



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

ATA DA DUCENTÉSIMA TRIGÉSIMA SÉTIMA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS

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

pedido de adiamento do debate do RAG, decidiu-se por aguardar a chegada do coordenador da COFIN para encaminhar essa questão. Além disso, o Plenário aprovou ajustes na pauta, diante do adiamento do item 2. **APROVAÇÃO DA ATA DA 236ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS –** Conselheiro Clóvis Boufleur colocou em apreciação o texto da ata encaminhado com antecedência aos conselheiros, mas o Plenário decidiu votar o texto no período da tarde para possibilitar uma avaliação. **ITEM 2 – BALANÇO DO MÊS NA SAÚDE: EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSEH/MEC - (Lei nº. 12.550/2011)** - Conselheira Ruth Ribeiro Bittencourt iniciou com a leitura da moção do CNS nº. 156/2011 contrária à criação da EBSEH. O texto é o seguinte: “Considerando que se encontra no Senado Nacional, o PLC nº 79/2011, aprovado na Câmara dos Deputados, sob o número PL nº 1749/2011, o qual trata da criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH), considerando que a EBSEH representa um retrocesso no fortalecimento dos serviços públicos sob o controle estatal, pois evidencia, mais uma vez, o debate acerca da concepção de Estado; considerando que as contradições existentes na formação do Estado Brasileiro serão aprofundadas com a manutenção da flexibilização das relações de trabalho resultante da terceirização nas Universidades, através de parcerias com Fundações de Apoio Privadas, empresas de terceirização e, por último, essa Empresa; considerando que o Estado Brasileiro não pode secundarizar o papel desenvolvido pela Universidade Pública Brasileira na transformação social, no desenvolvimento e soberania do país, por se encontrar intrinsecamente relacionado ao modelo de Estado; considerando que é de fundamental importância a oferta dos serviços prestados, de forma gratuita e de qualidade, na área da saúde e da educação pela Universidade no cumprimento de seu papel com vistas ao fortalecimento do Estado Brasileiro, e que estes serviços, como bens sociais, não devem ser mercantilizados; considerando que a precarização, resultante do processo de terceirização, é um mal para o serviço público, por se constituir, na maioria, um canal de corrupção, de clientelismo, de nepotismo, de baixa qualidade nos serviços públicos prestados à população; considerando que, com a criação da EBSEH, o capital continuará vindo diretamente do Tesouro, mas, as demais fontes continuarão sendo financiadas, inclusive com recursos do SUS, ficando evidente que a origem dos recursos continuará sendo a mesma: recursos públicos disponibilizados para o setor privado; considerando que as determinações contidas no Acórdão do Tribunal de Contas da União, de 2006, precisam ser cumpridas, e, conseqüentemente, realizados concursos públicos, via Regime Jurídico Único, para substituição do pessoal terceirizado dos Hospitais Universitários, atualmente pagos com recursos de custeio designados por meio do SUS; considerando que essa medida proposta pelo TCU foi atribuída em face da necessidade de resolver o contrato irregular dos trabalhadores fundacionais (terceirizados) nos Hospitais Universitários, visto que o TCU havia declarado a ilegalidade da situação dos 26 mil contratados em todo o País e dado prazo até 31 de dezembro de 2010 (*prazo repactuado*) para que o governo regularizasse a situação; considerando que a sociedade precisa, mais uma vez, estar ciente deste debate e mais, ainda, os trabalhadores das Fundações que poderão ser enganados neste processo, pois a substituição das Fundações pela EBSEH não garante a transferência dos trabalhadores para a nova empresa; considerando que a solução para a chamada crise dos HUs, resultado da redução gradativa de pessoal que assolou o setor público, e a falta de investimentos 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 incremento financeiro no orçamento dessas Unidades Acadêmicas, para cumprimento de suas funções, com qualidade social, sem se esquecer da corresponsabilidade do Ministério da Saúde; considerando que, além disso, também está evidente que a grande crise das Fundações reside em seus débitos junto aos fornecedores e passivos trabalhistas e, neste caso, as Fundações, deixando de gerir os HUs, deixam automaticamente de ter receita, ficando um déficit para o Estado; e considerando que, pela leitura do PLC nº 79/2011 constata-se que o mesmo ainda determina que o quantitativo de pessoal da EBSEH será definido pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e que esta Empresa poderá contratar a execução dos serviços, inaugurando no serviço público o modelo de gestão quarteirizada. O Conselho Nacional de Saúde vem a público repudiar a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH, de que trata o PLC nº 79/2011, ora em tramitação no Senado Federal.” Em seguida, fez a leitura da minuta de moção de repúdio, elaborada pelo FENTAS, para apreciação do Plenário do CNS: “Considerando que o Ministério da Educação - MEC, ao editar a Portaria MEC/GM nº 442, de 25 de abril de 2012, delegou à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH o exercício de algumas competências anteriormente atribuídas à Diretoria de Desenvolvimento da Rede de Instituições Federais de Ensino Superior, a saber: coordenar, acompanhar e avaliar a execução das atividades de gestão dos hospitais vinculados às instituições federais de ensino superior; apoiar tecnicamente e elaborar instrumentos de melhoria da gestão dos hospitais vinculados às instituições federais de ensino superior; elaborar matriz de distribuição de recursos para os hospitais vinculados às instituições federais de ensino superior, baseada nas informações prestadas pelos hospitais; Considerando que a Portaria MEC/GM nº 442, de 25 de abril de 2012, delega ainda à EBSEH as competências relativas ao Programa Nacional de Reestruturação dos 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 EBSEH, o MEC se desobriga de funções administrativas públicas de planejamento, orçamentação e avaliação cabíveis ao MEC, e não à EBSEH. Este Conselho Nacional de Saúde vem a público repudiar a Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, que instituiu a EBSEH, e a Portaria MEC/GM nº 442, de 25 de abril de 2012.” Conselheiro **Clóvis Bouffleur** explicou que a moção do CNS respondia à realidade da época em que foi aprovada (antes da criação da EBSEH) 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 EBSEH no que se refere à distribuição de verbas e realização de concursos. Conselheiro **Ubiratan Cassano** explicou que as universidades que não aderissem à EBSEH 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 EBSEH. O texto seria apresentado posteriormente. O debate sobre a EBSEH/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 Bouffleur*, 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 instituiu 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 ocorrera 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, ocorrera manifestações desse tipo. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** 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

