



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

8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56

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

Aos sete e oito dias do mês de julho de dois mil e dez, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde Omilton Visconde, Ministério da Saúde, Bloco G, Edifício Anexo, 1º andar, ala “B”, Brasília, Distrito Federal, realizou-se a Ducentésima Décima Primeira Reunião Ordinária do CNS. O Presidente do CNS, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, procedeu à abertura dos trabalhos com saudação aos presentes e aos internautas que acompanhavam a reunião em tempo real. Em seguida, submeteu à apreciação do Pleno a pauta da reunião. Conselheira **Rosângela Santos** enfatizou a importância de garantir o debate sobre o Cartão SUS, com a participação do DENASUS. Também solicitou informe a respeito do fluxo das passagens do CNS. Conselheiro **Clóvis Boufleur** lamentou a falta de informações, por parte do Ministério da Saúde, a respeito da implantação do Cartão SUS e propôs uma atuação mais incisiva do Conselho sobre a questão, entendendo a importância do Cartão para a população. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** explicou que a implantação do Cartão SUS não é competência do DENASUS, logo, esse Departamento não possui informações sobre o assunto. Além disso, lembrou que as auditorias no Ministério da Saúde são de responsabilidade da CGU. Na condição de representante do Ministério da Saúde, no CNS, comprometeu-se a buscar informações sobre esse assunto com a Secretaria-Executiva/MS para apresentar ao Plenário. Diante das informações do Conselheiro Antônio Alves, o Presidente do CNS sugeriu recorrer à CGU para propor a realização de auditoria sobre a implantação do Cartão SUS. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** lembrou, inclusive, que o CNS solicitou ao DENASUS a realização de uma auditoria sobre a implantação do Cartão SUS. Contudo, em face do esclarecimento feito pelo Conselheiro Antônio Alves, propôs que o CNS paute debate sobre a real função desse Departamento. **Deliberação: o Pleno decidiu aguardar as informações do Ministério da Saúde e avaliar, posteriormente, a possibilidade de debater o tema na reunião.** **ITEM 1 – APROVAÇÃO DA ATA DA 210ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS E DA 46ª REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DO CNS** – Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, colocou em apreciação as atas da 210ª Reunião Ordinária e da 46ª Reunião Extraordinária do CNS e os conselheiros apresentaram propostas de modificação aos textos. **Deliberação: o Plenário decidiu adiar a aprovação das atas para a próxima reunião do CNS a fim de que sejam feitas as correções textuais solicitadas.** **ITEM 2 – LANÇAMENTO DA CARTILHA “VOTO NÃO TEM PREÇO. SAÚDE É SEU DIREITO”** – *Composição da mesa:* Conselheira **Jovita José Rosa**, da Diretoria Executiva do Movimento de Combate à Corrupção Eleitoral – MCCE; **Carlos Moura**, da Diretoria Executiva do Movimento de Combate à Corrupção Eleitoral – MCCE; e **Osiris B. de Almeida**, do MCCE e membro do Conselho Federal de Engenharia (CONFEA). *Coordenação:* Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS. Primeiro fez uso da palavra o integrante da Diretoria Executiva da SE-MCCE, **Carlos Moura**, que saudou o Plenário e falou da satisfação do Movimento de Combate à Corrupção Eleitoral por lançar no CNS a Cartilha “Voto não tem preço. saúde é seu direito” - *Campanha contra a corrupção eleitoral na saúde*. Lembrou que a Conselheira Jovita José, diretora do UNASUS, é a diretora do Movimento e uma grande colaboradora. Enfatizou que esse Movimento fortaleceu-se com a Campanha “Ficha Limpa”, apesar da manifestação do Judiciário. Nesse sentido, solicitou a adesão do Conselho, guardião da saúde pública do país, à campanha contra a corrupção eleitoral na saúde. Sr. **Osiris B. de Almeida**, do MCCE e membro do CONFEA, enfatizou que a aprovação do projeto “Ficha Limpa” representa um marco na história nacional e um passo importante para modificar os costumes políticos do país. Informou ainda sobre o lançamento de movimento contra a corrupção semelhante na área da engenharia, com foco nas obras públicas. Na mesma linha, ressaltou que os recursos econômicos e financeiros devem ser canalizados para o bem estar da população. Nessa lógica, solicitou o apoio do Conselho ao Movimento, somando-se aos esforços de combate à corrupção. O Presidente do CNS registrou a presença: Carlos Eduardo Lima, vice-presidente da Associação Nacional do MP do Trabalho; e Miguel Ângelo, do Conselho Federal de Contabilidade. Conselheira **Jovita José Rosa**, da Diretoria Executiva do MCCE, falou sobre o Movimento de Combate à Corrupção Eleitoral (MCCE) e a “Campanha Voto não tem preço. Saúde é seu direito!”. Explicou que o Movimento de Combate à

57 Corrupção Eleitoral surgiu da primeira lei de iniciativa popular nº. 9840/99, que tipificou como crime
58 a compra de voto e o uso eleitoral da máquina. Disse que atualmente há quase mil políticos cassados
59 no Brasil por compra de votos e uso eleitoral da máquina. Ressaltou que a população não está alheira
60 a essa situação conforme se observou durante a campanha Ficha Lima. Explicou que a "Campanha
61 Voto não tem preço. Saúde é seu direito!" visa promover uma grande mobilização de controle social
62 durante as eleições, denunciando a compra de votos, abuso do poder econômico e o desvio de verba
63 pública. Frisou que o desvio de dinheiro na saúde significa morte e os responsáveis devem ser
64 responsabilizados por isso. Destacou a importância de fazer acontecer o controle interno do SUS de
65 fato e de direito para garantir a aplicação dos recursos da saúde na saúde. Fechou a sua fala
66 conclamando a todos a envolverem-se na campanha. **Manifestações.** Conselheira **Jurema Werneck**
67 cumprimentou a iniciativa e manifestou o apoio do CNS que tem por atribuição enfrentar e combater a
68 corrupção na saúde e a má gestão do SUS. Como encaminhamento, propôs distribuir a Cartilha aos
69 conselhos de saúde estaduais e municipais para que participem desse movimento. Conselheiro
70 **Geraldo Adão Santos** também saudou a iniciativa e chamou a atenção para a linguagem simples e
71 de fácil compreensão da Cartilha. Frisou que é preciso combater os desvios de recursos da saúde que
72 trazem grandes prejuízos aos usuários do Sistema. Solicitou exemplares da Cartilha para divulgar a
73 Campanha no âmbito da COBAP e às entidades filiadas. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**
74 manifestou satisfação com a iniciativa e reforçou o apoio do CNS. Encaminhando, propôs
75 disponibilizar a Cartilha no sítio do CNS, com uma nota de adesão à Campanha, encaminhar aos
76 conselhos estaduais e municipais de saúde com a nota de adesão do CNS, recomendar a divulgação
77 nas entidades que compõem o Conselho e divulgar na grande mídia o apoio do CNS à campanha.
78 Conselheiro **Clóvis Boufleur** propôs associar a divulgação da campanha à Carta de Direitos e
79 Deveres dos Usuários do SUS. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** saudou a iniciativa e propôs
80 como encaminhamentos: disponibilizar a Cartilha no site do CNS; elaborar nota de apoio do CNS à
81 Campanha; e enviar a Cartilha aos partidos políticos para buscar o apoio dos candidatos. Conselheira
82 **Maria Fúria** manifestou satisfação com o fato de a Cartilha tratar das pessoas com deficiências e para
83 a próxima edição do documento sugeriu a substituição do termo "portador de deficiência" por "pessoa
84 com deficiência". Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** parabenizou a iniciativa e perguntou sobre
85 a possibilidade de o CNS contribuir na próxima edição. Sr. **Carlos Moura**, da Diretoria Executiva da
86 SE-MCCE, agradeceu as contribuições ao documento e informou que estava disponível no sítio do
87 MCCE (www.mcce.org.br). Disse que as entidades interessadas poderiam incluir as suas logomarcas
88 na Cartilha. **Deliberação: o Plenário decidiu disponibilizar a Cartilha no sítio do CNS, com nota**
89 **de apoio à Campanha; enviar a Cartilha aos conselhos estaduais e municipais de saúde com**
90 **nota de adesão do CNS à campanha; recomendar a divulgação da Campanha nas entidades**
91 **que compõem o Conselho; divulgar na grande mídia o apoio do CNS à Campanha; e enviar a**
92 **Cartilha aos partidos políticos para buscar o apoio dos candidatos.** Conselheira **Jovita José**
93 **Rosa** agradeceu a oportunidade e solicitou que o CNS contribua com o envio do material da
94 Campanha aos estados. **ITEM 3 – ANÁLISE DA ATENÇÃO ONCOLÓGICA NO BRASIL – Composição da**
95 **mesa: Dr. Luiz Antônio Santini Rodrigues**, Diretor Geral do Instituto Nacional do Câncer – INCA; e
96 **Dr. Enaldo Melo de Lima**, Presidente da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica. **Coordenação:**
97 **Clóvis Adalberto Boufleur**, da Mesa Diretora do CNS. Neste ponto estava prevista a participação do
98 **Dr. Sandro José Martins**, Consultor em Oncologia do Ministério da Saúde e do **Dr. José Miguel do**
99 **Nascimento Júnior**, Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica - DAF/SCTIE, contudo,
100 esses representantes do Ministério da Saúde não se fizeram presentes. Nas considerações iniciais,
101 Conselheiro **Clóvis Boufleur** explicou que esse tema é uma demanda do CNS e desdobramento de
102 debates anteriores. O primeiro expositor foi o diretor geral do INCA, **Dr. Luiz Antônio Santini**
103 **Rodrigues**, com uma análise da Atenção Oncológica no Brasil. De posse da palavra, cumprimentou
104 os presentes e manifestou satisfação por retornar ao CNS para tratar do tema. Começando a
105 exposição, explicou que o câncer como um problema de saúde pública é uma questão há pouco
106 tempo incorporada no pensamento de organização do SUS. Disse que o aumento da expectativa de
107 vida elevou a incidência de câncer e, no cenário mundial, a perspectiva é de crescimento significativo
108 da morbimortalidade com 60% de novos casos em países menos desenvolvidos. Detalhou que o
109 câncer matou 7,6 milhões de pessoas em 2005, três quartos delas em países em desenvolvimento.
110 Destacou a perspectiva de crescimento significativo da mortalidade, porém com alto potencial de
111 prevenção, pois 40% de todas as mortes por câncer poderiam ser prevenidas. Disse que a OMS
112 estima que é possível prevenir o que for prevenível, evitando e reduzindo a exposição aos fatores de
113 risco: estratégias de prevenção; curar o que for curável, principalmente através de estratégias de
114 detecção precoce, diagnóstico e tratamento; aliviar a dor e melhorar a qualidade de vida, com
115 estratégias de cuidados paliativos; e gestão para o sucesso, com fortalecimento da gestão nacional,
116 monitorando e avaliando estratégias de capacitação. Para ilustrar, mostrou um recorte da matéria do
117 jornal O Global mostrando que metade dos bebês nascidos hoje pode chegar aos cem anos e com

118 qualidade de vida. Destacou, inclusive, que o Brasil daqui a vinte anos será um país de muitos idosos
119 acima de oitenta anos (de 15 a 17 milhões de idosos nessa faixa) e que população de 15 a 20 anos
120 alcançou o seu ápice em 2000 e começa a diminuir em 2010. Mostrou a magnitude do câncer no
121 Brasil destacando: 375 mil novos casos em 2010 - 43% acima de 65 anos de idade; e 161 mil mortes
122 em 2007 - 54% acima de 65 anos de idade (ou 46% antes dos 65 anos de idade). Falou da estimativa
123 do número de casos novos, segundo sexo: homem - próstata, pulmão, estômago, cólon e reto; e
124 mulher: mama, colo do útero, cólon e reto e pulmão. Disse que, em 2007, o SUS realizou 546 mil
125 internações (anual) 235 mil tratamentos de quimioterapia ambulatorial (mês) e 101 mil aplicações de
126 radioterapia (mês). Explicou que o câncer é a segunda causa de morte no país, com previsão de
127 crescimento de mortalidade de 5% ao ano (com previsão de 300 mil mortes em 2020). Disse ainda
128 que a prevalência e mortalidade por câncer não é igualmente distribuída pelas regiões e esse fato
129 deve ser levado em conta na definição das políticas, com distribuição de acordo com as necessidades
130 regionais. Explicou que há uma variação norte-sul com maior taxa de mortalidade por câncer de mama
131 no Sul e taxas mais baixas no Norte. Também destacou que há uma variação norte-sul com maiores
132 taxas de mortalidade por câncer de colo uterino no Norte e menor no Sudeste. Detalhou que
133 constituem objetivos da Política diminuir a incidência, reduzir a mortalidade e melhorar a qualidade de
134 vida. A respeito da sobrevida, explicou que a taxa do Brasil é muito baixa em comparação a outros
135 países, citando como exemplo o estudo de sobrevida de cinco anos para câncer de mama: Estados
136 Unidos e Canadá – superior a 80%; e Brasil – inferior a 60%. Disse que o INCA tem 72 anos e um
137 papel histórico na condução das políticas públicas para o controle do câncer no Brasil. Detalhou que
138 Instituto possui cinco unidades assistenciais acreditadas pelo CBA/Joint Commission International,
139 maior parque radioterápico e de diagnóstico da América Latina e 26 grupos de pesquisadores
140 cadastrados no CNPq. Acrescentou que o Instituto possui 800 alunos matriculados em cursos,
141 incluindo Mestrado e Doutorado; R\$ 31 milhões captados para projetos de pesquisa nos últimos dois
142 anos; 1º banco público de tumores e DNA do Brasil; mais de 1 milhão de doadores cadastrados no
143 Registro Nacional de Doadores Medula Óssea (REDOME); e coordenação de oito bancos de sangue
144 de cordão umbilical e placentário, com apoio do BNDES. Explicou ainda que se trata de um Centro
145 Colaborador da OMS para desenvolvimento de programas de prevenção e controle do câncer e
146 estabeleceu parceria com a OPAS para consolidar a Rede de Atenção Oncológica. Além disso, o
147 Instituto produz estudos e material educativo para divulgar conhecimento técnico-científico em
148 oncologia (Revista Brasileira de Cancerologia, Estimativas e outros) e desenvolve sistemas de
149 informação em câncer (Sismama, Siscole e outros). Salientou que o controle das doenças é baseado
150 na sua história natural e que o processo e estrutura de todo sistema de atenção à saúde é o
151 determinante do resultado final. Detalhou como se dá a história natural do câncer: início da exposição
152 a fatores de risco; início da enfermidade; detecção precoce (se possível); detecção baseada em
153 sintomas ou sinais que ocorrem no início da fase clínica; detecção baseada em sintomas e sinais, que
154 ocorre com atraso depois do início da fase clínica; e cura, controle ou óbito. Explicou que o Grupo de
155 Trabalho do CONSINCA construiu uma proposta de política pública publicada na forma da Portaria do
156 Ministério da Saúde 2.439, de 8 de dezembro de 2005. Detalhou que a Portaria institui a Política
157 Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e
158 Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências
159 das três esferas de gestão. A Política Nacional de Atenção Oncológica deve ser organizada de forma
160 articulada com o Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde dos estados e dos municípios.
161 Ressaltou que o controle do câncer no Brasil é organizado segundo promoção, detecção precoce,
162 tratamento e cuidados paliativos, com componente de ensino, pesquisa e incorporação de novas
163 tecnologias; epidemiologia, informação e vigilância; gestão de redes; monitoramento e avaliação; e
164 comunicação e mobilização social. Disse que a promoção de hábitos saudáveis é voltada a
165 alimentação, antitabagismo e atividade física. A respeito do controle do tabagismo, destacou que
166 foram definidas as seguintes ações prioritárias: 1) Redução da prevalência e da aceitação social; 2)
167 Prevenir iniciação em jovens; 3) Regulação, controle e inspeção dos produtos do tabaco; 4) Cessação
168 – tratamento de fumantes no SUS; 5) Ambientes livres de tabaco para redução de exposição em
169 locais fechados; 6) Substituição do cultivo; e 7) Preços e impostos. Frisou que o Brasil apresenta uma
170 redução na prevalência de tabagismo na população, de 34% em 1989 para 22%. A respeito do câncer
171 do colo do útero e de mama, explicou que, para detecção precoce, foram definidas as seguintes
172 prioridades: ampliação da captação e monitoramento das pacientes e qualidade dos exames (através
173 de sistemas implantados pelo INCA). Disse que, segundo a OMS, a detecção precoce (diagnóstico
174 precoce e rastreamento), pode reduzir em 30% a mortalidade tanto para câncer de mama e colo. Para
175 isso, é necessário aumentar a cobertura da população alvo, melhorar exames de rastreamento e
176 garantir acesso ao diagnóstico e tratamento. Ainda em relação ao controle do câncer de colo do útero
177 no Brasil, destacou as ações de rastreamento com exame Papanicolaou nas mulheres de 25 - 59
178 anos, por meio do SISCOLO. Nesse caso, disse que as prioridades são: aumentar cobertura na

179 população alvo; melhorar qualidade dos exames; tratamento das lesões de alto grau; organizar o
180 seguimento e a vigilância; aprimorar a gestão; qualificação profissional; mobilização social; pesquisa
181 para avaliação; e vacina contra HPV (acompanhar avaliação). Falou ainda que a cobertura do exame
182 Papanicolaou em geral é satisfatória, mas regionalmente essa cobertura é desigual. Além disso,
183 destacou que, nem sempre as mulheres que precisam fazer o exame estão realizando. A respeito do
184 controle do câncer de mama no Brasil, destacou as ações de rastreamento com mamografia para
185 mulheres de 50 – 69 anos a ser implementada por pactuação entre os três níveis de governo, por
186 meio do SISMAMA. Chamou a atenção para o aumento do número de mamografias realizadas no
187 SUS a partir de 2002. Informou que em 2009 foram realizadas quase três milhões de mamografias e a
188 expectativa para 2010 é chegar a 3 milhões. Detalhou que a Pesquisa Nacional por Amostra de
189 Domicílios [PNAD 2008] - entre as mulheres de 50-69 que relataram terem sido submetidos à
190 mamografia em dois anos anteriores - mostrou cobertura maior nas regiões sul e sudeste (que possui
191 maior concentração de pessoas e maior demanda). Acrescentou que é preciso analisar os motivos da
192 baixa cobertura nas regiões Norte e Nordeste. Informou, inclusive, que desde 2006 o INCA edita
193 parâmetros técnicos para programação das ações de controle do câncer de mama e em 2009 esses
194 parâmetros foram atualizados. Pontuou também que em 2008 foi criado o Programa Nacional de
195 Qualidade em Mamografia diante da ampliação do acesso à mamografia para detecção precoce.
196 Falou também do SISMAMA, Sistema de Gestão o Programa de Detecção Precoce do Câncer Mama,
197 explicando se tratar de um sistema de gestão para todas as mamografias e biópsias de mama
198 financiadas pelo SUS que liga a coleta de dados ao processo de reembolso. Explicou que, para que
199 uma unidade pública, um centro de imagens privado contratado ou laboratório possa ser pago, deve
200 fornecer informações padronizadas corretamente. Disse que o Sistema permite a padronização das
201 análises e dos laudos tanto de imagem quanto de anatomia patológica e o rastreamento/investigação
202 das mamografias e biópsias anormais. Além disso, o SISMAMA é integrado com o sistema de
203 faturamento e permite aos gestores acompanhar o fluxo de trabalho. Reiterou que são realizadas 3
204 milhões de mamografias por ano e 150.000 biópsias. Explicou que a análise dos dados do primeiro
205 milhão de mamografias, capturados durante os primeiros seis meses de operação do SISMAMA,
206 estão fornecendo resultados intrigantes. Destacou, em especial, o dado que aponta 93% das
207 mamografias realizadas sem indicação clínica. Disse que, das 959.320 mamografias, 8% foram
208 realizadas em mulheres com menos de 40 anos; e 37% foram realizadas em mulheres entre 40-49.
209 Clarificou que essas não são as faixas etárias recomendadas pelo Ministério da Saúde, contudo, não
210 há restrição para isso. Comentou também o trabalho inédito de registro de câncer infantil no país que
211 permite a melhoria da qualidade das políticas públicas. Considerando a importância da informação,
212 explicou que está em organização o Observatório Nacional de Câncer com o objetivo de divulgar – de
213 forma ampla e com regularidade - conteúdo analítico e contextualizado sobre a situação do câncer e
214 de seu controle no país, para os diferentes atores da Rede de Atenção Oncológica e a sociedade
215 brasileira, em geral. Listou as diretrizes dos Serviços de Atenção Oncológica, elaboradas pelo
216 CONSINCA: Diretrizes do Cuidado Paliativo; Diretrizes da Radioterapia; Programa de Qualidade dos
217 Serviços de radioterapia e mamografia; e proposta de alterações na Tabela de procedimentos:
218 Racionalização e Atualização científica. Comentou as diretrizes para o Atendimento Radioterápico no
219 Brasil, destacando que possuem como eixos: ampliação da assistência em radioterapia;
220 sustentabilidade econômica dos serviços de radioterapia; recursos humanos; e regulação, avaliação e
221 controle da assistência em radioterapia. Ainda sobre as diretrizes, detalhou cada um dos eixos:
222 ampliação da assistência em radioterapia - criação de novos serviços e ampliação da capacidade
223 instalada; sustentabilidade econômica dos serviços de radioterapia – reavaliação da tabela de
224 procedimentos e redução ou isenção de impostos; recursos humanos - regulamentar a atividade
225 profissional de físicos para atuação em radioterapia, regulamentar os cursos de especialização para
226 físicos que atuem em radioterapia e criar e regulamentar cursos de qualificação profissional para
227 tecnólogos e técnicos, para atuação em radioterapia; e regulação, avaliação e controle da assistência
228 em radioterapia – integração dos serviços isolados de radioterapia, manter o Programa de Qualidade
229 em todos os serviços de radioterapia integrantes do SUS, ampliar as atividades do Programa de
230 Qualidade em Radioterapia, incluindo avaliações dos procedimentos terapêuticos nos moldes das
231 instituições internacionais e avaliação da produção. Frisou que na curva tempo/doença/complexidade
232 a atuação é feita no ponto que significa 20% das pessoas e 80% dos custos. Portanto, é preciso
233 modificar a curva haja vista o aumento dos valores pagos com o tratamento oncológico (de R\$ 400
234 milhões para R\$ 1,4 milhão de 2000 a 2008), o que significa ampliação do acesso e incorporação de
235 novos tratamentos. Destacou, inclusive, que a maioria das novas aprovações é para drogas em
236 oncologia. Além disso, registrou o crescimento na produção de quimioterapia no Brasil de 131% de
237 2000 a 2008 e um crescimento de gasto de 167%. Falou da projeção do aumento nos gastos com
238 drogas, segundo estudo do INCA, explicando que em 2009 foram gastos R\$ 53 milhões em
239 medicamentos e a projeção de gastos para 2011 é de R\$ 62 milhões. Considerando novos

240 medicamentos (R\$ 24 milhões), aumento de atendimento (R\$ 21 milhões), com impacto de R\$ 8,2
241 milhões, o gasto estimado é de R\$ 116 milhões. Mostrou como exemplo o caso do medicamento
242 “Imatinibe” cujo tratamento de tumores do estroma gastrointestinal em 2002 custou R\$ 215 mil e em
243 2007 R\$ 24 milhões. Informou que o Ministro da Saúde anunciou na reunião do Conselho Consultivo
244 do INCA a redução em 51% do preço do comprimido de Mesilato de Imatinibe (conhecido
245 comercialmente como Glivec) – de R\$ 42,50 para R\$ 20,60, gerando uma economia para o SUS de
246 cerca de R\$ 400 milhões em dois anos e meio. Em 2011, o Ministério da Saúde centralizará a compra
247 do medicamento e o valor da unidade cairá ainda mais. Explicou que participaram do processo de
248 recomposição de Procedimentos de Radioterapia e Quimioterapia no SUS as áreas do MS - Atenção
249 Especializada/SAS; Regulação, Controle e Avaliação/SAS; INCA; Assistência Farmacêutica/SCTIE;
250 Economia da Saúde/SCTIE; Economia da Saúde/SE; e CITEC – e a representação dos prestadores e
251 da comunidade científica. Disse que o primeiro foco foi a recomposição da quase totalidade dos
252 procedimentos radioterápicos existentes na busca de possibilitar maior sustentabilidade dos serviços,
253 estimular a oferta de serviços e aumentar o acesso assistencial. Acrescentou que o segundo foco
254 refere-se à recomposição da maioria dos procedimentos quimioterápicos existentes para possibilitar a
255 adoção de novos esquemas quimioterápicos de comprovada efetividade, melhorar a regulação e
256 avaliação, melhorar a qualidade da informação e prevenir distorções de codificação. Detalhou que as
257 inclusões foram as seguintes: tratamento de câncer hepático (alcoolização/ablação por
258 radiofrequência/quimioembolização/quimioterapia sistêmica de câncer hepático e biliar); quimioterapia
259 de Timoma Maligno; quimioterapia de Linfoma Difuso de Grandes Células-B; e Hospital-Dia Clínico em
260 Oncologia. Além disso, destacou que há outras inclusões pendentes de consolidação técnico-
261 científico, de avaliação econômica ou de negociação de preços. Explicou que essa recomposição
262 significa uma alocação de recursos, considerando 2010 e 2011, na ordem de R\$ 500 milhões. Na
263 seqüência, comentou quadros mostrando o aumento do número de Pacientes oncológicos atendidos
264 no SUS, de procedimentos que quimio e radioterapia. Também destacou que o Brasil está aquém da
265 necessidade de radioterapia do país e este é um desafio a ser enfrentado. Explicou ainda que a Rede
266 de Atenção Oncológica está sendo reorganizada visando à redução das unidades isoladas, que não
267 possuem eficácia no tratamento e aumentando a organização dos CACONs e UNACONs. Informou que
268 atualmente são 258 unidades de atenção em câncer cadastradas no país. Falou do Projeto EXPANDE
269 – Expansão da Atenção Oncológica, destacando as unidades implantadas (Rio Branco – AC; Maceió –
270 AL; Itabuna – BA; Brasília – DF; Divinópolis e Montes Claros – MG; Ijuí – RS; Rio de Janeiro – RJ;
271 Araguaína – TO) e as Unidades em implantação (Belém – PA; Santarém – PA; Tucuruí – PA; Juazeiro
272 - BA; Recife - PE; Belo Horizonte – MG; Alfenas - MG; Barra Mansa – RJ; Caxias do Sul – RS; Sta.
273 Maria e Erechim – RS; e Campinas e Araçatuba - SP). Diante do quadro apresentado, disse que o
274 grande desafio é produzir conhecimento, portanto, a pesquisa é um ponto central da Política. Disse
275 que a estratégia da política de pesquisa é organização em redes, parcerias com agências de fomento
276 e incentivo a grupos emergentes no Brasil e na aliança latino americana. Comentou os indicadores de
277 Pesquisa - Pós-graduação: Alunos de Mestrado – 47; Alunos de Doutorado – 49; Teses Defendidas –
278 13; Formação de Recursos Humanos em Pesquisa - 170 alunos; e Média de alunos por pesquisador -
279 4,26. Disse que para o desenvolvimento de projetos, em 2009, o INCA captou R\$ 5 milhões. Frisou
280 que as pesquisas baseiam-se nas demandas da população. Por fim, mostrou uma foto do campus
281 Integrado do INCA, que está em processo de licitação, que consiste na expansão de um projeto de
282 todos pela VIDA!. O segundo expositor, **Dr. Enaldo Melo de Lima**, Presidente da Sociedade Brasileira
283 de Oncologia Clínica, apresentou uma análise da Atenção Oncológica no Brasil, com foco no acesso,
284 medicamentos e equipamentos. Iniciou com a estimativa mundial de câncer 2010, explicando que são
285 17 milhões de novos casos e 7,6 milhões de mortes. Detalhou a incidência de Câncer no Brasil,
286 segundo as estimativas do INCA: 2001: 305.330; 2009: 466.000; e 2010: 489.000. Acrescentou que,
287 segundo estimativa da OMS, 20% da população atualmente viva morrerá por causas oncológicas. A
288 respeito da proporção de cobertura médica oncológica no Brasil – 2009, detalhou que cerca de 80%
289 dos tratamentos são realizados pelo SUS (APAC, excluindo cobertura de medicamentos orais de
290 pacientes da Medicina Suplementar, cerca de 20% pela Medicina Suplementar e menos de 1% na
291 rede privada. Explicou que há dificuldade na implementação de ações nas áreas de prevenção,
292 controle e assistência (diagnóstico, encaminhamento, tratamento cirúrgico, radioterapia e sistêmico).
293 Em que pese esse quadro, frisou que 30 a 40% dos tumores são preveníveis. Chamou a atenção
294 também para o aumento do número de casos de câncer de intestino, em geral, em estágio avançado.
295 A respeito dos métodos, diagnósticos e tratamentos sistêmicos do câncer, pontuou: exames
296 superutilizados em 80 a 90% dos casos com resultados normais ou negativos; incorporação acrítica
297 com custo elevado, interferência mundial da indústria farmacêutica; maioria dos estudos somente
298 demonstra resultados (mesmo por metanálise de estudos randomizados), não avalia custo/benefício; e
299 benefício e custo do tratamento efetivo e a real eficácia do tratamento devem ser avaliados. Enfocou
300 também as dificuldades na Medicina Suplementar no que diz respeito ao câncer, explicando que não

