



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

Aos onze e doze dias do mês de dezembro de dois mil e doze, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde “Omilton Visconde”, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar, Brasília/DF, realizou-se a Ducentésima Quadragésima 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. Após a leitura da pauta da 240ª Reunião Ordinária do CNS, conselheiro **Francisco Batista Júnior** solicitou espaço na reunião para tratar das resoluções do CNS com prazo para homologação expirado e sem resposta do Ministério da Saúde. Além disso, informou que uma delegação estava se dirigindo ao CNS para acompanhar o debate sobre a EBSERH e sugeriu que esse ponto fosse tratado em horário que possibilitasse a participação desse grupo. Conselheiro **Clóvis Boufleur** solicitou um espaço maior no intervalo do almoço a fim de garantir uma reunião do segmento dos usuários, com retorno das atividades às 15h. No mais, informou que uma representação do MORHAN estava se dirigindo ao Plenário para participar do item 2 e, tão logo chegasse, lhe seria aberta a palavra. **Deliberação: a pauta da reunião foi aprovada com as considerações dos conselheiros.** A seguir, a mesa colocou em votação a Ata da 239ª RO do CNS, que foi aprovada por unanimidade. **ITEM 2 – BALANÇO DO MÊS NA SAÚDE: SAÚDE MENTAL - ENFRENTAMENTO DO CRACK - INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA** - Apresentação: conselheira **Sandra Régis**, Coordenadora da Comissão Intersetorial de Saúde Mental/CISM/CNS; conselheira **Maria Erminia Ciliberti**, Coordenadora Adjunta da Comissão Intersetorial de Saúde Mental/CISM/CNS; **Paulo Amarante**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde/CEBES; **Luciana Barbosa Musse**, Professora de direito da Faculdade UNICEUB; e **Leon de Souza Lobo Garcia**, Assessor Técnico da Coordenação da Área de Saúde Mental. Coordenação: conselheiro **Clóvis A. Boufleur**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheira **Sandra Régis** contextualizou que o tema foi pautado para tratar da situação que ocorre no Estado do Rio de Janeiro onde mais de 600 pessoas usuárias de crack em situação de rua foram internadas compulsoriamente. Historiou que em de 20 de maio de 2010 foi publicado o Decreto nº. 7.179, que instituiu o plano integrando de enfrentamento ao crack e outras drogas. Em 23 de dezembro de 2011, a Portaria nº. 3.088 criou a Rede de Atenção Psicossocial para Pessoas com Sofrimento ou Transtorno Mental e com Necessidades Decorrentes do Uso de Crack, Álcool e Outras Drogas no âmbito do SUS. Em 27 de junho de 2012, foi publicada a Portaria nº. 1.306 que instituiu o Comitê de Mobilização para Rede de Atenção Psicossocial. Informou que esse comitê reuniu-se apenas uma vez e que participara desse encontro representando o CNS. Explicou ainda que foram investidos mais de R\$ 3,92 bilhões no Plano Integrando de Enfrentamento ao Crack e outras drogas e a intenção do governo federal é investir até 2014 R\$ 4 bilhões. Feitas essas considerações iniciais, o assessor técnico da Coordenação da Área de Saúde Mental/MS, **Leon de Souza Lobo Garcia**, explanou sobre as ações do Programa Crack é Possível Vencer, a partir do eixo da saúde. Explicou que o Programa possui três eixos – cuidado, que envolve saúde e assistência social; prevenção, com ações voltadas à formação de profissionais; e autoridade, que se refere à repressão ao tráfico de drogas - e, apesar do nome, é voltado à questão das drogas em geral – lícitas e ilícitas. Acrescentou que a Política do MS voltada aos problemas mentais causados pelo uso abusivo de álcool e outras drogas não é diferente da Política de Saúde Mental, construída com trinta anos de história. Nesse sentido, destacou os princípios que marcaram a reforma psiquiátrica e que orientam a política de drogas. Salientou que a Política de Saúde e Política de Drogas visam garantir os princípios do SUS e da Política Nacional de Saúde Mental no eixo cuidado (Lei nº. 10.214/2001): construção de cidadania; acolhimento; integralidade do cuidado; e inserção no território e na comunidade. Explicou que o Programa surgiu do debate de vários ministérios no âmbito governo e foram definidas ações de expansão das ações de prevenção, saúde, assistência social e segurança dentro de uma perspectiva de garantia dos direitos dos usuários de álcool e outras drogas,

60 com repasse de novos recursos financeiros da União para apoio aos Estados e Municípios na
61 implantação e custeio de serviços e formação e educação permanente para estudantes e
62 trabalhadores. Disse que foram destinados R\$ 2 bilhões de recursos novos para ações de saúde até
63 2014 com vistas à articulação da expansão das diferentes redes de serviços, com realização de
64 reuniões de pactuação conjunta da expansão de serviços nos três eixos do Programa, instituição de
65 Comitê Gestor Estadual e Municipal para acompanhamento do Programa e monitoramento integrado e
66 contínuo dos três eixos pelos Comitês Gestores. Disse que foram definidas várias pactuações em 2012,
67 inclusive em função das demandas de prefeitos e governadores de apoio da União para implantação
68 das medidas. Explicou que, a partir das pactuações, o MS vem acompanhando as ações de expansão
69 da rede e esse processo de ampliação foi marcado pelas restrições do período eleitoral. Além disso,
70 informou que o Programa prevê ações voltadas à integração das redes de serviços e foram realizadas
71 oficinas de integração de trabalhadores e gestores locais das diferentes redes para elaborar estratégias
72 de trabalho conjunto das equipes no dia a dia, operacionalização das estratégias de integração nos
73 comitês gestores estadual e municipal e monitoramento pelos comitês gestores da integração das
74 redes de serviço. Também colocou o entendimento que as drogas é um problema de saúde, mas não
75 apenas isso, uma vez que se insere em um contexto de vulnerabilidade social. Explicou que a intenção
76 foi estimular esses fóruns para que as políticas acontecessem de forma combinada nos territórios e não
77 apenas um conjunto de intenções do governo federal. Falou ainda sobre os pontos de atenção
78 envolvidos na Rede de Atenção Psicossocial: a) Consultórios na Rua – equipes itinerantes com
79 profissionais de saúde que realizam busca ativa de pessoas em situação de rua, incluindo crianças e
80 adolescentes. As equipes responsabilizam-se pelo cuidado integral aos usuários, compartilhado com
81 outras unidades de saúde dependendo da necessidade (Unidade Básica de Saúde, Pronto-socorro,
82 CAPSad 24h) e da Assistência Social. Não se trata de uma proposta exclusiva do programa crack, mas
83 uma iniciativa do MS que visa garantir a equidade de acesso da população em situação de rua aos
84 serviços de saúde; b) Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas 24h – atende adultos ou
85 crianças e adolescentes com necessidades de cuidado clínico especializado. Pode acolher em até 12
86 vagas, nas 24 horas, usuários em situação de vulnerabilidade. Encaminha para internação em Hospital
87 Geral ou acolhimento nas Unidades de Acolhimento e Comunidades Terapêuticas aqueles usuários
88 com quadros agudos graves ou que precisam de mais tempo para se reestruturar. Trata-se de uma
89 aposta de expansão da rede – aumento de 5, em 2011, para cerca de 30 Centros em 2012; c)
90 Enfermarias Especializadas – oferecem tratamento hospitalar de curta duração para casos agudos de
91 abstinência e intoxicação graves e outras complicações clínicas e psiquiátricas do uso de substâncias
92 psicoativas. Usuários podem ser encaminhados para Unidades de Acolhimento ou Comunidades
93 Terapêuticas quando estabilizados para completar tratamento. Reajuste do valor da diária de
94 internação de R\$ 57 para R\$ 300 por leito; d) Unidades de Acolhimento Adulto – casas com 10 a 15
95 usuários para acolhimento por até 6 meses para pacientes estáveis, porém ainda vulneráveis. Equipe
96 de profissionais de saúde e cuidadores. Cuidado clínico compartilhado com os CAPS AD; e) Unidades
97 de Acolhimento Infanto-Juvenil – serviço equivalente às unidades de acolhimento adulto, voltado
98 exclusivamente para até 10 crianças e adolescentes. Equipe profissional de saúde, educador e
99 cuidadores. Cuidado clínico compartilhado com o CAPS AD; e f) Comunidades Terapêuticas –
100 financiamento de vagas de acolhimento nas comunidades terapêuticas para pacientes estáveis, mas
101 ainda vulneráveis (há um conjunto de regras para convênio similares àquelas das unidades de
102 acolhimento e o MS não habilitou nenhuma comunidade terapêutica) e apoio a projetos de reinserção
103 social dos usuários de comunidades terapêuticas por meio de edital de seleção pública (aprovação de
104 quatro entidades até o final de 2012). Por fim, disse que as ações de expansão da rede estão
105 vinculadas às ações de formação e educação permanente, envolvendo Escolas Técnicas do SUS,
106 Universidade Aberta do SUS, Pró-Saúde, Residência médica, Residência multiprofissional. Após essa
107 apresentação, conselheira **Sandra Régis** colocou as seguintes questões para reflexão e resposta à
108 sociedade: qual é a situação do investimento/financiamento na rede? A rede está sendo utilizada para
109 internação em massa no Rio de Janeiro? O Ministério da Saúde tomou conhecimento da forma como
110 seriam feitas as internações? Onde estão internadas as 600 pessoas retiradas da rua? O MS possui
111 controle dessa situação? Foi utilizada verba do MS para essa internação? Qual foi o projeto
112 apresentado ao MS para internação que ocorram no RJ e em modo geral? As comunidades
113 terapêuticas não habilitadas no processo de seleção de projetos não atenderem aos requisitos
114 definidos pelo MS? Professor **Paulo Amarante**, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde/CEBES,
115 iniciou declinando conflito de interesse e informando que é coordenador do GT de Saúde Mental da
116 ABRASCO, Presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental, professor da FIOCRUZ,
117 coordenador do curso de saúde mental, além de militante e fundador do movimento nacional da luta
118 antimanicomial. Disse que a Lei nº. 10.216/2011 é o ponto de referência uma vez que define os
119 princípios em defesa da proteção dos direitos humanos e cidadania das pessoas com transtornos
120 mentais e desenha nova possibilidade de assistência em saúde mental, com envolvimento da pessoa
121 com transtorno mental como ator social capaz de debater e gerir o seu tratamento. Lembrou que, nos
122 termos dessa norma, a internação em unidades hospitalares deve ser feita quando são insuficientes ou
123 ineficazes os recursos não hospitalares. Salientou que a Lei foi aprovada em 2001 e a assistência

regulamentada em 2002 pela Portaria nº. 336/2002, que instituiu os CAPs Álcool e Drogas. Todavia, desde então, foram poucos os CAPS implantados e a ampliação desses Centros é uma reivindicação. Também destacou a importância de implantação dos CAPS 24h que possui papel importante inclusive para internação em uma situação mais grave de crise. Salientou que a rede de atenção psicossocial deve estar preparada para garantir a assistência permanente em que o CAP III (24h) tem papel importante, mas outros recursos devem ser considerados como centros de convivência, estratégias da saúde da família, casas de acolhimento, unidades psiquiátricas. Por outro lado, destacou que, além da assistência, é importante investir no movimento social que trabalha com saúde e na rede de pontos de cultura, uma vez que áreas com pontos fortes de cultura apresentam diminuição de casos de dependência química. Também falou sobre a questão da internação compulsória e comunidades terapêuticas. Esclareceu, inicialmente, que a comunidade terapêutica é uma das iniciativas fundamentais e originária do processo de reforma psiquiátrica e um dos princípios básicos da atenção psicossocial, com respeito aos direitos humanos e à dignidade da pessoa. Desse modo, discordou que as unidades de hoje – fechadas e alvo de diversas denúncias - sejam chamadas de comunidades terapêuticas. A respeito da internação compulsória, explicou que estudos apontam para a ineficácia desse método e essa modalidade não está prevista na Lei nº. 10.216/2001, nem na Portaria que regulamenta a Lei. Esclareceu ainda que no Rio de Janeiro estão sendo realizadas medidas de recolhimento compulsório de pessoas, mas essas não são eficazes e não têm continuidade. Ademais, reconheceu a importância da implantação da rede de atenção psicossocial e salientou a necessidade de investir nessa estratégia. Também avaliou que é preciso pensar em ações de médio e longo prazo, mas com efeitos imediatos como ação intersetorial no campo da educação e da cultura, utilizando a grande “teia” de pontos de cultura que existe no país. No seu modo de ver, Ministério da Saúde e Ministério da Cultura devem pensar uma ação de Estado acerca do papel dos pontos de cultura na prevenção e melhoria do quadro para o futuro. Conselheira **Sandra Régis** interveio mais uma vez para informar que há divergência entre o número de pessoas recolhidas e o que chegou ao destino. A seguir, explanou sobre o tema a professora de direito da Faculdade UNICEUB, **Luciana Barbosa Musse**, que iniciou explicando que a saúde mental e a internação compulsória são questões desconhecidas no campo do Direito, o que enseja ações de boa fé, mas ineficientes e, por vezes, injustas. Nortearu a sua exposição pelos seguintes princípios: o crack é uma substância psicoativa ilícita; e o uso abusivo de substâncias psicoativas, lícitas ou ilícitas, caracteriza um transtorno mental e essa situação se configura em um problema de saúde pública (saúde mental) que deve ser enfrentado sob a perspectiva da Lei nº. 10.216/2001, que disciplina a atenção em saúde mental e os direitos das pessoas com transtorno mental. Mostrou um organograma com a proposta de Rede de Atenção Psicossocial no SUS, sugerida pelo Conselho Federal de Psicologia, que mostra a complexidade da problemática e quantas dimensões devem ser enfrentadas na questão das pessoas com transtornos mentais. Também apresentou uma figura ilustrando a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para salientar que a atenção hospitalar é apenas um dos serviços à disposição para o tratamento das pessoas que usam crack. No que diz respeito à fundamentação legal, explicou que o art. 2º, parágrafo único, item “IX” da Lei nº. 10.216/2001 determina que a pessoa com transtorno mental tem o direito de ser tratada preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental. Além disso, a ONU (1991) determinou que todo usuário de saúde mental terá direito a ser tratado no ambiente menos restritivo possível, com o tratamento menos restritivo ou invasivo, apropriado às suas necessidades de saúde e à necessidade de proteger a segurança física de outros. Também detalhou que a Rede de Atenção Psicossocial prevê os seguintes pontos de atenção hospitalar: enfermaria especializada em hospital geral para o tratamento hospitalar de casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas; e serviço hospitalar de referência para internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais que evidenciarem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica. Seguindo, falou sobre a problemática da internação de pessoa com transtorno mental, explicando que a internação psiquiátrica deverá ocorrer após esgotados todos os recursos extra-hospitalares disponíveis na rede assistencial, com a menor duração temporal possível. Além disso, a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caractereze os seus motivos, nos termos da Lei nº. 10.216/2001 e Portaria nº. 2.048/2009 – art. 422. Sendo assim, caso a intenção seja necessária, é preciso observar essa legislação sob pena de ilegalidade. Explicou que as modalidades de internação (Art. 6º, Lei n. 10.216/2001 e art. 423 da Portaria n. 2.048/2009) são: Internação Psiquiátrica Voluntária (IPV); Internação Psiquiátrica Voluntária que se torna Involuntária (IPVI); Internação Psiquiátrica Involuntária (IPI); e Internação Psiquiátrica Compulsória (IPC). Reiterou que as internações somente devem ocorrer após esgotadas as possibilidades de tratamento extra-hospitalar e, em havendo a necessidade dessa modalidade, deve ser voluntária, ou seja, com consentimento do indivíduo (com termo de consentimento livre e esclarecido). Explicou que uma internação psiquiátrica voluntária pode se transformar em involuntária (o paciente que ingressou na unidade voluntariamente é mantido contra a sua vontade), todavia, essa modificação deve ser comunicada ao Ministério Público em até 72h para fiscalização na linha de evitar práticas ilícitas. A Internação Psiquiátrica Involuntária é requisitada pelo profissional médico que acompanha o paciente

ou pela família e essa modalidade deve ser comunicada pelo serviço de saúde ao MP, bem como a desinternação, e deve ser análise de Comissão Revisora de Internações Involuntárias. A internação compulsória é aquela determinada por medida judicial (art. 6º, III, da lei n. 10.216/2001 e art. 423, IV, § 4º da Portaria MS n. 2.048/2009) e deve ocorrer em conformidade com a legislação vigente (lei 10.216/2001, Código Penal, Código Civil, Código de Processo Penal, Lei de Execuções Penais). Além disso, o juiz do feito de se ater às (...) condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários" (art. 9º da lei nº. 10.216/2001). Explicou que as medidas judiciais que autorizam a Internação Psiquiátrica Compulsória (IPC) são: internação provisória do acusado - art. 319 do CPP - são medidas cautelares diversas da prisão: (...) VII - internação provisória do acusado nas hipóteses de crimes praticados com violência ou grave ameaça, quando os peritos concluírem ser inimputável ou semi-imputável (art. 26 do Código Penal) e houver risco de reiteração (incluído pela Lei nº 12.403, de 2011); e Medida de Segurança - aplica-se a medida de segurança, em primeiro lugar, àquele que no momento da ação ou omissão seja absolutamente incapaz de compreender a ilicitude do seu ato ou de se comportar de outra forma em virtude de transtorno mental (compreendido em sentido amplo, o que engloba o "desenvolvimento mental retardado") (art. 26, *caput* do CP). Acrescentou que a internação provisória do inimputável ou do semi-imputável dependerá (Art. 319, VII do CPP): primeiro, da existência de indícios concretos de autoria e de materialidade em crimes de natureza violenta ou cometidos mediante grave ameaça; e segundo, do risco concreto de reiteração criminosa, tudo isso a ser aferido por meio de prova pericial, segundo o disposto no art. 149 e seguintes do CPP. Além disso, esclareceu que a finalidade da medida cautelar de internação provisória do inimputável ou do semi-imputável, prevista no art. 319, VII, do CPP, é específica, qual seja: evitar a prática de novas infrações penais, consoante o disposto na parte final do art. 282, CPP. É o legislador quem esclarece a finalidade da providência, cabendo ao magistrado o exame de sua pertinência e necessidade, tendo em vista a situação concreta do fato e as circunstâncias pessoais dos envolvidos. (OLIVEIRA, 2011, p. 25). Assim, conforme a doutrina garantista postula, para os crimes de média potencialidade lesiva ou que comportem substituição da pena privativa de liberdade por restritiva de direitos, não caberia mais a internação do inimputável ou semi-inimputável, mas apenas o tratamento ambulatorial, independentemente da periculosidade do agente." (VILLA, 2011, p. 374). Acrescentou que "diante da novel sistemática, mesmo em relação aos crimes cometidos mediante grave ameaça ou violência a pessoa, a internação provisória só é cabível após a confecção do laudo que comprove a periculosidade e a possibilidade de reiteração criminosa. Antes, nada pode ser feito. É mais um exemplo de proteção insuficiente." (VILLA, [2011], p. 375). A respeito da Medida de Segurança (Arts. 26 e 96 a 99 do CP), explicou que pode ser feita em: tratamento em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) – no caso de prática de crime apenado com reclusão; e tratamento ambulatorial – no caso de prática de crime apenado com detenção. Destacou que pesquisa realizada no Distrito Federal demonstram que, das 93 pessoas que cumprem medida de segurança no DF, 60% buscaram serviços de saúde para tratamento e não obtiveram reposta antes da prática do delito. Ou seja, a ausência de atenção em saúde causa a prática delitiva, conforme demonstra outra pesquisa realizada em Santa Catarina. Acrescentou que a Lei nº. 10.216/2001, no caso da medida de segurança, determina que o tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio (art. 4º§§ 1º, 2º, lei n. 10.216/2001). Além disso, determina que é direito da pessoa com transtorno mental ser tratada preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental. Também não pode ser efetuada em estabelecimentos com características asilares ou cadeias públicas ou qualquer outro estabelecimento prisional (art. 4º, § 3º da lei nº. 10.216). No mais, salientou que hospital de custódia e tratamento está no sistema prisional, contudo, há diversos entendimentos de que devem ser tratadas no SUS. Todavia, quando esse tratamento é assegurado, os usuários são tratados com preconceito e discriminação. Destacou que a Resolução nº. 05, de 04 de maio de 2004 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária reafirma que os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico deverão estar integrados à rede de cuidados do SUS, adequando-se aos padrões de atendimento previstos no Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/Psiquiatria e aos princípios de integralidade, gratuidade, equidade e controle social. Ainda sobre a medida de segurança, explicou que o Art. 28 da Lei nº. 11.343/2006, chamada Lei de Entorpecentes, caracteriza o usuário de drogas e determina as seguintes penas: I - advertência sobre os efeitos das drogas; II - prestação de serviços à comunidade; e III - medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo. Destacou que a Lei não prevê internação, mas sim que o juiz determinará ao Poder Público que coloque à disposição do infrator, gratuitamente, estabelecimento de saúde, preferencialmente ambulatorial, para tratamento especializado. Disse que o Conselho Nacional de Justiça, com o intuito de evitar medidas restritivas de liberdade de prazo indeterminado e visando à eficácia e ao bom desempenho da atividade judiciária no fomento de atividades de atenção e reinserção social de dependentes químicos, no provimento nº 4, artigo 3º, § 2º, preconiza: "A atuação do Poder Judiciário limitar-se-á ao encaminhamento do usuário de drogas à rede de tratamento, não lhe cabendo determinar o tipo de tratamento, sua duração, nem condicionar o fim do processo criminal à constatação de cura ou recuperação." Destacou que os problemas que a sociedade não consegue resolver são remetidos ao Judiciário e este, por conta da sua

252 atribuição constitucional, não pode furtar-se. Contudo, esse Poder não possui técnica para dizer sobre
253 algo que não é da sua área de atuação. Finalizou destacando que a internação psiquiátrica involuntária
254 não se aplica a adolescente com transtorno mental em conflito com a lei. A seguir, fez uso da palavra a
255 conselheira **Maria Ermínia Ciliberti**, Coordenadora Adjunta da Comissão Intersetorial de Saúde Mental
256 - CISM/CNS, informando sobre a petição ao Ministro Padilha para que se manifeste com posição
257 contrária às políticas públicas de internação compulsória em massa de usuários de crack e solicitou
258 uma recomendação do CNS ao Ministério da Saúde nesse sentido. A seguir, com a autorização do
259 Plenário, a representante da Frente Nacional de Drogas e Direitos Humanos, **Ramona Carlos**, fez uma
260 breve manifestação sobre a Frente Nacional, constituída em fevereiro de 2012, reunindo entidades e
261 movimentos sociais que lutam por políticas públicas de drogas baseadas nos direitos humanos, no
262 respeito aos princípios do SUS, às diretrizes da IV Conferência de Saúde Mental Intersetorial e da XIV
263 Conferência de Saúde, além do que preconiza o Decreto 7053 que trata da política nacional da
264 população em situação de rua. Para conhecimento, detalhou que são princípios da Frente: 1) defender
265 o pacto voluntário por adesão de entidades e movimentos da sociedade civil com a finalidade de
266 organizar o debate e construir estratégias de luta em prol das políticas públicas sobre drogas baseada
267 na dignidade e direitos humanos; 2) defender o estado laico; 3) defender a consolidação e ampliação
268 do sus, do suas e de todas as políticas públicas com participação popular e o respeito às decisões das
269 conferências; 4) denunciar as ações conservadoras, policiais, higienistas e criminalizadoras contra
270 as populações fragilizadas; 5) defender uma política de segurança pública em uma perspectiva de
271 garantia de direitos e não da repressão policial; 6) contra a inclusão das comunidades terapêuticas e
272 afins na rede de serviços do SUS; 7) ampliar o debate público nos meios de comunicação e com a
273 sociedade sobre o tema das drogas, defendendo a garantia dos direitos humanos; 8) assumir os
274 princípios da luta antimanicomial e da redução de danos que tem norteado a reforma psiquiátrica
275 brasileira, reivindicando que sejam adotados na política sobre drogas; 9) por uma política inclusiva e
276 integral de atenção às pessoas que usam drogas contemplando ações de trabalho, habitação,
277 educação, cultura, arte, esporte, acesso à justiça, segurança pública, saúde e assistência social; e 10)
278 contra a atual política proibicionista de drogas, artífice para a criminalização da pobreza, e defender
279 uma mudança na atual lei (ou política) de drogas fundada no respeito aos direitos humanos de toda a
280 população brasileira. Concluídas as exposições, conselheiro **Clóvis A. Boufleur** informou que está em
281 tramitação o Projeto de Lei nº. 7.663/2010, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas sobre
282 Drogas, e possui como apensados: PL 7.665/10, de autoria do Deputado Raul Henry, que acrescenta
283 dispositivos ao art. 23, da Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para definir regras gerais para a
284 execução de atendimento aos usuários ou dependentes de drogas; PL 888/11, de autoria do Deputado
285 Arnaldo Faria de Sá, que acrescenta o art. 23-A à Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, dispondo
286 sobre as condições de internação compulsória de usuários ou dependentes de drogas; e PL 1.144/11,
287 de autoria do Deputado Delegado Waldir, que acrescenta o inciso IV ao art. 28 da Lei nº 11.343, de 23
288 de agosto de 2006, para fixar pena de internação compulsória para tratamento dos usuários de drogas
289 e bebidas alcoólicas. Explicou que o parecer do relator, Deputado Givaldo Carimbão, é pela
290 constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa; pela adequação financeira e orçamentária; e, no
291 mérito, pela aprovação deste, e pela adequação financeira e orçamentária; e, no mérito, também, pela
292 aprovação de uma série de projetos apensados. **Manifestações.** Conselheira **Lucimar Batista**
293 registrou que o MORHAN é contra a internação compulsória, por entender que essa é uma política
294 equivocada e prejudicial às pessoas. Conselheira **Jurema Werneck** destacou que o Ministério da
295 Saúde negligenciou durante muitos anos a definição de uma rede de saúde mental e agora oferecia
296 uma resposta inadequada à situação. Avaliou que o CNS deve demandar ao MS a elaboração de um
297 plano, a ser acompanhado pela CISM, com prazo, metas, financiamento e de caráter intersetorial, para
298 resolver e superar a negligência à atenção à saúde mental, a inconsistência da ação de combate ao
299 crack e resolver as ilegalidades relativas à internação compulsória. Conselheira **Maria do Espírito**
300 **Santo Tavares dos Santos ("Santinha")**, considerando a complexidade da questão do uso de crack,
301 perguntou qual será a estratégia do governo para resolvê-la. Também salientou que é preciso obter
302 maiores informações sobre essa população e garantir uma atenção diversificada. Conselheira **Verônica**
303 **Lourenço da Silva** destacou, inicialmente, a ilegalidade do Estado no tratamento das pessoas usuárias
304 de drogas e disse que é preciso refletir a quem interessa essa ação. Apoiou a proposta de solicitar ao
305 MS a elaboração de um plano de ação, contemplando, entre outros aspectos, ações educativas e a
306 participação social. Por fim, defendeu uma pauta permanente para a CISM/CNS nas reuniões do CNS,
307 haja vista a complexidade e a amplitude de temas sobre saúde mental a serem tratados. Conselheiro
308 **Carlos A. Duarte** disse que é preciso ouvir o usuário de crack assim como faz o GAPA/Porto Alegre
309 que trabalha com pessoas em situação de rua, que consomem crack e vivem com HIV. Ressaltou que,
310 ao definir uma política de internação compulsória, o objetivo não é o bem do usuário, mas sim
311 responder a uma sociedade que deseja "limpar" as ruas, retirando "aqueles que incomodam" desse
312 espaço. Avaliou que se vive um momento de higienização social e essa é uma questão que deve ser
313 tratada nesse debate. Conselheira **Zilda de Faveri Vicente** sugeriu que o tema "saúde mental" seja
314 pauta permanente no CNS dada a sua importância e amplitude. No mais, perguntou se existe pesquisa
315 científica para saber o percentual de dependentes químicos com transtorno psicológico que levou ao