185 apresentam problemas para além de prazos, uma vez que o prazo era de “até” 90 dias. Disse que a
186 questão maior referia-se ao edital de convocação da eleição que contradiz a decisão do CNS
187 consubstanciada na Resolução do CNS nº. 453/2012. Ressaltou que não é recomendável que o CNS
188 aprove uma resolução que deve ser cumprida pelos conselhos estaduais e municipais e seja o primeiro
189 a descumpri-la. Nesse sentido, salientou que o CNS deveria debater essa questão, uma vez que toda a
190 eleição está em suspense, lembrando, inclusive, que nos termos da portaria publicada, a representação
191 indígena não poderia concorrer a uma vaga no Conselho. Conselheiro **José Wilton da Silva**
192 cumprimentou a Secretaria Executiva do CNS por assumir o erro na publicação na Portaria, todavia,
193 salientou que é preciso garantir a autonomia da Comissão Eleitoral em definir os cargos. Salientou que
194 a Comissão reuniu-se no dia anterior, com a ausência de três integrantes, e houve consenso sobre os
195 nomes indicados, mas não com a forma. A fim de evitar questionamentos jurídicos, salientou que a
196 decisão da Comissão Eleitoral de referendar a indicação dos cargos deveria ser embasada por parecer
197 jurídico. Também disse que o Plenário deve debater e posicionar-se sobre o edital de convocação da
198 eleição que contraria decisão anterior do Plenário do CNS. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**,
199 membro da Comissão Eleitoral do CNS, frisou que a preocupação da Comissão Eleitoral é garantir a
200 legalidade do processo, buscando uma forma de respaldar a decisão, com garantia do calendário
201 definido, de forma a evitar questionamentos futuros. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** começou
202 esclarecendo que era possível providenciar um advogado para acompanhar o debate, se necessário, e
203 também apresentar parecer jurídico, por escrito. De todo modo, explicou que a sugestão apresentada
204 pela Secretaria Executiva do CNS fundamenta-se em consulta jurídica. Avaliou que o processo
205 apresentava três problemas, que precisavam ser debatidos e encaminhados. O primeiro refere-se à
206 publicação da portaria com nomes e cargos da Comissão Eleitoral e não apenas com os nomes, uma
207 vez que cabe à Comissão Eleitoral, na sua primeira reunião, definir os cargos. O segundo problema foi
208 a publicação do edital de convocação antes da reunião da Comissão Eleitoral para definição dos
209 cargos. E o terceiro, de caráter político, foi o edital de convocação publicado com base no Decreto nº
210 5.839, de 11 de julho de 2006, que dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do
211 CNS. Também esclareceu que o governo indicou representante para compor a Comissão Eleitoral, mas
212 não indicou cargo, entendendo que essa é uma atribuição da Comissão Eleitoral. Esclareceu que a
213 proposta da assessoria jurídica é a seguinte: publicar nova Portaria com a composição da Comissão
214 Eleitoral, sem os cargos; chamar reunião da Comissão Eleitoral para definição dos cargos; e publicar o
215 edital de convocação da eleição, com a assinatura da Presidência da Comissão. Em relação a prazos,
216 disse que é possível diminuir os prazos entre a convocação e a eleição, mas a proposta da assessoria
217 jurídica é manter os prazos definidos no decreto e na resolução e adiar a data da eleição a fim de evitar
218 questionamentos. Por fim, destacou que se inscreveria posteriormente para tratar do Decreto
219 5.839/2006 para explicitar a posição do governo. Conselheira **Cândida Maria Bittencourt Carvalheira**
220 perguntou quem foi o responsável pela publicação da portaria e do edital de convocação e lembrou que
221 os documentos publicados no DOU passam por análise prévia. Disse que fez o levantamento da
222 documentação necessária para publicação e salientou que um eventual adiamento da eleição trazia
223 sérios prejuízos. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** manifestou sua preocupação com os fatos
224 ocorridos e lembrou que a presença de um advogado não resolveria o impasse, uma vez que a decisão
225 final é do Judiciário. Ressaltou que era preciso esclarecer que instrumento jurídico regeria as eleições,
226 uma vez que o edital de convocação foi publicado com base no Decreto nº 5.839/2006, que norteou a
227 última eleição, e é contrário à Resolução nº. 453/2012. Disse que esse fato manifesta a falta de
228 compromisso e de respeito do gestor com o CNS e lembrou que o controle social serve para garantir a
229 representação do povo brasileiro e a sustentação do Sistema. Conselheira **Graciara Matos de**
230 **Azevedo** avaliou que a situação era mais grave que imaginava e que a Comissão Eleitoral firmou um
231 acordo tendo em vista as consequências de um possível adiamento da eleição. Também explicou que a
232 prorrogação de mandato de conselheiros, por serem agentes públicos, não poderia ser feita por
233 decreto, mas sim por lei, conforme fora alertada durante o seminário com o Ministério Público. Também
234 aproveitou para salientar a riqueza do seminário com o Ministério Público e registrar a pouca
235 participação do Conselho nesse evento. De todo modo, observou que é preciso respeitar a Comissão e,
236 nessa linha, avaliou que o parecer jurídico deveria ter sido remetido à Comissão antes da reunião.
237 Ressaltou que fatos como esses devem ser evitados. Conselheiro **Clóvis Bouffleur**, primeiro, perguntou
238 à representante do governo se a proposta de decreto sobre o processo eleitoral foi encaminhada à
239 Casa Civil e, caso não tivesse sido, quais as justificativas para tanto. No mais, sugeriu que, para manter
240 os prazos para realização da eleição, fosse republicada a portaria de composição da comissão eleitoral
241 e o decreto de convocação, com base em novo decreto. Conselheiro **Geraldo Alves Vasconcelos**
242 sentiu-se contemplado na fala da conselheira Graciara Matos, destacando que o parecer jurídico não foi
243 encaminhado à Comissão Eleitoral para ser analisado. **Retorno da mesa.** O Secretário Executivo do
244 CNS, **Márcio Florentino**, reiterou que o equívoco cometido pela SE/CNS teve como centro cumprir o
245 prazo definido – 90 dias entre a convocação e a realização do processo eleitoral – 27 de novembro.
246 Disse que a diminuição desse prazo – 75 dias, por exemplo – seria possível e o Plenário procederia aos
247 encaminhamentos necessários à realização do processo eleitoral – republicação da portaria de