301 há cobertura de medicamentos orais (aumento do valor do prêmio em 250 a 300%), os protocolos são
302 implantados sem anuência das sociedades médicas (muitas vezes restritivos), a política de descontos
303 que, em muitos casos, inviabilizam a referida proposta terapêutica e a judicialização de inúmeros
304 casos. Com relação à ANVISA, destacou a aprovação de medicamentos e terapêuticas ainda
305 contestadas e o grande número de submissões com lentidão do processo. Salientou também a
306 pressão da indústria farmacêutica de todos os setores envolvidos (médicos, sociedades médicas,
307 Ministério da Saúde, ONGs, ANS, ANVISA e pacientes), a não submissão pela indústria farmacêutica
308 de fármacos com pouco impacto na receita global e bulas desatualizadas. Falou da tabela do
309 SUS/APAC explicando que foi implantada em 1998 e a última atualização foi realizada em 2008. Falou
310 sobre a base Técnica/Financeira da Tabela do SUS/APAC, explicando que os procedimentos têm por
311 base indicações terapêuticas específicas. Disse que a inflação acumulada desde a implantação (1998)
312 foi de 104,26% e não houve correção de valores financeiros desde 1998. Ou seja, o governo paga, em
313 valores corrigidos, cerca da metade do que era pago por procedimento em 1998. Explicou que em
314 2009 foram aprovados 2.017.671 procedimentos e o valor aprovado foi de R\$ 1.213.175.982,14. Disse
315 que nos últimos dez anos houve um aumento de 10% anual no número de procedimentos. Ressaltou
316 que o valor Médio do Procedimento é de R\$ 600,00, mas quando se exclui o ITQ o valor é de R\$
317 460,00 (igual ao ano de 2000). Detalhou que a Portaria da SAS/MS nº 346, de junho de 2008, fez
318 alterações pontuais com fusão de alguns procedimentos em câncer de mama (redução inclusive de
319 valores pagos em Ca de mama EC III); excluiu bisfosfonatos para tratamentos de hipercalcemia
320 maligna e a possibilidade de tratamento de Ca gástrico locoregional avançado; fez correção tardia
321 (>10 anos) para procedimentos mundialmente reconhecidos; e incluiu outros tratamentos
322 questionamentos. Disse que os custos do tratamento não se resumem à medicação, pois incluem
323 pagamento de pessoal (médico e não médico), custos crescentes de informatização e exigências
324 crescentes da ANVISA. Explicou que desde 2004 o CONSINCA tenta reformar a tabela PAC/SUS e as
325 sociedades médicas tentam realizar correções técnicas na tabela do SUS. Salientou que a questão do
326 câncer de intestino, de cólon e reto precisam de atenção, considerando o aumento da incidência. Por
327 isso, é necessário incluir novas tecnologias na tabela. Disse que, no caso da Hipercalcemia maligna,
328 foram excluídos os Bisfosfonatos como possibilidade de tratamento. Destacou também a medicação
329 Rituximabe (MabThera®) que cura 20 a 30 % dos pacientes com Linfoma não-Hodgkin CD 20 Å: e
330 não consta na tabela. Ressaltou que foi discutida ainda a autorização de Glivec® para crianças e
331 adolescentes com Leucemia mielóide Crônica, mas o medicamento não foi incluído. Explicou ainda
332 que a tabela tem problemas de reembolso do valor pago e o valor real do procedimento, com impacto
333 nos serviços de hematologia. Também falou de outras tecnologias (equipamentos) não disponíveis,
334 citando o PET-CT = Exame anatômico metabólico importante em linfomas Não-Hodgkin, câncer de
335 pulmão, câncer colo retal, entre outros tumores malignos. Conforme demonstrado, frisou que a
336 situação atual é de grande defasagem técnica e no custeio do tratamento e de judicialização da
337 questão por parte de ONGs, pacientes, médicos, Secretárias Municipais e Estaduais de Saúde assim
338 como dos prestadores. Acrescentou que o "APAC Paulista" cobre, em alguns hospitais, tratamentos
339 não acobertados na tabela do SUS e o INCA disponibiliza e utiliza medicamentos como Rituximabe e
340 Trastuzumabe, mas os outros serviços não conseguem utilizar essa medicação. Informou que, em
341 2004, foi iniciada tentativa de reforma da tabela e na reunião do CONSINCA, em 18 de junho de 2010,
342 foi feita apresentação de proposta não pactuada no Ministério da Saúde em abril de 2010. Citou
343 exemplo clássico de distorções (apresentado na reunião do Ministério da Saúde). No caso de
344 leucemias agudas, destacou: tratamento curativo em 50% dos casos; suboferta de tratamento na rede:
345 pacientes sem tratamento, em emergências; dificuldade na regulação; e recusa pela rede de atenção
346 oncológica. Em relação a leucemias agudas, citou: quimioterapia de baixo custo e internação de alto
347 custo: o SUS paga R\$ 818,23/mês e o cálculo do HCPA em 2005 é de R\$ 25.230,00 (hoje o cálculo
348 de custo é de R\$ 50mil/mês). Disse que as despesas em 2008 com quimioterapia foram R\$ 8,7
349 milhões e com internação R\$ 9,5 milhões. Explicou que a proposta do governo é aumentar o valor
350 para tratamento curativo e fazer modificações que não sanam o problema. Falou do manifesto do
351 linfoma, organizado pela ABRALE, de apoio a melhores condições de diagnóstico e tratamento aos
352 portadores de linfoma (11.970 casos estimados anualmente), assinado por entidades de apoio e
353 várias pessoas. Explicou que esse manifesto refere-se a diagnóstico e seguimento: PET-CT, fármaco:
354 Rituximabe (para todas as indicações) e número insuficiente de transplante de medula óssea assim
355 como cobertura. Expressou as posições gerais da ABRALE que influem diretamente na sobrevivência
356 e óbitos de pacientes: 1) Rede inadequada fora das Regiões Sul e Sudeste, sobretudo com relação a
357 TMO. 2) Transplante alogênico de doador não aparentado com inadequação das estratégias de
358 registro, triagem e burocracia por parte do REDOME. 3) Dispensação do Rituximabe para os
359 pacientes com linfoma Não-Hodgkin CD2 + e também do PET-CT. 4) Dispensação do Glivec® em
360 vários locais com grande número de problemas. 5) Demora da ANVISA em novas submissões. 6)
361 Demora no agendamento da primeira consulta e retorno dos pacientes. Por fim, na condição de

362 médico do SUS na Santa Casa de Belo Horizonte que vê diuturnamente as necessidades dos
363 pacientes, disse que pequenas correções podiam melhorar de forma considerável o atendimento do
364 Sistema. **Manifestações**. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** cumprimentou a mesa, informou
365 que representa o Fórum Nacional de Patologias e Deficiências no CONSINCA e falou sobre a
366 insatisfação de especialistas, principalmente da oncologia clínica pediátrica, por conta da não
367 autorização do uso de Glivec em crianças. Nesse sentido, propôs uma recomendação à ANVISA para
368 que considere a utilização do Glivec em crianças. Falou do trabalho do CONSINCA sobre alimentação
369 e nutrição e solicitou que o Pleno pondere a possibilidade de contemplar um participante desse
370 Conselho na CIAN/CNS. Conselheira **Marisa Fúria** sugeriu que fosse constituído um GT para fazer
371 um levantamento das necessidades da população na área oncológica e, posteriormente, em relação a
372 outras doenças, no sentido de propor alterações ao Ministério da Saúde para garantir o tratamento
373 adequado à população. Conselheira **Jurema Werneck** falou da importância de debate da Política de
374 Atenção Oncológica, inclusive para o entendimento de problemas graves com soluções pouco
375 complicadas. Também lamentou a ausência do Ministério da Saúde para prestar os esclarecimentos
376 necessários. Concordou com a proposta de constituir GT para fazer um diagnóstico a respeito do
377 medicamento, prevenção, diagnóstico e acesso ao tratamento. Além disso, sugeriu que nos debates
378 das políticas de saúde seja garantida uma fala das representações das comissões afins. Na
379 seqüência, houve uma fala a respeito da incorporação da medicação Rituximabe para as doenças
380 reumáticas junto a CITEC e foi feita a seguinte pergunta: na impossibilidade dessa incorporação, o
381 que fazer em relação ao uso do medicamento biossimilar. Conselheira **Rosângela Santos** colocou
382 preocupação com a farmacovigilância e solicitou o apoio da sociedade para cobrar essa questão da
383 ANVISA. A respeito da saúde suplementar, solicitou que seja pautado debate sobre o não tratamento
384 de câncer que leva inclusive à judicialização. Além disso, ressaltou que a judicialização não pode ser
385 reduzida a questão de medicamentos que não constam do rol do Ministério da Saúde. **Retorno da**
386 **mesa**. O Diretor Geral do INCA, **Dr. Luiz Antônio Santini Rodrigues**, primeiro, clarificou que o INCA,
387 além de uma unidade assistencial, é uma unidade do Ministério da Saúde responsável pela produção
388 de conhecimento. Por isso, a utilização de um medicamento não incorporado pelo SUS é uma
389 obrigação do Instituto no sentido de desenvolver protocolos para incorporação ou não de
390 determinadas drogas. A respeito dos transplantes de medula, explicou que a partir de 2004 houve
391 uma ampliação do número de doadores, de 40 mil para 1,5 milhão. Além disso, houve um aumento da
392 capacidade de doação de medula para 60% das doações feitas em doares nacionais, reduzindo custo
393 com a busca internacional. Frisou que o Brasil é o terceiro país com maior registro de doadores do
394 mundo e este está articulado com o registro de receptores, possibilitando agilidade e eficiência no
395 processo. A respeito da radioterapia, disse que, de acordo com a estimativa de casos novos de
396 câncer, a demanda é de cerca de 80 mil. Salientou que a expansão da radioterapia é um processo
397 complexo e, apesar dos avanços, está aquém da necessidade do país. Fez questão de destacar que a
398 implantação de cada unidade de radioterapia custa, no mínimo, R\$ 4 milhões, logo, trata-se de um
399 desafio do Sistema. Informou que o Ministério da Saúde prepara-se para definição da avaliação
400 tecnológica. Clarificou que o processo de incorporação de novas tecnologias possui várias etapas e
401 trata-se de um mecanismo de geração de evidências aceito universalmente. O Presidente da
402 Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica, **Dr. Enaldo Melo de Lima**, respondeu, a respeito dos
403 biossimilares, que a ANVISA iniciou uma consulta pública para discutir os critérios de inclusão (ou
404 não). No que se refere a doenças reumáticas, informou que está em discussão no Ministério da
405 Saúde. A respeito do câncer de rim, disse que as medicações citadas são precisas. Sobre a
406 medicação oral em relação à saúde suplementar, informou que a cada dois anos a ANS faz uma
407 consulta pública para discutir a medicina suplementar. Explicou que as sociedades médicas têm
408 enviado solicitação para garantia do reembolso de medicações orais, mas não são atendidas com a
409 justificativa do prêmio mensal. A respeito da utilização do Glivec em crianças, informou que o tema foi
410 tratado na última reunião do CONSINCA e o Secretário de Atenção Oncológica comunicou a
411 impossibilidade de incluir a medicação na APAC porque não há registro na bula do remédio para essa
412 indicação específica. **Manifestações**. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares** cumprimentou a
413 mesa pela qualidade da exposição e perguntou sobre visão dos convidados na realização
414 indiscriminada de mamografias e a atuação da rede privada nesse setor. Também solicitou que
415 fossem feitos comentários sobre a detecção precoce do câncer de mama e do colo de útero e a
416 incorporação de tecnologias, em especial a vacina do HPV. Conselheiro **Geraldo Adão Santos**
417 manifestou preocupação com a dificuldade de acesso ao tratamento na área de oncologia (demanda
418 de 80 mil pacientes) e fez as seguintes perguntas aos expositores: quais os motivos da dificuldade de
419 acesso por radioterapia – crescimento da demanda ou capacidade de atendimento reduzida? Os
420 equipamentos existentes são suficientes para atender a demanda? Por que pacientes tratados em
421 outras unidades de saúde, que não o INCA, não tem acesso aos medicamentos utilizados pelo
422 Instituto (Rituximabe e Trastuzumabe)? Qual a dificuldade para ampliação do acesso? Qual o custo do

423 atendimento em um hospital público e na rede privada? Quais as sugestões para ampliação do
424 acesso? Qual a dificuldade na liberação de medicamentos por parte da ANVISA? Dada a importância
425 desse tema, solicitou que fosse constituído um GT para aprofundar o debate ou que o tema fosse
426 pauta da próxima reunião. Conselheiro **Jorge Venâncio** destacou dois pontos que precisam de
427 providências: resolver a demanda por tratamento radioterápico, considerando tratar-se de um
428 procedimento mais barato e eficiente, embora não resolva todos os casos; e definir uma política de
429 centralização das licitações para compra de medicamentos, com incentivo à produção nacional.
430 Lamentou a ausência dos representantes do Ministério da Saúde e sugeriu que fossem convidados
431 novamente para aprofundar esse debate e chegar às conclusões acerca da política nesse campo.
432 Conselheiro **Elias Rassi** disse que é preciso discutir os valores das APACs e dos serviços
433 profissionais. Disse ainda que não basta o aumento dos valores dos procedimentos se não houver
434 uma saída para a questão das modalidades (é necessário que se encontre modalidades diferentes).
435 **Retorno da mesa.** O Diretor Geral do INCA, **Dr. Luiz Antônio Santini Rodrigues**, esclareceu que a
436 mamografia em mulheres com menos de 40 anos não é o exame de escolha para diagnóstico de
437 câncer de mama, pois a densidade da mama não permite valor preditivo ou positivo. Ao contrário, há o
438 risco de falsos negativos e problemas. Disse que houve por muito tempo uma pressão para realização
439 desses exames nessa faixa etária por conta de interesses, sendo referendada por uma recomendação
440 dos Estados Unidos para realização desses exames. Destacou que essa recomendação foi revista e
441 há um consenso internacional sobre a indicação. Explicou que a mamografia deve ser feita com
442 qualidade e, no Brasil, é possível realizar 3 milhões exames e acompanhar as mulheres. Sobre o HPV,
443 disse que o exame papanicolau é a tecnologia mais utilizada e adequada, mas, em algumas
444 circunstâncias, a qualidade não é a ideal. Desse modo, seria necessária a adoção de novas
445 tecnologias e ação específica, por exemplo, para a Região Norte. Destacou que a vacina do HPV
446 atinge dois ou quatro tipos de vírus, dependendo do laboratório produtor. Contudo, estudos
447 demonstraram que a vacina é eficaz para mulheres sem contaminação prévia (pré-atividade sexual).
448 Explicou que o Ministério da Saúde constituiu um GT para revisão da política de controle de câncer de
449 colo do útero e apresentação de novas tecnologias para diagnóstico, tratamento e acompanhamento.
450 A respeito da radioterapia, disse que a demanda por esse exame (80 mil pessoas) é definida com
451 base nos números estimados de casos de câncer que teriam necessidade desse procedimento. De
452 todo modo, destacou que esse número é real e para garantir a cobertura dessa demanda faz-se
453 necessário requalificar serviços. Informou que hoje há 264 aceleradores lineares instalados, 210
454 equipamentos no SUS e 54 na rede privada. Ainda sobre a radioterapia, lembrou que o custo da
455 implantação de uma unidade é de R\$ 6 milhões e é necessário investir mais R\$ 6 milhões para
456 funcionamento/ano. Frisou que é preciso promover uma mudança conceitual no SUS, pois há uma
457 sub-remuneração da atividade profissional em detrimento da necessidade de investir em tecnologia.
458 Ressaltou que esse é um dilema que precisa ser enfrentado para não perpetuar a idéia da alta
459 complexidade, como sinônimo de alto custo. O Presidente da Sociedade Brasileira de Oncologia
460 Clínica, **Dr. Enaldo Melo de Lima**, explicou que no país houve aumento da demanda e redução da
461 capacidade de atendimento e os equipamentos são insuficientes para suprir a demanda. Ressaltou
462 que o tratamento com base no reembolso gera distorções a respeito da indicação de exames e
463 procedimentos. Esclareceu que a mamografia, quando bem utilizada, possibilita a detecção de maior
464 número de casos e aumenta a sobrevivência das pacientes. Falou da diminuição da incidência de
465 casos de câncer de mama nos Estados Unidos com a suspensão, de 2002 a 2003, da indicação de
466 terapia de reposição hormonal em larga escala. Destacou que, para ampliação do acesso, é preciso
467 discutir maior financiamento e questões técnicas adequadas. **Manifestações.** Conselheiro **José**
468 **Caetano Rodrigues** manifestou preocupação com o sucateamento dos aparelhos para radioterapia e
469 falta de ajuste da tabela, o que compromete os tratamentos. Salientou que é preciso discutir o custo
470 dos procedimentos e, por último, perguntou como o CNS pode interferir e dar uma resposta ao usuário
471 do Sistema. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** saudou os expositores e lamentou a ausência
472 dos demais convidados. No que se refere à atenção oncológica no Brasil, destacou a importância da
473 formação e capacitação profissional, qualificação da rede, incentivo à produção nacional e garantia da
474 universalidade do atendimento. Propôs manter o tema na agenda do CNS para dar continuidade ao
475 debate e poder contribuir para que a população não padeça ou morra de câncer. Conselheira **Ana**
476 **Cristhina Brasil** cumprimentou os expositores e reforçou a proposta de constituir um GT para tratar
477 do assunto. Perguntou se o INCA prevê articulação com os órgãos afins no sentido de preparar os
478 profissionais de saúde da atenção básica para atuar na prevenção. Também quis saber como
479 funciona a assistência integral no âmbito da Política no que diz respeito à integralidade e assistência
480 multiprofissional. Por fim, solicitou ao Presidente da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica que,
481 nas suas palestras, utilizasse a expressão “médicos e demais profissionais” a “médicos e não
482 médicos”. Conselheira **Rosane Nascimento** também lamentou a ausência dos representantes da
483 SAS/Ministério da Saúde para prestar os esclarecimentos necessários. Destacou que são tímidos os

484 avanços a respeito das questões relacionadas à promoção da saúde no âmbito do SUS. Perguntou se
485 houve avanço no âmbito do INCA a respeito das campanhas de promoção da saúde relacionadas à
486 alimentação. Por último, solicitou que o tema seja mantido na agenda do CNS para debate e
487 aperfeiçoamento da política. Conselheira **Merula Emmanoel Steagall**, primeiro, cumprimentou os
488 expositores pelas informações esclarecedoras. Considerando o câncer como um problema de saúde
489 pública, frisou que é preciso discutir esse tema com mais freqüência e amplitude visando à
490 implantação de medidas de forma mais ágil. Chamou a atenção para a desatualização e defasagem
491 dos valores pagos para o tratamento, as dificuldades enfrentadas pelos profissionais e os desafios do
492 paciente. Apresentou as seguintes preocupações: o processo de incorporação de novas tecnologias
493 não está claro – não existe um cronograma com as etapas definidas; falta um registro epidemiológico
494 eficiente para acompanhar a sobrevida e o custo/benefício dos tratamentos; o linfoma não faz parte
495 dos levantamentos de epidemiologia do INCA, o que dificulta a definição de uma política de
496 tratamento; o fluxo para o acesso ao atendimento é complexo; e falta atendimento multidisciplinar nos
497 centros de tratamento. A respeito do transplante de medula óssea, concordou que é um procedimento
498 de alta complexidade e alto custo e que deve ser feito com indicações claras. Cumprimentou o
499 Ministério da Saúde pelo aumento no número de pessoas cadastradas no REDUME, contudo,
500 ressaltou que o número de transplantes não avançou em igual velocidade. Destacou também que hoje
501 90 pessoas aguardam leito para realização do transplante. Relatou, inclusive, que 80% dos pacientes
502 que realizam transplante de medula óssea no Brasil morrem por diversos fatores. Também perguntou
503 qual a destinação do recurso oriundo da economia com a compra centralizada do Glivec. Ainda a
504 respeito da centralização da compra de medicamentos, salientou que estados e municípios devem
505 comprometer-se com a distribuição dos medicamentos. Também quis saber se a centralização será
506 uma prática para compra de outros medicamentos para o tratamento do câncer. Propôs a definição de
507 um prazo para resposta aos encaminhamentos das pendências colocadas e apoiou a sugestão de
508 constituir um GT para tratar do tema e convidar novamente a SAS para debate. Conselheiro **José**
509 **Naum de Mesquita** cumprimentou os expositores e disse que gostaria de ver também presente no
510 debate representantes da multiprofissionalidade. Lamentou que a fala do diretor do INCA estivesse
511 focada na média complexidade e nos profissionais médicos, pois a atenção oncológica é feita também
512 por profissionais da área da saúde. Perguntou para qual grupo as pós-graduações são desenvolvidas
513 – apenas para os profissionais médicos? Chamou a atenção ainda para iniquidade em relação ao
514 acesso aos equipamentos no país e quis saber como garantir atendimento universal e equânime.
515 Conselheiro **Volmir Raimondi**, considerando a importância da universalidade e da integralidade da
516 assistência, fez as seguintes perguntas: quanto os equipamentos parados interferem na rede de
517 atendimento? O que fazer diante de situações como a não disponibilização dos insumos necessários
518 ao tratamento? (exemplo: não são disponibilizados pelo SUS os protetores para bebês que nascem
519 com câncer no olho e precisam de radioterapia). Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** manifestou
520 preocupação com a lógica da remuneração das atividades relativas à oncologia centralizada no
521 procedimento, no hospital e no profissional médico. Destacou o interesse privado nessa área em
522 virtude do volume de recursos envolvidos. Por último, ressaltou que é preciso discutir essas questões
523 para superá-las. Conselheiro **Arilson Cardoso** evidenciou a dificuldade nos municípios em relação ao
524 acesso a exames de diagnóstico e cirurgias oncológicas, o que resulta em uma fila de espera e na
525 piora do paciente. Salientou que essa é uma questão complexa e precisa de solução. Conselheiro
526 **Nelson Mussolini** alertou o CNS para não satanizar a indústria farmacêutica que investe em pesquisa
527 e descobre produtos como o Glivec que salva vidas. Explicou que, desde 2002, a empresa
528 responsável pelo Glivec luta para conseguir o registro do produto para crianças. Disse que a primeira
529 submissão do produto aconteceu em agosto de 2002 e foi aprovado em 20 de dezembro de 2002.
530 Contudo, em fevereiro de 2003, o produto foi reprovado. **Retorno da mesa.** O Presidente da
531 Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica, **Dr. Enaldo Melo de Lima**, primeiro, colocou as
532 sociedades médicas à disposição para contribuir com o GT do CNS. Disse que está em discussão a
533 metodologia de inserção de novas tecnologias e em desenvolvimento programas, junto com o
534 Ministério da Saúde e Ministério da Educação, de readaptação da residência médica nas áreas afins
535 do tratamento oncológico. Também destacou que copiou a Portaria do Ministério que diz “inclusão de
536 remuneração médica e não médica”. Concordou com a importância da participação de um
537 representante da SAS nesse ponto, inclusive para garantir um contraponto de visão. A respeito do
538 Glivec, disse que o Ministro da Saúde, na reunião de 18 de junho de 2010, informou que o
539 medicamento não é aprovado para inclusão no SUS para crianças e adolescentes porque não está na
540 bula da ANVISA e que não foi solicitado pela empresa detentora da patente. Explicou que faz
541 avaliação *ad hoc* para ANVISA, na condição de consultor, e nunca avaliou pedido de Glivec para
542 criança e adolescentes. Conselheiro **Nelson Mussolini** explicou que foi reapresentada a submissão e
543 está com *ad hoc* para aprovação desde 2009. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** informou que
544 o hospital infantil de Santa Catarina está realizando um estudo a respeito da utilização do Glivec em

545 crianças e lhe causou estranheza o fato de a CONEP não ter sido consultada a respeito desse estudo.
546 O Presidente da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica, **Dr. Enaldo Melo de Lima**, continuou,
547 explicando, a respeito do câncer de olho de crianças, que a Sociedade Brasileira de Oncologia
548 Pediátrica possui vários protocolos para detecção precoce desse tumor. Disse que a demanda por
549 cirurgia oncológica leva a perda do tempo específico da indicação da terapêutica cirúrgica. Também
550 falou da preocupação com a distribuição do medicamento diante da compra centralizada. Finalizando,
551 agradeceu a oportunidade e desculpou-se por ter que se retirar em virtude do vôo. O coordenador da
552 mesa agradeceu a participação do Presidente da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica. O Diretor
553 Geral do INCA, **Dr. Luiz Antônio Santini Rodrigues**, primeiro, pontuou que o CNS é um espaço de
554 debate e não de afirmação de verdades absolutas. Esclareceu que não existe sucateamento do
555 parque radioterápico do Brasil, mas sim déficit de novos equipamentos. Nessa perspectiva, ressaltou
556 que há recursos para consertar os equipamentos com problemas, contudo, esse é um trabalho
557 multiprofissional, complexo e demorado, envolvendo comissão nacional de energia nuclear, entidades
558 representantes dos físicos médicos... Chamou a atenção para a defasagem acerca da remuneração
559 dos procedimentos de radioterapia e cirurgia e destacou que a atualização dos valores certamente
560 teria impacto na redução da necessidade de tratamentos quimioterápicos ou radioterápicos. Ressaltou
561 que é preciso uma articulação visando uma política de controle de câncer e não que quimioterapia,
562 radioterapia ou cirurgia, com base no conhecimento da história natural da doença e na intervenção em
563 diversas etapas do processo. Frisou que o INCA trabalha intensamente com as diversas áreas do
564 Ministério da Saúde – atenção básica, saúde da mulher, entre outras – e, portanto, existe um trabalho
565 multidisciplinar. Ressaltou que está sendo criada a residência multiprofissional, fortalecendo a área de
566 nutrição e câncer no Instituto, entre outras ações. Destacou que a visão do modelo de organização da
567 saúde é uma herança do SUS em relação ao sistema de pagamento das ações de saúde. Ressaltou
568 que é preciso superar esse modelo e ter a possibilidade de fazer remuneração de acordo com o custo
569 e processo de contratualização. Reforçou que o SUS, maior sistema de saúde organizado do mundo
570 em termos de cobertura populacional, possui muitas carências. Explicou que existe uma proposta,
571 apresentada na última reunião do CONSINCA, que promove várias das modificações solicitadas.
572 Finalizando, colocou-se à disposição para prestar os esclarecimentos necessários e inclusive
573 contribuir para aprofundar o debate desse tema, seja em um GT, seminário, envolvendo todas as
574 nuances do problema do controle do câncer. **Deliberação: manter o tema na agenda do CNS; constituir um GT para tratar do assunto; e construir a Política de Atenção Oncológica de forma multidisciplinar, com foco na atenção primária; realizar um seminário.** Finalizando, Conselheiro
575 **Clóvis Boufleur** agradeceu a presença do diretor do INCA e a riqueza das informações prestadas.
576 Com essa saudação, a mesa encerrou os trabalhos da manhã do primeiro dia. Retomando os
577 trabalhos, Conselheiro **José Marcos de oliveira** reiterou a solicitação de que o DENASUS realize
578 auditoria sobre o desenvolvimento do Cartão SUS. **ITEM 4 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE**
579 **RECURSOS HUMANOS – A) INFORME DO GT/RONDÔNIA; E B) APROVAÇÃO DE PARECERES**
580 **DA CIRH – Composição da mesa:** Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** e Conselheira **Graciara**
581 **Matos de Azevedo**. **Coordenação:** Conselheiro **Antônio Alves de Souza**, da Mesa Diretora do CNS.
582 Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** começou pelos informes da CIRH/CNS, justificando, primeiro,
583 a ausência da coordenadora da Comissão, Conselheira **Maria Helena Machado**. Em seguida,
584 informou o Pleno sobre o Seminário Nacional sobre Profissões de Saúde, marcado para os dias 18 e
585 19 de agosto de 2010, com coordenação compartilhada do CNS, por meio da CIRH/CNS, Departamento
586 de Gestão do Trabalho, Câmara de Regulação do Trabalho e Mesa Nacional de Negociação.
587 Disse que a programação está em processo de conclusão e, tão logo seja finalizada,
588 será encaminhada aos conselheiros. Sugeriu que os interessados comuniquem a Secretaria-Executiva
589 do CNS para definir a forma de participação. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** manifestou
590 interesse em participar do Seminário. **Deliberação: os interessados em participar do Seminário**
591 **Nacional sobre Profissões de Saúde deverão comunicar a Secretaria-Executiva do CNS e será**
592 **definida a forma de participação.** **INFORME DO GT/RONDÔNIA** – Lembrou que, em 2009,
593 professores e alunos da Universidade Federal de Rondônia estiveram no CNS solicitando apoio para
594 assegurar espaço nos campos de estágio. Em resposta, o CNS constituiu um GT para ir à
595 Universidade verificar a situação local. Porém, em virtude de diversos fatores, a visita do Grupo (Ruth
596 Ribeiro, Marisa Fúria, Beth, Tarcísio) só foi possível no mês de junho de 2010. Explicou que antes da
597 visita a CIRH/CNS também recebeu a denúncia da falta de condições para a formação dos alunos da
598 FACIMED – Faculdade de Medicina, em Cacoal/RO. Para ilustrar a gravidade da situação, relatou que
599 alunos do 7º semestre de Medicina nunca clinicaram ou mesmo auscultaram uma gestante. Diante
600 dessa nova denúncia, disse que o GT visitou Porto Velho e Cacoal. Em relação a Porto Velho/RO,
601 relatou que o Grupo reuniu-se com os alunos, o coordenador do curso e a diretora de educação.
602 Nessa oportunidade, os discentes confirmaram a falta de espaços para realizar os estágios. Ressaltou
603 que a Capital possui três cursos de Medicina (um público e dois privados) e a Secretaria de Saúde
604 que a Capital possui três cursos de Medicina (um público e dois privados) e a Secretaria de Saúde
605

