



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

Aos sete e oito dias do mês de novembro de dois mil e doze, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde “O Milton Visconde”, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar, Brasília/DF, realizou-se a Ducentésima Trigésima Nona Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde - CNS. A reunião iniciou-se às 9h20 e a mesa de abertura foi composta pelo conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, da Mesa Diretora do CNS e pelo Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino Pereira**. Após cumprimentar os presentes e os internautas que acompanhava a reunião em tempo real, a mesa procedeu ao primeiro item da reunião. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DA PAUTA DA 239ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS – APROVAÇÃO DA ATA DA 238ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - Apresentação:** **Márcio Florentino Pereira**, Secretário Executivo do CNS. *Coordenação:* conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, da Mesa Diretora do CNS. **APROVAÇÃO DA PAUTA DA 239ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS – Primeiro**, conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio** colocou em apreciação a pauta da 239ª Reunião Ordinária do CNS. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** referiu-se ao item 6 – CONEP – para propor que fosse objeto de apresentação e não deliberação, uma vez que os documentos, para votação devem ser enviados com dez dias de antecedência aos conselheiros. Para essa apresentação, sugeriu que fosse destinada uma hora e o tempo restante (uma hora) fosse reservado para debate sobre a 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. Também manifestou a apreensão do segmento dos usuários com o processo eleitoral tendo vista a necessidade de modificar o Decreto que regulamenta a eleição e, em especial, a posse dos conselheiros nacionais de saúde. Esclareceu que o edital de convocação das eleições refere-se à Resolução nº. 457/2012, que dispõe sobre o Regimento Eleitoral e faz referência à Resolução nº. 453/2012 cita o Decreto nº. 5.839/2006. Desse modo, explicou que há um conflito entre normas, uma vez que o referido decreto define limite para o mandato e a Resolução nº. 453/2012 assegura a autonomia da entidade/movimento na indicação de representantes para o CNS, sem considerar limite de mandato. Frisou que as resoluções não deveriam ter sido publicadas sem alterar o Decreto nº. 5.839/2006, que rege a organização do CNS. Salientou que essa situação traz um sério problema de instabilidade para o processo de composição do CNS e precisa ser resolvida, a fim de evitar eventual prejuízo para a eleição. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** defendeu a manutenção do item 6 na pauta para informe da coordenadora da Comissão sobre o que está acontecendo no âmbito da CONEP, mas não para deliberação sobre a Resolução nº. 196/1996. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** também lembrou que o CNS aprovou, há três meses, Resolução para que o MS tome as medidas cabíveis diante de descumprimento de deliberação dos Conselhos e não houve manifestação do MS no prazo regimental. Sendo assim, sugeriu que manifestação e posição do Plenário a esse respeito. Também registrou que um jornal do Estado de Goiás noticiou que o Ministro da Saúde, em recente evento em Goiânia, elogiou a gestão terceirizada para Organização Social no Hospital Geral de Goiânia. Destacou que essa questão é preocupante porque vai de encontro à posição do CNS contra a terceirização e solicitou que o CNS também tome medidas em relação a esse fato. Conselheiro **Jorge Alves Venâncio** solicitou ao conselheiro Francisco Júnior que clarificasse o seu encaminhamento. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** esclareceu que a sua proposta era de um espaço na pauta para tratar de dois pontos da conjuntura e os seguintes encaminhamentos: manifestação do Ministro da Saúde e Presidente do CNS a favor da terceirização – moção de repúdio; e não homologação de resolução do CNS - representação no MPF. Conselheiro **Willen Heil e Silva** também interveio para solicitar espaço na pauta para tratar sobre regulamentação da oferta de serviços de acupuntura pelas operadoras de planos

56 de saúde. A respeito do processo eleitoral, conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** sugeriu a  
57 formação de um pequeno comitê para debater com o Ministério da Saúde e a CONJUR.  
58 Conselheiro **Clóvis Bouffleur** destacou que a Mesa Diretora envidou esforços para tratar da  
59 revisão do Decreto e parte dos integrantes da Mesa reuniu-se com a PGR. Também ressaltou  
60 que a situação atual era de conhecimento de todos: o Plenário do CNS aprovou resolução  
61 sobre o processo eleitoral (nº. 457/2012) e o MS, ao publicar a norma, citou o Decreto  
62 5.839/2006. Destacou que o Decreto não deveria ter sido citado no edital de convocação,  
63 porque o Plenário deliberou que essa norma deveria ser revista para adequar-se à Resolução  
64 nº. 453/2012. Salientou que há um problema de falta de sintonia e descumprimento de  
65 processo legal e apelou ao Ministro da Saúde que tenha força política para modificar o referido  
66 decreto. Diante das falas, conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio** apresentou o  
67 seguinte encaminhamento: debater o processo eleitoral do CNS na presença do Ministro da  
68 Saúde e Presidente do CNS e dialogar com a CONJUR a respeito. Conselheiro **Clóvis**  
69 **Bouffleur** sugeriu que, caso não houvesse posição acerca da modificação do decreto até o dia  
70 seguinte, que fosse publicada uma nota pública do CNS sobre o assunto. Conselheira  
71 **Rosângela da Silva Santos** discordou da proposta de aguardar o parecer da CONJUR para  
72 tomar posição a respeito e defendeu que fosse apresentada representação ao MP caso não  
73 houvesse posição a respeito. **Deliberação: a pauta foi aprovada considerando: item 6 –**  
74 **Resolução nº. 196/1996: objeto de debate e não deliberação; espaço na pauta para**  
75 **debate sobre a 5ª Conferência Nacional de Saúde; e, no período da tarde, debate sobre o**  
76 **tema “processo eleitoral do CNS” e outras pendências. APROVAÇÃO DA ATA DA 238ª**  
77 **REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS – A mesa colocou em apreciação a ata da 238ª Reunião**  
78 **Ordinária do CNS que foi aprovada, por unanimidade, com o adendo da conselheira**  
79 **Nildes de Oliveira Andrade. ITEM 2 – BALANÇO DO MÊS NA SAÚDE: PROJETO DE LEI**  
80 **Nº 174/2011 (RESPONSABILIDADE SANITÁRIA) E LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL -**  
81 **Apresentação: Humberto Costa**, Senador da República; **Fausto Pereira dos Santos**,  
82 **Assessor Especial do Ministro da Saúde. Coordenação: conselheiro Clóvis Adalberto**  
83 **Bouffleur**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** contextualizou que o tema  
84 consta do planejamento do CNS e das pendências e a Mesa Diretora do CNS decidiu pautá-lo  
85 dada sua relevância para o processo de construção do SUS. O Senador **Humberto Costa**  
86 iniciou a sua exposição cumprimentando o Colegiado do CNS e manifestando satisfação por  
87 abordar no Conselho um tema de grande importância para o SUS. Disse que a Lei de  
88 Responsabilidade Sanitária propõe mudança da Lei Orgânica da Saúde e tem por objetivo  
89 principal definir as responsabilidades e obrigações dos três entes federados envolvidos na  
90 gestão do SUS. Acrescentou que, posteriormente, a ideia é complementar a proposta  
91 definindo, inclusive, a responsabilidade dos prestadores de serviços de saúde e dos  
92 profissionais de saúde. Explicou que a lei possibilitará uma “responsabilização solidária” pelas  
93 obrigações de implementação do SUS e garantia do seu funcionamento. Além disso, outra  
94 preocupação da lei é garantir personalidade jurídica às instituições onde são definidos pactos e  
95 acordos que definem a política de saúde para o país, especificamente, Comissão Tripartite e  
96 Comissão Bipartite. Explicou que resoluções/decisões são tomadas, prazos estabelecidos e  
97 metas propostas para o cumprimento de políticas, mas essas definições não são submetidas a  
98 exigências legais, assim, a proposta visa reconhecer as comissões tripartite e bipartite.  
99 Acrescentou que outro objetivo da norma é garantir que o resultado da pactuação entre os  
100 entes que compõem as Comissões intergestoras paritárias – Tripartite e Bipartite - seja  
101 reconhecido legalmente para que os órgãos de fiscalização e controle, além dos cidadãos,  
102 possam fazer a cobrança tendo como referência um contrato. No mais, salientou que a lei  
103 possibilitará responsabilizar o ente e o gestor responsável pelo não cumprimento do  
104 estabelecido no pacto. Todavia, clarificou que a proposta da lei não é ser punitiva,  
105 essencialmente, mas definir responsabilidades e instrumentos para cobrança. Nessa linha,  
106 disse que foi constituído termo de ajuste de conduta sanitária que possibilitará identificar  
107 responsabilidade pela falha e permitir ajuste no contrato, de modo a rever metas e prazos para  
108 obtenção. No mais, disse que a Lei estabelece sanções para infrações administrativas e define  
109 o que se entende por crime na implementação dos contratos. Feitas essas considerações  
110 gerais, passou a tratar de aspectos específicos da Lei de Responsabilidade Sanitária. Explicou  
111 que o PLS da Responsabilidade Sanitária altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990,  
112 para modificar o art. 36, que institui regras sobre a elaboração dos planos de saúde, e para  
113 inserir dispositivos que regulam a responsabilidade sanitária dos gestores no âmbito do  
114 Sistema Único de Saúde. Detalhou que a Lei de Responsabilidade Sanitária estrutura-se em  
115 cinco capítulos: Capítulo I - Das responsabilidades dos gestores; Capítulo II - Do pacto

116 federativo das comissões intergestores; Capítulo III - Do relatório de gestão (instrumento  
117 essencial para cobrança do cumprimento das metas contidas nos planos de saúde); Capítulo  
118 IV - Do termo de ajuste de conduta sanitária; e Capítulo V - Das infrações administrativas e dos  
119 crimes de responsabilidade sanitária, das sanções e do processo. Explicou que os Planos de  
120 Saúde conterão as metas estabelecidas nos Contratos Organizativos de Ação Pública, sendo  
121 elas: I – redução das desigualdades regionais; II – ampliação do acesso a ações e serviços  
122 com qualificação e humanização da atenção à saúde; III – redução dos riscos à saúde e  
123 agravos mais prevalentes; e IV – aprimoramento dos mecanismos de gestão, financiamento e  
124 controle social. Acrescentou que o Plano de Saúde será elaborado em ferramenta eletrônica  
125 disponibilizada pelo MS e a execução é de responsabilidade do gestor em cada esfera de  
126 governo. Nessa linha, destacou como responsabilidades dos gestores definidas no Capítulo I  
127 da Lei: aplicar em saúde os recursos definidos na EC nº. 29/2000; estruturar o fundo de saúde;  
128 elaborar o plano de saúde e relatório de gestão; prover condições para o funcionamento do  
129 conselho de saúde; estruturar o respectivo componente do Sistema Nacional de Auditoria;  
130 manter atualizado o sistema nacional de informação em saúde; ofertar rede de atenção à  
131 saúde, própria ou contratada, suficiente às necessidades da população, em seu território ou  
132 pactuar regionalmente; participar da implementação do Sistema Nacional de Transplantes;  
133 participar da implementação do Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados; e participar de  
134 outros sistemas nacionais que venham a ser criados. No Capítulo II, destacou os  
135 compromissos assumidos através dos Contratos Organizativos de Ação Pública que torna as  
136 obrigações assumidas pelas partes líquidas e certas e contém a eficácia de título executivo  
137 extrajudicial. Ou seja, passa a ser um contrato com personalidade jurídica própria e as  
138 Comissões intergestoras paritárias – Tripartite e Bipartite – passam a ter referência legal.  
139 Explicou que o Relatório de Gestão, conforme definido no Capítulo III, passa a ser um  
140 instrumento de prestação de contas da execução do plano de saúde e deverá ser feito  
141 utilizando ferramenta eletrônica disponibilizada pelo Ministério da Saúde. No mais, deve ser  
142 acompanhado e fiscalizado pelo Conselho de Saúde e Sistema Nacional de Auditoria. Na  
143 hipótese de não execução, disse que o relatório de gestão deverá constar: as razões da não  
144 realização dos gastos das ações programadas ou do não atingimento ou da alteração das  
145 metas estabelecidas; e o plano de ações remediais, com cronograma e orçamento definidos.  
146 Sobre o Termo de Ajuste de Conduta Sanitária – TACS, conforme consta no Capítulo IV,  
147 explicou que se trata de um instrumento formalizado entre os entes do SUS, no qual serão  
148 constituídas obrigações para a correção de impropriedades no funcionamento do Sistema,  
149 como descumprimento injustificados: de normas legais relativas à organização, financiamento e  
150 gestão do sistema; das ações previstas no plano de saúde, inclusive a aplicação de recursos  
151 de transferência intergovernamental; e deliberações pactuadas no âmbito das comissões  
152 intergestores. No mais, disse que será disponibilizada ferramenta eletrônica para efetivação do  
153 Termo e Conselhos de Saúde e Sistema Nacional de Auditoria acompanharão e avaliarão o  
154 cumprimento desse instrumento. Explicou que, após reiterados descumprimentos ou das  
155 infrações administrativas e dos crimes de responsabilidade sanitária, das sanções e do  
156 processo, são definidas as seguintes infrações administrativas (Capítulo V): deixar de  
157 estruturar o fundo de saúde; não prover condições para o funcionamento dos conselhos de  
158 saúde; não estruturar o respectivo componente do Sistema Nacional de Auditoria; deixar de  
159 elaborar e apresentar ao conselho de saúde o plano de saúde ou o relatório de gestão, ou suas  
160 alterações; não manter atualizado o sistema nacional de informação em saúde; descumprir as  
161 deliberações pactuadas no âmbito das comissões intergestores; e impedir acesso às  
162 informações financeiras e administrativas a qualquer cidadão que venha a solicitar. Detalhou  
163 que a Lei prevê as seguintes punições administrativas no caso de infrações administrativas:  
164 advertência, exceto em caso de reincidência; e multa, a ser recolhida ao fundo de saúde da  
165 respectiva esfera de governo. Detalhou também que a Lei prevê como crimes de  
166 responsabilidade sanitária (Seção II): deixar de prestar os serviços básicos de saúde  
167 estabelecidos; transferir, mesmo em caráter temporário, recursos da conta do fundo de saúde  
168 para outra conta; dar aplicação diversa aos recursos públicos de saúde; aplicar recursos  
169 financeiros em atividades não previstas no plano de saúde; prestar informações falsas no  
170 relatório de gestão; obstar a atuação do conselho de saúde, do Sistema Nacional de Auditoria  
171 e de outros órgãos de fiscalização e controle; e inserir ou facilitar a inserção de dados falsos,  
172 alterar ou excluir informações e dados corretos nos sistemas informatizados ou bancos de  
173 dados utilizados no âmbito do SUS. Acrescentou que os crimes de responsabilidade sanitária  
174 constituem crime de responsabilidade de que trata a Lei nº 1.079, de 10 de abril de 1950, e o  
175 Decreto-Lei nº 201, de 27 de fevereiro de 1967. Explicou que, sobre a apuração de

176 responsabilidades (Seção III), responderá pela infração ou crime o gestor que, por ação ou  
177 omissão, lhe deu causa, concorreu com culpa ou dolo para a sua prática, ou dela se beneficiou,  
178 sendo necessário seguir rito para esse processo. Disse que a proposta de lei não inclui nada  
179 além do que leis anteriores preveem e avaliou que a norma pode ser um instrumento  
180 importante para implementação do SUS e legitimação do Sistema na sociedade. Por fim,  
181 sugeriu que o CNS, caso entenda como importante, manifeste apoio à proposta para acelerar o  
182 processo de tramitação. A seguir, explanou sobre o tema o assessor especial do Ministro da  
183 Saúde, **Fausto Pereira dos Santos**, que começou destacando que há um conjunto amplo de  
184 legislação na saúde, mas o pacto federativo ainda é frágil e não está resolvido. Salientou que a  
185 tradição é um estado unitário forte e uma legislação federalista que não enfrenta essa questão  
186 e a federação é formada por três entes, sem hierarquia entre eles. Explicou que, desde a  
187 Constituição Federal e as Leis Orgânicas da Saúde, o Ministério da Saúde editou diversos  
188 pactos e, ainda assim, até o primeiro semestre de 2011 700 municípios não possuíam Fundo  
189 Municipal de Saúde. Destacou que foi criado um caos de controle, com tensionamento entre os  
190 controles locais e o federal e o conflito de competência, de um lado, possibilita a ação de maus  
191 intencionados e, de outro, os bem intencionados sofrem com o burocratismo. Disse que o MS  
192 entende que uma proposta com definição mais clara das responsabilidades dos entes é  
193 importante e, nesse sentido, acompanha a tramitação do Projeto de Lei de Responsabilidade  
194 Sanitária que, hoje, encontra-se na Comissão de Finanças e Tributação da Câmara dos  
195 Deputados, sob a relatoria do deputado Rogério Carvalho. Por fim, frisou que é preciso  
196 trabalhar para que o projeto seja um ordenador do conjunto de leis que já existe. Conselheiro  
197 **Clóvis Boufleur** salientou que o tema suscita questões importantes e, entre elas citou a  
198 seguinte para instigar o debate: qual o âmbito de atuação/fiscalização do CNS e os obstáculos  
199 a serem enfrentados pelos conselhos de saúde? **Manifestações.** Conselheiro **Luís Carlos**  
200 **Bolzan** cumprimentou o Senador pelo Projeto por entender que fortalecerá a legitimidade do  
201 SUS e a gestão do Sistema e citou como aspectos positivos da proposta: definição do TACS;  
202 estruturação de um sistema nacional de auditoria; e possibilidade de fortalecimento do controle  
203 no âmbito do SUS. Nesses termos, manifestou apoio à proposta e o anseio de que seja  
204 aprovada pelo Legislativo. Conselheiro **Jurandi Frutuoso** explicou que na visão do CONASS o  
205 PL é mais genérico que os demais, portanto, mais fácil de ser conciliado. Conselheiro **José Eri**  
206 **de Medeiros** registrou que o CONASEMS é favorável ao PL e dispõe-se a contribuir para  
207 aprovação. Em relação ao debate, avaliou que poderia ter sido mais rico com a presença das  
208 três esferas de gestão – MS, CONASS e CONASEMS – na mesa. Apontou como grande  
209 avanço da proposta a definição do TAS e das responsabilidades das três esferas de gestão de  
210 forma mais clara, evitando prejuízos à população com a suspensão de recursos. No mais,  
211 destacou o apoio aos conselhos de saúde, ao Relatório de Gestão e do Plano de Saúde com  
212 metas. Conselheiro **José Carrijo Brom** avaliou que a iniciativa é importante porque traz uma  
213 série de questões importantes para o avanço do SUS, como o fortalecimento do sistema  
214 nacional de auditoria e dos conselhos de saúde, e para qualificação da gestão do Sistema.  
215 Sendo assim, manifestou o seu anseio de que o Congresso Nacional não crie dificuldades para  
216 aprovação da Lei. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** lembrou como se deu o debate da  
217 proposta no CNS (quando o senador era ministro da saúde) e salientou que é preciso pensar  
218 em uma lei para que os conselheiros de saúde cumpram o seu papel e promovam a defesa da  
219 saúde pública. Também concordou que é importante consolidar o sistema de auditoria do país  
220 e perguntou se institucionalizar as Comissões Bipartites e Tripartes não dificultará a ação do  
221 controle social. Conselheira **Maria Cristhina Pedro Biz** cumprimentou o senador pela  
222 proposta, mas lamentou que fosse necessária uma lei para fazer cumprir o que é obrigação e  
223 responsabilidade da gestão. Conselheira **Lígia Bahia** começou a sua fala comemorando a  
224 vitória do Presidente Barack Obama nas eleições dos Estados Unidos por entender que  
225 representa uma vitória dos direitos universais da saúde e defendeu o envio de um documento  
226 ao Presidente, congratulando pela reeleição. Saudou a presença do senador por entender que  
227 é preciso reaproximar o movimento social com o parlamento e também manifestou satisfação  
228 com a presença do assessor do MS nesse debate. Disse que discordava da lei, por entender  
229 que o país não necessitava de uma lei na saúde, mas sim de mais movimento social na saúde.  
230 Dada a relevância do tema, sugeriu a realização de um conjunto de audiências públicas para  
231 aprofundar o debate e a produção de materiais - vídeos, entre outros – para que o apoio ao  
232 projeto se transforme em ação política. Por fim, reiterou o convite para participar do Congresso  
233 da ABRASCO que será um espaço para debate dessas e de outras questões, inclusive para se  
234 contrapor ao processo de “americanização” do SUS. Conselheiro **Willen Heil e Silva** fez  
235 referência às denúncias de irregularidades em contratos da saúde no Rio de Janeiro para

lamentar que os gestores responsáveis permanecem impunes e os serviços precarizados, sendo a população a mais prejudicada. A fim de dar resposta a essa e outras questões, apresentou as seguintes: capacitação de gestores; obrigatoriedade de uso do SUS, pelos agentes políticos, evitando os gastos com planos privados de saúde; ressarcimento dos planos de saúde ao SUS; implantação do serviço civil público obrigatório; definição de um plano de carreira único para os profissionais de saúde; e garantia da assistência multiprofissional no PSF. Por fim, manifestou o apoio à lei por entender que é o primeiro passo para outras ações importantes. Conselheiro **Geraldo Alves Vasconcelos** cumprimentou o senador Humberto Costa pela iniciativa que regulamenta responsabilidade da gestão e apelou ao parlamentar que apresente Projeto de lei sobre carreira única do SUS. Conselheiro **Jorge Alves Venâncio** destacou que o processo de municipalização é importante, mas algumas vezes é utilizado de forma inadequada para travar a luta política no terreno da saúde, Citou o caso do Estado de São Paulo que aplica 85% da receita destinada à saúde na média e alta complexidade, mas, apesar disso, o atendimento é bastante precário (uma consulta de alta complexidade demora, em média, dois anos). Também destacou que o processo de municipalização em SP está incompleto, ou seja, normas definidas pelo MS não são cumpridas e não há uma forma para cobrar os gestores que aplicam uma política de saúde diferente daquela definida na esfera federal. Avaliou que a proposta do senador traz avanços nesse sentido, mas concordou que é preciso ampliar o debate a fim de se chegar a um melhor resultado possível. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares (“Santinha”)** saudou o ex-ministro e senador Humberto Costa e manifestou o apoio do movimento de mulheres à proposta de lei. Para esclarecimento, fez os seguintes questionamentos: é possível aprovar a proposta de lei no Congresso Nacional? Em sendo aprovada, como trabalhar para que o controle social se fortaleça e atue? Como colocar em prática a lei quando a rede privada domina o Sistema? Como nos preparar para colocar a lei em prática? Conselheiro **Clóvis Boufleur** sugeriu explicitar com clareza no projeto de lei a obrigatoriedade (ou não) de homologação das resoluções do CNS, por parte do gestor, uma vez que essa questão não está clara na legislação atual. **Retorno da mesa.** O Senador **Humberto Costa** iniciou agradecendo os elogios e as contribuições e salientou que a sua atuação no Senado Federal é ampla, mas a área da saúde é sua prioridade. Em relação ao projeto, explicou que foi elaborado a partir de situações reais enfrentadas e visa garantir instrumentos para a implementação de políticas definidas. Também destacou o problema da falta de legitimidade do Sistema que resulta de vários fatores e salientou que as pessoas que ascendem à classe média têm como um dos objetivos de consumo um plano privado de saúde, ao contrário do que se imaginou. Disse que esse fato ocorre porque ainda não foi possível mostrar à sociedade que o SUS é responsável por áreas essenciais e por conta dos gargalos na atenção básica, no atendimento de emergência. Avaliou que o problema é político, mas passa pela questão da legitimidade e o projeto também contribui para maior legitimidade do Sistema. Também manifestou preocupação com a proposta de incluir outros temas na proposta, por entender que dificulta o consenso, mas se dispôs a tratar das questões levantadas em outra proposta. Colocou o entendimento que a institucionalização da bipartite e da tripartite e a adoção de contratos fortalece o controle e ampliação a possibilidade de atuação desse controle. Disse que é grande a possibilidade de o projeto ser aprovado e explicou que, ao ser aprovado na Comissão de Constituição e Justiça, irá para comissão de assuntos sociais onde pode ser feito debate sobre mérito e comprometeu-se a receber sugestões e ideias. A respeito do serviço civil obrigatório, informou que apresentou EC a respeito que está em tramitação. No que se refere à carreira única do SUS, explicou que deve ser uma iniciativa do Poder Executivo e ademais disse que é preciso resolver o problema do federalismo brasileiro, respondendo, por exemplo, quem irá contratar os profissionais? Destacou que para harmonizar as três esferas será necessário utilizar instrumentos heterodoxos de gestão a exemplo de fundação pública estatal, que funciona com legislação estatal. Por fim, agradeceu a oportunidade e disse estar à disposição para debater essa e outras questões em outra oportunidade. O Assessor Especial do Ministro da Saúde, **Fausto Pereira dos Santos**, começou a sua fala destacando que consolidar o Sistema Nacional de Auditoria não é fortalecer o DENASUS, mas sim fortalecer o conjunto das auditorias nos Estados, Municípios e União, com definição de regras e responsabilidade de cada um. Destacou que a Lei nº. 141/2012, a proposta de lei de responsabilidade sanitária, entre outros projetos de discussão fortalece o papel da auditoria. Disse que é preciso enfrentar a discussão sobre a responsabilidade dos operadores de planos privados de saúde no sistema de saúde do país. Também salientou que uma lei não substitui a luta política, mas o ato de aprovação de uma lei pode politizar o debate. Por fim, agradeceu a oportunidade e colocou-se à disposição