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

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

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

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

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

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

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

portaria de composição da Comissão e o edital de convocação serão republicados, a fim de dar encaminhamento ao processo. Acrescentou que a Comissão terá uma sala exclusiva, além de assessoria técnica (Vivian Godin) e duas pessoas para apoio administrativo e um jurídico. Por fim, disse que a Comissão definiu o seu calendário de reuniões e apresentará informes mensais ao CNS.

Deliberação: aprovado, por unanimidade, o calendário eleitoral do CNS (mandato de dezembro de 2012 a dezembro de 2015): a) Agosto: aprovação pelo Pleno do CNS do Regimento Eleitoral 2012/2015; Indicação pelo Pleno do CNS dos membros da Comissão eleitoral composta por 12 membros: 6 (seis) representantes do segmento dos usuários; 3 (seis) representantes dos profissionais de saúde; 3 (seis) representantes do segmento do gestor/prestador, sendo 2 (dois) representantes do governo e 1 (um) representante dos prestadores de serviços de saúde. Dia 29 de agosto de 2012: publicação do Regimento Eleitoral 2012/2015 e publicação da portaria de designação dos membros da Comissão Eleitoral. b) Setembro: Dia 04 de setembro de 2012 - publicação do edital de convocação da eleição do Conselho Nacional de Saúde para o Triênio 2009 a 2012. Até 13 de setembro de 2012: Aprovação pelo Pleno do CNS do Calendário Eleitoral. 10 de setembro de 2012 a 10 de novembro de 2012: Inscrições das Entidades para a eleição do CNS. c) Novembro: 11 de novembro de 2012, às 17 horas: publicação da lista das entidades inscritas. 12, 13 e 14 de novembro de 2012: interposição de recursos. 15, 16 e 17 de novembro de 2012: julgamento dos recursos. 18 de novembro de 2012, até as 17 horas: publicação da lista das entidades habilitadas. 27 de novembro de 2012: eleição do Conselho Nacional de Saúde. d) Dezembro: 12 de dezembro de 2012: posse dos conselheiros. Aprovados também os seguintes cargos da Comissão Eleitoral do CNS: I - representantes do segmento do Governo Federal/prestadores de serviços de saúde: a) Haroldo Jorge Carvalho Pontes; b) Kátia Maria Barreto Souto - Presidente; c) Denise Rinehart; II - representantes do segmento dos profissionais de saúde: a) Geraldo Alves Vasconcelos Filho; b) Ruth Ribeiro Bittencourt - Vice-Presidente; c) Wilen Heil e Silva; III - representantes do segmento dos usuários: a) Clair Castilhos Coelho; b) Vania Lúcia Ferreira Leite - Secretária; c) José Wilton da Silva; d) Arnaldo Gonçalves; e) Edmando Luiz Saunier de Albuquerque; e f) Márcia Ribas - Secretária-Adjunta.