606 não priorizava o atendimento à demanda da Universidade Federal. Relatou que o Grupo esteve no
607 Hospital João Paulo e verificou uma situação caótica (procedimentos realizados repetidamente por
608 diferentes alunos incompatíveis com o atendimento humanizado, poucos preceptores para
609 acompanhar o processo de aprendizado dos estudantes, falta de profissionais e sem condições de
610 funcionamento). Além disso, o GT visitou outros dois hospitais que apresentaram situação um pouco
611 melhor. No dia 23 de junho, o GT reuniu-se com a Secretaria Adjunta de Saúde que afirmou não ser
612 de competência da SES formar alunos, mas sim prover assistência médica. Além disso, a Secretaria
613 possuía um parecer jurídico da Procuradoria Geral do Estado afirmando que as vagas deveriam ser
614 divididas entre as três instituições de ensino, embora o documento determinasse prioridade para o
615 público. Explicou que a contrapartida das universidades privadas para garantir os estágios são duas
616 meias bolsas de estudo cada uma. Disse que o maior problema refere-se à média e alta complexidade
617 porque os alunos não têm acesso aos hospitais por falta de capacidade dessas unidades em atendê-
618 los. Comunicou que, por meio de doações, uma ONG construiu um prédio com sessenta leitos e a
619 idéia é realizar parceria com a prefeitura e a hidrelétrica para ampliar o hospital e colocá-lo em
620 funcionamento. Inclusive, denunciou que a instalação da hidrelétrica alterou a cultura e a situação
621 local (segundo relato da Secretaria de Saúde, a demanda por saúde aumentou 300%). Disse que no
622 período da tarde, o GT se reuniu com a Secretaria Municipal de Saúde, os docentes e os discentes da
623 Universidade. Destacou que a prefeitura comprometeu-se a contribuir na ampliação e conclusão do
624 hospital e o CMS e o CES acompanharam todo o trabalho. Como resultado da visita, explicou que a
625 Secretaria de Saúde acatou a proposta do GT de formar um comitê gestor com representantes da
626 SES, das três universidades de Porto Velho, dos conselhos estadual e municipal de Porto Velho,
627 núcleo do MS e do MEC para discutir uma política de estágio e articulação ensino/serviço. Ressaltou
628 que o CES/RO e os docentes comprometeram-se a manter o CNS informado do desdobramento da
629 proposta. Em síntese, destacou que o problema em Porto Velho se refere à média e alta
630 complexidade porque os alunos não possuem local para realizar estágio. Disse que o GT assumiu o
631 compromisso de trazer ao CNS a solicitação de apoio à luta para abrir o hospital universitário (com
632 160 leitos) a fim de garantir, inclusive, a formação/aprendizado dos docentes. Conselheira **Marisa**
633 **Fúria** acrescentou que um grupo de professores atua nas três instituições de ensino de Rondônia.
634 Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** apresentou as seguintes reflexões diante das condições de
635 instalação dos hospitais visitados: os hospitais têm condições apropriadas para serem ambientes de
636 aprendizagem? Como os usuários sentem-se diante da presença e abordagem de tantos alunos? Os
637 procedimentos realizados repetidamente por diferentes alunos são compatíveis com o atendimento
638 humanizado? Os poucos preceptores conseguem acompanhar o processo de aprendizado dos
639 estudantes? Que profissionais estão sendo formados diante dessas condições? Reiterou que o
640 encaminhamento do GT é aguardar as informações do comitê, reforçar a importância da abertura do
641 hospital universitário e encaminhar as informações sobre as condições de estágio ao MEC para as
642 devidas providências. Na seqüência, fez um relato da visita a Cacoal/RO. Disse que a situação é
643 grave, pois os alunos de Medicina da FACIMED do 7º semestre nunca tiveram forma de aprendizado
644 da relação ensino e serviço. Explicou que o município, com 80 mil habitantes, possui dois hospitais
645 com instalações modernas, mas que não estão em funcionamento. Disse que o GT, após reunir-se
646 com alunos, visitou o Hospital Estadual Regional, que não está pronto e o Hospital do Padre,
647 construído com recursos da comunidade, mas inoperante por falta de recursos para equipá-lo e
648 mantê-lo. Explicou que, nesse caso, o encaminhamento do GT foi semelhante ao de Porto Velho:
649 constituir um comitê (Secretaria Municipal de Saúde, universidade e Conselho Municipal de Saúde)
650 para discutir a política de formação; trazer a demanda da prefeitura ao MS para que estude a
651 possibilidade de ajuda para colocar o hospital em funcionamento; encaminhar a documentação ao
652 MEC solicitando que avalie a qualidade da formação dos alunos de Medicina da FACIMED.
653 Concluindo, explicou que o relatório de visita do GT está em processo de conclusão e, sendo
654 aprovado o mérito, será enviado ao MEC. Conselheira **Marisa Fúria** fez a leitura de e-mail da diretora
655 geral da FACIMED, que não pôde participar da reunião com o GT, que solicita oportunidade para
656 tratar do curso de Medicina. A propósito, acordou-se que a demanda seria encaminhada à CIRH. Além
657 disso, registrou a preocupação com a situação das demais instituições que foram abertas no último
658 período. Conselheira **Lérida Maria Vieira** cumprimentou o Grupo pelo trabalho e ressaltou a
659 importância da ida do Conselho a Rondônia. Falou da preocupação com a qualidade de todos os
660 cursos da área da saúde do Estado e com os convênios realizados com instituições privadas de
661 ensino e da saúde. Ressaltou que a situação é crítica e precisa da interferência do CNS, Ministério da
662 Saúde e Ministério da Educação. Solicitou que o CNS verifique os convênios e contratados do
663 governo estadual e municipal realizados em Cacoal, Ariquemes e Ji-paraná realizados entre as
664 instituições de ensino privado e o SUS. Frisou que a situação no Estado não é pior por conta da
665 atuação do Conselho Estadual de Rondônia. Conselheira **Jurema Werneck** propôs uma articulação
666 com CES, CMS e Plenária de Conselhos de Saúde para realização de um levantamento sobre a

realidade local da formação dos cursos de saúde a fim evitar situações semelhantes a de Roraima e resolver as instaladas; e pautar debate sobre o impacto dos projetos de desenvolvimento no SUS, com convite aos ministérios envolvidos nos programas. **Retorno da mesa.** Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** destacou a privatização da educação, com a lógica da educação como mercadoria. Concordou que Ministério da Saúde e MEC devem discutir os impactos dos projetos de desenvolvimento nesses locais e é que preciso estreitar a relação com os CES e CMS. Conselheiro **Elias Rassi** avaliou que, no caso de Cacoal, um hospital com 150 leitos é suficiente para atender a demanda da população nas próximas duas décadas. Lembrou, inclusive, que a Região Norte caracteriza-se pela preponderância de leitos públicos nos hospitais. Considerou oportuno esse debate antes da apreciação dos pareceres, considerando ser necessário considerar as realidades locais, inclusive, para manifestar-se sobre a abertura de novos cursos. Conselheira **Cleuza Bernardo** informou que o Ministério da Saúde está acompanhando a situação de Rondônia e reconhece que a situação no Estado é grave. No caso do hospital de Porto Velho, disse que o Ministério liberou R\$ 5 milhões, mas não consegue repassar esse valor por conta de problemas na legalização da doação da unidade. Sobre as instituições de ensino, explicou que as instituições privadas começaram a funcionar antes da pública e firmaram convênio com a Secretaria Estadual para utilização dos dois hospitais. Por isso, há dificuldade em relação ao campo de estágios. De todo modo, disse que o Ministério está acompanhando a situação de Porto Velho e de Cacoal. No caso da capital, frisou que é essencial a abertura do hospital. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** explicou que, segundo informações, as questões relativas à doação estão quase resolvidas. No caso de Cacoal, disse que é importante investir nos dois hospitais para que funcionem. A seguir, a mesa passou aos encaminhamentos. **Deliberação: o Plenário aprovou os encaminhamentos do GT em relação a Porto Velho (aguardar as informações do comitê gestor e encaminhar as informações sobre as condições de estágio da instituição de ensino ao MEC para as devidas providências) e a Cacoal (constituir um comitê local para discutir a política de formação; trazer ao Ministério da Saúde a demanda da prefeitura de ajuda para colocar um hospital local em funcionamento; e encaminhar documentação ao MEC solicitando que avalie a qualidade da formação dos alunos de Medicina) e decidiu promover articulação com CES, CMS e Plenária de Conselhos de Saúde para que realizem levantamento sobre a realidade dos cursos de saúde; e organizar um evento para debater o impacto das obras do PAC no SUS, com convite aos ministérios envolvidos no Programa.** Na seqüência, Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** passou à apresentação dos pareceres elaborados pela CIRH relativos a nove processos de autorização e quatro de reconhecimento de cursos. Os pareceres relativos a processos de autorização são: 1) Referência: Processo nº 20080003003; Interessado: Faculdade de Ciências de Guarulhos/SP; Curso: Autorização do Curso de Medicina; Parecer: Insatisfatório. 2) Referência: Processo nº 20080003281; Interessado: Faculdade de Pato Branco/PR; Curso: Autorização do Curso de Medicina; Parecer: Insatisfatório. 3) Referência: Processo nº 20080003006; Interessado: Instituto de Ensino Superior de Minas Gerais/MG; Curso: Autorização do Curso de Medicina; Parecer: Insatisfatório. 4) Referência: Processo nº 20060013218; Interessado: União das Escolas do Grupo Ceres de Educação/SP; Curso: Autorização do Curso de Medicina; Parecer: Insatisfatório. 5) Referência: Processo nº 200908597; Interessado: Faculdade Barretos/SP; Curso: Autorização do curso de Psicologia; Parecer: Insatisfatório. 6) Referência: Processo nº 200901710; Interessado: Faculdade de Guanambi/BA; Curso: Autorização do curso de Psicologia; Parecer: Insatisfatório. 7) Referência: Processo nº 20090883; Interessado: Faculdade Luciano Feijão/CE; Curso: Autorização do curso de Psicologia; Parecer: Insatisfatório. 8) Referência: Processo nº 200908903; Interessado: Faculdade Maurício de Nassau de Fortaleza/CE; Curso: Autorização do curso de Psicologia; Parecer: Insatisfatório. 9) Referência: Processo nº 200905622; Interessado: Faculdade Santa Maria/PB; Curso: Autorização do curso de Psicologia; Parecer: Insatisfatório. Os pareceres relativos a processos de reconhecimento são: 1) Referência: Processo nº 200902617; Interessado: Instituto Luterano de Ensino Superior de Itumbiara/GO; Curso: Reconhecimento do curso de Psicologia; Parecer: Insatisfatório. 2) Referência: Processo nº 20070262; Interessado: Faculdade Pitágoras de Linhares/ES; Curso: Reconhecimento do curso de Psicologia; Parecer: Insatisfatório. 3) Referência: Processo nº 200906564; Interessado: Universidade Federal de Alagoas/AL; Curso: Reconhecimento do curso de Psicologia; Parecer: Insatisfatório. 4) Referência: Processo nº 20070009437; Interessado: Faculdade de Tecnologia e Ciências FTC Salvador/BA; Curso: Reconhecimento do Curso de Psicologia; Parecer: Insatisfatório. **Manifestações.** Conselheiro **Clóvis Boufleur** reiterou que, nos últimos doze meses, 95% dos pareceres foram insatisfatórios, o que demonstra a preocupação com a qualidade da formação. Por outro lado, frisou que é preciso garantir a presença de profissionais nos locais onde são necessários. Ressaltou que é preciso fazer algo mais acerca dessa questão. Conselheiro **Antônio Alves** propôs que a Comissão faça um levantamento do desdobramento e do impacto dos encaminhamentos e pareceres aprovados pelo Plenário do CNS. Conselheiro **Volmir Raimondi** reiterou que é preciso análise detalhada acerca do

728 impacto dos pareceres aprovados pelo Plenário do CNS na abertura, reconhecimento e autorização
729 de novos cursos. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** lembrou que a análise dos processos
730 ainda está em construção e que a Resolução do CNS nº. 350, cujos critérios norteiam o
731 procedimento, foi largamente divulgada para as instituições de ensino. Destacou que a intenção é
732 elaborar um manual para orientar as instituições de ensino sobre esse processo. A mesa colocou em
733 votação os pareceres e o encaminhamento. **Deliberação: aprovados, em bloco e com uma**
734 **abstenção, os novos pareceres da CIRH/CNS relativos aos processos de autorização e os**
735 **quatro relativos aos processos de reconhecimento.** Além disso, o Pleno encomendou à
736 Comissão um levantamento do desdobramento e do impacto dos encaminhamentos e
737 pareceres aprovados pelo Plenário do CNS. **ITEM 5 – COMISSÃO PERMANENTE DE**
738 **ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO** – *Composição da mesa:* Conselheiro **Ronald Ferreira dos**
739 **Santos**; e **Francisco Funcia**, assessor da COFIN. *Coordenação:* Conselheira **Ruth Ribeiro**
740 **Bittencourt**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, inicialmente, justificou
741 a ausência do Coordenador da COFIN e comunicou que não foi possível analisar a execução
742 orçamentária, por conta da antecipação da reunião da COFIN. Disse que a COFIN discutiu o Relatório
743 Anual de Gestão 2009 e um modelo de prestação de contas trimestral. Informou ainda que a
744 Resolução nº. 434, que aprovou o RAG com ressalvas, foi encaminhada ao Ministro da Saúde para
745 análise e homologação. Em seguida, fez uma breve apresentação sobre a Frente pela procedência da
746 Ação Direta de Inconstitucionalidade 1.923/98 – Contra as Organizações Sociais. Explicou que o
747 objetivo é pautar no Supremo Tribunal Federal (STF) a importância de votarem favoravelmente a Ação
748 Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) nº. 1.923/98, contra a Lei 9.637/98, que “dispõe sobre a
749 qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de
750 Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por
751 organizações sociais, e dá outras providências”, e contra a alteração do inciso XXIV, do artigo 24 da
752 Lei 8.666/93, com redação dada pelo artigo 1º da Lei 9.648/98, que permite a dispensa de licitação
753 para a celebração de contratos de prestação de serviços com as organizações sociais (OS). Disse que
754 a Coordenação do movimento é feita pelos Fóruns de Saúde do Paraná, de Alagoas, do Rio de
755 Janeiro, de São Paulo, de Londrina além de outras entidades que solicitam a procedência da ADIN
756 1.923/98. Detalhou que as propostas de intervenção do Movimento são: 1) divulgar carta nacional
757 pedindo a aprovação da ADIN, assinada por entidades, movimentos e ministérios públicos do país. A
758 carta pode ser vista em: <http://fopspr.wordpress.com/>; 2) fazer a entrega dessa carta e ter um encontro
759 com o relator responsável pela ADIN; 3) constituir campanha através de um abaixo-assinado digital a
760 fim de mobilizar a população e explicitar os problemas da privatização do serviço público. O abaixo-
761 assinado pode ser visto em: <http://www.abajoassinado.org/assinaturas/abajoassinado/6184>.
762 Destacou que as assinaturas para a carta podem ser enviadas para o e-mail pelasauda@gmail.com -
763 assunto: carta ADIN. Explicou que até o dia 16 de junho foram contabilizadas aproximadamente 150
764 assinaturas de entidades e mais de 1200 assinaturas individuais no abaixo-assinado. Frisou que a
765 meta é atingir 500 entidades e 5.000 adesões ao abaixo assinado e a adesão à Carta deve ser
766 enviada para o e-mail: pelasauda@gmail.com. Por fim, lembrou que o CNS manifestou-se como
767 parceiro ao movimento e solicitou que os conselheiros accessem o link para o abaixo-assinado e façam
768 sua adesão individual. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** solicitou aos conselheiros que
769 analisem em profundidade o Plano Nacional de Saúde 2008/2009-2011 e encaminhem eventuais
770 dúvidas a COFIN. Na seqüência, Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** passou a palavra ao
771 assessor da COFIN para apresentação da análise do impacto do Programa Farmácias Populares no
772 orçamento da saúde, conforme solicitado na última reunião do CNS. O assessor da COFIN,
773 **Francisco Funcia** disse que a Comissão está realizando um estudo da evolução da execução
774 orçamentária de 2005 a 2009. A respeito da Farmácia Popular, explicou que a metodologia utilizada
775 no levantamento foi uma série histórica (período 2004 a 2009), e que o Programa possui duas ações -
776 7660 - Implantação de Farmácias Populares; e 8415- Manutenção e Funcionamento das Farmácias
777 Populares – com o gerenciamento e gestão do Fundo Nacional de Saúde e da Fundação Oswaldo
778 Cruz - FIOCRUZ. A respeito da Ação 1 – Implantação de Farmácias Populares, falou sobre o
779 empenhado 2004-2009: a) 2004, 2005 e 2006 - gasto mais acentuado com a implantação; b) menor
780 gasto em 2007, 2008 e 2009; e c) investimento de R\$ 80,625 milhões de 2004 a 2009. A respeito da
781 ação 2 - Manutenção e Funcionamento das Farmácias Populares, destacou: a) crescimento do gasto
782 de 2005 a 2008; b) gasto estável em 2009; e c) R\$ 1,66 bilhão de investimento no período de 2004 a
783 2009. Disse que o total empenhado de 2005 a 2009 é de R\$ 1,747 bilhão e de 2005 a 2010 R\$ 2,350
784 bilhões. Apresentou a série histórica da execução da Ação 7660 (implantação): 2004: 100%; 2005:
785 41,7%; 2006: 11,5%; 2007: 1,9%; 2008: 1,1%; 2009: 0,2%; e 2010 (LOA): 0%. Acerca da Ação 8415
786 (manutenção), destacou que ocorre o inverso em termos de execução: 2004: 0%; 2005: 58,3%; 2006:
787 88,5%; 2007: 98,1%; 2008: 98,9%; 2009: 99,8%; e 2010 (LOA): 99,0%. A respeito da execução por
788 unidade orçamentária, destacou: Fundo Nacional de Saúde - valor significativo alocado em 2006 e

789 2007 (aumento de 254% e 129%, respectivamente); 2008: 87%; 2009: 16%; 2010: 3%, total alocado:
790 R\$ 1,27 bilhão (2004 a 2009) e R\$ 1,68 (com a LOA). Em relação à FIOCRUZ, citou: total de R\$ 540
791 milhões (2004 a 2009) e, considerando 2010 (LOA), R\$ 665 milhões. Disse que, dos gastos com a
792 Farmácia em 2009, 77% foi pelo FNS e 22% pela FIOCRUZ e, considerando o alocado em 2010, 79%
793 pelo FNS e 21% pela FIOCRUZ. **Manifestações.** Conselheiro **Nelson Augusto Mussolini** interveio
794 para dizer que o CNS precisava saber quanto do total do orçamento do Programa Farmácia Popular é
795 gasto com medicamento. O assessor da COFIN explicou que nos números apresentados não estão
796 incluídos gastos com pessoal. Conselheira **Jurema Werneck** solicitou à COFIN/CNS uma
797 comparação entre os gastos da farmácia básica e da Farmácia Popular. Conselheira **Marisa Fúria**
798 perguntou se há previsão de ampliar o rol de medicamentos, incluindo outros mais modernos. O
799 assessor da COFIN, **Francisco Funcia**, comprometeu-se a apresentar uma comparação entre os
800 gastos da farmácia básica e da Farmácia Popular na próxima reunião. Conselheiro **Ronald Ferreira**
801 **dos Santos** informou que está em debate a incorporação de outros insumos na Farmácia Popular.
802 Frisou que o CNS apóia a Farmácia Popular como medida compensatória, mas entende que não deve
803 computar os gastos com saúde. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** informou que a planilha de
804 execução de restos a pagar (exercício 2010) foi disponibilizada aos conselheiros. A respeito dos
805 Restos a Pagar, o assessor da COFIN destacou a baixa execução orçamentária na FUNASA.
806 Enfatizou também que o crescimento dos restos a pagar nos últimos anos relaciona-se ao decreto de
807 contingenciamento orçamentário e financeiro do Ministério do Planejamento e Ministério da Fazenda.
808 Conselheiro **José Marcos de Oliveira** solicitou que a COFIN faça um levantamento do retorno das
809 demandas feitas às demais Comissões do CNS. **Deliberação: a COFIN fará um levantamento do**
810 **retorno das demandas feitas às demais Comissões do CNS e apresentará, na próxima reunião**
811 **do CNS, uma comparação entre os gastos da farmácia básica e da Farmácia Popular.**
812 Conselheiro **Volmir Raimondi** registrou como conquista da população com deficiência visual no CNS
813 a disponibilização, pela Secretaria Executiva do CNS, de um áudio book e um livro em Braille com
814 título a ser definido pelo Plenário. **ITEM 6 – a) PLANEJAMENTO DO CNS - GT RESOLUÇÃO Nº. 333**
815 – *Composição da mesa:* Conselheiro **Clóvis Boufleur**; Conselheiro **José Eri de Medeiros**,
816 coordenador da Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o Controle Social no SUS; e
817 **Gleisse de Castro de Oliveira**, Secretária-Executiva Substituta do CNS. *Coordenação:* Conselheiro
818 **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS. Conselheiro **José Eri de Medeiros** falou que o
819 Planejamento do Conselho Nacional de Saúde de 2010/2012 foi realizado na 44ª Reunião
820 Extraordinária, nos dias 9 e 10 de março de 2010, em Brasília-DF. Para organizar essa atividade foi
821 designada, entre os integrantes da Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o Controle
822 Social no SUS/CIEPCSS, um grupo de Trabalho que definiu a metodologia, o material de referência e
823 acompanhou toda a realização do processo. Disse que após o Planejamento foi constituído um GT
824 formado por José Eri de Medeiros, Eufrásia Santos Cadorin e Clóvis Boufleur que sistematizou as
825 propostas. Conselheiro **Clóvis Boufleur** continuou a apresentação explicando que o Planejamento
826 gerou dois documentos: Relatório Final do Planejamento CNS 2010/2012, que registra todas as
827 etapas do evento; e a Planilha com as propostas do Planejamento, que apresenta atividades oriundas
828 da Agenda Política, atividades extra Agenda Política e propostas de seminários e oficinas, com prazo
829 para execução. Feitas esses esclarecimentos, apresentou a Planilha com as seguintes propostas:
830 Atividades da Agenda Política: Eixo I: Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 – Atividades:
831 1) Divulgar informações e sensibilizar a sociedade em geral, especialmente, os Conselhos Estaduais,
832 Municipais de Saúde e Distritais Indígenas, as centrais sindicais e as demais instâncias correlatas,
833 sobre todos os aspectos que envolvem a EC 29, visando a sua regulamentação. Prazo: 2010. 2)
834 Articular com os Poderes Executivo, Judiciário e Legislativo, em especial com o Congresso Nacional,
835 a fim de acelerar e concretizar o processo de regulamentação da EC 29. Prazo: 2010. 3) Articular com
836 as direções partidárias e candidatos(as) aos pleitos eleitorais de 2010, buscando o compromisso
837 formal e explícito com a regulamentação e o cumprimento da EC nº. 29. Ano: 2010. Eixo II: Criação da
838 Carreira Única da Saúde – Atividades: 1) Promover um debate ampliado no Plenário do CNS,
839 envolvendo a Mesa Nacional de Negociação, CGRH/MS, DEGERTS/MS e MPOG. Prazo: 2010. 2)
840 Articular com a MNNP-SUS a construção da proposta de acordo com as diretrizes nacionais do
841 PCCS-SUS, em parceria com o Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS. Prazo: 2010. 3)
842 Agendar audiência com o Presidente da República para apresentar a proposta da Carreira Única da
843 Saúde. Prazo: 2010. Eixo III - Estabelecimento do Serviço Civil em Saúde - Atividades: 1) Acompanhar
844 os projetos de leis em tramitação no Congresso Nacional. 2) Buscar a interlocução com o Ministério da
845 Saúde, Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação, CONASS e CONASEMS. 3)
846 Identificar e iniciar discussão sobre o tema com os Conselhos Estaduais, Municipais de Saúde, com
847 as entidades e movimentos sociais, plenárias e conferências de saúde e outras atividades da área. 4)
848 Definir uma proposta do Serviço Civil em Saúde garantindo a participação de estudantes
849 universitários, instituições formadoras e usuários, vinculando a discussão da formação profissional. 5)

850 Garantir como bandeira de luta: "Estabelecer Serviço Civil em Saúde com remuneração digna". 6)
851 Realizar Seminários Regionais com os movimentos estudantis, entidades de classes, instituições
852 formadoras, Conselhos de Saúde. 7) Promover o debate com todas as lideranças de bancada do
853 Congresso Nacional para sensibilizar sobre o tema. Prazo: 2011. 8) Garantir que todas as categorias
854 profissionais participem do Serviço Civil em Saúde, não se limitando a uma profissão isolada. Eixo IV -
855 Prover a autonomia administrativa e financeira dos serviços SUS, a partir da regulamentação do § 8º
856 do Art. 37 da Constituição Federal – Atividades: 1) Identificar as propostas que tramitam nas
857 instâncias executivas e legislativas, e promover debate com os Conselhos Estaduais e Municipais de
858 Saúde para reformulação da proposta. 2) Discutir a regulamentação da legislação permitindo que a
859 Administração Pública crie mecanismos e dispositivos que permitam maior agilidade na gestão
860 pública. Eixo V - Profissionalizar a administração e a gestão do SUS até o cargo de diretor,
861 regulamentando o Inciso V do Art. 37 da Constituição Federal. Atividades: 1) Mobilizar os
862 trabalhadores, conselhos, movimentos sindicais e sociais e demais setores da sociedade para atuar
863 no Legislativo e no Executivo para a construção de uma proposta de regulamentação do Inciso V do
864 Art. 37 da CF. Prazo: até dezembro de 2012. 2) Elaborar material informativo em defesa da proposta,
865 para ser disseminado em diversos setores da sociedade. Prazo: até dezembro de 2010. Eixo VI -
866 Flexibilização da Lei de Responsabilidade Fiscal - Atividades: 1) Elaborar proposta alternativa para a
867 LRF para a contratação de pessoal na área da saúde, a ser discutida e aprovada pelo pleno do CNS,
868 tornando um instrumento de negociação junto aos poderes Legislativo e Executivo. Prazo: até
869 dezembro de 2011. 2) Articular o debate com CONASS, CONASEMS, Conselhos de Saúde e
870 Movimentos Sociais. Prazo: até dezembro de 2010. VII - Aprovação da Lei de Responsabilidade
871 Sanitária – Atividades: 1) Incluir o debate sobre a Lei de Responsabilidade Sanitária e suas
872 repercussões na saúde nas atividades e reuniões promovidas pelo CNS e manifestar a posição do
873 Conselho no Congresso Nacional. Prazo: Até aprovação Lei. 2) Propor a criação de um painel
874 nacional da demanda reprimida na média e alta complexidade do país, com mecanismos de controle e
875 avaliação de risco. 3) Incluir no Projeto da Lei de Responsabilidade Sanitária os recortes de gênero,
876 raça/etnia, orientação sexual e identidades de gênero, pessoas com deficiências, patologia e
877 geracional. Prazo: 2010. Eixo VIII - Estruturação da Atenção Primária. Atividades: 1) Realizar o
878 Seminário Nacional da Atenção Primária, garantindo abordagem sobre os recortes de gênero,
879 raça/etnia, orientação sexual e identidades de gênero, pessoas com deficiências, patologia e
880 geracional, articulando a representação dos gestores federais. Prazo: 2010. 2) Reavaliar a Estratégia
881 Saúde da Família e a implementação do NASF, inclusive nos distritos sanitários indígenas. Prazo:
882 2010. 3) Rever as condições de recursos para o cumprimento das ações de Atenção Básica por parte
883 dos municípios. Prazo: 2010. Seguindo, o expositor fez a leitura das atividades extra Agenda Política
884 do CNS: I - Ampliar a transparência na aplicação dos recursos destinados à saúde – Atividades: 1)
885 Fortalecer e ampliar o acesso a instrumentos de controle interno e externo e fiscalização como o
886 DENASUS, SIOPS, Ouvidoria, entre outros. Prazo: 2010. 2) Realizar oficinas de capacitação sobre
887 orçamento e financiamento para os conselheiros nacionais e distritais de saúde indígena. Prazo: 2010.
888 3) Dar publicidade no site do CNS os relatórios do DENASUS concluídos, em todas as instâncias e
889 após deliberação no pleno. Prazo: 2010. 4) Realizar um seminário estratégico com a COFIN e SPO,
890 antes da aprovação da PLOA. Prazo: 2010. II - Debater as leis de interesse para o CNS que tramitam
891 no Congresso Nacional – Atividades: 1) Debater no Pleno o PLC 69/01 que "dispõe sobre o
892 atendimento de emergência de acidentes do trabalho em localidades onde não existe rede do Sistema
893 Único de Saúde - SUS". Prazo: 207ª RO do CNS. 2) Lutar pela retirada do Projeto de Lei nº. 92/07,
894 que "regulamenta o exercício da medicina". Prazo: até a retirada. III - Promover debate com a
895 sociedade sobre a relação público x privado – Atividades: 1) Realizar um Seminário sobre o tema
896 Público x Privado, contemplando debate sobre plano de saúde privado para os servidores públicos,
897 CPI da saúde suplementar, PAC, Mais Saúde e pesquisas clínicas envolvendo seres humanos. Prazo:
898 2010. 2) Divulgar para a sociedade os gastos públicos e privados com a saúde. Prazo: 2010. 3)
899 Estreitar a relação com a ANS e estabelecer pautas periódicas e freqüentes sobre a saúde
900 suplementar e suas contradições com o SUS, com a presença da Agência. Prazo: 2010. 4) Realizar
901 seminário sobre pesquisas, desenvolvimento e incorporação de novas tecnologias e acesso a serviços
902 e insumos x judicialização. Prazo: 2011. 5) Articular com os Conselhos de Políticas Públicas de
903 governo a elaboração de agendas de debates sobre o tema relação público x privado. Prazo: 2010. 6)
904 Promover atividades como oficinas, seminários, audiências públicas, ampliando a participação, para
905 debater a precarização e privatização da gestão em Saúde (OS, OSCIPS e outros) e outros temas, a
906 fim de sensibilizar a sociedade sobre a necessidade de deixar de usar tal prática, envolvendo o MPF,
907 CGU, AGU, CNJ, PGR, STF, TCU, CONASS, CONASEMS, Conselhos Estaduais e Municipais de
908 Saúde e Conselhos Distritais de Saúde Indígena. Prazo: 2010. IV - Plenária de Conselhos de Saúde –
909 Atividades: 1) Fortalecer o papel das Plenárias de Conselheiros nos Estados, discutindo estratégias de
910 atuação do controle social nos espaços regionalizados. Prazo: 2010 a 2012. 2) Fortalecer e ampliar o