316 uso de drogas. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** salientou que, diante da inoperância do
317 Estado, o Judiciário trata de questões para além do seu papel e a saúde, sozinha, não consegue
318 resolver questões como essa. Por isso, defendeu uma ação intersetorial e interministerial, com a
319 participação da sociedade e que fosse assegurada a participação de representação dos usuários de
320 drogas, no caso de pautar o tema novamente. Também destacou que é preciso debater o problema de
321 concepção relativo a drogas e direitos humanos. Perguntou qual é o critério para estabelecer convênios
322 com as comunidades terapêuticas e o papel do CNS em acompanhar a tramitação dos PLs sobre o
323 tema no Congresso Nacional. Por fim, sugeriu incluir notas mais expressivas sobre os debates no site
324 do CNS que traduzam os amplos debates do Plenário. Conselheira **Lígia Bahia** agradeceu a
325 oportunidade de debater esse tema no CNS e salientou a importância de as entidades integrarem o
326 esforço e a luta a favor do cumprimento da Lei nº. 10.216/2001. Destacou que o tema aparece na mídia
327 por conta da sociedade consumista: como alguém pode atentar contra a sua propriedade – vida,
328 utilizando uma substância como o crack. No seu modo de ver, é preciso deixar claro para a população
329 que a saúde é direito universal e não somente um direito para aquele com comportamento considerado
330 correto. Ressaltou que não está clara a posição de princípio em relação aos temas da pauta e fez
331 questão de registrar que o CNS é contra o padrão de narcotrágico existente no país que destrói
332 pessoas e não contra as pessoas que fazem uso de substâncias como o crack. Como
333 encaminhamento, defendeu que o tema seja objeto de debate com caráter intersetorial e com
334 posicionamento radical do Conselho. Por fim, disse que a equipe técnica do MS também deve
335 posicionar-se sobre essa e outras questões diante do processo de acúmulo no Brasil. Conselheira
336 **Fernanda Lou Sans Magano** explicou que o Programa Nacional de Avaliação de Serviços
337 Hospitalares deve ter visibilidade nesse debate e se deve contemplar o posicionamento das entidades
338 com visão diferente daquela da gestão. Também falou sobre a medida de segurança para defender
339 uma ação progressiva de extinção dos hospitais de custódia, entendendo que esses espaços perderam
340 as suas características e defendeu que seja assegurado tratamento ambulatorial. Fez um destaque
341 também ao interesse econômico do tema e salientou o desserviço do deputado Garimbão em defesa
342 das comunidades terapêuticas. Por fim, defendeu uma rede substitutiva e o debate do tema sem a
343 criminalização do usuário. **Retorno da mesa.** O primeiro a manifestar-se foi o representante do Centro
344 Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES, **Paulo Amarante**, explicando que há várias pesquisas sobre
345 o tema, algumas questionáveis em vários aspectos, todavia, todas constatam a condição de
346 vulnerabilidade social das populações pesquisadas. Disse que é preciso entender que o problema está
347 relacionado a condições sociais e econômicas – violência familiar, abuso sexual, ruptura familiar.
348 Salientou, ainda, que além do “mercado das clínicas” é preciso considerar no debate o mercado do
349 tráfico, que tem apresentado crescimento ousado. Além disso, disse que merece atenção o crescimento
350 da medicalização com drogas lícitas e psiquiátricas embasado, inclusive, em pesquisas questionáveis.
351 Por fim, reiterou que é preciso recuperar a Lei nº. 10.216/2001 com definição mais clara de metas sobre
352 ampliação de cobertura e garantia da intersetorialidade para tratar do tema. O assessor técnico da
353 Coordenação Área de Saúde Mental, **Leon de Souza Lobo Garcia**, começou explicando que a Rede
354 considera que a internação hospitalar é o último recurso e a internação involuntária ou compulsória
355 ocorre nos termos previstos na Lei nº.10.216 (é uma exceção, podendo ocorrer mediante avaliação de
356 profissionais de saúde). Frisou que essa é a posição do Ministro da Saúde e da área técnica desse
357 Ministério. Informou que, em 2012, foram habilitados 200 novos CAPs, 150 serviços residenciais
358 terapêuticos e houve incentivo de cerca de 600 leitos em hospitais. Ainda no campo das ações que
359 indicam esse direcionamento, destacou o fechamento de hospitais psiquiátricos no país. Também citou
360 o caso de Sorocaba, emblemático no campo da saúde mental, destacando que as ações iniciaram-se a
361 partir de denúncia do movimento social, com a participação da academia, culminando com a definição
362 de Termo de Ajustamento de Conduta, que será um marco importante para a expansão do processo de
363 reforma e na solução da questão dos hospitais psiquiátricos, especialmente em São Paulo. Inclusive,
364 disse que liminar determinou que a prefeitura requisite os serviços do hospital Vera Cruz e garanta a
365 integridade dos seus usuários. Também explicou que o PL nº. 7.663/2010, que seria votado na
366 comissão especial da Câmara dos Deputados para ser remetido ao plenário, apresentava uma série de
367 pontos contrários à política desenvolvida pelo atual governo e governos anteriores. Destacou, por
368 exemplo, que o projeto determina que escolas comuniquem formalmente a suspeita de uso de drogas,
369 por parte dos alunos e prevê a instituição de um sistema de saúde paralelo para cuidar da questão das
370 drogas. Além disso, apresenta redação confusa que pode justificar as ações que ocorrem no Rio de
371 Janeiro. Aproveitou para esclarecer que as ações realizadas na capital carioca nada têm a ver com
372 internação involuntária ou compulsória, tratando-se de ações de recolhimento compulsório de pessoas,
373 sem a participação de profissionais de saúde. Esclareceu, inclusive, que o MS tem negociado com
374 Estados e capitais a expansão da rede psicosocial, todavia, esses entes têm autonomia para definir as
375 suas políticas. A professora de Direito da Faculdade UNICEUB, **Luciana Barbosa Musse**, destacou
376 que os direitos fundamentais garantidos na Constituição Federal somente se concretizam por meio de
377 políticas públicas e frisou que a saúde é um problema jurídico e não apenas judicial, envolvendo todas
378 as áreas do Direito. Enquanto problema jurídico, disse que deve ser enfrentado sob a perspectiva de
379 direitos fundamentais – individuais e sociais - e da dignidade da pessoa. Destacou que o Direito e o

Judiciário podem se envolver nessa problemática e que, apesar de ser incipiente no campo do Direito, observa-se preocupação de diversos atores jurídicos no sentido de se apropriar dessa questão. Citou, por exemplo, a ação da procuradoria de Defesa dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal que propõe, entre outras ações, a inclusão da legislação de saúde mental como conteúdo dos concursos públicos para seleção de procuradores da república e cursos de formação. Com isso, espera-se uma atuação mais adequada e eficiente dos magistrados por compreenderem a problemática. Conselheira **Sandra Régis**, coordenadora da CISM/CNS, disse que o MS deve se pronunciar a respeito do recolhimento de pessoas no RJ e informou que uma representação desse Ministério estaria presente em audiência pública na capital carioca, naquele dia, para debater a temática. Frisou ainda que é preciso investir na ampliação da rede, especialmente nos CAPS III e orientar a população sobre o que fazer diante do problema das drogas. Entre os encaminhamentos, listou: solicitar ao MS que apresente plano de enfrentamento da problemática das drogas com metas, prazos, orçamento e manifestar apoio à carta da Frente Nacional Drogas e Direitos Humanos. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** sugeriu a realização de oficina com a CISM/CNS, Frente Nacional Drogas e Direitos Humanos e outras áreas do governo para definir posição e ações estratégicas para o controle social acerca dessa questão. Conselheira **Lucimar Batista** solicitou que a representação do MORHAN seja convidada a participar da próxima pauta sobre saúde mental. Conselheira **Maria Cristina Pedro Biz** solicitou a recomposição do GT constituído para acompanhar a implementação da Rede de Saúde Mental. **Conselheiro Clóvis Boufleur** listou os encaminhamentos oriundos do debate, que foram aprovados: a) solicitar ao Ministério da Saúde que apresente um plano nacional de enfrentamento das drogas e crack, com metas, prazos e orçamento; b) aprovar moção de apoio à Frente Nacional Drogas e Direitos Humanos – pela Cidadania, Dignidade e Direitos Humanos na Política sobre Drogas (FNDDH) - pela iniciativa em fomentar o debate acerca da questão das drogas e sua relação com a garantia dos direitos humanos, visando fortalecer a discussão do enfrentamento do uso abusivo de drogas, fundamentado na dignidade e cidadania dos usuários, na perspectiva da política de saúde pública; c) debater no planejamento do CNS 2013 a demanda de realizar seminário sobre o tema para auscultar os usuários e outros setores, visando à definição de estratégias para o controle social; e d) recompor o GT constituído para acompanhar a implementação da Rede de Saúde Mental. Com esses encaminhamentos, a mesa agradeceu os convidados e encerrou o debate.

ITEM 3 – RESOLUÇÃO Nº 196/1996/CONEP - Apresentação: **Carlos Augusto Grabois Gadelha**, Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE/MS; e conselheira **Gysélle Saddi Tannous**, Coordenadora da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP/CNS. Coordenação: conselheira **Jurema Werneck**, da Mesa Diretora do CNS. Contextualizando, a coordenadora da mesa explicou que naquele momento o CNS dava continuidade ao debate sobre a atualização da Resolução nº. 196/1996. Em seguida, consultou o Plenário do CNS sobre a dinâmica do debate e acordou-se pela leitura da proposta de revisão e apresentação de destaques ao final. Antes de iniciar, conselheira **Gysélle Saddi Tannous**, coordenadora da CONEP, fez considerações sobre a reformulação da Resolução. Segundo a coordenadora, a proposta apresenta avanços importantes na proteção do sujeito de pesquisa e possui caráter de princípios ao definir diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Explicou que as questões apresentadas durante a consulta pública e seminários, em grande parte, apontavam dificuldades operacionais do Sistema. Desse modo, o GT optou por tratar das questões éticas no novo texto da Resolução e contemplar as questões operacionais em uma nova norma, a ser elaborada. Frisou que a nova Resolução somente será válida quando a norma operacional for publicada. Explicou que a versão disponibilizada aos conselheiros apresentava quatro novas propostas consensuadas pelo GT em relação à versão encaminhada anteriormente. A seguir, fez uma síntese das modificações na proposta de Resolução, entre elas, a atualização do termo “sujeitos de pesquisa” para “participantes de pesquisa”. Na sequência, o Secretário da SCTIE/MS, **Carlos Augusto Grabois Gadelha**, saudou o GT de Revisão da 196/1996 pelo trabalho e pela nova proposta de Resolução que permite avançar no dinamismo da pesquisa e na garantia da ética em pesquisa. Feitas essas considerações, conselheira **Jurema Werneck** e a coordenadora da CONEP rezaram-se na leitura integral da proposta de resolução. O texto é o seguinte:

“RESOLUÇÃO Nº196/96 versão 2012. RESOLUÇÃO nº xxxxxx, de xxxx de dezembro de 2012. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua xxx Reunião Ordinária, realizada nos dias xxxx, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, considerando: o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos; O desenvolvimento e o engajamento ético, que é inerente ao desenvolvimento científico e tecnológico; O progresso da ciência e da tecnologia, que desvendou outra percepção da vida, dos modos de vida, com reflexos não apenas na concepção e no prolongamento da vida humana, como nos hábitos, na cultura, no comportamento do ser humano nos meios reais e virtuais disponíveis e que se alteram e inovam em ritmo acelerado e contínuo; O progresso da ciência e da tecnologia, que deve implicar em benefícios, atuais e potenciais, para o ser humano, para comunidade na qual está inserido e para a sociedade, nacional e universal, possibilitando a promoção do bem-estar e da qualidade de vida e promovendo a defesa e preservação

do meio ambiente, para as presentes e futuras gerações; As questões de ordem ética suscitadas pelo progresso e pelo avanço, cada vez mais espetacular, da ciência e da tecnologia, enraizados em todas as áreas do conhecimento humano; Que todo o progresso, e seu avanço inexorável devem, sempre, respeitar a dignidade, a liberdade e a autonomia do ser humano; Os documentos que constituem os pilares do reconhecimento e da afirmação da dignidade, da liberdade e da autonomia do ser humano, como Código de Nuremberg, de 1.947, e a Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 1948; Os documentos internacionais recentes, reflexo das *Grandes Descobertas*, científicas e tecnológicas, dos séculos XX e XXI, em especial a Declaração de Helsinque, adotada em 1964 e suas versões de 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000; o Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, de 1.966; o Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos, de 1966; a Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos Humanos, de 1997; a Declaração Internacional sobre os Dados Genéticos Humanos, de 2003, e a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, de 2004; A Constituição Federal da República Federativa do Brasil, cujos objetivos e fundamentos da soberania, da cidadania, da dignidade da pessoa humana, dos valores sociais do trabalho e da livre iniciativa e do pluralismo político e os objetivos de construir uma sociedade livre, justa e solidária, de garantir o desenvolvimento nacional, de erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais e de promover o bem de todos, sem qualquer tipo de preconceito, ou de discriminação, coadunam-se com os documentos internacionais sobre ética, direitos humanos e desenvolvimento; A legislação brasileira correlata e pertinente e A Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, que impõe revisões periódicas da Resolução, conforme necessidades nas áreas tecnocientífica e ética, homenageando-a e cumprindo-a. **R E S O L V E:**
Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos:
I - DISPOSIÇÕES PRELIMINARES - A presente Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. Projetos de pesquisa envolvendo seres humanos deverão atender esta Resolução.
II - TERMOS E DEFINIÇÕES. A presente Resolução adota as seguintes definições:
II.1 - Achados da pesquisa - fatos ou informações encontrados pelo pesquisador no decorrer da pesquisa e que sejam considerados de relevância para os participantes ou comunidades participantes.
II.2 Assentimento livre e esclarecido - anuênciam do participante da pesquisa criança ou adolescente menor de 16 anos ou legalmente incapaz, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação. Tais participantes devem ser esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades.
II.3 - Assistência ao participante da pesquisa - II.3.1 – Assistência imediata - aquela emergencial e sem ônus de qualquer espécie, ao participante da pesquisa, em situações em que o mesmo dela necessite. II.3.2 – Assistência integral – aquela prestada para atender complicações e danos, decorrentes, direta ou indiretamente, da pesquisa.
II.4 - Benefícios da pesquisa - proveito direto ou indireto, imediato ou posterior, auferido pelo participante e/ou sua comunidade em decorrência de sua participação na pesquisa.
II.5 - Consentimento livre e esclarecido - anuênciam do participante da pesquisa e/ou de seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, após esclarecimento completo e pormenorizado sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar.
II.6 - Dano associado ou decorrente da pesquisa - agravo imediato ou posterior, direto ou indireto, ao indivíduo ou à coletividade, decorrente da pesquisa.
II.7 - Indenização - cobertura material para reparação a dano, causado pela pesquisa ao participante da pesquisa.
II.8 - Instituição proponente de pesquisa - organização, pública ou privada, legitimamente constituída e habilitada, à qual o pesquisador responsável está vinculado.
II.9 - Instituição coparticipante de pesquisa - organização, pública ou privada, legitimamente constituída e habilitada, na qual alguma das fases ou etapas da pesquisa se desenvolve.
II.10 - Participante da pesquisa - indivíduo que, de forma esclarecida e voluntária, ou sob o esclarecimento e autorização de seu(s) responsável(eis) legal(is), aceita ser pesquisado. A participação deve se dar de forma gratuita, ressalvadas as pesquisas clínicas de Fase I ou de bioequivalência.
II.11 - Patrocinador - pessoa física ou jurídica, pública ou privada que apoia financeiramente a pesquisa. →Proposta posterior ao envio: pessoa física ou jurídica, pública ou privada que apoia a pesquisa, mediante ações de financiamento, infraestrutura, recursos humanos ou apoio institucional.
II.12- Pesquisa - processo formal e sistemático que visa a produção, o avanço do conhecimento e/ou a obtenção de respostas para problemas mediante emprego de método científico.
II.13 - Pesquisa em reprodução humana - pesquisas que se ocupam com o funcionamento do aparelho reprodutor, procriação e fatores que afetam a saúde reprodutiva de humanos, sendo que nesses estudos serão considerados “participantes da pesquisa” todos os que forem afetados pelos procedimentos da mesmas.
II.14 - Pesquisa envolvendo seres humanos - pesquisa que, individual ou coletivamente, tenha como participante o ser humano, em sua totalidade ou partes dele, e o envolva de forma direta ou indireta, incluindo o manejo de seus dados, informações ou materiais biológicos.
II.15 – Pesquisador – membro da equipe de pesquisa, responsável pela integridade e bem

508 **estar dos participantes da pesquisa.** **II.16 - Pesquisador responsável** - pessoa responsável pela
509 coordenação da pesquisa e corresponsável pela integridade e bem estar dos participantes da
510 pesquisa. **II.17 - Protocolo de Pesquisa** - conjunto de documentos contemplando a descrição da
511 pesquisa em seus aspectos fundamentais e as informações relativas ao participante da pesquisa, à
512 qualificação dos pesquisadores e a todas as instâncias responsáveis. **II.18- Provimento material**
513 **previo** - compensação material, exclusivamente para despesas de transporte e alimentação do
514 participante e seus acompanhantes, quando necessário, anterior à participação deste na pesquisa. **II.19**
515 - **Relatório final** - aquele apresentado após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados.
516 **II.20 - Relatório parcial** - aquele apresentado durante a pesquisa demonstrando fatos relevantes e
517 resultados parciais de seu desenvolvimento. **II.21 - Ressarcimento** - compensação material,
518 exclusivamente de despesas do participante e seus acompanhantes, quando necessário, tais como
519 transporte e alimentação. **II.22 - Risco da pesquisa** - possibilidade de danos à dimensão física,
520 psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela
521 decorrente. **II.23 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE** - documento no qual é
522 explicitado o consentimento livre e esclarecido do participante e/ou de seu responsável legal, de forma
523 escrita, devendo conter todas as informações necessárias, em linguagem clara e objetiva, de fácil
524 entendimento, para o mais completo esclarecimento sobre a pesquisa a qual se propõe participar. **II.24**
525 - **Termo de Assentimento** - documento elaborado em linguagem acessível para os menores de idade
526 ou para os legalmente incapazes, por meio do qual, após os participantes da pesquisa serem
527 devidamente esclarecidos, explicitarão sua anuência em participar da pesquisa, sem prejuízo do
528 consentimento de seus responsáveis legais. **II.25 - Vulnerabilidade** - estado de pessoas ou grupos
529 que, por quaisquer razões ou motivos, tenham a sua capacidade de autodeterminação reduzida ou
530 impedida, ou de qualquer forma estejam impedidos de opor resistência, sobretudo no que se refere ao
531 consentimento livre e esclarecido. **III - ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA ENVOLVENDO SERES**
532 **HUMANOS** - As pesquisas envolvendo seres humanos devem atender aos fundamentos éticos e
533 científicos pertinentes. **III.1** - A eticidade da pesquisa implica em: **a)** Respeito ao participante da
534 pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade
535 de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e
536 esclarecida; **b)** entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos,
537 comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; **c)** garantia de que
538 danos previsíveis serão evitados; **d)** relevância social da pesquisa o que garante a igual consideração
539 dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária. **III.2** - As
540 pesquisas, em qualquer área do conhecimento envolvendo seres humanos, deverão observar as
541 seguintes exigências: **a)** ser adequada aos princípios científicos que a justifiquem e com possibilidades
542 concretas de responder a incertezas; **b)** estar fundamentada em fatos científicos, experimentação
543 prévia e ou pressupostos adequados à área específica da pesquisa; **c)** ser realizada somente quando o
544 conhecimento que se pretende obter não possa ser obtido por outro meio; **d)** buscar sempre que
545 prevaleçam os benefícios esperados sobre os riscos e/ou desconfortos previsíveis; **e)** utilizar os
546 métodos adequados para responder às questões estudadas, especificando-os, seja a pesquisa
547 qualitativa, quantitativa ou quali-quantitativa; **f)** se houver necessidade de distribuição aleatória dos
548 participantes da pesquisa em grupos experimentais e de controle, assegurar que, *a priori*, não seja
549 possível estabelecer as vantagens de um procedimento sobre outro, mediante revisão de literatura,
550 métodos observacionais ou métodos que não envolvam seres humanos; **g)** **obter** consentimento livre e
551 esclarecido do participante da pesquisa e/ou seu representante legal, inclusive nos casos das
552 pesquisas que, por sua natureza, impliquem justificadamente, em consentimento *a posteriori*; **h)** contar
553 com os recursos humanos e materiais necessários que garantam o bem-estar do participante da
554 pesquisa, devendo o(s) pesquisador(es) possuir capacidade profissional adequada para desenvolver
555 sua função no projeto proposto; **i)** prever procedimentos que assegurem a confidencialidade e a
556 privacidade, a proteção da imagem e a não-estigmatização dos participantes da pesquisa, garantindo a
557 não-utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos
558 de auto-estima, de prestígio e/ou de aspectos econômicos-financeiros; **j)** ser desenvolvida
559 preferencialmente em indivíduos com autonomia plena. Indivíduos ou grupos vulneráveis não devem
560 ser participantes de pesquisa quando a informação desejada possa ser obtida por meio de participantes
561 com plena autonomia, a menos que a investigação possa trazer benefícios aos indivíduos ou grupos
562 vulneráveis; **k)** respeitar sempre os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, como também
563 os hábitos e costumes, quando as pesquisas envolverem comunidades; **l)** garantir que as pesquisas em
564 comunidades, sempre que possível, traduzir-se-ão em benefícios cujos efeitos continuem a se fazer
565 sentir após sua conclusão. Quando, no interesse da comunidade, houver benefício real em incentivar
566 ou estimular mudanças de costumes ou comportamentos, o protocolo de pesquisa deve incluir, sempre
567 que possível, disposições para comunicar tal benefício às pessoas e/ou comunidades; **m)** comunicar às
568 autoridades competentes os resultados e/ou achados da pesquisa, sempre que os mesmos puderem
569 contribuir para a melhoria das condições de vida da coletividade, preservando, porém, a imagem e
570 assegurando que os participantes da pesquisa não sejam estigmatizados; **n)** assegurar aos
571 participantes da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso

572 aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa; **o**) assegurar aos participantes da pesquisa as
573 condições de acompanhamento, tratamento, assistência integral, e orientação, conforme o caso,
574 enquanto necessário, inclusive nas pesquisas de rastreamento; **p**) comprovar, nas pesquisas
575 conduzidas no exterior ou com cooperação estrangeira, os compromissos e as vantagens, para os
576 participantes das pesquisas e para o Brasil, decorrentes de sua realização. Nestes casos deve ser
577 identificado o pesquisador e a instituição nacional responsáveis pela pesquisa no Brasil. Os estudos
578 patrocinados no exterior também deverão responder às necessidades de transferência de
579 conhecimento e tecnologia para a equipe brasileira, quando aplicável; **q**) utilizar o material e os dados
580 obtidos na pesquisa exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo, ou conforme o
581 consentimento do participante; **r**) levar em conta, nas pesquisas realizadas em mulheres em idade fértil
582 ou em mulheres grávidas, a avaliação de riscos e benefícios e as eventuais interferências sobre a
583 fertilidade, a gravidez, o embrião ou o feto, o trabalho de parto, o puerpério, a lactação e o recém-
584 nascido; **s**) considerar que as pesquisas em mulheres grávidas devem ser precedidas de pesquisas em
585 mulheres fora do período gestacional, exceto quando a gravidez for o objeto fundamental da pesquisa;
586 **t**) garantir, para mulheres que se declarem expressamente isentas de risco de gravidez, quer por não
587 exercerem práticas sexuais ou por as exercerem de forma não reprodutiva, o direito de participarem de
588 pesquisas sem o uso obrigatório de contraceptivos; **u**) ser descontinuada somente após análise e
589 manifestação, por parte do Sistema CEP/CONEP/CNS/MS que o aprovou, das razões dessa
590 descontinuidade, a não ser em casos de justificada urgência em benefício de seus participantes. **III.3** -
591 As pesquisas que utilizam metodologias experimentais na área biomédica, envolvendo seres humanos,
592 além do preconizado no item III.2, deverão ainda: **a**) estar fundamentada na experimentação prévia,
593 realizada em laboratórios, utilizando-se animais ou outros modelos experimentais e comprovação
594 científica, quando pertinente; **b**) ter plenamente justificada, quando for o caso, a utilização de placebo,
595 em termos de não maleficência e de necessidade metodológica, sendo que os benefícios, riscos,
596 dificuldades e efetividade de um novo método terapêutico devem ser testados, comparando-o com os
597 melhores métodos profiláticos, diagnósticos e terapêuticos atuais. Isto não exclui o uso de placebo ou
598 nenhum tratamento em estudos nos quais não existam métodos provados de profilaxia, diagnóstico ou
599 tratamento; **c**) utilizar o material biológico e os dados obtidos na pesquisa exclusivamente para a
600 finalidade prevista no seu protocolo, ou conforme o consentimento dado pelo participante da pesquisa;
601 **d**) assegurar a todos os participantes ao final do estudo, por parte do patrocinador, acesso gratuito e
602 por tempo indeterminado, aos melhores métodos profiláticos, diagnósticos e terapêuticos que se
603 demonstraram eficazes. d.1) O acesso também será garantido no intervalo entre o término da
604 participação individual e o final do estudo, podendo neste caso esta garantia ser dada por meio de
605 estudo de extensão, de acordo com análise devidamente justificada do médico assistente do
606 participante. **IV – DO PROCESSO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** - O respeito
607 devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe com consentimento livre e
608 esclarecido dos participantes, indivíduos ou grupos que, por si e/ou por seus representantes legais,
609 manifestem a sua anuência à participação na pesquisa. Entende-se por Processo de Consentimento
610 Livre e Esclarecido todas as etapas a serem necessariamente observadas para que o convidado a
611 participar de uma pesquisa possa se manifestar, de forma autônoma, consciente, livre e esclarecida.
IV.1 - A etapa inicial do Processo de Consentimento Livre e Esclarecido é a do esclarecimento ao
613 convidado a participar da pesquisa, ocasião em que o pesquisador, ou pessoa por ele delegada e sob
614 sua responsabilidade, deverá: a) Buscar o momento, condição e local mais adequados para que o
615 esclarecimento seja efetuado, considerando, para isso, as peculiaridades do convidado a participar da
616 pesquisa e sua privacidade; b) Prestar informações em linguagem clara e acessível, utilizando-se
617 das estratégias mais apropriadas à cultura, faixa etária, condição socioeconômica e autonomia dos
618 convidados a participar da pesquisa; c) Conceder o tempo adequado para que o convidado a participar
619 da pesquisa possa refletir, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam
620 ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida. **IV.2** - Superada a etapa inicial de esclarecimento, o
621 pesquisador responsável, ou pessoa por ele delegada, deverá apresentar, ao convidado para participar
622 da pesquisa, ou a seu representante legal, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que
623 seja lido e compreendido, antes da concessão do seu consentimento livre e esclarecido. **IV.3** - O Termo
624 de Consentimento Livre e Esclarecido deverá conter, obrigatoriamente a: a) Justificativa, os objetivos e
625 os procedimentos que serão utilizados na pesquisa, com o detalhamento dos métodos a serem
626 utilizados, informando a possibilidade de inclusão em grupo controle ou experimental, quando aplicável;
627 b) Explicitação dos possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação na pesquisa, além dos
628 benefícios esperados dessa participação e apresentação das providências e cautelas a serem
629 empregadas para evitar e/ou reduzir efeitos e condições adversas que possam causar dano,
630 considerando características e contexto do participante da pesquisa. c) Esclarecimento sobre a forma
631 de acompanhamento e assistência a que terão direito os participantes de pesquisa, inclusive
632 considerando benefícios e acompanhamentos posteriores ao encerramento e/ ou a interrupção da
633 pesquisa; d) Garantia de plena liberdade, ao participante da pesquisa, de recusar-se a participar, ou
634 retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma, exceto quando a
635 recusa não for possível; e) Garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da