Definido esse ponto, a mesa foi recomposta e o conselheiro **Clóvis Bouffleur**, da Mesa Diretora do CNS, colocou em apreciação a ata da 236ª Reunião Ordinária. **Deliberação: aprovada, por unanimidade, a ata da 236ª Reunião Ordinária do CNS.** Em seguida, conselheira **Cândida Maria Bittencourt Carvalheira** apresentou o texto da moção cujo mérito fora aprovado no início da reunião: “Moção de alerta ao governo do Rio de Janeiro. Considerando as denúncias das pessoas ostomizadas moradoras do Estado do Rio de Janeiro pela descontinuidade de fornecimento de bolsas coletoras de fezes e/ou urina pelo Sistema Único de Saúde – SUS comprometendo a saúde dessas pessoas pela omissão do poder público do Estado em garantir o cumprimento da lei no atendimento a esta parcela da população. Aguarda as providências das três esferas de governo no âmbito da saúde no prazo de trinta dias.” Após ponderações, o Plenário decidiu aprovar o texto na forma de recomendação. O texto deverá ser encaminhado ao Ministério Público, atendendo o acordo feito no seminário com Ministério Público de que as decisões do CNS deveriam ser encaminhadas ao MP.

Deliberação: aprovada recomendação às três esferas de governo que garantam fornecimento de bolsas coletoras de fezes e/ou urina pelo Sistema Único de Saúde – SUS às pessoas ostomizadas moradoras do Estado do Rio de Janeiro. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** explicou que, conforme encaminhamento no início da reunião, a SE/CNS entrou em contato com o Secretário de Vigilância em Saúde SVS para verificar a possibilidade da participação dele na reunião para tratar de diversos temas, mas, dada a impossibilidade, o Secretário comprometeu-se a participar da reunião ordinária de outubro. Conselheiro **José Eri de Medeiros** propôs o seguinte encaminhamento: reunião do COSEMS com o Secretário de Vigilância em Saúde e o Ministro da Saúde para tratar da situação específica da Região Sul; e convidar do Secretário para debater o planejamento das ações de combate à dengue no país para 2013. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** informou que o CES/RS encaminhou documento ao CNS ressaltando a necessidade de pautar debate sobre planejamento para a região Sul. Conselheira **Jurema Werneck** avaliou que o debate com a SVS não deve ter caráter regional. Conselheira **Júlia Maria Roland** explicou que a proposta de realizar reunião do CONASS, CONASEMS e MS para debater a questão pontual da Região Sul não necessita de deliberação do CNS, cabendo a esse Colegiado aprovar pauta na próxima reunião. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** disse que a mídia noticia um surto de meningite no MA e o CNS não conhece as ações do governo. Assim, solicitou que o tema também seja pauta no debate com a SVS. Conselheira **Jurema Werneck** também solicitou que o CNS trate do surto de doença de Chagas no Pará. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** esclareceu que a Mesa Diretora do CNS pautou debate com a SVS na reunião, mas o item foi excluído porque representantes da Secretaria não poderiam participar da reunião por estarem em Salvador tratando de questão emergencial.

Deliberação: o Plenário decidiu pautar, na próxima reunião do CNS, debate com o Secretário de Vigilância em Saúde sobre o planejamento das ações de combate à dengue no país para 2013, entre outras questões relativas à vigilância em saúde. ITEM 4 – VIGILÂNCIA SANITÁRIA - Apresentação: Dirceu Brás Aparecido Barbano, diretor Presidente da Agência Nacional

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

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

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

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

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

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

ENCEP na tentativa de concluir a proposta. Falou também do seminário sobre pesquisa no SUS e cooperação estrangeira, que contou com a participação de 40 pessoas e, na oportunidade, foi apontada a necessidade de definição de uma política de pesquisa no SUS. Disse que a revisão da Resolução nº. 196 está quase pronta e a ideia é concluir a proposta no ENCEP extraordinário que será realizado nos dias 20, 21 e 22 de setembro, com a participação de representantes dos CEPs do país. Explicou que o encontro, além de analisar a Resolução nº. 196, irá debater os seguintes temas: legislação; categorias; dissensos e consensos; ética na pesquisa nas ciências sociais e humanas. Esclareceu que, encerrado o ENCEP, será realizada reunião para conclusão da proposta e apresentação na reunião ordinária do mês de novembro, para deliberação do Pleno do CNS. Além desse informe, lembrou que o Plenário deveria indicar três conselheiros para acompanhar o debate do GT da 196, conforme deliberação na última reunião do CNS e dois representantes dos usuários para a CONEP em substituição ao conselheiro Alexandre Magno e à conselheira Eline Jonas. Conselheiro **Aldides Silva de Miranda** sugeriu o envio de relato sobre a revisão da Resolução nº. 196 ao Senador Cristóvão Buarque, de modo a demonstrar que uma lei nesse momento prejudicaria o processo de debate. A representante da SCTIE/MS, **Márcia Mota**, sugeriu diálogo com a coordenação da Comissão de Ciência e Tecnologia do Senado Federal, onde o projeto do senador Cristóvão Buarque irá tramitar e também com o próprio parlamentar. Conselheiro **Geraldo Alves Vasconcelos** aproveitou para registrar que o Pleno do CNS não tomou conhecimento do parecer da CONEP sobre a autorização da lenaledomida, solicitado pelo Presidente do CNS e enviado à ANVISA e solicitou que essa questão não volte a acontecer. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** explicou que a CONEP elaborou parecer, conforme solicitação da ANVISA e encaminhou à SE/CNS. Para evitar essa situação, sugeriu que a SE/CNS informe o Plenário sobre encaminhamentos como esse. Acordou-se que após o intervalo do almoço os segmentos apresentariam as indicações para recompor a CONEP e para o GT 196.