911 acompanhamento do CNS nas reuniões da Coordenação Nacional de Plenárias dos Conselhos
912 informando a Agenda e socializando ao Pleno os resultados das coordenação de Plenárias, adotando
913 uma dinâmica que estimule a participação ativa dos representantes de plenárias estaduais. Prazo:
914 2010 a 2012. 3) Dar continuidade à articulação do CNS com os Conselhos Estadual de Saúde e
915 ampliar a relação com os Conselhos Municipais. Prazo: 2010 a 2012. V - Conferências de Saúde –
916 Atividades: 1) Convocar a 14ª Conferência Nacional de Saúde para 2011; orientar os conselhos de
917 saúde para a realização das conferências de saúde preferencialmente no primeiro ano dos mandatos
918 de governo, a fim de que suas deliberações constituam diretrizes para as políticas de saúde; utilizar
919 metodologias que possibilitem ampla participação, incluindo em sua programação a avaliação da
920 implementação das propostas deliberadas em conferências anteriores; e mobilizar todos os meios de
921 comunicação para a divulgação da realização da 14ª Conferência para toda a população. Prazo: 2010.
922 2) Avaliar e monitorar as deliberações da 13ª Conferência Nacional de Saúde e o Plano Nacional de
923 Saúde, utilizando instrumentos e tecnologias aplicáveis e disponibilizá-las aos Conselhos Estaduais e
924 Municipais de Saúde. Prazo: 2010 a 2012. VI - Educação Permanente para o Controle Social no SUS.
925 Atividades: 1) Formular de forma participativa uma proposta para os processos de formação do
926 Controle Social, com indicadores de monitoramento e avaliação. Prazo: 2010. 2) Divulgar,
927 mensalmente, o quadro de controle das Resoluções (homologadas e não homologadas) como
928 indicador de acompanhamento do Conselho Nacional de Saúde na página eletrônica do Conselho e
929 outros meios de divulgação. Prazo: 2010 a 2012. 3) Garantir material educativo para os movimentos
930 sociais parceiros e comissões estaduais de educação permanente, disponibilizando por meio digital
931 (CD, DVD, pen drive), impresso e outros. Prazo: 2010 a 2012. 4) Dar continuidade aos temas mensais
932 das "rodas de conversa", alimentando mensalmente o *link* e informando o tema disponibilizado a cada
933 mês aos conselhos de saúde. Prazo: 2010 a 2012. 5) Garantir um sistema de informação para
934 acompanhar o processo de formação para o controle social. Prazo: 2010. 6) Buscar cooperação das
935 entidades que atuam no Controle Social para a formação dos conselheiros. Prazo: 2010 a 2012. 7) Promover curso de formação para os novos conselheiros do CNS, orientando sobre o fluxo de
936 funcionamento do Conselho. Prazo: 2010. VII – Organização e funcionamento do CNS - Atividades: 1) Elaborar informativo com orientações sobre o funcionamento do CNS e disponibilizar funcionários para
937 o acolhimento dos novos conselheiros. Prazo: 2010. 2) Rediscutir o papel das Comissões no CNS
938 para o real fortalecimento do controle social. Prazo: 2010. 3) Definir os critérios para as pautas das
939 comissões pelo CNS. Prazo: 2010. 4) Garantir assessoria técnica e condições para que as comissões
940 efetivem seu papel de assessoramento ao Pleno do CNS. Prazo: 2010. 5) Garantir avaliação
941 permanente do processo de trabalho do Pleno do CNS. Prazo: 2010 a 2012. 6) Atualizar o *site* do
942 CNS, inclusive com relatório das comissões, após aprovação no Pleno. Prazo: 2010 a 2012. 7) Adequar a Resolução do CNS nº 333 a atual conjuntura do controle social, garantindo a participação
943 da Coordenação da Plenária no debate. Prazo: 2010. 8) Definir o fluxograma para as pautas das
944 reuniões plenárias do CNS. Prazo: 2010. 9) Garantir a discussão sobre a autonomia do controle
945 social, com base no acórdão do TCU nº 91 (*não foi encontrado Acórdão nº 91 TCU relacionado à*
946 *autonomia do Controle Social*). Prazo: 2010. 10) Garantir que as contratações de pessoal da SE/CNS
947 sejam realizadas por meio de concurso público. Prazo: 2010 a 2012. VIII - Fortalecer a Cooperação
948 Internacional na área de saúde – Atividades: 1) Promover a integração com os órgãos, organismos,
949 entidades, entre outros, que tratam da cooperação internacional na área da saúde, articulando as
950 ações do governo com as do CNS. 2) Garantir a articulação do CNS com o Itamaraty nas questões
951 que envolvem o MERCOSUL, Unasul, África, entre outros. 3) Solicitar dos Ministérios, Senado e
952 Câmara suas agendas internacional. 4) Promover troca de experiência com o Controle Social em
953 outros países. 5) Estreitar a relação com entidades de espaço de articulação com a América Latina
954 (Ex: OCLAE, FECOC, AIH, Federação Sindical Mundial, CSA, CSI) assegurando o papel político do
955 CNS. 6) Articular com os setores e movimentos mundiais que resistem ao monopólio das grandes
956 corporações da saúde. 7) Acompanhar a agenda do MERCOSUL e dos países fronteiriços.
957 **Manifestações.** Conselheiro **Geraldo Adão Santos** destacou a proposta 2 do eixo VII ("Propor a
958 criação de um Painel Nacional da Demanda reprimida na média e alta complexidade do País, com
959 mecanismos de controle e avaliação de risco") pela sua importância e solicitou que o CNS inicie o
960 mais breve possível esse processo visando à diminuição da demanda reprimida. Conselheiro
961 **Francisco Batista Júnior** informou que a proposta seria discutida na próxima reunião da Mesa
962 Diretora. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares** cumprimentou o GT pelo trabalho, mas
963 manifestou preocupação com o número de propostas para serem viabilizadas em 2010. Diante disso,
964 propôs que no final do ano o Pleno realizasse um balanço do planejamento e transferisse para 2011
965 as atividades não realizadas. Conselheiro **José Naum** propôs nova redação à atividade nº. 3 do eixo
966 VII da Agenda Política, conforme sugestão de participantes da 4ª Conferência Nacional de Saúde
967 Mental: "Incluir no Projeto da Lei de Responsabilidade Sanitária garantia do acesso universal à saúde
968 considerando enfrentamento da desigualdade e iniquidades em relação à raça/etnia, gênero,
969
970
971

972 orientação sexual e identidades de gênero, grupos geracionais, populações em situação de rua, em
973 privação de liberdade e outras condicionantes sociais na determinação da saúde." Conselheiro
974 **Francisco Batista Júnior** frisou que o planejamento é flexível e pode contemplar segmentos não
975 incluídos. Conselheiro **Gilson Silva** fez referência à atividade 7 do eixo VII - Organização e
976 funcionamento do CNS ("Adequar a Resolução 333 CNS a atual conjuntura do Controle Social,
977 garantindo a participação da Coordenação da Plenária no debate.") para enfatizar a importância de
978 envolver os CMS e CES nesse processo de reformulação da Resolução nº. 333. **Retorno da mesa.**
979 Conselheiro **José Eri de Medeiros** lembrou que a Comissão e o GT foram os responsáveis por
980 consolidar as propostas aprovadas pelos conselheiros. Assim sendo, as sugestões do Plenário
981 poderiam ser contempladas no documento. Conselheiro **Clóvis Boufleur** solicitou que a proposta de
982 redação apresentada pelo Conselheiro Naum, em havendo acordo do Plenário, fosse encaminhada à
983 assessora técnica da Comissão, Maria Camila Faccenda. A respeito da Resolução nº. 333, disse que
984 seria objeto de debate na seqüência. No que diz respeito às atividades previstas para 2010, lembrou
985 que muitas já estavam em curso. De todo modo, ressaltou que uma avaliação do planejamento no
986 final de 2010 poderia redefinir rumos e ajudar na formulação de estratégias para fortalecer o controle
987 social. Conselheiro **José Eri de Medeiros** colocou a CIEPCSUS à disposição para a realização dessa
988 tarefa. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** avaliou que seria necessário reordenar a planilha,
989 separando, por exemplo, operação e atividade e definindo os responsáveis por coordenar as
990 operações. Inclusive, colocou-se à disposição para contribuir nesse processo de revisão. A Secretária-
991 Executiva Substituta do CNS, **Gleisse de Castro de Oliveira**, apresentou as seguintes propostas da
992 Secretaria-Executiva do CNS: enviar o relatório do Planejamento do CNS e as planilhas aos
993 conselheiros e divulgar no sítio do CNS; e acompanhar o desdobramento das ações por meio de um
994 sistema a ser elaborado e implantado pelo DATASUS. **Deliberação: o relatório do Planejamento do**
995 **CNS e as planilhas foram aprovados com as sugestões do Pleno. Os documentos serão**
996 **encaminhados aos conselheiros por meio de carta eletrônica e disponibilizados no sítio do**
997 **CNS. O Pleno definiu ainda que a Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o**
998 **Controle Social no SUS fará uma avaliação do Planejamento/CNS, no final de 2010, para**
999 **redefinição de rumos e formulação de estratégias. A Secretaria-Executiva acompanhará o**
1000 **desdobramento das ações do Planejamento por meio de um sistema a ser elaborado e**
1001 **implantado pelo DATASUS.** Continuando, a Secretária-Executiva Substituta do CNS, **Gleisse de**
1002 **Castro de Oliveira**, apresentou a proposta da Mesa Diretora de formar três GTs paritários, cada um
1003 composto por cinco membros, para organizar os seguintes seminários aprovados: Atenção Primária –
1004 agosto e setembro 2010; Seminário Público e Privado – novembro de 2010; e Gestão Trabalho – 1º
1005 semestre de 2011. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** informou que o segmento dos
1006 trabalhadores indicou nomes para os GTs do Seminário de Atenção Básica e Seminário Público e
1007 Privado. Contudo, não houve indicação para o Seminário de Gestão do Trabalho porque não tinha
1008 conhecimento. Conselheiro **Clóvis Boufleur**, como contraproposta do segmento dos usuários, propôs
1009 que fosse constituída uma comissão organizadora dos seminários para apresentar proposta de tema,
1010 infra-estrutura, entre outros aspectos, em agosto de 2010. Conselheiro **José Marcos de Oliveira**
1011 reforçou a proposta de formar comitê, garantindo a maior diversidade possível das representações do
1012 Pleno. Conselheira **Jurema Werneck** informou que a CISPN comprometeu-se a apresentar as suas
1013 perspectivas em relação ao seminário de atenção primária e propôs que as demais comissões façam
1014 o mesmo. **Deliberação: o Plenário decidiu formar comitês, composto por dez nomes, para**
1015 **organizar os três seminários aprovados. Os nomes e a data dos seminários seriam definidos**
1016 **no segundo dia de reunião. GT DA RESOLUÇÃO Nº. 333 – Composição da mesa:** Conselheira
1017 **Graciara Matos de Azevedo** e Conselheiro **Clóvis Boufleur.** Conselheira **Graciara Matos de**
1018 **Azevedo**, nas considerações iniciais, informou que o GT da Resolução nº 333 reuniu-se no dia
1019 anterior e conseguiu discutir até a 4ª Diretriz da Resolução. Considerando a complexidade do tema e
1020 o prazo destinado para o debate, propôs que a proposta não fosse, necessariamente, objeto de
1021 deliberação naquela reunião. Conselheiro **Clóvis Boufleur** passou à leitura da nova proposta de texto
1022 para a Resolução 333, que apresenta as seguintes alterações: *Primeira Diretriz:* "(...) O Conselho de
1023 Saúde é um espaço institucionalizado, de participação da comunidade nas Políticas Públicas e na
1024 Administração da Saúde. Parágrafo único: como Subsistema da Seguridade Social atua na formulação
1025 e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive, nos seus
1026 aspectos econômicos e financeiros. Da instituição e reformulação dos Conselhos de Saúde. Segunda
1027 Diretriz: A institucionalização dos Conselhos de Saúde é estabelecida por lei municipal, estadual e do
1028 Distrito Federal ou federal, com base na Lei nº 8.142/90. Parágrafo Único: Na instituição e
1029 reformulação dos Conselhos de Saúde o Poder Executivo, respeitando os princípios da democracia,
1030 deverá acolher as demandas da população, apresentadas nas conferências de saúde." *Terceira*
1031 *Diretriz* – "O Conselho de Saúde será composto por representantes de entidades e movimentos de
1032 usuários, de entidade de trabalhadores de saúde, do governo e de prestadores de serviços de saúde,

1033 sendo o seu presidente eleito entre os membros do Conselho, em reunião plenária.”; “III - A
1034 representação de órgãos, entidades, e movimentos terá como critério a representatividade, a
1035 abrangência e a complementaridade do conjunto da sociedade, no âmbito de atuação do Conselho de
1036 Saúde. De acordo com as especificidades locais, aplicando o princípio da paridade, serão
1037 contempladas, dentre outras, as seguintes representações:”; “V - O mandato dos conselheiros será
1038 definido no Regimento Interno do Conselho, não devendo coincidir com o mandato do Governo
1039 Estadual, Municipal, do Distrito Federal ou do Governo Federal, sugerindo-se a duração de três anos
1040 para cada gestão, podendo os conselheiros serem reconduzidos, a critério das respectivas
1041 representações”; “VI. A Representação nos segmentos deve ser distinta e autonoma em relação aos
1042 demais segmentos que compõem o Conselho, por isso, um profissional com cargo de chefia ou de
1043 confiança na gestão do SUS ou Como Prestador de Serviços de Saúde não pode ser representante
1044 dos usuários e trabalhadores(as). A ocupação de funções na área saude que interfiram na autonomia
1045 representativa do Conselheiro(a), deve ser avaliada como possível impedimento da representação do
1046 Usuário(a) e Trabalhador(a), a juízo da entidade, pode ser indicativo de substituição do
1047 Conselheiro(a)”; “VII - A participação do Poder Legislativo e Judiciário, como conselheiro, não é
1048 permitida nos Conselhos de Saúde, em face da independência entre os Poderes.”; “VIII - Quando não
1049 houver Conselho de Saúde em atividade no município, caberá ao Conselho Estadual de Saúde
1050 assumir, junto ao executivo municipal, a convocação e realização da Conferência Municipal de Saúde,
1051 que terá como um de seus objetivos a estruturação e composição do conselho municipal.”; “IX - As
1052 funções de membro do conselho de saúde não serão remuneradas, considerando-se o seu exercício
1053 relevante serviço público e, portanto, garante sua dispensa do trabalho sem prejuízo para o
1054 conselheiro. Para fins de justificativa junto aos órgãos e entidades competentes, o conselho de saúde
1055 emitirá declaração de participação de seus membros durante o período de reuniões, capacitações e
1056 outras ações específicas.” (Numerar) O conselheiro, no exercício de sua função responde pelos seus
1057 atos conforme legislação vigente. *Quarta Diretriz*: Os Governos garantirão autonomia administrativa
1058 para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, participação tripartite na dotação orçamentária,
1059 bem como a organização da secretaria executiva com a necessária estrutura administrativa: “I –
1060 Cabe ao Conselho de Saúde deliberar em relação à sua estrutura administrativa e o quadro de
1061 pessoal.” (Renumerar); “III – O Conselho de Saúde contará com uma secretaria executiva para o
1062 suporte técnico-administrativo.”; “IV - O Conselho de Saúde decide sobre o seu orçamento.”; “V - O
1063 Plenário do Conselho de Saúde que se reunirá, no mínimo, a cada mês e, extraordinariamente,
1064 quando necessário, funcionará com base em seu Regimento Interno. A pauta e o material de apoio às
1065 reuniões devem ser encaminhados aos conselheiros com antecedência mínima de 10(dez) dias”;
1066 “(Renumerar) - As reuniões plenárias dos Conselhos de Saúde são abertas ao público e deverão
1067 acontecer em espaços e horários que possibilitem a participação da sociedade.”; “VI - O Conselho de
1068 Saúde exerce suas atribuições mediante o funcionamento do Plenário, que, além das comissões
1069 intersetoriais, estabelecidas na Lei nº 8.080/90, instalará outras comissões intersetoriais e grupos de
1070 trabalho de conselheiros para ações transitórias. As comissões poderão contar com integrantes não
1071 conselheiros.”; “VII – O Conselho de Saúde constituirá uma Mesa Diretora ou Coordenação Geral
1072 respeitando a paridade expressa nesta Resolução, eleita em Plenário, inclusive o seu Presidente,
1073 vice-presidente e secretários.”; “VIII - As decisões do Conselho de Saúde serão adotadas mediante
1074 quorum mínimo (metade mais um) dos seus integrantes, ressalvados os casos em que se exija
1075 quorum especial, ou maioria qualificada de votos. a) entende-se por maioria simples o número inteiro
1076 imediatamente superior à metade dos membros presentes; b) entende-se por maioria absoluta o
1077 número inteiro imediatamente superior à metade de membros do conselho; c) entende-se por maioria
1078 qualificada 2/3(dois terços) do total de membros do conselho; “X - A cada três meses deverá constar
1079 dos itens da pauta e assegurado o pronunciamento do gestor, das respectivas esferas de governo,
1080 para que se faça a prestação de contas, em relatório detalhado, sobre andamento do plano de saúde,
1081 agenda de saúde pactuada, dados sobre o montante e a forma de aplicação dos recursos, as
1082 auditorias iniciadas e concluídas no período, bem como a produção e a oferta de serviços na rede
1083 assistencial própria, contratada ou conveniada, de acordo com o art. 12 da Lei n.º 8.689/93,
1084 destacando-se o grau de congruência com os princípios e diretrizes do SUS.”; “XI - Os Conselhos de
1085 Saúde, desde que com a devida justificativa, buscarão auditorias externas e independentes, sobre as
1086 contas e atividades do Gestor do SUS, ouvido o Ministério Público.”. *Quinta diretriz*: “I – Fortalecer a
1087 participação e o controle social no SUS, mobilizar e articular a sociedade de forma permanente, na
1088 defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS.”; “(Renumerar) – Anualmente deliberar
1089 sobre a aprovação ou não do relatório de gestão”; “XI - Avaliar e deliberar sobre contratos, consórcios
1090 e convênios, conforme as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e
1091 Municipais.”; “(Renumerar) Acompanhar e controlar a atuação do setor privado na área de saúde
1092 credenciado mediante contrato ou convênio.”; “deliberar sobre critérios de movimentação de recursos
1093 da saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito

1094 Federal e da União, com base na Emenda Constitucional nº. 29, de 13 de setembro de 2000 e na
1095 legislação vigente sobre o tema"; "XV - Analisar, discutir e aprovar trimestralmente o relatório de
1096 gestão, com a prestação de contas e informações financeiras repassadas em tempo hábil aos
1097 conselheiros, com a garantia do devido assessoramento.;" "XVIII – Estabelecer a periodicidade de
1098 convocação e organizar as Conferências de Saúde, propor sua convocação ordinária e extraordinária
1099 e estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do
1100 Conselho de Saúde correspondente, convocar a sociedade para a participação nas pré-conferências e
1101 conferências de saúde.;" "XIX - Estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde,
1102 movimentos e instituições, para a promoção da saúde.;" "(Renumerar) Acompanhar o processo de
1103 desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica, observados os padrões éticos compatíveis
1104 com o desenvolvimento sócio-cultural do País.;" "XXII - Apoiar e promover a educação permanente
1105 para o controle social, de acordo com as Diretrizes e a Política Nacional de Educação Permanente
1106 para o Controle social do SUS"; "(Renumerar): Incrementar e aperfeiçoar o relacionamento sistemático
1107 com os poderes constituídos, Ministério Público, Judiciário e Legislativo, meios de comunicação, bem
1108 como outros setores relevantes, não representados nos conselhos.;" "(Renumerar): Acompanhar a
1109 aplicação das normas sobre ética em pesquisas envolvendo seres humanos e outras questões no
1110 campo da bioética .;" "XXIII - Aprovar, encaminhar e avaliar a Política de Gestão do Trabalho e
1111 Educação para a Saúde no SUS (NOB/RH-SUS);;" e "XXIV - Acompanhar a implementação das
1112 propostas constantes do relatório das plenárias dos conselhos de saúde.;" modificar: "Humberto
1113 Costa, Presidente do Conselho Nacional de Saúde. Homologo a Resolução CNS Nº 333, de 04 de
1114 novembro de 2003, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de
1115 1991. Humberto Costa, Ministro de Estado da Saúde." Considerando a necessidade de amplo debate
1116 da proposta e a exiguidade de tempo, o Pleno decidiu não abrir a discussão naquele momento.
1117 **Deliberação: no sentido de assegurar amplo debate, a proposta do GT será submetida à**
1118 **apreciação dos fóruns dos segmentos do CNS e as contribuições apresentadas na 212^a**
1119 **Reunião Ordinária.** Definido esse ponto, a mesa suspendeu para o lanche. Retomando, foi iniciada a
1120 discussão do item 7 da pauta. **ITEM 7 – PLS Nº. 338, DE 2007 – MEDICAMENTOS; GT 14^a**
1121 **CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE; GT GUAPIMIRIM/RJ; E INFORMES E INDICAÇÕES -**
1122 **Composição da mesa:** Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS; e **Gleisse de**
1123 **Castro de Oliveira**, Secretária-Executiva Substituta do CNS. **PLS nº. 338, de 2007 –**
1124 **MEDICAMENTOS** – Conselheira **Rosângela Silva** explicou que o PLS nº. 338, de 2007, que altera a
1125 Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre assistência terapêutica e incorporação de
1126 tecnologia em saúde no âmbito do SUS, foi aprovado no Senado Federal e seguiu para a Câmara dos
1127 Deputados. Conforme deliberação na última reunião do CNS, o PLS foi enviado aos conselheiros para
1128 receber contribuições, contudo, as sugestões enviadas chegaram após a data limite. Com isso, a
1129 Comissão Intersetorial de Pessoas com Patologias/CIPP discutiu o tema e foi elaborado um texto
1130 sinalizando as preocupações a respeito do Projeto. Destacou inclusive que chegou à Comissão
1131 contribuições de pesquisadores da FIOCRUZ que estão discutindo o Projeto, a fim de evitar que os
1132 termos utilizados não causem duplicidade de entendimento e prejudiquem o fornecimento de
1133 medicamentos e insumos. Falou também da preocupação do grupo da FIOCRUZ sobre a
1134 implementação das ações aprovadas na Conferência (atendimento atenção nas unidades, por parte
1135 dos farmacêuticos). Citou, a título de conhecimento, a seguinte contribuição da CIVSF/CNS relativa à
1136 nomenclatura: art. 19-n – substituir "dispensação" por "provisão ou fornecimento". Explicou que a
1137 proposta é sistematizar as sugestões e concluir o texto na próxima reunião da Comissão de
1138 Patologias, nos dias 19 e 20 de agosto. Mas, caso a proposta entre na pauta da Câmara dos
1139 Deputados, a sugestão é entregar o texto da Comissão ao relator e convidá-lo a debater o tema no
1140 CNS. **Manifestações.** Conselheira **Lérida Maria Vieira** colocou a assessoria técnica da área de
1141 assistência farmacêutica do Conselho Federal de Farmácia à disposição para contribuir com a
1142 Comissão e acompanhar a tramitação do Projeto na Câmara dos Deputados. Conselheira **Jurema**
1143 **Werneck**, considerando a não indicação do relator na Câmara dos Deputados, sugeriu que fosse feito
1144 convite ao autor do PLS para debate no CNS. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** apresentou
1145 as seguintes propostas: que os conselheiros encaminhem contribuições à CIPP; e que o relator do
1146 Projeto, quando definido, seja convidado a debater o tema no CNS. Também convidou os
1147 conselheiros a participarem do 3º Simpósio Nacional de Assistência Farmacêutica, nos dias 6 e 7 de
1148 agosto de 2010, na cidade de Belo Horizonte, onde o tema será discutido. Conselheira **Ana Cristhina**
1149 **Brasil**, como encaminhamento, sugeriu que, caso o Projeto entre na pauta da Câmara dos
1150 Deputados, o CNS autorize a Comissão a levar o texto ao relator; e caso isso não ocorra, que o
1151 Conselho convide o autor para debate. Conselheira **Zilda Souza** perguntou como se dará o
1152 fornecimento de insumos, como fraldas, por parte dos gestores. **Retorno da mesa.** Conselheira
1153 **Rosângela Santos** explicou que a preocupação acerca do Projeto é assegurar o fornecimento de
1154 medicamentos e insumos necessários ao tratamento dos usuários, por parte dos gestores. Destacou