pesquisa durante todas as fases da mesma; f) Garantia de que o participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; g) Explicitação da garantia de resarcimento e como serão cobertas as despesas tidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes; h) Explicitação da garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. **IV.4** – O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido nas pesquisas que utilizam metodologias experimentais na área biomédica, envolvendo seres humanos, além do previsto no item IV.3., supra, deve observar obrigatoriamente, o seguinte: a) Explicitar, quando pertinente, dos métodos terapêuticos alternativos existentes; b) Esclarecer, quando pertinente, sobre a possibilidade de inclusão do participante em grupo controle ou placebo, explicitando, claramente, o significado dessa possibilidade; c) Não exigir do participante da pesquisa, sob qualquer argumento, renúncia ao direito à indenização por dano. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido não deve conter ressalva que afaste essa responsabilidade ou que implique ao participante da pesquisa abrir mão de seus direitos, incluindo o direito de procurar obter indenização por danos eventuais. **IV.5** - O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverá, ainda: a) Conter declaração do pesquisador responsável que expresse o cumprimento das exigências contidas nos itens IV. 3 e IV.4, este último se pertinente. b) Ser adaptado, pelo pesquisador responsável, nas pesquisas com cooperação estrangeira concebidas em âmbito internacional, às normas éticas e à cultura local, sempre com linguagem clara e acessível a todos e, em especial, aos participantes da pesquisa, tomando o especial cuidado para que seja de fácil leitura e compreensão. c) Ser aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente. d) Ser elaborado em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou pela pessoa, ou pessoas, por ele delegada, devendo as páginas de assinaturas estar na mesma folha. Em ambas as vias deverá constar o endereço e contato telefônico ou outro, dos responsáveis pela pesquisa e do CEP local e da CONEP, quando pertinente. **IV.6** - Nos casos de restrição da liberdade ou do esclarecimento necessários para o adequado consentimento, deve-se, também, observar: a) Em pesquisas cujos convidados sejam crianças, adolescentes, pessoas com transtorno ou doença mental ou em situação de substancial diminuição em sua capacidade de decisão, deverá haver justificativa clara de sua escolha, especificada no protocolo e aprovada pelo CEP, e pela CONEP, quando pertinente. Nestes casos deverão ser cumpridas as etapas do esclarecimento e do consentimento livre e esclarecido, por meio dos representantes legais dos convidados a participar da pesquisa, preservado o direito de informação dos mesmos, no limite de sua capacidade; b) A liberdade do consentimento deverá ser particularmente garantida para aqueles participantes de pesquisa que, embora plenamente capazes, estejam expostos a condicionamentos específicos, ou à influência de autoridade, caracterizando situações passíveis de limitação da autonomia, como estudantes, militares, empregados, presidiários e internos em centros de readaptação, em casas-abrigo, asilos, associações religiosas e semelhantes, assegurando-lhes inteira liberdade de participar, ou não, da pesquisa, sem quaisquer represálias; c) As pesquisas em pessoas com o diagnóstico de morte encefálica deverão atender aos seguintes requisitos: c.1 documento comprobatório da morte encefálica; c.2 consentimento explícito, diretiva antecipada da vontade da pessoa, ou consentimento dos familiares e/ou do representante legal, c.3 respeito à dignidade do ser humano; c.4 inexistência de ônus econômico financeiro adicional à família; c.5 inexistência de prejuízo para outros pacientes aguardando internação ou tratamento; c.6 possibilidade de obter conhecimento científico relevante, ou novo, que não possa ser obtido de outra maneira. d) Em comunidades cuja cultura grupal reconheça a autoridade do líder ou do coletivo sobre o indivíduo, a obtenção da autorização para a pesquisa deve respeitar tal particularidade, sem prejuízo do consentimento individual, quando possível e desejável. Do mesmo modo, quando a legislação brasileira dispuser sobre competência de órgãos governamentais na tutela de tais comunidades, tais instâncias devem autorizar a pesquisa antecipadamente. **IV.7**- Na pesquisa que dependa de restrição de informações aos seus participantes, tal fato deverá ser devidamente explicitado e justificado pelo pesquisador responsável ao Sistema CEP/CONEP. Os dados obtidos a partir dos participantes da pesquisa não poderão ser usados para outros fins além dos previstos no protocolo e/ou no consentimento livre e esclarecido. **IV.8** - Nos casos em que seja inviável a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou que esta obtenção signifique riscos substanciais à privacidade e confidencialidade dos dados do participante, e aos vínculos de confiança entre pesquisador e pesquisado, a dispensa do TCLE deve ser justificadamente solicitada pelo pesquisador responsável ao Sistema CEP/CONEP, quando pertinente, para apreciação, sem prejuízo do processo de esclarecimento. **V - RISCOS E BENEFÍCIOS** - Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e graduações variados. Quanto maiores e mais evidentes os riscos, maiores devem ser os cuidados para minimizá-los e a proteção oferecida pelo Sistema CEP/CONEP aos participantes. Devem ser analisadas possibilidades de danos imediatos ou posteriores, no plano individual ou coletivo. A análise de risco é componente imprescindível à análise ética, dela decorrendo o plano de monitoramento que deve ser oferecido pelo Sistema CEP/CONEP em cada caso específico. **V.1** - As pesquisas envolvendo seres humanos serão admissíveis quando: **a)** o risco se justifique pelo benefício esperado; **b)** no caso de pesquisas experimentais da área da saúde, o benefício seja maior, ou, no mínimo, igual às alternativas já estabelecidas para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento. **V.2** - São

700 admissíveis pesquisas cujos benefícios a seus participantes forem exclusivamente indiretos, desde que
701 consideradas as dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual desses. **V.3** -
702 O pesquisador responsável, ao perceber qualquer risco ou dano significativos ao participante da
703 pesquisa, previstos, ou não, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, deve comunicar o fato,
704 imediatamente, ao Sistema CEP/CONEP, e avaliar, em caráter emergencial, a necessidade de adequar
705 ou suspender o estudo. **V.4** - Nas pesquisas na área da saúde, tão logo constatada a superioridade
706 significativa de uma intervenção sobre outra(s) comparativa(s), o pesquisador deverá avaliar a
707 necessidade de adequar ou suspender o estudo em curso, visando oferecer a todos os benefícios do
708 melhor regime. **V.5** - O Sistema CEP/CONEP deverá ser informado de todos os fatos relevantes que
709 alterem o curso normal dos estudos por ele aprovado e, especificamente nas pesquisas na área da
710 saúde, dos efeitos adversos e da superioridade significativa de uma intervenção sobre outra ou outras
711 comparativas. **V.6** - O pesquisador, o patrocinador e as instituições e/ou organizações envolvidas nas
712 diferentes fases da pesquisa devem proporcionar assistência imediata, nos termos do artigo II.2, bem
713 como responsabilizarem-se pela assistência integral aos participantes da pesquisa no que se refere às
714 complicações e danos decorrentes da pesquisa. **V.7** - Os participantes da pesquisa que vierem a sofrer
715 qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no Termo de
716 Consentimento Livre e Esclarecido, têm direito à indenização, por parte do pesquisador, do
717 patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa. **VI – DO PROTOCOLO DE**
718 **PESQUISA** - O protocolo a ser submetido à revisão ética somente será apreciado se for apresentada
719 toda documentação solicitada pelo Sistema CEP/CONEP, considerada a natureza e as especificidades
720 de cada pesquisa. A Plataforma BRASIL é o Sistema oficial de lançamento de pesquisas para análise e
721 monitoramento do Sistema CEP/CONEP. **VII - SISTEMA CEP/CONEP** - É integrado pela Comissão
722 Nacional da Ética em Pesquisa - CONEP/CNS/MS do Conselho Nacional de Saúde e pelos Comitês de
723 Ética em Pesquisa – CEP - compondo um sistema que utiliza mecanismos, ferramentas e instrumentos
724 próprios de inter-relação, num trabalho cooperativo que visa, especialmente, a proteção dos
725 participantes de pesquisa do Brasil, de forma coordenada e descentralizada. Proposta posterior ao
726 envio: incluir no final da frase a sentença “**por meio de um processo de acreditação**”. **VII.1** -
727 Pesquisas envolvendo seres humanos devem ser submetidas à apreciação do sistema CEP/CONEP,
728 que ao analisar e decidir, que se torna corresponsável por garantir a proteção dos participantes. **VII.2** -
729 Os CEP são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo,
730 deliberativo e educativo, criados para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua
731 integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.
732 **VII.2.1** - As instituições e/ou organizações nas quais se realizem pesquisas envolvendo seres humanos
733 podem constituir um ou mais de um Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, conforme suas necessidades
734 e atendendo aos critérios normativos. **VII.2.2** - Na inexistência de um CEP na instituição proponente ou
735 em caso de pesquisador sem vínculo institucional, caberá à CONEP a indicação de um CEP para
736 proceder à análise da pesquisa dentre aqueles que apresentem melhores condições para monitorá-la.
737 **VII.3** - A CONEP é uma instância colegiada, de natureza consultiva, deliberativa, normativa, educativa e
738 independente, vinculada ao Conselho Nacional de Saúde/CNS/MS. **VII.4** - A revisão ética dos projetos
739 de pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser associada à sua análise científica. **VII.5** - Os
740 membros integrantes do Sistema CEP/ CONEP, deverão ter, no exercício das suas funções, total
741 independência na tomada das decisões, mantendo em caráter estritamente confidencial, as
742 informações conhecidas. Deste modo, não podem sofrer qualquer tipo de pressão por parte de
743 superiores hierárquicos ou pelos interessados em determinada pesquisa. Devem isentar-se da tomada
744 de decisões quando envolvidos na pesquisa em análise. **VII.6** - Os membros dos CEP e da CONEP
745 não poderão ser remunerados no desempenho de sua tarefa, podendo, apenas, receber resarcimento
746 de despesas efetuadas com transporte, hospedagem e alimentação, sendo imprescindível que sejam
747 dispensados, nos horários de seu trabalho nos CEP, ou na CONEP, das outras obrigações nas
748 instituições e/ou organizações às quais prestam serviço, dado o caráter de relevância pública da
749 função. **VIII – DOS COMITÊS DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP). ATRIBUIÇÕES** - **VIII.1** - Avaliar
750 protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, emitindo parecer, devidamente justificado, sempre
751 orientado, dentre outros, pelos princípios da imparcialidade, transparência, razoabilidade,
752 proporcionalidade e eficiência, dentro dos prazos estabelecidos em norma operacional; Proposta após
753 envio: Avaliar protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, emitindo parecer, devidamente
754 justificado, sempre orientado, dentre outros, pelos princípios da imparcialidade, transparência,
755 razoabilidade, proporcionalidade e eficiência, dentro dos prazos estabelecidos em norma operacional,
756 evitando redundâncias que resultem em morosidade na análise. **VIII.2** - Desempenhar papel consultivo
757 e educativo em questões de ética. **VIII.3** - Elaborar seu regimento interno. **IX – DA COMISSÃO**
758 **NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA (CONEP). ATRIBUIÇÕES.** **IX.1** – Examinar os aspectos éticos
759 da pesquisa envolvendo seres humanos, como também a adequação e atualização das normas
760 atinentes, podendo, para tanto, consultar a sociedade, sempre que julgar necessário; **IX.2** - Estimular a
761 participação popular nas iniciativas de Controle Social das Pesquisas com Seres Humanos, além da
762 criação de CEP institucionais e de outras instâncias, sempre que tal criação possa significar o
763 fortalecimento da proteção de participantes de pesquisa no Brasil; **IX.3** - Registrar e supervisionar o

764 funcionamento e cancelar o registro dos CEP que compõem o Sistema CEP/CONEP; **IX.4** – Analisar os
765 protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, emitindo parecer, devidamente justificado, sempre
766 orientado, dentre outros, pelos princípios da imparcialidade, transparência, razoabilidade,
767 proporcionalidade e eficiência; dentro dos prazos estabelecidos em norma operacional. Compete a
768 CONEP análise de temáticas como: *Proposta após envio: Analisar os protocolos de pesquisa*
769 *envolvendo seres humanos, emitindo parecer, devidamente justificado, sempre orientado, dentre*
770 *outros, pelos princípios da imparcialidade, transparência, razoabilidade, proporcionalidade e eficiência;*
771 *dentro dos prazos estabelecidos em norma operacional, evitando redundâncias que resultem em*
772 *morosidade na análise.* 1 - Genética humana, quando que o projeto envolver: 1.1 - envio para o exterior
773 de material genético ou qualquer material biológico humano para obtenção de material genético, salvo
774 nos casos em que houver cooperação com o governo brasileiro; 1.2 - armazenamento de material
775 biológico ou dados genéticos humanos no exterior e no País, quando de forma conveniada com
776 instituições estrangeiras ou em instituições comerciais; 1.3 - alterações da estrutura genética de células
777 humanas para utilização *in vivo*; 1.4 - pesquisas na área da genética da reprodução humana
778 (reprogenética); 1.5 - pesquisas em genética do comportamento; e 1.6 - pesquisas nas quais esteja
779 prevista a dissociação irreversível dos dados dos participantes de pesquisa. 2 - Reprodução humana:
780 pesquisas que se ocupam com o funcionamento do aparelho reprodutor, procriação e fatores que
781 afetam a saúde reprodutiva de humanos, sendo que nessas pesquisas serão considerados
782 "participantes da pesquisa" todos os que forem afetados pelos procedimentos das mesmas. Caberá
783 análise da CONEP quando o projeto envolver: 2.1 - reprodução assistida; 2.2 - manipulação de
784 gametas, pré-embriões, embriões e feto; 2.3 - medicina fetal, quando envolver procedimentos invasivos.
785 3 - Equipamentos e dispositivos terapêuticos, novos ou não registrados no país; 4 - Novos
786 procedimentos terapêuticos invasivos; 5 - Estudos com populações indígenas; 6 - Projetos de pesquisa
787 que envolvam organismos geneticamente modificados (OGM), células tronco embrionárias e
788 organismos que representam alto risco coletivo, incluindo organismos relacionados a eles, , nos
789 âmbitos de: experimentação, construção, cultivo, manipulação, transporte, transferência, importação,
790 exportação, armazenamento, liberação no meio ambiente e descarte; 7 - Protocolos de constituição e
791 funcionamento de biobancos para fins de pesquisa; 8 - Pesquisas com coordenação e/ou patrocínio
792 originados fora do Brasil, excetuadas aquelas com copatrocínio do governo brasileiro; *Proposta após*
793 *envio: 9 – Projetos que, a critério do CEP e devidamente justificados, sejam julgados merecedores de*
794 *análise pela CONEP.* **IX.5** - Fortalecer a participação dos CEP por meio de um processo contínuo
795 capacitação, qualificação e acreditação. **IX.6** - Coordenar o processo de acreditação dos CEP,
796 credenciando-os de acordo com níveis de competência que lhes possibilitem ter delegadas
797 responsabilidades originárias da CONEP. **IX.7** - Analisar e monitorar, direta ou indiretamente, no prazo
798 estipulado em normativa, os protocolos de pesquisa que envolvam necessidade de maior proteção em
799 relação aos seus participantes, em especial os riscos envolvidos. Deve, neste escopo, ser considerado
800 sempre em primeiro plano o indivíduo e, de forma associada, os interesses nacionais no
801 desenvolvimento científico e tecnológico, como base para determinação da relevância e oportunidade
802 na realização destas pesquisas. **IX.8** - Analisar e monitorar, direta ou indiretamente, protocolos de
803 pesquisas com conflitos de interesse que dificultem ou inviabilizem a justa análise local. **IX.9** - Analisar,
804 justificadamente, qualquer protocolo do Sistema CEP/CONEP, sempre que considere pertinente. **IX.10.**
805 *Analisar, em caráter de urgência e com tramitação especial protocolos de pesquisa que sejam de*
806 *relevante interesse público, tais como os protocolos que contribuem para a saúde pública, a justiça e a*
807 *redução das desigualdades sociais e das dependências tecnológicas. Proposta após envio: Analisar,*
808 *em caráter de urgência e com tramitação especial protocolos de pesquisa que sejam de relevante*
809 *interesse público, tais como os protocolos que contribuem para a saúde pública, a justiça e a redução*
810 *das desigualdades sociais e das dependências tecnológicas, mediante solicitação do Ministério da*
811 *Saúde, ou de outro órgão da Administração Pública, ou ainda a critério da Plenária da CONEP/CNS.* **XI**
812 **- DO PROCEDIMENTO DE ANÁLISE ÉTICA.** **XI.1 – DA ANÁLISE ÉTICA DOS CEP.** Das
813 Competências. 1) Compete ao CEP após análise, emitir parecer devidamente motivado, no qual se
814 apresentem de forma clara, objetiva e detalhada, a decisão do colegiado, no prazo máximo de 30
815 (trinta) dias para parecer inicial. Em caso de eventuais pendências, será concedido um prazo de 10 dias
816 para adequação do protocolo por parte do pesquisador e de mais 20 dias para emissão do parecer
817 final, aprovando ou não o protocolo. Caso não aprovado, caberá ainda recurso ao próprio CEP ou à
818 CONEP, num prazo máximo de 30 dias. Os recursos devem ser analisados pelo CEP no prazo máximo
819 de 30 dias. As decisões sobre recursos são terminativas no âmbito em que ocorrerem. *Proposta após*
820 *envio: Compete ao CEP após análise, emitir parecer devidamente motivado, no qual se apresentem de*
821 *forma clara, objetiva e detalhada, a decisão do colegiado, em prazo estipulado em norma operacional.*
822 2. Encaminhar, após análise fundamentada, os protocolos de competência da CONEP, observando de
823 forma cuidadosa toda a documentação que deve acompanhar esse encaminhamento, conforme norma
824 operacional vigente. 3. Incumbe, também, aos CEP: a) Manter a guarda confidencial de todos os dados
825 obtidos na execução de sua tarefa e arquivamento do protocolo completo; Acompanhar o
826 desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras
827 estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa; b) O CEP deverá manter em

828 arquivo o projeto, o protocolo e os relatórios correspondentes, por um período de 5 (cinco) anos após o
829 encerramento do estudo, podendo esse arquivamento processar-se em meio digital. c) Receber
830 denúncias de abusos ou notificação sobre fatos adversos que possam alterar o curso normal do estudo,
831 decidindo pela continuidade, modificação ou suspensão da pesquisa, devendo, se necessário, solicitar
832 a adequação do Termo de Consentimento. d) Requerer a instauração de apuração à direção da
833 instituição e/ou organização, ou ao órgão público competente, em caso de conhecimento ou de
834 denúncias de irregularidades nas pesquisas envolvendo seres humanos e, havendo comprovação, ou
835 se pertinente, comunicar o fato à CONEP e, no que couber, a outras instâncias; e) Manter comunicação
836 regular e permanente com a CONEP, por meio de sua Secretaria Executiva. **XI.2 - DO**
837 **PROCEDIMENTO DE ANÁLISE ÉTICA DA CONEP.** 1. Compete à CONEP, após análise e parecer
838 devidamente motivado, no qual se faça análise clara, objetiva e detalhada de todos os elementos e
839 documentos do projeto, de forma a subsidiar, adequadamente, a decisão do colegiado, no *prazo*
840 *máximo de 60 (sessenta) dias, proceder à revisão dos protocolos de pesquisa de sua competência*
841 *originária.* -> Proposta após envio: Compete à CONEP, após análise e parecer devidamente motivado,
842 no qual se faça análise clara, objetiva e detalhada de todos os elementos e documentos do projeto, de
843 forma a subsidiar, adequadamente, a decisão do colegiado, *em prazo a ser estipulado em norma*
844 *operacional.* 2. Compete, também, à CONEP, o monitoramento, direto ou indireto, dos protocolos de
845 pesquisa de sua competência. 3. Aplica-se à CONEP, nas hipóteses em que funciona como CEP, as
846 disposições sobre Procedimentos de Análise Ética dos CEP. **XI.3 - DISPOSIÇÕES COMUNS AOS**
847 **CEP E À CONEP.** 1. Os membros do CEP/CONEP deverão isentar-se da análise e discussão do caso,
848 assim como da tomada de decisão, quando envolvidos na pesquisa. 2. Os CEP e a CONEP poderão
849 contar com consultores "ad hoc", pessoas pertencentes, ou não, à instituição/organização, com a
850 finalidade de fornecer subsídios técnicos. 3. Pesquisa que não se faça acompanhar do respectivo
851 protocolo não deve ser analisada. 4. Considera-se antiética a pesquisa aprovada que for descontinuada
852 pelo pesquisador responsável, sem justificativa previamente aceita pelo CEP, ou pela CONEP. 5. A
853 revisão do CEP culminará com seu enquadramento em uma das seguintes categorias: a) aprovado;
854 b) com pendência: quando o CEP considera necessária a correção do protocolo apresentado, e solicita
855 revisão específica, modificação ou informação relevante, *que deverá ser atendida em até 60 (sessenta)*
856 *dias pelos pesquisadores.* c) retirado: quando solicitado pelo pesquisador responsável; d) não
857 aprovado. Proposta após envio: com pendência: quando o CEP considera necessária a correção do
858 protocolo apresentado, e solicita revisão específica, modificação ou informação relevante, *que deverá*
859 *ser atendida em prazo estipulado em norma operacional.* 6. O CEP poderá, se entender oportuno e
860 conveniente, no curso da revisão ética, solicitar informações, documentos e outros, necessários ao
861 perfeito esclarecimento das questões, ficando suspenso o procedimento até a vinda dos elementos
862 solicitados. 7. Das decisões de não aprovação caberá recurso ao próprio CEP e/ou à CONEP, no
863 prazo de 30 dias, sempre que algum fato novo for apresentado para fundamentar a necessidade de
864 uma reanálise. 8. Os CEP e a CONEP deverão determinar o arquivamento do protocolo de pesquisa
865 nos casos em que o pesquisador responsável não atender, no prazo assinalado, às solicitações que lhe
866 foram feitas. 9. Uma vez aprovado o projeto, o CEP, ou a CONEP, nas hipóteses em que atua como
867 CEP ou no exercício de sua competência originária, passa a ser corresponsável no que se refere aos
868 aspectos éticos da pesquisa. 10. Consideram-se autorizados para execução, os projetos aprovados
869 pelos CEP, ou pela CONEP, nas hipóteses em que atua originariamente como CEP ou no exercício de
870 suas competências. **X - DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL - X.1.** - A responsabilidade do
871 pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais. **X.2 -** Cabe ao
872 pesquisador: a) Apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP, ou à CONEP, aguardando a
873 decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa; b) Elaborar o Termo de Consentimento Livre e
874 Esclarecido; c) Desenvolver o projeto conforme delineado; d) Elaborar e apresentar os relatórios
875 parciais e final; e) Apresentar dados solicitados pelo CEP, ou pela CONEP, a qualquer momento; f)
876 Manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um
877 período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa. g) Encaminhar os resultados da pesquisa para
878 publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do
879 projeto; h) Justificar fundamentadamente, perante o CEP, ou a CONEP, interrupção do projeto ou a
880 não-publicação dos resultados. **XI - OUTRAS DISPOSIÇÕES.** **XI.1.** Cada área temática de investigação
881 e cada modalidade de pesquisa, além de respeitar os dispositivos desta Resolução, deve cumprir as
882 exigências setoriais e regulamentações específicas. **XI.3.** As agências de fomento à pesquisa e o
883 corpo editorial das revistas científicas deverão exigir documentação comprobatória de aprovação do
884 projeto pelo Sistema CEP/CONEP. **XI.4.** A presente Resolução, por sua própria natureza, demanda
885 revisões periódicas, conforme necessidades das áreas ética, científica e tecnológica. **XII.**
886 **RESOLUÇÕES E NORMAS ESPECÍFICAS.** **XII.1** - O procedimento de avaliação dos protocolos de
887 pesquisa, bem como os aspectos específicos do registro, como concessão, renovação ou
888 cancelamento e, também, da acreditação de Comitês de Ética em Pesquisa serão regulamentados por
889 Resolução do Conselho Nacional de Saúde. **XII.2** - O processo de acreditação dos Comitês de Ética em
890 pesquisa que compõem o Sistema CEP/CONEP será tratado em Resolução do CNS. **XII.3** - As
891 especificidades das pesquisas nas ciências sociais e humanas e de outras que se utilizam de

892 metodologias próprias dessas áreas serão contempladas em resolução complementar, dada suas
893 particularidades. Proposta após envio: XII.3 - As especificidades éticas das pesquisas nas ciências
894 sociais e humanas e de outras que se utilizam de metodologias próprias dessas áreas serão
895 contempladas em resolução complementar, dada suas particularidades. Proposta após envio: XII.4 – As
896 especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o SUS serão contempladas em
897 Resolução complementar específica. XII.5 - Os aspectos procedimentais e administrativos do Sistema
898 CEP/CONEP serão tratados em Norma Operacional do CNS. XII.6 - A tipificação e gradação do risco
899 nas diferentes metodologias de pesquisa serão definidas em norma própria, pelo Conselho Nacional de
900 Saúde. **XIII - DISPOSIÇÕES FINAIS.** XIII.1 - Ficam revogadas as Resoluções CNS 196/96, 303/2000 e
901 404/2008. XIII.2 - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.” **Manifestações.**
902 Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** manifestou apoio e defendeu a aprovação da norma por
903 entender que permite a qualificação de salvaguardas sem burocratizar. Também manifestou apoio aos
904 novos adendos do texto e agradeceu o fato de ter sido acatada a sugestão, inclusive feita por ele em
905 outra oportunidade, de substituir o termo “sujeito de pesquisa” por “participantes pesquisas”.
906 Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**, para esclarecimento, fez os seguintes questionamentos: a) III.2,
907 “p” – como fica a situação quando o medicamento não possui registro no Brasil?; b) III.2, “s” e “t” –
908 como fica o caso da gravidez eventual e possíveis transtornos teratológicos? De quem seria a
909 responsabilidade?; c) IV.3, “d” – o que significa o trecho “exceto quando a recusa não for possível”; d)
910 IV.6, “d” – a redação precisa ser revista porque está confusa; e) IV.8 – no caso, os projetos não
911 deveriam ser analisados pela CONEP? Conselheira **Cleuza de Carvalho Miguel** cumprimentou a
912 coordenadora da CONEP/CNS e o GT de Revisão da Resolução nº. 196 pela excelência do trabalho.
913 Conselheira **Rosangela da Silva Santos** destacou o item III.2, “n”, para propor acréscimo que garanta
914 comunicar os resultados e achados de pesquisa também aos conselhos de saúde. No item IV.6,
915 sugeriu contemplar, nos casos de restrição da liberdade ou do esclarecimento necessários para o
916 adequado consentimento, que haja divulgação de canal de comunicação oficial para esclarecimento de
917 forma acessível sobre o assunto e o mesmo seja feito no caso de morte encefálica. No item c.2,
918 perguntou o que significa consentimento explícito e qual o critério para isso. No item VIII.1, destacou
919 que é preciso priorizar os temas de relevância pública, de interesse estratégico do SUS com base nos
920 indicadores epidemiológicos. No item X.2, propôs incluir mais um item com a seguinte redação
921 “apresentar planilha de custo com detalhamento de despesas”. Conselheira **Graciara Matos de**
922 **Azevedo** solicitou Questão de Ordem para ponderar que as sugestões de alteração do texto deveriam
923 ter sido enviadas com antecedência, uma vez que a minuta fora enviada aos conselheiros dez dias
924 antes daquela reunião. Conselheira **Jurema Werneck** lembrou que o texto fora enviado em tempo hábil
925 aos conselheiros e fora pautado com a finalidade de deliberação, todavia, consultou o Plenário diante
926 da fala da conselheira Graciara Matos. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** avaliou que deveria
927 ser assegurado aos conselheiros o tempo para manifestação e, ao final, a votação da proposta.
928 Conselheiro **Aníbal Gil Lopes**, coordenador adjunto da CONEP/CNS, explicou que muitas das
929 questões colocadas referiam-se às normas operacionais e a nova versão da Resolução nº. 196/1996
930 dispõe sobre princípios. Desse modo, sugeriu aos conselheiros que focassem a sua fala nas questões
931 de princípios e as operacionais fossem apresentadas e debatidas posteriormente quando da
932 elaboração da norma operacional. A mesa acatou a proposta do conselheiro **Aníbal Gil Lopes** e deu
933 seguimento às inscrições. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** sugeriu contemplar no texto
934 “especificidades das pesquisas nas ciências sociais e as especificidades da pesquisa de interesse
935 social para o SUS”. Também fez um agradecimento especial aos assessores da CONEP pelo trabalho
936 primoroso. Conselheira **Lígia Bahia** cumprimentou a CONEP, na pessoa da coordenadora, pelo
937 trabalho, por entender que a Resolução possibilitou adequar o Sistema ao que é a pesquisa no Brasil
938 hoje. Defendeu a aprovação do novo texto naquela oportunidade e sugeriu a formação de um GT para
939 elaborar a norma operacional. Conselheiro **Diego de Faria Magalhães Torres** cumprimentou a CONEP
940 pelo trabalho e informou que apresentaria sugestões acerca de aspectos operacionais, posteriormente.
941 Conselheiro **Clóvis Boufleur** destacou o esforço na construção do texto da nova Resolução e
942 manifestou-se pela aprovação, a fim de garantir que todo o arcabouço estabelecido possa orientar o
943 Sistema CEP/CONEP. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** avaliou que esse é um momento
944 histórico para ciência e a saúde do Brasil e é preciso comemorar a possibilidade de construir um projeto
945 nacional de desenvolvimento com a participação do controle social e respeito aos princípios éticos e ao
946 sujeito de pesquisa. Salientou que a Resolução coloca o espaço do controle social como espaço da
947 definição, ou seja, espaço da democracia participativa. Por fim, cumprimentou a coordenadora da
948 CONEP e sua equipe pelo trabalho. Conselheiro **Edmundo Dzuaiwi Omore** destacou a relevância do
949 tema e perguntou como fica os estudos com populações indígenas. Conselheira **Maria Thereza**
950 **Antunes** parabenizou a CONEP pelo trabalho e aproveitou para despedir-se do CNS e da Comissão,
951 após seis no Conselho. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares** reiterou os elogios à CONEP e
952 registrou que a resolução não é do CNS, nem do Ministério da Saúde, mas sim do povo brasileiro.
953 **Retorno da mesa.** O Secretário da SCTIE/MS, **Carlos Augusto Grabois Gadelha**, destacou que a
954 Resolução representa um avanço para o Sistema CEP/CNS e chamou a atenção para o compromisso
955 com o participante da pesquisa. Cumprimentou todos os envolvidos nesse processo e manifestou