ITEM 7 – SAÚDE INDÍGENA - Apresentação: conselheiro **Jorge Oliveira Duarte**, coordenador do Fórum de Presidentes de Conselhos; e **Antônio Alves de Souza**, Secretário Especial de Saúde Indígena – SESAI/MS.

Coordenação: conselheiro **Clóvis Adalberto Bouffleur**, da Mesa Diretora do CNS. O Secretário da SESAI/MS, **Antônio Alves de Souza**, foi o primeiro a expor sobre o tema, cumprimentando conselheiros e conselheiras, lideranças indígenas, coordenadores dos DSEIs e internautas e agradecendo a oportunidade de expor sobre a situação da saúde indígena no CNS. Feitas essas considerações, passou à apresentação de um vídeo sobre os povos indígenas, com vistas à reflexão profunda sobre a situação dessa população. Após a exposição do vídeo, iniciou a sua exposição destacando que, após um ano e dez meses da instituição da Secretaria, foi possível avançar em algumas questões, mas ainda há muito a fazer para estruturar o Subsistema de Saúde Indígena e assegurar atenção integral aos povos indígenas. Explicou que, segundo o último CENSO do IBGE, 896 mil pessoas “se declaram” indígenas, sendo que 620 mil moram em aldeias e os demais residem nas periferias das cidades em condições de favelamento. Explicou que, ao assumir o Ministério da Saúde, em 2011, o Ministro Alexandre Padilha convocou as Secretarias e as autarquias para elaborar o planejamento do MS. Na oportunidade, a SESAI propôs e foi aprovado pelo Colegiado de dirigentes o objetivo nº. 7 do Planejamento Estratégico 2012: “Implementar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, observando as práticas de saúde e as medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais”. Ressaltou que esse objetivo direciona o trabalho da SESAI e a construção do Subsistema de Saúde Indígena. Explicou que no objetivo nº. 7 foram aprovadas onze estratégias e passou a tratar de algumas delas e dos seus respectivos resultados. Detalhou que a estratégia 1 dispõe sobre: “implementação de um modelo de atenção primária centrado na linha do cuidado, com foco na família indígena, integralidade e intersetorialidade das ações, participação.” Na linha dessa estratégia, disse que a Presidente da República incluiu a saúde indígena como ação prioritária e foi elaborado plano estratégico de reestruturação do Subsistema com o objetivo geral de reduzir a mortalidade infantil e materna na população indígena aldeada. Detalhou que o plano possui três eixos com as seguintes ações: 1) atenção à saúde: a) Plano de Ação Imediata, iniciado em junho; Ação Piloto em dois Distritos no Estado do Acre; ações simultâneas nos demais 32 DSEIs; 2) Segurança Alimentar: a) distribuição de cestas de alimentos (de acordo com a realidade e costumes de cada povo) e b) ações estruturantes: fomento ao programa de agricultura familiar e PAA; e 3) definição de outras ações estruturantes: Ministério da Saúde/SESAI e MJ/FUNAI. Explicou que foram definidos como critérios para seleção das áreas de atuação os Distritos Sanitários que concentram 70% do número absoluto de óbitos em menores de 1 ano, apresentam risco de morte infantil acima de 20 por mil nascidos vivos e concentram maior população indígena em extrema pobreza. Acrescentou que a população prioritária do Plano de Ação Imediata é crianças menores de 6 anos e mulheres entre 10 a 49 anos, tendo sido selecionados 16 dos 34 Distritos, com distribuição nacional. Além do Plano, relatou que, em junho de 2012, a Presidente Dilma Rousseff assinou decreto presidencial instituindo o Comitê de Gestão Integrada de Atenção à Saúde e Segurança Alimentar para população Indígena com a competência de promover a articulação dos órgãos e entidades do governo federal responsáveis pela execução e pelo desenvolvimento de ações de atenção à saúde e de segurança alimentar para a população indígena,

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

maioria dos Distritos enfrenta problemas de gestão administrativa por falta de servidores e solicitou esforço da SESAI para resolver esse problema. Além disso, salientou outras questões que afetam a saúde da população indígena e que precisam ser tratadas de forma intersetorial, com outros setores do governo: agronegócio, plantação de soja, criação de rebanhos; precariedade das estradas; segurança alimentar e nutricional; e falta de demarcação de terras. A respeito dessa última questão, registrou que os povos indígenas repudiam PEC 215, que atribui competência exclusiva ao Congresso Nacional no que diz respeito à demarcação de terras indígenas, quilombolas e unidades de conservação, e a Portaria da AGU nº. 303, que trata de demarcação e uso de terras indígenas, por entender que as duas propostas trazem prejuízos aos povos indígenas. Também destacou que a preservação da natureza, feita pelos indígenas, contribuem para frear o aquecimento global e as mudanças climáticas no mundo e é preciso apoiar a luta desses povos. Finalizando, disse que a situação nas comunidades é ruim e é preciso atuar de forma local e torceu para que as políticas definidas tenham resultado positivo.

