
2043 dos diferentes grupos e etnias, na perspectiva da Segurança Alimentar e Nutricional e da garantia do
2044 Direito Humano à Alimentação Adequada”; considerando que entre as metas do Plano de Ações
2045 Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil (2011-2022) e
2046 do Plano Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: promovendo modos de vida e
2047 alimentação adequada e saudável para a população brasileira (documento a ser divulgado na próxima
2048 plenária do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional) insere-se o incentivo ao aumento
2049 do consumo de FLVs pela população brasileira; e considerando que o tema proposto pela Organização
2050 das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO) em comemoração ao Dia Mundial da
2051 Alimentação 2012: “Cooperativas agrícolas alimentam o mundo” tem importante interface com as
2052 centrais de abastecimento, e que estes são locais estratégicos para a oferta de FLVs, e espaços
2053 potenciais para realização de ações de Educação Alimentar e Nutricional, permitindo acesso a públicos
2054 como agricultores familiares, comerciantes e população em geral. O CNS vem a público manifestar
2055 apoio à “Atividade Educativa Integrada e Intersetorial de Incentivo à Alimentação Adequada e Saudável,
2056 com Foco no Aumento do Consumo de Frutas, Legumes e Verduras, para o Público Interno e Externo
2057 das Centrais de Abastecimento Brasileiras”, por entender que tal iniciativa tem o potencial de promover
2058 o aumento do consumo de frutas, legumes e verduras, contribuindo para a promoção da saúde da
2059 população brasileira. **Deliberação: aprovada moção de apoio à “Atividade Educativa Integrada e**
2060 **Intersetorial de Incentivo à Alimentação Adequada e Saudável, com Foco no Aumento do**
2061 **Consumo de Frutas, Legumes e Verduras, para o Público Interno e Externo das Centrais de**
2062 **Abastecimento Brasileiras”, por entender que tal iniciativa tem o potencial de promover o**
2063 **aumento do consumo de frutas, legumes e verduras, contribuindo para a promoção da saúde da**
2064 **população brasileira.** I) **MOÇÃO DE APOIO E RECOMENDAÇÃO PARA ANAC REFERENTES ÀS**
2065 **NORMAS DE ACESSIBILIDADE** – Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** fez a leitura do texto da
2066 moção que é o seguinte: “Considerando o impacto negativo à saúde, gerado pelas barreiras de
2067 acessibilidade enfrentadas diariamente pelos passageiros do transporte aéreo nacional com e sem
2068 deficiência; e considerando a vasta legislação que regulamenta o assunto, especialmente a Convenção
2069 Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência ratificada pelo Brasil como emenda à
2070 Constituição e a Lei 10.098/2000 que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da
2071 acessibilidade. O CNS vem a público manifestar apoio ao posicionamento da Organização Nacional de
2072 Cegos do Brasil relativamente à manifestação na consulta pública 19/2012 promovida pela Agência
2073 Nacional de Aviação Civil, visando estabelecer normas de acessibilidade”. **Deliberação: aprovada a**
2074 **moção de apoio.** Após, leu o texto da recomendação que segue: “Considerando as dificuldades

2075 geradas pela falta de acessibilidade às pessoas com deficiência, idosos e pessoas com quaisquer
2076 dificuldades de saúde, e ou em condição de dependência, em voos domésticos, desde o momento do
2077 check-in até o desembarque no destino; considerando o que rege a Convenção Internacional sobre os
2078 Direitos das Pessoas com Deficiência, ratificada pelo Brasil como emenda constitucional por meio do
2079 Decreto Legislativo nº 186/2008 e Decreto Presidencial 6.949/2009 que, relativamente à acessibilidade,
2080 em seu artigo 9º, determina que: "1. A fim de possibilitar às pessoas com deficiência viver com
2081 autonomia e participar plenamente de todos os aspectos da vida, os Estados Partes deverão tomar as
2082 medidas apropriadas para assegurar-lhes o acesso, em igualdade de oportunidades com as demais
2083 pessoas, ao meio físico, ao transporte, à informação e comunicação, inclusive aos sistemas e
2084 tecnologias da informação e comunicação, bem como a outros serviços e instalações abertos ou
2085 propiciados ao público, tanto na zona urbana como na rural. (...)" ;considerando o impacto negativo que
2086 a ausência de recursos de acessibilidade pode trazer à saúde física e psíquica de cada passageiro com
2087 ou sem deficiência que encontra barreiras de acessibilidade no transporte aéreo; e considerando ainda
2088 a ampla legislação ordinária relativa ao assunto. O CNS recomenda: à Agência Nacional de Aviação
2089 Civil – ANAC a adoção de normas claras, objetivas e de obrigatoriedade geral no sentido de garantir a
2090 acessibilidade de forma plena a todos os passageiros de vôos domésticos nacionais ou com origem em
2091 território nacional, construídas de forma participativa, por meio de escuta dos movimentos de pessoas
2092 com deficiências. Recomenda-se ainda que se promova encontros presenciais com as organizações
2093 nacionais representativas desses movimentos, e as organizações que representam os provedores de
2094 serviços, para que possamos ter um regulamento pactuado, e produto do protagonismo das pessoas
2095 com deficiências. **Deliberação: aprovada recomendação à Agência Nacional de Aviação Civil –**
2096 **ANAC.** **J) RECOMENDAÇÃO** – Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** procedeu à leitura da proposta
2097 de recomendação ao Ministério da Saúde com vistas à constituição de um comitê com representantes
2098 do CONANDA, CNS e Comissão Intergestores Tripartite para acompanhar a implementação da Lei do
2099 Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE, e a elaboração até outubro da proposta
2100 de adequação e integração das ações de saúde com educação e assistência social com o SINASE.