296 para discutir esse e outros assuntos de interesse do CNS. Conselheiro **Clóvis Bouffleur**  
297 explicou que a ideia era debater também a Lei de Responsabilidade Fiscal, com enfoque nos  
298 limites de gastos com pessoal, entre outros aspectos. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**  
299 esclareceu que, ao tratar na Mesa Diretora do CNS, a ideia era convidar representação do  
300 MPF e do Congresso Nacional para explanar sobre o tema e definir um encaminhamento a  
301 respeito. Destacou que a intenção é discutir, entre outras, a seguinte dicotomia: os gestores  
302 afirmam que a Lei “impede” a realização de concursos públicos para contratação de pessoal,  
303 mas, de outro, não é válida para contratação de trabalhadores por meio da terceirização. Além  
304 disso, é preciso debater o fato de a Lei proibir a contratação de profissional de saúde, pelos  
305 gestores e, por consequência, impedir o funcionamento do SUS. Ou seja, trata-se de uma lei  
306 que impede o cumprimento da CF, portanto, inconstitucional. Saliou que diversos serviços  
307 da rede SUS estão fechados pela impossibilidade de contratação de pessoal. Sendo assim,  
308 disse que a alternativa seria revogar a lei no quesito saúde ou alterá-la para que o gestor não  
309 seja impedido de contratar pessoal para funcionamento da rede. Avaliou que a ausência do  
310 MPF e CN prejudica o debate conforme definido pela Mesa Diretora do CNS, mas não impede  
311 a definição de um posicionamento do Colegiado. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** explicou que o  
312 assunto também consta do planejamento do CNS. A Procuradora da República/RS, **Ana Paula**  
313 **Carvalho**, explicou que compõem o GT de saúde da procuradoria federal dos direitos do  
314 cidadão/MPF e haverá um esforço para presença de um representante do Grupo nas reuniões  
315 do Conselho. Disse não estar preparada para debater o tema naquela oportunidade, mas se  
316 comprometeu a levar o assunto para debate no GT e posteriormente no CNS. Conselheiro  
317 **Jorge Oliveira Duarte (“Marubo”)** falou das dificuldades impostas pela LRF para atender as  
318 especificidades dos povos indígenas, destacando que a Lei não permite a contratação de  
319 motoristas de veículos, de barcos, entre outros profissionais. Com isso, inviabiliza o  
320 deslocamento das equipes de saúde para atender as aldeias indígenas. Conselheiro **Carlos**  
321 **Alberto Duarte** ressaltou a importância de debater a LRF na linha da defesa para justificar a  
322 terceirização e avaliou que o CNS deve tratar dessa questão e definir posicionamento.  
323 Também disse que no Rio Grande do Sul unidades estão fechadas, sem funcionar, por falta de  
324 profissionais de saúde, prejudicando acesso da população aos serviços. Conselheiro **José**  
325 **Carrijo Brom** avaliou que o CNS deve fomentar o debate desse tema uma vez que a LRF é  
326 um entrave para garantir a construção do Sistema e o acesso da população aos serviços.  
327 Como encaminhamento, sugeriu pautar o tema, com convite ao MPF e aos parlamentares com  
328 projetos de lei a respeito, para debate e posicionamento. **Retorno da mesa.** O Assessor  
329 Especial do Ministro da Saúde, **Fausto Pereira dos Santos**, explicou que a LRF é dotada de  
330 “grande legitimidade” na sociedade e na mídia, o que dificulta a sua modificação. Destacou  
331 que a Lei foi proposta para dar guarida a uma visão de Estado, mas o problema é que definiu  
332 regra geral, sem considerar as especificidades das diferentes áreas. Na sua visão, o debate de  
333 alterações da LRF, para maior êxito, deve ser conjugado ao debate de outras leis, ou seja,  
334 alteração no âmbito de uma mudança mais geral. Por fim, agradeceu a oportunidade e  
335 despediu-se dos conselheiros. Conselheiro Clóvis Bouffleur destacou que o debate traz à tona  
336 questionamentos que merecem debate aprofundado como: qual é o percentual necessário para  
337 saúde e educação – desejável e real; qual o limite para contratação de pessoal. Conselheiro  
338 Francisco Batista Júnior inscreveu-se para apresentar encaminhamento, mas antes fez as  
339 seguintes considerações: é preciso lamentar a defesa, feita pelo senador Humberto Costa, das  
340 fundações de direito privado, com citação do exemplo da BA, que é inviável e falido; a imensa  
341 maioria dos municípios não tem condições de manter-se como município e, por isso, é  
342 importante, entre outras questões, garantir a corresponsabilização do Sistema; e a pactuação  
343 de regras únicas para definição de carreiras é uma saída para resolver o problema da falta de  
344 pessoal. Como encaminhamento, apresentou as seguintes propostas: solicitar às comissões  
345 afetas ao tema que realizem audiência pública na Câmara dos Deputados para envolver os  
346 parlamentares e apresentar a posição do CNS a respeito do tema responsabilidade sanitária;  
347 recomendar ao Ministro da Saúde que assuma a luta em favor da celeridade do projeto de lei  
348 de responsabilidade sanitária; e enviar convite do CNS ao MPE e ao TCU para debater o tema  
349 lei de responsabilidade fiscal. Após essas propostas, a mesa encaminhou as sugestões que  
350 emergiram do debate. **Deliberação: solicitar a realização de audiência pública para debater**  
351 **o tema “reponsabilidade sanitária”, com envolvimento de parlamentares, e apresentar a**  
352 **posição do CNS a respeito; recomendar ao Ministro da Saúde que envie esforços para**  
353 **acelerar a tramitação do Projeto de Lei nº. 174/2011; enviar convite do CNS ao MPE e ao**  
354 **TCU para debater a lei de responsabilidade fiscal; e elaborar carta do CNS, a ser**  
355 **divulgada no site do Conselho, congratulando a reeleição do presidente Barack Obama.**

356 Definido esse ponto, a mesa suspendeu para o almoço. Retomando, a mesa foi composta para  
357 o item 3 da pauta. **ITEM 3 – IMPLEMENTAÇÃO E MONITORAMENTO DA POLÍTICA**  
358 **NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA** - *Apresentação: Maria Beatriz*  
359 **Galli Bevilacqua**, Relatora dos Direitos Sexuais e Reprodutivos da Plataforma Brasileira de  
360 Direitos Humanos, Econômicos, Sociais, Culturais e Ambientais; e **Rui Leandro da Silva**,  
361 técnico do Departamento de Apoio à Gestão Participativa/MS. *Coordenação: conselheira*  
362 **Jurema Pinto Werneck**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheira **Jurema Pinto Werneck**  
363 recuperou que o tema foi incluído na pauta seguindo a deliberação do Plenário do CNS que, no  
364 mês de novembro, em comemoração ao dia nacional da consciência negra, seria pautado  
365 balanço da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra -  
366 PNSPN. Feita essa consideração, o técnico do Departamento de Apoio à Gestão Participativa,  
367 **Rui Leandro da Silva**, apresentou o balanço sobre a implementação da Política Nacional de  
368 Saúde Integral da População Negra. Começou agradecendo a oportunidade de tratar do tema  
369 no CNS que significa debater a estrutura social da sociedade brasileira. Para embasar o  
370 balanço, lembrou que o objetivo da PNSPN, instituída em 2009, é promover a saúde integral da  
371 população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao  
372 racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS. Disse que, após ser instituída,  
373 foi elaborado Plano operativo – 2008 a 2011, com prioridade a dois eixos: 1) raça negra e  
374 racismo como determinantes sociais das condições de saúde: acesso, discriminação e  
375 exclusão social; e 2) morbidade e mortalidade na população negra. Em relação ao balanço,  
376 detalhou que, de 2008 a 2011, foi possível avançar nos seguintes aspectos acerca da  
377 implementação da PNSPN: instituição de legislação e normalização referente à saúde da  
378 população negra; participação do movimento e controle Social; instituição de Comitês  
379 Técnicos, Áreas Técnicas Comissões e afins, além de realização de eventos; lançamento de  
380 publicações; e realização de capacitações. Por outro lado, pontuou como desafios a realização  
381 de Campanha de enfrentamento ao Racismo Institucional no SUS, implantação do Quesito  
382 Raça/Cor no Sistema de Informações do SUS, estabelecimento de metodologia de  
383 monitoramento e avaliação para efetivar a implementação da PNSIPN e ampliar a participação  
384 e controle social no SUS. Detalhou que, para implementação da Política, é necessário: maior  
385 articulação entre as áreas técnicas do MS para a transversalização da PNSIPN; prática de  
386 corresponsabilidade das áreas técnicas do MS, áreas de governo – federal/estadual/municipal -  
387 e movimentos sociais no tocante à implementação da PNSIPN; criar rotina de desagregação,  
388 análises e sistematização de dados para o processo de monitoramento e avaliação  
389 permanente da PNSIPN; garantir o funcionamento do Comitê Técnico de Saúde da População  
390 Negra - TSPN – participação de áreas técnicas nas reuniões do CTSPN; estabelecer  
391 permanentemente a comunicação, divulgando e visibilizando ações relacionadas à saúde da  
392 população negra; reconhecer a PNSIPN enquanto documento normativo e orientador das  
393 ações voltadas à saúde da população negra (ex: relação Interfederativa); e estimular a inserção  
394 de representações da população negra nos conselhos – nacional/estadual/municipal - de saúde  
395 e demais instâncias de participação social. Também falou da construção do II Plano operativo  
396 2012-2015, enfatizando a importância da transversalidade & interseccionalidade da PNSIPN  
397 nas Políticas do SUS. Explicou que o II Plano Operativo foi elaborado de acordo com os  
398 objetivos, diretrizes e metas do Plano Nacional de Saúde (2012-2015), com destaque para as  
399 ações: a) implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental, de forma sustentável,  
400 para promoção da saúde e redução das desigualdades sociais, com ênfase no Programa de  
401 Aceleração do Crescimento; e b) contribuir para erradicar a extrema pobreza no país. Além  
402 disso, ressaltou que foi incluída proposta relativa ao “Enfrentamento mortalidade da Juventude  
403 Negra – Agenda Direitos e Cidadania”, por conta da realidade atual de alta mortalidade da  
404 população negra. Citou, por exemplo, que em 2010 morreram proporcionalmente 139% mais  
405 negros que brancos no Brasil e, em alguns estados, o índice de vitimização alcança patamar  
406 de 1800%. Seguinte, detalhou as ações para implementação da Política (2012-2015): 1) Edital  
407 de Pesquisa em Saúde da População Negra (R\$ 2,5 milhões); 2) apoio à publicação do Livro  
408 de Saúde da População Negra em parceria com ABPN; 3) apoio à publicação Revista Laroie  
409 da Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde; 4) apoio e lançamento do vídeo “O  
410 Cuidar nos Terreiros”; 5) realização do Seminário de Enfrentamento ao Racismo Institucional,  
411 em parceria com Agências do Sistema ONU & SEPIIR; 6) apoio à descentralização de  
412 Comitês Técnicos Estaduais de Saúde; e 7) lançamento da Campanha “Igualdade Racial no  
413 SUS é pra Valer”. Detalhou que o conceito da campanha é desconstruir o racismo institucional  
414 enquanto determinante social em saúde. Além disso, sensibilizar a gestão, profissionais e  
415 trabalhadoras (es) do SUS quanto à necessidade de ler dados estatísticos que constatarem as

416 diferenças entre pessoas negras e não-negras, considerando os vários ciclos de vida, a fim da  
417 colaborar com a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra,  
418 com lançamento previsto para 20 de novembro de 2012. Em relação ao item de pauta seguinte,  
419 conselheira **Jurema Pinto Werneck** explicou se tratar do caso Alyne da Silva Pimentel  
420 Teixeira. Segundo relato da conselheira, o Cedaw (entidade que monitora o cumprimento da  
421 Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher)  
422 condenou o Brasil pela morte de Alyne da Silva Pimentel Teixeira, 28 anos, negra, de Belfort  
423 Roxo, na Baixada Fluminense. A Relatora dos Direitos Sexuais e Reprodutivos da Plataforma  
424 Brasileira de Direitos Humanos, Econômicos, Sociais, Culturais e Ambientais, **Maria Beatriz**  
425 **Galli Bevilacqua**, começou a sua exposição explicando que, em agosto de 2011, foi entregue  
426 o relatório final com recomendações do Comitê Cedaw ao governo brasileiro, mas pouco foi  
427 feito em relação às recomendações, carecendo, portanto, de uma posição mais incisiva para  
428 que o governo se manifestasse a respeito. Explicou que a Plataforma Dhesca Brasil é uma  
429 articulação nacional de 36 organizações e movimentos da sociedade civil que desenvolve  
430 ações de promoção, defesa e reparação dos direitos econômicos, sociais, culturais e  
431 ambientais. O seu objetivo geral é contribuir para a construção e fortalecimento de uma cultura  
432 de direitos, desenvolvendo estratégias de exigibilidade e justiciabilidade dos referidos direitos,  
433 bem como incidindo na formulação, efetivação e controle de políticas públicas sociais. A  
434 Plataforma Dhesca Brasil atua em três frentes de trabalho: o monitoramento em direitos  
435 humanos no Brasil; a integração regional e as relatorias de direitos humanos. Em relação às  
436 relatorias, esclareceu que tratam de diferentes direitos humanos com a tarefa de realizar  
437 missões in loco, receber denúncias de violação de direitos humanos e cobrar responsabilidade  
438 dos agentes públicos em relação a medidas para prevenir e reparar essas violações. Disse que  
439 o atual mandato da Relatoria está voltado à questão da mortalidade materna e dos direitos  
440 sexuais e reprodutivos. Em relação à mortalidade materna, disse que é um indicador do índice  
441 de desenvolvimento humano e de qualidade de vida e das desigualdades sociais, raciais e  
442 regionais e, no Brasil, mais de 90% dos casos de morte materna ocorre por causas evitáveis  
443 dentro do serviço público de saúde. Acrescentou que a mortalidade afeta de forma desigual os  
444 diferentes grupos de mulheres, dependendo das regiões do país, das condições  
445 socioeconômicas, da raça, da etnia e das condições de vida, sendo a população negra a que  
446 possui maior risco de morbidade por causas evitáveis. Relatou que, em 2001, foi instituída  
447 comissão parlamentar de inquérito para investigar o tema da mortalidade materna no Brasil na  
448 perspectiva de direitos humanos, mas as recomendações da comissão não foram  
449 implementadas. Caso tivessem sido implementadas, mortes como a de Alyne Pimentel  
450 poderiam ter sido evitadas, bem como a condenação internacional do Brasil nesse caso.  
451 Detalhou que as principais causas de óbito materno em 2010 foram: hipertensão, hemorragia,  
452 infecção puerperal, doenças do aparelho circulatório e aborto inseguro. Salientou que dados do  
453 painel de monitoramento da mortalidade materna/MS sinaliza tendência de redução do número  
454 de óbitos de mulheres em idade fértil e dos óbitos maternos declarados em 2010 e 2011.  
455 Entretanto, essa relativa estagnação da tendência de decréscimo da razão de morte materna  
456 ainda compromete a meta a ser cumprida pelo Brasil como parte do objetivo 5 do  
457 desenvolvimento do milênio, que prevê uma redução de  $\frac{3}{4}$  da razão de morte materna até  
458 2015. Ressaltou que há uma cultura de invisibilidade da mortalidade materna na assistência à  
459 saúde e essa é uma questão que precisa ser amplamente debatida. Nessa linha, salientou que  
460 a abordagem desse tema pelos direitos humanos é estratégica porque possibilita a efetividade  
461 do direito à saúde e a responsabilização das autoridades, dos gestores, dos profissionais de  
462 saúde e dos órgãos governamentais pela violação de direito em cada caso individual de morte  
463 materna evitável. Além disso, essa abordagem dos direitos humanos contribui para ajudar na  
464 implementação de políticas. Em relação à mortalidade materna como violação de direitos  
465 humanos, explicou que o tema foi abordado pelo Conselho de Direitos Humanos das Nações  
466 Unidas em 2009 e a comunidade internacional trata da mortalidade materna no âmbito do  
467 elenco dos direitos humanos. Explicou que a responsabilização do Estado Brasileiro no caso  
468 de mortalidade materna segue os tratados internacionais em matéria de direitos humanos.  
469 Como base nessa definição, o Cedaw, entidade que monitora o cumprimento da Convenção  
470 para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, condenou o Brasil  
471 pela morte de Alyne da Silva Pimentel Teixeira. Disse que é a primeira vez que um caso de  
472 mortalidade materna foi levado para o âmbito das Nações Unidas e um Estado condenado. No  
473 caso, o Comitê estabeleceu a responsabilidade internacional pela morte materna evitável de  
474 Alyne Teixeira por entender que o governo falhou de forma sistemática em prevenir a  
475 mortalidade materna em seu território. Explicou que o caso se refere à morte de Alyne da Silva



476 Pimentel Teixeira, 28 anos, negra, de Belfort Roxo, na Baixada Fluminense. Detalhou que,  
477 grávida de 27 semanas, Alyne procurou uma casa de saúde com vômitos e fortes dores  
478 abdominais e foram-lhe prescritos remédios para náuseas e vitamina. Após dois dias, Alyne  
479 piorou e voltou à casa de saúde onde foi feita ultrassonografia que detectou que o feto estava  
480 morto. Alyne foi submetida a um parto induzido e deu à luz a um feto natimorto, mas a cirurgia  
481 para retirada da placenta ocorreu 14 horas depois. Ela teve hemorragia e a pressão arterial  
482 caiu, mas, apesar disso, não foi realizado nenhum exame. Com agravamento do estado dela,  
483 os médicos decidiram transferi-la para um hospital com mais recursos, o Hospital Geral de  
484 Nova Iguaçu. Alyne esperou várias horas por uma ambulância para ser transferida e, quando  
485 ocorreu, foi sem a ficha médica, sendo o quadro de saúde dela informado de forma geral aos  
486 profissionais que a receberam. Ao chegar ao hospital, Alyne teve que ser ressuscitada e foi  
487 colocada no corredor aguardando atendimento, porque não havia leito disponível. Alyne  
488 faleceu em 16 de novembro de 2001 e, em 11 de fevereiro de 2003, a família de Alyne  
489 apresentou uma ação civil indenizatória ao Poder Judiciário do RJ, mas até o momento não  
490 houve sentença. Em agosto de 2011, o Comitê Cedaw condenou o Estado brasileiro a reparar  
491 a família de Alyne, inclusive financeiramente, e a implementar medidas para evitar casos de  
492 mortalidade materna como o dela. Disse que o governo se comprometeu a reconhecer  
493 publicamente a sua responsabilidade e a pagar a indenização aos familiares de Alyne, além de  
494 criar um Grupo para evitar a repetição de casos como esse. Finalizando, lembrou que cabe ao  
495 controle social acompanhar a implementação das ações definidas e, nesse sentido, convidou  
496 os conselheiros a participar da audiência pública, que ocorrerá na Assembleia Legislativa do  
497 Rio de Janeiro, no dia 6 de dezembro, para discutir o caso Alyne. Também convidou a  
498 conselheira Maria do Espírito Santo Tavares, coordenadora da Comissão Intersetorial de  
499 Saúde da Mulher – CISMU/CNS, para acompanhar as visitas às maternidades da Baixada  
500 Fluminense e avaliar a qualidade da assistência às mulheres na unidade, dez anos após a  
501 morte de Alyne. **Manifestações.** Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** cumprimentou os  
502 expositores e salientou que a mortalidade materna, em especial de mulheres negras, é reflexo  
503 das desigualdades sociais do país. Lembrou que, na linguagem dos direitos humanos, a  
504 exigibilidade é a possibilidade de essa população cobrar o respeito, a proteção e a promoção e  
505 provimento de direitos. Também salientou que a exigibilidade política é a possibilidade de exigir  
506 que os agentes políticos façam as escolhas mais eficazes, contemplando a participação social  
507 e outros princípios para garantir os direitos humanos. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz**  
508 informou que a redução da mortalidade materna é um compromisso das três esferas de gestão,  
509 tendo sido definidas diversas ações nesse sentido. Comunicou, por exemplo, que têm sido  
510 realizadas videoconferências, com participação do MS e outros ministérios, para acompanhar  
511 essa questão. Disse também que o Ministério da Saúde dispõe de dados importantes dos  
512 últimos dois anos e colocou-se à disposição para apresentá-los. Em relação ao caso Alyne,  
513 informou que o MS irá pagar a indenização para a família e será realizada atividade no dia 19  
514 de novembro. Conselheira **Marisa Furia Silva** solicitou que a Política Nacional de Saúde da  
515 População Negra contemplasse a questão das pessoas com deficiência, inclusive intelectual e  
516 ressaltou a importância de intersetorialidade para abranger toda a área. Conselheiro **Luís**  
517 **Carlos Bolzan** informou que a ouvidoria do MS, desde maio de 2012, realiza pesquisa de  
518 satisfação com a Rede Cegonha e até aquele momento mais de 56 mil mulheres responderam  
519 ao questionário. Esclareceu que os dados dessa pesquisa têm sido utilizados pelo MS nas  
520 videoconferências realizadas. Também cumprimentou o expositor e o DAGEP pelo empenho  
521 em reduzir o racismo institucional. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**, primeiro, perguntou  
522 quais são os resultados efetivos do Plano operativo da PNSPN no acesso da população aos  
523 serviços. Avaliou também que o caso Alyne é emblemático e ilustra a falta de assistência de  
524 qualidade à população, em especial aquelas mais vulneráveis. Conselheira **Lígia Bahia**  
525 destacou que é preciso discutir também o racismo interpessoal na sociedade e no SUS e o  
526 racismo institucional nas instituições de ensino. Ressaltou ainda que é preciso acompanhar o  
527 perfil dos profissionais de saúde, considerando a questão de cotas no setor saúde e insistiu  
528 também na necessidade de implantar práticas alternativas no SUS. Em relação à mortalidade  
529 materna, disse que ao CNS interessa saber se houve redução de óbitos entre as mulheres  
530 negras. No mais, lembrou que o CNS não tomou conhecimento do questionário aplicado às  
531 mulheres para pesquisa de satisfação com a Rede Cegonha e frisou que esse questionário não  
532 substitui a ação do MS de entrar em contato com as gestantes do país, conforme anunciado  
533 pelo Ministro da Saúde. Conselheira **Verônica Lourenço da Silva** cumprimentou a mesa pela  
534 apresentação e pelo compromisso com essa pauta e frisou que a mortalidade materna é um  
535 grave problema. Concordou que o SUS é abstrato e o racismo ainda está vivo por conta das

536 pessoas que o mantem assim. Afirmou que a “palavra da mulher negra vale pouco”, inclusive  
537 no SUS, ao receber um atendimento e frisou que mulheres e jovens brancos morrem de forma  
538 diferente e menos que os negros, sendo necessárias medidas para responder a essa situação.  
539 Para ilustrar a gravidade dos fatos, citou que, em 2005, na Paraíba, seis mulheres gestantes  
540 negras morreram no intervalo de um mês por causas evitáveis. Diante da gravidade da  
541 situação, afirmou que os avanços são ínfimos e o Estado e o SUS devem se comprometer de  
542 fato com a população brasileira, em sua maioria negra, evitando mortes. Além disso, defendeu  
543 que a PNSPN não seja de responsabilidade apenas do Departamento a fim de fazê-la avançar.  
544 Conselheiro **José Eri Medeiros** destacou que os gestores têm conhecimento da  
545 responsabilidade na implementação da Política e reiterou que a sua implementação deva ser  
546 de forma tripartite. Ademais, concordou que a implementação e o monitoramento da Política  
547 passam por uma discussão no âmbito do MS. A coordenadora do Núcleo de Participação da  
548 Comunidade na Saúde/MS, **Denise Reinhart**, primeiro, entregou um número da revista do  
549 CONASEMS, que, entre outras questões, traz uma reportagem sobre “Juventude negra –  
550 violência e mortalidade”. Também registrou que o CONASEMS, desde 2010, assumiu o  
551 compromisso de realizar atividade fixa no seu congresso denominada “diversidade de sujeitos,  
552 igualdade de direitos no SUS”, com debate das políticas de equidade, inclusive a Política.  
553 Aproveitou para informar que, em 2013, além da oficina será promovido debate sobre racismo  
554 e sua manifestação nas instituições e nos serviços de saúde. Cumprimentou os expositores e  
555 solicitou que a SGEF, conforme estabelecido no art. 2º da Lei 992/2009 articule no âmbito do  
556 Ministério Saúde, junto às suas Secretarias e seus órgãos vinculados, a elaboração de  
557 instrumentos com orientações específicas, que se fizerem necessários à implementação desta  
558 Política. Por fim, apelou ao MS que o recorte racial esteja presente em todos os documentos  
559 produzidos. Conselheiro **Arnaldo Marcolino** destacou que o caso Alyne simboliza dezenas de  
560 mulheres, homens e crianças negras que sofrem as mais diversas violências e morrem por  
561 causas evitáveis. Ressaltou que debater esse caso significa denunciar a situação crítica  
562 dessa população e o racismo que perpassa todos os setores e serviços. Conselheira **Lorena**  
563 **Baía Alencar** destacou que a Política de Assistência Farmacêutica é excludente no que diz  
564 respeito à população negra, pois os medicamentos disponibilizados no Programa Farmácia  
565 Popular não são adequados à essa população, a exemplo do captopril e inalapril. Nesse  
566 sentido, sugeriu incorporar outros fármacos na lista de gratuidade do Programa Farmácia  
567 Popular de acordo com o perfil da população negra. Conselheira **Maria do Espírito Santo**  
568 **Tavares (“Santinha”)** destacou que o racismo está presente em vários espaços, inclusive no  
569 Conselho e salientou que é preciso priorizar a equidade para vencer essa situação. Também  
570 frisou que o racismo e o machismo têm influências negativas, inclusive na saúde da mulher e  
571 lembrou que na Região Norte e Nordeste o câncer de colo é a primeira causa de morte e a  
572 mulher negra e pobre é a que mais morre. Diante desse quadro, disse que será realizado  
573 seminário na região para debater a situação. Ademais, ressaltou que a violência também é um  
574 dos problemas enfrentados por essa população. Conselheiro **Diego de Faria Magalhães**  
575 **Torres**, primeiro, cumprimentou os expositores e saudou a iniciativa de integração do II Plano  
576 Operativo Política Nacional de Saúde Integral da População Negra com o Plano Nacional de  
577 Saúde (2012-2015), por entender que pode contribuir para o fim do racismo institucional e da  
578 exclusão da população negra. A partir da exposição, fez os seguintes questionamentos: Quais  
579 as causas para maior vitimização da população negra nas Regiões Norte e Nordeste? Essa  
580 situação é tratada na sua essência? Trata-se de uma questão racial ou social? A respeito do  
581 caso Alyne, avaliou que é uma situação de vergonha mundial, porque demonstra a falha do  
582 governo em prevenir o “assassinato” materno. Por fim, disse que participaria da audiência na  
583 assembleia do Rio de Janeiro e conclamou a todos a estar presente. Conselheiro **Artur**  
584 **Custódio de Souza** saudou a mesa e reiterou a necessidade de ter recorte racial em todas as  
585 políticas de saúde. Destacou que há uma resolução da ONU sobre direitos humanos em  
586 hanseníase (população remanescente em colônias), mas não foi possível avançar nesse  
587 sentido (a Índia, por exemplo, está à frente do Brasil). Nessa linha, disse que é preciso  
588 debruçar sobre o viés dos direitos humanos na saúde. Por fim, informou que o Telehansen tem  
589 recebido diversas denúncias sobre abandono das unidades de saúde principalmente nos  
590 municípios onde o prefeito não foi eleito e salientou que é preciso investigar esses fatos.  
591 Conselheiro **Luís Carlos Bolzan** interveio novamente para informar que, desde maio de 2012,  
592 o MS faz contato com as mulheres atendidas pelo SUS (mais de 56 mil mulheres responderam  
593 ao questionário). Disse que essa iniciativa possibilitou identificar e tomar providências em  
594 relação a irregularidades como maus tratos de mulheres no momento do parto, cobrança para  
595 realização de parto, negativa de atenção, por parte de prestadores. **Retorno da mesa.** O

