



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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 Bouffleur** 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

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

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

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

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

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



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

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



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

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

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

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

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

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



acompanhamento do CNS nas reuniões da Coordenação Nacional de Plenárias dos Conselhos informando a Agenda e socializando ao Pleno os resultados das coordenação de Plenárias, adotando uma dinâmica que estimule a participação ativa dos representantes de plenárias estaduais. Prazo: 2010 a 2012. 3) Dar continuidade à articulação do CNS com os Conselhos Estadual de Saúde e ampliar a relação com os Conselhos Municipais. Prazo: 2010 a 2012. V - Conferências de Saúde – Atividades: 1) Convocar a 14ª Conferência Nacional de Saúde para 2011; orientar os conselhos de saúde para a realização das conferências de saúde preferencialmente no primeiro ano dos mandatos de governo, a fim de que suas deliberações constituam diretrizes para as políticas de saúde; utilizar metodologias que possibilitem ampla participação, incluindo em sua programação a avaliação da implementação das propostas deliberadas em conferências anteriores; e mobilizar todos os meios de comunicação para a divulgação da realização da 14ª Conferência para toda a população. Prazo: 2010. 2) Avaliar e monitorar as deliberações da 13ª Conferência Nacional de Saúde e o Plano Nacional de Saúde, utilizando instrumentos e tecnologias aplicáveis e disponibilizá-las aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. Prazo: 2010 a 2012. VI - Educação Permanente para o Controle Social no SUS. Atividades: 1) Formular de forma participativa uma proposta para os processos de formação do Controle Social, com indicadores de monitoramento e avaliação. Prazo: 2010. 2) Divulgar, mensalmente, o quadro de controle das Resoluções (homologadas e não homologadas) como indicador de acompanhamento do Conselho Nacional de Saúde na página eletrônica do Conselho e outros meios de divulgação. Prazo: 2010 a 2012. 3) Garantir material educativo para os movimentos sociais parceiros e comissões estaduais de educação permanente, disponibilizando por meio digital (CD, DVD, pen drive), impresso e outros. Prazo: 2010 a 2012. 4) Dar continuidade aos temas mensais das "rodas de conversa", alimentando mensalmente o *link* e informando o tema disponibilizado a cada mês aos conselhos de saúde. Prazo: 2010 a 2012. 5) Garantir um sistema de informação para acompanhar o processo de formação para o controle social. Prazo: 2010. 6) Buscar cooperação das 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 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 o acolhimento dos novos conselheiros. Prazo: 2010. 2) Rediscutir o papel das Comissões no CNS para o real fortalecimento do controle social. Prazo: 2010. 3) Definir os critérios para as pautas das comissões pelo CNS. Prazo: 2010. 4) Garantir assessoria técnica e condições para que as comissões efetivem seu papel de assessoramento ao Pleno do CNS. Prazo: 2010. 5) Garantir avaliação permanente do processo de trabalho do Pleno do CNS. Prazo: 2010 a 2012. 6) Atualizar o *site* do 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 da Coordenação da Plenária no debate. Prazo: 2010. 8) Definir o fluxograma para as pautas das reuniões plenárias do CNS. Prazo: 2010. 9) Garantir a discussão sobre a autonomia do controle social, com base no acórdão do TCU nº 91 (*não foi encontrado Acórdão nº 91 TCU relacionado à autonomia do Controle Social*). Prazo: 2010. 10) Garantir que as contratações de pessoal da SE/CNS sejam realizadas por meio de concurso público. Prazo: 2010 a 2012. VIII - Fortalecer a Cooperação Internacional na área de saúde – Atividades: 1) Promover a integração com os órgãos, organismos, entidades, entre outros, que tratam da cooperação internacional na área da saúde, articulando as ações do governo com as do CNS. 2) Garantir a articulação do CNS com o Itamaraty nas questões que envolvem o MERCOSUL, Unasul, África, entre outros. 3) Solicitar dos Ministérios, Senado e Câmara suas agendas internacional. 4) Promover troca de experiência com o Controle Social em outros países. 5) Estreitar a relação com entidades de espaço de articulação com a América Latina (Ex: OCLAE, FECOC, AIH, Federação Sindical Mundial, CSA, CSI) assegurando o papel político do CNS. 6) Articular com os setores e movimentos mundiais que resistem ao monopólio das grandes corporações da saúde. 7) Acompanhar a agenda do MERCOSUL e dos países fronteiriços.