956 satisfação por participar dessa construção. Conselheira **Gysélie Saddi Tannous** agradeceu as
957 considerações dos conselheiros e informou que algumas das sugestões já estavam contempladas.
958 Citou, por exemplo, que um dos itens da Resolução é a apresentação de documentos obrigatórios
959 (cronograma, empenho de recurso, entre outros). Também concordou com a necessidade de rever
960 alguns trechos do texto, a fim de torná-lo mais claro e explícito e evitar dúvidas. Disse que tomou nota
961 das sugestões e comprometeu-se a fazer diálogo e contemplar no texto da resolução operacional. Para
962 encerrar, informou que, após quatro, despedia-se da missão importante de coordenar a CONEP.
963 Lembrou que assumiu a coordenação com a difícil missão de substituir o ex-conselheiro Willian Saad
964 Hossne e, com a contribuição de todos, em especial dos membros da CONEP, os equívocos foram
965 menores que o esperado. Registrou que deixava a CONEP com um sentimento profundo de gratidão
966 aos integrantes da Comissão, aos pesquisadores, aos participantes da pesquisa, todos que, de alguma
967 forma, contribuíram para sua formação pessoal. Informou que a Comissão aprovou a indicação do
968 conselheiro Aníbal Gil Lopes para sucedê-la na coordenação da Comissão, desse modo, entregou a
969 coordenação, com essa indicação para substituí-la. Também fez questão de registrar a sua profunda
970 admiração pelo censo científico e acadêmico do conselheiro Aníbal Gil Lopes nos quatro anos de
971 convivência com ele na CONEP. Portanto, disse se sentia tranquila com a continuidade do trabalho sob
972 a coordenação do conselheiro. Encaminhando, conselheira **Jurema Werneck** explicou que as questões
973 operacionais seriam incorporadas à norma operacional, a ser elaborada e as sugestões de princípios
974 contempladas no novo texto da Resolução nº. 196/1996. Após esse esclarecimento, a mesa colocou
975 em votação a nova proposta de Resolução nº. 196/1996, com os acréscimos dos conselheiros.
976 **Deliberação: aprovada, por unanimidade, com adendos dos conselheiros, a proposta de**
977 **reformulação da Resolução CNS nº. 196/1996, que dispõe sobre diretrizes e normas**
978 **regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** A seguir, a mesa colocou em
979 apreciação a indicação do conselheiro **Aníbal Gil Lopes** para coordenar a CONEP/CNS. Conselheira
980 **Graciara Matos de Azevedo** lembrou que, em situações semelhantes, o Plenário referendou a
981 indicação feita pela Comissão e apelou ao Plenário que seguisse essa dinâmica. Conselheira **Eliane**
982 **Aparecida da Cruz** sugeriu que a coordenação da CONEP fosse definida nas próximas reuniões do
983 CNS, por conta do processo de renovação do Colegiado e, até a definição, o coordenador adjunto
984 respondesse pela Comissão. Conselheira **Lígia Bahia** concordou com a proposta de adiar a votação da
985 coordenação em um ponto de pauta específico. Conselheira **Maria Thereza Antunes** explicou que a
986 indicação para coordenar a CONEP deveria ser debatida no Fórum de Usuários. Conselheira **Graciara**
987 **Matos de Azevedo** explicou que a recomposição das comissões do CNS não estava em debate e seria
988 feita em outro momento e reiterou que a prática do Plenário é acatar a indicação feita pela Comissão.
989 Conselheira **Gysélie Saddi Tannous** explicou que a CONEP é composta por uma coordenação e três
990 coordenações adjuntas – Paulo França, José Araújo de Lima Filho e um nome a ser indicado pela
991 SCTIE, assegurando a continuidade. Lembrou que as coordenações são definidas pelo Plenário, não
992 havendo um mandato de coordenador, assim, acatar a indicação da CONEP significa fazer um
993 momento de transição e dar continuidade ao processo. Caso o Plenário entendesse que não fosse o
994 melhor caminho, a coordenação poderia ser revista. Reiterou ainda que a coordenação da CONEP já
995 era compartilhada integralmente com o conselheiro **Aníbal Gil Lopes**. Para melhor entendimento,
996 conselheira **Jurema Werneck** explicou que o conselheiro Aníbal Lopes era o coordenador adjunto da
997 CONEP e a Comissão, após debate, indicou o nome dele para assumir a coordenação, substituindo a
998 conselheira Gysélie Saddi Tannous. Lembrou que foi sugerida a votação da indicação, mas não havia
999 consenso. Sendo assim, colocou em votação as duas propostas de encaminhamento: 1) **Votar a**
1000 **indicação do nome do conselheiro Aníbal Gil Lopes, feita pela CONEP para coordenar a**
1001 **Comissão, naquela reunião. 2) Votar a indicação do nome do conselheiro Aníbal Lopes, feita**
1002 **pela CONEP para coordenar a Comissão, posteriormente após consulta aos fóruns e entidades.**
1003 A proposta número 1 recebeu 16 votos. A proposta 2 recebeu 19 votos. **Deliberação: diante da**
1004 **votação, o Plenário decidiu definir a coordenação da CONEP/CNS posteriormente, considerando**
1005 **a indicação, feita pela Comissão, do conselheiro Aníbal Gil Lopes para assumir o cargo no lugar**
1006 **da Conselheira Gysélie Saddi Tannous.** Com esse encaminhamento, a mesa agradeceu os
1007 convidados e encerrou o debate com o intervalo para o almoço. Retomando, a mesa foi composta para
1008 o item 5 da pauta. **ITEM 5 – PROTOCOLO DE AUTISMO - Apresentação:** conselheira **Marisa Furia**
1009 **Silva**, Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **Maria Helena de Azeredo Roscoe**, Associação
1010 Brasileira de Autismo – ABRA; **Felipe Cavalcanti Giorgi**, psicólogo e pesquisador da Universidade de
1011 São Paulo – USP; **Luciana Togni de Lima e Silva Surjus**, Assessora Técnica Departamento de Ações
1012 Programáticas Estratégicas - DAPES/SAS/MS. **Coordenação:** conselheiro **Alcides Silva de Miranda**,
1013 da Mesa Diretora do CNS. Iniciando, conselheira **Marisa Furia Silva** relatou que, em 2 abril de 2011,
1014 Dia Internacional de Conscientização da Pessoa com Autismo, representantes da ABRA reuniram-se
1015 com o Ministro da Saúde e, como resultado desse encontro, foi elaborada uma carta com
1016 reivindicações ao Ministério da Saúde, sendo uma delas a elaboração do protocolo de autismo. No dia
1017 6 de abril do mesmo ano, a carta foi entregue ao Ministro da Saúde e foi constituído GT para elaborar o
1018 protocolo, com a participação da representante da ABRA. Todavia, a primeira reunião do Grupo ocorreu
1019 apenas no mês de dezembro e novas reuniões foram realizadas. Como resultado, o documento que

1020 dispõe sobre diretriz terapêutica estava em processo de conclusão e solicitou o apoio do CNS à
1021 proposta. Ressaltou que várias gerações de pessoas com autismo foram perdidas por falta de
1022 atendimento e para evitar que isso continue a acontecer é preciso garantir atendimento adequado e
1023 com mais agilidade, além de diagnóstico e atenção precoce. Também destacou que existe um debate
1024 sobre a classificação do autismo – síndrome ou deficiência – mas a Convenção sobre Direitos das
1025 Pessoas com Deficiência dirime essa dúvida ao classificá-lo como deficiência. Diante dessa condição, é
1026 preciso assegurar que essas pessoas com deficiência sejam atendidas nas redes do SUS - atenção
1027 básica, rede de pessoa com deficiência e rede psicossocial. Após essas considerações, explanou sobre
1028 o tema a representante da ABRA, **Maria Helena de Azeredo Roscoe**, militante há dez anos e mãe de
1029 dois rapazes de 17 anos com autismo. Começou explicando que o autismo é um transtorno, de amplo
1030 espectro, que causa dificuldades de interação social, dificuldades de comunicação e alterações de
1031 comportamento e no Brasil são quase 2 milhões de pessoas com autismo. Disse que no dia 2 de abril
1032 de 2011, foi entregue carta ao Ministro da Saúde com as seguintes demandas: 1) campanha nacional
1033 informativa sobre o autismo; 2) protocolo para diagnóstico e tratamento do autismo no SUS; 3) criação
1034 de centros de referência em autismo; 4) estudos da prevalência; 5) inclusão de marcos do
1035 desenvolvimento de habilidades sociais e informações referentes ao autismo no cartão da criança; 6)
1036 uso dos centros de telemedicina para capacitar a rede; e 7) lista de instituições e profissionais
1037 habilitados. Disse que, após a descrição da doença, em 1943, houve um período em que prevaleceu a
1038 concepção de que as dificuldades de interação da criança com autismo poderia ser causado por
1039 problemas de relacionamento da mãe com os filhos. Assim, as famílias, além de lidar com o autismo,
1040 passaram a sofrer com o processo culpabilização das mães pela patologia do filho. Explicou que essa
1041 concepção modificou-se ao longo dos anos, mas ainda hoje há profissionais que a defendem. Além
1042 disso, destacou que, de um modo geral, enfrenta-se o problema de desassistência quase que absoluta
1043 às pessoas com autismo. Relatou que, após a conversa com o Ministro da Saúde, a Presidente Dilma
1044 Rousseff lançou o Programa Viver sem limites - de acesso à educação, de inclusão social, de atenção à
1045 saúde e acessibilidade para as pessoas com deficiência. Disse que o Plano explicita o protocolo clínico
1046 e as diretrizes terapêuticas do autismo e o GT tem trabalhado nesse sentido. Destacou que outra
1047 dicotomia refere-se ao debate se autismo é deficiência ou não e defendeu que se trata de uma
1048 deficiência. Nesse sentido, ressaltou que a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas
1049 com Deficiência, da qual o Brasil é signatário, tem como objetivo promover, proteger e assegurar o
1050 exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as
1051 pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente. Define ainda que pessoas
1052 com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental,
1053 intelectual ou sensorial, os quais, *em interação com diversas barreiras*, podem obstruir sua participação
1054 plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas. Também apontou a
1055 ausência de tratamento para as pessoas com autismo no SUS como uma barreira enorme que as
1056 famílias não conseguem transpor e solicitou o apoio do CNS nessa luta para garantir os preceitos que
1057 tratam da dignidade da pessoa com autismo e da sua família. Disse que, no caso de uma pessoa com
1058 autismo, um dos familiares deixa de trabalhar para cuidar daquela pessoa e, no Brasil, pessoas
1059 convivem em cárcere privado por conta de um parente com a deficiência. Assim, disse que o conceito
1060 de deficiência pressupõe uma relação com o meio e a origem da doença não é o mais relevante, mas
1061 sim o diagnóstico. Reiterou a diferença entre autismo e retardo mental e esclareceu que grande parte
1062 das pessoas com autismo possui deficiência intelectual associada e, em alguns casos, deficiência física
1063 e sensorial. Ressaltou que, caso as pessoas com autismo não tenha diagnóstico precoce e intervenção
1064 específica, além de tratamento e suporte adequado, aumenta-se o risco de uma incapacidade em
1065 função da limitação individual e do ambiente em se adequar a ele. Também citou a mensagem do
1066 Secretário-Geral das Nações Unidas, Ban Ki-Moon, para o Dia Mundial da Conscientização do Autismo,
1067 que o autismo é um desafio mundial que requer ação global. Ou seja, não se trata de uma realidade
1068 apenas brasileira. A respeito da construção das linhas de cuidado, destacou dois pontos, no seu modo
1069 de ver, relevantes: diagnóstico e intervenção precoce - há evidências sobre sinais precoces do autismo
1070 antes dos três anos; e encaminhamento implicado – o encaminhamento, no caso de diagnóstico de
1071 atraso de desenvolvimento de atividades sociais ou de autismo, deve ser feito de forma responsável e
1072 implicada. Avaliou que o documento em construção ainda está extenso e deve agregar outras
1073 contribuições. Por fim, disse que o objetivo principal é mudar uma série histórica de pessoas que tem
1074 sido negligenciada no país. A seguir, explanou sobre o tema o psicólogo e pesquisador da USP, **Felipe**
1075 **Cavalcanti Giorgi**, que desenvolve trabalho com pessoas com autismo. Explicou que a sua
1076 apresentação visava oferecer orientações a equipes multidisciplinares para o cuidado com a saúde da
1077 pessoa com autismo nos diferentes pontos de atenção, que são necessários da infância à velhice, por
1078 meio da rede de serviço público. Utilizou a figura da personagem Alice no país das maravilhas para
1079 dizer que não é qualquer caminho que serve para as pessoas com autismo, sendo assim, a pergunta é
1080 qual o caminho. Apresentou uma linha histórica do desenvolvimento do autismo, de 1943 a 2008, e
1081 dados sobre as pessoas com autismo - déficit intelectual: 75%; sexo masculino: 70%; epilepsia: 35%;
1082 citogenética: 5-10%; entre irmãos: 2-8%; gêmeos mz: 60%; gêmeos dz: 0%. Explicou que vários
1083 estudiosos têm buscado estabelecer novos padrões para o tratamento das pessoas com autismo, uma

vez que, na década de 70, as pessoas com autismo eram tratadas com contenção e violência e, no Brasil, em 2001, 42% dos tratamentos eram o mesmo utilizado nessa década. Salientou que, de 1964 a 1995, a efetividade do tratamento varia de 90 a 100%. Explicou que as novas intervenções com pessoas com autismo têm obtido resultados promissores que permitem a essas pessoas frequentar e acompanhar seus pares em ambientes escolares, comunitários e de trabalho. Citou serviços baseados em modelos de prestação de contas financiados com dinheiro público ao redor do mundo no Canadá, Nova Zelândia, Austrália, Bélgica, Noruega, Inglaterra, Rússia, Suíça, Emirados Árabes. Também falou sobre os impactos desses serviços na pessoa com autismo, na família e na comunidade, explicando que o montante gira em torno de R\$ 90 bilhões/ano e 90% dos custos são com adultos. Todavia, os custos com cuidados ao longo da vida podem ser reduzidos em 2/3 com o diagnóstico precoce e intervenção precoce e intensiva. No mais, disse que em 119 serviços assistenciais crianças com autismo representam 2% do total de crianças assistidas, 55% apresentam problemas de comunicação e comportamento, 86% dos encaminhamentos aos serviços assistenciais foi devido às deficiências e 4% devido à negligência e maus tratos. Na saúde pública, o custo anual em relação aos normotípicos é 85 a 550% maior, 9 vezes mais gastos com serviços de saúde e 3 vezes mais que as pessoas com retardo mental. Salientou que não tratar as pessoas significa, em longo prazo, não ter recurso para tratar do típico, que precisa de cuidados em saúde. Disse que 40% das crianças tratadas teve ganhos de 20-30 pontos em testes de QI, linguagem, habilidades adaptativas e plena participação nas salas de aula regulares sem ajuda. Destacou que esses resultados estão documentados em mais de 900 artigos em periódicos científicos importantes. Também falou sobre a relação dos profissionais franceses de saúde e dos familiares de pessoas com autismo, explicando que algumas famílias entraram com ação contra o governo para conseguir tratamento com base em evidências e não o que os profissionais querem oferecer. Nessa linha, perguntou se isso também irá acontecer no Brasil: profissionais atuando independente da melhora do paciente e com sofrimento das famílias. Como saídas, sugeriu que o país adotasse: projeto terapêutico singular; prestação de contas; relação entre família/agências de fomento/prestador de serviço - exemplo - Centros Dia, Centros de Reabilitação, CAPS/Escola regular, creches, hospitais, Universidades estaduais e federais...; diagnóstico precoce; intervenção precoce e intensiva; planos de transição para escola; integração reversa; integração; inclusão; transição para o mercado de trabalho; e residências. Na sequência, fez uso da palavra a assessora técnica do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - DAPES/SAS/MS, **Luciana Togni de Lima e Silva Surjus**, representando o Dr. Roberto Tikanore, que se encontra em um seminário de balanço do DAPES. Na sua fala, a assessora técnica apresentou o resultado do trabalho do GT do Protocolo de Autismo: "Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Autismo e sua Família no SUS – Guia de orientação para Gestores e Profissionais de Saúde." Começou com a seguinte citação de Rubem Alves: "Existe uma estória que foi construída em torno da dor da diferença: a criança que se sente não bem igual às outras, por alguma marca no seu corpo, na maneira de ser... Esta, eu bem sei, é estória para ser contada também para os pais. Eles também sentem a dor dentro dos olhos...algo que dói muito: não é a diferença, em si mesma, mas o ar de espanto que a criança percebe nos olhos dos outros (...) O medo dos olhos dos outros é *sentimento universal*. Todos gostaríamos de olhos mansos... A diferença não é resolvida de forma triunfante, como na estória do Patinho Feio. O que muda não é a diferença. São os olhos..." Explicou que no campo de debate e disputa, o GT possuía a difícil tarefa de agregar diferentes perspectivas e atores no empenho de construir uma política pública. Ressaltou que, após árduo e longo caminho, o resultado foi a elaboração de um material que expressa o compromisso do SUS em reconhecer a negligência da atenção à população com autismo e sensibilizar e convocar as redes de atenção à saúde a ampliar o acesso e oferecer cuidado com qualidade. Explicou que linha de cuidado é uma estratégia para a ação, um caminho para o alcance da atenção integral ou a integralidade da atenção, um dos princípios do SUS, que proporciona a produção do cuidado desde a atenção primária até o mais complexo nível de atenção, exigindo ainda a interação com os demais sistemas de garantia de direitos. Detalhou que a composição do GT responsável pela elaboração do documento foi a seguinte: Coordenação Área Técnica Saúde Mental, Álcool e outras Drogas; Conselho Nacional de Saúde; Associação Brasileira de Autismo - ABRA; Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ; Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ; Universidade de São Paulo – USP; e Gestores – Betim/MG e São Bernardo do Campo/SP. Também foram parceiros do GT as áreas de Saúde da Pessoa com Deficiência, Saúde da Criança e Rede de Urgência e Emergência. Explicou que o documento se dirige a gestores e profissionais do SUS, com vistas à ampliação do acesso e à qualificação da atenção às pessoas com autismo e suas famílias, em todos os pontos de atenção das diferentes Redes de Atenção à Saúde, capitaneado pela Rede Atenção Psicossocial - RAPS. Contextualizando, recuperou que, em 2010, a Portaria nº. 4.279 definiu as Redes de Atenção à Saúde – RAS como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica. Em 2011, o Decreto nº. 7.508 definiu a Região de

1148 Saúde como espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes,
1149 delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e
1150 infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o
1151 planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Lembrou que, para ser instituída, a Região
1152 de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de: I - atenção primária; II - urgência e emergência;
1153 III - atenção psicossocial; IV - atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e V - vigilância em
1154 saúde. Além disso, o Decreto reconheceu a atenção psicossocial como uma das portas de entrada às
1155 ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde. No âmbito da Rede de Atenção
1156 Psicossocial, explicou que os CAPS são os serviços públicos de atenção às pessoas com autismo e
1157 enfrenta-se mais dificuldade na atenção aos adultos. Também esclareceu que a Rede de saúde mental
1158 é integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas em
1159 sofrimento e/ou com demandas decorrentes dos transtornos mentais e/ou do consumo de álcool, crack
1160 e outras drogas. Além disso, deve considerar as especificidades loco-regionais, com ênfase nos
1161 serviços com base comunitária, caracterizados por plasticidade de se adequar às necessidades dos
1162 usuários e familiares e não os mesmos se adequarem aos serviços. No mais, atua na perspectiva
1163 territorial, conhecendo suas dimensões, gerando e transformando lugares e relações. Detalhou que são
1164 diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial: respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a
1165 liberdade das pessoas; promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
1166 combate a estigmas e preconceitos; garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado
1167 integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; atenção humanizada e centrada nas
1168 necessidades das pessoas; diversificação das estratégias de cuidado; desenvolvimento de atividades
1169 no território que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da
1170 cidadania; desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos; participação dos usuários e de seus
1171 familiares no controle social; organização dos serviços em rede de atenção à saúde, com
1172 estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; promoção de
1173 estratégias de educação permanente; e desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com
1174 transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, tendo
1175 como eixo central a construção do projeto terapêutico singular. Também detalhou que são objetivos da
1176 Rede de Atenção Psicossocial: ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
1177 promover a vinculação das pessoas em sofrimento/transtornos mentais e com necessidades
1178 decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e garantir a
1179 articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado
1180 por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. Disse que a Rede
1181 de Atenção Psicossocial é composta por pontos de atenção desde a atenção básica em saúde,
1182 passando por serviços específicos, incluindo urgência e emergência, contemplando estratégias de
1183 desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial. Explicou que a expectativa é que o guia sirva
1184 como norteador das ações de ampliação do acesso e qualidade do cuidado ofertado às pessoas com
1185 autismo e suas famílias, como referência para as capacitações promovidas pelo Sistema Único de
1186 Saúde; como bibliografia de apoio a estudantes, familiares, profissionais e gestores de diferentes áreas.
1187 Detalhou que o documento inclui contextualização sobre a Política Pública de Saúde e o processo de
1188 estruturação de uma Rede territorial de cuidado em Saúde Mental; a Construção Histórica do Conceito
1189 de Autismo, Nomenclatura atual; aspectos relativos ao correto diagnóstico; diretrizes e orientações para
1190 o cuidado das pessoas com autismo e suas famílias do âmbito do SUS; e articulações intersetoriais –
1191 MDS e MEC – parcerias bem vindas. Também citou estratégias de capilarização do material e
1192 qualificação das ações: Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil; Fóruns Regionais de SMIJ;
1193 curso de formação à distância em SMIJ – um módulo sobre autismo (Histórico; Direitos das Pessoas
1194 com Autismo; Desenvolvimento Infantil e Sinais de Risco; Atenção à família; Diagnóstico e cuidado em
1195 Rede) – Todos os CAPS I, todos os CAPS IJ; AB quando da ausência de CAPS; parceria com Saúde
1196 da Criança – Desenvolvimento Infantil – Profissionais da AB; recurso do Telessaúde; diminuição do
1197 parâmetro populacional para implantação de CAPS IJ; pauta nos espaços de discussão da RAPS;
1198 articulação com a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência; subsídios aos apoiadores PNH, SCAM,
1199 RUE, Rede Cegonha, RAPS e Atenção à Pessoa com Deficiência; e discussão de cuidadores,
1200 articulada à saúde da pessoa idosa e ao MDS. **Manifestações.** Conselheira **Nildes de Oliveira**
1201 **Andrade** cumprimentou os expositores pelas explanações e perguntou como é tratada a atenção à
1202 saúde às pessoas com autismo, pela área de atenção à deficiência. Conselheira **Jurema Werneck**
1203 saudou as expositoras, em especial a conselheira Marisa Furia, pelo trabalho no CNS em defesa do
1204 SUS universal. Em relação ao guia de orientação, cumprimentou a iniciativa, mas destacou que é
1205 preciso mais que um manual para fazer o SUS funcionar para aqueles sem atendimento. Frisou que o
1206 Sistema deve assumir a responsabilidade de se refazer e o Ministério da Saúde deve enxergar o ser
1207 humano na sua singularidade. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** fez uma fala emocionada
1208 diante do SUS que oferece a possibilidade de ouvir aqueles que acreditam na vida e no direito e fez
1209 uma saudação especial à conselheira Marisa Furia com quem aprendeu a trabalhar e a compreender a
1210 singularidade do seu filho. Conselheira **Lígia Bahia** agradeceu as falas daqueles que vivenciam a
1211 realidade da pessoa com autismo e salientou que é preciso debater a realidade de hoje - poucos

lugares oferecem atendimento e, quando ocorre, de um modo geral, é de má qualidade – e compreender os obstáculos para avançar. Por fim, assumiu o compromisso, em nome da ABRASCO, de se aproximar de assuntos específicos como esse entendendo que é preciso conviver com as diferenças. Conselheira **Maria Cristhina Pedro Biz** também fez uma saudação especial aos expositores e avaliou que esse tema trazido pelos usuários expõe a dificuldade de lidar com as singularidades (deficiências). Salientou que os protocolos são importantes, mas, para além disso, defendeu a necessidade de debater o modelo de cuidado centrado na recuperação, que é ultrapassado, e avançar para atenção com base na subjetividade. Conselheira **Rosangela da Silva Santos** sentiu falta da transversalidade e da integralidade da Política de Saúde e perguntou se há pesquisa sobre o impacto do cuidado para as famílias cuidadoras da pessoa com autismo (tempo, custo, entre outros aspectos). Também disse que é preciso verificar como o cidadão na ponta consegue fazer o tratamento da pessoa com autismo. No mais, destacou que o CNS deve acompanhar os debates da área técnica, inclusive para contribuir na elaboração das políticas e estratégias. Por fim, sentiu falta do CONADE nesse debate para explicitar o posicionamento das pessoas com deficiência. Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano** destacou, de um lado, a busca pela definição de uma linha de cuidado e, de outro, a situação real – falta de preparo dos profissionais de saúde. Salientou que é preciso criar instrumentos no âmbito da rede psicossocial e defendeu a abordagem cognitivo comportamental como uma linha possível de atenção e tratamento das pessoas com autismo, mas não se restringindo apenas a essa linha de cuidado. No mais, ressaltou a importância das ações voltadas à formação profissional, uma vez que os profissionais de psicologia não possuem formação adequada nas instituições de ensino para atender as pessoas com autismo. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** explicou que protocolo terapêutico é um fluxo de decisões e encaminhamentos clínicos e as linhas de cuidado são mais abrangentes, contemplando inclusive os protocolos. Com base nesse entendimento, avaliou que não é competência do MS definir linhas de cuidado, mas sim definir diretrizes essas linhas, uma vez que essas somente ganham concretude no âmbito local. Além disso, salientou que, mais complexo que definir fixos e fluxos na conformação de uma linha de cuidado, é desenvolver competência comunicativa e avaliou que esse talvez seja o grande desafio colocado. Por fim, disse que, durante os três anos que participou do CNS, descobriu que as pessoas que trabalharam questões da particularidade em uma esfera pública foram quem melhor debateu a política de saúde e ganharam legitimidade nessa discussão. Destacou que o aprendizado é uma via de mão dupla e agradeceu à conselheira Marisa Furia pelos ensinamentos. Conselheiro **Clóvis Boufleur** manifestou satisfação com esse debate por entender que contribui para construção do SUS e preservação da vida. Falou da sua preocupação com a pessoa idosa com autismo e salientou que essa questão deve ser tratada, em conjunto, pela previdência e pela saúde. Também ressaltou que é preciso prever estratégias de formação e informação para que se possa aprender a cuidar das pessoas com autismo. Conselheira **Maria Thereza Antunes** manifestou satisfação com o debate e a sensibilização que uma das áreas da deficiência intelectual conseguiu despertar nos conselheiros. Avaliou que o protocolo representa um avanço e sugeriu submeter o documento à Comissão da Pessoa com Deficiência para análise. Finalizando, a Sra. Nilzareth fez um relato emocionado na condição de mãe de um filho com autismo, que lhe permitiu grande aprendizado e afirmou que os pais e mães de filhos com autismo adquiriram conhecimento ao longo da vida, aprendendo com os seus filhos. Disse que a ABRA, formada por pais e mães a partir dos desafios, traz uma grande colaboração e tem muito a ensinar e compartilhar. Solicitou a cumplicidade de todos e reiterou que a pessoa com autismo deve ser vista como cidadã brasileira e é preciso buscar ações afirmativas para dar visibilidade às pessoas que não têm condição de estar em espaços como o CNS. Por fim, cumprimentou a presidente da ABRA, Marisa Furia, uma referência para o projeto piloto de inclusão das pessoas com autismo. **Retorno da mesa.** O psicólogo e pesquisador da USP, **Felipe Cavalcanti Giorgi**, explicou que há três pesquisas - desenvolvidas na Inglaterra, Canadá e Estados Unidos – sobre o tempo gasto no cuidado das pessoas com autismo e todas apontaram que o tempo, o cuidado e o custo é maior ao se comparar com outras deficiências. Além disso, as pesquisas apontaram que as famílias se desestruturam, com a separação dos pais e as crianças são institucionalizadas. Informou, ainda, que em São Paulo está sendo desenvolvida pesquisa nesse sentido. Também esclareceu eu na sua explanação citou experiências de outros países que, além de possuir um sistema universal de saúde, criaram sistema de prestação de contas que possibilitou melhor atenção às pessoas com autismo. A assessora técnica do DAPES/SAS/MS, **Luciana Togni de Lima e Silva Surjus**, agradeceu a oportunidade e colocou a área técnica da saúde mental à disposição. Lembrou ainda que o compromisso comum é reconhecer a insuficiência, de um lado, e a riqueza de um sistema universal de saúde. A representante da ABRA no GT do protocolo de autismo, **Maria Helena de Azeredo Roscoe**, também agradeceu as contribuições e a oportunidade de participar do debate e reiterou a importância do compromisso com a universalidade do SUS, assegurando assistência às pessoas na sua singularidade. Disse que é preciso construir melhores padrões de interação social e comunicação para acolher melhor as pessoas com autismo, para que possam viver no meio social e evitar que a sobrecarga recaia apenas sobre a família, especialmente sobre a mãe. Também informou que uma pesquisa realizada em Minas Gerais apontou para o aumento do custo de vida das famílias, de um lado, e, de outro, queda da possibilidade de