que a proposta é apresentar o texto na reunião ordinária do CNS do mês de setembro e aguardar a indicação do relatório para convidá-lo a debater o tema no Conselho. **Deliberação: apresentar o texto elaborado pela Comissão de Pessoas com Patologias acerca do PLS na reunião ordinária do CNS do mês de setembro (contribuições ao documento deverão ser encaminhadas à Comissão); e aguardar a indicação do relator do Projeto na Câmara dos Deputados para convidá-lo a tratar do tema no CNS.** **GT GUAPIMIRIM/RJ** - A Secretária-Executiva Substituta do CNS, **Gleisse de Castro de Oliveira**, informou que a Mesa Diretora do CNS apreciou, nas últimas reuniões, as denúncias do ex-presidente do Conselho Municipal de GUAPIMIRIM/RJ de irregularidades nesse Conselho. Como encaminhamento, a Mesa propôs que fosse constituído GT para verificar a situação *in loco*. **Deliberação: aprovada a indicação do conselheiro José Marcos de Oliveira para verificar a situação de Guapimirim/RJ *in loco*. Os conselheiros que residem no Rio de Janeiro com disponibilidade também poderão acompanhar a situação.** Conselheira **Rosângela Santos** reforçou a solicitação de espaço para informe sobre a matéria publicada na Folha de Saúde com vistas à definição de encaminhamentos. **GT DA 14ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE** – Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** apresentou o produto da Reunião do GT da 14ª CNS, realizada no dia 16 de junho de 2010. Primeiro, lembrou que o GT é composto por: Conselheiro Gilson Silva; Conselheira Maria de Lourdes Alves Rodrigues; Conselheira Maria Natividade Gomes da Silva; Conselheiro Ronald Ferreira dos Santos; e Conselheira Ruth Ribeiro Bittencourt. Assessoria Técnica: Vivian Diniz Gondim. Explicou que a reunião iniciou-se com as seguintes reflexões: Qual o papel do GT?; temporalidade – definições legais da periodicidade da conferência; e necessidade de repensar a metodologia e inovar em seus resultados. Disse que a partir dessas reflexões o GT apresentou as seguintes sugestões: a) realizar a 14ª Conferencia Nacional de Saúde no período de 28 de julho a 02 de agosto de 2011; Etapa municipal: novembro de 2010 a março 2011; e Etapa estadual: abril a junho de 2011; b) Participantes: 3.200 mil delegados – 2.800 eleitos nos estados, tendo como referência a 13ª CNS; c) constituir a Comissão Organizadora Nacional até a Reunião Ordinária do CNS de agosto de 2010 (novo formato, inclusive com menos integrantes que a da 13ª Conferência); d) constituir comissões de trabalho, enfatizando comunicação e mobilização como estratégicas na Conferência; e) Comissão de Comunicação e Informação em Saúde: refletir sobre a realização de um café da manhã/seminário/oficina com jornalistas sobre a 14ª CNS; realizar um ato político de lançamento da 14ª CNS – lançar junto a campanha; utilizar todos os eventos do CNS no segundo semestre para divulgação da Conferência; realizar seminários regionais para discussão do tema da Conferência; utilizar as ferramentas da informática para transmissão em tempo real das conferências estaduais e nacional; e pensar teleconferências preparatórias e de discussão do tema. Explicou que as justificativas para as propostas do GT são: Deliberação da 13ª CNS – Eixo III – Art. nº 17; considerar o calendário do PPA, LDO, PNS em 2011; considerar o calendário eleitoral dos executivos estaduais e federal em 2010; considerar a relevância do comprometimento dos candidatos majoritários com a realização da 14ª CNS; e proposta do planejamento do CNS 2010/2012. Para viabilizar as sugestões, disse que o GT propõe: 1) construir estratégias para o envolvimento da sociedade brasileira como um todo; e 2) Comunicação e Mobilização como prioridade - envolver diretamente a Comissão de Comunicação e Informação em Saúde e a assessoria de comunicação do CNS: refletir sobre a realização de um café da manhã/seminário/oficina com jornalistas sobre a 14ª CNS; realizar ato público/político de lançamento da 14ª CNS – lançar junto uma campanha com o tema e os propósitos da conferência; realizar um ato público/político de lançamento da 14ª CNS – lançar junto uma campanha com o tema e os propósitos da conferência; envolver TV Brasil, Canal Saúde, entre outros; envolver agências de publicidade do Ministério da Saúde; realizar eventos regionais com Secretarias e Estaduais, envolvendo outros parceiros da Seguridade Social; c) buscar o compromisso de todos os candidatos com a realização da conferência; d) construir em parceria com Secretarias e Conselhos Estaduais e com demais atores no processo da conferência; e) ter como um dos objetivos estratégicos da conferência: tornar público o que é o SUS, socializar o máximo possível com a sociedade brasileira com vistas a trazê-la para a defesa do Sistema; e f) conselhos e gestores terão metas de participação nas diversas fases – ampliar a participação em relação à 13ª CNS. A respeito do tema, explicou que o GT avançou pouco, mas chegou ao consenso de que deve girar em torno da “defesa do SUS”, como componente da Seguridade Social brasileira. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, em relação ao tema, acrescentou que “o SUS que queremos” foi definido em 1988. Portanto, é preciso convencer a população a defender esse Sistema que é de todos. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** disse que, na avaliação do GT, a 14ª Conferência poderia avançar na popularização e assimilação, por parte da sociedade brasileira, do consenso em torno da defesa do SUS e, por essa razão, o Grupo priorizou a comunicação e mobilização. Reiterou inclusive que a CICIS/CNS inclua na pauta de debate da próxima reunião o tema comunicação e mobilização da 14ª Conferência. Alcançado o teto estabelecido para o primeiro dia de reunião, o Presidente do CNS, com a anuência do Plenário, encerrou os trabalhos. O debate sobre a 14ª Conferência seria retomado no

1216 início dos trabalhos do segundo dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros, no
1217 primeiro dia de reunião: *Titulares* - **Alcides Silva de Miranda**, **Antônio Alves de Souza**, **Arilson da**
1218 **Silva Cardoso**, **Artur Custódio M. de Souza**, **Cleuza C. Miguel**, **Cleusa Rodrigues da Silveira**
1219 **Bernardo**, **Clóvis A. Boufleur**, **Edemilson Canale**, **Fernanda Lou Sans Magano**, **Francisco Batista**
1220 **Júnior**, **Geraldo Adão Santos**, **Geraldo Alves Vasconcelos**, **João Donizeti Scaboli**, **José Caetano**
1221 **Rodrigues**, **José Carrijo Brom**, **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, **José Marcos de Oliveira**,
1222 **Jurema Pinto Werneck**, **Lérida Maria S. Vieira**, **Maria de Lourdes Alves Rodrigues**, **Maria do**
1223 **Espírito Santo Tavares dos Santos**, **Maria Thereza Antunes**, **Marisa Fúria Silva**, **Nildes de**
1224 **Oliveira Andrade**, **Paulo Guilherme Romano**, **Rosangela da Silva Santos**, **Ruth Ribeiro**
1225 **Bittencourt**, **Sandra Regis**, **Silvia Martins Casagrande**, **Volmir Raimondi e Zilda de Faveri**
1226 **Vicente Souza**. *Suplentes*: **Ana Cristina de Oliveira Brasil**, **Ana Maria Rodrigues**, **Elias Rassi**
1227 **Neto**, **Gilson Silva**, **Graciara Matos de Azevedo**, **José Eri Medeiros**, **José Naum de Mesquita**
1228 **Chagas**, **Juares Pires de Souza**, **Júlio A. Gevaerd**, **Jurandi Frutuoso Silva**, **Laudeci Vieira dos**
1229 **Santos**, **Luiz Alberto Catanoce**, **Luiz Fernando C. Silva**, **Maria do Socorro de Souza**, **Merula**
1230 **Emmanoel Steagall**, **Nelson A. Mussolini**, **Noemy Yamaghishi Tomita**, **Paulo César Augusto de**
1231 **Souza**, **Pedro Tourinho de Siqueira**, **Ronald Ferreira dos Santos**, **Rosane Nascimento e Valdenir**
1232 **Andrade França**. No início do segundo dia reunião, o Presidente do CNS retomou o debate da 14^a
1233 Conferência Nacional de Saúde. Na sua fala, fez uma avaliação da metodologia das últimas
1234 conferências nacionais de saúde. Lembrou que na 12^a Conferência não foi possível concluir a
1235 aprovação das propostas na Plenária Final e, além disso, a metodologia de debate adotada limitou a
1236 discussão dos eixos temáticos. Na conferência seguinte (13^a), frisou que foi possível avançar nesses
1237 dois aspectos com estabelecimento de nova metodologia que permitiu aos delegados discutir todos os
1238 eixos temáticos e limitou o número de propostas novas, priorizando as propostas debatidas e
1239 aprovadas nos estados. Por outro lado, avaliou que o prazo insuficiente para a realização das
1240 conferências municipais causou prejuízo a essa etapa. No seu entendimento, o CNS deveria priorizar
1241 a realização das conferências municipais, reservando tempo razoável para que se realizem com
1242 qualidade e tenham a devida mobilização e participação do CNS. Nesse sentido, defendeu quatro
1243 meses para a realização das etapas municipais e três meses para as estaduais. Além disso, destacou
1244 que, sendo 2010 um ano eleitoral, dificultava ainda mais a realização das etapas municipais. Como
1245 contraproposta, apresentou a seguinte sugestão de calendário: conferências municipais – de março a
1246 junho de 2010; conferências estaduais – de julho a outubro de 2010; e conferência nacional – de
1247 novembro ou dezembro de 2010. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** apoiou o calendário sugerido
1248 pelo Presidente do CNS e propôs que fosse instituído um GT para definir nova metodologia para a 14^a
1249 Conferência. Finalizando, disse que o Ministério da Saúde deve contribuir financeiramente com as
1250 conferências municipais e o CNS deve apoiá-las para que ocorram da melhor forma possível.
1251 Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** avaliou que, da forma como é realizada, a Conferência está
1252 enfraquecida. Defendeu que a 14^a Conferência debata as deliberações das conferências anteriores,
1253 não seja realizada em Brasília e não ocorra no início de 2011. Conselheira **Maria de Lourdes**
1254 **Rodrigues**, em respostas às preocupações colocadas, lembrou as justificativas do GT para o
1255 calendário proposto: deliberação da 13^a CNS – Eixo III – Art. nº 17; considerar o calendário do PPA,
1256 LDO, PNS em 2011; considerar o calendário eleitoral dos executivos estaduais e federal em 2010;
1257 considerar a relevância do comprometimento dos candidatos majoritários com a realização da 14^a
1258 CNS; e a proposta do planejamento do CNS. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** reconheceu que
1259 há um esgotamento de aspectos da Conferência e destacou que uma pesquisa realizada entre os
1260 delegados das conferências municipais e estadual no Ceará sobre as propostas discutidas na
1261 Conferência e a influência das deliberações da Conferência na agenda dos conselhos não
1262 demonstrou resultados satisfatórios. Contudo, identificou que o momento de debate e celebração é
1263 importante e valorizado, portanto, deve ser preservado. Por outro lado, deve-se ponderar que o
1264 número de deliberações das conferências nacionais não permite a definição de uma agenda que
1265 possa ser monitorada. Também avaliou que o CNS deve considerar a possibilidade de conferências
1266 regionais para ampliar o debate. Defendeu que a relatoria das conferências municipais e estaduais
1267 faça uma síntese das propostas locais para discuti-la na perspectiva nacional. Por último, ressaltou
1268 que não se deve limitar o número de participantes da etapa nacional a fim de possibilitar a definição
1269 de agendas para a reforma sanitária e para o SUS. Conselheiro **Clóvis Boufleur** concordou que é
1270 preciso redefinir a metodologia da Conferência, garantindo-se, inclusive, que o debate na etapa
1271 nacional tenha relação com a realidade dos municípios. Conselheiro **Elias Rassi** defendeu a
1272 realização da conferência em 2011, com ênfase em um processo de aprofundamento político e na
1273 busca de formas de envolvimento maior da sociedade. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** disse
1274 que é preciso enfrentar, em algum momento, o fato de as conferências coincidirem com o processo
1275 eleitoral. Frisou que a etapa nacional deve ser a celebração final de um processo realizado com a
1276 sociedade como um todo, aproximando, desta forma, a instância federal das estaduais e municipais.

1277 Enfatizou que o eixo central de debate é a metodologia para que esta propicie a participação e a
1278 comunicação com a sociedade. Conselheiro **José Carrijo Brom** concordou que o período de
1279 novembro a janeiro prejudica a realização das conferências e ratificou que é preciso valorizar as
1280 conferências municipais, assegurando inclusive prazo maior para a realização. Disse que a 14ª
1281 Conferência deve estar na ordem do dia do CNS até o final de 2010, com debate do formato e ênfase
1282 nas conferências municipais. Por fim, ressaltou que a 14ª Conferência deve apontar diretrizes
1283 factíveis. O Presidente do CNS fez uso da palavra para dar boas-vindas ao Conselheiro Carrijo, novo
1284 representante da Federação Interestadual dos Odontologistas/FIO no CNS. Conselheira **Jurema**
1285 **Werneck** cumprimentou o Grupo pelo trabalho e lembrou a importância das conferências de saúde.
1286 Avaliou que o CNS deve priorizar a definição da metodologia, inclusive para nortear as futuras
1287 conferências. Nesse sentido, propôs que fosse constituído um GT para debater o assunto e que o
1288 tema fosse incluído como pauta permanente do CNS. Também defendeu a proposta de calendário
1289 apresentado pelo GT porque, entre outros aspectos, considera uma deliberação da 13ª Conferência.
1290 Conselheiro **José Marcos de Oliveira** sugeriu que o Plenário e o GT reflitam sobre as seguintes
1291 questões: Qual a perspectiva política do CNS em relação à 14ª Conferência (qual o impacto
1292 esperado?)? Como a agenda do CNS (atividades e eventos aprovados) dialoga com a proposta de
1293 realização da 14ª Conferência? A seguir, o Presidente do CNS registrou a presença da conselheira
1294 estadual Cléia Aparecida, da Coordenação de Plenária de Conselhos de Saúde e do ex-conselheiro
1295 nacional Carlos Duarte, presidente do Conselho Estadual do Rio Grande do Sul. Conselheira **Marisa**
1296 **Fúria** defendeu que o CNS faça uma avaliação da aplicação e dos desdobramentos das deliberações
1297 da 13ª Conferência para ser debatida na 14ª Conferência. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva**
1298 listou as seguintes questões para reflexão: é preciso melhorar a comunicação do CNS com os demais
1299 conselhos de saúde; é necessário investir na formação dos conselheiros de saúde; é recomendável
1300 debater o modelo e a qualidade da representação dos delegados da conferência nacional. A propósito
1301 do calendário, apoiou a sugestão de realizar a Conferência em 2011 e propôs articular a possibilidade
1302 de emendas ao Plano Nacional, se for o caso, no Congresso Nacional. Conselheiro **Gilson Silva**
1303 solicitou maiores esclarecimentos sobre a proposta de criação de um GT para discutir aspectos da
1304 Conferência e de financiamento para as conferências municipais, por parte do Ministério da Saúde.
1305 Conselheiro **Pedro Tourinho de Siqueira** disse que nesse processo de construção o CNS deve
1306 refletir sobre o sentido político desejável para a Conferência. Na sua avaliação, a saúde deve disputar
1307 a centralidade das agendas e a Conferência é o espaço ideal para isso. Nesse sentido, defendeu que
1308 a Conferência problematize com qualidade e da forma mais ampla possível. Frisou que a metodologia
1309 deve garantir a inserção das pessoas na luta pela saúde. Conselheiro **Geraldo Adão Santos**
1310 cumprimentou o GT pelo trabalho e concordou com a proposta de calendário para 2010. Avaliou que a
1311 14ª Conferência deve priorizar maior interação com estados e municípios e a defesa da efetivação do
1312 SUS conforme dispõe a lei. **Retorno da mesa.** Conselheiro **Francisco Batista Júnior** informou que
1313 durante o debate recebeu mensagens dos internautas demonstrando preocupação com o debate do
1314 CNS acerca da Conferência. Explicou que o Plenário não está debatendo a Conferência como um
1315 problema, mas, entendendo a sua importância, está apontando o que precisa ser melhorado para que,
1316 cada vez mais, cumpra com seu papel de fato e de direito. Feita essa ressalva, comentou alguns
1317 pontos das falas dos conselheiros. Lembrou que a Conferência é um momento para debate e
1318 avaliação, portanto, é necessário buscar uma forma de garantir a manifestação, mas sem prejudicar o
1319 processo como um todo. Na sua avaliação, as conferências municipais, as conferências estaduais e
1320 os grupos da Conferência Nacional devem ser o espaço para debate e aprofundamento. Com isso, a
1321 plenária final tornar-se-ia a etapa para fechamento do debate e não de aprofundamento da discussão.
1322 A respeito do calendário, lembrou que há argumentos de defesa para realização da conferência em
1323 junho de forma a contribuir com o PPA e, de outro, argumentos favoráveis à realização das
1324 conferências no primeiro ano de governo para que os gestores se comprometam com as deliberações.
1325 A partir das intervenções, consultou o Plenário sobre a possibilidade de um consenso acerca das
1326 seguintes propostas: realização da 14ª Conferência a partir de março de 2010; e definição de uma
1327 comissão organizadora para, inicialmente, debater a metodologia, considerando-se como subsídio,
1328 dentre outros, as falas dos conselheiros. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** concordou com o
1329 encaminhamento, com as seguintes ressalvas: é preciso encontrar uma saída para dar conta da
1330 deliberação da 13ª Conferência que diz respeito ao calendário do PPA, LDO, PNS; e é preciso
1331 enfatizar a comunicação e mobilização da Conferência para garantir a ampla participação da
1332 sociedade. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** propôs a definição da data da etapa nacional
1333 naquele momento, para iniciar o processo de busca de um local para a realização. Conselheiro **Clóvis**
1334 **Boufleur** sugeriu que a Comissão Organizadora da Conferência conte com a representação de outros
1335 segmentos da sociedade (assistência, previdência, entre outros) para garantir a diversidade nos
1336 debates. Além disso, avaliou que o Pleno deve definir o temário e o objetivo principal da 14ª
1337 Conferência para debater a metodologia, considerando inclusive o modelo da 13ª Conferência. Nesse

1338 sentido, perguntou se há consenso sobre o tema “o SUS de hoje e do futuro”. Conselheira **Ruth**
1339 **Ribeiro Bittencourt** também defendeu a definição da data para iniciar a definição do termo de
1340 referência. Frisou que a proposta do GT é priorizar a pré-conferência, em especial, nos municípios.
1341 Além disso, reforçou a proposta de formar uma comissão organizadora com um número menor de
1342 pessoas, a fim de evitar as dificuldades enfrentadas no processo de preparação da 13ª Conferência e
1343 de constituir grupos de trabalho. Conselheiro **João Donizeti Scaboli** propôs que o Pleno recomende
1344 aos municípios a elaboração de um plano de ação – com resultado e prestação de contas - a partir
1345 das deliberações das conferências municipais. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** perguntou se
1346 poderão ser realizadas conferências regionais. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** esclareceu que
1347 a 13ª Conferência avaliou as conferências regionais e constatou, de um lado, municípios sem
1348 condições de realizar a conferência que optaram por uma etapa regional para assegurar minimamente
1349 o debate e, do outro, municípios com condições de realizar as conferências municipais que decidiram
1350 realizar conferência regional. Por essa razão, a 13ª Conferência decidiu reforçar a importância das
1351 municipais. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** clarificou que a proposta não é substituir as
1352 conferências municipais pelas regionais, mas sim realizar a segunda após a primeira. Conselheiro
1353 **Francisco Batista Júnior** disse que essa proposta poderia ser discutida pela comissão organizadora.
1354 Conselheiro **Clóvis Boufleur** propôs que o relatório da 13ª Conferência seja encaminhado
1355 formalmente aos candidatos aos governos de estado e federal. Conselheiro **Antônio Alves de Souza**
1356 propôs que o GT discuta o tema central da 14ª Conferência, a fim de garantir a convocação pelo
1357 Presidente Lula, na linha de que o SUS é uma política de estado e não de governo. Conselheiro
1358 **Francisco Batista Júnior** propôs que a etapa nacional ocorra de 30 de novembro a 4 de dezembro
1359 de 2011. Além disso, sugeriu que o GT da 14ª Conferência se reúna no mês de julho para debater e
1360 apresentar, na próxima reunião do CNS, uma proposta de temário e de composição da Comissão
1361 Organizadora e do comitê executivo da Conferência. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares**
1362 propôs que o Seminário de Atenção Básica sirva de base para 14ª Conferência. Conselheiro
1363 **Francisco Batista Júnior** explicou que todos os eventos do CNS servirão de base para construção
1364 política da 14ª Conferência. Além disso, comunicou que cópias do relatório da 13ª Conferência foram
1365 entregues aos candidatos e enviadas aos estados. Explicou que, após a deliberação do Pleno, a
1366 equipe de comunicação do CNS fará a devida divulgação da Conferência. Conselheiro **Clóvis**
1367 **Boufleur** propôs que o GT considere o debate do CNS a respeito do temário “avaliação do SUS de
1368 hoje e do futuro”. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** explicou que o GT definirá uma proposta e
1369 submeterá à avaliação do Plenário. Conselheiro **Pedro Tourinho Siqueira** propôs a definição também
1370 do calendário das conferências municipais e estaduais. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** sugeriu
1371 as seguintes datas: conferências municipais - 1º de março a 15 de julho; e conferências estaduais - 16
1372 de julho a 31 de outubro. Conselheiro **Clóvis Boufleur** alertou que a proposta de calendário deve ser
1373 divulgada como preliminar até a convocação oficial da Conferência. **Deliberação: aprovado o**
1374 **seguinte calendário preliminar da 14ª Conferência Nacional de Saúde: etapa municipal: 1º de**
1375 **março a 15 de julho de 2011; etapa estadual: 16 de julho a 31 de outubro de 2011; etapa**
1376 **nacional: 30 de novembro a 4 de dezembro de 2011. O GT da 14ª Conferência se reunirá para**
1377 **debater e apresentar uma proposta de temário e de composição da Comissão Organizadora e**
1378 **do Comitê Executivo da Conferência.** Definido esse ponto, a mesa foi recomposta para
1379 apresentação dos informes e indicações. A Secretaria-Executiva Substituta do CNS, **Gleisse de**
1380 **Castro de Oliveira**, informou que a Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde
1381 propôs a realização de uma plenária nacional nos dias 24, 25 e 26 de novembro. Contudo, a
1382 Secretaria-Executiva do CNS sugere a realização nos dias 17, 18 e 19 de novembro de 2011 para não
1383 coincidir com a preparação da Conferência Mundial sobre o Desenvolvimento de Sistemas Universais
1384 de Seguridade Social conferência mundial. **Deliberação: aprovada a realização da Plenária**
1385 **Nacional de Conselhos de Saúde nos dias 17, 18 e 19 de novembro de 2010.** Na sequência, foi
1386 aberta a palavra para informes. Conselheira **Silvia Casagrande** fez um informe sobre a vacinação
1387 contra o H1N1, com ênfase no seu alcance (a maior e a mais ampla do mundo já realizada). Disse que
1388 quase 85 milhões de pessoas foram vacinadas (44% da população brasileira), o que merece
1389 comemoração. Propôs uma ampla divulgação dessa conquista do SUS no site do CNS e parabenizou
1390 os governos, principalmente os municipais, e a enfermagem por esse trabalho. Conselheira
1391 **Rosângela Santos** solicitou, em nome do segmento dos usuários, uma avaliação da prestação de
1392 contas ao CNS, pois, na ocorrência de eventos próximos, não há tempo hábil para a prestação, o que
1393 impede a participação dos conselheiros nas atividades. Também perguntou, no caso de emergência, a
1394 quem se reportar para resolver o problema. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** fez referência à
1395 matéria publicada na Folha de São Paulo “Controle da ANVISA sob os alimentos provoca protesto”,
1396 resultado da RDC da ANVISA de 2010. Lembrou que o CNS discutiu anteriormente a publicidade de
1397 alimentos para o público infantil e aprovou moção de apoio à restrição de publicidade para as
1398 crianças. Disse que, posteriormente, no debate sobre a obesidade, o CNS aprovou a Resolução nº.

1399 408 que trata da publicidade de alimentos. Diante disso, propôs que o CNS aprove uma moção de
1400 apoio à RDC da ANS que atende, em parte, a Resolução do CNS nº 408. Conselheira **Marisa Fúria**
1401 disse que é preciso contemplar a preocupação relacionada ao uso excessivo de adoçantes por
1402 crianças. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** destacou que a RDC ANVISA enfrenta grande
1403 resistência junto ao setor empresarial. Sugeriu que o CNS aprove moção de apoio à RDC e solicite à
1404 ANVISA que conteemple a resolução do CNS no texto da RDC. Conselheiro **Nelson Mussolini** disse
1405 que a iniciativa da ANVISA é correta, mas o caminho adotado é equivocado, pois a regulamentação
1406 deve ser feita por meio de lei e não de resolução. Nesse sentido, manifestou preocupação com a
1407 proposta de moção de apoio à RDC da ANVISA que vai de encontro à determinação da CF/88. Na sua
1408 avaliação, deveria ser feito amplo debate com a participação da indústria da alimentação antes de
1409 uma manifestação do Pleno. Conselheira **Rosane Nascimento** defendeu a moção de apoio à RDC da
1410 ANVISA, que é o resultado de um processo de quatro anos de construção. Acrescentou que, apesar
1411 de não contemplar todos os anseios inclusive do CNS, a RDC representa um avanço. Além disso,
1412 destacou que a elaboração do texto da resolução da ANVISA foi acompanhada pela AGU. De todo
1413 modo, disse que é preciso trabalhar com o que se tem hoje, o que não impede, por exemplo, a
1414 elaboração de uma lei sobre o assunto. Conselheira **Jurema Werneck** defendeu a manifestação de
1415 apoio do CNS à ANVISA e, por outro lado, a busca por um caminho legislativo para dar força à
1416 manifestação. Conselheira **Lérida Maria dos Santos** destacou que, dada a complexidade, o tema
1417 certamente será objeto de apreciação do Supremo Tribunal Federal para julgamento da legalidade de
1418 a ANVISA regulamentar a publicidade de alimentos sem projeto de lei. Na sua visão, a Agência possui
1419 o papel de regulamentar essa e outras áreas. Conselheira **Rosângela Santos** disse que a
1420 manifestação do CNS contribuirá para reforçar o poder da ANVISA em fiscalizar e monitorar as regras
1421 do mercado. **Retorno da mesa.** Conselheiro **Francisco Batista Júnior** explicou que é polêmico o
1422 debate sobre a sustentação jurídica das decisões do controle social sobre determinados temas. A
1423 respeito da matéria em debate, avaliou que o processo realizado pela ANVISA possui sustentação
1424 jurídica, o que não impede questionamentos futuros. Nesse momento, disse que o Conselho entende
1425 que deve manifestar-se favorável a esse processo. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** fez a
1426 leitura do texto da moção de apoio à ANVISA pela publicação da RDC nº. 24 de 2010, indicando a
1427 ampliação do seu alcance a respeito da restrição da publicidade de alimentos voltado para o público
1428 infantil. **Deliberação: aprovada, com posição contrária das entidades patronais, moção de apoio**
1429 **à Resolução nº 24/2010 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, publicada no dia 29 de**
1430 **junho, com recomendação à ANVISA que incorpore na regulamentação o mérito da Moção**
1431 **007/2008, que trata da necessidade de regulamentação da publicidade de alimentos,**
1432 **especialmente, a voltada para o público infantil e da Resolução do CNS nº 408/2008, que dispõe**
1433 **sobre as diretrizes para a promoção de alimentação saudável para prevenção da epidemia de**
1434 **obesidade e doenças crônicas não transmissíveis.** Conselheiro **Geraldo Alves Vasconcelos** falou
1435 da falta de profissionais de saúde para atuar nos estados de Pernambuco e Alagoas, devastados
1436 pelas chuvas e conclamou os profissionais de todas as áreas a ajudar esses Estados. Conselheiro
1437 **Geraldo Adão Santos** fez um informe da visita a Araxá, nos dias 7 e 8 de junho, a convite da Câmara
1438 Municipal, para tratar sobre a adequação do Conselho à Resolução do CNS nº. 333. Relatou que,
1439 após debate com vereadores e conselheiros e os devidos esclarecimentos, a Câmara Municipal
1440 colocou-se à disposição para receber o PL de adaptação do Conselho Municipal à Resolução.
1441 Conselheiro **Gilson Silva** perguntou se a visita foi acompanhada por um conselheiro estadual e se é
1442 rotina do CNS, em casos como esse, entrar em contato com o conselho estadual. Conselheiro
1443 **Francisco Batista Júnior** explicou que, de um modo geral, o CNS aciona o Conselho Estadual para
1444 realizar um trabalho conjunto e isso não é feito somente quando não é possível. Conselheiro **José**
1445 **Naum de Mesquita** relatou as dificuldades enfrentadas para participar da Conferência Nacional de
1446 Saúde Mental e do FENAGEP. Disse que vários participantes tiveram problemas com a alimentação
1447 oferecida nos eventos e que os conselheiros não ficam isentos de gastos para participar dessas
1448 atividades. No seu caso, contou que aguardou durante cinco horas para ser transportado de um hotel
1449 para o outro. Frisou que esses eventos fechados dificultam muito e perguntou o que pode ser feito
1450 para melhorar essa situação. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** explicou que será feita avaliação
1451 sobre a Conferência Nacional de Saúde Mental. Conselheiro **Volmir Raimondi** registrou que o
1452 conselheiro Marcos Gonçalves, indicado a participar da Conferência de Saúde Mental, não pôde
1453 participar porque não foi contatado. **Retorno da mesa.** A Secretária-Executiva Substituta do CNS,
1454 **Gleisse de Castro de Oliveira**, prestou alguns esclarecimentos sobre os problemas ocorridos. Disse
1455 que houve uma melhora no processo de emissão de passagens e diárias e foram destacadas duas
1456 funcionárias para cuidar da prestação de contas. Explicou que, na Conferência Nacional de Saúde
1457 Mental, os participantes enfrentaram dificuldades para encontrar o veículo disponibilizado para a
1458 locomoção. No caso da FENAGEP, informou que também foi disponibilizado um veículo para fazer o
1459 transporte. A respeito da alimentação, explicou que a Secretaria-Executiva do CNS não pode interferir