2101 **Deliberação: a recomendação foi aprovada. Resposta do MS sobre a denúncia sobre o Mato**
2102 **Grosso do Sul** – compra de equipamentos para ser utilizado em serviços privados – apresentada na
2103 última reunião da Mesa Diretora do CNS - conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** enviará resposta.
2104 **Moção de repúdio ao PL do ex-deputado Rafael Guerra** – Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**
2105 apresentará o texto na próxima reunião do CNS. **INFORMES - 1ª Reunião do Comitê de atenção**
2106 **pissicossocial** - Conselheira **Sandra Régis** informou que participara da primeira reunião do Comitê de
2107 atenção pissicossocial, representando o CNS e que os encontros serão semestrais. A conselheira
2108 entregaria o relatório da reunião posteriormente ao CNS. **Denúncias e solicitação da presença de**
2109 **representante da COFIN para ir a Roraima tratar sobre o tema orçamento e financeiro.** Data: 25
2110 de setembro. *Indicação:* conselheiro **Wanderley Gomes da Silva**. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**
2111 **solicitou** pautar debate sobre AIDS no mês de novembro e não em outubro. Conselheira **Sandra**
2112 **Régis** solicitou pauta na próxima reunião do CNS para apresentação dos encaminhamentos da
2113 CISM/CNS. **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, conselheiro **Alcides Silva de Miranda**,
2114 da Mesa Diretora do CNS, encerrou a 237ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os
2115 seguintes conselheiros no segundo dia de reunião: **Titulares - Alcides Silva de Miranda**, Centro
2116 Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); **Carlos Eduardo Ferrari**, União Brasileira de Cegos (UBC);
2117 **Carlos Alberto Ebeling Duarte**, Movimento Nacional de Luta Contra a Aids; **Cleuza C. Miguel**,
2118 Movimento dos Portadores de Esclerose Múltipla (MOPEM); **Clóvis A. Boufleur**, Conferência Nacional
2119 dos Bispos do Brasil (CNBB); **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos
2120 (FENAPSI); **Geraldo Alves Vasconcelos**, Associação Brasileira de Odontologia (ABO); **João Donizeti**
2121 **Scaboli**, Força Sindical; **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde
2122 (CNTS); **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil (CGTB);
2123 **Jorge Oliveira Duarte**, Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena; **José Carrijo**
2124 **Brom**, Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO); **Jurema Pinto Werneck**, Articulação de
2125 Organizações de Mulheres Negras Brasileiras (AMNB); **Lorena Baía Alencar**, Conselho Federal de
2126 Farmácia (CFF); **Luiz Alberto Catanoce**, Sindicato Nacional dos Aposentados (SIND-NAP); **Maria do**
2127 **Espírito Santo Tavares dos Santos**, Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos
2128 Reprodutivos; **Maria do Socorro de Souza**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura
2129 (CONTAG); **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Ruth Ribeiro**
2130 **Bittencourt**, Conselho Federal de Serviço Social (CFESS); **Sandra Regis**, Associação Brasileira dos
2131 Delegados e Amigos da Confederação Espírita Pan-Americana (CEPA Brasil); **Ubiratan Cassano**
2132 **Santos**, União Nacional dos Estudantes (UNE); **Verônica Lourenço da Silva**, Liga Brasileira de
2133 Lésbicas; **Wilen Heil e Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO).
2134 **Suplentes** – **Adriana Almeida Antunes**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down;
2135 **Cândida Maria Bittencourt Carvalheira**, Associação Brasileira de Ostomizados (ABRASO); **Diego de**
2136 **Faria Magalhães Torres**, Federação Nacional dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacional
2137 (FENAFITO); **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia

2138 Brasileira (COIAB); **Elcio A. dos Santos**, Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais –
2139 ABRATO; **Eurídice Ferreira de Almeida**, FASUBRA; **Eliane Aparecida da Cruz**, Ministério da Saúde
2140 (MS); **Geordeci M. Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **Graciara Matos de Azevedo**, Conselho
2141 Federal de Odontologia (CFO); **José Eri de Medeiros**, Conselho Nacional de Secretários Municipais de
2142 Saúde (CONASEMS); **José Wilton da Silva**, Federação das Associações de Renais e Transplantados
2143 do Brasil (FARBRA); **Josiano Macedo Lima**, Central de Movimentos Populares; **Júlia Maria Santos**
2144 **Roland**, Ministério da Saúde; **Lucimar Batista da Costa**, Movimento de Reintegração das Pessoas
2145 Atingidas pela Hanseníase (MORHAN); **Marcos Vinicius S. Pedroza**, Associação Nacional de Pós-
2146 Graduandos (ANPG); **Nadir Francisco do Amaral**, Federação Nacional das Associações de Pessoas
2147 com Doenças Faciformes (FANAFAL); **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas
2148 (CFN); **Noemy Yamaguishi Tomita**, Conselho Federal de Biologia; **Oriana Bezerra Lima**, Conselho
2149 Federal de Medicina Veterinária (CFMV).