**Manifestações.** Conselheiro **Geraldo Adão Santos** destacou a proposta 2 do eixo VII ("Propor a criação de um Painel Nacional da Demanda reprimida na média e alta complexidade do País, com mecanismos de controle e avaliação de risco") pela sua importância e solicitou que o CNS inicie o mais breve possível esse processo visando à diminuição da demanda reprimida. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** informou que a proposta seria discutida na próxima reunião da Mesa Diretora. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares** cumprimentou o GT pelo trabalho, mas manifestou preocupação com o número de propostas para serem viabilizadas em 2010. Diante disso, propôs que no final do ano o Pleno realizasse um balanço do planejamento e transferisse para 2011 as atividades não realizadas. Conselheiro **José Naum** propôs nova redação à atividade nº. 3 do eixo VII da Agenda Política, conforme sugestão de participantes da 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental: "Incluir no Projeto da Lei de Responsabilidade Sanitária garantia do acesso universal à saúde considerando enfrentamento da desigualdade e iniquidades em relação à raça/etnia, gênero,

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

Federal MS nº 2.728/2009 – RENAST; Políticas Nacionais do SUS: Promoção da Saúde; HumanizaSus; Informação e Informática, Política Nacional de Atenção Básica, Atenção Integral Populações do Campo e da Floresta, Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, Gestão do Trabalho e Educação Permanente, Sistema de Planejamento do SUS; 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador – 2005 - Proposta PNST 2001 e de 2004, Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho (PNSST): 2005, consulta pública e minuta 2010. Explicou que a Política estrutura-se da seguinte maneira: 1. Introdução; 2. Princípios Norteadores; 3. Propósito; 4. Diretrizes; 5. Estratégias; 6. Responsabilidades das esferas de gestão; 7. Parâmetros para Avaliação e Acompanhamento da Política; 8. Glossário; 9. Bibliografia Consultada; e 10. Anexos. Explicou que na introdução são explicitados conceitos, contextualização e desafios, tais como: Saúde do Trabalhador: campo da saúde coletiva, interdisciplinar, trabalhadores sujeitos, Intersetorialidade; Trabalho: determinante do processo saúde-doença; Mundo do trabalho: reestruturação produtiva, perda da centralidade do trabalho industrial, novas tecnologias, flexibilização, terceirização, fragilização organização dos trabalhadores; Mais da metade da PEA ocupada sem proteção social, trabalho informal, precário, populações em situação de vulnerabilidade, servidores públicos; relação da Saúde dos Trabalhadores com os processos de produção e modelos de desenvolvimento econômico; Interfaces da saúde do trabalhador com a área do meio ambiente; e Impactos ambientais e à saúde do trabalhador frequentemente originam-se nos mesmos processos produtivos. Ainda em relação aos conceitos, contextualização e desafios colocados na introdução, destacou: perfil morbimortalidade: doenças e acidentes do trabalho tradicionais; novos adoecimentos: cânceres, alergias, intoxicações, sofrimento psíquico e doenças mentais, situações de violência, entre outros; impactos desconhecidos de nanotecnologias, química fina, biotecnologia (OGM), energia nuclear; garantia do direito à saúde, bases legais para a atuação do SUS em saúde do trabalhador; e desafios para o SUS: descentralização, incorporação da saúde do trabalhador em todos os níveis e instâncias do SUS. Enumerou os princípios norteadores da Política: universalidade, integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, precaução, participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social e hierarquização e descentralização. Explicou que a universalidade implica em considerar que são objeto e sujeitos desta política todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativado, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado. Detalhou que a integralidade visa: articular ações individuais e curativas com ações coletivas e de vigilância à saúde; articular planejamento com ação/execução; articular conhecimento/saberes com práticas; entender o trabalhador na totalidade de suas necessidades, objetivas e subjetivas, no trabalho e fora dele; entender os processos de trabalho como processos sociais e políticos, que se dão nos ambientes particulares - espaços coletivos; e integrar ações de saúde do trabalhador em toda a rede SUS. Disse que a equidade se refere a: inclusão de populações vulneráveis; diminuição das desigualdades, justiça social, contemplando trabalhadores informais, em trabalho precário; populações sob condições de vida precárias; trabalhadores urbanos sem teto; mulheres, crianças, adolescentes; e