596 técnico do Departamento de Apoio à Gestão Participativa/MS, **Rui Leandro da Silva**,  
597 agradeceu as contribuições dos conselheiros e salientou que debater racismo institucional  
598 significa discutir sociedade, Estado e SUS desejável. Também concordou que é preciso  
599 contemplar no SUS outras formas e espaços de promoção de saúde como terreiros. Frisou que  
600 o CONASEMS é parceiro do MS e informou que o documento voltado a gestores está pronto e  
601 será publicado brevemente. Ressaltou ainda que é preciso discutir o racismo institucional  
602 porque é fator impeditivo do avanço da Política. No mais, informou que o Departamento iniciou  
603 discussão com a SCTIE sobre a inclusão no SUS de medicamentos comprovadamente  
604 eficientes para a população negra. Por fim, agradeceu a oportunidade e colocou-se à  
605 disposição para retornar ao CNS e debater com os parceiros. A relatora **Maria Beatriz Galli**  
606 **Bevilacqua**, da Plataforma Brasileira DHESCA, começou a sua frisando que é preciso assumir  
607 a existência do racismo institucional, porque as mulheres negras são alvo de racismo ao serem  
608 atendidas pelo SUS. Concordou que a “palavra da mulher negra vale pouco”, sendo essa uma  
609 questão central inclusive no que se refere à violência contra a mulher. Informou que a OMS  
610 realizou pesquisa em 2008 para identificar as barreiras para redução da mortalidade materna  
611 no Brasil, Moçambique e Indonésia, mas o Ministério da Saúde, ao contrário do que aconteceu  
612 nos outros dois países, não publicou o estudo. Salientou que a publicação é importante porque  
613 o relatório traz questões que podem contribuir no monitoramento das políticas de saúde para  
614 redução da mortalidade materna. Segundo o estudo, a heterogeneidade no processo de  
615 descentralização do SUS contribui para a iniquidade no acesso à saúde pela população, uma  
616 vez que depende das peculiaridades locais e do empenho diferenciado de cada município, em  
617 razão da sua maior ou menor capacidade gerencial e política. O documento aponta ainda que  
618 existem fatores que influenciam a decisão dos municípios de aderirem aos programas do  
619 Ministério: a vontade política dos governantes; a capacidade de pressão da sociedade civil  
620 através dos órgãos de participação e controle social, a organização mais ou menos corporativa  
621 dos profissionais de saúde e o grau de clientelismo e dos costumes políticos locais. Por fim,  
622 solicitou que o CNS manifeste apoio ao chamamento do governo em prol da revisão da  
623 conferência de Cairo. **Encaminhando, Conselheira Jurema Werneck sintetizou as**  
624 **sugestões apresentadas durante o debate, que foram aprovadas: 1) garantir a**  
625 **participação de representante do CNS (conselheira Maria do Espírito Santo Tavares) na**  
626 **ação da Relatoria Nacional em Direitos Humanos, nos dias 4 e 5 de dezembro de 2012**  
627 **sobre o caso Alyne e na audiência pública, que ocorrerá na Assembleia Legislativa do**  
628 **Rio de Janeiro, no dia 6 de dezembro, para discutir o tema; 2) garantir a participação do**  
629 **CNS na atividade do dia 19 de novembro (nessa data o MS assumirá a reparação**  
630 **financeira à família de Aline); 3) manifestar apoio do CNS ao chamamento do governo em**  
631 **prol da revisão da conferência de Cairo; 4) recomendar ao Ministério da Saúde que: no**  
632 **balanço da Política, apresente indicadores de resultados com base nas ações realizadas,**  
633 **insira o quesito raça/cor nas publicações e inclua no componente gratuito do Programa**  
634 **Farmácia Popular os medicamentos comprovadamente eficientes para a população**  
635 **negra; e 5) solicitar que o documento para nortear os gestores na implementação da**  
636 **Política seja construído conjuntamente por representantes das três esferas de governo.**  
637 Com esses encaminhamentos, a mesa agradeceu os convidados e encerrou esse item. **ITEM 4**  
638 **– COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS – RESIDÊNCIA**  
639 **MULTIPROFISSIONAL - Apresentação:** conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, coordenadora  
640 da Comissão Intersectorial de Recursos Humanos – CIRH e **Mônica Sampaio de Carvalho**, do  
641 Departamento de Gestão da Educação na Saúde – DEGES/SGTES/MS. *Coordenação:*  
642 conselheiro **Francisco Batista Júnior**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheira **Ruth Ribeiro**  
643 **Bittencourt** fez um informe sobre os encaminhamentos relativos à Comissão de Residência  
644 Multiprofissional. Explicou que, após cinco anos de debate do tema, o saldo é satisfatório e  
645 citou como avanço a mudança da Portaria n°. 10.777, que, entre outras questões, definia lista  
646 tríplice para escolha dos trabalhadores, coordenadores e preceptores. Explicou que, nos  
647 termos da nova portaria, os membros não natos (residentes, coordenadores e preceptores de  
648 programas de residência) serão eleitos por voto direto. Também comunicou que a CIRH  
649 concluiu o relatório final do IV Seminário Nacional sobre Residência Multiprofissional e Área  
650 Profissional de Saúde – experiências, avanços e desafios, realizado nos dias 29 e 30 de  
651 setembro de 2011, e irá distribuir o documento aos conselheiros. Disse que o relatório do  
652 Seminário servirá de subsídio para o II Encontro de Residência Multiprofissional na discussão  
653 de uma política de residência multiprofissional para o SUS. No mais, comunicou que a  
654 Comissão está concluindo a elaboração de uma agenda sobre residência multiprofissional a  
655 partir dos produtos elaborados. Salientou que o momento é de preparação das eleições da

656 Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde e o MEC se responsabilizou pelo  
657 processo eleitoral, com sistema eletrônico, por meio das COREMUS, para eleição direta de  
658 residentes, preceptores e coordenador de programa. Informou que a SE/CNS encaminhou a  
659 recomendação do CNS !!! sobre o processo eleitoral das entidades nacionais das profissões de  
660 saúde para a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS às  
661 associações, federações e conselhos profissionais. Todavia, a Comissão Nacional de  
662 Residência Multiprofissional convocou e reuniu-se somente com as associações de ensino  
663 para tratar do processo eleitoral. A esse respeito, o Secretário Executivo do CNS, **Márcio**  
664 **Florentino**, explicou que o MEC convocou as associações de ensino para debater a  
665 participação na Comissão e participaram dessa atividade, além dele, a representante da  
666 SGTES, Mônica Sampaio de Carvalho e, na oportunidade, foi apresentada a recomendação do  
667 CNS sobre a eleição da Comissão. Disse que, após debate, as associações de ensino  
668 concordaram com a realização do processo eleitoral para escolha das entidades nacionais das  
669 profissões de saúde para a Comissão e a eleição ocorrerá no dia 29 de novembro. Sobre as  
670 federações, disse que a perspectiva é também realizar uma reunião para tratar do processo  
671 eleitoral. A representante do DEGES/SGTES/MS, **Mônica Sampaio de Carvalho**, ressaltou  
672 que há convergência do MS e do CNS sobre a importância do SUS no debate acerca da  
673 residência multiprofissional. Também concordou que foi um avanço a conclusão dos trabalhos  
674 do GT sobre o IV Seminário e o consenso, por parte das associações e dos conselhos  
675 profissionais, sobre as propostas de composição da Comissão e do processo eleitoral. Sendo  
676 assim, deve-se proceder ao processo eleitoral e assegurar o pactuado. Como  
677 encaminhamento, Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** apresentou a seguinte proposta:  
678 enviar ofício do CNS convidando os representantes das federações das 14 profissões da saúde  
679 para reunião sobre o processo eleitoral da Comissão de Residência (sugestão: manhã do dia  
680 28 de novembro de 2012), e para a eleição das federações (sugestão: tarde desse mesmo dia).  
681 Conselheiro **Francisco Batista Júnior** fez uso da palavra para destacar a importância do  
682 debate sobre residência multiprofissional e cumprimentou a conselheira Ruth Ribeiro  
683 Bittencourt e o MS, pelos resultados alcançados. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**  
684 estendeu os cumprimentos ao GT de Residência. **Deliberação: enviar ofício do CNS**  
685 **convidando os representantes das federações das 14 profissões da saúde para**  
686 **participar da reunião sobre o processo eleitoral da comissão de residência, que ocorrerá**  
687 **na manhã do dia 28 de novembro de 2012, e para a eleição das federações que será**  
688 **realizada no período da tarde desse mesmo dia.** Definido esse ponto, a mesa procedeu ao  
689 próximo item da pauta. **ITEM 5 – INFORMES E INDICAÇÕES - Apresentação: Márcio**  
690 **Florentino Pereira**, Secretário Executivo do CNS. *Coordenação:* conselheiro **Clóvis Adalberto**  
691 **Bouffleur**, da Mesa Diretora do CNS. **INFORMES – 1) MOVIMENTO SAÚDE +10 –**  
692 **Conselheiro Ronald Ferreira dos Santos** apresentou informe sobre o movimento Saúde + 10,  
693 lembrando pactuações firmadas até aquele momento: consenso sobre formulário único de  
694 coleta de assinaturas e coordenação composta por entidades do CNS e outros; calendário para  
695 contagem de assinaturas; e definição de calendário de caravanas de conselheiros para  
696 sensibilização sobre o movimento. Em que pese esses consensos, disse que ainda há  
697 dificuldades para implementação do movimento, sendo necessária unificação de ações.  
698 Informou que, até o momento, foram entregues 23 mil assinaturas e é fundamental que as  
699 entidades atuem nos seus Estados de origem para aumentar esse número. Conselheiro **Clóvis**  
700 **Bouffleur** registrou que a CNBB e a Pastoral da Criança coletaram, em um primeiro momento,  
701 quase 200 mil assinaturas, que serão entregues ao movimento. Conselheiro **José Eri de**  
702 **Medeiros** informou que COSEMS e a Assembleia Legislativa de Minas Gerais coletaram quase  
703 400 mil assinaturas que serão entregues ao movimento. Conselheiro **Ronald Ferreira dos**  
704 **Santos** salientou que é fundamental centralizar a entrega das assinaturas no CNS. Por fim,  
705 convidou os conselheiros a participar da reunião do movimento no final do dia para discutir os  
706 próximos passos. Diante da presença do conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Ministro da  
707 Saúde e Presidente do CNS, conselheiro **Clóvis Bouffleur** retomou a preocupação do Fórum  
708 dos Usuários, apresentada no início da reunião, sobre a instabilidade do processo eleitoral do  
709 CNS. Explicou que essa preocupação justifica-se porque o edital de convocação das eleições  
710 do CNS tem por base o Decreto nº. 5.839/2006, que é contrário à Resolução nº. 453/2012, no  
711 que diz respeito ao mandato. Ressaltou que a intenção é discutir com o Ministério da Saúde os  
712 procedimentos possíveis para realização do processo eleitoral, assegurando a legalidade.  
713 Conselheira **Verônica Lourenço da Silva** salientou que o debate deve ser mais amplo que a  
714 simples publicação de novo decreto, devendo tratar das deliberações do CNS que não são  
715 acatadas pelo MS e pelo governo federal. Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Ministro da

716 Saúde e Presidente do CNS, disse que seria importante explicitar que deliberações do  
717 Conselho são foram acatadas pelo MS, para uma resposta. Conselheira **Verônica Lourenço**  
718 **da Silva** explicou que uma das deliberações não acatadas pela gestão refere-se ao repasse de  
719 recursos para entidades não estatais. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** explicou que  
720 algumas decisões do CNS não tiveram resposta, por parte do MS, como se esperava e citou o  
721 caso da fundação estatal de direito privado da Bahia. Lembrou que o CNS possui reiteradas  
722 deliberações contra esse tipo de organização e causou desconforto o repasse de recursos do  
723 MS para aquela fundação. Além disso, destacou que o CNS e as conferências de saúde  
724 manifestaram posição contrária à EBSEH e há manifestações pelo país de que existe uma  
725 política, por parte do governo, de pressão das entidades de ensino para adesão à Empresa sob  
726 o risco de desfinanciamento. Também lembrou que, diante de inúmeras denúncias  
727 apresentadas ao CNS sobre o descumprimento de deliberações de conselhos estaduais e  
728 municipais de saúde, particularmente em relação a processos de terceirizações, na reunião  
729 ordinária do mês de agosto, o Plenário aprovou resolução do CNS estabelecendo que, em  
730 situações de descumprimento de deliberações desses conselhos, o MS adotaria medidas  
731 cabíveis para assegurar as decisões dos conselhos. Todavia, após três meses, a informação é  
732 que a resolução não foi homologada e não houve resposta do Ministério da Saúde. Por fim,  
733 informou que foi divulgada matéria na imprensa sobre a visita do Ministro da Saúde a Goiânia  
734 para entrega de equipamento ao hospital de urgência de Goiânia e, na oportunidade, o Ministro  
735 da Saúde declarou que não é contra a terceirização do referido hospital por meio de  
736 organização social. Ressaltou que a notícia também causou grande desconforto e cobranças  
737 porque o CNS possui posição contrária à terceirização. Conselheira **Lúgia Bahia** registrou que  
738 discorda da figura de presidente do CNS, por entender que o Conselho é uma instância  
739 colegiada, apesar de compreender que a presença do Ministério da Saúde naquele espaço era  
740 importante. Frisou que o Ministro da Saúde é um cargo de confiança da presidência e a  
741 representação política dele é completamente diferente do papel do Conselho. No mais,  
742 lembrou que cabe ao CNS a formulação da política e não acompanhar os passos do Ministro  
743 da Saúde. Sendo assim, disse que lhe preocupava a política do Ministério da Saúde, uma vez  
744 portarias apontam que o SUS é para a população pobre, contrariando o princípio da  
745 universalidade que rege o Sistema. Nessa linha, destacou que o Conselho precisa dialogar, na  
746 presença do Ministro da Saúde e sua equipe, sobre a importância de lutar pela defesa do  
747 sistema universal de saúde. Ressaltou que essa é uma preocupação da ABRASCO e serão  
748 apresentadas teses no Congresso da entidade na linha do SUS universal. Conselheiro  
749 **Alexandre Rocha Padilha**, Ministro da Saúde e Presidente do CNS, primeiramente explicou  
750 que a resolução do CNS sobre a renovação do Colegiado vai de encontro ao Decreto nº.  
751 5.839/2006 e, particularmente, disse ser contra a posição aprovada no CNS, mas não  
752 manifestara essa posição por respeitar a decisão do Colegiado e por ocupar a presidência.  
753 Disse que a proposta do Conselho foi encaminhada a instâncias do governo para  
754 manifestação, mas ainda não houve resposta, inclusive por se tratar de uma mudança profunda  
755 e substancial (mudança, pela presidência da república, de um decreto aprovado na gestão de  
756 presidente anterior). Para subsidiar a decisão, solicitara um parecer jurídico sobre a regra do  
757 processo eleitoral do CNS e, nesse ínterim, continuou a debater a mudança do decreto com os  
758 outros ministérios envolvidos. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** explicou que a Mesa Diretora do  
759 CNS reuniu-se com o representante da Secretaria Geral da Presidência, Pedro Pontual, e,  
760 nesse encontro, ficou claro que há dois aspectos para construção do novo decreto:  
761 participação e posicionamento do Ministério da Saúde, com convencimento da presidência  
762 sobre o mérito; e aspecto jurídico. No âmbito legal, explicou que a eleição está de acordo com  
763 o decreto e está em debate a resolução do CNS que visa assegurar a autonomia das entidades  
764 na indicação de seus representantes. Salientou que se trata de uma mudança de paradigma,  
765 pois a intenção é garantir mais autonomia e independência das entidades, inclusive para que  
766 assumam os seus próprios processos de alternância na representação. Também explicou que  
767 não há impedimento para modificar o decreto naquele momento, porque não interfere na  
768 eleição, mas sim na posse. Destacou que a preocupação refere-se ao conflito instaurado: duas  
769 resoluções do CNS, que estão vigentes, conflitam com o decreto. Salientou que é preciso  
770 esclarecer essa questão, a fim evitar uma insegurança jurídica no processo. Conselheiro **José**  
771 **Eri de Medeiros** avaliou que o parecer jurídico deve ser apresentado com urgência para  
772 subsidiar o posicionamento do Conselho em relação ao processo. Conselheira **Rosângela da**  
773 **Silva Santos** recuperou que, durante o debate de reformulação da Resolução nº. 333, foi  
774 solicitado parecer da CONJUR sobre a garantia a autonomia das entidades, considerando os  
775 prejuízos de um processo de engessamento de entidades. Salientou que uma entidade ou

776 movimento, para alcançar suas reivindicações, leva tempo e esse fato afeta as instituições que  
777 têm dificuldade de formar as suas lideranças. Destacou que, apesar do parecer da CONJUR e  
778 de amplo debate, o Plenário deliberou por assegurar a autonomia das entidades na indicação  
779 dos seus representantes. Recuperou, inclusive, que o Plenário, ao aprovar a reformulação da  
780 Resolução nº. 333, salientou que era preciso atentar para a mudança do decreto e o Conselho  
781 aguardava por uma modificação que até aquele momento não tinha acontecido. Disse que a  
782 preocupação é que as entidades tenham que trocar as suas lideranças, sem preparo,  
783 acarretando problemas políticos para o controle social e o CNS. Conselheiro **Francisco**  
784 **Batista Júnior** explicou que o segmento de trabalhadores defendeu a manutenção do Decreto  
785 nº. 5.839/2006, mas a maioria do Plenário decidiu de forma diferente e essa decisão deve ser  
786 respeitada. Avaliou que há um problema de método que tem causado diferença entre o  
787 Conselho e o Ministério da Saúde. Lembrou que a representação do MS votou a favor da  
788 proposta de mudança do Decreto, todavia, essa questão poderia ser rediscutida, caso algum  
789 conselheiro assim entendesse. Entretanto, avaliou que, diante de uma eventual divergência  
790 acerca do aprovado no CNS, o correto seria solicitar o retorno do tema à pauta do CNS.  
791 Defendeu que o CNS deve ter autonomia para deliberar sobre a sua forma de organização,  
792 independente de quem seja o presidente da república. Conselheira **Marisa Furia Silva** lembrou  
793 que o Decreto nº. 5.839/2006 foi sancionado pelo ex-presidente, mas o mérito foi definido pelo  
794 Conselho e, após seis anos, uma parte do Colegiado entendeu que deveria haver mudanças.  
795 Nessa linha, entendeu que não havia dificuldade em modificar o decreto na gestão da  
796 Presidente Dilma Rousseff. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** lembrou que um  
797 parecer jurídico não é definitivo e avaliou que a eleição está prejudicada por conta das  
798 publicações feitas. Recordou que, ao aprovar a resolução sobre o processo, o Plenário decidiu  
799 incluir as entidades indígenas e essa decisão estava prejudicada pela não publicação do novo  
800 decreto. Destacou que é preciso resolver a situação porque um parecer não iria resolver a  
801 situação e o mais prudente seria estudar a possibilidade de prorrogar a eleição. Também  
802 salientou que cabe ao Ministro da Saúde, na condição de presidente do CNS, encaminhar a  
803 resolução e lutar pela aprovação. Como encaminhamento, solicitou que o CNS busque os  
804 meios cabíveis para assegurar o encaminhamento da sua decisão. Conselheira **Rosangela da**  
805 **Silva Santos** perguntou quando foi encaminhada a resolução do CNS, aprovada no mês de  
806 maio. Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Ministro da Saúde e Presidente do CNS,  
807 informou que encaminhou a resolução após a decisão final do Plenário do CNS e a defendeu  
808 perante outros ministérios. Todavia, ponderou que se trata de um processo demorado e, para  
809 ilustrar, recuperou que o debate do Decreto nº. 5.839/2006 durou quatro anos, por conta da  
810 importância e da complexidade do tema. Ressaltou que o Decreto nº. 5.839/2006 e as  
811 resoluções nºs. 453/2012 e 457/2012 definem que serão eleitas entidades e não pessoas. O  
812 decreto estabelece limite sobre número de mandatos dos conselheiros e a resolução  
813 estabelece que cabe a entidade ou movimento indicar o seu representante. Diante dessa  
814 divergência, explicou que solicitara parecer jurídico da CONJUR sobre o instrumento que rege  
815 a eleição, contemplando a questão do mandato. Lembrou que o Plenário definiu o mérito do  
816 Decreto e posteriormente tomou uma decisão contrária a esse dispositivo. Esclareceu  
817 novamente que é contra a posição do CNS, mas, na condição de Presidente do CNS e Ministro  
818 da Saúde, encaminhou a deliberação do Plenário. Todavia, lembrou que há um processo de  
819 revisão de decreto presidencial e esse processo é feito com muito cuidado. Salientou que se  
820 trata de uma mudança polêmica porque pode ser entendida, de um lado, como respeito à  
821 autonomia das entidades e, de outro, como engessamento do processo de renovação das  
822 entidades no Conselho. Salientou que há amparo legal para realizar o processo eleitoral, uma  
823 vez que serão eleitas entidades e a interferência do Decreto ou Resolução refere-se ao  
824 processo interno de indicação da entidade. Conselheiro **Clóvis Boufleur** lembrou que durante  
825 16 anos o CNS teve entidades definidas por decreto, sem tempo de mandato para o Conselho  
826 e, por deliberação, o Plenário decidiu realizar processo eleitoral para escolha de entidades e  
827 movimentos. Recordou ainda que os 30 conselhos da Esplanada possuem regras distintas,  
828 mas boa parte não possui limite para mandato, inclusive os mais próximos da presidência  
829 como CONSEA e CNAS. Nessa linha, salientou que não se trata de um tema polêmico, porque  
830 em vários conselhos há processos semelhantes ao proposto pelo CNS. Conselheiro **Alexandre**  
831 **Rocha Padilha**, Ministro da Saúde e Presidente do CNS, lembrou que foi polêmico o debate  
832 para adotar o processo de eleição direta no CNS, com duração de quatro anos, assim como é  
833 polêmica a proposta de mudança do decreto que significa redução de alternância. Disse que há  
834 regras vigentes para nortear a eleição e defendeu a manutenção do processo a partir das  
835 regras atuais. Diante da situação, perguntou quais são as propostas de encaminhamento do