1276 acesso a condições normais de trabalho. No mais, disse que é preciso pensar um modelo de inclusão
1277 das pessoas com deficiência na sociedade e criar mecanismos para conviver melhor com essa
1278 questão. Chamou a atenção ainda para a necessidade de cuidado nesse momento, porque muitas
1279 vezes, na tentativa de construir o novo, se destrói o que se tem. Nesse sentido, solicitou a preservação
1280 dos serviços existentes, com alimentação e fortalecimento na linha de integrar a rede a ser constituída.
1281 Conselheira **Marisa Furia Silva**, presidente da ABRA, solicitou a incorporação das sugestões no
1282 documento e que não fosse colocado em consulta pública antes de ser apreciado na Comissão de
1283 Saúde da Pessoa com Deficiência do CNS. Relatou a sua experiência de cuidar do seu filho com
1284 autismo, hoje com 35 anos, falando das dificuldades enfrentadas e da importância do apoio da sua
1285 família nesse processo. Avaliou que a linha de cuidado da pessoa com autismo é uma esperança para
1286 as famílias das pessoas com autismo. **Conselheiro Alcides Silva de Miranda encaminhou a**
1287 **seguinte proposta oriunda do debate que foi aprovada: a Comissão de Saúde da Pessoa com**
1288 **Deficiência do CNS irá debater o documento elaborado pelo GT e acompanhará as ações**
1289 **definidas pelo Ministério da Saúde voltadas às pessoas com autismo.** Definido esse ponto, a mesa
1290 agradeceu os convidados e suspendeu para o lanche. Retomando, a mesa foi recomposta para o item
1291 6 da pauta. **ITEM 6 – INFORMES E INDICAÇÕES - Coordenação:** conselheiro **Clóvis A. Boufleur**, da
1292 Mesa Diretora do CNS. **5ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE –** Conselheiro **Antônio Alves de**
1293 **Souza** submeteu à apreciação do Plenário do CNS proposta de mudanças na Portaria da 5ª
1294 Conferência Nacional de Saúde Indígena, com vista ao bom andamento da Conferência: a) alteração
1295 no calendário – realização das Conferências Distritais até o dia 30 de setembro de 2013; b) inclusão do
1296 objetivo da Conferência no Art. 2º: “Art. 2º A 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena terá como
1297 objetivos aprovar diretrizes que subsidiarão as ações de saúde locais e distritais, bem como a
1298 formulação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.”; e c) inclusão da Comissão
1299 de Comunicação e de Infraestrutura na Portaria e definição de como será a Comissão Organizadora -
1300 Art. 3º A 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena contará com a seguinte estrutura: Comissão
1301 Organizadora; e Comitê Executivo. § 1º A Comissão Organizadora é composta de 24 (vinte e quatro)
1302 membros e de forma paritária, indicados pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde, assim
1303 distribuídos: 12 (doze) representantes de usuários, sendo 10 (dez) indígenas e 2 (dois) conselheiros
1304 nacionais de saúde não indígenas; 6 (seis) representantes de gestores, sendo um deles o Secretário da
1305 SESAI; e 6 representantes de trabalhadores da saúde. § 2º A Comissão Organizadora terá a seguinte
1306 composição: I - Coordenador-Geral; II - Secretário-Geral; III – Comissão de Relatoria; IV - Comissão de
1307 Comunicação e Informação; e V - Comissão de Infraestrutura. **Deliberação: não havendo destaque,**
1308 **foram aprovadas as modificações na Portaria da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena.**
1309 Diante dessas modificações, a Portaria deverá ser republicada pelo Ministro de Estado da Saúde.
1310 Segundo, Conselheiro **Clóvis Boufleur** informou que o Regimento Interno do CNS passou por revisão
1311 e ajustes no texto e seria adequado às modificações aprovadas. Seguinte, conselheiro **Antônio Alves**
1312 **de Souza** apresentou uma proposta de composição da comissão organizadora da 5ª CNSI: usuários:
1313 12 vagas (10 indígenas e 2 Conselheiros não indígenas). *Indígenas:* Edmundo, Lauro, Rildo, Dourado,
1314 Agnelo, Cleber, Jorge, Carmem, Fernando, Ilírio. *Não indígenas:* Clóvis Boufleur e um a indicar pelo
1315 Plenário do CNS. *Trabalhadores/profissionais de saúde:* 06 vagas. *5 Indígenas:* Ailton, Lindomar,
1316 Nelson, Sandro, Mara Cambeba. *1 não indígena:* Ruth Ribeiro Bittencourt. *Gestores:* 6 vagas: SESAI -
1317 Antônio Alves, SGEPE – a indicar, CONASEMS – José Eri Medeiros, CONASS – a indicar, FUNAI – a
1318 indicar, Gabinete do Ministro – a indicar. **Deliberação: aprovada a composição da comissão**
1319 **organizadora da 5ª CNSI.** Também apresentou a composição das Comissões de Comunicação e
1320 Infraestrutura da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (8 vagas cada), sendo 3 usuários
1321 indígenas; 1 usuário não indígena; 2 gestores; 1 trabalhador/profissional de saúde não indígena; e 1
1322 trabalhador/profissional de saúde indígena. Finalizando, conselheiro **Clóvis A. Boufleur** acrescentou
1323 que o Coordenador e o Coordenador Adjunto das Comissões serão indicados entre os membros da
1324 Comissão Organizadora e comporão as 8 vagas das comissões. **COMISSÃO ELEITORAL DO**
1325 **CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE –** A Presidente da Comissão Eleitoral, **Kátia Souto**, fez uma
1326 primeira avaliação da eleição do CNS e informou que a Comissão apresentaria relatório final sobre o
1327 processo posteriormente. Avaliou que o processo eleitoral realizado no dia 27 de novembro de 2012
1328 transcorreu com tranquilidade e rico debate político. Para conhecimento, apresentou os seguintes
1329 números do processo: a) 119 habilitadas – 6 entidades nacionais de prestadores de serviços, 38
1330 entidades nacionais de profissionais de saúde/comunidade científica e 76 entidades e movimentos
1331 nacionais de usuários; b) 22 não habilitadas – 9 entidades de profissionais de saúde/comunidade
1332 científica e 13 entidades e movimentos nacionais de usuários; c) 28 recursos, sendo 8 acatados e 20
1333 não acatados; e d) 8 reuniões ordinárias e 3 reuniões extraordinárias da comissão. Destacou que a
1334 comissão eleitoral trabalhou de forma conjunta na definição de critérios que puderam garantir a
1335 legitimidade e a legalidade do processo. Por fim, agradeceu o compromisso e empenho de toda a
1336 Comissão Eleitoral, o apoio da Secretaria Executiva do CNS e da CONJUR e a oportunidade de
1337 participar da comissão eleitoral e desejou sucesso aos novos integrantes do CNS. Conselheira
1338 **Graciara Matos de Azevedo**, em nome do segmento dos trabalhadores, cumprimentou a Comissão
1339 Eleitoral pelo trabalho e informou que uma entidade ligada à odontologia entrou com processo na

1340 Comissão e solicitou que a documentação fosse disponibilizada. A Presidente da Comissão Eleitoral,
1341 **Kátia Souto**, informou que a informação sobre o recurso irá constar no relatório final, que será
1342 disponibilizado aos conselheiros. **PROPOSTA DE CALENDÁRIO DAS REUNIÕES ORDINÁRIAS DO**
1343 **CNS PARA 2013** – Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** submeteu à apreciação do Plenário do CNS a
1344 seguinte proposta de calendário das Reuniões Ordinárias do CNS para 2013: 241^a RO: 30 e 31 de
1345 janeiro; 242^a RO: 20 e 21 de fevereiro; 243^a RO: 13 e 14 de março; 244^a RO: 10 e 11 de abril; 245^a RO:
1346 8 e 9 de maio; 246^a RO: 5 e 6 de junho; 247^a RO: 7 e 8 de agosto; 248^a RO: 11 e 12 de setembro; 249^a
1347 RO: 9 e 10 de outubro; 250^a RO: 6 e 7 de novembro; 251^a RO: 11 e 12 de dezembro. Também
1348 apresentou o calendário das Reuniões Ordinárias da Mesa Diretora do CNS para 2013: 71^a RO: 6 de
1349 fevereiro; 72^a RO: 27 de fevereiro; 73^a RO: 20 de março; 74^a RO: 17 de abril; 75^a RO: 15 de maio; 76^a
1350 RO: 12 de junho; 77^a RO: 17 de julho; 78^a RO: 14 de agosto; 79^a RO: 18 de setembro; 80^a RO: 16 de
1351 outubro; 81^a RO: 13 de novembro; e 82^a RO: 18 de dezembro. **Deliberação: aprovado o calendário**
1352 **das Reuniões Ordinárias do CNS e da Mesa Diretora do CNS para 2013.** **PROPOSTA DE**
1353 **RESOLUÇÃO SOBRE ACUPUNTURA** – Conselheira **Maria Cristina Pedro Biz** fez a leitura da
1354 proposta de resolução, cujo mérito fora aprovado em reunião anterior. No documento, o CNS resolve:
1355 1) determinar que a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, responsável pela regulamentação
1356 da relação entre operadoras de plano de saúde, prestadores de serviço e usuários, passe a
1357 regulamentar que as operadoras de planos de saúde, que oferecem acupuntura em seus serviços, o
1358 faça de forma multiprofissional, incluindo os profissionais de nível superior que prestam serviço à saúde
1359 suplementar com especialidade em Acupuntura reconhecida pelos seus respectivos Conselhos
1360 Federais (fonoaudiólogos, fisioterapeutas, cirurgiões dentistas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros,
1361 farmacêuticos, psicólogos e nutricionistas), no quadro de profissionais credenciados junto àquelas
1362 operadoras, de acordo com o que prevê a legislação em vigor, ou seja, as Portarias do Ministério da
1363 Saúde nº 971, de 03 de maio de 2006 e a nº 154, de 18 de março 2008. 2) determinar que ao
1364 implementar políticas ou programas de saúde referentes às práticas integrativas e complementares
1365 em saúde; em especial, com a oferta de ações e serviços de acupuntura que a contratação para estas
1366 sejam por meio de concurso público ou outros, de forma multiprofissional em todos os níveis de
1367 assistência de acordo com o preconizado pela Política Nacional de Práticas integrativas e
1368 complementares no Sistema Único de Saúde. Após a leitura, houve uma rodada de intervenções, mas
1369 não houve acordo sobre a minuta. Sendo assim, acordou-se que seria construído um texto de consenso
1370 para ser apresentado no dia seguinte. **RESOLUÇÃO CNS Nº 455** – A esse respeito, acordou-se que o
1371 tema seria retomado na manhã do segundo dia. **PROPOSTA DE RECOMENDAÇÃO REFERENTE À**
1372 **IMPLEMENTAÇÃO E MONITORAMENTO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA**
1373 **POPULAÇÃO NEGRA** – Conselheira **Jurema Werneck** fez a leitura da minuta, elaborada pela
1374 Comissão de Saúde da População Negra, onde o CNS recomenda: 1 - Ao Ministério da Saúde: a)
1375 elaborar sistema de monitoramento e avaliação da implementação das ações da PNSIPN; retomar
1376 imediatamente a coleta deste dado no SINASC; realizar uma avaliação institucional da implementação
1377 do quesito raça/cor em todos os sistemas de informação do SUS; garantir a inserção do quesito nos
1378 sistemas de informação onde ainda não estão; instalar mecanismos de qualificação de seu
1379 preenchimento, e disponibilizar amplamente informações sobre a saúde da população negra em todos
1380 os meios de comunicação; b) elaborar estratégia de gestão direta da PNSIPN na esfera federal,
1381 garantindo os recursos necessários para a competência técnica e política, fomento, monitoramento e
1382 avaliação da implementação da PNSIPN nas diferentes instâncias de gestão e execução do SUS nas
1383 três esferas de gestão, por meio da finalização do II Plano Operativo da PNSIPN 2012-2015, que está
1384 inconcluso até a presente data; e c) incluir dentro do modelo de Regionalização das Redes de Atenção
1385 à Saúde (RRAS), ações para eliminação das iniquidades raciais, de gênero, geração, classe e território,
1386 e promoção da equidade, com destaque para as necessidades da população negra e que sejam
1387 expressas no COAP. 2 - À Presidência da República: instaurar procedimentos imediatos para
1388 cumprimento das determinações do CEDAW/ONU para o caso Alyne Pimentel. 3 - Ao Ministério
1389 Público: instaurar os procedimentos cabíveis para garantir o cumprimento da Lei nº. 12.288/2011.
1390 **Deliberação: não havendo manifestações, a recomendação foi aprovada, por unanimidade.**
1391 Conselheira **Rosangela da Silva Santos** solicitou esclarecimentos ao Ministério da Saúde sobre o
1392 programa SOS Emergência implementado no hospital federal de Bom Sucesso, sem debate com o
1393 CNS, o CES/RJ e o CMS. Disse que seria realizada reunião do corpo clínico, no período da manhã do
1394 dia seguinte e seria necessária manifestação. Conselheira **Jurema Werneck** solicitou publicamente
1395 informações sobre as iniciativas adotadas pelo MS para resolver a situação crítica do Instituto Nacional
1396 de Traumatologia e Ortopedia no Rio de Janeiro. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** também registrou a
1397 denúncia do Conselho Estadual de Saúde de Santa Catarina sobre a decisão do governador local de
1398 suspender o pagamento de passagem e diária para participação de conselheiros nas reuniões do
1399 Conselho Estadual, em um flagrante desrespeito à Lei nº. 141 e demais legislações do SUS. Disse que
1400 a demanda foi encaminhada à SE/CNS e a Mesa Diretora do CNS deverá debater a situação e
1401 responder ao Conselho Estadual. Após esse informe, conselheiro **Clóvis A. Boufleur** encerrou o
1402 primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: **Titulares – Abrahão Nunes da**
1403 **Silva**, Central de Movimentos Populares (CMP); **Alcides Silva de Miranda**, Centro Brasileiro de

1404 Estudos de Saúde (CEBES); **Arilson da Silva Cardoso**, Conselho Nacional de Secretários Municipais
1405 de Saúde (CONASEMS); **Carlos Alberto Ebeling Duarte**, Movimento Nacional de Luta Contra a Aids;
1406 **Cleuza C. Miguel**, Movimento dos Portadores de Esclerose Múltipla (MOPEM); **Clóvis A. Boufleur**,
1407 Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional
1408 dos Psicólogos – FENAPSI; **Fernando Luiz Eliotério**, Confederação Nacional das Associações de
1409 Moradores (CONAM); **Flávia de Oliveira Bernardes Brasileiro**, Federação Nacional dos Enfermeiros
1410 – FNE; **Francisco Batista Júnior**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade
1411 Social/Central Única dos Trabalhadores; **Geraldo Alves Vasconcelos**, Associação Brasileira de
1412 Odontologia (ABO); **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João Rodrigues Filho**, Confederação
1413 Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos
1414 Trabalhadores do Brasil (CGTB); **Jorge Oliveira Duarte**, Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais
1415 de Saúde Indígena; **José Carrijo Brom**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Jurandi**
1416 **Frutuoso**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); **Jurema Pinto Werneck**,
1417 Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras (AMNB); **Lígia Bahia**, Associação
1418 Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO); **Lorena Baía Alencar**, Conselho Federal
1419 de Farmácia – CFF; **Luiz Alberto Catanoce**, Sindicato Nacional dos Aposentados (SIND-NAP); **Maria**
1420 **Cristina Pedro Biz**, Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFA); **Maria do Espírito Santo Tavares**
1421 **dos Santos**, Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; **Maria do**
1422 **Socorro de Souza**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG; **Marisa**
1423 **Furia Silva**, Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Maria Thereza Antunes**, Federação Brasileira
1424 das Associações de Síndrome de Down; **Nildes de Oliveira Andrade**, Federação Nacional das
1425 Associações de Celíacos do Brasil (FENACELBRA); **Rosangela da Silva Santos**, Federação das
1426 Associações de Renais e Transplantados do Brasil (FARBRA); **Ruth Ribeiro Bittencourt**, Conselho
1427 Federal de Serviço Social (CFESS); **Sandra Regis**, Associação Brasileira dos Delegados e Amigos da
1428 Confederação Espírita Pan-Americana (CEPA Brasil); **Ubiratan Cassano Santos**, União Nacional dos
1429 Estudantes (UNE); **Verônica Lourenço da Silva**, Liga Brasileira de Lésbicas; e **Zilda de Faveri**
1430 **Vicente Souza**, Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAz). **Suplentes – Adriana Almeida Antunes**,
1431 Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down; **Alexandre Frederico de Marca**,
1432 Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo; **Aníbal Gil Lopes**, Conferência
1433 Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); **Diego de Faria Magalhães Torres**, Federação Nacional dos
1434 Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacional (FENAFITO); **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das
1435 Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Elcio A. dos Santos**, Associação Brasileira
1436 de Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Eurídice Ferreira de Almeida**, FASUBRA; **Eliane Aparecida**
1437 **da Cruz**, Ministério da Saúde (MS); **Geordeci M. Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **Gilene**
1438 **Jose dos Santos**, Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados Pensionistas e Idosos
1439 (SINTAPI); **Graciara Matos de Azevedo**, Conselho Federal de Odontologia (CFO); **Gyselle Saddi**
1440 **Tannous**, Federação Nacional das Associações Pestalozzi – FENASP; **José Eri de Medeiros**,
1441 Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS; **Júlia Maria Santos Roland**,
1442 Ministério da Saúde; **Lucimar Batista da Costa**, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas
1443 pela Hanseníase (MORHAN); **Luiz Anibal Vieira Machado**, Nova Central Sindical dos Trabalhadores –
1444 NCST; **Maria Ermínia Ciliberti**, Conselho Federal de Psicologia (CFP); **Maria Laura C. Bicca**,
1445 Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Marinho Romário Valente**, Associação Pró-
1446 Renais Crônicos - APREC-BRASIL; **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas
1447 (CFN); **Noemy Yamaguishi Tomita**, Conselho Federal de Biologia – CF; **Oriana Bezerra Lima**,
1448 Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; e **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação
1449 Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR). Iniciando o segundo dia de reunião, a mesa foi recomposta
1450 para dar continuidade ao item 6 – Informes e indicações. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva**, para
1451 conhecimento e manifestação do Plenário CNS, fez a leitura do documento encaminhado à Secretaria
1452 Executiva do CNS, com denúncia da presidente do conselho distrital de saúde do setor oeste, Tânia
1453 Lúcia dos Santos, conselheira municipal de saúde de Uberlândia e presidente da comissão de
1454 avaliação de urgência e emergência sobre a grave situação da saúde no município de Uberlândia. No
1455 documento, a denunciante relata que, em 2007, a Promotoria determinou à Secretaria de Saúde que,
1456 até o final do mandato, regularizasse a saúde no município e que a fundação Marcondes Manuel dos
1457 Santos procedesse às contrações por meio de seleções. Na época, houve mudanças e as duas
1458 Unidades de Atendimento Integral em Saúde – UAIS passaram para uma organização social, sem
1459 consulta ao Conselho de Saúde. Em 2009, houve nova cobrança da Promotoria do Patrimônio, mas
1460 nada foi feito. Foi realizada licitação de seis UAIS no momento em que se inicia o processo de transição
1461 governamental e uma dessas Unidades está sob a administração da fundação Marcondes Manuel dos
1462 Santos. Ainda segundo o documento, essas unidades atuam como mini-hospitais quando deveria
1463 oferecer atendimento intermediário e secundário. Devido à falta de leitos, as unidades funcionam sem
1464 médico no pronto atendimento que também atende no pronto socorro, com isso, há mortes de pessoas.
1465 Além disso, enfrenta-se falta de medicamentos, estrutura insuficiente com equipamentos estragados,
1466 além de cancelamento de cirurgias eletivas sob a alegação de que não se deve deixar dívidas para a
1467 próxima gestão. Ademais, o hospital privado conveniado suspendeu a prestação dos serviços por falta

1468 de pagamento dos serviços prestados. Diante da gravidade da situação, a denunciante solicita a
1469 inclusão do tema na pauta da reunião a fim de emissão de parecer do CNS. O conselho municipal é
1470 contra a atitude antidemocrática da gestão municipal. O documento relata ainda as ações adotadas
1471 pelo Conselho, mas ainda não houve resposta. Segundo relatado pelo conselheiro, o CES de Minas
1472 Gerais acatou a denúncia e encaminhou ofício ao promotor estadual responsável pela saúde e ao
1473 secretário de saúde solicitando providências cabíveis. Além disso, um grupo de conselheiros municipais
1474 apresentou representação à Procuradoria Geral da República em Uberlândia, solicitando anulação de
1475 contratos. Acrescentou ainda que, para agravar a situação, a fundação que cuida da maior parte da
1476 saúde no município entrou com ação na justiça cobrando da prefeitura R\$ 151 milhões referente à
1477 contribuição patronal da previdência social. Segundo informações, a fundação adquiriu certificado de
1478 beneficência, portanto, estava livre do pagamento da parte patronal da previdência, todavia, não
1479 prestou serviço social para justificar essa certificação. Assim, a previdência social caçou o certificado da
1480 entidade e cobra os recursos repassados. Em sua defesa, a fundação respondeu que não prestou os
1481 serviços à comunidade porque a prefeitura não lhe repassou o recurso. Diante da gravidade, solicitou o
1482 apoio do CNS à proposta de enviar a denúncia ao DENASUS e solicitar auditoria para tomar
1483 conhecimento da real situação da saúde no município. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** afirmou
1484 que a situação de Uberlândia é um dos exemplos do desrespeito ao controle social que ocorre nas
1485 esferas estaduais e municipais. Sugeriu que, além da auditoria, que o Pleno considerasse a denúncia
1486 do município como mais um subsídio na defesa da Resolução nº. 455/2012, que cobra atitude do MS.
1487 Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** sugeriu a aprovação de uma moção de apoio aos encaminhamentos
1488 definidos pelo Conselho Municipal de Saúde diante da situação da saúde no município de Uberlândia.
1489 Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** propôs que fosse constituído um GT para acompanhar a
1490 situação no Município de Uberlândia. Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** informou que a cidade
1491 de Pelotas aprovou a EBSERH, mesmo com a posição contrária do controle social e o primeiro
1492 resultado é a demissão de mais de 200 servidores. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** sugeriu e foram
1493 aprovados os seguintes encaminhamentos: redigir moção de apoio às ações adotadas pelo CMS
1494 de Uberlândia diante da situação da saúde no município; e encaminhar a denúncia à Mesa
1495 Diretora do CNS para acompanhar a situação e entrar em contato com a nova Prefeitura do
1496 município no início de 2013 para tratar da situação. **VI CONGRESSO DE SÍNDROME DE DOWN** -
1497 Conselheira **Maria Thereza Antunes** informou o Pleno sobre o Congresso, realizado de 11 a 13 de
1498 outubro de 2013, em Olinda/PE com o tema "Agora é a nossa vez, nada sobre nós, sem nós". Destacou
1499 como inovação do evento a participação das pessoas com síndrome de Down em quase 80% das
1500 atividades. Disse que foram realizadas 7 miniconferências, sendo 5 coordenadas por pessoas com
1501 síndrome de Down; 4 conferências, sendo 2 coordenadas por pessoas com síndrome de Down; 13
1502 mesas redondas, sendo 9 coordenadas por pessoas com síndrome de Down; e 4 atividades realizadas
1503 por essas pessoas. Além disso, ocorreram oito oficinas, seis promovidas pelo MEC, além de três cursos
1504 na área de saúde sobre promoção da saúde, abordagem e tópicos específicos. Destacou que a
1505 atividade contou com a participação de cerca de 1.300 pessoas e foram aprovadas as seguintes
1506 propostas consubstanciadas na carta de Olinda: 1) adequar o ordenamento jurídico brasileiro aos
1507 princípios adotados pela Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência no que
1508 tange à área da deficiência intelectual; 2) assessorar as associações para que essas ofertas, sugestões
1509 e projetos de lei, alterando a legislação previdenciária local, adaptando-se ao novo comando certo na
1510 legislação federal – Lei nº. 12.470/2011 – no que tange à extensão do direito à pensão por morte dos
1511 pais as pessoas com deficiência intelectual mesmo quando o destinatário possui atividade laboral; 3)
1512 estruturar oficinas regionais para capacitação e reflexão sobre direitos das pessoas com deficiência e
1513 empoderamento, autonomia e independência; 4) encaminhar ao MEC proposta de acessibilidade para
1514 as pessoas com deficiência intelectual a concursos públicos e a vestibulares; e 5) divulgar aos Poderes
1515 Legislativos dos estados e municípios a experiência desenvolvida pela Assembleia do Estado do Rio
1516 Grande do Norte de inclusão das pessoas com deficiência intelectual nos seus quadros funcionais para
1517 que sirva de exemplo e que seja adotada nas cortes estaduais e municipais. **RESULTADO DO**
1518 **TRABALHO DO GRUPO DO CNS SOBRE ATENÇÃO ONCOLÓGICA NO PAÍS** – Conselheira
1519 **Graciara Matos de Azevedo** apresentou os resultados do GT constituído pelo CNS, em 2011, para
1520 fazer um levantamento sobre a atenção oncológica no país. Informou que o Grupo elaborou um
1521 relatório final e apelou aos conselheiros que fizessem uma leitura atenciosa do documento. Explicou
1522 que o Grupo trabalho no sentido de responder os questionamentos do Plenário do CNS, durante o
1523 debate do tema, com destaque para as seguintes temáticas: Antineoplásicos Orais – ação na ANS;
1524 transplante de Células-Tronco Hematopoéticas - questionamento sobre a situação atual dessa Portaria;
1525 registro e incorporação de novas tecnologias; judicialização/acesso aos novos medicamentos; uso de
1526 Glivec em crianças x falta de registro na bula; participação do CONSINCA na CIAN/CNS; medicamento
1527 biossimilar; centralização das licitações para compra de medicamentos; valores da APACs;
1528 sucateamento dos aparelhos para radioterapia; mamógrafos; formação e capacitação profissional;
1529 campanhas de promoção da saúde, entre outras. Explicou, inclusive, que o Grupo utilizou como
1530 subsídio o resultado de duas auditorias, uma realizada pelo DENASUS sobre a situação das
1531 mamografias do país e outra pelo TCU sobre a situação da atenção oncológica no país. Por fim,

apresentou a conclusão do GT, explicitando que, durante o desenvolvimento do trabalho foi possível verificar que algumas ações foram tomadas como: planilha com as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas em Oncologia (DDT- Oncologia), atualizadas em 11 de julho de 2012; documento CGMAC/DAE/SAS/MS, datado de 28 de junho de 2012: O acesso a medicamentos antineoplásicos no SUS; lançamento do Plano de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer; Projeto Expande; proposta para instituição de uma Política Nacional de Atenção Hospitalar colocada em Consulta Pública; introdução de novos medicamentos; incorporação de novas tecnologias; iniciativas em parcerias com outras instituições e países; programa de unidades móveis de mamógrafos e o plano de expansão da radioterapia, dentre outros; e Lei Federal nº 12.732, de 22 novembro de 2012, que determina o prazo de 60 dias entre o diagnóstico do paciente com câncer e o início de seu tratamento no SUS, que entrará em vigor a partir de maio de 2013. Em vista do exposto, o GT entende que é necessária a apresentação, em curto prazo, por parte dos entes federados, de um instrumento amplo que englobe as necessidades, as metas, as ações, os orçamentos, contendo o cronograma para a adoção das medidas necessárias à solução dos problemas apontados nos Relatórios das Auditorias, bem como dos questionamentos registrados no Relatório do GT. Além disso, o Grupo reafirma a deliberação do Plenário do CNS de realizar um seminário para aprofundar as discussões para a construção da Política de Atenção Oncológica de forma multidisciplinar, com foco na atenção primária e que responda às necessidades da população, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Por fim, disse que o Grupo de Trabalho foi constituído pela Dra. Maria Inês Pordeus Gadelha, Coordenadora Geral de Média e Alta Complexidade-DAE/SAS/Ministério da Saúde; e as Conselheiras CNS Merula Emmanuel – ABRALE e Graciara Matos de Azevedo – CFO/FENTAS. **Encaminhamento: contemplar no planejamento do CNS 2013 a proposta, já aprovada, de realizar seminário, com a máxima brevidade possível, para aprofundar discussões para construção da Política de Atenção Oncológica Multidisciplinar; e pautar a proposta na próxima reunião da Mesa Diretora do CNS.**