Manifestações. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** começou cumprimentando a todos e salientou que, por mais perfeita que fosse sejam, apresentações e filmes não são capazes de mostrar difícil realidade da saúde indígena no país. Avaliou que a situação da saúde indígena é similar a do SUS – dificuldade de acesso aos serviços – e destacou a situação dos trabalhadores da saúde indígena do país, que é muito complexa e merece atenção diferenciada. Também destacou que a atuação da SESAI, de um lado, tem gerado insatisfação de setores que se beneficiaram com os esquemas montados e que estão sendo combatidos e, do outro, de setores que esperavam mudanças rápidas. No caso dos últimos, solicitou paciência na implementação das mudanças, por se tratar de um processo complexo e demorado. Disse que em apenas um e meio (com criação da SESAI) é impossível transformar as estruturas da saúde indígena, todavia, avaliou que a Secretaria, ao contrário do MS, tem feito mudanças corajosas com combate à corrupção de forma sistemática, realização de concursos e valorização das equipes multiprofissionais. Por fim, saudou a equipe da SESAI pelo trabalho e pelo compromisso com a causa da saúde indígena. Conselheira **Cleuza de Carvalho Miguel** cumprimentou o Secretário e sua equipe pelo trabalho e conclamou a todos a contribuir com a causa da saúde indígena. Conselheiro **José Carrijo Brom**, inicialmente, saudou os expositores e cumprimentou a SESAI pelo trabalho de mudança de concepção, diante da complexidade da saúde indígena. Salientou que a equidade precisa estar presente na construção dessa política e, para além dos limites, inclusive financeiros, é preciso ter vontade política de fazer, o que a Secretaria tem demonstrado. Fez um destaque especial ao Programa Brasil Sorridente Indígena, ressaltando os desafios de implantá-lo e, apesar de ser uma tarefa difícil e complexa, defendeu a fluoretação de água para os povos indígenas, haja vista os resultados positivos dessa iniciativa (reduz 60% da incidência de cárie). Cumprimentou o Secretário pela visão sobre a complexidade do assunto e a importância das ações intersetoriais e avaliou que a política caminha para o rumo correto. Por fim, solicitou atenção para o concurso público, entendendo ser necessário defender a carreira de Estado do SUS, com financiamento tripartite e gratificações, para atender a realidade do país. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** manifestou preocupação com as condições dramáticas dos povos indígenas e destacou que a definição de prioridades implica em mudança de mentalidade da gestão pública. Reconheceu a particularidade da atenção básica nas comunidades indígenas, mas salientou que é imprescindível integrar Subsistema de Saúde Indígena e SUS. Conselheiro **Willen Heil e Silva** lembrou que os males que atingem os povos indígenas foram levados pelo colonizador e, agora, é preciso oferecer meio para curá-los. Na sua avaliação, é preciso definir uma política de valorização das práticas indígenas para ajudar nessa “cura”. Além disso, destacou a importância do terapeuta ocupacional nas equipes de saúde indígena, mas 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 como ele - escutar o controle social, levar as sugestões, aplicar na prática e trazer de volta os resultados. Conselheiro **Geraldo Alves Vasconcelos** saudou o Secretário da SESAI e disse que ele era a pessoa certa para resolver a confusão deixada pela FUNASA. Manifestou o seu respeito aos povos indígenas e, referindo-se a Paulo Freire, frisou que todos são doutores na sua singularidade. A título de esclarecimento, fez as seguintes perguntas ao Secretário: Sobre o PID, como está a conectividade? Como está a capacitação dos agentes de saúde bucal? Em relação ao concurso, como garantir que os indígenas formados trabalhem para o seu povo? MS, MT e MCid estão envolvidos nas ações relacionadas ao saneamento? Por fim, dispôs-se a colaborar, na condição de voluntário, com a saúde indígena no Estado de Pernambuco a partir do segundo semestre de 2013. Considerando que o conselheiro Geraldo Alves Vasconcelos não poderia permanecer para ouvir a resposta, o Secretário da SESAI agradeceu a fala e respondeu da seguinte forma às perguntas feitas pelo conselheiro: PID e conectividade – a SESAI está levando para os CONDISIS, mas tem enfrentado dificuldade com a EMBRATEL para garantir novos pontos de conexão; capacitação dos agentes de saúde bucal – está em andamento trabalho com a SGTES para treinamento do pessoal; concurso – foi apresentada ao MPF e ao MPT a proposta de criar cotas para indígenas (o quadro é definido por lei e ainda não há para o fisioterapeuta); saneamento – os recursos são do PAC II: R\$ 58 milhões em 2012 e R\$ 63 milhões em 2013; chamamento para voluntários “Seja voluntário”- é possível cadastrar-se no site do