836 Plenário para o processo eleitoral. Conselheiro **Marcos Antônio Gonçalves** disse que, em  
837 primeiro lugar, é preciso ter claro que a situação do CNS é diferente dos demais conselhos da  
838 Esplanada e destacou que a maioria tem o entendimento e está caminhando para o limite de  
839 dois mandatos para conselheiros. Destacou que é preciso definir uma posição política do  
840 Plenário sobre a situação e defendeu a limitação de dois mandatos. Conselheiro **Geraldo**  
841 **Alves Vasconcelos** manifestou a sua surpresa com a iniciativa de alguns em convencer o  
842 Plenário e o Presidente do CNS de forma contrária ao que está definido no decreto e defendeu  
843 a renovação das entidades e movimentos. Conselheiro **Artur Custódio de Souza** concordou  
844 que houve um erro de processo e avaliou que um debate mais aprofundado poderia ter evitado  
845 desgaste político. Também disse que o MORHAN decidiu realizar rodízio dos conselheiros que  
846 estão nos conselhos, entendendo que o debate e a definição sobre renovação devem ser uma  
847 decisão da entidade ou movimento. Para resolver a situação, disse que é preciso ter um  
848 equilíbrio entre a legalidade e a legitimidade e a maturidade política. Também destacou que o  
849 único problema refere-se à reeleição. Conselheira **Jurema Werneck** concordou que houve um  
850 equívoco de processo, mas, considerando que o tema não tem relação com o processo  
851 eleitoral, sugeriu suspender a discussão. Antes de interromper, conselheiro **Clóvis Boufleur**  
852 explicou que, a depender da interpretação, o Decreto pode interferir no processo eleitoral.  
853 Concluído esse ponto, a mesa retomou os informes. **ELEIÇÃO DO CONSELHO NACIONAL**  
854 **DE SAÚDE – INFORME DA COMISSÃO ELEITORAL** – A presidente da Comissão Eleitoral do  
855 CNS, **Kátia Souto**, informou primeiramente que as inscrições das entidades para a eleição do  
856 CNS encerram-se no dia 10 de novembro de 2012 (sábado) e a comissão eleitoral iria se reunir  
857 nos dias 9, 10 e 11 do mês em curso para dar conta do calendário aprovado pelo CNS.  
858 Explicou que a preocupação, até o momento, era que apenas 49 entidades apresentaram  
859 documentação para inscrições na eleição do CNS e o Conselho deveria debater essa questão,  
860 com o objetivo de mobilizar as entidades e movimentos sociais a participarem do processo.  
861 Também explicou que a documentação enviada pelo correio no dia 10 de novembro somente  
862 chegará à comissão eleitoral na semana seguinte e, com isso, seria necessário rever o  
863 calendário – análise da documentação, de recursos e publicação das entidades habilitadas. A  
864 respeito, apresentou a proposta de modificar a data de publicação da lista das entidades e  
865 movimentos sociais habilitadas de 18 de novembro para 22 de novembro de 2012.  
866 Conselheiro **Geordecí Menezes de Souza** solicitou que as novas datas sejam publicadas na  
867 página do CNS. A presidente da Comissão Eleitoral, **Kátia Souto**, explicou que a questão do  
868 calendário seria debatida na próxima reunião da comissão eleitoral e eventuais mudanças  
869 seriam incluídas no site do CNS. Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS e  
870 Ministro da Saúde, identificou um consenso no Plenário do CNS sobre eventual mudança de  
871 data e colocou que esse acordo poderia ser apresentado na próxima reunião do CNS.  
872 Conselheiro **Marcos Antônio Gonçalves** solicitou que o parecer da CONJUR sobre o mandato  
873 dos representantes das entidades e movimentos sociais no CNS seja apresentado o mais  
874 breve possível. Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS e Ministro da  
875 Saúde, comprometeu-se a verificar a possibilidade de o parecer da CONJUR ser apresentado  
876 até o dia seguinte. A seguir, conselheiro **Clóvis Boufleur** abriu o debate sobre as questões  
877 colocadas pelos conselheiros – privatização, não homologação de resoluções. Conselheira  
878 **Lígia Bahia** frisou que o Ministério da Saúde deveria defender o SUS universal, inclusive  
879 retirando termos de documentos do Ministério como “Brasil sem Miséria”, “população SUS  
880 dependente”. Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS e Ministro da Saúde,  
881 destacou que as políticas de saúde, priorizando a população mais vulnerável, são importantes,  
882 mas sempre se levando em conta o caráter universal do SUS. Sendo assim, explicou que  
883 termos, como “população SUS dependente” não são escritos em textos oficiais, por exemplo,  
884 em portarias do MS. Também informou que uma resolução do CNS não foi publicada porque o  
885 parecer jurídico não fora concluído. No mais, frisou que o MS tem cumprido as recomendações  
886 e resoluções do CNS que demandam ação, caso contrário, disse que seria preciso explicitar  
887 para debate. Por outro lado, lembrou que o CNS posiciona-se politicamente sobre  
888 determinadas questões, mas que demandam ações concretas. Também esclareceu que o MS  
889 não repassa recurso direto para fundação de direito privado da Bahia, mas sim, repassa  
890 recursos para o Fundo Municipal e Fundo Estadual e aos municípios e o Estado contrata a  
891 fundação. Assim, disse que o Conselho deveria apresentar propostas para resolver a situação  
892 e, nesse contexto, perguntou se o CNS propõe a suspensão de recursos. Saliou que  
893 respeitava a opinião das pessoas em relação ao Ministério, mas isso não deveria ser  
894 confundido com descumprimento de resoluções do CNS. Todavia, lembrou que o MS é  
895 submetido a outras regras que devem ser cumpridas, entre elas, garantir a atenção à saúde,

896 respeitar o planejamento de saúde de Estados e Municípios. No mais, solicitou que as opiniões  
897 fossem colocadas a partir do seu posicionamento e não com base em notícias na imprensa.  
898 Conselheiro **Francisco Batista Júnior** explicou que foi divulgado, no site do MS, que os  
899 recursos foram repassados para fundação de direito privado da Bahia. Destacou que as  
900 fundações são insustentáveis do ponto de vista político e econômico, conforme vem  
901 demonstrando a experiência. Também destacou que é cada vez mais comum e sistemática a  
902 denúncia de conselhos estaduais e municipais sobre o descumprimento das deliberações de  
903 conselhos de saúde e, na visão do CNS, o MS não deve reconhecer os serviços terceirizados,  
904 considerando a posição contrária dos conselhos de saúde a essa prática. Assim, os serviços  
905 não devem ser credenciados e remunerados pelo Ministério da Saúde. No mais, salientou que  
906 a defesa da não suspensão dos recursos para não prejudicar a população não procede,  
907 considerando que a corrupção é o que de fato mais prejudica. Reiterou a sua proposta de que  
908 o MS não credencie os serviços terceirizados com decisão contrária do Conselho de Saúde, e,  
909 portanto, não remunere. Por fim, fez a leitura da matéria do Jornal Medicina em Goiás sobre o  
910 pronunciamento do Ministro “Ministro elogia modelo de gestão por OS”, dizendo o texto de que,  
911 em visita à capital para entregar oficialmente, no Hospital de Urgências de Goiânia (Hugo), 32  
912 novos leitos de retaguarda e de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o ministro da Saúde,  
913 Alexandre Padilha defendeu o modelo de gestão por meio de Organizações Sociais -OSs para  
914 gerir as unidades públicas de saúde, como é o caso do Hugo. “Desde que foi criado, o Sistema  
915 Único de Saúde (SUS) sempre valorizou a possibilidade de parcerias. O importante é que a  
916 fiscalização e o controle sejam públicos”, destacou Padilha. Continuando, conselheiro **Júnior**  
917 disse que a sua expectativa era que a declaração tenha sido mal interpretada por parte do  
918 jornalista e que o Ministro da Saúde continue com posição contrária às OSs e defenda o  
919 sistema de saúde eminentemente público. Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente  
920 do CNS e Ministro da Saúde, explicou que, ao ser interpelado por jornalista a respeito do SUS  
921 disse que deveria ser só estatal, declarando que o SUS, desde a sua criação, permite parcerias  
922 e, para ilustrar, citou que hoje 57% das internações do SUS ocorrem em hospitais filantrópicos.  
923 Frisou que o SUS deve ser público e não só estatal, o que não significou fazer defesa do  
924 modelo de gestão por OS aplicado no Estado de Goiás ou em outro estado. Destacou que o  
925 Hugo é um hospital participante do Programa SOS Emergência e o elogio que fizera referia-se  
926 às ações desenvolvidas pelo Programa no Estado. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**  
927 interveio novamente para perguntar se o Presidente do CNS era contra às OS, porque uma fala  
928 atribuída a ele possibilitava esse entendimento (“No SUS, com esse sistema de administração  
929 por OSs, é fundamental que exista coordenação pública e que não haja dupla porta”).  
930 Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS e Ministro da Saúde, explicou que  
931 a pergunta foi “O senhor defende o modelo de gestão por OS?” e a sua atitude foi não  
932 responder porque a intenção era obter uma fala para repercutir na disputa eleitoral do segundo  
933 turno para o governo do Estado de São Paulo. Ressaltou que a sua posição a esse respeito é  
934 clara: defesa do SUS público, compreendendo um conjunto de alternativas administrativas em  
935 que o central é o controle, a gestão e a regulação pública. Também lembrou que o CNS  
936 aprovou resolução com posição contrária à terceirização da gestão por OS e frisou que é  
937 contra qualquer processo de terceirização da gestão e outras instituições como hospitais  
938 filantrópicos, universitários. Avaliou que a sua declaração era condizente com a resolução do  
939 CNS. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** apelou ao MS que emita uma nota a ser  
940 publicada nos jornais de Goiás para esclarecer a fala do Ministro e evitar interpretações  
941 equivocadas. Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS e Ministro da  
942 Saúde, acatou a solicitação feita pela conselheira Graciara Matos. Também esclareceu que o  
943 repasse do MS é para o Fundo Estadual e Municipal de Saúde e Estados e Municípios têm  
944 autonomia para definir convênios. Além disso, clarificou que o gestor estadual e municipal são  
945 os responsáveis pelo credenciamento de unidades ao SUS e salientou que recomendar o  
946 descredenciamento de hospital público, a exemplo do HUGO, do SUS, significa fechar  
947 serviços. Explicou, por outro lado, que no caso de denúncias de corrupção é feita apuração  
948 pelo MS, e, em sendo comprovada irregularidade, o Ministério recomenda ao gestor o  
949 descredenciamento da instituição de serviço e a definição de outro local para atender a  
950 população. A respeito da fundação da Bahia, esclareceu que o MS firma convênio com  
951 instituições de direito privado – hospitais filantrópicos, fundações de universidades, e essa  
952 iniciativa não tem contradição com as deliberações do CNS. Conselheiro **Francisco Batista**  
953 **Júnior** explicou que a posição do CNS e das últimas conferências de saúde contrária à  
954 fundação de direito privado não se restringe apenas à assistência, mas sim de um modo geral.  
955 Discordou que a suspensão do repasse de recursos para o HUGO levaria ao fechamento do



956 hospital, porque o Estado conseguiu dinheiro para financiar a OS, o que não aconteceu quando  
957 o hospital era público. Lembrou que o MS, para repassar recursos, define exigências e a  
958 proposta é que, em se tratando de contratos vultosos, que o conselho de saúde se manifeste a  
959 respeito. E nessa perspectiva, solicitou que o MS faça movimento concreto para dizer que irá  
960 respeitar o Controle Social. Assim, diante de um serviço conveniado ao SUS com posição  
961 contrária do conselho de saúde, que o serviço não seja financiado. Conselheiro **Alexandre**  
962 **Rocha Padilha**, Presidente do CNS e Ministro da Saúde, propôs que essa questão seja  
963 debatida novamente no CNS, inclusive para melhor entendimento do processo de  
964 credenciamento ao SUS e a definição de encaminhamentos. No caso do Estado de Goiás,  
965 reiterou que o MS repassa recurso para o Fundo Estadual de Saúde de Goiás e não repassa  
966 dinheiro direto para o HUGO. Esse recurso está contemplado no teto do MAC e o gestor  
967 estadual distribui recurso de acordo com a produção. Reiterou que o descredenciamento de  
968 hospital significa fechar as portas para o SUS e manifestou preocupação com medidas que  
969 prejudiquem a população. Salientou que, no caso de comprovação de irregularidades, o MS  
970 recomenda o descredenciamento de serviço, com definição de um plano para substituição de  
971 serviços. Citou, por exemplo, a situação indigna dos hospitais psiquiátricos de Sorocaba/SP,  
972 destacando que o seu fechamento demanda a elaboração de um plano de cuidado das  
973 pessoas. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** falou que o CNS é irresponsável ao permitir  
974 que a corrupção generalizada aconteça em OS no país, com prejuízo à população. Conselheiro  
975 **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS e Ministro da Saúde, defendeu veementemente  
976 o combate à a corrupção em todos os locais, seja nas OSs, fundações ou hospitais, mas frisou  
977 que a punição dos responsáveis não deve prejudicar o atendimento da população. Conselheira  
978 **Maria Cristhina Pedro Biz** sugeriu debater o tema como balanço do mês na reunião ordinária  
979 do CNS em dezembro. Conselheira **Sandra Régis** propôs debater essa questão após o seu  
980 informe porque havia outra proposta de tema para o balanço do mês de dezembro. A seguir,  
981 passou ao informe da Comissão Intersetorial de Saúde Mental/CISM sobre internação  
982 involuntária. Manifestou a preocupação da CISM com o movimento de intenção involuntária de  
983 usuários de drogas no Rio de Janeiro. A propósito, informou que o movimento estadual do Rio  
984 de Janeiro publicou documento repudiando essa iniciativa e, segundo divulgado na mídia, o  
985 prefeito iria avaliar a proposta e verificar a sua viabilidade. Também disse que, desde julho de  
986 2012, a prefeitura recebeu do MS R\$ 19 milhões do total de R\$ 36 milhões para investir em  
987 programas de assistência a dependentes e o município deseja utilizar parte dessa verba para  
988 fazer a internação de 600 usuários de crack. Como encaminhamento, solicitou que qualquer  
989 projeto de internação involuntária seja enviado a CISM para avaliação. Disse que o tema  
990 saúde mental foi objeto de debate na última reunião do CNS e, na oportunidade, o Plenário  
991 deliberou por uma pauta permanente para a CISM nas reuniões do Conselho. Como proposta,  
992 sugeriu que o tema do balanço fosse “internação involuntária” ou fosse garantido ponto de  
993 pauta para tratar do assunto e definir posicionamento. Conselheiro **Marcos Antônio**  
994 **Gonçalves** destacou que combater a corrupção nas organizações não significa acabar com  
995 essas instituições, uma vez que há organizações sérias que desenvolvem trabalho de  
996 qualidade. Salientou que é preciso fazer uma discussão do ponto de vista do que é melhor para  
997 o usuário do Sistema. Lembrou, inclusive, que 70% dos atendimentos em saúde são realizados  
998 por entidades filantrópicas e muitas delas necessitam de auxílio para continuar a atender.  
999 Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS e Ministro da Saúde, concordou  
1000 com a proposta de pautar debate sobre saúde mental na próxima reunião e informou que há  
1001 uma proposta de internação involuntária segundo um conjunto de regras – avaliação  
1002 profissional, comunicação à família e estruturação da rede para atendimento. Conselheira  
1003 **Eurídice Ferreira de Almeida** também aproveitou a oportunidade para registrar que é função  
1004 primordial do CNS cumprir e fazer cumprir as suas deliberações e aprovava várias moções de  
1005 repúdio à privatização dos hospitais universitários. Nesse sentido, salientou que há um  
1006 movimento do MS de inserção dos conselhos universitários para que essas instâncias  
1007 deliberem pela aprovação da EBSEH o que não condiz com deliberações do CNS.  
1008 Conselheiro **Artur Custódio de Souza** lembrou que a internação compulsória gerou sérios  
1009 problemas e equívocos em relação a pessoas com hanseníase e avaliou que há outros  
1010 caminhos para resolver o problema. Desse modo, concordou com a proposta de pautar o tema  
1011 na próxima reunião e comunicou que essa discussão seria acompanhada de representação do  
1012 MORHAN. Por fim, reconheceu à participação do Ministro da Saúde nas reuniões do Conselho  
1013 com mais frequência. Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano** reforçou que a Lei nº.  
1014 10.216/2011 prevê a internação involuntária como último recurso a ser utilizado. Salientou que  
1015 muitas das entidades que compõem o CNS fazem parte de uma frente nacional de direitos

1016 humanos e drogas e frentes estaduais têm sido criadas a enfrentamento desse problema grave  
1017 que afeta o país. Por fim, destacou que a internação compulsória é um ato arbitrário que viola  
1018 os direitos humanos e desrespeita os princípios do SUS e da Lei nº. 10.216/2011. Conselheiro  
1019 **Edmundo Dzuaiwi Omore**, embora reconhecendo o grande esforço envidado pelo Secretário  
1020 de Saúde Indígena, chamou a atenção para que fossem melhoradas as condições de saúde  
1021 dos povos indígenas, considerando a sua vulnerabilidade. Também denunciou que motorista  
1022 indígena fora atacado quando fazia o transporte de pacientes indígenas para unidade saúde,  
1023 em Barra do Garça e que este se encontrava em coma no município de Água Boa, MT. Disse,  
1024 ainda, que o seu sobrinho, levado a um hospital em um carrinho de mão para ser atendido,  
1025 faleceu. Ademais, lembrou do GT que fora criado pelo pleno para verificar *in loco* a situação da  
1026 saúde indígena em regiões específicas e que não tinha sido dado, até então, nenhum  
1027 encaminhamento a respeito. Por fim, agradeceu a força tarefa do MS para vacinação em  
1028 Amazonas e solicitou fossem desenvolvidas estratégias para que os profissionais de saúde  
1029 permanecessem nas aldeias. Definido esse ponto, a mesa agradeceu e encerrou o primeiro dia  
1030 de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: *Titulares* – **Alexandre Rocha**  
1031 **Santos Padilha**, Ministério da Saúde (MS); **Artur Custódio Moreira de Sousa**, Movimento de  
1032 Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN); **Carlos Alberto Ebeling**  
1033 **Duarte**, Movimento Nacional de Luta Contra a Aids; **Cid Pimentel**, Ministério da Previdência  
1034 Social; **Cleuza C. Miguel**, Movimento dos Portadores de Esclerose Múltipla (MOPEM); **Clóvis**  
1035 **A. Bouffleur**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); **Fernanda Lou Sans**  
1036 **Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; **Fernando Luiz Eliotério**,  
1037 Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM); **Flávia de Oliveira**  
1038 **Bernardes Brasileiro**, Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE; **Francisco Batista Júnior**,  
1039 Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social/Central Única dos  
1040 Trabalhadores; **Geraldo Alves Vasconcelos**, Associação Brasileira de Odontologia (ABO);  
1041 **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos  
1042 Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos  
1043 Trabalhadores do Brasil (CGTB); **Jorge Oliveira Duarte**, Fórum de Presidentes de Conselhos  
1044 Distritais de Saúde Indígena; **José Carrijo Brom**, Federação Interestadual dos Odontologistas  
1045 – FIO; **Jurandi Frutuoso**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); **Jurema**  
1046 **Pinto Werneck**, Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras (AMNB); **Lígia**  
1047 **Bahia**, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO); **Lorena Baía**  
1048 **Alencar**, Conselho Federal de Farmácia – CFF; **Luiz Alberto Catanocce**, Sindicato Nacional  
1049 dos Aposentados (SIND-NAP); **Maria Cristina Pedro Biz**, Conselho Federal de Fonoaudiologia  
1050 (CFFa); **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos**, Rede Nacional Feminista de Saúde,  
1051 Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; **Marisa Furia Silva**, Associação Brasileira de  
1052 Autismo (ABRA); **Maria Thereza Antunes**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome  
1053 de Down; **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Nildes de**  
1054 **Oliveira Andrade**, Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil  
1055 (FENACELBRA); **Paulo Guilherme Romano**, Confederação Nacional do Comércio de Bens,  
1056 Serviços e Turismo; **Rosângela da Silva Santos**, Federação das Associações de Renais e  
1057 Transplantados do Brasil (FARBRA); **Sandra Regis**, Associação Brasileira dos Delegados e  
1058 Amigos da Confederação Espírita Pan-Americana (CEPA Brasil); **Ubiratan Cassano Santos**,  
1059 União Nacional dos Estudantes (UNE); **Verônica Lourenço da Silva**, Liga Brasileira de  
1060 Lésbicas; **Wilen Heil e Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional  
1061 (COFFITO); e **Zilda de Faveri Vicente Souza**, Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAz).  
1062 *Suplentes* – **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB);  
1063 **Arnaldo Marcolino Silva Filho**, Rede Nacional de Controle Social e Saúde da População  
1064 Negra; **Conceição Aparecida Accetturi**, Sociedade Brasileira de Profissionais em Pesquisa  
1065 Clínica (SBPPC); **Diego de Faria Magalhães Torres**, Federação Nacional dos Fisioterapeutas  
1066 e Terapeutas Ocupacional (FENAFITO); **Dulce Helena Chiaverini**, Rede Unida de  
1067 Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde – REDE UNIDA; **Edmundo Dzuaiwi**  
1068 **Omore**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Elcio A.**  
1069 **dos Santos**, Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Eurídice Ferreira**  
1070 **de Almeida**, FASUBRA; **Eliane Aparecida da Cruz**, Ministério da Saúde (MS); **Geordecil M.**  
1071 **Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **Geraldo Adão dos Santos**, Confederação Brasileira  
1072 dos Aposentados e Pensionistas – COBAP; **Gilson Silva**, Força Sindical; **Graciara Matos de**  
1073 **Azevedo**, Conselho Federal de Odontologia (CFO); **Ivone Evangelista Cabral**, Associação  
1074 Brasileira de Enfermagem (ABEn); **José Eri de Medeiros**, Conselho Nacional de Secretários  
1075 Municipais de Saúde – CONASEMS; **Lucélia Silva Costa**, Federação Nacional das

1076 Associações de Celíacos do Brasil (FENACELBRA); **Lucimar Batista da Costa**, Movimento de  
1077 Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN); **Luís Carlos Bolzan**,  
1078 Ministério da Saúde; **Marcos Antônio Gonçalves**, Federação Nacional das Associações para  
1079 Valorização de Pessoas com Deficiência (FENAVAPE); **Marcos Vinicius S. Pedroza**,  
1080 Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG; **Maria Ermínia Ciliberti**, Conselho Federal  
1081 de Psicologia (CFP); **Maria Laura Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais  
1082 (FENAS); **Merula Emmanoel Anargyrou Steagall**, Associação Brasileira de Talassemia  
1083 (ABRASTA); **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); **Noemy**  
1084 **Yamaguishi Tomita**, Conselho Federal de Biologia – CF; **Olympio Távora Derze Correa**,  
1085 Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS); **Oriana**  
1086 **Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **Ronald Ferreira dos**  
1087 **Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR); e **Sebastião Geraldo**  
1088 **Venâncio**, Pastoral da Saúde Nacional. Iniciando o segundo dia de reunião, conselheiro **Clóvis**  
1089 **Bouffleur** saudou a todos os presentes e compôs a mesa para o item 6 da pauta. **ITEM 6 –**  
1090 **RESOLUÇÃO Nº 196/1996/CONEP - Apresentação: Carlos Augusto Grabois Gadelha**,  
1091 Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE/MS; conselheira **Gyséle**  
1092 **Saddi Tannous**, coordenadora da CONEP. *Coordenação:* conselheiro **Clóvis Bouffleur**, da  
1093 Mesa Diretora do CNS. Conselheira **Gyséle Saddi Tannous**, coordenadora da CONEP,  
1094 iniciou agradecendo a oportunidade de expor sobre o processo de atualização da Resolução  
1095 CNS 196/96 - atualizar para fortalecer. Começou detalhando a organização do Sistema  
1096 CEP/CONEP que é composto por 645 CEP, sendo: 43 na Região Norte, 117 na Nordeste; 329  
1097 na Sudeste; 120 na Região Sul; e 36 na Região Centro-Oeste. Também salientou que menos  
1098 de 10% dos protocolos de pesquisa desenvolvidos no Brasil são analisados pela CONEP,  
1099 tratando-se de um sistema altamente descentralizado. Ressaltou que a atualização refere-se  
1100 ao período de 16 anos em que diversas questões aconteceram, evoluíram e modificaram.  
1101 Detalhou que a atualização visa fortalecer o sistema CEP/CONEP para melhor exercer seu  
1102 papel de proteção de sujeitos de pesquisa; atualização dos termos e marcos legais utilizados  
1103 pela Resolução 1996-2012; contemplar as demandas apresentadas pelos comitês de ética no  
1104 entendimento e aplicabilidade dos referenciais éticos da Resolução; ampliar a participação das  
1105 áreas de ciências sociais e humanas no Sistema CEP/CONEP, contemplando suas  
1106 especificidades éticas; e fortalecer a agenda de pesquisas brasileira com foco no SUS e os  
1107 possíveis benefícios aos sujeitos de pesquisa (pesquisa na Rede SUS). Disse que os principais  
1108 desafios desse processo foram fortalecer a agenda de pesquisa brasileira sem flexibilizar  
1109 referenciais éticos de proteção de sujeitos de pesquisa, compreender e equilibrar os conflitos  
1110 de interesses que envolvem a implementação de uma resolução como a Resolução  
1111 CNS/196/96; e ampliar a percepção da realidade que envolve pessoas que participam de  
1112 pesquisas. Seguindo a deliberação do Plenário, relatou que a consulta pública sobre a  
1113 Resolução nº. 196/2006 ocorreu de 12 de setembro a 10 de novembro de 2011, com os  
1114 seguintes resultados: 18 documentos impressos; e 1890 propostas. Salientou que foram  
1115 realizadas 5 reuniões de análise do material recebido pelo GT 196/96 (5 membros da CONEP  
1116 e 5 membros do Departamento de Ciência e Tecnologia -DECIT/ SCTIE/MS), desde o início do  
1117 processo, além de dois seminários temáticos e um ENCEP complementaram a consulta  
1118 pública, por determinação do CNS. Detalhou que, para análise do material da consulta pública,  
1119 o GT criou as seguintes categorias entre as contribuições: 1) consensos (o que se encaixa  
1120 perfeitamente na proposta da consulta pública); 2) dissensos (o que se opõe à proposta  
1121 apresentada na consulta pública pelo CNS: ENCEP); 3) possíveis consensos (o que, após  
1122 debate, poderia ser consensuado: seminários). Para melhor entendimento, detalhou a  
1123 metodologia de trabalho do GT: ementa que foi submetida à consulta pública; categorização  
1124 dos comentários (citou, por exemplo, que no preâmbulo houve 138 comentários);  
1125 categorização de cada uma das ideias principais; identificação dos principais problemas; e  
1126 propostas para superação dos problemas. No caso do preâmbulo, disse que os problemas  
1127 identificados foram: a revisão e a atualização da Resolução 196 de 1996 continua direcionada  
1128 às pesquisas no campo da saúde, sobretudo pesquisas clínicas, não contemplando de forma  
1129 satisfatória as ciências humanas; regatar no Preâmbulo as normas, declarações e  
1130 regulamentações pertinentes. Diante dessas questões, o GT propôs a realização de um  
1131 Seminário com representantes das Ciências Sociais e Humanas para determinar como deve  
1132 ser feita a regulamentação ética de pesquisas nessas áreas. Assim, a CONEP encaminhou à  
1133 Mesa Diretora do CNS a proposta de realização de dois seminários temáticos, para o  
1134 aprofundamento da discussão de pontos específicos, e de um Encontro Nacional dos Comitês  
1135 de Ética em Pesquisa (ENCEP) extraordinário, para que os CEP pudessem se manifestar e