1460 no pacote fechado para o evento. Conselheiro **José Caetano Rodrigues** informou que a sua
1461 passagem para participar da Conferência de Saúde Mental foi cancelada sem nenhuma explicação e
1462 teve que arcar com os custos do transporte para participar desse evento. Conselheira **Ana Cristhina**
1463 **Brasil** disse que é preciso pensar em uma forma de como cobrir os gastos dos conselheiros, com o
1464 transporte do local para o aeroporto, por exemplo, mesmo nos eventos com pacotes. O Presidente do
1465 CNS explicou que é preciso assegurar o transporte dos conselheiros da sua residência para o
1466 aeroporto. Além disso, destacou que os conselheiros podem vir para Brasília no dia anterior à reunião
1467 para garantir o início dos trabalhos na hora determinada. A mesa suspendeu essa discussão por conta
1468 da presença dos convidados para o item 9 da pauta. **ITEM 9 – APRESENTAÇÃO DO ESTATUTO DA**
1469 **IGUALDADE RACIAL** - *Composição da mesa:* **Martvs Antonio Alves das Chagas**, Secretário de
1470 Políticas de Ações Afirmativas/SEPPIR; **João Charles Nogueira**, Secretário-Executivo da SEPPIR; e
1471 Conselheira **Jurema Werneck**, coordenadora da Comissão Intersetorial de Saúde da População
1472 Negra – CISPN/CNS. *Coordenação:* **Antônio Alves de Souza**, da Mesa Diretora do CNS.
1473 Inicialmente, a coordenadora da CISPN/CNS agradeceu a presença dos convidados para tratar sobre
1474 esse tema diretamente ligado à saúde. O Secretário-Executivo da SEPPIR, **João Charles Nogueira**,
1475 manifestou satisfação por apresentar o Estatuto ao CNS, haja vista a relevância desse fórum de
1476 deliberação. Disse que o Estatuto da Igualdade Racial foi aprovado no dia 16 de junho depois de dez
1477 anos de tramitação no Congresso. Destacou que esse momento é um marco histórico e convidou os
1478 conselheiros para o ato de sanção no dia 20 de julho. Na sequência, passou a palavra ao Secretário
1479 de Políticas de Ações Afirmativas/SEPPIR, **Martvs Antonio Alves das Chagas**, para apresentação
1480 do documento. Primeiro, o Secretário agradeceu a oportunidade de debater o tema com o CNS e fez
1481 questão de destacar a atuação contundente desse colegiado na consolidação da Política Nacional de
1482 Saúde Integral da População Negra. Falou que a intenção do Presidente Lula era formular uma
1483 Política que oferecesse à população negra (50,6%) condições para reivindicar os seus direitos. Frisou
1484 que o Estatuto é um documento que institui novos direitos e ratifica aqueles já conquistados pela
1485 sociedade brasileira, pelo movimento negro e pelos governos. No entanto, reconheceu que o texto, da
1486 forma como aprovado, apresenta algumas lacunas, mas foi o possível dentro da correlação de forças
1487 do país. Lembrou que o Estatuto tramitou no Congresso Nacional por dez anos (2000 a 2010) e, no
1488 desejo de acertar e aprovar a política faltou maior envolvimento com setores afins. De todo modo,
1489 pediu desculpas, inclusive, chamando a atenção para a correlação de forças que se estabelecerá no
1490 Congresso Nacional. Feitas essas considerações iniciais, passou a apresentação do Estatuto,
1491 explicando que o documento possui cinco capítulos e 65 artigos. Detalhou que os capítulos são: I - Do
1492 direito à saúde, II - Do direito à educação, à cultura, ao esporte e ao lazer, III - Do direito à liberdade
1493 de consciência e de crença e ao livre exercício dos cultos religiosos, IV - Do acesso à terra e à
1494 moradia adequada, V - Do trabalho e VI - Dos meios de comunicação. Explicou que o Título I, das
1495 Disposições Preliminares, determina que o Estatuto da Igualdade Racial destina-se a garantir à
1496 população negra a efetivação da igualdade de oportunidades, a defesa dos direitos étnicos individuais,
1497 coletivos e difusos e o combate à discriminação e às demais formas de intolerância étnica. Ressaltou
1498 que, para efeito do Estatuto, considera-se: população negra como o conjunto de pessoas que se
1499 autodeclararam pretas e pardas, conforme o quesito cor ou raça, usado pela Fundação Instituto
1500 Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ou que adotam autodefinição análoga; e ações
1501 afirmativas os programas e medidas especiais adotados pelo Estado e pela iniciativa privada para a
1502 correção das desigualdades raciais e para a promoção da igualdade de oportunidades. Explicou que o
1503 documento determina que a participação da população negra, em condição de igualdade de
1504 oportunidade, na vida econômica, social, política e cultural do País será promovida, prioritariamente,
1505 por meio de: I – inclusão nas políticas públicas de desenvolvimento econômico e social; II – adoção de
1506 medidas, programas e políticas de ação afirmativa; III – modificação das estruturas institucionais do
1507 Estado para o adequado enfrentamento e a superação das desigualdades étnicas decorrentes do
1508 preconceito e da discriminação étnica; e IV – promoção de ajustes normativos para aperfeiçoar o
1509 combate à discriminação étnica e às desigualdades étnicas em todas as suas manifestações
1510 individuais, institucionais e estruturais. Comentou o Capítulo do direito à saúde, explicando que esse
1511 direito da população negra será garantido pelo poder público mediante políticas universais, sociais e
1512 econômicas destinadas à redução do risco de doenças e de outros agravos. Acrescentou que o
1513 acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde (SUS) para promoção, proteção e
1514 recuperação da saúde da população negra será de responsabilidade dos órgãos e instituições
1515 públicas federais, estaduais, distritais e municipais, da administração direta e indireta. Além disso, o
1516 poder público garantirá que o segmento da população negra vinculado aos seguros privados de saúde
1517 seja tratado sem discriminação. Disse ainda que o Estatuto determina que o conjunto de ações de
1518 saúde voltadas à população negra constitui a Política Nacional de Saúde Integral da População
1519 Negra, organizada de acordo com as seguintes diretrizes: I – ampliação e fortalecimento da
1520 participação de lideranças dos movimentos sociais em defesa da saúde da população negra nas

1521 instâncias de participação e controle social do SUS; II – produção de conhecimento científico e
1522 tecnológico em saúde da população negra; e III – desenvolvimento de processos de informação,
1523 comunicação e educação para contribuir com a redução das vulnerabilidades da população negra.
1524 Destacou que constituem objetivos da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: I – a
1525 promoção da saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnicas e o
1526 combate à discriminação nas instituições e serviços do SUS; II – a melhoria da qualidade dos
1527 sistemas de informação do SUS no que tange à coleta, ao processamento e à análise dos dados
1528 desagregados por cor, etnia e gênero; III – o fomento à realização de estudos e pesquisas sobre
1529 racismo e saúde da população negra; IV – a inclusão do conteúdo da saúde da população negra nos
1530 processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde; e V – a inclusão da
1531 temática saúde da população negra nos processos de formação política das lideranças de
1532 movimentos sociais para o exercício da participação e controle social no SUS. Além disso, o Estatuto
1533 determina que os moradores das comunidades remanescentes de quilombos serão beneficiários de
1534 incentivos específicos para a garantia do direito à saúde, incluindo melhorias nas condições
1535 ambientais, no saneamento básico, na segurança alimentar e nutricional e na atenção integral à
1536 saúde. Fez referência ao Capítulo V, Do financiamento das iniciativas de promoção da igualdade
1537 racial, explicando que, segundo o art. 56, na implementação dos programas e das ações constantes
1538 dos planos plurianuais e dos orçamentos anuais da União, deverão ser observadas as políticas de
1539 ação afirmativa a que se refere o inciso VII do art. 4º desta Lei e outras políticas públicas que tenham
1540 como objetivo promover a igualdade de oportunidades e a inclusão social da população negra,
1541 especialmente no que tange a: I – promoção da igualdade de oportunidades em educação, emprego e
1542 moradia; e II – financiamento de pesquisas, nas áreas de educação, saúde e emprego, voltadas para
1543 a melhoria da qualidade de vida da população negra. Citou um provérbio persa para fazer uma
1544 comparação com o Estatuto: “Ao mergulhares no mar, se não encontrares pérolas, não conclusas que
1545 não há pérolas no mar.” Destacou que a SEPPIR respeita a posição de parte do movimento negro,
1546 inclusive que se coloca contrária ao Estatuto, porque esse movimento ajudou a construir a Política e a
1547 SEPPIR. Contudo, frisou que o Estatuto ratifica os avanços alcançados e cria novos direitos. Nessa
1548 linha, ressaltou que existe uma correlação de forças no país desfavorável inclusive à consolidação do
1549 SUS e que no momento o Sistema, bem como à Política Nacional de Saúde da População Negra,
1550 sofre ataque sistemático. Lembrou que os avanços são alcançados de acordo com a correlação de
1551 forças estabelecidas no país e a do momento não é extremamente favorável. Por outro lado, destacou
1552 a importância das mudanças operadas no país nos últimos anos, como a eleição de um presidente
1553 operário e, nesse momento, duas candidatas à presidência da república. Finalizou destacando que a
1554 aprovação do Estatuto não é uma panacéia, mas um passo a ser dado na construção de políticas
1555 públicas de promoção da igualdade racial no país. Conselheiro **Antônio Alves de Souza**
1556 manifestou a satisfação com a presença dos representantes da SEPPIR e registrou os avanços
1557 alcançados no governo Lula na luta histórica contra a discriminação da população negra, maioria no
1558 país. Colocou a avaliação do Ministério da Saúde de que a aprovação do Estatuto representa uma
1559 vitória construída de acordo com a correlação de forças. Disse que o Ministério da Saúde apresentou
1560 posição favorável ao Estatuto, porque este traz em seu bojo garantia à saúde da população negra e
1561 consolida a Política Integral de Saúde dessa população. **Manifestações.** Conselheira **Jurema**
1562 **Werneck** colocou a visão de parte do movimento negro sobre o Estatuto. Explicou que nos dez anos
1563 de tramitação o Estatuto tem sido discutido pelo movimento negro e, na condição de representante da
1564 Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras, participou do debate do capítulo da
1565 saúde. Como resultado dessa discussão, disse que se chegou a acordo sobre a inclusão do mérito da
1566 Política aprovada pelo CNS e pactuada na Tripartite, e a principal crítica refere-se aos pontos retirados
1567 do Estatuto, que no seu modo de ver, é condição *sine qua non* para respeito à Constituição e que,
1568 por isso, não poderiam ter sido excluídas: art. 9º que explicitava a necessidade de pactuação entre
1569 gestores – União, Estados e Municípios - para implantação da Política; e art. 10 que definia metas e
1570 indicadores para redução da mortalidade materna, infantil e de jovens negros. Ressaltou que não se
1571 deve avaliar o Estatuto como um avanço diante da retirada desses pontos de suma importância.
1572 Diante disso, explicou que a parte do movimento negro que representa entende que se deve vetar o
1573 Estatuto para marcar a posição de que algumas questões não são negociáveis. Conselheira
1574 **Fernanda Lou Sans Magano** ratificou as preocupações colocadas, mas reconheceu a importância do
1575 Estatuto por entender que estabelece nova ordem. Disse que é preciso fazer a relação do Estatuto
1576 com o Plano Nacional de Direitos Humanos e a Política Nacional de Mulheres e colocá-lo na prática.
1577 Destacou ainda que será preciso vencer preconceito sobre as religiões de matizes afro-descendentes.
1578 Disse também que é importante lutar pela aprovação do PLC 180/08, que trata da questão das cotas.
1579 Conselheira **Maria do Socorro de Souza** chamou a atenção para um dos grandes desafios da
1580 reforma sanitária que é o de encarar a discriminação, o preconceito, a exclusão e a desigualdade
1581 como condicionante da saúde. Na sua avaliação, o SUS ainda não está preparado para dar conta

1582 dessa dimensão. Disse que a inclusão da Política no Estatuto é um avanço, mas também um desafio
1583 no sentido de fazê-la avançar. Ressaltou que o Estatuto contempla a dimensão do saneamento rural
1584 para quilombolas, contudo, o movimento social não discutiu esse tema. Por fim, disse que é preciso
1585 discutir a visão de território na saúde desde uma perspectiva de espaço social, produtivo, ambiental e
1586 cultural, ampliando a visão atual de território restrita à dimensão organizacional da saúde. Conselheiro
1587 **Jorge Venâncio** manifestou o apoio da CGTB pela igualdade e pontuou que o principal obstáculo no
1588 enfrentamento do racismo é a negação da sua existência. Lembrou que a resistência manifestou-se
1589 de forma mais aberta no debate das cotas e que a definição de cotas representa um avanço e deve-se
1590 lutar pela sua aprovação. Conselheiro **Gilson Silva** fez referência ao Estatuto no que diz respeito ao
1591 “acesso à moradia adequada” para destacar a ausência de política de habitação voltada à população
1592 negra. Nesse sentido, perguntou qual a posição da SEPPIR a respeito dessa questão. Conselheira
1593 **Maria de Lourdes Rodrigues** avaliou que a aprovação do Estatuto é uma vitória, pois o documento
1594 configura-se em um instrumento de pressão para o combate do racismo. Contudo, reforçou a
1595 preocupação com a supressão de itens importantes do documento. Conselheiro **Geraldo Adão
1596 Santos** cumprimentou o movimento negro pela conquista e manifestou apoio ao Estatuto, frisando que
1597 todos são cidadãos iguais da nação brasileira, contudo, a sociedade possui demandas específicas de
1598 acordo com os segmentos. Disse que o Estatuto é um avanço e no processo de regulamentação
1599 podem ser feitas as adequações necessárias. Conselheira **Maria do Espírito Santo** ressaltou que a
1600 aprovação do Estatuto e a publicação da Política Integral de Saúde da População Negra representam
1601 um avanço, não só para a população negra, mas sim para toda a população brasileira. Contudo,
1602 destacou que o combate ao racismo é um processo lento e complexo, por se tratar de uma questão
1603 cultural e, sendo assim, é preciso definir estratégias para modificar o pensamento racista da
1604 sociedade. Frisou que é preciso discutir a mortalidade materna da população negra e suas causas -
1605 anemia falciforme, aborto e câncer de colo de útero e de mama. Conselheira **Ana Cristhina Brasil**
1606 registrou a importância da aprovação do Estatuto, mas lastimou a retirada, em especial, do artigo
1607 relativo à redução da mortalidade materna, infantil e de jovens negros. Ressaltou que é preciso lutar
1608 pela implementação do Estatuto e pela sua revisão. Propôs que o CNS pauta debate na CIRH sobre a
1609 saúde da população negra e outros temas relativos à eqüidade, com vistas aos processos de
1610 formação de profissionais da saúde. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** avaliou que não é
1611 momento de comemorar vitória, porque o avanço alcançado é tímido. Cumprimentou todos os
1612 movimentos pela luta em prol da igualdade e convidou a todos a participar desse processo.
1613 Conselheiro **Artur Custódio de Souza** propôs que a CIRH e as demais comissões do CNS promovam
1614 debate sobre a saúde da população negra e outros temas relativos à equidade. Conselheira **Jurema
1615 Werneck** apresentou as propostas da CISPN/CNS em relação ao tema: pautar permanentemente o
1616 tema no CNS sobre as políticas de promoção da equidade; distribuir nacionalmente (para estados;
1617 municípios; conselhos estaduais; municipais; coordenações de plenárias de saúde; governadores;
1618 prefeitos; presidentes das Assembléias Legislativas e das Câmaras de Vereadores) cópias da Política
1619 de Saúde da População Negra junto com uma carta assinada por Conselho Nacional de Saúde,
1620 Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS, apresentando a Política e recomendando sua
1621 implementação nas diferentes esferas; e desenvolver uma agenda comum da Comissão Intersetorial
1622 de Saúde da População Negra e a Comissão de Trauma e Violência do CNS para debater a
1623 mortalidade de jovens negros. Além disso, sintetizou os encaminhamentos do Plenário: rediscutir a
1624 visão de território na saúde desde uma perspectiva de espaço social, produtivo, ambiental e cultural,
1625 ampliando a visão atual de território restrita à dimensão organizacional da saúde; e pautar debate na
1626 CIRH sobre a saúde da população negra e outros temas relativos à equidade, com vistas aos
1627 processos de formação de profissionais da saúde (levar esse debate também às demais comissões do
1628 CNS). Conselheiro **Volmir Raimondi** lembrou que o Pleno do CNS deliberou por não definir pautas
1629 permanentes, mas sim segundo os critérios. Na sua avaliação, o termo “regularmente” seria mais
1630 adequado. **Retorno da mesa.** Secretário de Políticas de Ações Afirmativas/SEPPIR, **Martvs Antonio
1631 Alves das Chagas**, agradeceu as manifestações dos conselheiros e afirmou que a SEPPIR está
1632 atenta às preocupações colocadas. Prometeu-se a promover um diálogo mais próximo com os
1633 conselhos, movimento negro, movimento social e governo visando recuperar, durante o processo de
1634 regulamentação, pontos considerados importantes. Frisou que o apoio da população ao Estatuto é
1635 essencial à sua aplicação e, nessa linha, convidou a todos a contribuir no sentido de alcançar
1636 avanços além da aprovação do Estatuto. Explicou que o Estatuto garante que os programas, projetos
1637 e outras ações governamentais realizadas no âmbito do sistema nacional de habitação de interesse
1638 social considerem as peculiaridades sociais, culturais e econômicas da população negra. Reiterou que
1639 a sociedade brasileira teve avanços com a construção da SEPPIR, pelo movimento social e pelo
1640 movimento negro, a aprovação Estatuto e até mesmo com o debate desse tema no CNS. Lembrou
1641 ainda das limitações do governo no sentido de nem sempre ser possível alcançar o desejável, mas
1642 sim, o possível em determinados momentos. Na sua visão, o retrocesso é inconcebível, pois os

1643 avanços possibilitam a incorporação da população negra à sociedade brasileira. Disse que é preciso
1644 trabalhar de maneira sistemática com o governo o Sistema Nacional de Promoção da Igualdade
1645 Racial, definido no Estatuto. Disse que a intenção é dialogar com parte do movimento negro que é
1646 contrário no sentido de repactuar e declarou estar aberto a críticas. Também fez uma homenagem a
1647 Sra. Maria Inês, mulher lutadora pela promoção da igualdade racial. Conselheiro **Antônio Alves de**
1648 **Souza** destacou que o Estatuto é uma vitória do movimento negro e, com a aprovação, uma
1649 responsabilidade de todos – negros ou não. Frisou que o Estatuto deve apontar diretrizes gerais.
1650 Lembrou que a pactuação no SUS não consta de nenhum documento legal, no entanto, o Sistema
1651 vem avançando graças a essa prática. O fato de a pactuação não constar no documento não
1652 representa um retrocesso, porque se trata de uma prática permanente. Disse que nenhuma lei prevê
1653 indicadores e metas, mas esses dois aspectos estão previstos na Política. Portanto, considerou que
1654 não foi uma derrota. Ressaltou que a inclusão da Política no Estatuto representa um avanço, desse
1655 modo, reconhecida também por lei. O Secretário-Executivo da SEPPIR, **João Carlos Nogueira**,
1656 reconheceu a importância dada pelo CNS às políticas defendidas pelo movimento negro. Frisou que o
1657 Estatuto foi aprovado em um importante momento de transformação da população brasileira. Em
1658 nome da SEPPIR, reconheceu a importância dos conselhos na luta entre sociedade e estado.
1659 Acrescentou que a sociedade conduz o processo de mudança e o Estado deve absorver e fazer com
1660 que a política pública tenha o seu alcance. Ressaltou que a Política de Promoção da Igualdade Social
1661 é reconhecida pela América Latina e por vários países do mundo. Agradeceu, a seguir, a oportunidade
1662 e reforçou o convite para participar do ato de sanção do Estatuto no dia 20 de julho. Conselheira
1663 **Jurema Werneck**, em nome do CNS, agradeceu a presença dos representantes da SEPPIR e do
1664 Ministério da Saúde e registrou esse momento de repactuação em que o CNS e o governo assumem
1665 o compromisso de não aceitar retrocessos em relação à saúde da população negra. **Deliberação:**
1666 pautar regularmente o tema sobre as políticas de promoção da equidade no CNS; distribuir
1667 nacionalmente (para estados; municípios; conselhos estaduais; municipais; coordenações de
1668 plenárias de saúde; governadores; prefeitos; presidentes das Assembléias Legislativas e das
1669 Câmaras de Vereadores) cópias da Política de Saúde da População Negra junto com uma carta
1670 assinada por Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS,
1671 apresentando a Política e recomendando sua implementação nas diferentes esferas;
1672 desenvolver uma agenda comum entre a Comissão Intersetorial de Saúde da População Negra
1673 e a Comissão de Trauma e Violência do CNS para debater a mortalidade de jovens negros;
1674 rediscutir a visão de território na saúde desde uma perspectiva de espaço social, produtivo,
1675 ambiental e cultural, ampliando a visão atual de território restrita à dimensão organizacional da
1676 saúde; pautar debate na CIRH sobre a saúde da população negra e outros temas relativos à
1677 equidade, com vistas aos processos de formação de profissionais da saúde (levar esse debate
1678 também às demais comissões do CNS); e incluir o tema “enfrentamento das iniquidades” na
1679 pauta da 14ª Conferência Nacional de Saúde, que acontecerá em 2011. Definido esse ponto, a
1680 mesa encerrou os trabalhos da manhã do segundo dia de reunião. Retomando, foi iniciada a
1681 discussão do item 10 da pauta. **ITEM 10 – ALTERAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO**
1682 **TRABALHADOR – Composição da mesa:** **Guilherme Franco Netto**, diretor do Departamento de
1683 Vigilância em Saúde Ambiental e **Saúde do Trabalhador** do Ministério da Saúde (DSAST/SVS/MS);
1684 **Vaz de Souza**, Coordenador Geral da Saúde do Trabalhador/DSAST/SVS/MS; **Letícia Nobre**,
1685 Coordenadora de Saúde do Trabalho do Estado da Bahia e relatora do GT de revisão da Política; e
1686 Conselheira **Ana Cristina Brasil**, Coordenadora-Adjunta da Comissão Intersetorial da Saúde do
1687 Trabalhador – CIST/CNS. **Coordenação:** Conselheiro **Volmir Raimondi**, da Mesa Diretora do CNS. O
1688 diretor do DSAST/MS, **Guilherme Franco Netto**, manifestou satisfação por tratar da proposta de
1689 Política Nacional de Saúde do Trabalhador no SUS. Disse que o processo retoma a discussão
1690 consolidada no CNS há cinco anos sobre a necessidade de Política Nacional de Saúde do
1691 Trabalhador. Explicou que na visão da SVS a Política é transversal e perpassa todas as iniciativas do
1692 SUS. Citou a atualização da Portaria de regulação da RENAST no âmbito do SUS, visando uma
1693 consonância da Rede com o Pacto pela Saúde e atualização dos componentes de vigilância. Disse
1694 que a manifestação do CNS é de extrema importância para consolidação e publicação da Portaria.
1695 Explicou que, após apreciação no CNS, a Política seria submetida ao colegiado da SVS e,
1696 posteriormente à Tripartite. Após, a proposta seria rerepresentada ao CNS para finalizar o processo.
1697 Feitas essas considerações iniciais, passou a palavra à Coordenadora **Letícia Nobre**, que fez uma
1698 apresentação da proposta de reformulação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador.
1699 Inicialmente, a expositora explicou que a intenção do trabalho foi sistematizar as iniciativas relativas à
1700 saúde do trabalhador em um único documento. Explicou que as principais bases para a proposição da
1701 PNST no SUS são: Constituição Federal 1988; Lei Orgânica da Saúde: Lei nº 8.080/90 e nº 8.142/90;
1702 Portaria Federal MS nº 3.120/1998 – IN Vigilância em Saúde do Trabalhador; Portaria Federal MS nº
1703 399/2006 – Pacto pela Saúde; Portaria Federal MS nº 3.252/2009 – Vigilância em Saúde; Portaria

1704 Federal MS nº 2.728/2009 – RENAST; Políticas Nacionais do SUS: Promoção da Saúde;
1705 HumanizaSus; Informação e Informática, Política Nacional de Atenção Básica, Atenção Integral
1706 Populações do Campo e da Floresta, Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências,
1707 Gestão do Trabalho e Educação Permanente, Sistema de Planejamento do SUS; 3ª Conferencia
1708 Nacional de Saúde do Trabalhador – 2005 - Proposta PNST 2001 e de 2004, Política Nacional de
1709 Segurança e Saúde do Trabalho (PNSST): 2005, consulta pública e minuta 2010. Explicou que a
1710 Política estrutura-se da seguinte maneira: 1. Introdução; 2. Princípios Norteadores; 3. Propósito; 4.
1711 Diretrizes; 5. Estratégias; 6. Responsabilidades das esferas de gestão; 7. Parâmetros para Avaliação
1712 e Acompanhamento da Política; 8. Glossário; 9. Bibliografia Consultada; e 10. Anexos. Explicou que
1713 na introdução são explicitados conceitos, contextualização e desafios, tais como: Saúde do
1714 Trabalhador: campo da saúde coletiva, interdisciplinar, trabalhadores sujeitos, Intersetorialidade;
1715 Trabalho: determinante do processo saúde-doença; Mundo do trabalho: reestruturação produtiva,
1716 perda da centralidade do trabalho industrial, novas tecnologias, flexibilização, terceirização,
1717 fragilização organização dos trabalhadores; Mais da metade da PEA ocupada sem proteção social,
1718 trabalho informal, precário, populações em situação de vulnerabilidade, servidores públicos; relação
1719 da Saúde dos Trabalhadores com os processos de produção e modelos de desenvolvimento
1720 econômico; Interfaces da saúde do trabalhador com a área do meio ambiente; e Impactos ambientais
1721 e à saúde do trabalhador freqüentemente originam-se nos mesmos processos produtivos. Ainda em
1722 relação aos conceitos, contextualização e desafios colocados na introdução, destacou: perfil
1723 morbimortalidade: doenças e acidentes do trabalho tradicionais; novos adoecimentos: cânceres,
1724 alergias, intoxicações, sofrimento psíquico e doenças mentais, situações de violência, entre outros;
1725 impactos desconhecidos de nanotecnologias, química fina, biotecnologia (OGM), energia nuclear;
1726 garantia do direito à saúde, bases legais para a atuação do SUS em saúde do trabalhador; e desafios
1727 para o SUS: descentralização, incorporação da saúde do trabalhador em todos os níveis e instâncias
1728 do SUS. Enumerou os princípios norteadores da Política: universalidade, integralidade, equidade,
1729 responsabilidade sanitária, precaução, participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle
1730 social e hierarquização e descentralização. Explicou que a universalidade implica em considerar que
1731 são objeto e sujeitos desta política todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente
1732 de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou
1733 informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário,
1734 cooperativado, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado. Detalhou que a
1735 integralidade visa: articular ações individuais e curativas com ações coletivas e de vigilância à saúde;
1736 articular planejamento com ação/execução; articular conhecimento/saberes com práticas; entender o
1737 trabalhador na totalidade de suas necessidades, objetivas e subjetivas, no trabalho e fora dele;
1738 entender os processos de trabalho como processos sociais e políticos, que se dão nos ambientes
1739 particulares - espaços coletivos; e integrar ações de saúde do trabalhador em toda a rede SUS. Disse
1740 que a equidade se refere a: inclusão de populações vulneráveis; diminuição das desigualdades,
1741 justiça social, contemplando trabalhadores informais, em trabalho precário; populações sob condições
1742 de vida precárias; trabalhadores urbanos sem teto; mulheres, crianças, adolescentes; e
1743 discriminações de gênero, cor da pele, raça, etnia, orientação sexual, religiosa, geracional. Destacou
1744 que a equidade considera ainda trabalhadores rurais, sem terra, pescadores artesanais, marisqueiras,
1745 populações indígenas e quilombolas, fundos de pasto. No que diz respeito à responsabilidade
1746 sanitária, explicou que diz respeito à responsabilidade dos gestores e dos profissionais de saúde na
1747 garantia do direito à saúde (articulação com a Carta de Direitos e Deveres dos Usuários do SUS,
1748 Constituição Federal e Lei Orgânica da Saúde). Trata-se de um princípio ético-político da ação
1749 sanitária: objetivo e justificativa da intervenção é a melhoria das condições de trabalho e de saúde;
1750 direito dos trabalhadores à participação, informação fidedigna, conhecimento sobre as condições de
1751 trabalho e ações sanitárias; transparência, ética nas relações, sigilo no que couber dignidade no
1752 trabalho; e cumprimento das atribuições do SUS na vigilância dos ambientes, produtos e processos de
1753 trabalho. Detalhou também o princípio da precaução que se trata do pressuposto da indissociabilidade
1754 entre produção, trabalho, saúde e meio ambiente. Acrescentou que o princípio da precaução é
1755 norteador, especialmente na atuação intersetorial e nas questões relativas à sustentabilidade
1756 socioambiental dos processos produtivos. Explicou que, mesmo na ausência da certeza científica
1757 formal da existência de potencial risco grave ou irreversível à saúde, requer a implantação de medidas
1758 que possam prevenir danos decorrentes da utilização de processos produtivos e tecnologias, uso de
1759 substâncias químicas, equipamentos e máquinas, ou por precaução, requer a tomada de decisão de
1760 que estas tecnologias não devam ser utilizadas. A propósito da participação da comunidade, dos
1761 trabalhadores e do Controle Social, disse que contempla: a legitimidade da participação dos
1762 trabalhadores; trabalhadores como sujeitos do processo de promoção da saúde; relações éticas entre
1763 os representantes da comunidade, dos trabalhadores e do Controle Social e a equipe de saúde; a
1764 necessidade do fortalecimento do movimento social e sindical; e a inclusão de parcelas de