MS para trabalho voluntário, porque, mesmo com novas contratações, enfrentam-se dificuldades em relação a algumas categorias); e convite para entrega de duas unidades móveis no DSEI de Pernambuco. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** salientou que, ao pensar em saúde indígena, é preciso refletir sobre o que levou àquela condição e persistir para encontrar saída que supere as questões colocadas, sobretudo no que se refere ao modelo de desenvolvimento. No seu modo de ver, tratar de saúde indígena é discutir Brasil rural, luta camponesa e dimensão étnica racial. Também ressaltou que a saúde indígena não deve se limitar à região Amazônica e frisou que é preciso fazer o enfrentamento ideológico da expulsão dos povos das suas terras com debate da reforma agrária. Salientou que os povos reivindicam necessidades humanas e, nesse sentido, as políticas intersetoriais são determinantes. Também perguntou qual é a reação política das prefeituras locais e pontuou as seguintes questões para debate: importância do concurso específico e valorização dos profissionais que estão na área; lógica de financiamento limitante; ênfase na assistência e não na prevenção e na vigilância; e problemas relativos a suicídio, uso de álcool e drogas. Como encaminhamento, propôs: criação de um conselho interministerial para tratar dessas questões; moção ao Congresso Nacional com vistas à revisão de áreas demarcadas; e realização de conferência dos povos do campo e da floresta. Conselheiro **Edmundo Omore** cumprimentou o Secretário da SESAI e os demais presentes e manifestou satisfação com o debate da saúde indígena no CNS. Disse que o movimento indígena lutou pela criação da SESAI e não quer retroceder à situação de morte de indígenas no país como aconteceu na gestão da FUNASA. Cumprimentou o Secretário pelo trabalho e pelo esforço para melhorar as condições de saúde dos povos indígenas e salientou a importância de avançar no acesso às ações de atenção básica prestada pelos municípios, conclamando CONASS e CONASEMS a contribuir nesse sentido. Ressaltou que hoje as representações indígenas são convidadas a debater as políticas e fez referência à aceitação da proposta de concurso público regional e diferenciado para a saúde indígena. Conselheira **Jurema Werneck** saudou o Secretário da SESAI e sua equipe e os povos indígenas, lembrando que estes povos e a população indígena tem em comum uma sociedade construída em torno do interesse do homem branco – luta comum contra o racismo e futuro comum a ser construído. Disse que, para produzir saúde indígena é essencial olhar sob outro ângulo – “saúde indígena é prioridade e o restante deve organizar-se em torno dela”, não sendo necessário algo novo, mas sim aprender com o que já foi feito. Nesse contexto, destacou a importância de definir políticas afirmativas, por exemplo. Além disso, salientou que, antes da decisão ética de voluntarismo, destacou que o ente público deve encontrar formas de assegurar o direito à saúde, disponibilizando profissionais de saúde em número suficiente, além de insumos. Conselheira **Maria do Espírito do Santo Tavares dos Santos (“Santinha”)** saudou o Secretário Antônio Alves pelo trabalho, mas entendeu que as mudanças levam tempo. Apesar de entender a importância das ações de saúde indígena na Rede Cegonha, lembrou que a saúde da mulher está além dessa Rede, uma vez que não se refere apenas à mulher no seu processo reprodutivo. Também chamou a atenção para a violência contra a mulher indígena e disse que deve ser definidas ações para enfrentar essa situação. Perguntou ainda como garantir planejamento reprodutivo para as mulheres indígenas e como cuidar da saúde mental delas. Chamou a atenção ainda para o câncer de colo de útero e de mama entre as mulheres indígenas e solicitou a atenção da SESAI para essa questão. Conselheira **Cândida Maria Bittencourt Carvalheira** começou a sua fala cumprimentando o Secretário da SESAI e registrando o seu reconhecimento à luta dos povos indígenas. Perguntou como são tratadas a questão das deficiências nas comunidades indígenas e solicitou ajuda para a Casa do Índio da Ilha do Governador, pois a instituição enfrenta dificuldades para funcionar. Por fim, colocou-se à disposição para contribuir nas ações voltadas aos povos indígenas. Conselheiro **Diego de Faria Torres** fez esclarecimentos sobre as duas categorias profissionais não estão contempladas de forma tão ampla nas ações da SESAI – fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais. Disse que o terapeuta ocupacional possui amplo campo de atuação, podendo atuar na saúde mental quanto nas atividades de vida diária e o fisioterapeuta atua segundo caráter da funcionalidade, utilizando, inclusive, meios naturais para o tratamento. Manifestou sua satisfação com a presença de representantes indígenas no debate, oportunizando a construção de uma saúde integral, multiprofissional e interdisciplinar. Frisou que é essencial a participação dos fisioterapeutas nas equipes de saúde indígena e ponderou a possibilidade de convênio temporário para contratação até a definição do quadro pelo Congresso Nacional. Também ressaltou a importância de iniciativas de integração das áreas da saúde e da educação, citando o projeto RODON como exemplo, e sugeriu definição de projetos semelhantes. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** cumprimentou a Secretaria pelo trabalho e salientou que a questão central é a qualidade de vida dos povos indígenas, sendo a saúde uma parte. Também disse que sentia falta de vontade política, por parte do governo brasileiro, para enfrentar a dívida social com a população do campo, com destaque para os povos indígenas, para além de ações pontuais. Nessa linha, pontuou três questões a serem consideradas nesse debate: violação de direitos, qualidade dos serviços prestadores e condições do trabalhador. Conselheiro **Élcio Alteris dos Santos** disse que é preciso pensar na preservação do cotidiano das pessoas como promotora de saúde e também esclareceu que os terapeutas ocupacionais trabalham 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 5ª 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 sanção, 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 muita 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