1136 participar ativamente do desenvolvimento do novo texto da Resolução CNS 196/96. Os temas  
1137 dos seminários foram: “Pesquisas públicas no SUS” (realizado em agosto, duas semanas antes  
1138 do ENCEP) e “Análise ética de projetos de pesquisa das Ciências Sociais e Humanas e a  
1139 Resolução CNS 196/96” (realizado em julho). Disse que a realização do ENCEP extraordinário  
1140 atendeu a uma reivindicação dos CEP, encaminhada à CONEP, no sentido de aproximar o  
1141 debate de revisão de todos os CEP brasileiros (realizado em setembro). Destacou que o  
1142 ENCEP Extraordinário contou com a pauta única de atualização da Resolução CNS 196/96,  
1143 com plenárias únicas, para que todos pudessem participar dos debates. Acrescentou que, após  
1144 cada apresentação, foi assegurado um tempo para manifestação da plenária, por escrito, e as  
1145 manifestações lidas pela mesa. Destacou que o Seminário de Pesquisas Sociais e Humanas  
1146 foi realizado e apontou como avanços a reabertura do diálogo e o consenso sobre a proposta  
1147 de melhorar a linguagem da Resolução n°. 196/2006 no sentido de torná-la mais clara e uma  
1148 resolução complementar para tratar das ciências sociais humanas. Disse que foi constituído GT  
1149 entre os participantes e vem sendo elaborada proposta para ser apresentada ao CNS.  
1150 Ressaltou que o Seminário de pesquisa na rede SUS foi realizado às vésperas do ENCEP e  
1151 não foi possível levar as propostas do seminário ao Encontro dos Comitês. Entre as questões  
1152 tratadas no seminário, destacou as seguintes: considerar na Resolução do CNS 196 os  
1153 programas de formação acadêmica internacionais nos quais não há envio de material biológico  
1154 brasileiro para o exterior como área temática descentralizada (incorporar na Resolução 196); o  
1155 MS deve regulamentar a pesquisa na rede SUS por meio de portaria; é importante criar  
1156 seguros coletivos para pesquisas na rede SUS (incorporar na Resolução 196); os gestores do  
1157 SUS devem anuir com despesas feitas em pesquisa na rede; o Brasil deve dimensionar o  
1158 quanto já investe em pesquisa dentro da assistência; e se deve considerar o potencial de risco  
1159 das pesquisas de forma diferenciada (norma complementar CNS - a ser proposta). Também  
1160 destacou os seguintes trechos das falas dos participantes: “O SUS é o principal campo de  
1161 pesquisas na área médica e o próprio SUS não tem dimensão dos impactos da pesquisa,  
1162 inclusive locais” (SMS Porto Alegre); “O SUS é o maior financiador de pesquisas no Brasil,  
1163 embora ele não saiba quanto gasta nisso” (Hospital do Câncer de Barretos); “Em Curitiba, o  
1164 principal campo de pesquisa é a rede municipal. São 12.000 estágios e cerca de 4000  
1165 pesquisas. Estamos tratando de questões complexas: somos a quinta ou sexta economia  
1166 mundial e ocupamos a 86ª colocação na educação. Mais de 50% dos reagentes que utilizamos  
1167 são importados. Não podemos deixar que a 196 perca seu cuidado com os sujeitos de  
1168 pesquisa” (Samuel Jorge Moysés, SMS Curitiba). Destacou que, nesse processo de  
1169 reformulação da Resolução n°. 196, falta finalizar a revisão das contribuições do ENCEP  
1170 (aproximadamente 60% do trabalho já foi feito), incorporar as contribuições do seminário de  
1171 pesquisa na rede SUS e proceder a revisão final para envio aos conselheiros e apreciação em  
1172 dezembro. A seguir, interveio o Secretário da SCTIE/MS, **Carlos Augusto Grabois Gadelha**,  
1173 que iniciou a sua fala destacando que a revisão da Resolução 196 permite discutir uma das  
1174 grandes dimensões da saúde pública: ciência, tecnologia e inovação, a partir da ética, controle  
1175 social e fortalecimento do SUS. Registrou que há uma convergência de posicionamentos e de  
1176 agenda e lembrou que o Plenário indicou à CONEP que considerasse uma visão dos aspectos  
1177 mais substantivos envolvidos na ética em pesquisa. Salientou que isso significa empoderar o  
1178 CNS no nível político estratégico para trabalhar. Destacou também a excelente relação dos  
1179 integrantes do GT e o alinhamento de posições explicitadas no ENCEP. Lembrou que a  
1180 Resolução n°. 196 foi aprovada em 1996 e, nesse período, o país mudou substancialmente e,  
1181 entre as principais mudanças, que a área da saúde assumiu protagonismo. Nesse sentido,  
1182 destacou que a atualização da 196 é importante, mas sem perder o compromisso com a ética  
1183 na pesquisa e a defesa do sujeito de pesquisa. Também, salientou que é preciso deixar claro  
1184 para a sociedade que há avanços e é importante manter o comando da política de ciência e  
1185 tecnologia em saúde na saúde. Lembrou, inclusive, que a construção brasileira, em que a  
1186 saúde comanda a pesquisa em saúde, é única e, no campo da ética em pesquisa, mais  
1187 especificamente o Conselho Nacional de Saúde. Destacou que todas as questões substantivas  
1188 estão contempladas na revisão da Resolução n°. 196/2006, mas devem aparecer de forma  
1189 mais explícita no texto. Nessa linha, enumerou os seguintes “elementos transformadores” a  
1190 serem contemplados na revisão da Resolução n°. 196: fortalecimento do Sistema CEP/CONEP  
1191 e do comando desse Sistema, pelo CNS, além de empoderamento e qualificação da rede dos  
1192 CEPs, que farão parte do sistema integrado; e definição do papel do SUS na pesquisa  
1193 estratégica e biomédica. Por fim, salientou que é salutar a atualização da Resolução n°. 196 ao  
1194 novo contexto do Brasil e mundial e o grande desafio é deixar clara a perspectiva  
1195 transformadora no texto da norma. **Manifestações.** Conselheira **Lígia Bahia** cumprimentou os

1196 convidados e agradeceu à coordenadora da CONEP pela compreensão diante da solicitação  
1197 da comunidade científica por maiores prazos para debates e consultas. Destacou que a revisão  
1198 da Resolução 196/2006 será a formalização de uma prática de atualização que já vem  
1199 ocorrendo e solicitou que o texto final, tão logo seja concluído pelo GT CONEP, seja  
1200 encaminhado aos conselheiros para avaliação. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz**  
1201 começou a fala salientando que nesse processo é preciso considerar antes de tudo que a  
1202 democracia participativa deve nortear a ética em pesquisa. Também avaliou que após revisão  
1203 da Resolução n°. 196/2006 é preciso debater o funcionamento do Sistema, considerando,  
1204 inclusive, questões como financiamento. Por fim, colocou-se à disposição para acompanhar a  
1205 última reunião do GT de revisão da 196/2006 por entender que pode contribuir com os debates.  
1206 Conselheira **Jurema Werneck** destacou que o Sistema CEP CONEP é uma conquista e,  
1207 considerando a ética em pesquisa uma área de perene conflito, inclusive de protagonismo,  
1208 apontou que o desafio do Plenário do CNS é definir estratégias para contribuir na solução  
1209 desses conflitos inerentes, possibilitando à CONEP desenvolver o seu trabalho. No mais,  
1210 salientou que a exigência de preenchimento do quesito raça cor inclusive nas pesquisas ainda  
1211 vem sendo descumprida, inclusive pelos CEPs. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**  
1212 começou ressaltando a relevância do tema e reiterou que é uma conquista debater a ética em  
1213 pesquisa sob o prisma do controle social. Também informou que após o Seminário de  
1214 Pesquisas Sociais e Humanas um grupo vem se reunindo para debater o tema e há demanda  
1215 de realização de um encontro. Salientou que esse processo de diálogo deve continuar,  
1216 notadamente com as ciências sociais e humanas. Conselheira **Conceição Aparecida**  
1217 **Accetturi** manifestou satisfação em discutir ética em pesquisa clínica no CNS e solicitou que  
1218 esse debate ocorra com mais frequência. Acerca da revisão da Resolução n°. 196/2006,  
1219 destacou que são várias as preocupações da sociedade haja vista o número de contribuições  
1220 apresentadas durante a consulta pública. Entre as questões colocadas na consulta, destacou a  
1221 importância de investir na capacitação dos comitês de éticas e dos profissionais de pesquisa  
1222 clínica inclusive para atender a demanda do Programa de Investimento no Complexo Industrial  
1223 da Saúde – PROCIS. Destacou que o Programa coloca grande investimento para estruturação  
1224 de plantas de fábricas, especialmente para produtos inovadores, e uma das preocupações  
1225 refere-se aos biossimilares. A esse respeito, perguntou se a capacidade produtiva de  
1226 biossimilares no país está completa e o Sistema dispõe de condições para avaliar os projetos  
1227 que envolvem os biossimilares. Também salientou que não foram abordadas na revisão da  
1228 Resolução n°. 196 pesquisas que envolvem produtos cosméticos, alimentos funcionais ou com  
1229 atributos à saúde e produtos para saúde que não são medicamentos. No mais, ressaltou a  
1230 importância de um seguro para respaldar o sujeito da pesquisa, mas sugeriu que, antes de  
1231 incluir na Resolução, verificar o que acontece no mercado de seguradoras. Por fim, perguntou  
1232 quais foram os encaminhamentos dados ao documento da CONEP, apresentado ao Plenário  
1233 na reunião de agosto de 2012, com demandas da Comissão. Conselheiro **Carlos Alberto**  
1234 **Duarte**, primeiro, salientou que a CONEP é uma comissão do CNS e, dada a sua importância,  
1235 deveria estar mais próxima do Plenário. A respeito da revisão da Resolução n°. 196/2006, quis  
1236 saber se o sujeito de pesquisa conseguiu participar da consulta pública e de que forma se  
1237 manifestou. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** falou a respeito do seminário sobre  
1238 saneamento rural, realizado na Paraíba, e sugeriu que MS, CONASS e CONASEMS assumam  
1239 o debate desse tema, porque a discussão está longe de uma concepção de saúde. Também  
1240 disse que é preciso: reconhecer o distanciamento entre as pesquisas científicas e a sociedade;  
1241 definir agenda estratégica de pesquisa, a ser conhecida, com temas que dialogam com o  
1242 interesse do SUS; e estabelecer estratégias para fortalecer o MS nesse campo. Conselheira  
1243 **Graciara Matos de Azevedo** cumprimentou a coordenadora da CONEP pela excelência do  
1244 trabalho da CONEP e lembrou ainda o criador do Sistema CEP CONEP Dr. Willan Saad  
1245 Hossne. Perguntou se a proposta do Secretário da SCTIE é que a CONEP se torne uma  
1246 instância de coordenação e recursal e a análise seja feita pelos CEPs, diferente do que é hoje.  
1247 Também salientou que é preciso fortalecer o SUS na dependência de desenvolvimento,  
1248 reconhecendo, inclusive, o que prioritário é para o SUS, em termos de pesquisa, como é o  
1249 caso da área oncológica e saúde bucal. Conselheira **Maria Thereza Antunes** concordou que  
1250 há um distanciamento entre a CONEP e o Plenário e defendeu pauta permanente para  
1251 Comissão nas reuniões do Conselho, a fim de socializar o debate sobre a ética em pesquisa.  
1252 Conselheira **Maria Cristina Pedro Biz** solicitou à CONEP que apresente diretrizes para  
1253 estruturação de Comitês de Ética locais e estimule a criação desses espaços que podem  
1254 contribuir para o fortalecimento do Sistema CEP/CONEP. **Retorno da mesa.** Conselheira  
1255 **Gyséle Saddi Tannous** começou agradecendo as considerações dos conselheiros e a

1256 oportunidade de aprender trabalhando no Conselho. Falou sobre a participação dos sujeitos na  
1257 consulta pública sobre a Resolução nº. 196/2006, destacando que foram apresentados  
1258 documentos de associações representativas de sujeitos de pesquisa, além de manifestações  
1259 de sujeitos de pesquisa. Também fez referência à participação expressiva de representantes  
1260 dos usuários nos CEPs no ENCEP (mais de 30% dos participantes dos CEPs). A respeito da  
1261 capacitação e fortalecimento dos Comitês, destacou que se trata de uma pauta ampla e a  
1262 Comissão dispõe de diagnóstico sobre os Comitês que pode possibilitar a definição de um  
1263 processo de acreditação de Comitês, a fim de trabalhar a ampliação gradual da autonomia dos  
1264 comitês na avaliação de protocolos. Também destacou que a Plataforma Brasil é um  
1265 instrumento importante que possibilita observar a situação local e contribui para o processo de  
1266 acreditação. Também destacou a participação do ex-conselheiro Willian Hossne no ENCEP e  
1267 registrou agradecimentos a sua importante contribuição para a ética em pesquisa. Por fim,  
1268 concordou com a proposta de pauta permanente para a CONEP, uma vez que a Comissão tem  
1269 muito a trazer para o Conselho. O Secretário da SCTIE/MS, **Carlos Augusto Grabois**  
1270 **Gadelha**, salientou que a agenda da ciência, da tecnologia, da pesquisa, do Sistema  
1271 CEP/CONEP assumiu caráter de protagonista na agenda da política nacional de saúde e citou  
1272 que os dezesseis objetivos estratégicos aprovados no CNS são os objetivos da agenda da  
1273 política nacional de pesquisa em saúde. Todavia, ressaltou que, apesar da aproximação entre  
1274 a SCTIE e o CNS, é preciso ampliar ainda mais o diálogo porque várias ações estão ocorrendo  
1275 e o controle social deve tomar conhecimento. No braço produtivo, por exemplo, fez um  
1276 destaque do que chamou de “renascimento” de instituições públicas de pesquisa –  
1277 HEMOBRAS, Bahia Farma, entre outros - assegurando o uso social da pesquisa em saúde e  
1278 uma base pública para garantia. No mais, informou que foi sancionada lei de compras de  
1279 produtos estratégicos para o SUS, o que representa um grande potencial. Por fim, citou a  
1280 Plataforma Brasil que ilustra a potência da articulação entre a Secretaria e a CONEP, pois a  
1281 ação conjunta possibilitou superar gargalos e garantir o funcionamento desse instrumento.  
1282 Conselheiro **Luiz Odorico Monteiro de Andrade** destacou que a Plataforma Brasil é um  
1283 orgulho para o MS e salientou a parceria do DATASUS com a SCTIE/MS. Conselheiro **Clóvis**  
1284 **Bouffleur** encaminhou a proposta de pautar o texto da atualização da Resolução nº. 196/2006  
1285 na reunião ordinária do mês de dezembro, assegurando o tempo mínimo de três horas.  
1286 Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** sugeriu pauta permanente trimestral para a CONEP nas  
1287 reuniões do CNS. **Deliberação: pautar a proposta de revisão da Resolução do CNS nº.**  
1288 **196/2006, na próxima reunião do CNS, para debate; e garantir pauta permanente**  
1289 **trimestral para a CONEP nas reuniões do CNS. ITEM 7 – DOENÇA CELÍACA –**  
1290 **RELATÓRIO E ENCAMINHAMENTOS DO GRUPO DE TRABALHO - Apresentação: Ana**  
1291 **Viádia Bandeira Moreira**, Professora da Universidade Federal de Viçosa; **Lucélia Costa**,  
1292 Presidente da Fenacelbra; conselheira **Nildes de Oliveira Andrade**; e **José Enio Servilha**,  
1293 representante do CONASEMS. *Coordenação:* conselheira **Marisa Furia Silva**, da Mesa  
1294 Diretora do CNS. Inicialmente, conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** fez um histórico sobre  
1295 o debate da doença celíaca, de 2004 a 2012. Explicou que, em 2004, a SGEF promoveu a  
1296 oficina “Projeto de participação e controle social da doença celíaca no Brasil”, com a  
1297 participação de diversos atores, entre eles, o CNS e, na atividade, foi acordada a criação da  
1298 Política Nacional para os Celíacos. No ano seguinte, foi lançada a campanha “Doença celíaca,  
1299 você pode ter e não saber”. Em 2006, a Federação defendeu no Plenário do CNS a elaboração  
1300 do protocolo da doença e 2007 foi um ano de defesa do protocolo, após a realização de  
1301 consulta pública. Em março de 2008, um ano e quatro meses após a proposição, a resolução  
1302 foi assinada pelo MS, após o Ministério Público ser acionado. Acrescentou que a partir desse  
1303 momento o MP passou a ser parte do GT de Doença Celíaca. Destacou que na reunião  
1304 ordinária do mês de fevereiro de 2009, o tema foi pautado com os seguintes  
1305 encaminhamentos: as consultoras técnicas da FENACELBRA se reunirão com o Coordenador  
1306 Geral da Média e Alta Complexidade para discutir as contribuições da Federação ao protocolo  
1307 antes de publicá-lo; o Pleno recomenda ao Ministério da Saúde celeridade na publicação e  
1308 implementação do protocolo e sugere que considere a doença celíaca como política de  
1309 governo; o CONSEA será convidado a participar do debate do protocolo; e os conselheiros  
1310 interessados também poderão participar desse processo. Além disso, será constituído GT para  
1311 debater o protocolo de Doença Celíaca e apresentar sugestões. Salientou que, mesmo após a  
1312 publicação do protocolo, o GT não concluiu o seu trabalho e a SE/CNS autorizou mais uma  
1313 reunião do Grupo para finalização. Como resultado, o Grupo elaborou uma minuta de  
1314 resolução que seria submetida posteriormente para aprovação do Plenário. Por fim, registrou a  
1315 presença da presidente da Acelbra e de pessoas com doença celíaca no debate. A seguir,

1316 conselheira **Lucélia Costa**, Presidente da Fenacelbra, fez uma abordagem sobre as interfaces  
1317 da doença celíaca. Começou explicando que a doença celíaca é determinada geneticamente,  
1318 autoimune, com maior prevalência entre as mulheres e o agente causador é o glúten. Explicou  
1319 que, para o celíaco, o glúten é um veneno e está presente no trigo (gliadina); cevada  
1320 (hordeína); centeio (secalina); e aveia (avenina). Destacou que são características da doença:  
1321 cosmopolita; crônica e permanente; e deficiência orgânica de se alimentar. Além de ser  
1322 incapacitante, causa múltiplas alergias alimentares e tem impacto econômico, familiar, religioso  
1323 e cultural. Também salientou que a doença celíaca traz uma diferença em relação a demais  
1324 patologias por ser pouco compreendida e a maior dificuldade é entender que o alimento é o  
1325 medicamento, o medicamento pode conter o alergênico e possuir interface com o ambiente  
1326 social – trabalho, escola e familiar. Trata-se de uma condição intestinal que afeta o meio social  
1327 e a qualidade de vida. Acrescentou que se trata de um problema de saúde pública e atinge  
1328 entre 1 e 2% da população mundial, mas no Brasil inexistia uma Política de Atenção Integral às  
1329 Pessoas com doença celíaca, falta recursos financeiros no orçamento e o tema não é incluído  
1330 nos currículos de formação e capacitação e atuação de multiprofissionais. Disse que outro  
1331 problema refere-se ao tempo de diagnóstico da doença – de 8 a 10 anos para o diagnóstico e o  
1332 tratamento é feito após o diagnóstico. Frisou que, após o diagnóstico, a pessoa celíaca convive  
1333 com a insegurança alimentar e enfrenta o problema do custo elevado do tratamento alimentar.  
1334 Salientou que o desconhecimento acerca da doença causa exclusão, por exemplo, de atletas e  
1335 na carreira militar. Em relação à vulnerabilidade, destacou os celíacos em situação de privação  
1336 de liberdade, internados em hospital e na população indígena. Citou casos de países que  
1337 adotaram políticas de inclusão da pessoa com doença celíaca. A Europa trabalha com  
1338 transferência de renda direta ou indireta e alguns países subsidiam produção dos alimentos  
1339 sem glúten: Finlândia, Holanda, Itália, Inglaterra, Suécia. Disse que nos países onde há essa  
1340 política de inclusão os diagnósticos devem ser feitos pelo sistema público de saúde. Destacou  
1341 também países que transferem diretamente recursos aos pacientes: França, desde 1996;  
1342 Bélgica, desde 2008; e Portugal, que possibilita dedução no imposto de renda. Explicou que na  
1343 Argentina, desde 2009, há legislação atual (vigente), mas não regulamentada, com base em  
1344 quatro pilares: 1 – Rotulagem dos Alimentos – “Sin TACC”; 2 – Detecção e Controle da Doença  
1345 Celíaca; 3 – Plano de Saúde Obrigatório; e 4 – Educação. No contexto da preocupação  
1346 externa, informou que durante a Jornada Mundial da Juventude, a ser realizada em julho de  
1347 2013, no Rio de Janeiro, a recomendação de Roma é a distribuição de Kit alimentação para  
1348 celíacos e diabéticos (esse kit será universal, ou seja, para todos os participantes). Assim, a  
1349 FENACELBRA foi convidada a compor o comitê organizador da alimentação. Também falou da  
1350 iniciativa da empresa italiana MSC - Italcatering cruzeiros que está preparada para atender as  
1351 pessoas que necessitam de alimentação específica. Seguindo, explanou a professora da  
1352 Universidade Federal de Viçosa, **Ana Vlândia Bandeira Moreira**, que apresentou uma visão  
1353 acadêmica sobre a doença celíaca para ratificar a importância da definição da Política  
1354 Intersetorial de Atenção Integral para Pessoas Celíacas. Começou explicando que a minuta de  
1355 resolução, elaborada pelo GT, resolve aprovar a “Política intersetorial de atenção integral para  
1356 as pessoas celíacas”. Para a formulação desta política será criado um comitê intersetorial  
1357 envolvendo: MS(SAS, DAE, SEGEP e DAÍ), Anvisa, CONASS, CONASEMS, CNS, MDS,  
1358 MEC, MPOG, MCT, MJ, MPF e FENACELBRA e demais instâncias necessárias para a  
1359 efetivação desta política. As informações geradas por esta rede de atenção integral às pessoas  
1360 celíacas devem ser usadas pelas instâncias de controle social como instrumentos auxiliares  
1361 que subsidiará às suas atribuições e competências. Nessa questão, disse que é preciso refletir  
1362 e compreender o cenário atual da doença celíaca e outras fragilidades relacionadas ao glúten.  
1363 Destacou que os conceitos relacionados ao desenvolvimento sustentável envolvem  
1364 transversalidade e sustentabilidade. No que se refere à transversalidade, citou as seguintes  
1365 considerações de estudiosos, para embasar a sua explanação: “(...) Cabe aqui (aos  
1366 *profissionais e estudiosos sobre o assunto*) o desafio de estranhar nossos próprios domínios de  
1367 referências e, com eles, problematizar a tendência a banalizar e naturalizar os próprios  
1368 conceitos-ferramenta coletivo e humanização, dos quais temos nos servido para tentar produzir  
1369 mudança de práticas”. Ou seja, tratando os indivíduos, enquanto nutricionistas, mas em uma  
1370 coletividade que possui a sua individualidade bioquímica. Para isso, “exige, sobretudo, um  
1371 modo de operar que, ao invés de focalizar em objetos-alvo de certas teorias, disciplinas e  
1372 metodologias, refira-se a práticas transversais e transdisciplinares (Vasconcelos, Barbosa,  
1373 Morschel, 2007; Passos, Benevides, 2003; Almeida-Filho, 2000; Santos, 1995).” Ou seja,  
1374 retomar conceitos básicos de promoção da saúde. Destacou que o espaço social alimentar,  
1375 que envolve os condicionantes fisiológicos e biológicos, passa por uma ordem do comestível