trabalhadores e grupos em situação de vulnerabilidade. Explicou que a Política Nacional de Saúde do Trabalhador tem por propósito definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados nas três esferas de gestão do SUS – federal, estadual e municipal - para o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde do trabalhador, tendo como eixo central a estruturação das ações de vigilância em Saúde do Trabalhador, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos. Explicou que as diretrizes da Política são: Diretriz 1 - Fortalecimento da Vigilância em Saúde do Trabalhador e integração com demais componentes da Vigilância em Saúde; Diretriz 2 – Promoção da saúde e de ambientes e processos de trabalho saudáveis; e Diretriz 3 - Garantia da integralidade na atenção à Saúde do Trabalhador. Enumerou as estratégias da Política que consistem em: 1. Integração da Vigilância em Saúde do Trabalhador com os demais componentes da Vigilância em Saúde; 2. Análise do perfil produtivo e da situação de ST no território; 3. Estruturação da Rede de Atenção Integral à ST – RENAST; 4. Fortalecimento e ampliação da articulação intersetorial; 5. Estímulo à participação da comunidade, dos trabalhadores e do Controle Social; 6. Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos; 7. Desenvolvimento de estudos e pesquisas; e 8. Garantia do financiamento das ações de ST. Detalhou que as Diretrizes 1 e 2 - Fortalecimento da Vigilância e Promoção da saúde e ambientes saudáveis - consideram: vigilância como processo dinâmico, interdisciplinaridade, articulação com vários campos do saber e do direito, articulação intra-setorial; finalidade da intervenção: melhoria das condições de trabalho; relações éticas, consideração de saberes e experiências dos trabalhadores; princípios da prevenção e da precaução – cadeias produtivas; intervenções intersetoriais, articulação de políticas públicas; participação nos processos decisórios dos modelos de desenvolvimento e licenciamentos ambientais; incentivos à produção de tecnologias protetivas; estabilidade e perfil das equipes, concurso público, PCCV; e função de Estado, autoridade sanitária, defesa jurídica, código saúde. Acrescentou que a Política destaca a sustentabilidade sócio-ambiental - proteção à saúde e ao meio ambiente em toda cadeia produtiva. No que diz respeito à Diretriz 3 - Garantia da integralidade da atenção à Saúde do Trabalhador, explicou que se considera: Atenção Primária em Saúde como ordenadora das ações no SUS; necessidade de contemplar as ações de saúde do trabalhador em toda a rede SUS; vigilância como eixo estratégico da saúde do trabalhador – atuação transversal; garantia de uma Rede poliárquica, solidária, compartilhada; descentralização: PDR, pactuação nas instâncias, CGR, CIB, CIT e nos Conselhos de Saúde; e saúde do trabalhador na microrregião - matrículamento pelos Cerest e vigilâncias. Comentou uma configuração que mostra a Rede de Atenção Integral. Explicou que se considera a concepção de atenção primária como o centro ordenador do sistema. Contudo, é preciso inserir saúde do trabalhador na urgência e emergência, na rede de especialidades. Os CERESTs é uma das subredes responsável pelo apoio técnico às demais redes. Destacou também a inclusão da rede de vigilância e promoção. Destacou que a rede encontra-se no território e este precisa conhecer as atividades produtivas, as necessidades e problemas de saúde dos trabalhadores, bem como essa população. Comentou a estratégia de integração da VISAT com demais componentes da Vigilância em Saúde que, contempla, dentre outros, aspectos como: planejamento conjunto entre as vigilâncias, com eleição de prioridades comuns para atuação integrada; produção conjunta de protocolos, normas técnicas e legais e resoluções com harmonização de parâmetros e indicadores; proposição e produção de indicadores conjuntos para monitoramento e avaliação da situação de saúde; harmonização dos instrumentos de registro e notificação de agravos e eventos de interesse comum aos componentes da vigilância; incorporação pelas equipes de vigilância sanitária de práticas de avaliação, controle e vigilância dos riscos ocupacionais nas empresas e estabelecimentos, observando as atividades produtivas presentes no território; e revisão das portarias de agravos de notificação compulsória, inclusão dos agravos relacionados ao trabalho na mesma lógica da VE: universal e na suspeita. Na Estratégia – Estruturação da RENAST, destacou ações de saúde do trabalhador na atenção primária em saúde que contemplam: reconhecimento das atividades produtivas no território e a identificação dos potenciais riscos e impactos à saúde dos trabalhadores; identificação da população trabalhadora e seu perfil sócio ocupacional no território; identificação da rede de apoio social aos trabalhadores no território; notificação dos agravos relacionados ao trabalho no SINAN, registros de ocupações e situações no SIAB; definição da rede de referência e contra referência e estabelecimento dos fluxos e instrumentos para os encaminhamentos necessários e articulação com pontos da rede de apoio matricial; definição de linhas de cuidado e de projetos terapêuticos para os agravos e situações de risco relacionados ao trabalho; e incorporação de conteúdos de saúde do trabalhador nas estratégias de capacitação e de educação permanente para as equipes da Atenção Primária em Saúde. No que diz respeito ao financiamento, explicou que é compartilhado entre as três esferas de gestão do SUS, com ações nos planos de saúde, previsão orçamentária e conforme pactuação nos CGR, CIB e CIT. Disse que os recursos federais contemplam: Recursos do Bloco da Vigilância em Saúde (Portaria MS nº 3.252/09); Recursos do Bloco da Atenção

1826 Básica; Recursos do Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade – PPI; Recursos do Bloco da
1827 MAC - Portaria MS nº 2.728/09 – RENAST; Recursos do Bloco de Gestão: Educação Permanente,
1828 Participação e Controle Social. Acrescentou que os recursos estaduais e municipais dizem respeito a
1829 ações do Estado e são transferidos do Fundo Estadual para os Fundos Municipais, conforme
1830 pactuação nos CGR e na CIB. Disse que outras fontes de financiamento são: SAT, FAT, Loterias,
1831 Financiamentos CEF, BB, BNDES, Planos Saúde resarcimento, entre outros. Destacou que a
1832 implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador deve ser assumida de forma
1833 compartilhada e solidária pelas três esferas de gestão, considerando ser competência do SUS a
1834 execução de ações e serviços de promoção, vigilância e atenção integral à saúde do trabalhador, em
1835 conformidade com a Constituição Federal, a Lei Orgânica da Saúde e o Pacto pela Saúde.
1836 Acrescentou que são estabelecidas as responsabilidades das esferas federal, estadual e municipal de
1837 gestão do SUS visando à implementação desta política. No que se refere à avaliação e
1838 acompanhamento, esclareceu que os gestores de saúde das três esferas de governo devem se
1839 empenhar na implementação da Política e em conformidade com o perfil produtivo, a situação de
1840 saúde, necessidades e prioridades em seus territórios. Explicou que esse empenho se expressa na
1841 inserção das ações de saúde do trabalhador nos instrumentos de gestão definidos no PlanejaSUS.
1842 Ressaltou que as ações de Saúde do Trabalhador, considerando objetivos, diretrizes, metas e
1843 indicadores, devem ser inseridas nos Planos de Saúde, na Programação Anual de Saúde e nos
1844 Relatórios Anuais de Gestão, assim como na PPI, na PAVS e nos demais instrumentos de gestão,
1845 aprovados pelos respectivos conselhos de saúde e pactuados nas instâncias gestoras – CGR, CIB e
1846 CIT. Na seqüência, a Coordenadora-Adjunta da CIST/CNS, Conselheira **Ana Cristhina Brasil**,
1847 apresentou as considerações da Comissão a respeito da Política Nacional de Saúde do Trabalhador.
1848 Primeiro, fez questão de pontuar como principal avanço da Política a inclusão da saúde do trabalhador
1849 no âmbito da Atenção Básica. Também informou que a versão do documento analisada pela CIST
1850 para a qual foram apresentadas contribuições não foi a mesma que a apresentada. Por isso, seria
1851 necessário rever alguns pontos. Feita essa ressalva, passou a enumerar as contribuições à Política: 1
1852 - Alterar o nome da política de “Política Nacional de Saúde do Trabalhador do SUS” para “Política
1853 Nacional de Saúde do Trabalhador no SUS”, adequando todas as citações no texto. 2 - Páginas 29,
1854 parágrafo 101 - item “5.3.3 - Integração de ações de Saúde do Trabalhador junto aos Serviços de
1855 Especialidades”, que trata da necessidade de garantir reabilitação dos agravos - definir como se dará
1856 essa reabilitação ou qual o papel do SUS nesse processo uma vez que a reabilitação está no âmbito
1857 da Previdência; e debater o “conceito” de reabilitação que se considera. 3 - Página 30 - item “5.3.4 -
1858 Definição do papel e garantia de Estruturação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
1859 na Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST - Parágrafo 104, que
1860 apresenta o papel dos CERESTs que é de retaguarda – na avaliação da CIST, também é papel
1861 desses Centros contribuir para a capacitação da rede, especialmente da rede de atenção
1862 básica/primária e de fomentar ou contribuir para estudos e pesquisas, dentre outras. Há uma
1863 preocupação sobre a equipe dos CERESTs (mudanças constantes, número insuficiente, perfil
1864 inadequado, etc) - incluir no texto da política diretrizes para composição, definição de equipe,
1865 apontando a contratação por concurso público. 3 - Página 30 - item “5.3.4 - Definição do papel e
1866 garantia de Estruturação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador na Rede Nacional de
1867 Atenção Integral à Saúde do Trabalhador” – RENAST - explicitar melhor questões sobre a RENAST à
1868 luz das Portarias e das discussões realizadas sobre o Manual da RENAST; explicitar melhor no texto a
1869 necessidade e forma de “controle/monitoramento/fiscalização” dos recursos da RENAST, bem como
1870 sobre os processos de “capacitação/educação permanente”, com discussão/definição de conteúdos
1871 básicos de acordo com a necessidade levantada pelos trabalhadores e controle social. 4 - Página 36,
1872 parágrafo 126 - item “5.7 Fortalecimento e ampliação da articulação intersetorial” - abordar a
1873 necessidade de articulação/intersetorialidade com a PNST, explicitando na PNST a importância da
1874 mesma, uma vez que integra as ações de três Ministérios; explicitar que as diversas Políticas Setoriais
1875 que tratam da saúde dos trabalhadores – Política Nacional de Saúde do Trabalhador do SUS, Política
1876 Nacional de Saúde dos Trabalhadores do Setor Público Federal, entre outras - levem em
1877 consideração e sigam as diretrizes da PNST; e explicitar a intersetorialidade/articulação com
1878 órgão/entidades, especialmente apontar qual o papel da FUNDACENTRO na implementação da
1879 PNST. 5 - Página 37 e 38, item “5.8 Garantia do financiamento das ações de Saúde do Trabalhador” -
1880 analisar melhor as propostas de novas formas de financiamento, especialmente no que se refere à
1881 utilização de recursos do FGTS (parágrafo 133, item c) e criação de fundo com recursos de multas
1882 (item f). 6 - Reforçar na PNST a necessidade de notificação de forma articulada com o NTEP (Nexo
1883 Técnico Epidemiológico Previdenciário). Apresentadas as contribuições, passou às considerações
1884 gerais da CIST sobre a Política. Primeiro, destacou que o texto da Política é abrangente e dialoga com
1885 as preocupações da Comissão, especialmente no que diz respeito à universalização das ações,
1886 trabalhadores, integração com a vigilância em saúde, saúde do trabalhador em todos os níveis de

1887 atenção do SUS, necessidade de estudos e pesquisas, inclusão do controle social, propostas de
1888 formas de financiamento e diretrizes para avaliação e monitoramento. Diante disso, enumerou os
1889 encaminhamentos sugeridos pela CIST/CNS: apresentar a Política ao Pleno do CNS em junho de
1890 2010 (envio do texto para os conselheiros titulares e suplentes) – o texto entregue naquela reunião
1891 deveria ser objeto de análise dos conselheiros; enviar o documento aos Conselhos Estaduais e
1892 Municipais de Saúde e respectivas CISTs para discussão e apresentação de propostas, definindo
1893 prazo para retorno; remeter o texto às centrais sindicais e entidades/órgãos membros da CIST para
1894 discussão e apresentação de propostas; encaminhar a Política para demais conselhos setoriais –
1895 CNPS (Previdência), CNPIR (Igualdade Racial), etc, entidades/órgãos parceiros (Fundacentro,
1896 Dieese, Diesat, IPEA, entre outros) e também para personalidade/pessoas que discutem política
1897 pública (por exemplo, Emir Sader, Marcio Pochman, entre outras personalidades); realizar um
1898 seminário nacional para discutir a Política, combinado com a realização do III Encontro das CISTs (em
1899 conjunto com a CGSAT); e articular a divulgação no Observatório Saúde do Trabalhador. Na
1900 seqüência, apresentou as contribuições do FENTAS e do segmento dos trabalhadores como um todo
1901 recebidas pela CIST e ainda não sistematizadas: FENTAS (após a reunião da CIST) - retirar do título
1902 da Política a expressão “do SUS”, permanecendo “Política Nacional de Saúde do Trabalhador”; incluir
1903 protocolo especial de proteção aos trabalhadores que lidam com Radioterapia, Medicina Nuclear, já
1904 acatado pelo INCA; criar nas estratégias o subitem 5.3.5 - Integração de ações de Saúde do
1905 Trabalhador junto à Rede de Nacional de Centros de Informação e Assistência Toxicológica; Na
1906 Diretriz 3 – Garantia da integralidade na atenção à Saúde do Trabalhador, nos Componentes - alterar
1907 o item “e” para Centros de Informação e Assistência Toxicológica – CIATs e renomear os demais;
1908 Nas Estratégias, item 5.3 Estruturação da Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador –
1909 RENAST - Criar os subitens: 5.3.5 - Integração de ações de Saúde do Trabalhador junto aos Centros
1910 de Informação e Assistência Toxicológica. Os Centros de Informação e Assistência Toxicológica têm
1911 o papel de retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS
1912 relacionado às intoxicações agudas e crônicas relacionadas ao trabalho e 5.3.6 - Integração de ações
1913 de Saúde do Trabalhador junto ao Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública. Os
1914 laboratórios integrantes do SISLAB têm o papel de suporte analítico e de diagnóstico complementar,
1915 bem como são produtores de informação e conhecimento especializado; rever as expressões relativas
1916 à recuperação física e funcional, ou seja, recuperação da saúde, pois são confundidas com
1917 reabilitação, que é um processo e não um ato ou atividade; observar a utilização das expressões
1918 agravos à saúde e problemas de saúde, sem um padrão distinto; Alterar os itens 5.4 com a
1919 capacitação priorizando os profissionais da rede e não os demais; a residência multiprofissional e
1920 item 5.5 articulação com PET Saúde e PROSAUDE, ou seja, já na graduação e de forma
1921 multiprofissional; rever as fontes e formas de financiamento que são diferentes; e laudos, diagnósticos
1922 que não restritos só aos médicos para efeito de pagamento de benefícios (auxílio
1923 doença/aposentadoria). Finalizando, perguntou os próximos passos em relação à Política. O
1924 Coordenador Geral da Saúde do Trabalhador/MS, **Carlos Augusto Vaz de Souza**, informou que a
1925 proposta da Política foi elaborada por um Grupo de Trabalho, composto pela Coordenação e por
1926 representantes das Secretarias, no período de 2009 a maio de 2010. Disse que o documento foi
1927 discutido no 4º Encontro da RENAST, apresentado na CIST Nacional e naquele momento, submetido
1928 à apreciação do Conselho. Ressaltou que essa versão preliminar da Política está em debate e aberta
1929 a contribuições visando o aperfeiçoamento. Explicou que a coordenação e a relatoria do GT estão
1930 realizando os ajustes a partir das contribuições da CIST e da RENAST. Disse que os próximos
1931 encaminhamentos são: realizar os ajustes necessários, no prazo de duas semanas, visando uma
1932 versão final da Política; formalizar período de consulta pública (prazo: um mês); reformular o texto a
1933 partir das contribuições da consulta pública; pactuar; e aprovar no CNS. Conselheiro **Volmir**
1934 **Raimondi**, diante da presença de convidados externos para o próximo item da pauta, propôs que o
1935 Pleno acatasse as sugestões da CIST e recomendasse a inclusão no documento. Finalizada a
1936 consulta pública, que o Pleno retomasse o tema. Conselheiro **Edemilson Canale** solicitou que a
1937 Política conte com os trabalhadores em áreas indígenas. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**
1938 acatou a sugestão da mesa e solicitou que o tema seja pautado na próxima reunião para debate da
1939 Política. **Deliberação: aprovadas as sugestões da CIST/CNS à Política e os encaminhamentos da**
1940 **Comissão a respeito do tema. Esse assunto será repautado na próxima reunião para debate da**
1941 **Política.** Conselheira **Rosângela Santos** reiterou o pedido de informações a respeito do Cartão SUS.
1942 Conselheiro **Antônio Alves de Souza** informou que a Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde
1943 apresentaria a versão final da proposta ao Ministro da Saúde e, posteriormente, poderia submeter à
1944 apreciação do Pleno em uma reunião extraordinária, se o Plenário assim entendesse. Conselheiro
1945 **Geraldo Vasconcelos** retomou a proposta de chamar uma extraordinária para debater a Resolução
1946 nº. 333. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** propôs a convocação de uma reunião extraordinária
1947 no dia anterior à próxima reunião do CNS, 10 de agosto, para debate da Resolução nº. 333 e do

1948 Cartão SUS. A reunião ordinária seria mantida nos dias 11 e 12 de agosto. Conselheira **Rosângela**
1949 **Santos** lembrou que houve acordo a respeito do encaminhamento de solicitar auditoria da CGU a
1950 respeito do Cartão SUS. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** propôs que a reunião
1951 extraordinária fosse convocada para o dia 13 de agosto, pois os conselheiros participariam de
1952 atividade internacional no dia 10 do referido mês. Conselheira **Jurema Werneck** registrou os
1953 reiterados convites à Secretaria-Executiva do CNS e a indisponibilidade de participação. Por isso,
1954 sugeriu que, no caso da impossibilidade da participação da Secretaria, o Pleno debata o tema, com a
1955 participação do DENASUS, CGU, CICIS e COFIN. **Deliberação: aprovada a convocação de reunião**
1956 **extraordinária do CNS no dia 13 de agosto para discutir a reformulação da Resolução nº 333 e o**
1957 **Cartão SUS. ITEM 11 – A POLÍTICA DE CONTROLE DA HANSENÍASE – Composição da mesa: Dr.**
1958 **Eduardo Hage Carmo**, Diretor do Departamento de Vigilância Epidemiológica da SVS (Devep/SVS);
1959 **Érica Pisanechi**, Coordenadora da Área Técnica da Pessoa com Deficiência; Dra. **Isabela Goulart**,
1960 Coordenadora do Centro de Referência Nacional em Hanseníase; **Maria Teresa Silva Santos**
1961 Oliveira, Coordenadora da Comissão dos Filhos Preventórios/MORHAN. **Coordenação:** Conselheira
1962 **Jurema Pinto Werneck**, da Mesa Diretora do CNS. O primeiro a fazer uso da palavra foi o Dr.
1963 **Eduardo Hagge** com uma abordagem dos indicadores da hanseníase no país e as ações
1964 desenvolvidas para o enfrentamento da doença. Nos cumprimentos iniciais, justificou a ausência do
1965 Secretário de Vigilância em Saúde/MS, **Gerson Penna**. Começou a explanação explicando que a
1966 abordagem da hanseníase deve ser feita de forma multisectorial, envolvendo ações relativas à
1967 atenção integral e mecanismos de gestão, com prioridade para a descentralização. Explicou que, nos
1968 últimos anos, houve mudança no paradigma de análise da doença, com a inclusão de novos
1969 indicadores: componente de pesquisa (Centros de Referência), comunicação e educação e
1970 mobilização social. Falou dos casos novos de hanseníase (Brasil/2009) que totalizam 36.718 e
1971 correspondem ao coeficiente de detecção de 19,18/100.000 hab. Desse total, 7,2% de Grau 2, 88,6%
1972 de avaliados em relação à incapacidade, predomínio da forma multibacilar (57%) e 55,2% de homens.
1973 No ano de 2009, 2.617 crianças (7,1%), correspondendo ao coeficiente de 5,33/100.000 em menores
1974 de 15 anos. Comentou os coeficientes de prevalência e detecção em hanseníase (Brasil 1990 a 2009)
1975 com destaque para a redução na prevalência em função da melhoria nos registros, aperfeiçoamento
1976 do sistema de informação e ampliação da detecção e tratamento. Falou também dos coeficientes de
1977 detecção, geral e em menores de 15 anos por 100.000 habitantes, pontuando que houve uma redução
1978 desse indicador que passou de 7,8/110 mil hab. em 2003 para 5,33 em 2009. Frisou que essa
1979 redução ocorreu em todas as regiões do país, sendo mais acentuada nas regiões de maior
1980 prevalência (Norte e Centro-Oeste). Reconheceu que há uma grande diversidade entre os estados e
1981 ilustrou com o caso do Mato Grosso com taxa de detecção de 88,33 e do Rio Grande do Sul com 1,44.
1982 Discorreu sobre a agregação de casos novos de hanseníase, pelo coeficiente de detecção no Brasil
1983 (2005 a 2007), explicando que, após análise, foram identificados 10 clusters, representando 1.173
1984 municípios, 53,5% dos casos novos, e 17,5% da população. Disse que se constituem metas
1985 pactuadas pela CGPNH para 2008-2001: a) Indicador/ação: reduzir em 10% o coeficiente de detecção
1986 de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos até 2011 – Programa: PAC e Mais Saúde;
1987 2008: meta definida: 6,07 e alcançada: 5,89; 2009: meta definida: 5,92 e alcançada: 5,33; b)
1988 Indicador/ação: ampliar, em 3% ao ano, as unidades de saúde com pacientes em tratamento de
1989 hanseníase; Programa – PPA; 2009 – meta definida: 8.303 e alcançada: 9.473; c) Indicador/ação:
1990 aumentar o percentual de cura nas coortes de casos novos de hanseníase – Programa: Pacto de
1991 Gestão; meta de 2009: 87% e alcançada: 76,2; d) Indicador/ação: examinar contatos
1992 intradomiciliares: indicador vem sendo superado; avaliar o grau de incapacidade dos casos novos no
1993 diagnóstico: indicador vem sendo superado; avaliar o grau de incapacidade na cura: abaixo da meta
1994 definida; e e) Indicador/ação: reduzir o coeficiente de casos novos com grau 2 de incapacidade no
1995 diagnóstico por 100.000 – Programa: OMS: meta definida: 1,39; meta alcançada: 1,22. Esclareceu
1996 que os avanços alcançados na redução da transmissão, detecção e prevalência é resultado da
1997 ampliação do atendimento em unidades, especialmente as de unidades básicas. Destacou, inclusive,
1998 que 90% do tratamento é realizado em unidades básicas de saúde. Citou ainda a ampliação do
1999 número de bacilosscopia que reflete maior oferta do diagnóstico. Elencou ações em desenvolvimento
2000 nesse ano (1º semestre de 2010): Campanha “Saúde é bom saber”; Mobilização: semana do Dia
2001 Mundial de Luta contra a Hanseníase; assessoria aos Estados: Graveh, PIR, Sinan, M&A, PE, etc;
2002 oficina gerentes estaduais e áreas de interface da SES; curso de reabilitação; oficina para formação
2003 de monitores em autocuidado; reunião anual de hanseníase; e reunião integrada de parceiros (abril).
2004 Enumerou as propostas que surgiram na reunião com as parcerias: mobilização social: superação de
2005 estigma e preconceito, articulação com rede dos pontos de cultura – parceria MINC/MEC/MS;
2006 articulação com Ouvidoria/SUS; inserção do tema hanseníase no processo de descentralização nas
2007 capacitações; capacitação de peritos do INSS – MPE e MS; articulação com rede de educadores da
2008 FUNASA – inserção do tema hanseníase nas ações junto à população indígena; participação no