discriminações de gênero, cor da pele, raça, etnia, orientação sexual, religiosa, geracional. Destacou que a equidade considera ainda trabalhadores rurais, sem terra, pescadores artesanais, marisqueiras, populações indígenas e quilombolas, fundos de pasto. No que diz respeito à responsabilidade sanitária, explicou que diz respeito à responsabilidade dos gestores e dos profissionais de saúde na garantia do direito à saúde (articulação com a Carta de Direitos e Deveres dos Usuários do SUS, Constituição Federal e Lei Orgânica da Saúde). Trata-se de um princípio ético-político da ação sanitária: objetivo e justificativa da intervenção é a melhoria das condições de trabalho e de saúde; direito dos trabalhadores à participação, informação fidedigna, conhecimento sobre as condições de trabalho e ações sanitárias; transparência, ética nas relações, sigilo no que couber dignidade no trabalho; e cumprimento das atribuições do SUS na vigilância dos ambientes, produtos e processos de trabalho. Detalhou também o princípio da precaução que se trata do pressuposto da indissociabilidade entre produção, trabalho, saúde e meio ambiente. Acrescentou que o princípio da precaução é norteador, especialmente na atuação intersetorial e nas questões relativas à sustentabilidade socioambiental dos processos produtivos. Explicou que, mesmo na ausência da certeza científica formal da existência de potencial risco grave ou irreversível à saúde, requer a implantação de medidas que possam prevenir danos decorrentes da utilização de processos produtivos e tecnologias, uso de substâncias químicas, equipamentos e máquinas, ou por precaução, requer a tomada de decisão de que estas tecnologias não devam ser utilizadas. A propósito da participação da comunidade, dos trabalhadores e do Controle Social, disse que contempla: a legitimidade da participação dos trabalhadores; trabalhadores como sujeitos do processo de promoção da saúde; relações éticas entre os representantes da comunidade, dos trabalhadores e do Controle Social e a equipe de saúde; a 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 - matriciamento 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 ressarcimento, 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 sequência, 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 PNSST, 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 sequência, 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 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 renumerar 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 contemple 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 Secretária-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 multisetorial, 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 baciloscopia 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  
2010 com o MEC para inserção do tema hanseníase no material de educação continuada voltado aos  
2011 professores junto às universidades. Por fim, citou publicações a respeito da hanseníase: Baciloscopia  
2012 em hanseníase – guia de procedimentos técnicos; e Estratégia Global Adequada para Redução  
2013 Adicional da Carga de Hanseníase – Período do Plano: 2011 a 2015. Na sequência, a coordenadora  
2014 da Área Técnica da Pessoa com Deficiência/MS, **Érica Pisanечи**, expôs sobre a reabilitação para  
2015 pessoas com deficiência e o atendimento às pessoas acometidas pela hanseníase. Explicou que a  
2016 pessoa com deficiência tem direito a ser atendida no SUS nas suas necessidades básicas e  
2017 específicas de saúde, por meio de ações de promoção, prevenção e reabilitação (incluindo a aquisição  
2018 de recursos ópticos, órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção). Disse que, segundo o Censo  
2019 de 2000, são 24,6 milhões de pessoas com incapacidade (14,5% da população com deficiência).  
2020 Detalhou que, da população com deficiência: 48,1% com deficiência visual; 26,9% com deficiência  
2021 motora/física; 16,7% com deficiência auditiva; e 8,3% com deficiência mental. Explicou que a Política  
2022 Nacional de Saúde Pessoa com Deficiência (Portaria GM nº 1060/02) define diretrizes para  
2023 formulação e desenvolvimento de ações e programas que tem como principal objetivo  
2024 reabilitar/habilitar a pessoa com deficiência com vistas a sua inclusão social. Enumerou os eixos da  
2025 Política: 1) promoção da qualidade de vida; 2) prevenção de deficiências; 3) assistência integral à  
2026 saúde; 4) ampliação e fortalecimento de mecanismos de informação; 5) capacitação de recursos  
2027 humanos; e 6) organização e funcionamento dos serviços. Na organização da assistência, lembrou  
2028 que existem três níveis de complexidade no SUS: atenção básica/primário; média  