1376 onde o espaço culinário precisa ter um diferencial haja vista que os hábitos alimentares foram  
1377 modificados nos últimos cem anos. Salientou que é necessária a definição de uma política  
1378 intersetorial que pense, além da saúde, na questão social, na cultura, economia, educação e  
1379 produção e desenvolvimento de alimentos e na introdução ecológica sustentável para  
1380 minimizar a contaminação por glúten. Destacou que os profissionais recebem nos consultórios  
1381 pessoas com sentimentos, dúvidas e questionamentos como: Onde encontro glúten? Quanto  
1382 posso? Quanto custa?; O que comer?; O que é o glúten mesmo?; Onde vou não vejo nada que  
1383 me deixe seguro... Parece que ninguém entende o meu 'mundo'; Sou celíaco a 1 mês... Ganho  
1384 um salário mínimo ... Como fazer para implementar minha dieta? No contexto do paradigma de  
1385 "Fazer do teu alimento o teu remédio", salientou que a doença celíaca está em um cenário  
1386 evolutivo, sendo: no passado, 5 a 6 % de glúten e, atualmente, 14% de glúten. Disse que a  
1387 evolução da matriz alimento passa por um cenário da evolução do processo de panificação,  
1388 lembrando que antes eram necessárias treze horas para o processo de fermentação detoxificar  
1389 os elementos tóxicos envolvidos e hoje esse processo não chega a duas horas. Continuando  
1390 no cenário evolutivo, falou das mudanças no consumo (alimentação fora de casa) e evolução  
1391 da espécie, com maior consumo de glúten. Sobre o glúten, explicou que são dois conjuntos  
1392 proteicos - prolaminas e gliadinas - e há dois problemas: área de toxicidade da gliadina (ainda  
1393 não existe tecnologia para retirar esse peptídeo) e a "zonulina", que causa a síndrome da  
1394 permeabilidade intestinal. Salientou que a evolução do consumo de glúten passa pela  
1395 qualidade, quantidade, tempo de introdução e afeta a microbiota intestinal, causando epidemia  
1396 de desordens relacionadas como doenças autoimunes, alérgicas, gota, autismo, síndrome do  
1397 intestino irritável, além de doenças associadas ao sistema nervoso central como esquizofrenia,  
1398 autismo, DM1, múltipla esclerose. Disse que a pergunta é quanto de glúten é seguro, uma vez  
1399 que há um grande grupo de sensíveis ao glúten. Perguntou, para reflexão, se os "sensíveis" de  
1400 hoje serão os "celíacos" de amanhã (*celíacos tipo 2?*). Feito esse panorama, falou da  
1401 experiência do Grupo Pró-Celíacos DNS/UFV que acompanha pacientes de forma individual  
1402 mensalmente, com avaliação nutricional (anamnese, antropometria, BIA e quest. metabólico  
1403 hídrico), prescrição individualizada com ênfase em pré e probióticos e exclusão agressores  
1404 dietéticos, além de preparações sem glúten e de baixo custo, entre outros. Explicou que, ao  
1405 chegar ao consultório, o paciente deve ser responder a um questionário metabólico com  
1406 perguntas como: Sente dores de cabeça? Com que frequência? Seus ouvidos coçam? Sua  
1407 pele possui feridas que dificultam a cicatrização? Você evacua todos os dias? Qual a  
1408 aparência de suas fezes? Sente-se distendido (a)? Dores nas articulações? E sua memória?  
1409 Explicou que se tratam de perguntas e questionamentos relacionados direta ou diretamente ao  
1410 intestino, possibilitando trazer lógicas às pessoas a fim de garantir a sequência da dieta. Disse  
1411 que o Projeto Pró-Celíacos trabalha com oficinas de preparações sem glúten e de baixo custo,  
1412 por exemplo. Falou também da oficina aberta, realizada pela Universidade de Viçosa, em  
1413 parceria com a FENALCEBRA, para capacitar profissionais. Disse que a experiência do  
1414 município de Viçosa foi possível concluir que o celíaco pode ter sua vida social, nutricional,  
1415 econômica, legal e sustentavelmente integrada e articulada de forma pontual. Citou, ainda, a  
1416 seguinte fala de paciente: "se tivéssemos ações mais integradas, poderíamos reduzir nosso  
1417 tempo de sofrimento, nosso custo com medicamento, nosso tempo seria maior e melhor para  
1418 fazermos e estarmos com quem amamos e nos querem bem". (fala de uma paciente M.F.A. ,  
1419 76 anos – paciente diabética, 30% da sua função renal, diagnóstico de doença celíaca há 4  
1420 anos. Atualmente sem uso de medicamentos e com uma vida diária funcional e saudável,  
1421 mesmo com suas limitações). Também citou o trecho do livro Antropo-ética - Ética do gênero  
1422 humano, de Edgar Morin: "Indivíduo/sociedade/espécie" que precisa se Sustentar, se apoiar e  
1423 se reunir". Destacou que é preciso ter coragem, porque o novo assusta, e dar o primeiro passo.  
1424 Por fim, fez a leitura do seguinte pensamento de Fernando Pessoa; "Há um tempo em que é  
1425 preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os  
1426 nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se  
1427 não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos." A seguir, o  
1428 representante do CONASEMS, **José Enio Servilha**, fez uma fala sobre o tema destacando  
1429 inicialmente que o debate sobre a doença celíaca é complexo e deve ser feito de forma  
1430 intersetorial, com envolvimento do MEC, Ministério da Agricultura, ANVISA, entre outros.  
1431 Também concordou que é necessário definir uma Política Intersetorial de Atenção Integral para  
1432 Pessoas Celíacas. Destacou que as questões colocadas devem ser discutidas no âmbito da  
1433 atenção básica, considerando também a questão da regionalização e rede de atenção, a fim de  
1434 assegurar a organização do sistema, com funcionamento das CITs e acompanhamento do  
1435 controle social. Frisou que o tema é complexo e vai além do repasse de recursos aos



1436 municípios para realização de exames laboratoriais. Todavia, disse que a discussão está no  
1437 caminho certo. **Manifestações.** Conselheiro **Luiz Odorico Monteiro de Andrade**  
1438 cumprimentou o GT Intersetorial pelo trabalho, com destaque para a minuta de resolução.  
1439 Saudou as expositoras pelas informações esclarecedoras e salientou a importância do trabalho  
1440 da Universidade de Viçosa. Também frisou que a questão é uma síntese do SUS, porque  
1441 envolve cidadania, Estado e sociedade. Por fim, destacou que é preciso assumir a articulação  
1442 intersetorial, debatendo, por exemplo, com a assistência social a possibilidade de benefício da  
1443 ação continuada a pessoas com doença celíaca e sugeriu que o CNS encaminhe esse debate  
1444 no Conselho Nacional de Assistência Social. Conselheiro **Helvécio Miranda Magalhães**  
1445 **Júnior** cumprimentou o CNS pela iniciativa de pautar o debate desse tema e manifestou o seu  
1446 orgulho pela Universidade Federal de Viçosa, uma das grandes universidades do mundo, pelo  
1447 trabalho importante que desenvolve. Destacou que foi possível alcançar avanços desde 2009 e  
1448 citou, por exemplo, que a PNAM 2011, pela primeira vez, faz alusão à integralidade da  
1449 segurança alimentar para necessidades especiais no campo alimentar, contemplando a doença  
1450 celíaca. Explicou que hoje há 1.100 nutricionistas nos NASFs e a intenção é triplicar esse  
1451 número para apoio matricial e condutas específicas em casos especiais no campo da atenção  
1452 básica. Concordou que é necessário mais material sobre o tema e educação permanente e  
1453 informou que está sendo finalizado edital para contratação de novos centros de colaboradores  
1454 em alimentação e nutrição. A propósito, manifestou o seu anseio de que a UFV seja um dos  
1455 parceiros, por conta do trabalho. Destacou ainda que o edital contempla a questão das  
1456 necessidades alimentares especiais. Ressaltou também que foi constituído Grupo e será  
1457 retomado debate sobre a implementação do protocolo da doença celíaca, que é progressiva  
1458 porque envolve recursos adicionais. Também esclareceu que a ideia do MS é caminhar na  
1459 linha da integralidade, mas considerando as diferenças e especificidades. Manifestou apoio à  
1460 minuta de resolução, mas solicitou que permaneça apenas SAS, porque a Coordenação Geral  
1461 de Alimentação e Nutrição faz parte dessa Secretaria. Avaliou que a política deva ser  
1462 construída de forma intersetorial no âmbito da CAISAM e do CONSEA, o que não impede que  
1463 o CNS seja o protagonista desse processo. Finalizando, salientou, para além do edital, o  
1464 anseio do MS em definir cooperação com a Universidade de Viçosa por conta do importante  
1465 trabalho. Conselheiro **Jurandi Frutuoso** cumprimentou as convidadas pelas apresentações  
1466 esclarecedoras que permitiu compreender a dimensão real da doença celíaca. Comprometeu-  
1467 se a levar o tema para debate no âmbito do CONASS, a fim de possibilitar aos gestores melhor  
1468 entendimento sobre o tema. Concordou que o assunto é abrangente, envolvendo da gestão à  
1469 formação profissional, passando pela sensibilidade das pessoas sobre o problema e reiterou  
1470 que é preciso integração para garantir solução necessária. Conselheira **Lorena Baía Alencar**  
1471 saudou a mesa e fez um destaque ao trabalho da Universidade Federal de Viçosa. Ressaltou  
1472 que a doença celíaca, como outras patologias, enfrenta o problema do estigma e é necessário  
1473 olhar específico. Também salientou a importância de regulamentar iniciativas como gôndolas  
1474 de supermercado identificando produtos sem glúten e a ANVISA tem papel importante nesse  
1475 sentido. No mais, propôs que o tema fosse incluído no caderno de atenção básica na linha de  
1476 contribuir na capacitação profissional. Acerca da minuta de resolução, manifestou o apoio do  
1477 Conselho de Farmácia, mas sentiu falta dos seguintes atores na composição do Comitê  
1478 Técnico Intersetorial: EMBRAPA e Ministério da Agricultura. Conselheira **Maria Laura**  
1479 **Carvalho Bicca** agradeceu as expositoras pelas informações esclarecedoras sobre a doença  
1480 celíaca e destacou a importância do protagonismo multiprofissional no tratamento da patologia.  
1481 Também sugeriu realizar atividade com a UFV no Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre  
1482 e avaliou que é preciso trabalhar a seguridade social, que inclui a previdência e a assistência.  
1483 A Professora da UFG, **Ana Vlândia Bandeira Moreira**, agradeceu a oportunidade de participar  
1484 do debate e as menções de cumprimentos, e desculpou-se por não poder permanecer até o fim  
1485 do debate. Conselheira **Nelcy Ferreira** destacou a importância de debater esse tema no CNS,  
1486 com a presença de convidadas. Conselheira **Jurema Werneck** defendeu a criação do Comitê  
1487 Técnico Intersetorial de Atenção Integral às Pessoas Celíacas, conforme proposto na minuta  
1488 de resolução. Conselheira **Zilda de Faveri Vicente Souza** perguntou qual o especialista mais  
1489 indicado para diagnosticar a doença celíaca. A Presidente da Fenacelbra, **Lucélia Costa**,  
1490 respondeu que o diagnóstico pode ser feito por uma gama de profissionais, sendo o mais  
1491 indicado o gastroenterologista. Conselheiro **Ubiratan Cassano** salientou a importância de  
1492 capacitar os profissionais para o diagnóstico da doença celíaca e do acompanhamento geral e  
1493 nutricional do paciente. No mais, ressaltou que alimentação e nutrição nas escolas é uma  
1494 questão fundamental e merece a atenção do governo. Por fim, defendeu segurança alimentar e  
1495 garantia da alimentação plena às pessoas com doença celíaca. Conselheiro José Eri de

1496 Medeiros fez um cumprimento especial à conselheira Nildes pelo trabalho e pela luta.  
1497 Conselheira **Maria Thereza Antunes** defendeu que seja reservado um espaço nas reuniões do  
1498 Conselho para conhecer as diversas patologias. Conselheiro **Cid Roberto Bertozzo Pimentel**  
1499 convidou a conselheira Nildes Andrade para uma reunião técnica na Previdência para tratar da  
1500 cobertura previdenciária à pessoa celíaca. O representante do CONASEMS, **José Enio**  
1501 **Servilha**, salientou que é preciso dar suporte às equipes de atenção básica para o diagnóstico  
1502 da doença celíaca. Conselheira **Marisa Furia Silva** sugeriu que na próxima gestão do  
1503 Conselho sejam pautadas apresentações no CNS sobre patologias e deficiências, para  
1504 conhecimento de todos. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** agradeceu as manifestações  
1505 de apoio a sua atuação do CNS e na luta pela pessoa com doença celíaca e disse estar feliz  
1506 por concluir com êxito a sua etapa no GT e no Conselho. Além disso, frisou que a restrição da  
1507 pessoa com doença celíaca é alimentar e não social. A seguir, a presidente da Fenacelbra,  
1508 **Lucélia Costa**, fez a leitura da minuta de resolução, elaborada pelo GT de Doença Celíaca,  
1509 com o seguinte teor: considerando o que dispõe a Lei n 8142, de 28/12/90 sobre a participação  
1510 da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre a transferência  
1511 intergovernamental de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências;  
1512 considerando a Lei nº 11.346/2006 – Lei de Segurança Alimentar e Nutricional, que considera  
1513 “a alimentação adequada, um direito fundamental do ser humano, inerente à dignidade da  
1514 pessoa humana, devendo o poder público adotar políticas e ações necessárias para promover  
1515 e garantir a segurança alimentar e nutricional da população”; considerando que o SUS é  
1516 constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da  
1517 saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação  
1518 complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada;  
1519 considerando que Rede de Atenção à Saúde é um conjunto de ações e serviços de saúde  
1520 articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade  
1521 da assistência à saúde; considerando que pesquisa feita em 2005, na cidade de São Paulo,  
1522 aponta 1 celíaco em cada grupo de 214 doadores de sangue ( PALMERO, Ricardo –  
1523 UNIFESP) o que se pode afirmar que, no Brasil, existem quase 1 milhão de celíacos, estando  
1524 a grande maioria deles sem diagnóstico; considerando as competências dos conselhos de  
1525 políticas públicas que preceitua: a) Propor a criação, modificação e extinção de políticas  
1526 públicas quando for o caso, para que as ações públicas sejam compatíveis com a promoção de  
1527 direitos. b) Exigir a incorporação da dimensão de obrigações públicas nas rotinas e  
1528 procedimentos dos conselhos. c) Usar os instrumentos de exigibilidade existentes e lutar pela  
1529 instituição de novos instrumentos de recursos. Resolve: aprovar a criação de um Comitê  
1530 Técnico Intersetorial de Atenção Integral às Pessoas Celíacas, composto por: a) 4 (quatro)  
1531 representantes do Ministério da Saúde sendo: 1 (um) representante da Secretaria de Atenção  
1532 à Saúde – SAS; 1 (um) representantes da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição –  
1533 CGAN/SAS; 1 (um) representante da Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS; e 1 (um)  
1534 representante da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEPE. b) 5 (cinco)  
1535 representantes do Conselho Nacional de Saúde sendo: 1 (um) representante da Comissão  
1536 Intersetorial de Alimentação e Nutrição – CIAN; 1 (um) representante da Comissão Intersetorial  
1537 de Saúde da Mulher – CISMU; 1 (um) representante da Comissão Intersetorial de Atenção  
1538 Integral à Saúde da Criança, do Adolescente e do Jovem – CIASAJ; 1 (um) representante da  
1539 Comissão Intersetorial de Saúde do Idoso – CISId, 1 (um) Conselheiro Nacional de Saúde; c) 1  
1540 (um) representante do Ministério da Educação - MEC; d) 1 (um) representante do Ministério do  
1541 Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS; e) 1 (um) representante do Ministério do  
1542 Planejamento, Orçamento e Gestão - MPOG; f) 1 (um) representante do Ministério da Ciência e  
1543 Tecnologia - MCT; g) 1 (um) representante do Ministério da Justiça - MJ; g) 1 (um)  
1544 representante do Ministério Público Federal - MPF; i) 3 (três) representantes indicados pela  
1545 Federação Nacional de Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA; j) 1 (um)  
1546 representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA; k) 1 (um) representante  
1547 do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS; l) 1 (UM) representante do  
1548 Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS. O objetivo do referido  
1549 Comitê será elaborar, planejar, executar, monitorar e avaliar a “Política Intersetorial de Atenção  
1550 Integral para Pessoas Celíacas”. Após a leitura, a mesa registrou a sugestão de incluir na  
1551 composição do Comitê um representante da previdência social, um da EMBRAPA e um do  
1552 Ministério da Agricultura. A seguir, a coordenadora da mesa colocou em votação a minuta de  
1553 resolução, com os acréscimos sugeridos. **Deliberação: aprovada resolução do CNS que cria**  
1554 **um Comitê Técnico Intersetorial de Atenção Integral às Pessoas Celíacas para elaborar,**  
1555 **planejar, executar, monitorar e avaliar a Política Intersetorial de Atenção Integral para**

1556 **Pessoas Celíacas. (Além dos integrantes sugeridos no texto original da resolução, o**  
1557 **Plenário decidiu incluir ainda: um representante da previdência social, um da EMBRAPA**  
1558 **e um do Ministério da Agricultura).** Com esse encaminhamento, a coordenadora da mesa  
1559 agradeceu os convidados e suspendeu os trabalhos para o almoço. Retomando, conselheiro  
1560 **Clóvis Boufleur** colocou em apreciação o Regimento Interno da Conferência, elaborado com a  
1561 participação de lideranças indígenas e da CISI/CNS, e apresentado ao Plenário do CNS, na  
1562 última reunião do CNS. **Deliberação: aprovado, por unanimidade, o Regimento Interno da**  
1563 **5ª CNSI.** Na sequência, conselheira **Graciara Matos de Azevedo** informou que a Comissão  
1564 Intersetorial de Saúde Bucal elaborou minuta que recomenda ao MS a realização do primeiro  
1565 levantamento epidemiológico da saúde bucal indígena. **Deliberação: aprovado o mérito de**  
1566 **recomendação, elaborada pela Comissão Intersetorial de Saúde Bucal, ao MS que realize**  
1567 **o primeiro levantamento epidemiológico da saúde bucal indígena.** O Secretário Executivo  
1568 do CNS, **Márcio Florentino Pereira**, reiterou o convite aos conselheiros para participar do  
1569 seminário laboratório de inovações, práticas e participação na OPAS cuja abertura ocorreria  
1570 naquele dia, à noite. Além disso, apresentou a proposta de mais um dia para a 240ª Reunião  
1571 Ordinária do CNS – dias 11, 12 e 13 de dezembro de 2012 – a fim de dar conta da pauta  
1572 prevista e realizar balanço das atividades de 2012. **Deliberação: o Plenário decidiu que a**  
1573 **240ª Reunião Ordinária do CNS será realizada nos dias 11, 12 e 13 de dezembro.** Definido  
1574 esse ponto, a mesa foi composta para o item 8 da pauta. **ITEM 8 – VIGILÂNCIA EM SAÚDE –**  
1575 **EPIDEMIA DE AIDS (H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>, DST-AIDS) - Apresentação: Jarbas Barbosa Da Silva Júnior,**  
1576 **Secretário de Vigilância em Saúde – SVS/MS; Carlos Alberto Ebeling Duarte,** coordenador  
1577 da Comissão Intersetorial para Acompanhamento das Políticas em DST/Aids – CIADAIDS;  
1578 **Cláudio Maierovitch Pessanha Henriques,** diretor do Departamento de Vigilância das  
1579 Doenças Transmissíveis – DEVIT/MS; **Dirceu Bartomeu Greco,** coordenador do  
1580 Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais/MS. **Coordenação:** conselheira **Jurema Pinto**  
1581 **Werneck,** da Mesa Diretora do CNS. Inicialmente, o Secretário **Jarbas Barbosa Da Silva**  
1582 **Júnior** agradeceu o convite e informou que os diretores Dirceu Greco e Cláudio Maierovitch  
1583 **Henriques** abordariam os temas em pauta. Primeiro, o diretor do DEVIT/MS, **Cláudio**  
1584 **Maierovitch Pessanha Henriques,** expôs sobre as ações da vigilância epidemiológica de  
1585 influenza no Ministério da Saúde. Explicou que a vigilância acompanha a situação da influenza  
1586 no país a partir das ações de avaliação de intervenções e auxílio nos serviços de saúde na  
1587 adoção de medidas preventivas e terapêuticas no controle da doença; acompanhamento da  
1588 morbidade e mortalidade associadas aos vírus; capacitação dos recursos humanos para a  
1589 vigilância epidemiológica e laboratorial da Influenza, incluindo os centros envolvidos na rede  
1590 (de referência); detecção de maneira adequada e oportuna de surtos, epidemias e pandemias;  
1591 distribuição de medicamentos (fosfato de oseltamivir) para os estados e DF; e produção de  
1592 dados e disseminação de informações. Destacou que o aspecto mais grave da manifestação  
1593 da Influenza refere-se à Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Lembrou que, em 2009,  
1594 ocorreu a pandemia de influenza em escala mundial, com elevados índices de casos e óbitos.  
1595 Em 2012, houve aumento de casos em 2012 pelo vírus H1N1 em relação a 2011 e 2010 e o  
1596 vírus continua circulando, mas sem o risco de causar pandemia. Disse que se trata de um vírus  
1597 com comportamento diferente por afetar pessoas mais jovens e causar casos mais graves.  
1598 Salientou que, em 2012, houve aumento dos casos nos meses do outono, com picos nos  
1599 meses de inverno, em geral, no mês de julho. Destacou que houve aumento de casos  
1600 associados à influenza e, a exemplo do que ocorre todos os anos, também houve aumento de  
1601 casos causados por outros agentes. Considerando o aumento de casos mais proeminente nos  
1602 Estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul, disse que o MS atendeu ao pedido das  
1603 Secretarias Estaduais de Saúde para colaborar na investigação de casos e óbitos nesses  
1604 Estados. No caso de Santa Catarina, relatou que foram investigados 84 casos hospitalizados  
1605 de SRAG por influenza A (H1N1), no período de 15 de junho a 9 de julho, sendo 28 óbitos e 56  
1606 curas, verificando os fatores de maior risco para o agravamento de casos e óbito. Detalhou que  
1607 os resultados da investigação foram os seguintes: aumento da circulação do vírus influenza A  
1608 (H1N1), em SC, no período verificado; entre os principais fatores que contribuíram para  
1609 agravamento e óbito: a) demora na procura por atendimento, no diagnóstico e no início do  
1610 tratamento com oseltamivir e b) doenças e condições preexistentes: cardiopatias e obesidade;  
1611 86% (24/28) dos que morreram tinham indicação para receber vacina contra influenza, porém,  
1612 96% (23/24) não foram vacinados até 15 dias antes do início dos sintomas. Em relação à  
1613 investigação de óbito no Rio Grande do Sul, disse que foram investigados os 53 óbitos, sendo  
1614 52 com confirmação laboratorial para Influenza A (H1N1) no período e um confirmado pelo  
1615 critério de vínculo clínico epidemiológico. Detalhou que os resultados foram os seguintes: 60%