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

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

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

permanentes se reuniriam em 2012. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** disse que concordava com a proposta da Secretaria Executiva do CNS, mas registrou que traria prejuízos, uma vez que o CNS deixaria de desempenhar funções importantes por falta de orçamento. Também solicitou o envio das memórias das comissões a fim de socializar aos conselheiros e, considerando que a pauta da próxima reunião da Comissão Bucal irá tratar da Política de Saúde Bucal no âmbito da Política do Idoso e para as Pessoas com Deficiência, solicitou que a Secretaria Executiva do CNS assegure essa interlocução com o governo para dar resposta à comissão. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** propôs que o CNS realize mais reuniões por videoconferências por entender que se trata de uma tecnologia viável e de menor custo. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** lembrou que desde a 13ª Conferência Nacional de Saúde o CNS tenta criar a cultura de utilizar outras tecnologias, inclusive com o intuito de diminuir os custos das atividades do Conselho. Desse modo, foi definido uma série de mudanças e adaptações que não foram implementadas, assim, apelou para que isso ocorra. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino**, explicou que várias agendas técnicas têm sido realizadas por videoconferências, assim, é possível organizar para que as reuniões das comissões ocorram utilizando essa tecnologia. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** perguntou se foi disponibilizado recurso na rubrica de infraestrutura para reforma do Plenário e o secretário executivo explicou que o recurso se refere à infraestrutura de eventos. Conselheiro **Carlos Eduardo Ferrari** perguntou a possibilidade de remanejar o recurso para cumprir o déficit de diárias e para publicação de materiais adaptáveis. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** O sugeriu que, diante da possibilidade de realizar reforma orçamentária até o mês de outubro de cada ano, sugeriu que a SE/CNS realizasse essa reformulação, com transferência entre rubrica. Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino**, registrou a solicitação de adaptar os materiais do CNS e informou que o novo site do CNS considera a questão da acessibilidade. Conselheiro **Carlos Eduardo Ferrari** colocou-se à disposição para contribuir. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino**, também destacou que a SGEP comprometeu-se a priorizar a agenda do CNS, assegurando recurso além do limite orçado, assim, a preocupação é evitar que a diferença não seja muito elevada. Além disso, disse que não era possível fazer remanejamento entre rubricas e, portanto, estava verificando a possibilidade de utilizar o recurso de eventos para publicações. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva**, em pese o esforço da SE/CNS, registrou o incomodo com a situação posta: saldo para infraestrutura (eventos) e impossibilidade de cumprir o plano de ação das comissões por falta de orçamento. Insistiu ainda que era possível fazer reforma orçamentária até o mês de outubro de cada ano. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino**, explicou que não possível remanejar recurso de um item orçamentário para outro - custeio para capital, por exemplo - sendo possível remanejamento no âmbito de cada rubrica. Também destacou que não é possível tratar de orçamento sem discutir gestão e funcionamento do CNS, para evitar, inclusive, problemas como o atual. Conselheira **Júlia Maria Roland** lembrou que o decreto presidencial define teto de diária e passagens para cada ministério e, no âmbito do MS, o teto do CNS foi ampliado para garantir as reuniões do Plenário do Conselho, resultando em redução do orçamento de outros departamentos. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** colocou em apreciação a prestação de contas do CNS referente ao 2º trimestre de 2012, com a sugestão de remanejamento de recursos apresentada pela Secretaria Executiva do Conselho. **Deliberação: aprovado o relatório de prestação de contas do CNS referente ao 2º trimestre de 2012, com a sugestão de remanejamento de recursos apresentada pela Secretaria Executiva do Conselho. ITEM 10 – INFORMES E INDICAÇÕES – Coordenação: conselheiro Alcides Silva de Miranda. MOVIMENTO SAÚDE + 10 –** Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** fez um breve informe da reunião da coordenação do Movimento, com destaque para a solicitação de custeio de deslocamento para visitas aos estados, com intuito de promover a divulgação e interlocução do movimento entre os conselhos de saúde local e demais atores envolvidos com a coleta de assinaturas. Disse que foi definido grupo de nove membros, composto por conselheiros de saúde: Indicação de nomes: Ronald Ferreira – Fenafar; André Luiz – CNBB; Ana Costa – CEBES; Ubiratan Cassano – UNE; Gilson Silva – Força Sindical; Fernando Luiz Eliotério – CONAM; CONASS - definir nome; e CONASEMS: definir nome. Explicou que a proposta é organizar as visitas após o processo das eleições municipais, com a finalidade de articular o movimento no Brasil. Também apresentou a seguinte proposta de cronograma de coleta de assinaturas: 7 de outubro de 2012 - dia nacional de coleta de assinaturas; 30 de outubro de 2012 – 1ª contagem do número de assinaturas; 15 de dezembro de 2012 – 2ª contagem do número de assinaturas; e 7 de abril de 2012 – entrega das assinaturas no Congresso Nacional. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** disse que a ação é prioritária, mas manifestou preocupação com a disponibilidade de verba nesse momento. Como alternativa, sugeriu iniciar as visitas após a posse dos novos gestores. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** também informou que a COFIN recebeu os PLPs 122 e 124, que tratam da regulamentação, para serem analisados, mas a Comissão decidiu não o fazer porque já defende o projeto de iniciativa popular a respeito. Conselheiro **Ubiratan Cassano** explicou que o foco da visita é a administração estadual com a finalidade principal de pactuar com entidades e movimentos sociais dos Estados. Assim, disse que as visitas municipais podem aguardar mais um pouco para serem iniciadas. Além 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) pautar o julgamento, o mais rapidamente possível, da ADIN
1985 4066, que trata da inconstitucionalidade 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

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

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