Conselheira **Júlia Maria Roland** informou o Plenário sobre a Portaria do MS nº. 2.808/2012, que instituiu incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados e ao Distrito Federal para a qualificação da gestão no SUS, especialmente para implementação e fortalecimento da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde (ParticipaSUS), com foco na implementação de ações com vistas à formalização do Contrato Organizativo da Ação Pública em Saúde (COAP). Acrescentou que serão R\$ 28,5 milhões para essa finalidade, distribuídos para os 26 Estados e o Distrito Federal e solicitou o apoio do Colegiado para a execução do objeto dessa normativa no conjunto dos Estados, porque contribuirá para fortalecer a participação social no SUS. Conselheira **Jurema Werneck** propôs que fosse publicada matéria no site do CNS sobre a expectativa do Colegiado acerca da utilização desses recursos no controle social. **FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO RS E SOBRE O ENCONTRO DE PESSOAS VIVENDO COM AIDS NO RJ – VIVENDO** - Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** lembrou que, na última reunião, o Plenário decidiu encaminhar à COFIN/CNS, para apreciação e parecer, a Resolução CES/RS nº 07/2012, que rejeita a Proposta de Orçamento do Estado para a Saúde – 2013. Para subsidiar esse posicionamento, informou que, após movimento do MP e do CES, a Assembleia Legislativa do RS alterou e recomponhou o orçamento da saúde do Estado nos termos do previsto na Lei nº. 141/2011, mas até o dia anterior o orçamento não havia sido sancionado pelo governador do Estado. Além disso, informou o Plenário sobre o XVI Encontro Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e Aids, realizado de 22 a 24 de novembro de 2012, no Rio de Janeiro, tendo como tema principal as principais dificuldades de se viver com AIDS. Disse que o evento contou com cerca de 300 participantes que se reuniram para debates, principalmente sobre as temáticas de Assistência e Tratamento em HIV e Aids, Exclusão Social das PVHA, Mobilização Social, Sustentabilidade, Ativismo e Direitos Sociais. Listou algumas das reflexões e recomendações do XVI Vivendo: 1. Ninguém vive bem com Aids. Não concordamos com as afirmações do poder público ao declarar que hoje se vive bem com HIV e Aids, é inadmissível declarações deste teor; 2. Hoje no Brasil ainda se morre de Aids por falta de assistência social, serviços e profissionais especializados no atendimento e acompanhamento médico das pessoas vivendo com HIV e Aids; 3. Hoje está havendo um novo aumento da mortalidade por Aids devido diagnóstico tardio, pela falta de acesso ao tratamento ou em decorrência das condições de vida das PVHA, em geral precárias, inclusive com aumento da taxas de coinfecção tuberculose e Aids. Medidas urgentes são necessárias para mudar essa situação; 4. Há a necessidade de afirmação de um estado laico e sintonizado com as necessidades das populações mais vulneráveis, sem amarras religiosas fundamentalistas ou compromissos obtusos com setores conservadores; e 5. É urgente o retorno do protagonismo e maior independência do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, no contexto do Ministério da Saúde. Por fim, reiterou a solicitação de pauta para tratar do Projeto Juventude Vida e acompanhar a implementação dessa iniciativa nos Estados. Conselheira **Jurema Werneck**, a partir dessa pauta, retomou a proposta de que o CNS realize oficinas e seminários para encaminhar o debate do SUS a partir das narrativas dos usuários. Também explicou que o Projeto Juventude Vida visa reduzir as altas taxas de mortalidade da juventude, que atinge particularmente a juventude negra e sugeriu que o CNS acompanhe essa iniciativa para fortalecê-la e garantir a sua efetivação. **7) MOVIMENTO SAÚDE +10 E SITUAÇÃO DE CALAMIDADE DA SAÚDE PÚBLICA EM SC – GREVE DOS PROFISSIONAIS E RECUSA DO**

1596
1597 **GOVERNO EM NEGOCIAR** – Primeiro, conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** fez um informe sobre
1598 o movimento saúde + 10, destacando que o Brasil está mobilizado em prol da coleta de assinaturas e,
1599 até dezembro de 2012, foram coletadas 700 mil. Todavia, ainda não foi possível unificar o movimento
1600 em torno da proposta de apresentar um projeto de iniciativa popular (um dos movimentos é o da
1601 Assembleia Legislativa de Minas Gerais). Frisou que é essencial unificar o movimento e lembrou que a
1602 comissão designada pelo CNS esteve na I Conferência Nacional de Comissões de Saúde das
1603 Assembleias Legislativas para defender essa questão. Além disso, salientou a importância de as
1604 entidades participarem desse movimento, lembrando que a CNBB foi a entidade que mais conseguiu
1605 colher assinaturas (mais de 300 mil) e as demais não chegaram a 50 mil assinaturas. Também
1606 conclamou os conselheiros a participar da plenária do movimento, no dia 14 de dezembro de 2012,
1607 para avaliar o quadro, construir um cronograma e definir data – 7 ou 10 de abril de 2013 – para realizar
1608 ato nacional, em Brasília, em defesa da saúde pública. Além disso, na condição de dirigente do
1609 sindicato dos farmacêuticos de Santa Catarina e da FENAFAR, também fez um informe sobre o estado
1610 de calamidade da saúde pública em SC, explicando que os profissionais de saúde estão em greve há
1611 50 dias e o governo não aceita negociar. Solicitou que o CNS envie nota ao governo de SC solicitando
1612 que inicie negociação com o movimento. **Encaminhamento: enviar nota do CNS ao governo de SC**
1613 **manifestando apoio ao movimento sindical e solicitando ao governo que inicie negociação com**
1614 **o movimento. COMITÊ DE MOBILIZAÇÃO DE CONTROLE DO CÂNCER** - Conselheira **Maria do**
1615 **Espírito Santo Tavares**, representante do CNS no Comitê, informou o Plenário sobre a última reunião
1616 do Comitê, que fez um balanço sobre a situação no país. Explicou que a política de saúde contra o
1617 câncer não está chegando na ponta e a população desconhece essa questão. Solicitou que, em 2013 o
1618 CNS paute debate sobre câncer de colo e de mama, respectivamente, a primeira e a segunda causa de
1619 mortalidade da mulher no país. **Encaminhamento: pautar debate no CNS sobre câncer de colo e de**
1620 **mama. Pendência** – moção de apoio à Frente Nacional Drogas e Direitos Humanos – pela Cidadania,
1621 Dignidade e Direitos Humanos na Política sobre Drogas (FNDDH). Conselheira **Sandra Régis** fez a
1622 leitura da moção, cujo mérito fora aprovado no dia anterior, onde o CNS manifesta moção de apoio à
1623 Frente Nacional Drogas e Direitos Humanos – pela Cidadania, Dignidade e Direitos Humanos na
1624 Política sobre Drogas (FNDDH) - pela iniciativa de fomentar o debate acerca da questão das drogas e
1625 sua relação com a garantia dos direitos humanos, visando fortalecer a discussão do enfrentamento do
1626 uso abusivo de drogas, fundamentado na dignidade e cidadania dos usuários, na perspectiva da
1627 política de saúde pública. **Deliberação: aprovada a moção de apoio à Frente Nacional Drogas e**
1628 **Direitos Humanos – pela Cidadania, Dignidade e Direitos Humanos na Política sobre Drogas –**
1629 **FNDDH. PROPOSTA DE RESOLUÇÃO SOBRE ACUPUNTURA** – Conselheira **Maria Cristhina**
1630 **Pedro Biz** fez a leitura do texto da resolução que normatiza a oferta de acupuntura, construído por um
1631 grupo de conselheiros. O texto é o seguinte: “Considerando o princípio do livre exercício profissional,
1632 estabelecido no Art. 5º, Inciso XIII, da Constituição Federal de 1988; considerando o Decreto
1633 Presidencial nº. 5.753, de 12 de abril de 2006, que referenda a Acupuntura como patrimônio cultural
1634 intangível da humanidade pela UNESCO em 17 de outubro de 2003; considerando a Portaria MS nº
1635 971, de 3 de maio de 2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
1636 (PNPIC) no SUS; considerando as Recomendações do CNS nº 027, de 15 de outubro de 2009, nº 05,
1637 de 12 de Abril de 2012 e a de nº 010, de 11 de agosto de 2011; considerando o que preconiza a
1638 Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, aprovada pelo Conselho Nacional de
1639 Saúde, pactuada na Comissão Intergestores Tripartite e implementada pelo Ministério da Saúde, que
1640 prevê a utilização multiprofissional da Medicina Tradicional Chinesa, no que concerne à Acupuntura;
1641 considerando a relevância social da saúde e a abrangência das coberturas prevista na Lei nº.
1642 9.656/1998, a necessidade de garantir o acesso e a utilização de ações e cuidados de saúde de
1643 qualidade a todos os brasileiros e brasileiras e a obrigatoriedade das empresas de planos e seguros de
1644 cumprir a legislação vigente; considerando que as práticas integrativas questionam o modelo
1645 biomédico, sintomático, curativo praticado largamente na rede assistencial das empresas de planos e
1646 seguros de saúde. O CNS resolve: 1) determinar que a Agência Nacional de Saúde Suplementar -
1647 ANS, responsável pela regulamentação da relação entre operadoras de plano de saúde, prestadores de
1648 serviço e usuários, normatize a oferta da acupuntura, em seu formato multiprofissional, incluindo os
1649 profissionais de nível superior que prestam serviço à assistência suplementar com especialidade em
1650 Acupuntura, reconhecida pelos seus respectivos Conselhos Federais (Fonoaudiólogos, Fisioterapeutas,
1651 Cirurgiões Dentistas, Terapeutas Ocupacionais, Enfermeiros, Farmacêuticos, Psicólogos e
1652 Nutricionistas), no quadro de profissionais credenciados pelas empresas de planos e seguros, de
1653 acordo com o que prevê a legislação em vigor, Portarias do Ministério da Saúde nº 971, de 03 de maio
1654 de 2006 e a nº 154, de 18 de março 2008; e 2) determinar que, ao implementar políticas ou programas
1655 de saúde referentes às práticas integrativas e complementares em saúde, em especial com a oferta de
1656 ações e serviços de acupuntura, que a contratação de profissionais sejam por meio de concurso público
1657 ou outros, de forma multiprofissional, em todos os níveis de assistência, de acordo com o preconizado
1658 pela Política Nacional de Práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde.
1659 **Deliberação: após ponderação, o Plenário aprovou o texto da resolução com substituição do**
verbo “determinar” por “deliberar”. Além disso, o Pleno decidiu pautar o tema na Comissão de

1660
1661 **Saúde Suplementar do CNS. RESOLUÇÃO Nº. 455** – Inicialmente, Conselheiro **Clóvis Boufleur** fez
1662 a leitura de trechos do parecer da Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde – CONJUR que justifica
1663 os motivos para não homologação da Resolução do CNS nº. 455. Destacou que, entre outros aspectos,
1664 o documento declara que não é o Ministro da Saúde a autoridade competente para atuar nos casos em
1665 que orientações dos conselhos sejam inobservadas. Nesse sentido, o parecer cita o inciso VII do art. 14
1666 do Regimento Interno do CNS que determina como atribuição dos conselheiros: “VII - apurar denúncias
1667 sobre matérias afetas ao CNS, apresentando relatório da missão, sem prejuízo das competências dos
1668 demais órgãos da Administração Pública, a exemplo do Departamento Nacional de Auditoria do SUS –
1669 DENASUS/MS”. O entendimento explícito no documento é que não há legalidade na edição da
1670 resolução no que tange à atribuição destinada ao Ministro da Saúde. No seu entendimento, o parecer
1671 aponta que a responsabilidade acerca da resolução é do Plenário do CNS. Conselheiro **Alcides Silva**
1672 **de Miranda**, independente do parecer, lembrou que, nos últimos dois anos, o Ministro de Estado da
1673 Saúde também ocupou o cargo de presidente do Conselho. Também destacou que, nos termos da Lei
1674 nº. 8.080/1990, o SUS possui direção única e, no âmbito nacional, a gestão é de responsabilidade do
1675 Ministério da Saúde. Desse modo, perguntou a quem compete se não for de competência da direção
1676 única, salientando que alguém deve assumir a responsabilidade. Avaliou que o parecer necessita de
1677 um debate político, entendendo que é preciso evitar que responsabilidades e competências, que devem
1678 ser assumidas pela direção única do SUS, sejam jogadas no limbo. Conselheiro **Francisco Batista**
1679 **Júnior** avaliou que esse é um dos debates mais importantes que o CNS travou nos últimos anos, por
1680 entender que está em jogo o papel do CNS e o controle social do SUS, diante do sistemático e
1681 deliberado desrespeito aos conselhos de saúde. Lembrou que o Ministério da Saúde, equivocadamente,
1682 tem suspendido repasse de recursos para o Programa Saúde da Família quando
1683 não há profissional Médico na equipe. Com isso, a equipe é prejudicada e impossibilitada de cumprir a
1684 sua tarefa e a população fica sem desassistência. Todavia, do ponto de vista jurídico, o Ministério da
1685 Saúde está correto, uma vez que está cumprindo a Lei. Por outro lado, quando se refere a sustentar as
1686 decisões dos conselhos de saúde, a alegação é que o Ministro da Saúde não tem condições. Salientou
1687 que o CNS deve assumir o papel que lhe cabe e recordou que, após 90 dias da aprovação da
1688 Resolução, é apresentado parecer da CONJUR afirmado que não é competência do Ministro da
1689 Saúde. Destacou que mais uma vez o Ministério da Saúde desrespeitou o CNS e o desrespeito
1690 sistemático e deliberado aos conselhos municipais e estaduais de saúde tem no Conselho Nacional de
1691 Saúde o seu maior exemplo. Recordou que na reunião anterior o Ministro da Saúde assumiu o
1692 compromisso de debater o tema no CNS, mas não estava presente naquele momento para tratar da
1693 questão. Frisou que o MS não pode se furtar ao seu papel e conclamou a todos a cumprir a
1694 competência do Conselho, conforme afirmado pelo parecer da CONJUR. Nessa linha, sugeriu que o
1695 Conselho aprove que, em todas as situações em que os conselhos de saúde municipal e estadual
1696 sejam desrespeitados, o MS não reconheça a ação realizada pelo gestor. Citou, por exemplo, que o MS
1697 não pode continuar a financiar a privatização em Uberlândia, porque as decisões foram tomadas à
1698 revelia da decisão do CMS de Uberlândia. Frisou que o Ministro da Saúde se manifesta a favor da
1699 terceirização, mas se cala quando precisa defender o controle social. Conselheira **Rosangela da Silva**
1700 **Santos** manifestou preocupação com a situação do fim do ano, com remanejamento em várias áreas e
1701 avaliou que o CNS deve se manifestar com a máxima brevidade para que os conselhos estaduais e
1702 municipais tenham uma posição do conselho nacional antes do fechamento das contas. Assim,
1703 defendeu que o CNS tome uma posição mais prática e de consenso, a fim de evitar prejuízos à
1704 população, muitas vezes irreversíveis, que o corte de verbas pode trazer. Destacou, por exemplo, que o
1705 Estado do Rio Grande do Norte não está recebendo verbas e os serviços à população estão
1706 suspensos. Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio** avaliou que a terceirização da gestão é
1707 um problema muito grave e, no caso do Rio Grande do Norte, os serviços não funcionam. Disse que a
1708 prefeitura repassou os serviços a OSs, que contrataram laboratórios do Rio de Janeiro para realizar
1709 exames, tendo disso apresentados resultados falsos porque os exames não eram realizados. Salientou
1710 que esse processo resultou no afastamento da prefeita do Estado. Lembrou, ainda, que a política
1711 derrubou o esquema de OS em Mato Grosso, em Minas Gerais, no Paraná e, portanto, é necessária
1712 uma posição do CNS. Considerando a indicação da CONJUR, defendeu que o CNS se posicionasse
1713 naquela reunião conforme sugerido pelo conselheiro Francisco Júnior. Conselheiro **Ronald Ferreira**
1714 **dos Santos** recuperou que o objeto da Resolução permeou os debates da atual gestão do CNS e,
1715 nessa linha, avaliou que deve ser considerado no balanço o enfrentamento do Conselho ao processo
1716 de terceirização e privatização do SUS. Portanto, avaliou que o posicionamento do CNS não poderia
1717 ser adiado. Também lembrou que a LC nº.141/2012 apontou as providências que o Conselho deve
1718 tomar do ponto de vista das suas decisões e, dessa forma, sugeriu que o CNS se manifeste
1719 diretamente à Presidência da República, considerando as definições da LC nº. 141/2012 e o debate
1720 acumulado do tema. Considerando o mérito das falas dos conselheiros, conselheiro **Clóvis A. Boufleur**
1721 iniciou o balanço do planejamento do CNS. **ITEM 7 – BALANÇO DO PLANEJAMENTO DO**
1722 **CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE** - Coordenação: conselheiro **Clóvis Boufleur**, da Mesa Diretora
1723 do CNS. Conselheiro **José Carrijo Brom** declarou que deixava o CNS com a sensação de frustração
diante de casos como o debate da Resolução nº. 455. Avaliou ainda que o ponto central da próxima

1724 gestão é resgatar a autonomia e o papel político do CNS, conforme definido na Lei nº. 8.142/1990,
1725 inclusive para reforçar a credibilidade desse Colegiado diante das demais esferas de controle social do
1726 país, uma vez que os debates e deliberações do CNS refletem nos demais conselhos. Nesse aspecto,
1727 citou, por exemplo, o CES de Goiás que está a ponto fechar e nada é feito para resolver esse
1728 problema. Conselheira **Jurema Werneck** interveio para dizer que o CNS, para além de firmar alianças,
1729 deve construir uma bandeira unificada de fortalecimento do controle social, com articulação dos
1730 conselhos e movimento social. Também sugeriu que a primeira Reunião Ordinária do CNS, em 2013,
1731 tenha como foco de debate a autonomia do CNS – fundamentação, estratégias para assegurar essa
1732 autonomia, entre outros pontos. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** disse que são congruentes as
1733 propostas: pautar, na próxima gestão do CNS, uma discussão política sobre o papel do CNS, conforme
1734 os acontecimentos no último período; e manifestar-se, nessa oportunidade, sobre o tema na forma de
1735 resolução. Conselheiro **Geraldo Alves Vasconcelos** aproveitou para registrar o seu descontentamento
1736 com o parecer da CONJUR sobre a duração do mandato dos conselheiros por entender que é contrário
1737 à lei. Conselheira **Lígia Bahia** fez algumas reflexões sobre o balanço: primeiro, lembrou que há
1738 conselheiros que não farão mais parte do CNS porque as entidades estão renovando os seus
1739 representantes ou por conta do parecer jurídico. Lembrou também que o CNS não deveria solicitar
1740 parecer jurídico, muito menos ser vinculado ao Ministério da Saúde como é, por entender que diminui o
1741 poder das entidades e dos movimentos sociais. Nessa perspectiva, frisou que é preciso renovar o CNS
1742 do ponto de vista do conteúdo, fortalecendo as entidades e movimentos e não apenas na forma. Como
1743 avanços da gestão 2010-2012, destacou o fortalecimento do segmento dos usuários e manifestou
1744 anseio para que continue na defesa do controle social. Por outro lado, lamentou que o segmento dos
1745 prestadores de serviço não tenha tido voz no CNS, como forma de se garantir o contraditório com a
1746 correlação de forças. Avaliou, por exemplo, que no debate sobre a privatização o CNS deve ouvir os
1747 que defendem o privado, uma vez que já marcou a sua posição contrária ao processo de privatização.
1748 Disse que o SUS precisa ser uma luta onde os adversários sejam respeitados e ouvidos, inclusive para
1749 discernir quais são as melhores estratégias para levá-las ou não adiante. Destacou que o CNS é um
1750 lugar privilegiado e é uma experiência única. Aproveitou a oportunidade para comunicar que era a sua
1751 última reunião e seria substituída por uma professora da UnB. Conselheiro **Clóvis Boufleur** sugeriu
1752 que o Plenário definisse encaminhamento acerca da Resolução nº. 455 e continuasse o balanço
1753 posteriormente. A partir das falas, consultou se o encaminhamento seria: aprovar nova resolução nos
1754 termos da responsabilidade do CNS definida em Lei no que se refere às providências cabíveis.
1755 **Deliberação: o Plenário decidiu redigir nova resolução, nos termos da responsabilidade do CNS**
1756 **definida em Lei, no que se refere às providências cabíveis. Foram indicados para redigir o texto:**
1757 **conselheiro Alcides Silva de Miranda, Francisco Batista Júnior e Jurema Werneck.** Conselheiro
1758 **Carlos Alberto Duarte**, primeiro, concordou que é preciso trazer ainda mais o contraditório nos
1759 debates inclusive para fortalecer a posição do CNS. Além disso, destacou que, após debater e
1760 deliberar, a decisão do CNS deve ser cumprida pelo Ministério da Saúde. Ressaltou que é preciso
1761 aprofundar o debate do papel do CNS no que se refere ao caráter deliberativo e autonomia do
1762 Colegiado. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** explicou que o debate se referia ao real papel do
1763 CNS no balanço das ações nos últimos dois anos. Constatou que nesse período, enfrentou-se uma
1764 rotina de solene desrespeito às deliberações do Conselho e afirmou que esse fórum não é mais
1765 referência para os conselhos estaduais e municipais de saúde. Disse que a próxima gestão terá a
1766 responsabilidade de recuperar a referência do Conselho, considerando a sua autonomia e a seu caráter
1767 deliberativo. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** fez uma avaliação sobre o procedimento do
1768 CNS a partir das seis reuniões que participou e, inicialmente, afirmou que o principal problema é que os
1769 interesses estão acima da proteção do controle social. Disse que o desafio é resgatar a imagem do
1770 CNS e prepará-lo para o futuro, na perspectiva do que é o controle social e que tipo de autonomia é
1771 necessário, uma vez que a interferência do MS é prejudicial ao Colegiado. Conselheiro **Geraldo Alves**
1772 **Vasconcelos** fez uma avaliação da sua atuação no CNS e manifestou frustração porque não
1773 conseguiu desempenhar as suas atividades na Comissão de Comunicação como deveria, por conta de
1774 problema de saúde e por falta de vontade política para fazer avançar essa comissão (reuniões não
1775 ocorreram por falta de orçamento). Agradeceu os integrantes da Comissão e da equipe de
1776 comunicação e fez agradecimentos especiais à ex-conselheira Maria Thereza, Zenite Graça, José Eri
1777 Medeiros, Ruth Ribeiro Bittencourt, Oriana Bezerra Lima, Gilson Silva. Apelou ao CNS que priorize a
1778 Comissão de Comunicação por ser um espaço importante e imprescindível para o controle social.
1779 Ademais, agradeceu a todos pelo aprendizado no tempo em que estivera conselheiro. Conselheiro
1780 **Alcides Silves de Miranda** destacou que o papel do CNS não é focar em situações normativas, e sim
1781 debater os grandes temas sobre saúde e deliberar a respeito, acompanhando suas deliberações do
1782 ponto de vista de serem implementadas. Também disse que novas regras irão mudar a história da
1783 reforma sanitária do Brasil. A propósito, ressaltou que há um grande volume de normas não cumpridas
1784 e a saída é, além da crítica diagnóstica, propor mudanças. Disse que a pluralidade contraditória do
1785 CNS é importante, porque garante a democracia participativa. Avaliou que a presidência do CNS,
1786 apesar de não ser a favor desse modelo, deve ser exercida por um representante dos usuários,
1787 devolvendo a direção desse Colegiado aos movimentos populares e civis. Além disso, salientou que o