2029 complexidade/secundário; e alta complexidade/terciário. Em relação à atenção básica, destacou que o  
2030 nível primário é o que dispõe de estrutura mais descentralizada, sendo o mais próximo da população.  
2031 Trata-se da “porta de entrada” do SUS. Lembrou que as equipes de Saúde da Família e agentes  
2032 comunitários de saúde, sob gestão dos municípios, constituem a principal estratégia da Política de  
2033 Atenção Básica. Destacou que os Núcleos de Apoio Saúde da Família/NASF devem atuar a partir das  
2034 demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes da Saúde da Família e de forma  
2035 integrada à rede de serviços de saúde, com acompanhamento longitudinal de pacientes. Elencou  
2036 como ações dos NASFs: práticas corporais; homeopatia e acupuntura; reabilitação; alimentação e  
2037 nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança; saúde da mulher; e assistência farmacêutica.  
2038 A respeito da média e alta complexidade, disse que constitui uma atenção especializada em serviços  
2039 de reabilitação com equipe multiprofissional e o fornecimento de recursos ópticos, órteses e próteses  
2040 ortopédicas, aparelhos auditivos, implante coclear e os leitos de reabilitação. Detalhou as Redes de  
2041 Serviços de Reabilitação: Rede de Reabilitação Física (156 Serviços + intermunicipais + 2.436  
2042 fisioterapia) - Fisioterapeutas: 29.120, Terapeuta Ocupacional: 5.883; Rede de Reabilitação Auditiva  
2043 (144 Serviços + 402 fonoterapia DA + fonoaudiologia.) - Fonoaudiólogos: 9.608, Psicólogo: 23.245;  
2044 Rede de Reabilitação Visual (8 Serviços) - Programa Olhar Brasil; e Deficiência Intelectual (1000  
2045 Serviços). Destacou também a atenção à saúde das pessoas com ostomia; assistência ventilatória -  
2046 doenças neuromusculares; e atenção à saúde – “osteogênese imperfeita”. Ainda sobre as Redes  
2047 Serviços de Reabilitação, enumerou os equipamentos fornecidos: reabilitação visual - 10 recursos  
2048 ópticos; reabilitação física - órteses MMSS, MMII e coluna, próteses MMSS e MMII, calçados,  
2049 palmilhas, muletas, andador, cadeiras de rodas; saúde auditiva - aparelhos auditivos, implante coclear;  
2050 implante coclear – próteses; e ostomia - bolsas de ostomia. Destacou que esse fornecimento é  
2051 acompanhado por atendimento pela equipe multiprofissional. Explicou que na unificação da tabela de  
2052 equipamentos em 2007 foi feita uma revisão dos itens com descrição e reavaliação dos CIDs. No caso  
2053 da hanseníase, muitos dos equipamentos utilizados não existiam CIDs, portanto, foi incluído o CID da  
2054 hanseníase nos equipamentos da tabela do SUS. Explicou que, em setembro de 2007, foi instituído  
2055 pelo Decreto 6.215 um compromisso com a Inclusão Social de Pessoas com Deficiência. Desse modo,  
2056 vários Ministérios priorizaram e fortaleceram ações na área da pessoa com deficiência. Disse que o  
2057 Ministério da Saúde comprometeu-se a ampliar a cobertura e aprimorar o processo de reabilitação no  
2058 SUS. Informou que houve um incremento de recursos para Estados e Municípios na ordem de R\$ 115  
2059 milhões para todas as áreas. No caso da reabilitação física, comunicou que foram disponibilizados R\$  
2060 31 milhões a Estados e Municípios para trabalhar a fila de espera por órteses e próteses na  
2061 reabilitação física. Explicou que, nesse processo, identificou-se a necessidade de implantação de  
2062 oficinas ortopédicas, com capacitação/formação de ortesistas e protesistas, para adaptação dos  
2063 equipamentos. Nesse sentido, os Estados foram orientados a discutir com a coordenação estadual de  
2064 hanseníase uma proposta de implantação da oficina ortopédica. Citou as oficinas de órteses e  
2065 próteses financiadas pelo Ministério da Saúde, por demanda dos estados: Piauí - Teresina  
2066 (inaugurada 2009); Pernambuco - Caruaru (2008); Bahia - Salvador (2008); Alagoas – Maceió (2008);  
2067 Mato Grosso - SINOP e Cárceres (2008); Santa Catarina – Florianópolis (2009); e Amazonas -  
2068 Manaus (2009). Disse que foram firmados convênios com o Ministério da Saúde e os gestores locais  
2069 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 freqüente 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 dermato-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 Trigêmio, 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 preguiamento 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. Seguindo, 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 endemicidade; 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 Silva 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 Bouffleur** 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

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

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