2009 Congresso da Rede Unida inserindo o tema da hanseníase – julho – Porto Alegre/RS; e articulação com o MEC para inserção do tema hanseníase no material de educação continuada voltado aos professores junto às universidades. Por fim, citou publicações a respeito da hanseníase: Baciloscopy em hanseníase – guia de procedimentos técnicos; e Estratégia Global Apropriada para Redução Adicional da Carga de Hanseníase – Período do Plano: 2011 a 2015. Na seqüência, a coordenadora da Área Técnica da Pessoa com Deficiência/MS, **Érica Pisanechi**, expôs sobre a reabilitação para pessoas com deficiência e o atendimento às pessoas acometidas pela hanseníase. Explicou que a pessoa com deficiência tem direito a ser atendida no SUS nas suas necessidades básicas e específicas de saúde, por meio de ações de promoção, prevenção e reabilitação (incluindo a aquisição de recursos ópticos, órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção). Disse que, segundo o Censo de 2000, são 24,6 milhões de pessoas com incapacidade (14,5% da população com deficiência). Detalhou que, da população com deficiência: 48,1% com deficiência visual; 26,9% com deficiência motora/física; 16,7% com deficiência auditiva; e 8,3% com deficiência mental. Explicou que a Política Nacional de Saúde Pessoa com Deficiência (Portaria GM nº 1060/02) define diretrizes para formulação e desenvolvimento de ações e programas que tem como principal objetivo reabilitar/habilitar a pessoa com deficiência com vistas a sua inclusão social. Enumerou os eixos da Política: 1) promoção da qualidade de vida; 2) prevenção de deficiências; 3) assistência integral à saúde; 4) ampliação e fortalecimento de mecanismos de informação; 5) capacitação de recursos humanos; e 6) organização e funcionamento dos serviços. Na organização da assistência, lembrou que existem três níveis de complexidade no SUS: atenção básica/primário; média complexidade/secundário; e alta complexidade/terciário. Em relação à atenção básica, destacou que o nível primário é o que dispõe de estrutura mais descentralizada, sendo o mais próximo da população. Trata-se da “porta de entrada” do SUS. Lembrou que as equipes de Saúde da Família e agentes comunitários de saúde, sob gestão dos municípios, constituem a principal estratégia da Política de Atenção Básica. Destacou que os Núcleos de Apoio Saúde da Família/NASF devem atuar a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes da Saúde da Família e de forma integrada à rede de serviços de saúde, com acompanhamento longitudinal de pacientes. Elencou como ações dos NASFs: práticas corporais; homeopatia e acupuntura; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança; saúde da mulher; e assistência farmacêutica. A respeito da média e alta complexidade, disse que constitui uma atenção especializada em serviços de reabilitação com equipe multiprofissional e o fornecimento de recursos ópticos, órteses e próteses ortopédicas, aparelhos auditivos, implante coclear e os leitos de reabilitação. Detalhou as Redes de Serviços de Reabilitação: Rede de Reabilitação Física (156 Serviços + intermunicipais + 2.436 fisioterapia) - Fisioterapeutas: 29.120, Terapeuta Ocupacional: 5.883; Rede de Reabilitação Auditiva (144 Serviços + 402 fonoterapia DA + fonoaudiologia.) - Fonoaudiólogos: 9.608, Psicólogo: 23.245; Rede de Reabilitação Visual (8 Serviços) - Programa Olhar Brasil; e Deficiência Intelectual (1000 Serviços). Destacou também a atenção à saúde das pessoas com ostomia; assistência ventilatória - doenças neuromusculares; e atenção à saúde – “osteogênese imperfecta”. Ainda sobre as Redes Serviços de Reabilitação, enumerou os equipamentos fornecidos: reabilitação visual - 10 recursos ópticos; reabilitação física - órteses MMSS, MMII e coluna, próteses MMSS e MMII, calçados, palmilhas, muletas, andador, cadeiras de rodas; saúde auditiva - aparelhos auditivos, implante copilar; implante coclear – próteses; e ostomia - bolsas de ostomia. Destacou que esse fornecimento é acompanhado por atendimento pela equipe multiprofissional. Explicou que na unificação da tabela de equipamentos em 2007 foi feita uma revisão dos itens com descrição e reavaliação dos CIDs. No caso da hanseníase, muitos dos equipamentos utilizados não existiam CIDs, portanto, foi incluído o CID da hanseníase nos equipamentos da tabela do SUS. Explicou que, em setembro de 2007, foi instituído pelo Decreto 6.215 um compromisso com a Inclusão Social de Pessoas com Deficiência. Desse modo, vários Ministérios priorizaram e fortaleceram ações na área da pessoa com deficiência. Disse que o Ministério da Saúde comprometeu-se a ampliar a cobertura e aprimorar o processo de reabilitação no SUS. Informou que houve um incremento de recursos para Estados e Municípios na ordem de R\$ 115 milhões para todas as áreas. No caso da reabilitação física, comunicou que foram disponibilizados R\$ 31 milhões a Estados e Municípios para trabalhar a fila de espera por órteses e próteses na reabilitação física. Explicou que, nesse processo, identificou-se a necessidade de implantação de oficinas ortopédicas, com capacitação/formação de ortesistas e protesistas, para adaptação dos equipamentos. Nesse sentido, os Estados foram orientados a discutir com a coordenação estadual de hanseníase uma proposta de implantação da oficina ortopédica. Citou as oficinas de órteses e próteses financiadas pelo Ministério da Saúde, por demanda dos estados: Piauí - Teresina (inaugurada 2009); Pernambuco - Caruaru (2008); Bahia - Salvador (2008); Alagoas - Maceió (2008); Mato Grosso - SINOP e Cáceres (2008); Santa Catarina - Florianópolis (2009); e Amazonas - Manaus (2009). Disse que foram firmados convênios com o Ministério da Saúde e os gestores locais devem promover a licitação dos equipamentos e montagem das oficinas. Acrescentou que a

contrapartida dos estados é recursos humanos e estrutura (local). Além disso, informou que o Ministério da Saúde propõe ao Estado a organização de curso de formação/capacitação de profissionais (sapateiros) para atuar nessas oficinas. Destacou que o Ministério financiou cursos para os Estados de Mato Grosso, Santa Catarina-Florianópolis e Bahia-Salvador. Finalizou destacando que os pacientes com hanseníase são atendidos nessa estrutura. A seguir, a Coordenadora do Centro de Referência Nacional em Hanseníase, Dra. **Isabela Goulart**, fez uma abordagem sobre a reabilitação em hanseníase. Inicialmente, solicitou que o material da sua apresentação não fosse disponibilizado aos conselheiros, porque possuía fotos de pacientes para os quais não solicitou autorização para disponibilizar. Feita essa ressalva, iniciou a explanação explicando que hanseníase é um problema de saúde pública que: apresenta alta magnitude e transcendência. Disse que se trata de uma doença infecciosa, transmissível, muito frequente na população (endêmica) e o caráter insidioso, mesmo quando diagnosticada precocemente, tem grande potencial de provocar deficiências, incapacidades e deformidades físicas, gerando um grande impacto sócio-econômico (absenteísmo, afastamentos e aposentadorias). Além disso, possui alta vulnerabilidade, tem tratamento e cura e existe tecnologia de impacto para tratar e reabilitar deficiências e incapacidades. No que diz respeito à relação custo-benefício, explicou o investimento feito nesse sentido tem retorno para o Brasil, visto que a cada caso tratado e reabilitado há um benefício enorme para a população e o país. Frisou que se trata de uma questão de decisão Política: critérios técnicos, pressão política e sensibilização. Detalhou que se trata de uma doença infeccioso-crônica, com exuberância de lesões dermatológicas. A seguir, mostrou fotos que ilustram as lesões decorrentes da hanseníase. Esclareceu que, apesar de aparecer na pele, a hanseníase é uma doença do sistema nervoso periférico. O diagnóstico é realizado através do exame clínico, quando se busca os vários sinais dermatono-neurológicos da doença, associado ao exame baciloscópico (e outros exames auxiliares: sorologia e PCR). Frisou que o diagnóstico correto exige conhecimento aprofundado da doença e se impõe a várias especialidades médicas, por ser uma doença multifacetada e com sinais e sintomas insidiosos, que mimetizam várias outras doenças. Detalhou que os principais nervos periféricos acometidos na hanseníase são: Facial e Trigêmeio, Radial, Radial cutâneo, Fibular, Mediano, Ulnar e Tibial posterior. Destacou que o comprometimento dos nervos periféricos leva a perda da sensibilidade da área de inervação, diminuição da força e motricidade e cianose e pele seca. Ressaltou que, além da lesão crônica, os pacientes podem apresentar estados reacionais agudos que demandam internação. Assim, detalhou o tratamento clínico da neurite que inclui: tratamento clínico (corticóide), imobilização em tala gessada; repouso; e acompanhamento da evolução para intervenção cirúrgica. A respeito das lesões dos nervos periféricos, destacou que as ações do bacilo e dos processos inflamatórios são: diminuição ou perda da sensibilidade – dormência; diminuição ou perda de sudorese e lubrificação da pele - pele seca; e diminuição ou perda da força muscular – fraqueza. Detalhou que as consequências da lesão neural são: queimaduras, ferimentos, úlceras, fissuras, atrofia, contraturas e articulações rígidas, desequilíbrio muscular (deformidades: garra, pé caído, lagofalmo) e aumento de pressão em áreas específicas nas atividades diárias e destruição de estruturas (pele, tendão, ligamento, osso, músculo), evoluindo para deformidade. Mostrou fotos de seqüelas por lesão dos nervos ulnar e mediano. Ilustrou também as deficiências físicas na hanseníase: úlceras plantares e reabsorção óssea, pé caído, feridas, paralisia facial da hemiface direita com lagofalmo, ausência de pregueamento frontal, seqüela do acometimento ocular, entre outros. Explicou que são necessárias adaptações para atividades da vida diária, órteses, palmilhas, adaptações e/ou modificações de calçados, cirurgias de reabilitação, reabilitação de mão: implante de prótese de silicone, cirurgias de reabilitação de pés: ortopedia e tratamento de feridas. Segundo, falou da hanseníase no SUS com enfoque no desafio da integralidade da assistência, dizendo que não é possível pensar em cura da hanseníase sem garantir o tratamento e reabilitação das incapacidades. Disse ainda que a associação da hanseníase com o termo “lepra” provoca reações semelhantes em todas as sociedades, a despeito da diversidade cultural. Essas reações de negação se referem a um fator cultural básico e universal e que o contágio não explica por si só a reação: seus possíveis efeitos - as deformidades - é que se constituem no elemento fundamental. A deformidade física é apontada como a ocorrência mais temida em todas as sociedades. Destacou como consenso o fato de que o desenvolvimento e a instalação de deficiências e incapacidades funcionais neuromotoras no indivíduo atingido por seqüelas de hanseníase é um dos pontos críticos envolvidos com a morbidade e cronicidade da doença no contexto da exclusão social (ou desenvolvimento social). Salientou que ainda se configura em um desafio como promover a atenção integral em prevenção de incapacidades e reabilitação de deformidades decorrentes da hanseníase. Nesse contexto, citou as Portarias do MS, nº 586 e nº 587, de abril de 2004, como um marco histórico. Em relação à Portaria nº 586/GM/04, destacou que determina como objetivos: ampliar o acesso ao diagnóstico e ao tratamento nos municípios de maior endemidade; garantir atenção integral aos pacientes em todos os níveis de complexidade; assegurar, nas unidades de saúde, tratamento completo para as formas paucibacilar e multibacilar; desenvolver ações de promoção à

saúde e vigilância epidemiológica, bem como de diagnóstico e acompanhamento, tratamento e reabilitação das pessoas atingidas pela doença; promover a organização, a regulação, o acompanhamento e a avaliação do conjunto de ações de saúde para a efetiva eliminação da hanseníase; garantir informação acessível, atualizada e confiável, como ferramenta de avaliação, acompanhamento do estágio da eliminação para tomada de decisão; responsabilizar os gestores e mobilizar a sociedade civil na promoção do conhecimento sobre os sinais e sintomas da hanseníase; e ampliar a oferta de procedimentos de reabilitação física aos pacientes portadores de incapacidades/deformidades decorrentes da hanseníase. Em relação à Portaria GM nº 587/04, explicou que estabelece mecanismos para a organização e a implantação de Redes Estaduais e Municipais de Atenção à Hanseníase e determina que as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, de acordo com as respectivas condições de gestão e divisão de responsabilidades, definidas na Norma Operacional Básica de Assistência à Saúde – NOAS/01/2002, adotem as providências necessárias à organização e implantação das Redes Estaduais de Atenção à Hanseníase, que serão integradas pelos seguintes Serviços de Atenção à Hanseníase: a) Ações de Saúde na Atenção Básica; b) Serviços de Atenção na Média Complexidade; e c) Serviços de Atenção a Hanseníase na alta Complexidade. A Portaria determina ainda que as ações de saúde na Atenção Básica compreendem ações de caráter individual e coletivo de promoção e prevenção de incapacidade resultantes da hanseníase que possam ser realizadas neste nível de atenção, assim como ações informativas e educativas junto à comunidade de orientação familiar e encaminhamentos quando necessário para o Serviço de Atenção à Hanseníase na Média Complexidade. Explicou que, em 2006, houve uma tentativa de elaborar Instruções Normativas da Portaria de Controle da Hanseníase, mas não houve avanços. Inclusive, informou que o CREDESH/UFU foi credenciado pelo Estado, mas não recebe recurso estadual. Disse que a SVS repassa recursos para o Centro, mas a SAS não o reconhece. Além disso, destacou que não se deve falar de teto da Média e Alta Complexidade, pois quase todos os procedimentos da hanseníase são realizados na média complexidade. Explicou que somente o UFU possui R\$ 300 mil de déficit orçamentário na média complexidade e apresentou os seguintes dados do levantamento de deficiências por hanseníase no CREDESH/UFU, 2003 a 2008: de 318 casos atendidos e que completaram o tratamento no CREDESH/UFU no período, 31,5% (100) dos casos precisam de atenção especializada (grau de incapacidade 2 na alta) porque possuem alguma deficiência física nos seguintes sítios: 11,1% (35) no pé; 13,6% (43) na mão; 4,7% (15) no olho; e 2,1% (7) no nariz. Pontuou como desafios: garantir o financiamento de toda a gama de ações por meio de uma pactuação dos procedimentos, acionando a CERAC e CNRAC; teto MAC (média e alta complexidade) não atende aos gestores municipais e nem aos HUs das IFES; e despertar gestores e o controle social sobre a necessidade de elaborar/aprovar Projeto de Lei/Portaria que garanta um orçamento extra teto para a atenção integral à hanseníase, via FAEC (Fundo de Ações Estratégicas e Compensação) visando resgatar essa dívida histórica com o paciente de hanseníase. Explicou que para corrigir as disparidades faz-se necessário: 1) habilitação/credenciamento: pela SAS e SVS/MS, por meio de Portaria para cadastro no CNES, dos serviços de referência com capacidade instalada e que são pólo de macrorregião e que são referências para uma população da área de abrangência definida pelo SUS (no caso do CREDESH/UFU: atendimento de três macros com uma população de 2.572.928 habitantes); 2) financiamento: FAEC a fim de garantir os procedimentos necessários para reabilitar uma demanda reprimida imensa dessa população nesse primeiro momento; 3) recursos humanos: com a garantia de recebimento dos procedimentos, toda a assistência na média e alta se organiza para produzir e, dessa forma, os gestores aceitam negociar os contratos de pessoal especializado, que tem sido treinado nos últimos vinte anos pelo PNCH/SVS/MS. No que diz respeito à tabela SIA/SUS, destacou que é preciso garantir a inserção urgente dos CIDs e procedimentos relacionados à hanseníase por especialidade. Por fim, disse que para corrigir as disparidades é preciso decisão política. Ressaltou que, mesmo com a luta no setor saúde por maior financiamento em todos os setores, observa-se prioridade zero para hanseníase. Lembrou o compromisso do atual governo, desde a primeira gestão, a respeito da hanseníase e frisou que a hora é agora e que seria um avanço sem precedentes na história dessa doença e exemplo para o mundo. Na sequência, fez uso da palavra a Coordenadora da Comissão dos Filhos Preventórios/MORHAN, **Maria Teresa Santos Oliveira**, que falou do trabalho do MORHAN a respeito dos filhos preventórios. Começou a sua fala relatando a sua história e a relação com o MORHAN. Contou que há oito anos descobriu ser adotada e que os seus pais biológicos eram pessoas com hanseníase. Ao saber da sua história, buscou informações sobre a hanseníase, descobriu o MORHAN e logo se uniu a causa desse Movimento. Ressaltou que todo brasileiro possui uma dívida histórica com relação à hanseníase, porque por conta do isolamento compulsório, as famílias perderam o direito de continuar com os seus filhos, o que resultou em diversas adoções irregulares, de um lado, e abandono de crianças, do outro. Destacou que, diante da gravidade dessa situação, em janeiro de 2010, o MORHAN decidiu formar uma comissão para tratar da questão dos

filhos separados dos pais pelo isolamento compulsório e dos abandonados porque os pais foram cassados. Explicou que se trata de uma luta por conscientização a respeito do holocausto cometido a partir da década de 20 com a separação dos filhos. Informou que a Comissão iniciou um processo de cadastramento dos filhos separados ou abandonados e verificou que a situação desses filhos é grave. Trata-se de pessoas que perderam a sua família e não conhecem a sua própria história. Narrou que, no seu caso em particular, foi adotada e possuía duas certidões de nascimentos, ambas válidas. Disse que encontrou duas irmãs, uma criada em um orfanato, sem saber da existência da família, hoje funcionária pública. A outra vivia na casa de patrões como empregada doméstica. Declarou o seu orgulho pelas duas considerando a situação de adversidade que passaram. Finalizou dizendo que todos conhecem a história do holocausto porque os judeus não param de propagá-la. Por isso, não iria parar de falar até que alguém ouvisse os filhos preventórios e houvesse a digna reparação.

Manifestações. Conselheira **Rosângela Santos** manifestou preocupação com as políticas de saúde que desconsideram o sofrimento das pessoas. Enfatizou que é preciso garantir que a reparação das pessoas separadas das famílias seja a mais ágil possível. Também cumprimentou o trabalho das pessoas que lidam com essas situações – profissionais, voluntários, entre outros. Conselheiro **Artur Custódio de Souza**, Coordenador da Comissão de Eliminação da Hanseníase/CNS, iniciou a sua fala com a ênfase na necessidade de definição de ações voltadas às populações mais desassistidas. Em seguida, apresentou as seguintes propostas ao CNS: aprovar um documento do CNS (com formato a definir) de apoio à proposta de implementação, por parte do governo, de uma medida de indenização e reparação dos danos cometidos aos filhos separados dos pais, na época da segregação da hanseníase; reiterar a importância da homologação das Resoluções nº 422 e 423, por parte do Ministro da Saúde; aprovar uma resolução para que a SAS e a SVS apresentem ao CNS uma proposta de regulamentação do artigo 4º da Lei 11.520/07, inclusive com o cruzamento de dados com a SEDH e que a CIT discuta este tema em caráter de urgência, com observadores do CNS; e solicitar à CIRH que discuta a questão do fechamento de sapatarias. Conselheiro **Geraldo Adão Santos**, coordenador-adjunto da Comissão de Eliminação da Hanseníase, agradeceu os convidados pela presença, em especial a Dra. **Dra. Isabela Goulart** e o CNS por acatar o pedido da Comissão para pautar o tema. Solicitou aos conselheiros que levem esse debate às bases e solicitou reflexão em torno da frase: "O Brasil unido contra a hanseníase – mobilização, conscientização, comprometimento e solidariedade são os elos dessa união". Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** lamentou essa parte triste da história do país e concordou que é preciso reparar as pessoas separadas da sua família. Conselheira **Jurema Werneck** registrou a presença do ex-conselheiro do CNS Eni Carajá, que entregou ao CNS e ao MS cópia do dossiê sobre a situação das pessoas atingidas pela hanseníase e isoladas em preventórios/educandários. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, diante do avançado da hora, pediu licença para solicitar ao Plenário a definição da data da reunião extraordinária e da próxima reunião ordinária do CNS. Perguntou se havia consenso sobre a proposta: reunião extraordinária do CNS no dia 3 de agosto para discutir a reformulação da Resolução nº 333 e o Cartão SUS e 212ª RO antecipada para os dias 4 e 5 de agosto de 2010. **Nesse momento, não houve manifestações contrárias a essa proposta.** Seguindo, Conselheiro **Clóvis Boufleur** falou da satisfação com o debate desse tema e destacou a atuação da Pastoral da Criança nos estados mais endêmicos. Endossou as propostas de encaminhamento apresentadas pelo coordenador da Comissão de Eliminação da Hanseníase e, em relação à proposta de apoiar a reparação dos atingidos pela hanseníase, disse que a manifestação deve ser na forma de resolução. Propôs inclusive que a Comissão estudasse a possibilidade de estender aos filhos o benefício de indenização, como adendo à iniciativa do governo de indenização às pessoas atingidas pela hanseníase, o que tornaria ágil o processo. Destacou o empenho do Ministério da Saúde no controle da hanseníase e disse esperar que o próximo governo leve adiante o trabalho até então realizado. Disse que a Pastoral está à disposição para contribuir e que é preciso avançar nessa causa. Por fim, falou da satisfação de ouvir a história de pessoas empenhadas nesse trabalho. Conselheiro **Willen Heil** cumprimentou o MORHAN pela luta e registrou o apoio das entidades da fisioterapia e terapia ocupacional pela eliminação da hanseníase e reparação das pessoas estigmatizadas. Falou da importância da Classificação Internacional de Funcionalidade para acompanhar a evolução dos pacientes e da multiprofissionalidade e interdisciplinariedade no processo de reabilitação dos pacientes. Por fim, manifestou apoio ao encaminhamento de apoio ao MORHAN. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** concordou que existe uma dívida social e que é necessário reparar as pessoas separadas da família. Explicou que chegou a CIRH a solicitação de debate sobre a regulação da profissão de sapateiro e o assunto foi remetido à Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde, que trata da regulação das profissões. Manifestou apoio aos encaminhamentos apresentados pelo coordenador da Comissão, cumprimentou os profissionais que lidam com a hanseníase e registrou o compromisso de se unir à luta quando se aposentar. Conselheira **Rosângela Santos** perguntou se as pessoas com diabetes também são atendidas pela Rede Reabilitação. Conselheiro **José Naum Mesquisa** solicitou questão

2253 de ordem no sentido de retomar o debate da data da reunião extraordinária e da próxima reunião
2254 ordinária do CNS, porque alguns conselheiros tinham dificuldades em participar das reuniões nos dias
2255 3, 4 e 5 de agosto. Acordou-se que essa questão seria retomada posteriormente. **Retorno da mesa.**
2256 O diretor do Devep/SVS, **Eduardo Hage Carmo**, agradeceu os comentários e as sugestões e reiterou
2257 o compromisso com a implementação da Política. Ressaltou que é preciso fortalecer as ações e
2258 identificar as lacunas a serem aperfeiçoadas como melhoria do diagnóstico e ampliação da cura para
2259 alcançar maior redução na incidência e na prevalência e que os Programas de AIDS e de Tuberculose
2260 têm incluído populações mais desassistidas, como as do sistema prisional e, na reunião com as
2261 parcerias, foi sugerido o fortalecimento das ações para a população indígena. Disse que a SVS fará a
2262 análise do dossiê elaborado pelo MORHAN e, no âmbito de sua competência, buscará apoiar a luta. A
2263 coordenadora da Área Técnica da Pessoa com Deficiência/MS, **Érica Pisanechi**, explicou que a Rede
2264 de Reabilitação atende qualquer paciente com incapacidade e que necessite de um equipamento.
2265 Logo, a Rede é demandada por programas específicos como hanseníase e diabetes. Além disso,
2266 comunicou que Portaria que atende a área de reabilitação física está em reformulação e os programas
2267 podem contribuir no aprimoramento da proposta. Reiterou que a reabilitação em hanseníase refere-se
2268 prioritariamente a procedimentos de média e alta complexidade e que a SVS e a SAS estão discutindo
2269 a organização da assistência em hanseníase. Disse que os avanços alcançados na implementação da
2270 Política para Pessoas com Deficiência beneficiam as pessoas atingidas pela hanseníase. Lembrou
2271 que a CISPD possui um GT sobre órteses e próteses. Ressaltou que os profissionais de reabilitação
2272 possuem papel importante na equipe multiprofissional em relação à prescrição de órteses, mas,
2273 atualmente, esse papel é do médico. De todo modo, explicou que a Portaria 818 está em revisão e
2274 essa questão pode ser debatida. Considerou apropriada a sugestão acerca da CIF e frisou que é
2275 necessário criar instrumentos para aplicar a classificação no atendimento feito na rede do SUS.
2276 Manifestou satisfação com a proposta acerca da regulamentação da profissão de sapateiro e sugeriu
2277 a inclusão do ortesista e protesista. A Coordenadora do Centro de Referência Nacional em
2278 Hanseníase, **Dra. Isabela Goulart**, agradeceu a oportunidade e destacou que é preciso
2279 habilitar/credenciar serviços de referências das áreas de abrangência do SUS para que possam ser
2280 encarados de forma diferente no âmbito da gestão municipal. A Coordenadora da Comissão dos
2281 Filhos Preventórios/MORHAN, **Maria Teresa Silva Santos Oliveira**, também agradeceu a
2282 oportunidade e colocou-se à disposição para esclarecimentos. Conselheiro **Willen Hiel** lembrou que
2283 as profissões de ortesistas, protesistas e sapateiros já foram apreciadas pela Câmara de Regulação
2284 do Trabalho em Saúde e teve parecer contrário. Disse que fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais
2285 fabricam esses equipamentos e defendeu a multiprofissionalidade nesse campo. Explicou que a sua
2286 recomendação refere-se à utilização da CIF e adequação no que diz respeito à prescrição, por parte
2287 dos profissionais de saúde habilitados para tal. Colocou o FENTAS à disposição para elaborar o texto
2288 da recomendação. Conselheiro **Artur Custódio de Souza** retificou que a Resolução nº. 423 foi
2289 homologada pelo Ministro da Saúde, desse modo, a proposta é convidar a ANVISA para
2290 apresentação, na próxima reunião. Além disso, sugeriu que a Mesa Diretora solicite do Ministro da
2291 Saúde a homologação da Resolução nº. 422. Após essas considerações, a mesa passou aos
2292 encaminhamentos. **Deliberação: aprovada recomendação de apoio do CNS, a ser encaminhada à**
2293 **Presidência da República, Defensoria Pública da União e Secretaria Especial de Direitos**
2294 **Humanos à proposta de implementação, por parte do governo, de uma medida de indenização**
2295 **e reparação dos danos cometidos aos filhos separados dos pais, na época da segregação da**
2296 **hanseníase; convidar a ANVISA para apresentar ao CNS informações sobre a Resolução 423,**
2297 **homologada pelo Ministro da Saúde, que apresenta proposta para agilizar o fluxo de liberação**
2298 **de doações internacionais de medicamentos e insumos para programas estratégicos do**
2299 **Ministério da Saúde; recomendar ao Ministério da Saúde a utilização da Classificação**
2300 **Internacional de Funcionalidade para acompanhar a evolução dos pacientes e sugerir a**
2301 **adequação a respeito da prescrição, por parte dos profissionais de saúde habilitados, de**
2302 **órteses e próteses; reiterar a importância da homologação da Resolução nº 422, por parte do**
2303 **Ministro da Saúde; aprovar resolução para que a SAS e a SVS apresentem ao CNS uma**
2304 **proposta de regulamentação do artigo 4º da Lei 11.520/07, inclusive com o cruzamento de**
2305 **dados com a SEDH e que a CIT discuta este tema em caráter de urgência, com observadores do**
2306 **CNS; solicitar à CIRH que discuta a questão do fechamento de sapatarias.** Encerrando, a mesa
2307 agradeceu a presença dos convidados e retomou o debate acerca da reunião extraordinária e 212^a
2308 reunião ordinária. **Deliberação: aprovada a convocação de reunião extraordinária do CNS no dia**
2309 **3 de agosto para discutir a reformulação da Resolução nº 333 e o Cartão SUS; e aprovada**
2310 **antecipação da 212^a RO para os dias 4 e 5 de agosto de 2010. Em que pese essa deliberação, a**
2311 **212^a foi mantida nos dias 11 e 12 de agosto de 2010, conforme calendário oficial de reuniões**
2312 **aprovado pelo Pleno e a reunião extraordinária cancelada, em virtude da impossibilidade de**
2313 **participação de vários conselheiros nos dias 3, 4 e 5 de agosto de 2010. A Secretaria-Executiva**

2314 **do Ministério da Saúde, Márcia Bassit, confirmou a sua participação na 212ª Reunião para**
2315 **apresentar o item de pauta sobre Cartão SUS.** Na seqüência, a mesa retomou o item dos informes
2316 e indicações. **d) INFORMES E INDICAÇÕES** - 1) Indicação de Coordenação da Comissão
2317 Intersetorial de Ciência e Tecnologia – CICT. **Deliberação:** item adiado para a próxima reunião do
2318 CNS. 2) O Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS solicita indicação de dois representantes
2319 (Governo e Sociedade Civil) para integrar o GT com o objetivo de debater o resultado do
2320 Levantamento dos Benefícios Eventuais da Assistência Social. **Deliberação:** foram indicados os
2321 **seguientes representantes do CNS: Conselheiro Volmir Raimondi e Conselheira Cleusa**
2322 **Rodrigues Bernardo.** 3) A Escola Nacional dos Farmacêuticos convida os Membros da Comissão
2323 Intersetorial de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia – CIVSF para participar da 3ª Edição do
2324 Simpósio Nacional de Assistência Farmacêutica. Data: 06 e 07 de agosto de 2010. Local: Belo
2325 Horizonte – MG. Não houve deliberação. 4) X Encuentro Iberoamericano de la Sociedad Civil “El
2326 Fortalecimiento de la Ciudadanía” organizado por la Federación de Fundaciones Argentinas - FEDEFA
2327 – y el Foro del Sector Social que se realizará entre los días 19 y 21 de Septiembre de 2010, en el hotel
2328 Ros Tower, cito en Mitre 299, en la histórica ciudad de Rosario, Argentina. **Deliberação:** aprovada a
2329 participação do Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS. Seminários do CNS.
2330 **Deliberação:** o Plenário decidiu formar comitês para organizar os três seminários aprovados,
2331 tendo sido indicados os seguintes nomes: a) de Atenção Primária – *segmento dos usuários*:
2332 Maria de Lourdes Alves Rodrigues, Marisa Fúria, Nildes de Oliveira Andrade, Alexandre Magno
2333 e Rosângela Santos; e *segmento dos trabalhadores*: Lírida Maria Vieira e Ana Cristhina Brasil;
2334 b) Público/Privado – *segmento dos usuários*: Jorge Venâncio, Gilson Silva, Pedro Tourinho
2335 Siqueira e Geraldo Adão Santos; e c) Gestão Trabalho – Jurandi Frutuoso Silva e Nilo Brêtas
2336 Júnior. **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, Conselheira Ruth Ribeiro Bittencourt
2337 encerrou os trabalhos, agradecendo a presença de todos. Estiveram presentes os seguintes
2338 conselheiros no segundo dia: *Titulares* - Abrahão Nunes da Silva, Alcides Silva de Miranda,
2339 Antônio Alves de Souza, Artur Custódio M. de Souza, Cleuza C. Miguel, Clóvis A. Boufleur,
2340 Edemilson Canale, Fernanda Lou Sans Magano, Geraldo Adão Santos, Geraldo Alves
2341 Vasconcelos, João Donizeti Scaboli, José Caetano Rodrigues, José Carrijo Brom, Jorge Alves
2342 de Almeida Venâncio, José Marcos de Oliveira, Jurema Pinto Werneck, Lírida Maria S. Vieira,
2343 Manoel Messias Nascimento Melo, Maria de Lourdes Alves Rodrigues, Maria do Espírito Santo
2344 Tavares dos Santos, Maria Thereza Antunes, Marisa Fúria Silva, Nildes de Oliveira Andrade,
2345 Paulo Guilherme Romano, Rosangela da Silva Santos, Sandra Regis, Silvia Martins
2346 Casagrande, Volmir Raimondi, Wilen Heil e Silva e Zilda de Faveri Vicente Souza. *Suplentes*: Ana
2347 Cristhina de Oliveira Brasil, Ana Maria Rodrigues, Elias Rassi Neto, Fernando Donato
2348 Vasconcelos, Gilson Silva, Graciara Matos de Azevedo, Júlio A. Gevaerd, Luiz Alberto
2349 Catanoce, Luiz Fernando C. Silva, Maria do Socorro de Souza, Nelson A. Mussolini, Paulo César
2350 Augusto de Souza, Pedro Tourinho de Siqueira, Rosane Nascimento e Valdenir Andrade
2351 França.