1616 (32/53) tinham fatores de risco, destes, 81% (26/32) referiram doenças preexistentes; a média  
1617 de idade foi de 45 anos (3 meses a 85 anos); 43% (23/53) procuraram atendimento mais de  
1618 uma vez antes da internação; 83% (44/53) realizaram tratamento com oseltamivir, sendo que  
1619 desses, 91% (40/44) com mais de dois dias após o início dos sintomas; 57% (30/53) tinham  
1620 indicação para receber vacina contra influenza, porém 93% destes (28/30) não haviam se  
1621 vacinado. Explicou que existe no país uma vigilância sentinela de Síndrome Gripal (SG) que  
1622 identifica os vírus que circulam com maior frequência no país. Nos dados de 2012, destacou  
1623 aumento de casos ambulatoriais de síndrome gripal, o que acompanha o aumento da curva de  
1624 casos graves. Dos vírus que circularam nos ambulatorios, identificou-se aumento dos casos de  
1625 influenza A. Destacou que, diante do aumento de casos de influenza na Região Sul do país,  
1626 além da investigação, foram tomadas outras ações de vigilância e resposta à situação.  
1627 Destacou que houve reforço na distribuição de tratamentos - 3.561.283, no total – e não houve  
1628 falta de medicamentos antiviral nos Estados. Também ressaltou que, em 2011, o protocolo de  
1629 tratamento foi modificado e foi realizada divulgação para os serviços de saúde quanto à  
1630 indicação do medicamento oseltamivir. Todavia, o uso do antirretroviral não está plenamente  
1631 incorporado à cultura dos serviços de saúde. Além disso, explicou que foi disponibilizado vídeo  
1632 para capacitação e treinamento sobre influenza, sendo iniciado em 17 de setembro de 2012,  
1633 com 1.000 alunos inscritos. Lembrou que todos os anos o MS realiza vacinação contra a  
1634 influenza que precede o período de maior frequência de casos, em geral, no mês de abril.  
1635 Todavia, nesse ano a vacinação ocorreu no início de maio por conta de feriados que dificultou  
1636 a operação. Disse que a vacinação é indicada para grupos específicos, com base em avaliação  
1637 de risco, no entanto, a meta nem sempre é alcançada. Explicou que o alcance das metas de  
1638 vacinação foi heterogêneo; no caso de trabalhadores de saúde, a meta foi alcançada em quase  
1639 todos os estados, mas houve dificuldade em relação a gestantes e idosos. Por essa razão, a  
1640 vacinação foi prolongada e, em setembro, as metas foram alcançadas. Também disse que foi  
1641 realizada reunião para discutir grupos de comorbidade para recomendação da vacina contra  
1642 influenza em 2013 e foram indicados a serem incluídos na campanha de vacinação com  
1643 prescrição médica: doença respiratória crônica, doença cardíaca renal crônica, doença renal  
1644 crônica, doença neurológica crônica, diabetes, imunossupressão, obesidade, transplantados e  
1645 síndrome de Down. Além disso, destacou que serão mantidos os seguintes grupos: crianças de  
1646 6 meses até dois anos de vida, pessoas com 60 anos ou mais, trabalhadores de saúde,  
1647 indígenas, pessoas privadas de liberdade, gestantes. Além do grupo das gestantes, que já  
1648 fazem parte da campanha de vacinação, informou que serão incluídas as puérperas (até 4  
1649 semanas após o parto). Salientou ainda a ampliação da vigilância em influenza no país, com  
1650 aumento do serviço sentinela, de 59 para 138. Disse que a expectativa é de uma situação mais  
1651 favorável em 2013, diante das ações definidas. Todavia, ainda haverá casos de doenças  
1652 respiratórias e de gripe, principalmente no período mais frio do ano, considerando, inclusive,  
1653 que a eficácia da vacina é de 60 a 70%. Ressaltou que a expectativa é de diagnóstico e  
1654 utilização do antiviral de maneira mais precoce, porque pode reduzir a duração, a gravidade e  
1655 os óbitos em relação à gripe. Seguinte, o coordenador do Departamento de DST, Aids e  
1656 Hepatites Virais/MS, **Dirceu Bartomeu Greco**, fez uma explanação sobre a epidemia de AIDS,  
1657 os avanços e os desafios. Começou destacando que a epidemia de AIDS não está controlada  
1658 e o financiamento da resposta nacional tem aumentado de forma gradual nos últimos anos (de  
1659 2002 a 2012, o governo federal repassou às ONGs R\$ 137 milhões). Em relação aos direitos  
1660 humanos, explicou que se trata do pilar da resposta brasileira e o Departamento participa na  
1661 elaboração da lei contra a discriminação, preconceito, criminalização de PVHA e combate a  
1662 homofobia, violência de gênero, raça e orientação sexual. Além disso, salientou a  
1663 ação integrada e intersetorial para o combate à homofobia e violência de gênero, o Plano de  
1664 Combate à Aids para Gays, HSH e Travestis Nacional/Estadual e a aplicação da Resolução  
1665 200 da OIT (Comissão do MTE, SVS) – AIDS no local de trabalho. Nesse contexto, explicou  
1666 que a agenda estratégia da SVS possui dois pilares: redução da transmissão do HIV/DST/HV e  
1667 melhoria da qualidade de vida das pessoas com DST/HIV/Aids e HV (o Brasil possui 250 mil  
1668 pessoas vivendo com HIV AIDS e recebendo medicamento). Especificamente sobre a epidemia  
1669 de AIDS, explicou que é concentrada, com a seguinte prevalência: população de 15 a 49 anos:  
1670 0,6 %; homens que fazem sexo homens: 10,5%; mulheres trabalhadoras sexuais: 5,0%;  
1671 usuários de drogas: 5,9%; jovens (17 a 21 anos) HSH: 1,2%; e travestis (estudos locais): 14%.  
1672 Detalhou que a epidemia da Aids é considerada concentrada, heterogênea e desigualmente  
1673 distribuída entre as regiões, ocorrendo e atingindo diferentes subgrupos populacionais de  
1674 estados e municípios do Brasil, com maior concentração de casos nos grandes centros  
1675 urbanos. Atinge mais intensamente populações em situação de maior vulnerabilidade,

1676 necessitando focalização para estes grupos, mas sem perder de vista o risco para a população  
1677 geral. Acrescentou, ainda, que 250 mil pessoas não conhecem sua condição sorológica.  
1678 Ressaltou que a resposta à epidemia passa pela integração das diferentes estratégias de  
1679 prevenção do HIV: modificação de comportamento, estratégias biomédicas, direitos humanos e  
1680 justiça social e tratamento. Explicou que, para reduzir a mortalidade e a transmissibilidade,  
1681 serão ampliadas as oportunidades para o diagnóstico precoce (no Brasil, 30% das pessoas que  
1682 chegam ao tratamento estão em situação de imunodeficiência de moderada a grave). Desse  
1683 modo, frisou que é preciso expandir as oportunidades de diagnóstico e, a esse respeito,  
1684 destacou o projeto “Quero Fazer” (testagem e aconselhamento) e DEBI (intervenção  
1685 comportamental e gestão de risco) e a Ação Programática do “Fique Sabendo”. Ainda na linha  
1686 da ampliação do acesso ao diagnóstico explicou que no período de 2003 e 2011 o SUS  
1687 realizou 7,5 milhões de testes. Além disso, falou da proposta do MS de trailer auto-motriz para  
1688 oferecer serviços de saúde, como diagnóstico e oficinas de prevenção (em cooperação com  
1689 OSCs). Inicialmente, a unidade atenderá nas 12 cidades-sede da Copa. A respeito dos testes  
1690 rápidos, explicou que a intenção é disponibilizar em breve para o CD4 e, posteriormente, para  
1691 carga viral, possibilitando a decisão terapêutica no mesmo momento. No que se refere à  
1692 qualidade da atenção, disse que foram tomadas as seguintes ações: desenvolvimento e  
1693 atualização das diretrizes; novos medicamentos – três em um; integração com atenção básica;  
1694 avaliação dos serviços e da qualidade (Qualiaids, QualiUsuário); vigilância clínica; novo  
1695 consenso, com antecipação do tratamento; desenvolvimento e atualização de diretrizes: saúde  
1696 mental, alimentação e nutrição, atividade física e lipodistrofia) – academias da saúde; Redes de  
1697 atenção – sobrecarga dos maiores serviços –SAEs (723 em 2012 – era 636 em 2007).  
1698 Salientou que são distribuídos 21 medicamentos para HIV AIDS, sendo dez fabricados no  
1699 Brasil. Além disso, salientou a incorporação de medicamentos: ampliação das indicações de  
1700 PEG INF para genótipo não 1 do HCV (2011); Boceprevir e telaprevir para Hepatite C genótipo  
1701 1 (2012); e Maraviroque como terceira linha de TARV (2012). Sobre novas frentes na resposta  
1702 nacional, destacou a atenção a populações soronegativas, com estabelecimento de serviços  
1703 (possivelmente parte da rede de CTA) para atendimento de populações vulneráveis  
1704 soronegativas (travestis, trans, HSH, profissionais do sexo). Detalhou que o objetivo é  
1705 promover acesso destas populações a rede de serviços para redução de risco e  
1706 vulnerabilidades. Citou ainda o desenvolvimento e atualização de diretrizes, recomendações de  
1707 tratamento e boas práticas de serviços, além de Guias - Saúde Mental, Alimentação e Nutrição,  
1708 Atividade Física, Lipodistrofia. Também falou sobre casos novos de tuberculose segundo  
1709 coinfeção, explicando que o aumento de mortalidade pelo bacilo refere-se a pessoas  
1710 infectadas por HIV. Salientou aumento gradual da realização dos testes anti-HIV nos casos  
1711 novos de tuberculose (10% dos testes demonstraram coinfeção por HIV). Fez um destaque às  
1712 ações para o fomento de pesquisa, explicando que estão sendo preparadas as linhas de  
1713 pesquisa que serão colocadas em editais. Listou os principais resultados da Política Brasileira  
1714 de Enfrentamento da Aids - 1980-2012: garantia do acesso universal ao tratamento com  
1715 aumento da sobrevida; gestão descentralizada com aumento do orçamento; ampliação do  
1716 acesso aos insumos de prevenção; produção nacional de preservativos, testes diagnósticos e  
1717 medicamentos; rede de serviços estabelecida; resposta intersetorial; e parceria com a  
1718 sociedade civil organizada. Detalhou que os desafios são: Política de enfrentamento junto com  
1719 a atenção básica – focalização no diagnóstico precoce do HIV, sífilis, TB e hepatites;  
1720 envolvimento interministerial: educação, direitos humanos, justiça, mulheres, MRE, Defesa,  
1721 Turismo; integração com CONASS e CONASEMS; sustentabilidade da resposta nacional;  
1722 acesso aos insumos de tratamento e prevenção: TRIPs com suas flexibilidades, produção local  
1723 e colaboração internacional; decisões baseadas em evidências científicas; financiamento e  
1724 sustentabilidade das OSCs; desigualdade de gênero; desigualdade de raça; pobreza; direitos  
1725 humanos; e violência. Também apresentou os seguintes encaminhamentos: grupo de trabalho  
1726 sobre política de incentivo e financiamento; reunião nacional sobre políticas relacionadas à  
1727 prostituição; participação de membros da CNAIDS, CAMS na reunião com epidemiologistas  
1728 (20-21 de novembro); semana de mobilização nacional; testagem itinerante – aquisição de  
1729 trailers automotrices; universalização do PSE/SPE; Planos de ação para jovens, mulheres,  
1730 populações em situação de maior vulnerabilidade; e SAE em cada município prioritário –  
1731 relação com a atenção básica; e reestruturação da rede de cuidados com GT específico (com o  
1732 CONASEMS). Também detalhou os compromissos até 2015, salientando a importância da  
1733 participação da sociedade civil, dos governos estaduais e municipais: 50% de redução na  
1734 transmissão sexual do HIV; 50% redução do HIV entre pessoas que usam drogas injetáveis;  
1735 50% de redução nas mortes por TB em PVHA; garantir que nenhuma criança nasça com HIV e

1736 redução nas mortes maternas relacionadas à AIDS; e 15 milhões em tratamento com ARV. Por  
1737 fim, reiterou a mobilização nacional – Fique sabendo que será realizada de 20 de novembro a  
1738 1º de dezembro. Na sequência, o Secretário **Jarbas Barbosa da Silva Júnior** acrescentou  
1739 alguns aspectos aos temas em pauta. Primeiro, informou que MS, CONASS e CONASEMS  
1740 vêm debatendo proposta de ajustes no orçamento da vigilância sanitária, pois a ideia de  
1741 recurso único, a ser repassado a Estados e Municípios para vigilância perdeu-se ao longo dos  
1742 últimos anos, uma vez que incentivos transitórios tornaram-se permanentes. Detalhou que no  
1743 bloco de vigilância há 42 portarias que criaram mecanismo de transferência de recurso, o que  
1744 dificulta o acompanhamento da execução. Explicou que, a partir da premissa de programa  
1745 integrado de programação com base nos planos nacionais, a proposta é retomar a ideia inicial  
1746 e definir fixo único para financiar as ações de vigilância e prevenção de doenças (cerca de R\$  
1747 1,2 bilhão). Além desse piso, haveria dois incentivos específicos: DST/AIDS e Hepatites (R\$  
1748 168 milhões); e qualificação das ações de vigilância, prevenção e controle de doença (R\$ 250  
1749 milhões). Sobre a influenza, explicou que no mês de novembro será realizada reunião com os  
1750 estados para balanço do processo de fortalecimento de vigilância da influenza no país.  
1751 Ressaltou que a estratégia é manter a vacinação em grupos prioritários, porque a tentativa de  
1752 vacinação universal pode ter resultado perverso, lembrando que não há estoque de vacina  
1753 para uso fora da estação (influenza sazonal), diferente das demais vacinas. Além disso,  
1754 lembrou que, das vacinas utilizadas, a da influenza é a de menor capacidade imunológica (de  
1755 cada 100 pessoas vacinadas, apenas 70 protegidas). Salientou ainda que não há evidência  
1756 científica que indique a mudança de estratégia de vacinação (de grupos específicos para toda  
1757 a população). Além disso, ressaltou que é preciso modificar a cultura médica para utilização do  
1758 medicamento (fosfato de oseltamivir) de imediato nos casos indicados, a fim de assegurar a  
1759 redução de óbitos, inclusive. Destacou que a maioria dos óbitos em RS e SC foram de pessoas  
1760 comorbidades similares e o fator decisivo foi a demora na oferta do medicamento. Também  
1761 disse que foram divulgados ajustes para definir melhor os grupos de comorbidades na  
1762 vacinação de 2013. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte**, coordenador da  
1763 CIADAIDS/CNS, explicou que o movimento de luta contra a AIDS percebeu uma mudança na  
1764 epidemia de AIDS e na estratégia de enfrentamento da doença ao longo dos últimos anos.  
1765 Lembrou que, em 2000, o Programa de Combate à AIDS foi considerado o melhor do mundo,  
1766 resultado da intenção tripartite de enfrentar a epidemia. Além disso, salientou que, nessa  
1767 resposta do Brasil, foram fundamentais o SUS – sistema universal, integral, equânime, com  
1768 controle social, descentralizado - a participação da sociedade civil e o protagonismo das  
1769 pessoas que vivem com HIV. Disse que o movimento considera que há uma epidemia diferente  
1770 daquela colocada pelas três esferas de governo e pela sociedade em geral que tem uma visão  
1771 do que é a epidemia hoje diferente do que era na década de 90. Nessa linha, o movimento de  
1772 luta contra a AIDS considera que é importante “resignificar” a epidemia de AIDS, a fim de  
1773 continuar o seu enfrentamento. Fez referência ao conceito de “morte civil”, colocando que a  
1774 dificuldade de acesso a tratamento das populações infectadas com HIV tem contribuído para  
1775 aumentar a epidemia. Explicou que no mês de setembro o movimento de luta contra a AIDS  
1776 reuniu-se com o Ministro da Saúde e com a SVS onde foram levantados cinco pontos para se  
1777 rediscutir a epidemia de AIDS: 1) reconhecer que há uma epidemia de AIDS crescente no país;  
1778 2) a política de AIDS deve basear-se nos direitos humanos, garantindo os direitos das  
1779 populações com maior vulnerabilidade em relação a HIV – homens que fazem sexo com  
1780 homens, gays, travestis, transexuais, trabalhadores comerciais do sexo, pessoas privadas de  
1781 liberdade, usuários de drogas e populações em situação de rua; 3) discussão ampla,  
1782 envolvendo gestores, pesquisadores e sociedade civil a respeito da incorporação de novas  
1783 tecnologias de prevenção, visando a diminuição de novas infecções; 4) reforço a estados e  
1784 municípios que estão fechando ambulatório e leitos, sem reposição de profissionais em um  
1785 contexto de crescente número de pacientes com HIV em acompanhamento; e 5) apoio ao  
1786 fortalecimento das ONGs que trabalham com ONG AIDS. Disse que a Comissão de Articulação  
1787 do Movimento Social, Comissão de AIDS e a CIADAIDS/CNS reuniu-se no final de outubro  
1788 para debater os cinco pontos colocados pelo movimento de luta contra a AIDS. Salientou que é  
1789 preciso entender a epidemia de AIDS no país, lembrando que a situação é distinta nas regiões  
1790 brasileiras e a forma de enfrentamento também (no RS, a epidemia é de 2%, quase cinco  
1791 vezes maior que a média nacional – 0,6%). Salientou ainda que as populações mais  
1792 vulneráveis ao HIV enfrentam preconceito e discriminação, o que, entre outras questões,  
1793 dificulta ainda mais o acesso aos serviços de saúde. Citou, por exemplo, que o GAPA, em  
1794 Porto Alegre, atende população em situação de rua e a maioria dos atendidos tem HIV positivo  
1795 e 70% tuberculose ativa e essas pessoas não conseguem ter acesso aos serviços de saúde.

1796 Também disse que é preciso combater o imaginário que “viver com AIDS é bom”, uma vez que  
1797 é muito difícil viver com AIDS e muitas das pessoas infectadas não conseguem trabalho, nem  
1798 têm acesso aos benefícios sociais. Afirmou que a “cara da AIDS” mudou e hoje pode ser vista  
1799 na face marcada pela deformação causada pelos medicamentos, principalmente nas mulheres.  
1800 Registrou que são mais de 11 mil mortes por ano no Brasil por conta da AIDS, um número  
1801 muito alto para uma epidemia dita “controlada”. Explicou ainda que a sociedade civil é quem  
1802 trabalha com a população com histórico de exclusão, todavia, essa sociedade enfrenta  
1803 dificuldade em relação a financiamento. Frisou que organizações importantes estão fechando  
1804 as portas por falta de financiamento interno e externo, os últimos suspensos por conta da ideia  
1805 divulgada de uma epidemia controlada e do país como 6ª economia, que passou de receptor  
1806 para doador. Ressaltou que as pessoas em situação de vulnerabilidade são quem perde e  
1807 talvez o fechamento de organizações seja uma das causas para o aumento dos casos nessa  
1808 população. Acerca do financiamento, disse que há cerca de R\$ 160 milhões parados nas  
1809 contas dos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde e, por uma negociação na CIT, esses  
1810 recursos passam a ser da vigilância em saúde e não mais para o combate à AIDS. Disse que  
1811 esses recursos não foram utilizados por preconceito e discriminação, além de falta de  
1812 priorização da política. Disse que em Porto Alegre existe um grupo de análise da mortalidade  
1813 que visa compreender os altos índices de mortalidade na Capital e esse grupo tem verificado  
1814 falha dos serviços de saúde, o que vem aumentando. Finalizando, frisou que o movimento de  
1815 luta contra a AIDS deseja rediscutir a epidemia de AIDS e o seu enfrentamento e informou que  
1816 fora elaborada minuta de recomendação para ser apreciada pelo Plenário do CNS.  
1817 **Manifestações.** Conselheiro **Cid Roberto Bertozzo Pimentel** explicou que a previdência  
1818 social, pelos resultantes infecciosos e parasitários, de 2006 a 2011, teve curva decrescente em  
1819 função da diminuição das patologias decorrentes de doenças infecciosas e parasitárias.  
1820 Esclareceu que a infecção pelo vírus do HIV não é motivo de benefício, mas sim o afastamento  
1821 por patologias, comorbidades, doenças (para aqueles com cobertura previdenciária). No mais,  
1822 disse que os benefícios de auxílio-doença acidentados são concedidos de acordo com códigos  
1823 e os casos questionáveis podem ser apresentados no conselho de recurso, antes de instâncias  
1824 litigantes. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos (“Santinha”)**, na sua  
1825 fala, fez os seguintes questionamentos: Como se dá a articulação da SVS com a Política  
1826 Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e a SPM, no que se refere à Política de AIDS?  
1827 Como é trabalhada a questão da desigualdade de gênero no que se refere ao Programa  
1828 Nacional de DST/AIDS (aumento de casos entre as mulheres)? Há acúmulo de debate sobre a  
1829 reprodução assistida e AIDS? Qual será o tema da campanha durante o carnaval? Conselheiro  
1830 **José Eri de Medeiros** focou a sua fala na questão da influenza e fez referência às mortes que  
1831 ocorreram no RS por conta do H1N1. Informou que o CONASEMS entende que é preciso  
1832 modificar a estratégia para 2013 e apresentará uma posição a esse respeito na reunião com o  
1833 MS. Conselheiro **Artur Custódio de Souza**, primeiro, perguntou como está o recorte racial no  
1834 banco de dados sobre a epidemia de AIDS. A respeito da minuta de recomendação, sugeriu  
1835 que se desdobrasse em dois documentos: resolução do CNS, contemplando as questões  
1836 relativas a financiamento; e recomendação, tratando sobre as questões técnicas. Salientou que  
1837 é preciso cuidado para que a AIDS não seja uma doença negligenciada, a exemplo da  
1838 hanseníase e é preciso pensar no papel do MS como indutor de políticas públicas. Por fim,  
1839 manifestou preocupação com o recuo na estratégia da hanseníase e ponderou que a junção  
1840 com outras patologias pode ter trazido prejuízos. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** sugeriu  
1841 incluir entre os compromissos até 2015 uma recomendação a estados e municípios para que  
1842 contemplem nos planos de trabalho a meta de redução de 50% da incidência da hanseníase.  
1843 Conselheiro **Jorge Oliveira Duarte** (Jorge “Marubo”) chamou a atenção para altas taxas de  
1844 hepatites virais no Vale do Javari e solicitou à Comissão de Aids que promova debate sobre o  
1845 programa de combate às hepatites virais (4 tipos). Conselheira **Marisa Fúria Silva** focou a sua  
1846 fala na questão da influenza para defender que a vacina seja disponibilizada para todas as  
1847 faixas etárias, contemplando inclusive as pessoas que viajam para fora do país. Conselheira  
1848 **Ruth Ribeiro Bittencourt** salientou que os temas em pauta perpassam todas as classes e  
1849 frisou que é fundamental trabalhar com o eixo da educação. A respeito da minuta  
1850 recomendação, defendeu uma resolução do CNS visando à garantia do financiamento para  
1851 ações de DST/Aids e Hepatites Virais (itens 1 e 2) e uma recomendação sobre o item 3.  
1852 Conselheira **Verônica Lourenço** falou sobre a incidência de sífilis na população indígena e fez  
1853 referência ao vídeo “parentes e HIV/AIDS”, que circula na internet, sem a autorização dos  
1854 povos indígenas. Salientou também a importância de diálogo entre as diversas políticas da  
1855 saúde e destacou que as ações de enfrentamento de HIV/AIDS e hepatites devem ser

1856 contempladas na construção do plano operativo da população negra e no plano operativo de  
1857 saúde integral da população LGBT. **Retorno da mesa.** O Secretário da SVS/MS, **Jarbas**  
1858 **Barbosa da Silva Júnior**, fez comentários gerais sobre as questões levantadas pelos  
1859 conselheiros. Iniciou salientando, em relação à AIDS, que há consensos e outras questões que  
1860 precisam ser esclarecidas. Explicou que em vários momentos foram repassadas mensagens  
1861 equivocadas sobre o que era a epidemia de AIDS no país e rebateu a informação de  
1862 feminização da epidemia, por exemplo. Ressaltou que estratégias universais são necessárias,  
1863 mas há grupos que necessitam de ações focais por conta da prevalência maior. Concordou,  
1864 inclusive, que o movimento social é importante para fazer chegar aos grupos mais vulneráveis  
1865 que necessitam de ações específicas. Disse que não há documento do MS afirmando que a  
1866 epidemia está controlada e ressaltou que o documento da FIOCRUZ, ao tratar de doenças  
1867 transmissíveis, faz uma aposta do que pode acontecer em 2030, mas sem evidência. Frisou  
1868 que é preciso fortalecer as instituições do SUS para alcançar as metas definidas e a  
1869 participação local é importante nesse sentido. Destacou que os recursos para ações de  
1870 enfrentamento da AIDS cresceram nos últimos anos e é preciso trabalhar as questões  
1871 levantadas pelo conselheiro Carlos Duarte. A respeito de novas tecnologias, disse que o MS  
1872 implementa algumas que considera eficazes e citou, por exemplo, a implementação da  
1873 tecnologia de teste rápido para HIV, sífilis e AIDS, o que será uma revolução na detecção  
1874 precoce dessas doenças. Além disso, citou a mudança de iniciar o tratamento com a  
1875 medicação o quanto antes possível e a busca de estratégias para alcançar os grupos mais  
1876 vulneráveis. Destacou que o MS está aberto a novas sugestões e estratégias a serem incluídas  
1877 nas ações. Sobre as organizações sociais, explicou que houve problemas por questões  
1878 políticas e lembrou que a LDO 2012 impedia o repasse de recursos para instituições que não  
1879 tivessem CEBAS, o que trouxe grandes limitações. Destacou que o recurso disponível com  
1880 mais flexibilidade (empréstimo com Banco Mundial) foi utilizado em edital de R\$ 10 milhões e  
1881 foram apresentadas propostas. Disse que a proposta do Executivo de mudança da LDO 2013  
1882 alterou a limitação e abre a possibilidade de movimentos sociais que trabalham com  
1883 tuberculose, hanseníase, HIV/AIDS e hepatites receberem recursos de convênio sem a  
1884 necessidade do CEBAS. A respeito da influenza, disse que não há movimento de culpar a  
1885 população, mas relatório demonstra que se a vacinação dos grupos prioritários tivesse sido  
1886 feito da maneira correta e se o medicamento tivesse sido utilizado as mortes teriam sido  
1887 evitadas. Destacou que a vacina nem sempre está disponível quando o MS deseja, mas a  
1888 intenção é que a vacinação seja feita a partir de abril. Reiterou que a vacina não serve para  
1889 interromper a transmissão do vírus da influenza e, por isso, nenhum país utiliza a estratégia de  
1890 vacinação em grande escala (para toda população). Finalizando, disse que é preciso uma visão  
1891 autocrítica sobre o que vem ocorrendo – dificuldade de vacinação do grupo prioritário e demora  
1892 na procura por atendimento, no diagnóstico e no início do tratamento com oseltamivir. Após, a  
1893 mesa passou a palavra ao conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte**, coordenador da  
1894 CIADAIDS/CNS, para leitura da minuta de recomendação. Antes, o conselheiro fez questão de  
1895 registrar que a política de enfrentamento da AIDS é um exemplo a ser seguido no mundo e, por  
1896 essa razão, existe uma cobrança por uma resposta eficaz à situação. Esclareceu que as  
1897 críticas à resposta brasileira frente a epidemia de AIDS não teve por objetivo diminuir a  
1898 importância do Departamento de AIDS e frisou que alguns avanços tem sido retomados por  
1899 conta do dialogo entre gestão e movimento social. Disse que o movimento social está fazendo  
1900 o seu trabalho e a sua ação e a gestão respondendo a demanda da sociedade. Após essas  
1901 considerações, leu a minuta de recomendação com o seguinte teor: “Recomendação nº XXX,  
1902 de XX de novembro de 2012. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua  
1903 Ducentésima Trigésima Oitava Reunião Ordinária, realizada nos dias 09 e 10 de outubro de  
1904 2012, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de  
1905 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e pelo Decreto nº  
1906 5.839, de 11 de julho de 2006, e: Considerando que a resposta brasileira à epidemia de AIDS  
1907 se pautou desde seu início nos princípios constitucionais da universalidade, integralidade,  
1908 equidade, descentralização e controle social, que são a base das ações desenvolvidas pelo  
1909 Sistema Único de Saúde – SUS do Brasil; Considerando que a defesa dos Direitos Humanos  
1910 das pessoas afetadas pela aids sempre foi o pilar da resposta brasileira e que sempre se  
1911 pautou por enfrentar a discriminação, o preconceito, a criminalização de pessoas vivendo com  
1912 HIV/AIDS, bem como combater a homofobia, a violência de gênero, raça e  
1913 orientação sexual; Considerando que a epidemia de AIDS é concentrada, heterogênea e  
1914 desigualmente distribuída nas regiões, ocorrendo e atingindo diferentes subgrupos  
1915 populacionais de estados e municípios do Brasil, com maior concentração de casos nos