1788 maior desafio é fazer com que a população brasileira se aproprie da política pública do SUS. Ressaltou
1789 ainda que a disputa no Conselho não é apenas pela mudança do modelo assistencial, mas também por
1790 projetos da sociedade que façam a diferença para o país e o para o mundo. Disse que o CEBES
1791 continuará a fazer parte do CNS e os seus representantes que deixam de ser conselheiros continuarão
1792 comprometidos com o controle social. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** destacou que o CNS é
1793 a esfera pública de expressão máxima da população brasileira, todavia, há desafios que não foram
1794 possíveis superar. Salientou que muitos pactos não foram cumpridos, nem mesmo em governos
1795 democráticos, como o pacto com o poder agrário e com uma série de poderes políticos. Ressaltou que,
1796 por conta da forma de fazer política, a maioria das decisões do CNS é definida por voto e o Colegiado
1797 não consegue monitorar essas decisões ou garantir que seja referência para as entidades e
1798 movimentos sociais. Avaliou que uma das principais tarefas é falar para a sociedade sobre o SUS que é
1799 desejável e definir pautas estruturantes, com posicionamento crítico e definição de estratégias claras.
1800 Também disse que a saúde é pautada por várias áreas, enquanto que em outras não consegue fazer
1801 um debate qualificado. Ressaltou que é preciso discutir o impacto dos grandes projetos na população
1802 como o PAC e o modelo produtivo do país. Lembrou que o CNS tem buscado se apropriar de
1803 aprendizado para discutir os instrumentos de gestão e financiamento da saúde, mas não definiu
1804 estratégia de defesa do recurso complementar de R\$ 10 bilhões para 2013. Manifestou preocupação
1805 ainda com os representantes dos Estados, que participam das reuniões do Conselho todos os meses,
1806 mas não têm voz no Plenário. Apontou como desafio para as entidades promover uma luta interna para
1807 que a saúde tenha dimensão mais estratégica. Registrou que a eleição de um usuário para a
1808 presidência do CNS e a redefinição da Mesa Diretora do CNS trará inovação para o CNS. Por fim,
1809 ressaltou que é preciso criar outros canais de comunicação, articular mais com os conselhos estaduais
1810 e municipais e fortalecer esse debate com as entidades e movimentos sociais. Conselheiro **Jorge**
1811 **Alves de Almeida Venâncio** focou a sua fala no problema do financiamento da saúde e fez uma
1812 avaliação da situação econômica desde a negativa, em 2011, ao pedido de 10% da receita corrente
líquida (R\$ mais 35 bilhões) a 2012. Diante desse cenário, perguntou onde esse recurso foi empregado.
1813 Lembrou que, em 2012, houve uma redução significativa da taxa de juros paga aos credores (de 6,25
1814 para 1,75), o que provocou uma redução na despesa de juros de R\$ 28 bilhões (de 166 bilhões para
1815 138 bilhões, de janeiro a outubro de 2012). Todavia, essa economia não resultou em investimento na
1816 área social, tendo sido o recurso repassado para amortização da dívida. Acrescentou ainda que o
1817 pagamento aos credores, considerando juros e amortização, subiu de R\$ 249 bilhões para R\$ 414
1818 bilhões. Também explicou que: até o dia 13 de janeiro havia sido pago apenas 18% do orçamento de
1819 investimentos públicos; a expectativa do PIB é abaixo de 1%, o que afetará inclusive a verba da saúde
1820 em 2013; a política de salarial do funcionalismo público também será afetada. Tendo em vista esses
1821 números e essa realidade, disse que a questão é para quem o Estado está efetivamente trabalhando. E
1822 questionou se os benefícios serão para os banqueiros ou para o conjunto da população. Disse que o
1823 movimento social e popular deve mobilizar-se no sentido de garantir que os recursos públicos sejam
1824 aplicados onde é necessário. Conselheira **Jurema Werneck** reiterou o fortalecimento do segmento de
1825 usuários do CNS, restando aos segmentos o desafio de ampliar o diálogo com a sociedade. Também
1826 concordou que há um longo caminho de construção para o diálogo com o segmento dos prestadores de
1827 saúde no CNS. Em relação à estrutura do CNS, avaliou que houve avanços e desafios. No que se
1828 refere aos desafios, citou: problemas relativos à comunicação do CNS - restringiu-se ao clipping do
1829 Conselho; estrutura pendente; instabilidade do quadro de funcionários da SE/CNS. Também disse que
1830 o CNS deve recolocar-se na esfera pública, com a sua complexidade, na defesa da democracia
1831 participativa, que está sendo atacada. No mais, frisou que o CNS deve caminhar na linha do
1832 antirracismo, do antisexistismo, da lesbofobia, entre outras formas de discriminação. Por fim,
1833 agradeceu a convivência com todos os representantes do segmento dos usuários. Conselheira **Maria**
1834 **Cristhina Pedro Biz** informou que o projeto de regulamentação do ato médico foi aprovado na
1835 Comissão de Educação e avaliou que o tema deve ser tratado no balanço. Conselheira **Maria do**
1836 **Espírito Santo Tavares dos Santos** ("Santinha"), primeiro, lamentou a saída de conselheiros que têm
1837 contribuído de forma decisiva para o crescimento do CNS. Disse que passou a compor o CNS em um
1838 ano de grande crescimento, com aprovação de várias resoluções, mas depois, houve uma
1839 desaceleração do ritmo até mesmo no acompanhamento das deliberações do pleno. Também sentiu
1840 falta de uma intervenção maior do CONASS e do CONASEMS, trazendo a realidade da saúde dos
1841 estados e municípios. Frisou que o CNS, ainda que não nas condições desejáveis, é referência para os
1842 conselhos estaduais e municipais de saúde. Salientou que a discussão sobre a autonomia do CNS vem
1843 desde a Lei nº. 8.142/1990. Propôs que fosse feito um debate a respeito dos encaminhamentos das
1844 resoluções aprovadas na gestão 2010/2012. Além disso, destacou que é preciso debater questões
1845 estruturantes da saúde – saneamento e atenção básica. Ponderou que o CNS cresceu abruptamente
1846 até mesmo pela coragem de fazer debates sobre assuntos de relevância para o SUS como os feitos
1847 nas reuniões ordinárias. Também disse que é preciso discutir o papel dos representantes da Plenária
1848 de Conselhos de Saúde e repensar a articulação entre os conselhos de saúde das três esferas.
1849 Conselheiro **José Carrijo Brom** destacou que houve um crescimento de todos os segmentos que
1850 compõem o CNS, entendendo que esse espaço é uma escola que possibilita o aprendizado. Salientou
1851

que o Plenário debateu temas relevantes para construção do SUS, mas é preciso centrar o debate nos temas que estruturam o SUS. Destacou sua frustração por questões que não avançaram, mas reafirmou a sua esperança com o futuro. Disse que se sentia enriquecido por ter sido conselheiro nacional de saúde e agradeceu a todos pelo aprendizado que teve no CNS. Por fim, conclamou para que as divergências sejam fraternas em prol da construção do SUS. Conselheira **Verônica Lourenço da Silva**, ainda que contemplada nas intervenções anteriores, acrescentou que o CNS precisa compreender que o debate sobre o racismo é estruturador de todas as relações e que a democracia vai para além do Plenário. Salientou que, para além da sua representação, é representante de um conjunto de usuários do SUS e lembrou que se o SUS, em dados momentos, não funciona para a maioria da população, deve-se buscar a solução para os problemas que, na sua maioria, estão relacionados à falta de acesso e qualidade nas ações e serviços de saúde. Também disse que é preciso debater e clarificar o que representa o poder deliberativo do CNS e até onde vai a sua autonomia e de que forma desenvolver processos de articulação com outros espaços de controle social. Disse que o CNS ganha com a renovação advinda do processo eleitoral das entidades e movimentos sociais, lembrando que os que saem deixam grandes contribuições e continuarão contribuindo nos seus locais de atuação. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** informou que foi disponibilizado material, elaborado pela Secretaria Executiva do CNS, com uma síntese dos temas debatidos pelo CNS em 2012. Conselheira **Rosangela da Silva Santos** manifestou-se nos seguintes termos: "Eu queria começar com algumas contribuições de tudo que já foi falado. Mas, assim, eu também não vou estar na próxima gestão como titular, vou estar como suplente, mas pretendo estar nos bastidores, dar as contribuições no sentido de todo o discurso feito. Eu fico muito honrada em ter participado da COFIN até pela questão da diálise, da questão da hemodiálise no Brasil, a gente tem um preço muito caro sobre essa questão da diálise no Brasil até por falta de dados mais práticos para a sociedade brasileira sobre o que acontece com as pessoas que fazem diálise no Brasil, que são oriundas, é claro, de diabetes, hipertensão, um programa que a gente chegou a discutir no Seminário de Atenção Primária e em vários fóruns que a gente ia. Devido essa separação de programas do Ministério da Saúde sempre um joga para o outro, diabetes, hipertensão, isso é uma consequência da diabetes e da hipertensão! Nessa linha, há anos que a gente vem passando por essa questão, hoje o SUS se tornou praticamente refém das empresas de hemodiálise no país. E aí eu venho trazer o meu depoimento de como eu aprendi com a COFIN que, quando a gente delibera as coisas aqui, é nos bastidores que as coisas acontecem. Nos bastidores é que o financiamento é liberado ou não, determinadas incorporações de tecnologia, está aqui o Mussolini (*conselheiro Nelson Mussolini*) que está lá na Comissão (CONITEC) e a gente vê que são liberadas ou não. E a COFIN me deu um norte muito claro, financiamento é que traz esses rumos para realmente o que a gente vai conseguir. Então, a minha contribuição é que, quando eu vou aos municípios, eu tenho feito um trabalho com a Lei Complementar nº. 141, a gente percebe que, quando as pessoas se sentem inseridas no processo desde a sua casa, que ela paga as suas despesas, até entender que o SUS não é gratuito, que o SUS faz parte desse Sistema, a partir do momento que ele investe seu dinheiro ou devolve o seu dinheiro ao governo nos impostos, quando ele começa a perceber isso a gente vê como muda a posição do olhar do usuário que está na ponta, que está sofrendo no posto de saúde, está sofrendo na emergência, ou no seu sofrimento do dia a dia. Então, foi um grande aprendizado que a COFIN me trouxe ao analisar as planilhas, realmente não é fácil! Mas foi uma das maneiras que eu achei, dentro do período que eu peguei essa questão da hemodiálise no Brasil, de tentar, de alguma maneira, com base na questão epidemiológica, que é outra questão que eu acho que o Conselho tem que ter pauta permanente, que são os dados epidemiológicos para prioridades, para a própria agenda do Conselho analisar o que de fato se pode pressionar politicamente, que sejam trabalhadas ações de saúde, porque, a partir do momento... (pausa) o Alcides (*conselheiro Alcides de Miranda*) fez um depoimento que eu fiquei muito emocionada, porque, as "patologias" não existe esse termo no Ministério! Porque existe muito preconceito. Então, as pessoas falam assim: isso aí não existe, existe o programa de doenças crônicas, o programa de doenças não transmissíveis e aí você traz um depoimento importante porque algumas pessoas começaram a entender que a gente está na invisibilidade porque tem que vim um tema de cada vez para as pessoas entenderem que existem pessoas doentes e que elas têm as suas dificuldades e às vezes me entristece quando alguém chega para mim e diz "poxa, meu paciente está fazendo hemodiálise"! E aí eu me sinto sem condições de poder dizer que eu tenho alguma expectativa de que as coisas vão mudar para melhor, quando eu sei que pessoas estão morrendo por falta de qualidade nesses atendimentos em todo o Brasil. Então, a minha contribuição foi contrariar? Porque eu não aguentava mais ter que ficar pedindo, pedindo, oficiando e o tempo é curto para quem está quatro horas em uma máquina. E trazer isso aqui? Não adianta ficar falando, falando, porque eu sei que é nos bastidores que está ocorrendo as coisas. Eu tenho exemplo aqui, que a ABCDT - Associação Brasileira de Centros de Diálise e Transplantes – dentro dessas reuniões nos bastidores do Ministério, em 5 de dezembro, eles participaram de uma reunião com a Diretoria da SBN – que está sempre presente nessa questão com a saúde – de iniciar uma conversação de as entidades participarem de uma confecção de uma rede de atenção a doenças crônicas não transmissíveis, no que diz respeito a pacientes com risco de doença renal. (leitura de parte do e-mail da ABCDT se referindo ao Coordenador de Alta e Média Complexidade

1916 do SUS) E aí ele diz: o coordenador deixou claro que deseja a participação dos nefrologistas, e aí
1917 pasmem, na definição das políticas a serem implantadas no SUS. A gente chegou ao ponto em que
1918 uma instituição que não participa do controle social deseja trabalhar com essa questão. O que está por
1919 traz disso? Existe uma proposta da Sociedade Brasileira de Nefrologia que o Ministério comece a
1920 financiar a prevenção do paciente para diálise, quando existe um programa nacional de diabetes,
1921 hipertensão, e ele (*o paciente*) não está inserido na rede do SUS, ele está dentro da clínica de diálise,
1922 como já disse aqui, e ele não está nos postos de saúde, tratando como um ser integral, ele está lá
1923 isolado, dentro (*da clínica*), ou seja, quando ele precisa da rede ninguém quer atender esse tipo de
1924 paciente porque ele está subdividido, não está claro para os trabalhadores que estão dentro desses
1925 postos de saúde, nos hospitais de média e alta complexidade, que essas pessoas precisam ter um
1926 acompanhamento integral e não um acompanhamento fracionado. A outra coisa que me chamou a
1927 atenção é que eles têm o apoio da *Confederação Nacional de Saúde - CNS e do Ministério da Saúde*, a
1928 *ABCDT* está tentando ser inserida no programa de pagamento das dívidas tributárias federais (INSS,
1929 IR, PIS, CONFINS etc.) mediante prestação de serviços ao SUS com parcelamento que poderá ser
1930 feito em um prazo de 180 ou até 240 meses (prazos ainda não definidos). Há ainda a possibilidade de
1931 redução dos valores das multas incidentes sobre os débitos, tal como foi concedido ao Setor
1932 Educacional, que não tem uma avaliação, uma certificação dos cursos e de várias outras coisas que
1933 essas empresas fazem em nome do financiamento, da questão da hemodiálise no *Brasil*. E aí eu digo é
1934 por isso que as coisas acontecem nos bastidores, porque nós somos diferentes dos movimentos, nós
1935 temos muito tempo para correr, para salvar vidas, então, não dá para fazer movimentos dentro dos
1936 gabinetes ou mesmo quando a gente traz para o Conselho, para uma proposta avançar, nos bastidores
1937 já está ocorrendo outras propostas, e aí é que eu trago a minha contribuição que eu gostaria que vocês
1938 não esquecessem: o financiamento. E lá é que as portarias e os decretos estão avançando, e lá que as
1939 ações estão acontecendo e quando a gente já vai ver na planilha já está a ação executada e a gente
1940 não tem como retomar determinadas questões que causam impactos, inclusive irreversíveis para as
1941 pessoas, quando não existe o óbito dessas pessoas. E também gostaria de fazer uma avaliação da
1942 questão da CONITEC, o quanto é importante que as políticas sejam transversais, eu acho que o
1943 Conselho pode fazer uma agenda com a transversalidade e a intersetorialidade junto aos Ministérios,
1944 porque, às vezes, se usa o MEC, se usa outros ministérios para embasamento de ações que tem que
1945 ser aprovadas dentro do Ministério, sem passar pelo controle social, sem passar por discussões da
1946 sociedade. E as coisas são aprovadas e quando vai ver... (pausa) a ação está sendo executada nos
1947 municípios sem a gente saber se aquela política foi implementada de forma a estar em consenso com a
1948 sociedade, para o que ela precisa. Para terminar, eu queria pedir o acompanhamento das portarias e
1949 decretos, que é uma forma da gente ter uma noção do que o Ministério, de fato, vem assinando como
1950 medidas que vão se transformar em ações e serviços públicos para população, onde entra, inclusive, a
1951 questão das terceirizações e porque entra essas terceirizações, para gente poder entender como está
1952 sendo usada essa verba pública. Então, eu gostaria de chamar a atenção que eu vou continuar a
1953 trabalhar nos bastidores – nas comissões - no sentido de estar trazendo... (pausa) e eu acho que as
1954 outras instituições podem trazer grandes contribuições para esse Conselho e assim chamar a atenção
1955 que se de fato ocorrer, solicitar às áreas técnicas que venham ao CNS e deem explicações sobre como
1956 estão sendo executadas essas ações e o custo dessas ações para o governo e quais os impactos que
1957 essas ações estão trazendo, de fato, para população para que a gente não continue a ver o que vê
1958 todos os dias na mídia, no posto de saúde, ou quando a gente vai para os conselhos e municípios do
1959 país." Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** começou a sua fala frisando que é importante valorizar a
1960 democracia participativa, que é uma conquista da sociedade, mas discordou que o CNS deva
1961 acompanhar a agenda normativa, por entender que o Pleno deve receber as informações. Disse que no
1962 CNS se vive um momento de tensionamento do espaço público, sendo uma delas a Resolução CNS nº.
1963 455, e é preciso valorizar essas tensões. Ressaltou que o MS incorporou o CNS no seu calendário
1964 administrativo, com debates no Colegiado acerca da LDO, PPA, Lei Orçamentária. Salientou que os
1965 conselhos de saúde são espaços importantes e os movimentos têm a capacidade de gerar agenda para
1966 esse fórum deliberativo. Disse que não se deve desconsiderar as agendas das entidades e movimentos
1967 do CNS, uma vez que foram eleitas democraticamente e devem ter espaço para apresentar e
1968 encaminhar. Também falou da expectativa com a eleição de um usuário para assumir a presidência do
1969 CNS e entendeu que esse nome deve ser definido pelo Fórum de Usuários. Por fim, cumprimentou os
1970 conselheiros que deixavam o Conselho e deu boas vindas aos que passariam a fazer parte desse
1971 fórum. Conselheira **Júlia Maria Roland** elogiou o conjunto das intervenções pela riqueza e somou-se
1972 àquelas que enxergam o processo de forma mais afirmativa em que a atuação do CNS vem no sentido
1973 de aperfeiçoar a construção do SUS, apesar de limitações. Também destacou que a experiência da
1974 saúde é referência para uma série de outros setores e esse processo foi construído a partir da luta das
1975 entidades e movimentos. No mais, salientou que é preciso considerar que o processo de construção da
1976 democracia participativa não ocorre apenas nos espaços dos conselhos de saúde. Nesse sentido, disse
1977 que se deve definir como o conjunto dos movimentos sociais, além de suas pautas específicas,
1978 consegue construir uma agenda política mais coletiva. Acrescentou que na construção de uma agenda
1979 de desenvolvimento nacional é preciso garantir a participação dos setores produtivos. Conselheira

1980 **Nildes de Oliveira Andrade**, antes de iniciar a avaliação, fez uma fala de despedida agradecendo os
1981 conselheiros e funcionários do CNS pela convivência e contribuição e registrando a sua alegria com o
1982 reconhecimento da causa das pessoas com doença celíaca. Na condição de coordenadora da CIAN,
1983 apresentou uma avaliação dos trabalhos dessa Comissão em 2012, consubstanciada em relatório para
1984 ser incluído na página do CNS. Avaliou que a Comissão cumpriu as suas atribuições dentro de uma
1985 visão de intersetorialidade das grandes agendas de políticas públicas, promoção prevenção e
1986 assistência. Em 2012, a CIAN solicitou pauta no CNS para tratar de dois assuntos importantes para o
1987 controle social da saúde - apresentação da PNAN conforme recomendação nº.002, de março de 2012 e e
1988 impactos dos agrotóxicos na saúde - entretanto, estes temas não foram pautados no Conselho.
1989 Também citou outras propostas da CIAN que não foram realizadas: seminário intercomissões: CIAN,
1990 CIST e CISAMA; e o GT sobre as necessidades alimentares especiais. Por fim, apresentou a proposta
1991 de definir período de transição para as Comissões até março de 2013, a fim de não haver prejuízos ao
1992 processo. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** manifestou sua satisfação com a superação de uma série de
1993 limites impostos em 2012 e apresentados pelos meios de comunicação, pelas demandas próprias dos
1994 conselheiros. Fez um destaque aos debates do balanço do mês na saúde e defendeu a continuidade
1995 desses debates sob uma nova forma. Também lembrou que, em 2012, o Plenário aprovou maior
1996 número de resoluções em comparação a 2011, apesar de algumas delas carecerem de solução.
1997 Também salientou que os conselhos de saúde estão longe do previsto na legislação, em termos da
1998 força política que deveriam ter no âmbito do Sistema. Como conquistas, citou a aprovação da
1999 Resolução nº. 453/2012, que gerou amplo debate no CNS e na sociedade e maior comunicação entre
2000 os conselhos estaduais e municipais, apesar de ainda não ser o desejável. Por fim, manifestou o seu
2001 anseio por uma legislação mais clara para o Conselho, devendo esse Colegiado ser instituído por lei e
2002 não por decreto. Devido ao avançado da hora, a mesa interrompeu para o almoço. Retomando, a mesa
2003 foi recomposta para dar continuidade ao balanço do planejamento do CNS. Conselheira **Zilda de**
2004 **Faveri Vicente Souza**, sentindo-se contemplada nas falas anteriores, destacou que os desafios
2005 enfrentados pelo CNS não são privilégio desse Colegiado. Ressaltou que há muito a fazer nos
2006 municípios onde a saúde não chega ou chega com dificuldade, mas sem esquecer dos avanços e
2007 conquistas. Também disse que estava deixando o CNS e agradeceu a todos pelo aprendizado
2008 adquirido a cada reunião e aos funcionários pela acolhida. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**
2009 despediu-se do CNS e agradeceu à família, à direção da CTSS, aos conselheiros e aos funcionários do
2010 CNS pela possibilidade de participar do Conselho. Por fim, apresentou o conselheiro que irá substitui-lo
2011 no CNS: Renato Barros. Conselheira **Sandra Régis** destacou que o CNS é um espaço de aprendizado
2012 e de promoção do ser humano de forma integral. Conselheira **Marisa Furia Silva** retomou a proposta
2013 de pautar debates no CNS sobre as patologias e deficiências para conhecimento dos conselheiros.
2014 Disse que a Comissão Intersetorial de Saúde da Pessoa com Deficiência do CNS teve como demanda
2015 o debate do Programa Viver sem Limites, mas enfrentou dificuldades por conta da publicação da
2016 Portaria sem debate prévio com o Plenário do CNS e contemplando itens que tinham posição contrária
2017 do CNS. Aproveitou para solicitar que os documentos do MS, com impacto na saúde, sejam remetidos
2018 ao Plenário e às Comissões para receber contribuições, antes da publicação. Por fim, fim, disse que
2019 permaneceria como conselheira nacional e desejava boas vindas aos novos integrantes. Conselheira
2020 **Maria Cristina Pedro Biz** destacou a importância dos debates políticos no CNS e de forma conjunta
2021 entre os segmentos e lembrou o papel importante do CNS na defesa do SUS. Também disse que se
2022 sentia privilegiada por participar do Conselho e informou que continuaria no CNS, ao menos, até o mês
2023 de abril de 2013. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** destacou que o CNS é um "laboratório de
2024 cidadania" e possibilitou transformações a cada um dos que dele participa. Disse que os conselheiros
2025 que deixavam o CNS contribuíram para a consolidação do SUS e continuariam a defender o Sistema
2026 mesmo em outros espaços. Avaliou que todos os segmentos do CNS cresceram no último período e
2027 agradeceu a todos pelo apoio e por terem contribuído para o seu crescimento pessoal. Conselheiro
2028 **Arilson Cardoso da Silva** avaliou que o CNS teve um grande crescimento no último período com
2029 vitórias importantes como a aprovação da regulamentação da EC nº. 29, apreciação e aprovação do
2030 Plano Nacional de Saúde e do Relatório de Gestão do MS. Todavia, para a próxima gestão, defendeu
2031 que o Conselho comece a avaliar o cumprimento das metas do PNS. Também solicitou o
2032 posicionamento do CNS sobre a proposta do CONASEMS de realizar as conferências municipais de
2033 saúde para que o PPA dos municípios considere as diretrizes do controle social. Por fim, manifestou a
2034 expectativa do CONASEMS com a indicação de um usuário para assumir a presidência do CNS.
2035 Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** também destacou que a razão de participar do CNS é o
2036 compromisso com as bases e frisou que a missão dos profissionais de saúde é servir a sociedade.
2037 Também fez um agradecimento especial aos conselheiros que deixavam o CNS e destacou como
2038 desafio dos novos avançar na construção do SUS. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** destacou
2039 que, após seis anos do CNS, percebeu que não há escola maior que o Plenário porque ali havia
2040 vivência e não títulos. Ressaltou que o Conselho é um órgão para negociar, pactuar e fazer resistência
2041 e o conselheiro deve ser um insurgente. Avaliou que os debates do CNS em 2012 foram ricos, mas não
2042 priorizaram os dois principais problemas do SUS: desfinanciamento da saúde e modelo de gestão.
2043 Agradeceu a vivência e a oportunidade de ter participado de comissões importantes – COFIN, CONEP,

2044 CIRH – e salientou que deixar de ser conselheiro não significa deixar de lado a luta pela saúde.
2045 Finalizadas as avaliações, conselheiro **Francisco Batista Júnior** fez a leitura do texto substitutivo à
2046 Resolução nº. 455/2012 onde o CNS resolve enviar ao Ministério da Saúde e à Presidente da
2047 República ações que significam o desrespeito a decisões emanadas pelos Conselhos de Saúde, para
2048 efeito de adoção das medidas legais cabíveis e asseguradas na legislação pertinente. **Deliberação: o**
2049 **Plenário aprovou o texto substitutivo à Resolução nº. 455/2012. ITEM 4 – COMISSÃO**
2050 **INTERSETORIAL DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO – COFIN - Apresentação:** conselheiro
2051 **Fernando Luiz Eliotério**, coordenador da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento –
2052 COFIN/CNS. **Coordenação:** conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, da Mesa Diretora do
2053 CNS. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** apresentou o relatório da última reunião da COFIN,
2054 realizada nos dias 27 e 28 de novembro de 2012. Explicou que nesse encontro os integrantes da
2055 COFIN/CNS debateram e decidiram manter a metodologia de análise do RAG, adotada anteriormente,
2056 com a incorporação dos quesitos especificados para esse fim pela Lei Complementar nº 141, visando à
2057 elaboração do parecer conclusivo referente ao Relatório Anual de Gestão de 2012 do Ministério da
2058 Saúde. Além disso, foi destacada a importância da utilização dos parâmetros do Plano Nacional de
2059 Saúde e da Programação Anual de Saúde – PAS 2012 como uma das referências básicas para essa
2060 análise, além do Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária
2061 Anual, bem como das deliberações do CNS. Também explicou que os integrantes da Comissão
2062 debateram uma proposta de metodologia para o cumprimento do artigo 41 da Lei Complementar nº.
2063 141/12, pelo CNS. Detalhou que o artigo 41 da LC nº. 141 estabelece que os Conselhos de Saúde, no
2064 âmbito de suas atribuições, avaliarão a cada quadrimestre o relatório consolidado do resultado da
2065 execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde e o relatório do gestor da saúde sobre a
2066 repercussão da execução desta Lei Complementar nas condições de saúde e na qualidade dos
2067 serviços de saúde das populações respectivas e encaminhará ao Chefe do Poder Executivo do
2068 respectivo ente da Federação as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas
2069 necessárias. A esse respeito, explicou que os integrantes da COFIN debateram e aprovaram os
2070 seguintes encaminhamentos: a) utilizar os parâmetros disponíveis, em cada quadrimestre, do Plano
2071 Nacional de Saúde e da Programação Anual de Saúde – PAS 2012 como uma das referências básicas
2072 para essa avaliação quadrienal, além do Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias
2073 (LDO) e Lei Orçamentária Anual, bem como as deliberações do CNS a incorporação de novos
2074 indicadores para avaliar quadrienalmente a repercussão da execução da Lei Complementar nº.
2075 141/2012 nas condições de saúde da população e na qualidade dos serviços de saúde; e b) quando
2076 houver indicação de medidas corretivas decorrentes dessa avaliação quadrienal, o CNS
2077 encaminhará à Presidente da República a deliberação do Plenário após debater os aspectos avaliados
2078 com as respectivas áreas técnicas do Ministério da Saúde, no máximo na reunião seguinte da
2079 apresentação e debate de cada Relatório de Prestação de Contas Quadrienal, devidamente
2080 subsidiado pela COFIN/CNS. Também relatou que integrantes da COFIN/CNS demonstraram
2081 preocupação acerca das despesas com saneamento incorporadas no PLOA 2013, considerando que o
2082 CNS não deliberou sobre o tema, conforme estabelece a Lei Complementar nº 141. Desta forma, o
2083 entendimento da COFIN/CNS é que, enquanto não houver nova deliberação sobre o tema, os critérios
2084 para realização dessa despesa serão aqueles do Inciso XII da Sexta Diretriz da Resolução CNS nº
2085 322/2003, a saber: “Sexta Diretriz: Atendido ao disposto na Lei 8.080/90, aos critérios da Quinta Diretriz
2086 e para efeito da aplicação da EC 29, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde
2087 as relativas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, incluindo: XII - saneamento
2088 básico e do meio ambiente, desde que associado diretamente ao controle de vetores, a ações próprias
2089 de pequenas comunidades ou em nível domiciliar, ou aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas
2090 (DSEI), e outras ações de saneamento a critério do Conselho Nacional de Saúde. Conselheiro **Ronald**
2091 **Ferreira dos Santos** interveio para esclarecer que na reunião extraordinária do dia 23 de agosto o
2092 Plenário deliberou pela alocação do recurso, por conta dos prazos, e, aprovação, antes da execução,
2093 dos critérios de distribuição dos recursos pelo CNS. Seguindo, coordenador da COFIN/CNS
2094 apresentou, para apreciação e deliberação, a seguinte proposta de resolução, elaborada pela COFIN:
2095 solicitar ao Ministério da Saúde a criação de dotação específica na programação orçamentária de 2013
2096 para a realização de despesas decorrentes da compensação dos restos a pagar prescritos e/ou
2097 cancelados em 2012, nos termos estabelecidos pela Lei Complementar nº 141, no parágrafo 2º do
2098 artigo 24. Além do relatório, o coordenador da Comissão submeteu à apreciação do Plenário plano de
2099 trabalho da COFIN para 2013: 1) Ação: Acompanhamento da elaboração do orçamento do Ministério da
2100 Saúde (LDO e LOA). Estratégias de operacionalização: elaborar calendário de Reuniões Ordinárias e
2101 enviar às áreas do MS e articular com as Comissões Intersetoriais do CNS, conforme os marcos legais.
2102 Atividades: análise das diretrizes para o estabelecimento de prioridades do Ministério da Saúde que
2103 integrarão o Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias 2014; análise do pré-projeto de LDO enviado
2104 pelo MS, tendo como referência a análise da execução do exercício anterior; e análise do pré-projeto da
2105 LOA enviado pelo MS, tendo como referência a análise da execução do exercício anterior.
2106 Providências: verificar recebimento da proposta do MS referente às diretrizes para o estabelecimento
2107 de prioridades; analisar a Proposta para encaminhamento ao Pleno do CNS; verificar recebimento do