1916 grandes centros urbanos; Considerando que os que os indicadores epidemiológicos têm  
1917 mostrado uma tendência de aumento dos casos, mortalidade e práticas não seguras (redução  
1918 do uso de preservativo); Considerando que as políticas em saúde ainda são muito  
1919 heterogêneas, com resultados diferentes em diferentes locais, em função das diferenças  
1920 culturais, regionais, sócio- econômicas, políticas; Considerando que esta epidemia atinge mais  
1921 intensamente populações em situação de maior vulnerabilidade, necessitando focalização para  
1922 estes grupos, sem no entanto ampliar estigmas e preconceitos e sem perder de vista o risco  
1923 para a população em geral; Considerando que a qualidade da atenção, o desenvolvimento e  
1924 atualização das diretrizes e protocolos de tratamentos, a busca da integralidade do tratamento  
1925 e da intersectorialidade das ações e da melhoria das condições de vida das pessoas vivendo  
1926 com HIV/AIDS foi sempre o objetivo da resposta brasileira à epidemia de AIDS e a outras DST;  
1927 Considerando as recomendações, acordos internacionais e compromissos firmados pelo  
1928 governo brasileiro em fóruns internacionais, como a Sessão Especial da Assembleia Geral das  
1929 Nações Unidas Sobre AIDS (UNGASS) e o Objetivo Especial Número 6 de Desenvolvimento do Milênio,  
1930 nos quais assumiu metas e compromissos relativos ao enfrentamento da epidemia de  
1931 HIV/AIDS, como a promoção dos direitos humanos e do acesso universal e gratuito para a  
1932 prevenção e tratamento do HIV e AIDS; Considerando que a resposta brasileira é tripartite e  
1933 esta fundamentada nas ações articuladas entre os três níveis de gestão; Considerando a  
1934 contribuição das organizações da sociedade civil na resposta comunitária em saúde,  
1935 especialmente para atingir segmentos específicos em situação de vulnerabilidades ampliadas,  
1936 e nas ações de controle social, indissociáveis dentro dos compromissos de fortalecimento do  
1937 SUS; Considerando que as hepatites virais são um importante agravo de saúde e que estão  
1938 integradas na resposta nacional do Departamento de DST/AIDS e hepatites virais, reforça a  
1939 necessidade de enfrentamento da coinfeção HIV/HV e a luta para enfrentar a invisibilidade  
1940 deste agravo; Considerando que a AIDS tem hoje tratamento assegurado pelo SUS, porém as  
1941 pessoas podem ter diversos efeitos colaterais e adversos que dificultam o viver com qualidade  
1942 e que, apesar de ser possível viver com AIDS, mais de 11.000 pessoas morrem em  
1943 decorrência da mesma todos os anos no Brasil, e que é uma doença estigmatizante, com  
1944 grande carga de preconceito e discriminação; Considerando que o Plano Nacional de Saúde  
1945 2012/2015 nas Diretrizes I, VII, VIII e X reforça a importância das ações de enfrentamento da  
1946 epidemia de AIDS, outras DST e Hepatites Virais de forma integral e intersectorial;  
1947 Considerando as deliberações da 14ª Conferência Nacional de Saúde e a aprovação da moção  
1948 nº 5 aprovada de "... apoio à resposta de combate à AIDS, e reconhecemos a importância  
1949 desta deliberando pela manutenção da Política de Incentivo Fundo a Fundo estabelecida pela  
1950 Portaria MS Nº 2.313/2002". Recomenda que: 1. Seja mantido o Piso Variável de Vigilância em  
1951 Saúde relacionada ao Incentivo para as ações de DST/Aids e Hepatites Virais. E que sejam  
1952 estabelecidas diretrizes, normas e regras para a utilização dos recursos do incentivo para as  
1953 ações de DST/AIDS e Hepatites Virais, respeitando as prioridades estabelecidas, os  
1954 parâmetros epidemiológicos, as especificidades e diferenças locais, a participação da  
1955 sociedade civil e as necessidades das populações em situação de maior vulnerabilidade às  
1956 DST/AIDS e Hepatites Virais. 2. Os recursos destinados até 2011, previstos pela Portaria 2313  
1957 de 2002, e repassados aos Estados e Municípios, na modalidade fundo a fundo, sejam  
1958 aplicados integralmente, durante o ano de 2013, nas ações diretas de enfrentamento da  
1959 epidemia de DST/AIDS em cada esfera de gestão, com respectivo plano de trabalho inserido  
1960 nos planos de saúde, incluindo os recursos repassados para ações desenvolvidas pelas  
1961 Organizações da Sociedade Civil. 3. O Ministério da Saúde em articulação com os Estados,  
1962 Municípios, sociedade civil e academia, realize uma análise da epidemia de AIDS, das políticas  
1963 e ações de prevenção, ampliação de diagnóstico e qualidade da atenção para seu  
1964 enfrentamento no Brasil, possibilitando sua ressignificação, de forma a subsidiar a definição  
1965 das ações e metas a serem implementadas, diante do contexto atual e seguindo as normativas  
1966 vigentes do SUS. Conforme sugestão dos conselheiros, a mesa colocou em apreciação a  
1967 proposta de transformar a minuta em dois documentos. Uma resolução, contemplando os itens  
1968 1 e 2 e uma resolução com o mérito do item 3. **Deliberação: o Plenário aprovou o mérito da  
1969 proposta, da seguinte forma: 1) resolução com os itens 1 e 2 da minuta (a) seja mantido  
1970 o Piso Variável de Vigilância em Saúde relacionada ao Incentivo para as ações de  
1971 DST/AIDS e Hepatites Virais e que sejam estabelecidas diretrizes, normas e regras para a  
1972 utilização dos recursos do incentivo para as ações de DST/AIDS e Hepatites Virais,  
1973 respeitando as prioridades estabelecidas, os parâmetros epidemiológicos, as  
1974 especificidades e diferenças locais, a participação da sociedade civil e as necessidades  
1975 das populações em situação de maior vulnerabilidade às DST/AIDS e Hepatites Virais; e**

1976 b) os recursos destinados até 2011, previstos pela Portaria nº. 2.313/2002, e repassados  
1977 aos Estados e Municípios, na modalidade fundo a fundo, sejam aplicados integralmente,  
1978 durante o ano de 2013, nas ações diretas de enfrentamento da epidemia de DST/Aids em  
1979 cada esfera de gestão, com respectivo plano de trabalho inserido nos planos de saúde,  
1980 incluindo os recursos repassados para ações desenvolvidas pelas Organizações da  
1981 Sociedade Civil; e 2) recomendação com o item 3 (que o Ministério da Saúde, em  
1982 articulação com estados, municípios, sociedade civil e academia, realize uma análise da  
1983 epidemia de AIDS, das políticas e ações de prevenção e ampliação de diagnóstico e  
1984 qualidade da atenção para seu enfrentamento no Brasil, possibilitando sua  
1985 ressignificação, de forma a subsidiar a definição das ações e metas a serem  
1986 implementadas, diante do contexto atual e seguindo as normativas vigentes do SUS).  
1987 Além disso, acordou-se que o CNS deverá divulgar no seu site a mobilização nacional  
1988 “Fique Sabendo” - faça o teste de AIDS, sífilis e hepatite (de 20 de novembro de 2012 a 1º  
1989 de dezembro). A seguir, Conselheiro Clóvis Boufleur perguntou sobre o parecer da CONJUR  
1990 acerca do processo eleitoral do CNS. Conselheira Eliane Aparecida da Cruz respondeu que o  
1991 MS solicitou à CONJUR que apresentasse o parecer naquele dia e aguardava o documento.  
1992 Sugeriu, se fosse o caso, enviar o parecer da Consultoria aos conselheiros, por e-mail.  
1993 Conselheiro Clóvis Boufleur explicou que não será possível debater o parecer antes das  
1994 eleições porque o Plenário não irá se reunir antes. Conselheira Eliane Aparecida da Cruz  
1995 sugeriu que a Comissão Eleitoral do CNS apreciasse o parecer e procedesse aos  
1996 encaminhamentos. Conselheiro Clóvis Boufleur perguntou se o parecer jurídico será acatado  
1997 pela Comissão Eleitoral. Conselheira Lígia Bahia destacou que a diretriz é realizar o processo  
1998 eleitoral e resolver a questão da indicação posteriormente. Conselheiro Marcos Antônio  
1999 Gonçalves solicitou que houvesse ponderação a respeito dos conselheiros suplentes.  
2000 Conselheiro Jorge Alves de Almeida Venâncio sugeriu enviar o parecer da CONJUR sobre o  
2001 processo eleitoral do CNS, por e-mail, aos conselheiros e debater o documento na próxima  
2002 reunião do CNS, se for o caso. Encaminhamento: enviar o parecer da CONJUR sobre o  
2003 processo eleitoral do CNS, por e-mail, aos conselheiros nacionais de saúde e debater o  
2004 documento na próxima reunião do CNS, se for o caso. ITEM 9 – COMISSÃO  
2005 INTERSETORIAL DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO – COFIN - Apresentação:  
2006 conselheiro Fernando Luiz Eliotério, coordenador da Comissão Intersetorial de Orçamento e  
2007 Financiamento – COFIN. Coordenação: conselheiro Jorge Alves de Almeida Venâncio, Mesa  
2008 Diretora do CNS. Conselheiro Fernando Luiz Eliotério informou que a COFIN/CNS reuniu-se  
2009 nos dias 30 e 31 de outubro e, entre outras questões, debateu a prestação do 2º quadrimestre  
2010 de 2012. Disse que a análise da COFIN sobre essa prestação de contas foi disponibilizada aos  
2011 conselheiros para ser apreciada na próxima reunião do CNS. Também fez a leitura da  
2012 Resolução do CNS nº. 459/2012 sobre o modelo de Relatório de Prestação de Contas  
2013 Quadrimestral para Estados e Municípios, cujo mérito fora aprovado na última reunião do CNS,  
2014 que aguarda assinatura do Ministro da Saúde. Conselheira Eliane Aparecida da Cruz sugeriu  
2015 dedicar a reunião à memória da Sra. Liege Pontes de Mendonça, mãe de seis mulheres  
2016 profissionais de saúde. A sugestão foi acatada. ITEM 5 – INFORMES E INDICAÇÕES -  
2017 Apresentação: Márcio Florentino Pereira, Secretário Executivo do CNS. Coordenação:  
2018 conselheiro Clóvis Adalberto Boufleur, da Mesa Diretora do CNS. INDICAÇÕES: a)  
2019 INDICAÇÃO DE UM CONSELHEIRO PARA O COMITÊ DE ESPECIALISTAS E DE  
2020 MOBILIZAÇÃO SOCIAL PARA O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA PRIMEIRA  
2021 INFÂNCIA NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS). Indicação: conselheira  
2022 Ivone Evangelista Cabral. b) REUNIÃO DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE.  
2023 Data: 22 de novembro de 2012. Indicações: Usuário: Gilson Silva. Trabalhador: Ivone  
2024 Evangelista Cabral. Data: 5 de dezembro de 2012. Indicações: Usuário: Verônica Lourenço.  
2025 Trabalhador: Maria Laura Bicca. c) Seminário: Os desafios para o Desenvolvimento de  
2026 uma Política Integral para o Autismo. Mesa: Políticas Públicas para o Autismo: Saúde  
2027 Mental ou Saúde do Deficiente? O Papel da Secretaria de Saúde. Data: 26 de novembro de  
2028 2012. Local: São Paulo/SP. Convidada: Conselheira Marisa Furia Silva. Aprovada a indicação  
2029 da conselheira Marisa Furia Silva para o Seminário. d) I SEMINÁRIO ALAGOANO DO  
2030 ESPECTRO AUTISTA. Data: 30 de novembro e 1º de dezembro de 2012. Local: Maceió – AL.  
2031 Convidada: Marisa Furia Silva. Aprovada a indicação da conselheira Marisa Furia Silva para  
2032 o Seminário. e) III CONFERÊNCIA NACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA COM  
2033 DEFICIÊNCIA. Data: a 6 de dezembro de 2012. Local: Brasília/DF. Indicação: conselheiro  
2034 Clóvis Boufleur. f) Plenária Estadual de Conselhos de Saúde em Rondônia. Mesa de  
2035 Abertura. Data: 18 de dezembro de 2012. Horário: 19h30. Cidade: Porto Velho/RO.

2036 Conselheiro Indicado: **Fernando Luiz Eliotério**. Aprovada a indicação do conselheiro  
2037 **Fernando Eliotério**. g) Seminário sobre ciclo orçamentário financeiro e Lei nº. 141/2012,  
2038 promovido pela CONAM. Convite ao CNS para participar da abertura e do debate. Data: 15 a  
2039 17 de novembro. **Indicação:** conselheiro **Arnaldo Marcolino**. h) Seminário em Alagoas. Data:  
2040 29 e 30 de novembro. Local: Alagoas. Convite para Conselheira **Verônica Lourenço**.  
2041 **Indicação:** conselheira **Verônica Lourenço**. i) 4º Congresso da FENAS. Data: 27 a 30 de  
2042 novembro. Local: Brasília-DF. Convite para o CNS. **INFORMES – SOLICITAÇÕES DE PAUTA**  
2043 - Conselheira **Lígia Bahia** questionou o porquê de não ser dada resposta as suas sugestões  
2044 de pauta e reiterou a sua proposta de pautar debate sobre jogos no Brasil e saúde. Conselheiro  
2045 **Jorge Alves Venâncio** explicou que há um conjunto de demandas de pautas que são incluídas  
2046 na reunião de acordo com os critérios definidos no Regimento Interno do CNS. No mais, disse  
2047 que a solicitação da conselheira Lígia Bahia foi enviada à Mesa Diretora do CNS após a  
2048 reunião que definiu a pauta. Conselheira **Sandra Regis** sugeriu que a Mesa Diretora do CNS  
2049 responda oficialmente aos pedidos de pauta. **A sugestão foi acatada. A solicitação de pauta**  
2050 **será encaminhada à Mesa Diretora do CNS. AUDIÊNCIA SOBRE A RDC DA ANVISA Nº.**  
2051 **26** - Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** apresentou informe sobre a reunião com o diretor  
2052 presidente da ANVISA, Dirceu Barbano, o Secretário de Atenção à Saúde, Helvécio  
2053 Magalhães, além de outras organizações, sobre a RDC da ANVISA nº. 26. Relatou que, na  
2054 oportunidade, apresentou argumentos para revogação da RDC, mas o MS decidiu não revogar  
2055 a Resolução e custear estudos sobre o padrão das UTIs e a necessidade de profissional.  
2056 Desse modo, solicitou novamente o apoio do CNS à luta contra a revogação da Resolução nº.  
2057 26. **RESOLUÇÃO CES/RS nº 07/2012** - Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** informou o  
2058 Plenário sobre a Resolução CES/RS nº 07/2012, que rejeita a Proposta de Orçamento do  
2059 Estado para a Saúde – 2013, considerando que, entre outros aspectos, foram incluídos como  
2060 ações e serviços públicos de saúde, apesar de expressa vedação legal, despesas como  
2061 Contribuições Assistência Médica do Estado ao IPERGS e Encargos especiais da SES/RS em:  
2062 Contribuição Patronal para a RPPS/RS SES e Complementação financeira ao RPPS/SES.  
2063 Acrescentou ainda que o MP e o TC aprovaram as contas do Estado e que o controle social  
2064 não tem a quem recorrer. **Encaminhamento: enviar a resolução do CES/RS à COFIN/CNS**  
2065 **para apreciação e parecer. CONTRIBUIÇÕES DA CISMU SOBRE AS DELIBERAÇÕES DA**  
2066 **14ª CNS RELATIVAS À SAÚDE DA MULHER** - Conselheira **Maria do Espírito Santo**  
2067 **Tavares dos Santos (“Santinha”)** informou que a CISMU debateu contribuições sobre as  
2068 deliberações da 14ª CNS relativas à saúde da mulher e a compra, pelo MS, da vacina contra o  
2069 HPV. No mais, lembrou que o Plenário aprovou a realização da II Conferência Nacional dos  
2070 Direitos da Mulher, em 2013 e cobrou uma decisão a esse respeito. Além disso, comunicou  
2071 que a CISMU acordou com o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher do MS a  
2072 realização de seminário nacional para balanço sobre a Política Nacional de Saúde da Mulher,  
2073 no mês de março de 2013. **Encaminhamento: não houve manifestações contrárias à**  
2074 **realização do seminário sobre a Política Nacional de Saúde da Mulher no mês de março**  
2075 **de 2013. GT SOBRE O PROTOCOLO DE AUTISMO** – Conselheira **Marisa Furia Silva**  
2076 lembrou que a apresentara sugestão de criar um GT para debater o protocolo de autismo, mas  
2077 não pode participar oficialmente do Grupo, nem foi acatada a sua sugestão de especialistas  
2078 para o compor. Disse que está em elaboração um documento que será apresentado no fórum  
2079 de saúde mental, na semana seguinte, mas pouco se sabe do conteúdo. **INFORME**  
2080 **PARTICIPAÇÃO DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, NA TRIPARTITE DE 18 DE**  
2081 **OUTUBRO DE 2012** - Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** fez um informe sobre a sua  
2082 participação, junto com a conselheira Lorena Baía, na última reunião da Tripartite e comunicou  
2083 que disponibilizara relatório à SE/CNS, junto com a documentação apreciada na reunião.  
2084 Conselheira **Lorena Baía** destacou que foram debatidos temas importantes na reunião, com  
2085 destaque para alimentação com foco na copa (o tema da assistência farmacêutica não foi  
2086 debatido por falta de consenso entre CONASS e CONASEMS). Conselheiro **Geraldo Adão**  
2087 **Santos** solicitou que fosse promovido debate na Mesa Diretora do CNS e no CNS sobre  
2088 contratualização dos hospitais sem fins lucrativos e filantrópicos, por entender que é  
2089 estratégico debater o tema no momento em que OSs, OSCIPs e cooperativas estão assumindo  
2090 o atendimento e desorganizando a rede. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** solicitou  
2091 que a nota do MS sobre o pronunciamento do Ministro da Saúde durante atividade em  
2092 Goiânia;GO fosse divulgada o mais breve possível. **EXTRA – MINUTA DE RESOLUÇÃO** -  
2093 regulamentação da oferta de serviços de acupuntura pelas operadoras de planos de saúde.  
2094 **Deliberação:** pautar a apresentação da minuta na próxima reunião do CNS.  
2095 **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, a mesa encerrou a 239ª Reunião Ordinária

2096 do CNS. Estiveram presentes os seguintes conselheiros no segundo dia de reunião: *Titulares* –  
2097 **Artur Custódio Moreira de Sousa**, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela  
2098 Hanseníase (MORHAN); **Carlos Alberto Ebeling Duarte**, Movimento Nacional de Luta Contra  
2099 a Aids; **Cid Pimentel**, Ministério da Previdência Social; **Cleuza C. Miguel**, Movimento dos  
2100 Portadores de Esclerose Múltipla (MOPEM); **Clóvis A. Bouffleur**, Conferência Nacional dos  
2101 Bispos do Brasil (CNBB); **Edson Rogatti**, Confederação das Santas Casas de Misericórdia,  
2102 Hospitais e Entidades Filantrópicas – CMB; **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional  
2103 dos Psicólogos – FENAPSI; **Fernando Luiz Eliotério**, Confederação Nacional das  
2104 Associações de Moradores (CONAM); **Flávia de Oliveira Bernardes Brasileiro**, Federação  
2105 Nacional dos Enfermeiros – FNE; **Francisco Batista Júnior**, Confederação Nacional dos  
2106 Trabalhadores em Seguridade Social/Central Única dos Trabalhadores; **Geraldo Alves**  
2107 **Vasconcelos**, Associação Brasileira de Odontologia (ABO); **Helvécio Miranda Magalhães**  
2108 **Júnior**, Ministério da Saúde; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João Rodrigues Filho**,  
2109 Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Jorge Alves de Almeida**  
2110 **Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil (CGTB); **Jorge Oliveira Duarte**, Fórum  
2111 de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena; **José Carrijo Brom**, Federação  
2112 Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Jurandi Frutuoso**, Conselho Nacional de Secretários  
2113 de Saúde (CONASS); **Jurema Pinto Werneck**, Articulação de Organizações de Mulheres  
2114 Negras Brasileiras (AMNB); **Lúgia Bahia**, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde  
2115 Coletiva (ABRASCO); **Lorena Baía Alencar**, Conselho Federal de Farmácia – CFF; **Luiz**  
2116 **Alberto Catanoe**, Sindicato Nacional dos Aposentados (SIND-NAP); **Luiz Odorico Monteiro**  
2117 **de Andrade**, Ministério da Saúde; **Maria Cristina Pedro Biz**, Conselho Federal de  
2118 Fonoaudiologia (CFFa); **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos**, Rede Nacional  
2119 Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; **Maria do Socorro de Souza**,  
2120 Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG; **Marisa Furia Silva**,  
2121 Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Maria Thereza Antunes**, Federação Brasileira das  
2122 Associações de Síndrome de Down; **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da  
2123 Indústria (CNI); **Nildes de Oliveira Andrade**, Federação Nacional das Associações de  
2124 Celíacos do Brasil (FENACELBRA); **Rosângela da Silva Santos**, Federação das Associações  
2125 de Renais e Transplantados do Brasil (FARBRA); **Ruth Ribeiro Bittencourt**, Conselho Federal  
2126 de Serviço Social (CFESS); **Sandra Regis**, Associação Brasileira dos Delegados e Amigos da  
2127 Confederação Espírita Pan-Americana (CEPA Brasil); **Ubiratan Cassano Santos**, União  
2128 Nacional dos Estudantes (UNE); **Verônica Lourenço da Silva**, Liga Brasileira de Lésbicas; e  
2129 **Zilda de Faveri Vicente Souza**, Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAz). *Suplentes* – **Ana**  
2130 **Maria Rodrigues da Silva**, Confederação das Mulheres do Brasil (CMB); **Arnaldo Marcolino**  
2131 **Silva Filho**, Rede Nacional de Controle Social e Saúde da População Negra; **Conceição**  
2132 **Aparecida Accetturi**, Sociedade Brasileira de Profissionais em Pesquisa Clínica (SBPPC);  
2133 **Diego de Faria Magalhães Torres**, Federação Nacional dos Fisioterapeutas e Terapeutas  
2134 Ocupacional (FENAFITO); **Dulce Helena Chiaverini**, Rede Unida de Desenvolvimento de  
2135 Recursos Humanos em Saúde – REDE UNIDA; **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das  
2136 Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Elcio A. dos Santos**, Associação  
2137 Brasileira de Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Eurídice Ferreira de Almeida**, FASUBRA;  
2138 **Eliane Aparecida da Cruz**, Ministério da Saúde (MS); **Geordeci M. Souza**, Central Única dos  
2139 Trabalhadores; **Geraldo Adão dos Santos**, Confederação Brasileira dos Aposentados e  
2140 Pensionistas – COBAP; **Gilson Silva**, Força Sindical; **Graciara Matos de Azevedo**, Conselho  
2141 Federal de Odontologia (CFO); **Gysélle Saddi Tannous**, Federação Nacional das Associações  
2142 Pestalozzi – FENASP; **Ivone Evangelista Cabral**, Associação Brasileira de Enfermagem  
2143 (ABEn); **José Eri de Medeiros**, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde –  
2144 CONASEMS; **Lucélia Silva Costa**, Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil  
2145 (FENACELBRA); **Lucimar Batista da Costa**, Movimento de Reintegração das Pessoas  
2146 Atingidas pela Hanseníase (MORHAN); **Luís Carlos Bolzan**, Ministério da Saúde; **Marcos**  
2147 **Antônio Gonçalves**, Federação Nacional das Associações para Valorização de Pessoas com  
2148 Deficiência (FENAVAPE); **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN);  
2149 **Noemy Yamaguishi Tomita**, Conselho Federal de Biologia – CF; **Olympio Távora Derze**  
2150 **Correa**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS);  
2151 **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; e **Sebastião**  
2152 **Geraldo Venâncio**, Pastoral da Saúde Nacional.