2108 Pré-Projeto de LDO do MS e analisar o Pré-Projeto de LDO para encaminhamento ao pleno do CNS;
2109 verificar recebimento do Pré-Projeto de LOA do MS e análise do Pré-Projeto de LOA para
2110 encaminhamento ao pleno do CNS. 2) Ação: Verificar recebimento da proposta do MS referente às
2111 diretrizes para o estabelecimento de prioridades. Estratégias de operacionalização: articulação com as
2112 Comissões Intersetoriais do CNS Monitoramento dos Pactos em Defesa do SUS, pela Vida e de
2113 Gestão, Mais Saúde. Atividades: analisar o relatório quadrimestral de prestação de contas elaborado
2114 pelo Ministério da Saúde, à luz dos instrumentos PPA/LDO/LOA e PNS/PAS, incluindo a avaliação da
2115 repercussão da execução da Lei Complementar nº 141 nas condições de saúde da população e na
2116 qualidade dos serviços de saúde conforme estabelece o artigo 41 dessa lei, bem como eventuais
2117 indicações de medidas corretivas decorrentes dessa avaliação a serem encaminhadas à Presidente da
2118 República. Providências: verificar recebimento do RPCQ do MS: 3º quadrimestre/2012, 1º
2119 quadrimestre/2013, 2º quadrimestre/2013, análise do RPCQ do MS para encaminhamento ao pleno do
2120 CNS: 3º quadrimestre/2012, 1º quadrimestre/2013, 2º quadrimestre/2013; análise da Proposta para
2121 encaminhamento ao pleno do CNS Janeiro/2013. Atividade: analisar o Relatório Anual de Gestão
2122 (RAG) do ano anterior elaborado pelo Ministério da Saúde, a partir do cumprimento dos quesitos
2123 estabelecidos na Lei Complementar nº 141/2012 e demais dispositivos legais/infralegais, no Plano
2124 Nacional de Saúde (PNS) e na Programação Anual de Saúde (PAS). Providências: Verificar
2125 recebimento do RAG/2012 do MS e análise e Parecer Conclusivo do RAG/2012 do MS para
2126 encaminhamento ao pleno do CNS. Atividade: solicitar ao MS a realização de Seminário com juristas,
2127 economistas e demais especialistas, além da representação dos Tribunais de Contas e da
2128 Controladoria Geral da União sobre a aplicação dos dispositivos da Lei Complementar nº 141/2012
2129 para o fortalecimento do processo de financiamento do SUS. Providências: articular com o MS e
2130 Realizar o Seminário. 3) Ação: sensibilização sobre o tema orçamento e financiamento para o controle
2131 social. Estratégias de operacionalização: comunicação permanente com as comissões do CNS e
2132 Conselhos Estaduais; contato com as Comissões Tripartite e nas reuniões do CONASS e do
2133 CONASEMS; fortalecer politicamente a COFIN/CNS ampliando a participação de conselheiros e
2134 preservar a experiência acumulada na comissão. Atividades: dar continuidade ao processo de visitas às
2135 Comissões do CNS; realizar seminário de imersão sobre o tema orçamento e financiamento para o
2136 novo plenário do Conselho Nacional de Saúde 2013-2015, destacando os aspectos relacionados à
2137 reforma tributária (construção do “beneficiômetro”), à mobilização pela aplicação federal de 10% das
2138 receitas correntes brutas da União e à adesão da efetivação dos 10% do PIB para educação; realizar
2139 oficinas regionais com a participação de Coordenadores das Comissões Estaduais de Orçamento e
2140 Financiamento, bem como sensibilizar essas comissões para a importância da interação com as CIB's,
2141 CIT, CONASS e CONASEMS; e revisar o Manual de Orçamento e Finanças Públicas para
2142 Conselheiros de Saúde para publicação de 2ª edição incorporando as mudanças promovidas pela Lei
2143 Complementar nº 141/2012. Providências: atender às solicitações feitas pelas comissões; apresentar
2144 os aspectos prioritários da temática orçamento e financiamento e exercitar um caso prático de controle
2145 pelo CNS (RPCQ); articular com a Comissão de Educação Permanente para o SUS do CNS e com as
2146 coordenações das COFIN estaduais a realização dessas oficinas regionais; e definir com a Secretaria
2147 Executiva do CNS e publicar o Manual. Concluída a apresentação do plano de trabalho, apresentou
2148 como sugestão de data para a próxima reunião da COFIN os dias 23 e 24 de janeiro de 2013 e a
2149 proposta da Comissão de um período de transição – até o mês de abril – para recomposição da
2150 Comissão (já fora solicitada a ampliação). Finalizando, informou ao Plenário que a CONAN realizou o
2151 seminário nacional de qualificação de lideranças comunitárias em ciclo orçamentário e financeiro e Lei
2152 nº. 141/2012, de 15 a 17 de novembro, em São Paulo, com representação das regiões do país.
2153 Conselheiras **Graciara Matos de Azevedo**, **Lígia Bahia** e **José Eri de Medeiros** manifestaram apoio à
2154 proposta de definir um período de transição até abril de 2013 para recompor todas as Comissões do
2155 CNS. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** perguntou como se daria esse processo de transição (seria
2156 garantida a participação dos antigos e dos novos conselheiros?). Conselheiro **Fernando Luiz Eliotório**
2157 explicou que, desde a publicação da LC nº. 141/2012, a Comissão vem se preparando para uma
2158 ampliação, em função das novas responsabilidades dos conselheiros de saúde sobre o tema
2159 orçamento e financiamento do SUS trazidas pela norma. Disse que, após a posse dos eleitos,
2160 esperavam-se pleitos para compor a Comissão. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** explicou que
2161 a proposta de ampliação da COFIN visa o fortalecimento da Comissão que hoje funciona apenas com
2162 três conselheiros nacionais. No seu modo de ver, a reestruturação das demais comissões do CNS
2163 poderia ser objeto de debate da nova gestão do CNS. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**
2164 sugeriu que a SE/CNS faça um levantamento sobre a situação das comissões, para ser apresentado na
2165 próxima reunião e subsidiar debate sobre a recomposição e que seja definido prazo até março de 2013
2166 para indicação dos integrantes das comissões, pelas entidades e movimentos. Conselheira **Ruth**
2167 **Ribeiro Bittencourt** discordou da definição de uma regra geral para recompor as comissões, porque
2168 possuem realidades distintas e propôs que a SE/CNS e a Mesa Diretora do CNS acompanhem as
2169 comissões com dificuldade no processo de recomposição. Após essas considerações, a mesa
2170 considerou que havia acordo sobre a proposta de definir período de transição para recompor as
2171 comissões do CNS, todavia, essa questão deveria ser resolvida pela nova gestão. **Encaminhando**,

2172 colocou em votação e o Plenário aprovou: 1) o relatório da última reunião da Comissão; 2) o
2173 plano de trabalho da Comissão para 2013; 3) a data da primeira reunião da COFIN em janeiro de
2174 2013: 23 e 24 de janeiro; e 4) a resolução, elaborada pela COFIN, onde o CNS resolve solicitar do
2175 Ministério da Saúde a criação de dotação específica na programação orçamentária de 2013 para
2176 a realização de despesas decorrentes da compensação dos restos a pagar prescritos e/ou
2177 cancelados em 2012, nos termos estabelecidos pela Lei Complementar nº. 141, no parágrafo 2º
2178 do artigo 24. Com esses encaminhamentos, a mesa agradeceu os participantes e encerrou o debate
2179 desse item. A seguir, conselheira **Gyselle Saddi Tannous** retomou o debate da Resolução 196/1996
2180 para apresentar duas pendências: elaboração de uma minuta com normas operacionais e norma sobre
2181 a área de ciências sociais humanas. A esse respeito, propôs: a) delegar ao GT de Revisão da
2182 Resolução nº. 196/1996 a elaboração de uma minuta com as normas operacionais, no prazo de 90
2183 dias; e b) formar um GT para elaborar uma norma complementar sobre a área de ciências sociais
2184 humanas. Acrescentou que a nova Resolução somente entraria em vigor após a elaboração da norma
2185 operacional. Também explicou que, segundo fala do Ministro da Saúde, o processo de acreditação dos
2186 CEPs ocorreria em 6 meses, mas, na sua avaliação, um prazo razoável seria 12 meses. Também disse
2187 que a aprovação da proposta de reformulação da Resolução nº. 196/1996 repercutiu na mídia e o jornal
2188 Folha de São Paulo publicou matéria com entendimento equivocado acerca do mérito da nova
2189 proposta. A esse respeito, conselheira **Jurema Werneck** sugeriu publicar uma nota no site do CNS
2190 sobre o processo de revisão da Resolução nº. 196/1996, para esclarecer eventuais dúvidas e
2191 responder a matérias já publicadas. **Deliberação: 1) delegar ao GT de Revisão da Resolução nº.**
2192 **196/1996 a elaboração de uma minuta com normas operacionais; 2) formar um GT para elaborar**
2193 **uma norma complementar sobre a área de ciências sociais humanas; e 3) disponibilizar nota no**
2194 **site do CNS sobre o processo de revisão da Resolução nº. 196/1996, para esclarecer eventuais**
2195 **dúvidas e responder a matérias já publicadas.** **ITEM 8 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE**
2196 **RECURSOS HUMANOS** - Apresentação: conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, Coordenadora da
2197 Comissão Intersetorial de Recursos Humanos – CIRH. Coordenação: conselheiro **Francisco Batista**
2198 **Junior**, Mesa Diretora do CNS. Primeiro, conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** fez um informe sobre o
2199 debate acerca da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional. Comunicou que o MEC está
2200 preparando processo eletrônico para a eleição do coordenador, do residente e do preceptor da
2201 Comissão. A respeito da representação dos trabalhadores nessa Comissão, disse que, após reuniões
2202 com as representações, chegou-se as seguintes indicações: Conselho Federal de Enfermagem;
2203 Conselho Federal de Farmácia; Federação Nacional dos Psicológicos; Federação Nacional de Medicina
2204 Veterinária; Associação Brasileira de Fonoaudiologia; e Associação Brasileira de Farmácia. Destacou
2205 que foi possível avançar no debate sobre a residência profissional, com processo mais democrático de
2206 eleição, e a CIRH, o DEGESTS e a Comissão estão enfrentando outras questões apontadas no
2207 relatório. A respeito do GT CIRH de emissão de pareceres, recordou que no mês de março daquele
2208 ano, por conta de mudança na estrutura do MEC, a CIRH tenta modificar a dinâmica de avaliação dos
2209 processos. A proposta era enviar para a CIRH o processo após a visita *in loco*, o que possibilitaria uma
2210 avaliação mais consistente. Disse que, na última reunião, a CIRH recebeu mensagem do MEC com a
2211 confirmação de mudança no fluxo de análise. Sendo assim, a Comissão retomou a análise dos
2212 processos no mês de dezembro. Detalhou que a Comissão identificou 35 processos pendentes, sendo
2213 que: 15 foram autorizados, conforme os critérios definidos na reunião ordinária do mês de abril de 2012
2214 (aprovação automática dos processos com nota 4 e 5); 4 processos devem ser analisados no mês de
2215 fevereiro de 2013; e os demais processos analisados no mês de março de 2013. Desse modo, a
2216 Comissão apresentaria dois processos naquela reunião e encerraria o ano sem pendências. Após
2217 esses esclarecimentos, conselheira **Graciara Matos de Azevedo**, coordenadora do GT CIRH/CNS,
2218 submeteu à apreciação os pareceres elaborados pela Comissão: 1) Referência: Processo nº
2219 201202165. Interessado: Faculdade de Tecnologia e Ciência de Jequié. Curso: autorização do Curso
2220 de Odontologia. Parecer da CIRH: insatisfatório com base em análise à luz da Resolução nº. 350. 2)
2221 Referência: Processo nº 201111231. Interessado: Centro Universitário Hermínio da Silveira. Curso:
2222 Autorização do Curso de Psicologia. Parecer da CIRH: insatisfatório com base em análise à luz da
2223 Resolução nº. 350. Parecer da CIRH: insatisfatório com base em análise à luz da Resolução nº. 350.
2224 Explicou ainda que não foi possível encaminhar com antecedência de dez dias, porque a análise estava
2225 suspensa e o retorno do MEC acerca do novo fluxo ocorreu naqueles dias. Não havendo
2226 manifestações, a mesa colocou em votação os dois pareceres. **Deliberação: aprovados os dois**
2227 **pareceres elaborados pela CIRH referentes à Faculdade de Tecnologia e Ciência de Jequié,**
2228 **autorização do Curso de Odontologia e ao Centro Universitário Hermínio da Silveira, autorização**
2229 **do Curso de Psicologia.** A seguir, a coordenadora da CIRH apresentou uma minuta de
2230 recomendação ao MEC, elaborada pela CIRH, com base na nota técnica da Comissão, que: 1) reafirma
2231 o entendimento de que a homologação da autorização de cursos na área da saúde, pelo Ministério da
2232 Educação, esteja condicionada à manifestação favorável do Ministério da Educação e do Conselho
2233 Nacional de Saúde; 2) reitera que a emissão de critérios técnicos educacionais e sanitários relativos à
2234 autorização e reconhecimento de cursos para a área da saúde é competência do Estado, sendo que as
2235 condições para democratizar a educação superior, implica formar, com qualidade, profissionais com

2236 perfil, número e distribuição adequados ao Sistema Único de Saúde, respeitando as Diretrizes
2237 Curriculares Nacionais; 3) ratifica os critérios de regulação da autorização, reconhecimento e renovação
2238 de reconhecimento de cursos de graduação da área da saúde, bem como, aumento do número de
2239 vagas, com base na análise das necessidades sociais da população pelo CNS, conforme preconiza a
2240 Resolução nº. 350/2005; 4) define os principais elementos a serem considerados: contribuição do curso
2241 para a superação dos desequilíbrios na oferta de profissionais de saúde no País; compromisso social
2242 do curso com a promoção do desenvolvimento regional por meio do enfrentamento dos problemas de
2243 saúde da região; compromisso da IES no PDI com a perspectiva da integralidade, intersetorialidade e
2244 multiprofissionalidade da formação em saúde, no cumprimento de metas como a oferta de outros
2245 cursos na área de saúde, de residências e especializações de acordo com as necessidades loco-
2246 regionais; compromisso do curso com a formação crítica e dialética e com a transferência de
2247 conhecimentos visando o atendimento às necessidades da população e o desenvolvimento tecnológico
2248 da região; compromisso do curso com a formação crítica e criativa e com a transferência de
2249 conhecimentos visando o atendimento às necessidades da população e o desenvolvimento tecnológico
2250 da região; compromisso com uma formação identificada com processos de interiorização e fixação de
2251 profissionais de saúde e com a educação permanente dos docentes e dos profissionais dos serviços de
2252 saúde em coerência com ações concretas pelo fortalecimento do SUS; compromisso formal entre a IES
2253 e o SUS que assegure ao curso a utilização da rede de serviços instalada (distribuição e concentração
2254 de serviços por capacidade resolutiva) e de outros recursos e equipamentos sociais existentes na
2255 região; compromisso da IES em assegurar, mesmo em situações de falta de disponibilidade ou
2256 insuficiência da rede de serviços de saúde, práticas supervisionadas e estágio, com comprovação de
2257 dotação orçamentária nos Termos de Convênio como gestão, para a instalação da rede ou ampliação
2258 da capacidade instalada na saúde. (hospital de ensino, ambulatórios, laboratórios, consultórios
2259 odontológicos etc. e criação de outros campos e cenários de práticas); coerência entre a oferta de
2260 vagas e a capacidade instalada para a prática, bem como com o número de docentes existentes e a
2261 capacidade didático-pedagógica instalada (laboratório de práticas e acervo bibliográfico comprovados
2262 mediante nota fiscal ou termo de doação); organização curricular coerente com a perspectiva da
2263 formação para o trabalho em equipe, com práticas de aprendizagem ativa e de educação permanente,
2264 que contemplem as diversidades sociais e humanas de gênero, raça, etnia, classe social, geração,
2265 orientação sexual entre outras; compromisso do PPC com o desenvolvimento social, urbano e rural, por
2266 meio da oferta de atividades inclusivas e de extensão (inclusão digital, educação popular; cursos de
2267 acesso ao trabalho, redução dos índices de analfabetismo, entre outros); diálogo entre docentes,
2268 estudantes e sociedade, como diretriz estruturante em todas as ações do PPC (construção do projeto,
2269 planejamento, avaliação, aulas etc.); responsabilidade ética, política e social com as necessidades
2270 locais, inclusive nos aspectos relacionados ao acesso a serviços, como espaço científico, cultural,
2271 humano e profissional, compartilhando seus problemas e projetos; 5) recomenda aos Excelentíssimos
2272 Senhores Ministros de Estado da Saúde e da Educação, tornar esta recomendação um Ato Normativo
2273 Interministerial com ampla divulgação e implementação desses critérios que organizam a participação
2274 do CNS nos processos de autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento no MEC, em
2275 cumprimento ao Artigo 200, Inciso III, da Constituição Federal. Como acréscimo, conselheira **Jurema**
2276 **Werneck** sugeriu incluir reforço do papel da saúde na indução da política de formação. **Deliberação:**
2277 **aprovada recomendação, elaborada pela CIRH, com o acréscimo sugerido pela conselheira Jurema Werneck.** Por fim, a coordenadora da Comissão informou que a CIRH recebeu manifesto do
2278 Conselho Departamental da Faculdade de Medicina - CONDEP da Universidade Federal do Amazonas
2279 sobre a expansão do ensino médico, com crítica ao processo de ampliação de vagas. Explicou que a
2280 CIRH tomou conhecimento do material e, como encaminhamento, sugeriu enviar ao DEGES/MS para
2281 providências. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** informou que esse processo de aumento de
2282 vagas não foi submetido à apreciação do CNS e acrescentou que CIRH e MEC vêm debatendo critérios
2283 para aumento de vagas. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino**, destacou que essa
2284 temática, junto com o financiamento, será um dos pontos principais da agenda de debate no próximo
2285 ano. Nessa linha, sugeriu que o tema seja ponto de pauta nas próximas reuniões. Por fim, a
2286 coordenadora da CIRH informou que o relatório de atividades da Comissão está em processo de
2287 conclusão e será apresentado posteriormente. Na sequência, conselheira **Fernanda Lou Sans**
2288 **Magano** fez um informe sobre a audiência na Comissão de Educação do Senado Federal, que aprovou
2289 o projeto do Ato Médico. Explicou que o Ministro da Saúde foi convidado para participar da audiência,
2290 mas não pôde comparecer, sendo assim, a delegação do Conselho pleiteou a fala, mas não conseguiu
2291 se manifestar. Destacou que a audiência foi tumultuada, com pressão das entidades e, apesar das
2292 tentativas de apresentar uma proposta alternativa, o projeto foi aprovado, representando um prejuízo
2293 para a estrutura do SUS. Disse que o projeto segue para a Comissão de Assuntos Sociais do Senado
2294 Federal, podendo entrar na pauta em caráter de urgência e ser aprovado. Ressaltou que é preciso
2295 definir uma ação para adiar a votação e compor um Grupo de Trabalho para debater o tema com a
2296 profundidade necessária. Disse que, após a audiência, o grupo de conselheiros conversou com o
2297 Diretor do DEGERTS/MS que se dispôs a participar do movimento. Por fim, disse que as entidades
2298 entendem a necessidade da regulação da profissão Médica desde que respeite as demais profissões
2299

2300 de saúde. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** explicou que o CNS não foi convidado a participar da
2301 audiência e propôs que fosse constituído um GT para articulação e acompanhamento do processo de
2302 votação do projeto. Conselheira **Sandra Régis** interveio para informar que o PL nº. 7.663/2010, que
2303 altera a Lei antidrogas, foi aprovado pela Comissão Especial do Sistema Nacional de Políticas sobre
2304 Drogas e segue para o Plenário da Câmara dos Deputados para votação. Destacou que é preciso
2305 definir uma ação contra essa norma que representa um retrocesso para a política de saúde mental do
2306 país. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** recordou que o CNS tem posição contrária ao projeto do
2307 ato médico e o MS deveria defender a posição desse Colegiado nos debates dessa temática, o que não
2308 tem acontecido. Também manifestou preocupação com a proposta de carreira de Estado para
2309 profissional Médico, com piso salarial diferenciado para esse profissional, que é contrária à posição do
2310 CNS, que defende a carreira para todos os trabalhadores. Conselheira **Jurema Werneck** sugeriu a
2311 formação do GT do CNS para dialogar com o MS e o Congresso Nacional sobre os dois projetos – que
2312 regulamenta o ato médico e o PL nº. 7.663/2010. **Deliberação: o Plenário formou um grupo -**
2313 **composto por Geraldo Adão Santos, Sandra Régis, Maria Laura C. Bicca, Maria Cristhina Biz,**
2314 **Jurema Werneck, Fernanda Magano e Noemy Tomita - para audiência com o Ministro da Saúde e**
2315 **mobilização no Congresso Nacional (pensar em uma estratégia de ação) sobre o projeto que**
2316 **regulamenta o ato médico e o PL nº. 7.663/2010.** Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio**
2317 anunciou a presença do vereador de Campinas, Pedro Tourinho, ex-conselheiro do CNS. O Secretário
2318 Executivo do CNS, **Márcio Florentino**, informou que a posse dos conselheiros ocorreria no Palácio do
2319 Planalto, anexo I, às das 9h às 12h e a eleição da presidência e da Mesa Diretora do CNS no Plenário
2320 do conselho, das 14h às 18h. Por fim, informou que as resoluções não assinadas pelo Ministério da
2321 Saúde, inclusive sobre a EBSERH, estavam em análise na CONJUR/MS. **ENCERRAMENTO** – Nada
2322 mais havendo a tratar, a mesa encerrou a 240ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os
2323 seguintes conselheiros no segundo dia de reunião: **Titulares – Abrahão Nunes da Silva**, Central de
2324 Movimentos Populares (CMP); **Alcides Silva de Miranda**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
2325 (CEBES); **Arilson da Silva Cardoso**, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
2326 (CONASEMS); **Carlos Alberto Ebeling Duarte**, Movimento Nacional de Luta Contra a Aids; **Cid**
2327 **Pimentel**, Ministério da Previdência Social; **Cleuza C. Miguel**, Movimento dos Portadores de Esclerose
2328 Múltipla (MOPEM); **Clóvis A. Boufleur**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); **Fernanda**
2329 **Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; **Fernando Luiz Eliotério**,
2330 Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM); **Flávia de Oliveira Bernardes**
2331 **Brasileiro**, Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE; **Francisco Batista Júnior**, Confederação
2332 Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social/Central Única dos Trabalhadores; **Geraldo Alves**
2333 **Vasconcelos**, Associação Brasileira de Odontologia (ABO); **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical;
2334 **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Jorge Alves de**
2335 **Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil (CGTB); **Jorge Oliveira Duarte**, Fórum
2336 de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena; **José Carrijo Brom**, Federação
2337 Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Jurema Pinto Werneck**, Articulação de Organizações de
2338 Mulheres Negras Brasileiras (AMNB); **Lígia Bahia**, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde
2339 Coletiva (ABRASCO); **Lorena Baía Alencar**, Conselho Federal de Farmácia – CFF; **Luiz Alberto**
2340 **Catanoce**, Sindicato Nacional dos Aposentados (SIND-NAP); **Luiz Odorico Monteiro de Andrade**,
2341 Ministério da Saúde; **Maria Cristina Pedro Biz**, Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); **Maria**
2342 **do Espírito Santo Tavares dos Santos**, Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e
2343 Direitos Reprodutivos; **Maria do Socorro de Souza**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na
2344 Agricultura – CONTAG; **Marisa Furia Silva**, Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Maria Thereza**
2345 **Antunes**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down; **Nelson Augusto Mussolini**,
2346 Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Nildes de Oliveira Andrade**, Federação Nacional das
2347 Associações de Celíacos do Brasil (FENACELBRA); **Rosangela da Silva Santos**, Federação das
2348 Associações de Renais e Transplantados do Brasil (FARBRA); **Ruth Ribeiro Bittencourt**, Conselho
2349 Federal de Serviço Social (CFESS); **Sandra Regis**, Associação Brasileira dos Delegados e Amigos da
2350 Confederação Espírita Pan-Americana (CEPA Brasil); **Ubiratan Cassano Santos**, União Nacional dos
2351 Estudantes (UNE); **Verônica Lourenço da Silva**, Liga Brasileira de Lésbicas; e **Zilda de Faveri**
2352 **Vicente Souza**, Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAz). **Suplentes – Adriana Almeida Antunes**,
2353 Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down; **Alexandre Frederico de Marca**,
2354 Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo; **André Luiz de Oliveira**,
2355 Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); Aníbal Gil Lopes, Conferência Nacional dos Bispos
2356 do Brasil (CNBB); **Diego de Faria Magalhães Torres**, Federação Nacional dos Fisioterapeutas e
2357 Terapeutas Ocupacional (FENAFITO); **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das Organizações
2358 indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Elcio A. dos Santos**, Associação Brasileira de Terapeutas
2359 Ocupacionais – ABRATO; **Eurídice Ferreira de Almeida**, FASUBRA; **Eliane Aparecida da Cruz**,
2360 Ministério da Saúde (MS); **Geordeci M. Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **Geraldo Adão dos**
2361 **Santos**, Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas – COBAP; **Gilene Jose dos Santos**,
2362 Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados Pensionistas e Idosos (SINTAPI); **Graciara Matos**
2363 **de Azevedo**, Conselho Federal de Odontologia (CFO); **Gysélle Saddi Tannous**, Federação Nacional

2364 das Associações Pestalozzi – FENASP; **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de
2365 Secretários de Saúde – CONASS; **José Eri de Medeiros**, Conselho Nacional de Secretários Municipais
2366 de Saúde – CONASEMS; **José Wilson de Souza Gonçalves**, Confederação Nacional dos
2367 Trabalhadores na Agricultura – CONTAG; **Júlia Maria Santos Roland**, Ministério da Saúde; **Junéia**
2368 **Martins Batista**, Central Única dos Trabalhadores – CUT; **Lucélia Silva Costa**, Federação Nacional
2369 das Associações de Celíacos do Brasil (FENACELBRA); **Lucimar Batista da Costa**, Movimento de
2370 Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN); **Luiz Anibal Vieira Machado**, Nova
2371 Central Sindical dos Trabalhadores – NCST; **Marcos Vinicius S. Pedroza**, Associação Nacional de
2372 Pós-Graduandos – ANPG; **Maria Ermínia Ciliberti**, Conselho Federal de Psicologia (CFP); **Maria**
2373 **Laura C. Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Nelcy Ferreira da Silva**,
2374 Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); **Noemy Yamaguishi Tomita**, Conselho Federal de Biologia
2375 – CF; **Olympio Távora Derze Correa**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos
2376 e Serviços (CNS); **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **Ronald**
2377 **Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR); e **Wanderley Gomes da**
2378 **Silva**, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM.