



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

8 Aos cinco e seis dias do mês de novembro de dois mil e quatorze, no Plenário do Conselho Nacional de
9 Saúde “Omilton Visconde”, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º
10 andar, Brasília-DF, realizou-se a Ducentésima Sexagésima Terceira Reunião Ordinária do Conselho
11 Nacional de Saúde – CNS, que teve por objetivos: **1)** Debater a Política Nacional de Saúde Integral da
12 População Negra e o impacto da mesma nos serviços, com ênfase no racismo institucional e anemia
13 falciforme; **2)** Fazer um balanço acerca do cumprimento da Portaria 741, de 19 de dezembro de 2005,
14 que determina o início do tratamento no SUS após 60 dias do diagnóstico do câncer, com ênfase na
15 garantia do direito do usuário e nos dados do sistema nacional de informação; **2.1** - Informar acerca das
16 ações, programas e políticas do MS que garantem o atendimento e a participação de pessoas com
17 doenças renais e reumáticas, em especial o Lúpus; **2.2** - Considerar a responsabilidade dos 3 níveis da
18 gestão do SUS no processo de implementação dessas referidas políticas; **3)** Apresentação do Relatório
19 Final do RAG agregando as contribuições das Comissões e Relatório de Prestação de Contas
20 Quadrimestral 2º/2014; **4)** Socializar e debater as propostas que serão apreciadas no ENCEP,
21 resultantes dos Grupos de Trabalho (Acreditação, Ciências Sociais e Humanas, Inovação no
22 SUS/Tecnologia) – Observação: Não haverá deliberação; **5)** Apreciar e deliberar pareceres acerca da
23 abertura de cursos na área da saúde. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS,
24 abriu a sessão cumprimentando os presentes e os internautas que acompanhavam a reunião em tempo
25 real. Em seguida, apresentou a pauta da reunião que, segundo explicou, centrava-se no direito à saúde
26 a partir das demandas do segmento dos usuários. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DA PAUTA DA 263ª**
27 **REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS – Após apresentação, a pauta da 263ª RO foi aprovada sem**
28 **acréscimos. APROVAÇÃO DA ATA DA 256ª, 261ª E 262ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS – As atas**
29 **da 256ª RO e 261ª foram aprovadas com os acréscimos do conselheiro Nelson Mussolini.**
30 Conselheiro **Gerdo Bezerra** reiterou o pedido de envio das atas aos conselheiros com antecedência,
31 conforme prevê o Regimento Interno do CNS. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do
32 CNS, ressaltou o esforço e o compromisso da Secretaria Executiva do CNS para enviar os documentos
33 com a devida antecedência aos conselheiros e, no caso das atas, esclareceu que a técnica responsável
34 pela elaboração esteve afastada por conta de complicações na gestação. **ITEM 2 – EXPEDIENTE –**
35 **Apresentação:** conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS. **JUSTIFICATIVAS DE**
36 **AUSÊNCIA** - Inicialmente, apresentou as justificativas de ausências dos seguintes conselheiros:
37 **Denise Torreão Corrêa da Silva**, Conselho Federal de Fonoaudiologia - CFFa; **Silma Maria Alves de**
38 **Melo**, Conselho Federal de Biologia (CFBio); **Luis Felipe Oliveira Maciel**, União Nacional dos
39 Estudantes – UNE; **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos**, Rede Nacional Feminista de
40 Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; e **Sandra Regis**, Associação Brasileira de Delegados
41 e Amigos da Confederação Espírita Pan- Americana - CEPA Brasil. **INFORMES** – Conselheira **Eurídice**
42 **Ferreira de Almeida** fez um informe sobre a minuta de recomendação, elaborada coletivamente nas
43 reuniões da Comissão de Educação Permanente, cujo objetivo é dar celeridade à implementação da
44 Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS. Também informou que foi
45 disponibilizada recomendação que trata da atividade de conselheiro como relevância pública, haja vista
46 as dificuldades enfrentadas por conselheiros na liberação para desempenho dessa função. **Acordou-se**
47 **que as recomendações seriam apreciadas posteriormente.** Conselheira **Maria do Socorro de**
48 **Souza**, Presidente do CNS, informou que, após consulta aos coordenadores das comissões, a Mesa
49 Diretora do CNS decidiu suspender as reuniões das comissões, excetuando-se algumas, até o fim de
50 dezembro. Além disso, realizar uma oficina, nos dias 19 e 20 de novembro de 2014, com esses
51 coordenadores para fazer um balanço das atividades em 2014 e tratar da 15ª Conferência Nacional de
52 Saúde – 15ª CNS. Solicitou às coordenações das comissões que disponibilizem relatório de suas
53 atividades em 2014, para servir de subsídio no debate. Também apresentou a proposta da Mesa
54 Diretora do CNS de realizar a reunião ordinária do mês de dezembro no formato de oficina para tratar
55 da 15ª CNS, com a participação de representantes dos conselhos estaduais de saúde, dos conselhos
56 de saúde das capitais e da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. Para isso, disse que o GT da 15ª

57 Conferência será convocado e reformulado com acréscimos de novos integrantes. **Acordou-se que a**
58 **proposta seria apreciada posteriormente.** Em seguida, a Presidente do CNS informou a sua
59 participação no Congresso da Associação Brasileira de Enfermagem – ABE que debateu o SUS e a
60 15^a CNS. Também registrou a presença da presidente da ABE **Angela Maria Alvarez** e da
61 representante da Associação no CNS, **Ivone Evangelista Cabral**. **LANÇAMENTO DO “GUIA**
62 **ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA”** - *Composição da mesa:* **Arthur Chioro**, Ministro
63 de Estado da Saúde; e **Patrícia Constante Jaime**, Coordenadora-Geral de Alimentação e
64 Nutrição/DAB/MS. *Coordenação:* conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS. Antes
65 de iniciar a explanação, a Presidente do CNS aproveitou a oportunidade para registrar, diante do
66 resultado das eleições, os seus votos pela permanência do Ministro de Estado da Saúde por conta do
67 seu engajamento na defesa do SUS e do diálogo próximo com o CNS sobre as pautas determinantes
68 da gestão, demonstrando um gesto concreto de valorização da democracia participativa e de
69 construção de políticas de Estado. O Ministro de Estado da Saúde, **Arthur Chioro**, saudou os
70 conselheiros e os internautas que acompanham a reunião em tempo real e agradeceu as palavras da
71 Presidente do Conselho. Manifestou satisfação com o resultado das eleições e repetindo as palavras da
72 Presidente da República disse que “o Brasil que emerge da segunda feira, após as eleições, é um país
73 de todos e não de quem ganhou ou perdeu”. Do ponto de vista do comando do Ministério para os
74 próximos anos, lembrou que é prerrogativa da Presidente da República indicar os representantes, De
75 todo modo, disse que a equipe do Ministério da Saúde continua a trabalhar com afinco para cumprir as
76 tarefas e os compromissos definidos. A respeito do Guia Alimentar para a População Brasileira,
77 explicou que o lançamento no CNS é uma deferência especial a esse Colegiado, por conta do processo
78 participativo de construção desse documento e por se tratar de um dos temas estruturantes da Política
79 de Promoção, apresentada pelo Secretário Jarbas na última reunião do CNS. Destacou, inclusive, que
80 o documento seria lançado na 14^a Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia,
81 Prevenção e Controle de Doenças (EXPOEPI), realizada no mês de outubro de 2014, mas decidiu
82 lançá-lo no Conselho, e aproveitou para agradecer a equipe por compreender essa decisão. Explicou
83 que se trata de um guia para a população brasileira e uma ferramenta a ser apropriada por todos que
84 querem produzir uma sociedade mais saudável, com melhoria das condições de vida da população.
85 Feitas essas considerações iniciais, passou a palavra à Coordenadora-Geral de Alimentação e
86 Nutrição/DAB/MS, **Patrícia Constante Jaime**, para apresentação do Guia. A coordenadora começou
87 explicando que a promoção da alimentação adequada e saudável está presente em um conjunto de
88 marcos políticos do SUS e da agenda intersetorial da segurança alimentar e nutricional. Salientou que a
89 promoção da alimentação adequada e saudável é fundamental para garantia de dois importantes
90 direitos constitucionais: direito à saúde e direito à alimentação. Disse que pensar em alimentação
91 adequada e saudável implica em entender o cenário nutricional e alimentar da população brasileira.
92 Nesse sentido, explicou que o Brasil reverteu o quadro da desnutrição, mas, por outro lado, análises a
93 partir de inquéritos nacionais apontam aumento do excesso de peso e da obesidade, que hoje são os
94 principais agravos nutricionais na população. Ressaltou que dados do VIGITEL comprovam o aumento
95 do excesso de peso e da obesidade ano a ano, inclusive entre as crianças e os adolescentes, o que
96 causa preocupações. Destacou que esse aumento está relacionado a tendências de consumo alimentar
97 no Brasil, pois se observa redução do consumo de alimentos básicos e aumento do consumo de
98 alimentos ultraprocessados. Disse que dados do IBGE demonstram que ainda há uma oportunidade de
99 reverter o quadro da transição nutricional em comparação a outros países, porque no Brasil ainda há
100 uma participação significativa de alimentos *in natura*, ou minimamente processados. Todavia, a
101 preocupação refere-se à tendência do aumento da participação dos alimentos ultraprocessados.
102 Destacou que é preciso falar de refeições como combinações complexas de alimentos, não aleatórias,
103 desenvolvidas sob um controle evolucionário biocultural e social e citou, como exemplo, a típica
104 feijoada brasileira que contempla vários tipos de alimentos. Também salientou que o Guia se volta para
105 os efeitos dos alimentos, das refeições e dos modos de comer sobre o bem-estar físico, mental e social.
106 Falou sobre a contraposição de dois modelos de modo de comer, um vinculado ao sentar-se à mesa,
107 ao compartilhar experiências e outro vinculado ao comer sozinho e isolado, estando relacionado à
108 obesidade e doenças crônicas. Feito essa contextualização, explicou que o Guia Alimentar é um
109 Instrumento de Educação Alimentar e Nutricional para promover a saúde de pessoas, famílias e
110 comunidades que traz um conjunto de informações, análises, recomendações e orientações sobre
111 escolha, preparo e consumo de alimentos. Lembrou que os guias alimentares precisam ser revistos por
112 conta das mudanças econômicas, políticas, culturais, sociais e demográficas, das alterações no padrão
113 alimentar e nutricional da população e da atualização das recomendações baseadas neste novo
114 cenário. Recordou, inclusive, que, após o lançamento do Plano de Enfrentamento às Doenças Crônicas
115 nas Transmissíveis na Conferência da ONU, pela presidente da República, foi assumido compromisso
116 de atualizar o Guia (é uma das metas do Plano de Enfrentamento). Detalhou que o processo iniciou-se
117 em 2011, com realização de oficinas técnicas em 2011 e 2012; de fevereiro a maio de 2014 foi

realizada consulta pública que contou com 3.125 contribuições (436 indivíduos/instituições); e
consolidação da consulta pública: maio a agosto de 2014, resultando na proposta. Explicou que o Guia
possui a seguinte estrutura: Apresentação; Preâmbulo; Introdução; Capítulo 1. Princípios; Capítulo 2. A
escolha dos alimentos; Capítulo 3. Dos alimentos à refeição; Capítulo 4. O ato de comer e a
comensalidade; Capítulo 5. A compreensão e a superação dos obstáculos; Dez passos para uma
alimentação adequada e saudável; e Para saber mais. Detalhou que são princípios do Guia:
alimentação é mais que ingestão de nutrientes; recomendações sobre alimentação devem estar em
sintonia com seu tempo; alimentação saudável deriva de sistema alimentar social e ambientalmente
sustentável; diferentes saberes geram o conhecimento para a formulação de guias alimentares; e guias
alimentares ampliam a autonomia nas escolhas alimentares. No Capítulo 2, que trata da escolha dos
alimentos, o Guia apresenta a inovação de olhar os alimentos de uma nova forma: a partir do nível de
processamento e orientar a população e selecionar alimentos e compor refeições a partir desses
critérios. Sendo assim, o documento divide os alimentos em quatro categorias: **1)** alimentos *in natura* ou
minimamente processados: **a)** *in natura*: obtidos diretamente de plantas ou de animais sem que tenham
sofrido qualquer alteração; e **b)** minimamente processados: são alimentos *in natura* que, antes de sua
aquisição, foram submetidos a alterações mínimas; **2)** óleos, gorduras, sal e açúcar: produtos extraídos
de alimentos *in natura* ou diretamente da natureza e usados para criar preparações culinárias; **3)**
alimentos processados: produtos fabricados essencialmente com a adição de sal ou açúcar a um
alimento *in natura* ou minimamente processado; e **4)** alimentos ultraprocessados: produtos cuja
fabricação envolve diversas etapas, técnicas de processamento e ingredientes, muitos deles de uso
exclusivamente industrial. Seguindo, detalhou as recomendações do Capítulo 2: faça de alimentos *in*
natura ou minimamente processados a base de sua alimentação; utilize óleos, gorduras, sal e açúcar
em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias; limite o uso
de alimentos processados, consumindo-os, em pequenas quantidades, como ingredientes de
preparações culinárias ou como parte de refeições baseadas em alimentos *in natura* ou minimamente
processados; e evite alimentos ultraprocessados. Destacou que a regra de ouro é: prefira sempre
alimentos *in natura* ou minimamente processados e preparações culinárias a alimentos
ultraprocessados. No Capítulo 3, que trata dos alimentos à refeição, disse que foram utilizados como
base: 85% da alimentação baseada em alimentos *in natura*, minimamente processados e suas
preparações culinárias. Sendo assim, o Guia traz exemplo de café da manhã, almoço, jantar, pequenas
refeições e mostra como transformar os alimentos em preparações, trazendo informações sobre como
combinar alimentos para criar alternativas de refeições saudáveis e saborosas, considerando seu grupo
e relaciona os alimentos que dele fazem parte, variedades existentes, usos culinários principais,
sugestões de formas de preparo e propriedades nutricionais. Detalhou que o Capítulo 4 trata do ato de
comer e a comensalidade, determinando que o ato de comer e as suas dimensões influenciam, entre
outros aspectos, o aproveitamento dos alimentos consumidos e o prazer proporcionado pela
alimentação. Explicou que as principais mensagens desse capítulo são: comer com regularidade e com
atenção; comer em ambientes apropriados; e comer em companhia. Destacou que o Capítulo 5 fala da
compreensão e a superação de obstáculos, destacando que o ato de comer e as dimensões desse ato
influenciam, entre outros aspectos, o aproveitamento dos alimentos consumidos e o prazer
proporcionado pela alimentação. Disse que o capítulo trata de como o indivíduo pode atenuar os
obstáculos vinculados a informação, oferta, custo, habilidades culinárias, tempo e publicidade. Por fim,
apresentou os dez passos para uma alimentação saudável: **1.** Fazer de alimentos *in natura* ou
minimamente processados a base da alimentação; **2.** Utilizar óleos, gorduras, sal e açúcar em
pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias; **3.** Limitar o
consumo de alimentos processados; **4.** Evitar o consumo de alimentos ultraprocessados; **5.** Comer com
regularidade e atenção, em ambientes apropriados e, sempre que possível, com companhia; **6.** Fazer
compras em locais que ofertem variedades de alimentos *in natura* ou minimamente processados; **7.**
Desenvolver, exercitar e partilhar habilidades culinárias; **8.** Planejar o uso do tempo para dar à
alimentação o espaço que ela merece; **9.** Dar preferência, quando fora de casa, a locais que servem
refeições feitas na hora; e **10.** Ser crítico quanto a informações, orientações e mensagens sobre
alimentação veiculadas em propagandas comerciais. Concluindo, destacou que o Guia é o instrumento
de educação alimentar e nutricional para apoiar a promoção da alimentação adequada e saudável para
todos os indivíduos, membros da família e comunidades. Destacou que o objetivo é interromper ou
reverter o quadro ascendente de obesidade e outras doenças crônicas, além de prevenir as deficiências
nutricionais. Além disso, estimular melhorias contínuas no sistema alimentar, assim como na oferta e
uso de alimentos mais saudáveis e apoiar práticas e culturas alimentares tradicionais saudáveis. O
Ministro de Estado da Saúde, **Arthur Chioro**, acrescentou que o Guia possui linguagem direta e
simples e não técnica, permitindo a utilização pelo cidadão comum, pelo trabalhador, pelo agente
comunitário, pelo profissional de saúde. Também destacou como inovação do Guia a classificação de
grupos alimentares, contribuindo para ter uma dimensão crítica do que vai à mesa. Além disso, explicou

que o Guia não faz menção à quantidade de alimentos porque deve estar de acordo com o gasto metabólico, atividade física e necessidade de cada pessoa. Apontou ainda como avanço o fato do Guia trazer a discussão sobre as dificuldades para manter uma alimentação saudável – custo, habilidade culinária. Frisou que o Guia não se destinada apenas aos serviços de saúde e uma das questões decisivas é apoiar os profissionais da área de educação na preparação da merenda, por exemplo. Por fim, disse que não é possível trabalhar na perspectiva da promoção à saúde sem colocar o tema da alimentação saudável na centralidade da agenda da saúde. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, salientou que é extremamente relevante tratar alimento como saúde e o país deve reafirmar esse princípio. Também frisou que é preciso discutir o processo de produção dos alimentos e o Guia aponta nessa direção. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** manifestou satisfação com o lançamento do Guia no CNS e explicou que Conselho Federal de Nutrição - CFN alinhou-se à construção da proposta, inclusive constitui GT que elaborou proposta contemplada no documento. Reconheceu a importância do Guia e fez um grande agradecimento pelo lançamento do documento no Conselho. Conselheira **Paula Jhons** também registrou o seu contentamento com o Guia por entender que se configura em uma referência para a discussão no país e no mundo sobre o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis. Destacou que a sociedade civil tem o papel de apoiar a disseminação do Guia para fazê-lo chegar à população e aos gestores e contribuir para o enfrentamento das pressões que ocorrem ao se tentar mudar paradigmas. Conselheira **Marisa Furia Silva** também saudou o Ministro da Saúde pelo Guia e manifestou satisfação com o fato de o documento não fazer referência à gordura hidrogenada vegetal. Todavia, sentiu falta de abordagem sobre os adoçantes artificiais, por se tratar de um problema sério e citou, por exemplo, as gelatinas com açúcar que contém conservante, destacando que é preciso conversar com a indústria para modificar essa situação. Também propôs a divulgação de manuais com receitas para população. Conselheiro **Clóvis Boufleur** parabenizou o Ministério da Saúde pela iniciativa e destacou que a publicação do Guia reflete as articulações de políticas no âmbito do Ministério, a exemplo da Política de Saúde da Criança e do Adolescente. Como encaminhamento, sugeriu que os 200 municípios prioritários que receberam recursos para combater a desnutrição sejam incorporados a um projeto piloto para aplicação do Guia. Conselheiro **Nelson Mussolini** saudou a preocupação do Ministério da Saúde em esclarecer a população sobre os benefícios de uma alimentação saudável. Explicou que a Confederação Nacional da Indústria – CNI e a Associação Brasileira da Indústria de Alimentos - ABIA desejam fazer esclarecimentos sobre alimentos processados e ultraprocessados. Esclareceu que os alimentos processados não precisam, necessariamente, conter sal e açúcar, portanto a definição do Guia não estava muito correta. Sobre os ultraprocessados, esclareceu que a definição contemplada no Guia não possuía base técnica e científica. Ressaltou que essas questões trazem preocupações porque a indústria envida esforços para ter alimentos saudáveis e seguros, em conformidade com a legislação. Destacou que o Guia limita o consumo de alimentos processados, com a recomendação de evitar tais alimentos, desconsiderando o contexto de uma dieta equilibrada. Segundo o IBGE, menos de 30% da quantidade de açúcar e sal consumida no Brasil estão em alimentos industrializados. Por essas razões, disse que a CNI e a ABIA manifestam-se no sentido de protestar contra essas informações equivocadas que depõem contra os alimentos industrializados e poderão criar dúvidas para os consumidores, além de representar um retrocesso na vida moderna. Conselheiro **Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza** destacou que o debate é importante e destacou a contribuição da comunidade científica no processo de elaboração do Guia, buscando as melhores evidências científicas para a elaboração. Manifestou satisfação com o resultado do trabalho e reconheceu o compromisso do Ministro da Saúde ao lançar o documento no CNS. Ressaltou que o documento teve a contribuição de diversos setores, inclusive da indústria, e aproveitou para reconhecer a participação desse setor no processo. Salientou que a indústria alimentícia é importante inclusive para o desenvolvimento do país e precisa crescer, todavia, precisa adequar-se ao conhecimento científico e à experiência cultural das populações em termos de hábitos alimentares. Nessa linha, convidou a CNI e a ABIA a adequar-se às orientações do guia. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, perguntou qual o canal de comunicação para tratar sobre o Guia, considerando o sentido pedagógico do documento.

Retorno da mesa. O Ministro de Estado da Saúde, **Arthur Chioro**, concordou que é preciso definir um canal de comunicação a fim de garantir que o Guia possa ser um instrumento de apoio à alimentação mais saudável para os usuários do SUS e a população em geral. Lembrou que na Assembleia Mundial de Saúde, a diretora geral da OMS, Margareth Chan, apontou o enfrentamento da obesidade como um dos problemas mundiais mais importantes do ponto de vista da saúde pública. Ressaltou que o enfrentamento da obesidade parece uma contradição em um mundo onde ainda há muita fome. Todavia, disse que a situação de fome é substituída por alimentação inadequada geradora de obesidade e uma carga de doença. Destacou que a obesidade assola todos os segmentos da sociedade, contudo, é mais perversa com a população mais carente. Frisou que o Guia foi construído de forma participativa, contando com as melhores evidências científicas nacionais e internacionais.

240 Acrescentou que o documento não apresenta qualquer proibição ou impede a participação de qualquer
241 segmento na alimentação, no desenvolvimento. Salientou que há interesses contraditórios, que são
242 legítimos, e manifestou satisfação com o debate das contradições no Conselho, em um diálogo aberto e
243 franco. Informou ainda que constituiu um GT, contemplando a carreira produtiva na área da
244 alimentação, para discutir os grandes problemas nessa área. Por fim, agradeceu as contribuições no
245 sentido de apoiar o Guia e também as críticas. Com essa fala, a mesa agradeceu os convidados e
246 passou ao próximo item da pauta. O Ministro de Estado da Saúde comprometeu-se a retornar
247 posteriormente para participar do debate do item 3. **ITEM 3 – POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE**
248 **INTEGRAL DE POPULAÇÃO NEGRA - ANEMIA FALCIFORME - RACISMO INSTITUCIONAL -**
249 **Apresentação:** **Maria Zenó Soares da Silva**, Presidente da Federação Nacional das Associações de
250 Pessoas com Doenças Faciformes - FENAFAL; **Maria Inês da Silva Barbosa**, Consultora Nacional da
251 Unidade Técnica de Família, Gênero e Curso de Vida - OPAS; **João Paulo Baccara Araújo**,
252 Coordenador geral da coordenação do Sangue e hemoderivados/SAS/MS. **Coordenação:** Conselheira
253 **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS. O primeiro expositor foi o coordenador **João Paulo**
254 **Baccara** que fez uma explanação sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas
255 com Doença Falciforme. Explicou que a anemia falciforme é uma doença hereditária caracterizada pela
256 má formação das hemácias, que assume forma semelhante a foices, causando deficiência no
257 transporte de oxigênio e gás carbônico nos indivíduos acometidos pela doença, mais predominante na
258 população negra. Disse que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas com Doença
259 Falciforme é recente, implantada há dez anos, e que, até 2003, a Política de Sangue e Hemoderivadas
260 estava vinculada à ANVISA e, em 2004, o governo trouxe para o MS, com foco maior na
261 assistência/atenção. A coordenação era feita pelo, hoje, Ministro Artur Chioro, especialmente, focada
262 em dois grupos: hemoglobinopatias, principalmente, a anemia falciforme, contemplando a população
263 negra e as coaglobatias, voltada à hemofilia. Ressaltou que, após amplo debate, inclusive com a
264 participação de entidades da sociedade civil e a SEPPIR, foi elaborado programa piloto para
265 implantação de uma política nacional de atenção integral a esses pacientes, com vistas à atenção
266 global. Explicou que o objetivo maior da Política foi promover uma mudança na história natural da
267 Doença Falciforme no Brasil, reduzindo a taxa de morbimortalidade, promovendo longevidade com
268 qualidade de vida às pessoas com essa doença, orientando àquelas com traço falciforme e informando
269 a população em geral. Salientou que o principal problema encontrado com a implantação da Política,
270 que persiste até hoje, é a falta de informação, e que a incidência é de 1/2.700 RN/vivos, sendo os
271 Estados do Rio de Janeiro e da Bahia com a maior prevalência. Explicou que a Assessoria Técnica da
272 área da Doença Falciforme possui o papel de assessorar tecnicamente os Estados e Municípios na
273 organização da rede de atenção; apoiar e organizar capacitações/qualificações em todos os níveis de
274 atenção (atenção primária, média e alta complexidade); celebrar convênios; elaborar e publicar
275 protocolos e portarias, material técnico e didático, incluir os avanços tecnológicos para tratamento, na
276 tabela SUS; promover acesso ao conhecimento por meio de simpósios, oficinas e cooperações;
277 combater o “racismo institucional”- ausência de políticas públicas voltadas para inclusão social das
278 pessoas, focadas no diagnóstico da análise situacional pela informação do quesito raça/ cor; e
279 trabalhar de acordo com as normas do SUS em parceria com o Controle Social. Ressaltou a
280 preocupação da Coordenação do Sangue de trabalhar uma linha de cuidado ampla, abrangendo vários
281 setores do Ministério da Saúde, da sociedade civil, do Controle Social. Explicou que o diagnóstico é
282 feito da seguinte forma: recém-nascido: triagem Neonatal (teste do pezinho) - unidades de saúde
283 próxima ao local de moradia; e crianças a partir de 4 meses, e para os demais: exame de eletroforese
284 de Hemoglobina; e Rede Cegonha: doação de sangue. Disse que o tratamento é feito no
285 Centro/Serviço de referência e nos hemocentros e todos os estados possuem pelo menos um centro de
286 referência para atender doença falciforme - atenção especializada. Reiterou que o diagnóstico é feito
287 por meio da eletroforese de hemoglobina e teste do pezinho e os medicamentos disponibilizados são os
288 seguintes: penicilina - até os 05 anos, ácido fólico – toda a vida, analgésicos/antinflamatórios - crises de
289 dor e antibióticos nas infecções. Para tratamento específico, são disponibilizados: hidroxiureia; quelante
290 de ferro orais e injetáveis; terapia celular óssea e de tecidos; transplante de medula óssea; e
291 alfaepoetina (eritropoetina). Explicou que, até 2004, não havia investimentos na área, nem informações
292 precisas a respeito da doença e das linhas de cuidado e, em 2014, a Política foi implementada em
293 todos os Estados (todos os estados possuem pelo menos um serviço de atenção em Doença
294 Falciforme). No que se refere à inclusão no SUS/Inovações tecnológicas, destacou a Portaria do projeto
295 piloto nº 2.695/GM, 23/12/2004, a Portaria do programa nº 1018/GM de 1/7/2005 e a Portaria da Política
296 Nacional de Atenção Integral nº 1.391, de 16/08/2005. Sobre a triagem neonatal em doença falciforme,
297 explicou que todos os estados estão habilitados na fase 4 (Doença Falciforme). Sobre os Centros de
298 Pesquisa implantados, destacou: Centro de terapia celular em lesões ósseas e de pele – UFBA; Nutrifal
299 - Centro de estudos nutricionais em DF/UERJ; CROAFAL - Centro de atenção e estudos em saúde
300 bucal em DF/UFRJ; Centro de referência oftalmológica em DF/UFMG; e Projeto Aninha - estudos e

301 atenção a gestantes com DF/UFMG. Citou as evidências no Brasil: pessoas vivendo com a doença,
302 mas sem diagnóstico; mortes sem diagnóstico com ênfase no parto e gestação; abortos de repetição
303 em mulheres sem diagnóstico; profissionais de saúde desatualizados; e dados e informações –
304 internacionais. Detalhou que a situação nos Estados é a seguinte: ausência de cadastro informatizado
305 em DF – apenas sete hemocentros coordenadores possuem cadastro informatizado; dificuldade de
306 acesso aos medicamentos; dificuldade de adesão multiprofissional; atenção deficiente nas crises
307 agudas; não inserção na atenção básica; e ausência de inclusão nas redes de atenção. Falou que as
308 atividades em curso na ATDF: produção do Protocolo de Diretrizes Clínicas e Terapêuticas doença
309 falciforme mais 8 publicações; inovações tecnológicas no SUS temas: Eritropoetina (aguardando
310 liberação na Conitec); Hepatite C em doença falciforme; PNQH- trabalho de qualificação da rede para
311 atenção em DF; cooperação internacional – no momento, ações em curso com a Jamaica; compra de
312 penicilina oral; indicadores - em construção dependendo da informatização da rede/cadastro das
313 pessoas com DF nos serviços e do PNTN; produção nacional de hidroxiureia (aguardando posição do
314 DAF); Sistema informatizado – WEB da Doença Falciforme; desdobramento do I Encontro sobre feridas
315 (setembro – Salvador) - tema foi inserido na portaria para diretrizes dos cuidados em feridas a ser
316 publicado); e 2º Congresso Mundial de DF - WiSSH-GSCDN, 11 a 14 de novembro de 2014, no Rio de
317 Janeiro. Conselheira **Maria Zenó Soares da Silva**, coordenadora da FENAFAL, fez uma explanação
318 sobre os avanços e desafios das pessoas com doença falciforme. Inicialmente, agradeceu a
319 oportunidade de pautar o tema no CNS, inclusive para conhecimento sobre a doença. Salientou que o
320 maior avanço para os usuários foi a publicação da Portaria nº. 1391, que Institui a Política de Atenção
321 Integral às Pessoas com Doença Falciforme. Além disso, destacou como avanço a publicação de mais
322 dez portarias fundamentais, entre elas a portaria que regula o uso da hidroxiureia para a doença
323 falciforme, porque contribuiu para aumentar a sobrevida das pessoas com a doença. Aproveitou para
324 informar que a Federação recebeu comunicado da Briston informando a falta da medicação, o que
325 causa grande preocupação, porque poderá acarretar sofrimento aos usuários da medicação.
326 Denunciou, inclusive, que no Nordeste havendo falta da medicação por quase seis meses. Desse
327 modo, solicitou uma manifestação do CNS no sentido de contribuir para solução do problema.
328 Esclareceu que a doença falciforme é uma doença congênita da hemoglobina que impede a
329 oxigenação do organismo de maneira adequada, resultando em diversas complicações físicas e
330 psicológicas, tais como acidente vascular cerebral, déficit imunológico, crises de dor, vaso-oclusão,
331 úlcera de perna, perda da visão, pneumonia de repetições, necrose de cabeça de fêmur e úmero.
332 Acrescentou que é a doença genética mais comum no Brasil, cujo gene foi trazido da África (tráfico de
333 escravos), e que são 10 milhões de assintomáticos e 40 mil com anemia falciforme, sendo a frequência
334 de 10% a 15% do traço "S" na população brasileira. Ressaltou que os maiores desafios são
335 atendimento humanizado, urgência e emergência, emprego e renda, previdência, educação e o mais
336 grave é enfrentar e combater o racismo. Frisou que o atendimento não é adequado devido ao racismo
337 que hoje não é mais velado. Segundo dados da Associação de Pessoas com Doença Falciforme e
338 Talassemia de Belo Horizonte e Região Metropolitana - Dreminas, de 6.500 pessoas com doenças
339 falciforme são atendidas 5655 por telefone, na Dreminas, na residência da família e na Fundação
340 Hemominas. Sobre as hemoglobinas, dos 5.655 Pacientes dividimos em dois grupos sendo: 3.053
341 pacientes HBSS e 2.062 pacientes HBSC. Destacou que 98% das pessoas com doença falciforme são
342 beneficiários do Programa Bolsa Família, 95% declaram-se negros, 93% não concluíram o ensino
343 fundamental (esses números são devidos às internações longas e prolongadas e a evasão escolar é
344 alta); 86% são mães solteiras (a maioria é mulheres negras). Em seguida, fez um relato das entrevistas
345 feitas com pessoas com doença falciforme. Citou, por exemplo, o relato de J.S, de 16 anos: "Espero
346 que os governantes entendam que nós somos pessoas e não uma doença. Que os governos pensam
347 em criar políticas públicas, para que as crianças que estão nascendo com esta doença não tenha que
348 ser exposto a vergonha como eu". Também citou a fala de W.B, de 15 anos: "Queria estar na. Escola.
349 Brincar em um carro grandão, ter amigos e ser feliz, mas na escola perto de minha casa não posso
350 estudar, porque sou cego. Aqui não tem escola pra cego e não posso ir na escola longe porque venho
351 aqui tomar sangue. E tomar sangue é bom demais. Questionado porque tomar sangue é bom demais,
352 respondeu "Porque quando tomo sangue, venho aqui, converso com vocês e a dor passa mais rápido".
353 Explicou que, infelizmente, o jovem não realizou o sonho de estar na escola, porque foi a óbito (um dos
354 130 óbitos em 2014). Frisou que as pessoas com doença falciforme são sujeitos, protagonistas e
355 portadores de muitas alegrias e esperanças neste século XXI. Possuem história, memória, identidade e
356 compromissos na vida e no trabalho, na família e na comunidade, nas universidades e na sociedade
357 que se quer sempre mais e melhor, justas e fraternas. Disse que espera que, um dia, e muito breve, os
358 gestores foquem mais no indivíduo que na doença e que haja integração das políticas, pois o mesmo
359 paciente que usufrui da política da educação é o mesmo que usufrui da saúde, da assistência, entre
360 outras. Ressaltou que se espera do Controle Social o envolvimento de todos os sujeitos sociais
361 assumam de fato o seu papel, implantando ou implementado políticas públicas que funcionem, que

362 incluam as pessoas com doença falciforme nos programas já existentes, que se preocupem mais com o
363 indivíduo. Nessa perspectiva, frisou, que os números sejam o menos importante, pois só assim se
364 conseguirá diminuir a vulnerabilidade social nas quais vivem essas pessoas tendo necessidades
365 médicas e educacionais especiais. Para haver inclusão de fato faz-se necessário admitir a diversidade
366 e conhecer as necessidades. Destacou que é impossível falar de doença falciforme sem falar de dor,
367 especialmente a dor do racismo, da falta de atendimento adequado. Salientou que teve o diagnóstico
368 da doença aos 28 anos e suas três filhas nasceram prematuramente. Para finalizar, apresentou um
369 vídeo em homenagem às pessoas com doença falciforme que faleceram e agradeceu o CNS pelo apoio
370 e fez um agradecimento especial à coordenadora da Política Nacional da Pessoa com Doença
371 Falciforme, Joice Aragão, pela luta que tem envidado nesse sentido. A representante do movimento
372 negro, **Maria Inês da Silva Barbosa**, iniciou a sua fala com saudações aos presentes, a CISPN/CNS
373 por pautar o tema e ao exército invisível de pessoas que contribuíram para esta reunião do Pleno – as
374 pessoas responsáveis pela limpeza, por servir café, água. Saudou também a ancestralidade com o
375 poema “Ancestralidade”, do poeta senegalês Birago Diop: “Ouça no vento o soluço do arbusto: É o
376 sopro dos antepassados. Nossos mortos não partiram/ Estão na densa sombra/ Os mortos não estão
377 sobre a terra/ Estão na árvore que se agita/ Na madeira que geme/ Estão na água que flui/ Na água
378 que dorme/ Estão na cabana, na multidão/ Os mortos não morreram.../ Nossos mortos não partiram/
379 Estão no ventre da mulher/ No vagido do bebê e no tronco que queima/ Os mortos não estão sobre a
380 terra/ Estão no fogo que se apaga/ Nas plantas que choram/ Na rocha que geme/ Estão na casa/
381 Nossos mortos não morreram/.” Destacou que falar da Política Nacional de Saúde Integral da
382 População Negra é referir-se à metade da população brasileira e para que o SUS dê certo é preciso
383 tratar do tema da saúde da população negra com propriedade. Ressaltou que o Censo de 2010 aponta
384 que o Brasil não é um país branco, e que a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra é
385 uma política do SUS e, portanto, deve estar contemplada na política de saúde. Mostrou o símbolo
386 Sankofa - (Sanko = voltar; fa = buscar, trazer) em Akan “se wo were fi na wosan kofa a yenki” - Gana,
387 Togo e Costa do Marfim.... realização do eu, individual e coletivo) para destacar que falar de saúde da
388 população negra remete à necessidade de falar da sociedade brasileira e sua constituição. Ressaltou
389 que é preciso olhar para trás para gestar o novo, sendo preciso querer e estar preparado. Citou a fala
390 de Boaventura de Sousa Santos “A viragem descolonial, (...) esta só ocorrerá se o racismo for
391 confrontado por uma vontade política desracializante, firme e sustentável. A construção dessa vontade
392 política é um processo complexo (...).” Nessa linha, falou sobre o Guia do Enfrentamento do Racismo
393 Institucional resultado de um processo de construção coletiva que agregou organizações feministas e
394 antirracistas brasileiras, o Governo Federal e o Sistema das Nações Unidas no país. Explicou que o
395 racismo institucional é o fracasso das instituições e organizações, quando provem um serviço
396 profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Disse que o
397 conceito de Racismo Institucional foi definido pelos ativistas integrantes do grupo Panteras Negras,
398 Stokely Carmichael e Charles Hamilton, em 1967, para especificar como se manifesta o racismo nas
399 estruturas de organização da sociedade e nas instituições. Para os autores, “trata-se da falha coletiva
400 de uma organização em prover um serviço apropriado e profissional às pessoas por causa de sua cor,
401 cultura ou origem étnica”. Portanto, em sua opinião, combater o racismo institucional significa voltar
402 para trás, combater as bases e desconstruir-las. Explicou que o Guia apresenta indicadores com as
403 respectivas perguntas norteadoras, indicadores e observações. Para ilustrar citou o eixo “Visibilização
404 do compromisso institucional”, indicadores e suas respectivas perguntas e observações: A organização
405 já identificou as formas atuais de racismo institucional?; Periodicidade de estudos e avaliações internas
406 sobre incidência do racismo; e o acompanhamento regular e as avaliações constantes dos processos
407 institucionais de enfrentamento ao racismo atestam o compromisso institucional e sua capacidade de
408 corrigir rumos em tempo. Disse que programas importantes são lançados com impacto nas condições
409 de saúde da população negra, citando como exemplo, o Programa mais Médicos, que atende
410 majoritariamente pessoas negras e pobres, mas as metas de combate ao racismo não estão
411 contempladas no Programa. Falou sobre o estudo de sua autoria “Mapeamento como instrumento de
412 gestão: territorialização da Política de Saúde Integral da População Negra” que se propõe a aproximar
413 a temática da linguagem e do dia a dia da gestão. Como caminhos, disse que o Mapeamento destaca
414 que “(...) é indispensável insistir na necessidade de conhecimento sistemático da realidade, mediante o
415 tratamento analítico desse seu aspecto fundamental que é o território (o território usado, o uso do
416 território). Antes, é essencial rever a realidade de dentro, isto é, interrogar a sua própria constituição
417 neste momento histórico. O discurso e a metáfora, isto é, a literaturização do conhecimento, pode vir
418 depois, devem vir depois.” (Milton Santos). Explicou que o propósito do mapeamento é desenvolver
419 uma gestão estratégica e participativa em saúde da população negra e partirá da existência de órgãos
420 de promoção da igualdade racial que compõem o Fórum Intergovernamental de Promoção da
421 Igualdade Racial – FIPIR (hoje, Sistema Nacional de Promoção da Igualdade Racial), nos municípios
422 brasileiros, consideradas as respectivas regiões de saúde, conforme Resolução Normativa – RN nº.

423 259, de 17 de Junho de 2011. Para tanto, cruzará, no território, dados sobre:
424 Pesquisadoras/es/Universidades contempladas no edital/2006 de pesquisa sobre saúde da população
425 negra; Universidades com cursos de especialização/gestão de políticas públicas em gênero e raça –
426 GPP-GeR; e Organizações participantes da Rede Nacional de Controle Social e Saúde da População
427 Negra, redes parceiras, no dia de Mobilização Nacional Pró Saúde da População Negra; UNASUS;
428 Comunidades Quilombolas certificadas: <http://www.palmares.gov.br/quilombola/?estado=AM>; Dados
429 sobre as condições de gestão – Sala de Apoio à Gestão Estratégica: <http://189.28.128.178/sage/>;
430 Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica; municípios que aderiram em 2013:
431 <http://provab2013.saude.gov.br/documentos/Edital%206-relacao-municipios-aderiram-provab-2013.pdf>;
432 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), municípios
433 participantes; <http://dab.saude.gov.br/sistemas/pmaq/>; Índice de Desempenho do Sistema Único de
434 Saúde – IDSUS, Grupo Homogêneo de Municípios - GH; IDSUS_2011_Indic_resultados e notas página
435 V30_2013; Plano Juventude Viva - 132 municípios participantes do plano, Ranking por número absoluto
436 de homicídios contra jovens negros em 2010. Também destacou as condições potenciais de
437 Implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – CPIPSPN: Condição de
438 Gestão: Pacto pela Saúde; Quilombo: Quilombos certificados; PMAQ_AB (Programa Nacional de
439 Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica): participação do município e PROVAB
440 (Programa de Valorização dos Profissionais de Atenção Básica): adesão; Plano Juventude Viva:
441 participação dos municípios. Ressaltou, também, que a intenção foi indicar o potencial e verificar os
442 locais com órgãos de promoção da igualdade racial, destacando os caminhos possíveis a serem
443 percorridos na linha do pensamento de Fanon: “Não trago verdades decisivas. Laivos de genialidade
444 não atingem minha consciência. Entretanto, com toda serenidade, julgo necessário dizer certas coisas”.
445 Disse acreditar que há possíveis caminhos a serem percorridos, iluminados pela práxis, que enseja
446 atividade, ação, ao mesmo tempo, demanda linhas objetiva e subjetiva, escolhas, iniciativas e riscos.
447 Desse modo, apresentou as seguintes sugestões: a) diálogo com o Departamento de Monitoramento e
448 Avaliação do SUS-DEMAS (SE), com vistas a explorar possibilidades de incorporação de informações
449 que permitam compreender o território a partir da sua realidade multiétnica e pluricultural, para
450 conhecer programas e ações públicas como os Centros de Referência de Assistência Social (Cras),
451 unidade pública estatal descentralizada da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), os Pontos
452 de Cultura, além de reforçar a decisão de apresentação de dados desagregados na Sala de Apoio à
453 Gestão Estratégica; b) trabalho em conjunto com os Articuladores de Atenção Básica da Secretaria de
454 Atenção Básica, enquanto agentes de acompanhamento da implementação da Política Nacional de
455 Saúde Integral da População Negra, que seriam formados para exercerem também esta função; c) em
456 articulação com Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente na Saúde-SEGTES,
457 inserir conteúdo sobre racismo e saúde no curso de especialização de profissionais do Programa de
458 Valorização dos Profissionais da Atenção Básica; d) incorporar o tema racismo e saúde no repertório do
459 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica pela oportunidade de
460 avanços nos compromissos de superação das desigualdades raciais em saúde; e) explorar o potencial
461 de estimular os municípios prioritários, em uma primeira etapa, a participarem da Aliança de Cidades
462 Latino-Americanas e Caribenhias contra o Racismo, iniciativa da UNESCO lançada em outubro de
463 2006, durante o Fórum Ibero-Americano de Prefeito, em Montevidéu – Uruguai; e f) buscar detalhes
464 em: <http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/fight-against-iscrimination/coalition-of-cities/latin-america-and-the-caribbean/>. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, agradeceu os expositores pelas explanações e registrou a presença da
465 conselheira **Michely Ribeiro da Silva**, da Rede Nacional Lai Lai Apejo – População Negra a Aids e
466 integrante da CISPN/CNS; conselheira **Verônica Lourenço da Silva**, Liga brasileira de Lésbicas – LBL;
467 **Simone Vieira da Cruz**, Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras - AMNB,
468 coordenadora da CISPN/CNS; **Arnaldo Marcolino**; e **Benedito Sergio Irineu**, Confederação Nacional
469 de Metalúrgicos e membro do Coletivo de Igualdade da Confederação. Também anunciou a presença
470 do Ministro de Estado da Saúde. **Manifestações**. Conselheira **Simone Vieira da Cruz**, Coordenadora
471 da CISPN/CNS, saudou os expositores pelas apresentações e ressaltou que, ao pautar o tema, a
472 intenção foi avaliar o impacto da Política de Saúde da População Negra/Política da Doença Falciforme
473 na vida das pessoas. Destacou que atendimento e assistência envolvem várias secretarias e, nessa
474 linha, a importância do diálogo entre as diversas áreas. Salientou que a Política foi construída de forma
475 coletiva, sobretudo com os movimentos sociais negros, mas tem enfrentado muitos desafios para sua
476 implementação. Sendo assim, considerou que é necessário o envolvimento e apoio do CONASS e
477 CONASEMS de modo a verificar de que forma a Política tem impactado na vida das pessoas. Explicou
478 que não se consegue visualizar o cumprimento da Política nos Estados e Municípios e que o cerne da
479 questão é que não se tem enfrentado o racismo por meio das políticas aprovadas e perguntou, para
480 reflexão, – qual a dificuldade em assumir o princípio da equidade, assegurando o atendimento da
481 população negra. Reiterou que é necessário diálogo para fazer cumprir a Política, citando questões
482

484 levantadas pela rede de saúde da população negra movimento, entre as quais, a necessidade de
485 publicação periódica nos boletins os dados desagregados por raça/cor. Na sequência, apresentou os
486 seguintes questionamentos: o MS possui dados de prevalência da doença falciforme com a Hepatite
487 C?; Qual a resposta da Rede Cegonha para a morte sem diagnóstico de doença falciforme em
488 mulheres gestantes? Por fim, apresentou a demanda do movimento negro de publicação, em 2015, de
489 dados desagregados por raça cor na atenção básica e na média e alta complexidade. Conselheira
490 **Verônica Lourenço da Silva** iniciou a sua fala com o mote da mobilização em prol da saúde da
491 população negra “racismo faz mal à saúde”, adoece e mata a população a cada segundo. Salientou que
492 o descaso com a pauta da saúde da população negra, com destaque para a Política voltada a pessoas
493 com doença falciforme, decorre do racismo institucional. Lembrou que a doença falciforme foi
494 identificada há mais de cem anos e o Brasil possui tecnologias diversas, além de várias leis, mas ainda
495 assim, as pessoas enfrentam todo o tipo de dificuldade. Frisou que não haverá avanços se o país
496 continuar a ser estruturado na égide do racismo e que ainda há precarização na implementação da
497 Política e dificuldade de implementar, por exemplo, os comitês. Ressaltou que a gestão precisa
498 reconhecer a população negra lembrando que os problemas são antigos e que necessitam de solução.
499 Destacou, para além da falciforme, a quantidade de mortes maternas, o assassinado de jovens negros.
500 Reiterou que a Política Integral de Saúde da População Negra é lei e para fazê-la ser cumprida é
501 preciso desmanchar paradigmas racistas e reconstruir uma sociedade realmente democrática. Por fim,
502 frisou que é preciso enfrentar o racismo para implementar a Política e quaisquer outras ações.
503 Conselheiro **José Eri de Medeiros**, na condição de representante do Presidente do CONASEMS e sua
504 diretoria, iniciou a sua fala com saudações à mesa pela sensibilidade e comprometimento com o tema e
505 frisou que o CONASEMS tem compromissos com os direitos humanos antes mesmo da criação do
506 SUS. Salientou que é necessário promover uma mudança na cultura do país e esse processo de
507 mudança o SUS já iniciou e vem fazendo. Também disse que o CONASEMS reconhece os movimentos
508 sociais e destacou o movimento negro como um dos mais importantes para o país. Citou, inclusive, a
509 tiragem e distribuição da revista do CONASEMS, que dá ênfase ao tema, inclusive com matéria da ex-
510 conselheira nacional Jurema Werneck – mudança é fazer acontecer. Disse que o CONASEMS está
511 fazendo a sua parte, debatendo o tema em eventos, com os COSEMS, e salientou que a entidade
512 contribui significativamente para que as mudanças aconteçam. Conselheiro **Haroldo Jorge de**
513 **Carvalho Pontes**, representante do CONASS, explicou que a entidade não recebeu o convite para
514 participar da mesa na condição de expositor e que a apresentação da conselheira Maria Zeno lhe
515 causou grande impacto e emoção. Reafirmou o compromisso do CONASS com a construção do SUS e
516 com a implementação de políticas importantes para o Sistema como a Política de Saúde Integral da
517 População Negra. Todavia, avaliou que é preciso reforçar a luta porque, conforme afirmação da
518 conselheira Simone Cruz, não é possível visualizar o impacto da Política nos Estados e Municípios.
519 Desse modo, comprometeu-se a construir diálogo no âmbito do CONASS para ir além do compromisso,
520 de modo a transformar o apoio e a emoção em ações rápidas e urgentes. Também manifestou
521 preocupação com o que ocorreu e ocorre no país nos últimos tempos e é preciso olhar com cuidado e
522 preocupação o crescimento de “muitas raivas e ódios” de todas as partes. Salientou que será preciso
523 lidar com esse conjunto de dificuldades com muita clareza e serenidade. Citou, por exemplo, deputado
524 estadual, que estava armado coordenando manifestação em São Paulo. Conselheira **Maria do**
525 **Socorro de Souza**, Presidente do CNS, lembrou que há segmentos invisíveis do ponto de vista étnico
526 como os indígenas e a população camponesa, que sofrem com a desigualdade, o preconceito e o
527 racismo no país. Afirmou que as bandeiras de lutas visam mudança e futuro melhor, mas tendo como
528 base o enfrentamento da desigualdade. Salientou que enfrentar as desigualdades no país tem cara,
529 nome e lugar – populações negras, indígenas, camponesas, a classe trabalhadora, dentre outras
530 questões. Destacou que o Brasil possui uma identidade fracionada do ponto de vista étnico racial e as
531 políticas públicas não politizam a dimensão da integralidade e que não se deve deixar de lado o debate
532 sobre o aborto, a morte precoce de jovens e o sofrimento mental. Frisou que não é possível avançar na
533 atenção sem avançar nos outros níveis de atenção, estando explícito na alta e média complexidade,
534 onde morrem essas pessoas, boa parte nos serviços terceirizados e com pouco compromisso para
535 incorporar essa Política. Destacou que o DEMA deve ajudar na criação de referências e destacou a
536 importância da dimensão da intersetorialidade com políticas necessárias para enfrentar desigualdade.
537 Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** manifestou sua emoção com a explanação e fez sua
538 homenagem às pessoas que acolheu e ajudou a cuidar no exercício de sua profissão como assistente
539 social. Ressaltou a dificuldade de trabalhar em um plantão de emergência com essa realidade e
540 destacou que a classificação de risco não permite o atendimento prioritário do paciente com patologia
541 crônica e que o racismo nasce nas casas das pessoas e é preciso aprender sobre isso desde criança.
542 Perguntou ao representante do MS quais foram os avanços até então constatados e quanto é preciso
543 avançar para garantir que o serviço de emergência seja mais humano. Convidou a conselheira Maria
544 Zenó para participar do trabalho de capacitação da FENAS em regiões do país. Frisou que é preciso

545 dar maior divulgação da Política, inclusive para diminuir o preconceito, as iniquidades e as divisões
546 sociais. Conselheiro **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá** saudou os expositores pelas
547 apresentações elucidativas e emocionantes, dizendo que houve avanços em alguns aspectos como
548 ampliação do acesso a medicamentos, mas é preciso avançar ainda mais. Ressaltou, por exemplo, que
549 não vê os hemocentros construídos em uma rede social. Destacou jovens negros que morreram e
550 tiveram sonhos interrompidos por conta da exclusão do direito à saúde. Fez menção também ao
551 “extermínio” de jovens pobres, negros, como as mortes em Belém do Pará em retaliação à morte de um
552 policial militar. Ressaltou que a Política de Saúde da População Negra não é debatida em nenhum
553 ponto da assistência à saúde na ponta. Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** chamou a atenção para
554 a necessidade de mudança de mentalidade dos profissionais de saúde que acolhem as pessoas
555 doentes e da população e daí a importância de ajuda para desconstruir ideologia do colonialismo (da
556 cultura segregada). Destacou que é preciso trabalhar essa questão desde a formação dos profissionais
557 e considerar a Política da Saúde da População Negra como eixo transversal, envolvendo, também, a
558 educação permanente. Frisou que os relatos de atos desumanizantes da prática profissional denunciam
559 problema étnico e ético, fazendo necessário construir novos padrões éticos centrados no direito
560 humano. Solidarizou-se com o relato emotivo da conselheira Maria Zeno porque a dor das pessoas com
561 anemia falciforme é fisiológica e da alma e um problema social. Destacou que esse tema deve ser
562 melhor estudado e os achados científicos levados para a ponta e para o processo de cuidar.
563 Conselheiro **Willen Heil e Silva** agradeceu as apresentações da mesa e, apesar dos avanços,
564 destacou pontos que necessitariam ser melhorados. Ressaltou, por exemplo, que é preciso ter recortes
565 de dados que poderiam contribuir para definição de ações mais específicas e, nessa linha, defendeu a
566 inclusão do critério raça/cor nas abordagens do Ministério da Saúde. Também frisou a importância de
567 valorizar a Política de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e a valorização da cultura dos
568 povos negros, entendendo que podem, inclusive, diminuir os custos de procedimentos e medicações.
569 Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio** relatou que a CONEP teve audiência com laboratório
570 que estava discutindo medicação nova para anemia falciforme e o protocolo precisaria de adequações
571 para garantir tratamento com hidroxureia aos pacientes. Disse que, após diálogo, as adequações foram
572 feitas e, em menos de dez dias, o estudo foi aprovado, podendo ser desenvolvido no país com garantia
573 do direito aos participantes de receber esse medicamento caso seja clinicamente necessário. Destacou
574 que o racismo deixa marcas nas pessoas vitimadas e ressaltou que é evidente a superioridade moral
575 daqueles que lutam contra o racismo, citando o exemplo de Nelson Mandela. Conselheira **Michely**
576 **Ribeiro da Silva** cumprimentou a mesa pela exposição e reiterou os esforços da CISPN/CNS para
577 colocar o debate em pauta. Em 1940, a população negra era 70% da população e hoje é 52%, o que
578 caracteriza o aspecto da miscigenação e as estratégias de genocídio dessa população. Lembrou que o
579 teste do pezinho foi implantado em 1940, mas ainda hoje se enfrenta dificuldades em relação à
580 qualidade para identificar as pessoas que nascem com doença falciforme e fornecer o atendimento
581 adequado. Por fim, disse que o post do Ministério da Saúde sobre a mobilização nacional da saúde da
582 população negra teve 7.050 compartilhamentos e mais de 7.100 curtidas e vários comentários racistas
583 – material rico para fazer um debate aprofundado sobre a necessidade de enfrentar o racismo
584 institucional no SUS. Conselheira **Marisa Furia Silva** ressaltou a importância de contemplar a saúde
585 das pessoas com deficiência na Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas com Doença
586 Falciforme, porque muitas pessoas com deficiência não conseguem comunicar-se e relatar o que
587 sentem. Em decorrência, é preciso que os profissionais da atenção básica sejam capacitados para
588 atender as pessoas com doença falciforme e ser feito o diagnóstico mais precoce possível. Conselheiro
589 **Eni Carajá Filho** saudou a mesa na pessoa de Maria Inês pela trajetória e pelos ensinamentos que
590 podem resultar no fazer. Destacou a importância da pauta, mas com pouca ressonância na prática e,
591 por isso, seria importante levar o tema para os gestores municipais, especialmente. Salientou que o
592 MORHAN é solidário à luta das pessoas com doença falciforme e deve articular-se com as entidades
593 negras para fazer implementar a Política. Conselheiro **Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira** colocou-se
594 como militante da causa e frisou que afirmar o combate ao racismo é defender a democracia, porque a
595 luta do movimento expressa a necessidade da defesa da democracia brasileira, destacando a força e a
596 simbologia da mesa. Garantiu que a incompletude democrática que se vive resulta nas mazelas como o
597 que foi relatado pela conselheira Maria Zeno. Ressaltou que há militância no MS na área da saúde da
598 população negra e existem muitas pessoas dedicadas ao tema no do Ministério. Hoje há 54
599 proposições acompanhadas na Política da População Negra que refletem no plano operativo
600 apresentado pelos movimentos sociais. Disse que a fala da conselheira Maria Zeno foi generosa, mas
601 mostrou as dificuldades enfrentadas pelas pessoas com doença falciforme. Sobre o ato violento em
602 Belém, destacou que, para além do número de mortos, merece atenção a gravidade da violência do
603 Estado contra o cidadão – por conta de morte de policial, a polícia reagiu matando jovens em bairros
604 pobres (a polícia é para investigar e não matar). Conselheiro **André Luís Bonifácio de Carvalho** fez
605 um destaque à fala da conselheira Maria Zeno e salientou que emocionar a todos é um ponto

606 importante porque quem se sensibiliza busca mudanças. Ressaltou que é preciso debruçar-se sobre a
607 Política, com olhar crítico de forma coletiva, avaliando o que foi possível avançar. Nessa linha, informou
608 que, em dezembro, será realizado um seminário para discutir a qualificação do processo de
609 implantação da Política, avaliação dos comitês, módulo com integração de várias secretarias, instituição
610 de comitê sobre racismo e saúde mental e criação de observatório. Salientou que o Ministério da Saúde
611 reconhece a importância da Política porque, entre outros aspectos, remete à necessidade de integração
612 de todos para construir uma aliança para mudança do padrão de saúde da população negra.
613 Conselheira **Kátia Maria Barreto Souto** saudou os componentes da mesa e agradeceu a colaboração
614 da consultora **Maria Inês da Silva Barbosa** na construção do módulo e destacou o seminário que o
615 DAGEP realizará em dezembro com convite aos comitês, conselheiros estaduais, conselheiros
616 nacionais. Também comunicou que o módulo destacado está no PROVAB e na especialização do
617 Programa mais Médicos. Ressaltou ainda a importância do Seminário de Quilombos realizado na
618 Região Nordeste e informou que o relatório está sendo finalizado e será socializado. Conselheira **Maria**
619 **do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, lembrou que o CNS está construindo a 15ª Conferência
620 Nacional de Saúde e a intenção é levar o tema para debate na plenária. Inclusive, disse que é preciso
621 pensar na possibilidade de cotas para a população negra na 15ª Conferência. **Retorno da mesa.** O
622 coordenador **João Paulo Baccara Araújo** explicou que, entre os temas apontados ao Ministro da
623 Saúde para serem tratados como prioridade, encontra-se a doença falciforme. Ou seja, é preciso
624 continuar as ações que vem sendo feitas e concluí-las, o que significa avançar nas linhas de cuidado e
625 na rede de atenção, da atenção básica e da emergência. Também informou que se reuniu com a
626 conselheira Maria Zeno para tratar sobre o transplante de medula óssea para os pacientes com doença
627 falciforme e o Ministro determinou a necessidade de avançar no debate para chegar a uma decisão
628 definitiva até o final de dezembro de 2014. Concordou que a informação é indispensável para
629 avaliação de impacto e, nesse sentido, foi feito levantamento de dados de plataforma sobre pacientes
630 com anemia falciforme para ser disponibilizado no Portal do Ministério da Saúde. Além disso, será
631 desenvolvida paralelamente uma central de informações para recolher as informações no Ministério
632 sobre cadastro, de acompanhamento clínico e notificação de óbitos. Disse ainda que o prefeito de São
633 Francisco do Conde/BA esteve no Ministério da Saúde para solicitar parceria para trabalhar doença
634 falciforme e foram definidas linhas para um projeto voltado à atenção integral com linhas de cuidado,
635 redes de atenção, com envolvimento de várias áreas – saúde, educação - da atenção básica à urgência
636 e emergência. Também falou que a expectativa é incorporar a dispensação da eritropoetina no SUS
637 para as pessoas com doença falciforme. Por fim, colocou-se à disposição para outros debates e para
638 receber sugestões. Conselheira **Maria Zenó Soares da Silva**, Presidente da FENAFAL, concordou que
639 houve avanços, mas ainda há muito a melhorar, de modo a evitar novas mortes. Também perguntou
640 como a Coordenação de Sangue está tratando com o laboratório responsável pela produção
641 hidroxiureia a fim de garantir a dispensação para os pacientes com doença falciforme. Ressaltou
642 também que é preciso: avançar na urgência e emergência; incluir a eritropoetina; disponibilizar a
643 eletroforese de hemoglobina na Rede Cegonha; e combater o racismo institucional. Por fim, agradeceu
644 a Comissão e disse que espera contar com o apoio de todos. O coordenador **João Paulo Baccara**
645 **Araújo** informou que o laboratório responsável pela produção da hidroxiureia suspendeu a produção
646 nos meses de outubro e novembro, mas a partir do mês de dezembro a produção e a distribuição será
647 retomada. De todo modo, informou que o Brasil possui estoque do medicamento e será possível fazer
648 transferência, sem risco de desabastecimento. Também informou que o Laboratório da Aeronáutica irá
649 produzir a medicação a partir do início de 2015, deixando de ser dependente de apenas um produtor. A
650 consultora **Maria Inês da Silva Barbosa** manifestou satisfação com esse debate e frisou que, para
651 avançar, é preciso reconhecer que se é parte do problema. Lembrou a atual conjuntura do país e que a
652 população negra foi quem garantiu que o projeto vencedor ocorresse (estudos apontam que quem vota
653 de centro à esquerda é a população negra). Ressaltou que é preciso fazer um balanço da Política e
654 verificar as pessoas com maior potencialidade para efetivar essa Política (o desafio é indicar pessoas
655 para a gestão com o compromisso de desracializar e fazer a repartição do poder). Destacou que é
656 preciso garantir que seja uma discussão balizada e qualificada com todos os movimentos sociais,
657 lembrando que se vive um momento crítico da Política de Saúde da População Negra e da Política de
658 Promoção da Igualdade Racial. Em sua opinião, é o momento se escolher gestores capazes de
659 enfrentar esse desafio, sendo, assim, possível avançar e para se chegar a uma perspectiva dialética.
660 Conselheiro **Nelson Mussolini** informou que a empresa responsável pela produção da hidroxiureia
661 garantiu que, em novembro, a situação estará regularizada e que não há falta de medicação. Solicitou
662 que fossem socializados os locais onde há falta, a fim de se resolver o problema, lembrando que a
663 compra é descentralizada. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, agradeceu a
664 presença dos convidados e reiterou o compromisso de ampliar o debate na 15ª Conferência Nacional
665 de Saúde. Definido esse ponto, a mesa interrompeu a sessão para o almoço. Retomando, a mesa foi
666 composta para o item 4 da pauta. **ITEM 4 – POLÍTICA NACIONAL DE ONCOLOGIA E DOENÇAS**

667 **RENAIS E REUMÁTICAS** - Apresentação: **Aparecida Linhares Pimenta**, Secretaria de Atenção a
668 Saúde Substituta/MS; **Patrícia Sampaio Chueiri**, Coordenadora Geral de Atenção as Pessoas com
669 Doenças Crônicas/MS; **José Eduardo Fogolin Passos**, Coordenador Geral de média e Alta
670 Complexidade/MS. Coordenação: Conselheiro **André Luis Bonifácio de Carvalho**, da Mesa Diretora
671 CNS. O coordenador da mesa explicou que o objetivo é fazer um balanço do cumprimento da Portaria
672 nº. 741/2005 que determina o início do tratamento no SUS após 60 do diagnóstico do câncer, com
673 ênfase na garantia do direito dos usuários. Em relação ao item relativo a doenças renais e reumáticas,
674 informar as ações, programas que garantem o atendimento a pessoas com doenças renais e
675 reumáticas, em especial o lúpus e considerar a responsabilidade das três esferas de gestão no
676 processo de implementação das referidas políticas. Inicialmente, a Coordenadora Geral de Atenção às
677 Pessoas com Doenças Crônicas/MS, **Patrícia Sampaio Chueiri**, fez uma apresentação sobre a Rede
678 Nacional de Doenças Crônicas com foco no câncer. Antes de iniciar, explicou que a Portaria nº.
679 741/2005 foi revogada e está valendo hoje a Portaria nº. 140, todavia, nenhuma das duas trata da
680 política nacional de atenção oncológica. Começou explicando que o Brasil vive mudanças sociais
681 importantes nos últimos 30 anos, com destaque para mudança demográfica (em 2030, haverá mais
682 população adulta que infantil), nutricional (50,8% da população com sobrepeso e obesidade). Mostrou
683 um quadro da mortalidade (óbitos/100 mil habitantes) pelas principais doenças crônicas no Brasil,
684 destacando que a redução em oncologia houve pouca mudança. Chamou a atenção para a queda do
685 tabagismo (de 34,8% para 11,3%) e é preciso avançar no tratamento das pessoas que fumam,
686 principalmente na atenção básica. No que se refere à oncologia, destacou que nas mulheres o maior
687 índice é de câncer de mama e, no caso dos homens, o mais prevalente é o de próstata, apesar de não
688 ser o que causa maior mortalidade. Explicou que o Plano de enfrentamento Doenças Crônicas não
689 Transmissíveis - 2012- 2022, que inclui a oncologia, possui três eixos: Vigilância, monitoramento e
690 avaliação; Prevenção e Promoção da Saúde; e Cuidado Integral. Falou sobre as Redes de Atenção à
691 Saúde, destacando a Rede de Atenção as Doenças Crônicas, lançada em 2013. Em relação ao eixo da
692 oncologia, ressaltou desafios, necessidades e objetivos: ampliar o acesso a exames diagnósticos e
693 tratamento; qualificar o cuidado/boa prática clínica; integrar as ações e serviços da RASPDC;
694 legitimação/responsabilização da APS; integração e compartilhamento do cuidado; "Lei dos 60 dias"; e
695 foco histórico (tabagismo, câncer do colo uterino e câncer de mama), ampliando as ações para outros
696 tipos de câncer e outros fatores de risco. Explicou que a Portaria nº. 483, de 1º de abril de 2014,
697 redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único
698 de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Disse que o
699 foco principal está nos seguintes fatores: de risco: diabetes, obesidade, tabagismo, hipertensão,
700 doenças respiratórias e oncologia. Detalhou que o eixo Câncer na RASPDC trabalha com 9 parques:
701 Atenção Básica; Atenção Especializada Ambulatorial; Atenção Especializada Hospitalar – Alta
702 Complexidade; Programas de Qualidades; Sistemas de Informação; Educação Permanente e ações de
703 formação; Medicamentos; Protocolos Clínicos; Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica -
704 PRONON; Comitês de Mobilização, Especialistas e Acompanhamento da Lei dos 60 dias. Explicou que
705 o objetivo da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção às Pessoas
706 com Doenças Crônicas PNPCC – RAS é reduzir a incidência e mortalidade por câncer e as
707 incapacidades causadas por esta doença, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida
708 dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento
709 oportuno e cuidados paliativos (Portaria GM/MS nº 874/2013). Detalhou os princípios e diretrizes - eixos
710 Fundamentais: Promoção da Saúde; Prevenção do Câncer; Vigilância, Informação, Monitoramento e
711 Avaliação; Cuidado Integral; Ciência e Tecnologia; Educação; Comunicação em Saúde. Fez um
712 destaque à atenção à pessoa tabagista que possibilita a universalização da oferta do tratamento e
713 sugere nova forma de programação da compra de medicamentos para os serviços de atenção básica
714 (adesão de 23.387 ESF/EAB e ESF/EAB parametrizadas (63% das equipes do PMAQ)). Também fez
715 um destaque à Qualificação do rastreamento do câncer de colo de útero e câncer de mama (PMAQ-
716 AB), salientando a atenção ao câncer do colo do útero: 88,5% das Unidades realizam exame
717 citopatológico; 54,7% possuem registro de mulheres com exame citopatológico alterado; 66,1% das
718 Unidades utilizam protocolo para prevenção e controle do câncer de colo de útero; 74,2% dos ACS
719 realizam busca ativa das mulheres elegíveis para o rastreamento de câncer de colo de útero; 72,6%
720 dos ACS realizam busca ativa das mulheres com citopatológico atrasado; e em 94% das Unidades o
721 exame citopatológico é realizado por médicos. Citou ainda a incorporação da vacina HPV no Calendário
722 Nacional de Vacinação da Adolescente em junho de 2013. Ainda a respeito da Qualificação em
723 Diagnóstico de Câncer do Colo do Útero e de Mama, observou a publicação do Caderno de Atenção
724 Básica nº 13 – (2012) Controle dos Cânceres do Colo de Útero e de Mama e explicando que foram 50
725 mil cadernos impressos e distribuídos para todas as UBS do país. Além disso, em 2014, o grupo de
726 trabalho responsável pelas diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero já
727 iniciou sua revisão para nova publicação, previsão de consulta pública no inicio de 2015 (jan/fev).

728 Parceria CGAPDC / INCA e FIOCRUZ. Acrescentou que as Diretrizes Brasileiras de Rastreamento do
729 Câncer de Mama estiveram em consulta pública em outubro de 2014. A respeito da atenção
730 especializada, destacou a Portaria GM nº 189, de 31 de janeiro de 2014, que trata do Serviço de
731 Referência para o Diagnóstico e Tratamento do Câncer do Colo de Útero (SRC) e de Mama (SDM) –,
732 definindo: Atenção Especializada Ambulatorial - área Oncologia - Câncer de mama e de colo de útero;
733 Rol mínimo de procedimentos. OBS: Para manter habilitação, deve produzir quantitativo mínimo, que
734 depende do porte do município; Equipe mínima e necessidade de oferta de consultas especializadas;
735 Identificação das UBS adscritas; e Identificação serviços de referência – laboratórios e alta
736 complexidade. Nessa linha, explicou que está previsto incentivo de investimento – SRC: R\$30.000,00 e
737 SDM R\$80.000,00 - e incremento de 60% dos procedimentos realizados nestes serviços a partir da
738 habilitação. O impacto orçamentário estimado é de R\$ 4.830.113,21. Disse, ainda, que dados dos
739 sistemas de informação do Ministério da Saúde indicam que 55 serviços já podem solicitar habilitação
740 como SRC, pois realizam o rol mínimo de procedimentos exigido na portaria. Acrescentou que o
741 Ministério/DERAC recebeu 10 propostas de habilitação/incentivo e aguardam habilitação. De acordo
742 com o mapeamento dos serviços existentes, 19 já poderiam solicitar habilitação como SDM, pois
743 realizam o rol mínimo de procedimentos exigido na portaria. O Ministério recebeu três propostas de
744 habilitação/incentivo recebidas. Também falou sobre o Programa de Mamografia Móvel - Portaria SAS
745 nº 827, de 23 de julho de 2013 – estabelece incremento de 44,88% para as mamografias realizadas em
746 unidades móveis. Detalhou as Unidades Habilitadas - Palmas/TO, GBM Soluções 1 CNES 7310242,
747 GBM Soluções 2 CNES 7310285 e Carreta Cidada III - Palmas/TO CNES 7366698 e as que
748 aguardava habilitação - Maranhão (01) – Aprovada (encontra-se no DRAC), Bahia (05) – Aprovada
749 (encontra-se no GAB/SAS) e Distrito Federal (04) – Em análise/Adequação. Além disso, informou que
750 há uma série de convênios para compra de equipamentos e reformas para SRC (Valor aprovado:
751 4.419.851,00. Valor empenhado: R\$ 4.550.503,50. Valor pago: R\$ 3.429.851,00); SDM (Valor
752 aprovado: 11.871.240,00; Valor empenhado: R\$ 11.176.640,00; Valor pago: R\$ 9.385.782,87); e
753 Laboratórios – foco Regiões Norte e Nordeste (Valor aprovado: 2.280.804,00; Valor empenhado: R\$
754 2.280.804,00; e Valor pago: R\$ 1.309.204,00. Mostrou gráfico com a taxa de mortalidade por câncer do
755 colo do útero segundo ano do óbito, Brasil e Regiões, destacando aumento na Região Norte. Também
756 falou sobre a produção da leitura da lâmina citopatológica, destacando que, em 2013, foi feita a coleta
757 de 10,1 milhões de exames, sendo 8 milhões dentro da faixa etária preconizada. Sobre o câncer de
758 mama, disse que a mortalidade é maior na Região Sudeste e Sul. Chamou a atenção para o
759 crescimento da produção de mamografia - de 1 milhão, em 2009, para 4,3 milhões em 2013 – mas
760 apenas 54% dentro da faixa etária, o que prejudica o impacto na redução da mortalidade. Também
761 falou sobre o Grupo de Trabalho relacionado aos cuidados paliativos que iniciou as atividades em
762 2013, coordenado pela CGAPDC. Explicou que o GT elaborou documento com diretrizes para os
763 Cuidados Paliativos nas Redes de Atenção à Saúde (minuta – a ser colocada em consulta pública).
764 Além disso, há discussão com o DAF com os seguintes objetivos: ampliação do acesso as medicações
765 , principalmente os opioides na APS; avaliação da incorporação de novos medicamentos na RENAME;
766 mudança da classificação dos medicamentos em básicos X especializados; e ampliação dos CID que
767 possibilitam o uso de medicações importante para os cuidados paliativos. Também sobre o processo de
768 revisão da Portaria 741, lembrou que, durante os 29 dias de consulta, foram recebidas 40 contribuições
769 relacionadas ao atendimento oncológico pediátrico, presença de cirurgião oncológico em todas as
770 unidades habilitadas, entre outras, culminando na Portaria SAS/MS nº. 140/2014 que redefine os
771 critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos
772 estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições
773 estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no
774 âmbito do SUS. Disse que a norma define o prazo de um ano para reabilitação de todos os hospitais
775 habilitados, com referência a organização do plano de atenção ao câncer do Estado, que organiza a
776 rede de atenção à pessoa. Explicou que são 283 hospitais habilitados em oncologia: Norte: 10;
777 Nordeste: 54; Sudeste: 135; Centro-Oeste: 20; e Sul: 64 e que a equipe do Departamento visitou todos
778 os Estados e apresentou matriz de diagnóstico com a finalidade de contribuir para repensar os planos
779 de atenção oncológica estadual na lógica de rede. Também falou sobre o trabalho de Monitoramento da
780 Produção e Identificação do Déficit e dos vazios assistenciais de tratamentos oncológicos, pois muitos
781 hospitais não cumprem o mínimo estabelecido pela Portaria, principalmente no que diz respeito às
782 cirurgias oncológicas. Explicou que, em 2010, foram realizadas 251.189 cirurgias e, em 2013, 281.881,
783 com aumento de 12%, considerando todos os hospitais e não apenas os habilitados. No caso de
784 cirurgias oncológicas realizadas por hospitais habilitados, houve aumento de 65%, de 96.000 para
785 158.000. No caso da quimioterapia, de 2.190.734, em 2010 para 2.700.000. Em relação à radioterapia
786 (campos), houve aumento de 22% de 2010 para 2013, mas ainda há déficit no país. Destacou que o
787 gasto com tratamento (cirurgia em oncologia, quimioterapia e procedimentos de radioterapia) em
788 oncologia foi de R\$ 2.840.397.993,03 em 2013. Falou sobre o Plano de Expansão da Radioterapia,

789 lançado em 2012, que prevê investimentos na ordem de R\$ 505 milhões para implantação de 80
790 Soluções de Radioterapia (41 novos serviços de radioterapia e a ampliação de 39 serviços de
791 radioterapia em hospitais já habilitados) até 2014, abrangendo 65 municípios em 22 estados e o Distrito
792 Federal. Destacou a realização de pregão para compra dos equipamentos, além da compra de
793 equipamentos, que incluiu a realização dos projetos básicos e executivos e o acompanhamento da
794 obra. Destacou que Pregão realizado em 2013 possibilitou uma redução em 60% do valor global de
795 referência e que há 45 propostas de convênios na radioterapia desde 2010, sendo 31 propostas pagas.
796 Explicou que, em 2011, o DENASUS realizou avaliação dos laboratórios de Citopatologia do Brasil e o
797 resultado apontou a necessidade de avançar em políticas de qualificação da leitura da lamina e não
798 apenas da coleta. Nesse sentido, foi lançada a Qualificação Nacional em Citopatologia (QualiCito), com
799 publicação de três Portarias, que consiste na definição de padrões de qualidade para a avaliação do
800 exame citopatológico do colo do útero. Salientou que o impacto financeiro gerado com a publicação da
801 Portaria nº. 2.046, de 12 de setembro de 2014 é de R\$ R\$10.560.209,12. Salientou que 596
802 laboratórios foram habilitados para o processo de qualificação da citopatologia. Além disso, o
803 DENASUS realizou auditoria em relação ao mamógrafo e, diante dos problemas encontrados, foi
804 lançado o Programa Nacional Qualidade em Mamografia – PNQM com o objetivo de avaliar o
805 desempenho da prestação dos serviços de diagnóstico por imagem que realizam mamografia, com
806 base em critérios e parâmetros referentes à qualidade da estrutura, do processo, dos resultados,
807 imagem clínica e do laudo e estabelecer critérios e parâmetros de qualidade para subsidiar o gestor no
808 credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviços. Disse que a avaliação e o
809 monitoramento do PNQM serão realizados pela SAS/MS, anualmente, a partir das informações
810 fornecidas e pela ANVISA e pelo INCA/SAS/MS. Falou sobre o Sistema de Informação do Câncer –
811 SISCAN, instituído pela Portaria nº 3.394, de 30 de dezembro de 2013, que integra os sistemas de
812 informação do câncer do colo do útero e do câncer de mama. Acrescentou que identifica o usuário com
813 o Sistema de Cadastramento dos Usuários do SUS (CADSUSWEB); padroniza os formulários para
814 solicitações de exames de mamografia, citopatológico do colo do útero e de mama e histopatológico do
815 colo do útero e de mama; permite o Monitoramento Externo da Qualidade (MEQ) e construção de
816 indicadores para o Monitoramento Interno da Qualidade (MIQ) dos exames citopatológicos do colo do
817 útero; e permite o monitoramento dos tempos entre o diagnóstico de neoplasia malignae o início do
818 primeiro tratamento do paciente. Assim, explicou que possuem senha do SISCAN e podem utilizá-lo
819 4.685 municípios possuem senha do SISCAN, 7.391 unidades de saúde e 2.455 prestadores. Destacou
820 que os 27 estados inseriram requisições de exames do colo do útero e mama no sistema, em 3.213
821 (57,7%) municípios; 4.525.774 resultados de citopatológico do colo do útero e mamografia com laudo
822 liberado; 13.318 (6.485 com data de início de tratamento e 6.833 ainda sem essa data registrada no
823 sistema) de neoplasias malignas (todos os tipos de cânceres) registradas no SISCAN. Ressaltou,
824 também, que o Ministério realiza compra centralizada dos medicamentos oncológicos Mesilato de
825 Imatinibe (Glivec®) – 2011; Trastuzumabe (Herceptin®) – 2012; L-Aparaginase – 2013, o que
826 possibilitou redução de preço. Falou sobre o PRONON, explicando que o Ministério recebeu 62 projetos
827 que foram aprovados, sendo o custo total de R\$ 118.927.007,37, do orçamento do Ministério da
828 Saúde. Em 2014, o Ministério recebeu 92 projetos que estão em análise. Sobre a regulamentação da
829 Lei nº 12.732/2012, disse que trata do 1º tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada,
830 no âmbito do SUS. Também falou sobre o apoio à gestão, destacando o boletim mensal encaminhado
831 às Secretarias, lançamento de cadernos, com o intuito de melhorar a comunicação. Além disso, fez
832 registro sobre o Comitê de mobilização, de especialistas e Outubro Rosa e lembrou que a próxima
833 reunião será dia 12 de dezembro (o CNS participa do Grupo). Por fim, destacou os desafios futuros:
834 andamento do GT de Cuidado Paliativos; avanço na construção dos planos de atenção oncológica e
835 implantação dos serviços na lógica de RAS; revisão dos valores de procedimentos dos exames de
836 diagnósticos diferencial em oncologia; PNQM; publicação: Diretrizes para a detecção precoce do
837 câncer de mama no Brasil e Diretrizes clínicas para o rastreamento do câncer do colo do útero.
838 **Manifestações.** Conselheira **Liane Terezinha de Araújo Oliveira** perguntou o que o Ministério da
839 Saúde está fazendo a respeito da redução de mamografias no país na faixa etária de 50 a 69 anos e
840 defendeu que os agentes comunitários façam o papel de busca ativa. Também defendeu a realização
841 de mamografias para mulheres a partir de 40 anos, por conta do número de casos em mulheres com
842 idade inferior a 50 anos. Além disso, manifestou preocupação com a fila para realização de exames
843 pelos prestadores de serviço e frisou que é preciso encontrar uma solução para essa situação.
844 Conselheira **Andréa Karolina Bento** cumprimentou a mesa e salientou que as informações dadas
845 apontam avanços na área da oncologia, todavia, disse que, hoje, ocorrem 577 mil novos casos de
846 câncer, um terço do total previsto para América Latina em 2030. Por essa razão, entidades e controle
847 social agem para melhorar a situação enfrentada pelos pacientes. Destacou que pacientes têm acesso
848 ao diagnóstico precoce, mas não conseguem atendimento na rede dentro da urgência necessária,
849 inclusive, tendo que aguardar 60 dias para o atendimento, o que representa muito à gravidade da

850 doença. Destacou que é preciso união entre os conselhos de saúde nas três esferas para debate do
851 tema. A propósito, informou que foi realizado um congresso, no mês de setembro, que reuniu 1.200
852 pessoas – representantes de laboratórios, governo, entidades, entre outros – e entregou documento
853 resultado dessa atividade com as demandas na área da oncologia para contribuir na melhoria do
854 tratamento do paciente com câncer. Conselheira **Paula Johns** cumprimentou as iniciativas adotadas
855 para avançar no tratamento da oncologia e destacou o avanço nas políticas de prevenção. No entanto,
856 disse que é preciso debater outras medidas, que não estão na pauta, nas políticas de prevenção dos
857 fatores de risco para o câncer e outras doenças crônicas. Entre elas, tabagismo (pensar nas medidas
858 regulatórias), álcool (classificação da cerveja como álcool), obesidade (definir medidas capazes de
859 diminuir o consumo de alimentos ultraprocessados). Também perguntou como é feito o treinamento das
860 equipes do Programa Saúde da Família para orientar o uso de medicamentos para o tratamento do
861 tabagismo. Por fim, salientou que essa pauta remete ao debate do que o Estado está financiamento
862 hoje e como os recursos estão sendo utilizados, a despeito de, muitas vezes, faltar recursos para
863 melhorar o atendimento no SUS. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** cumprimentou a expositora
864 pelas informações detalhadas e avaliou que é preciso incluir entre os desafios a necessidade de pensar
865 o componente oncológico da assistência farmacêutica. Salientou que há ciência, estrutura, disposição e
866 parcerias, inclusive para discutir, de forma aprofundada, o lugar da assistência farmacêutica no
867 processo do cuidado. Lembrou, inclusive, que o uso da ciência pode gerar economia de recursos e
868 salientou que os farmacêuticos podem contribuir com o desenvolvimento da atenção às pessoas com
869 doenças crônicas. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** saudou a expositora e lembrou a
870 realização da reunião da Comissão de Pessoas com Patologias e da Comissão de Saúde Suplementar
871 no Congresso da ABRALE, entendendo que devia existir esse processo de descentralização para garantir
872 que os conselheiros possam debater e ouvir as demandas dos usuários. Agradeceu o convite feito e
873 salientou a importância de acompanhar esse processo. Fez um destaque à campanha Outubro Rosa,
874 chamando a atenção para a dificuldade de as mulheres terem acesso à mamografia. Nessa linha,
875 sugeriu que o MS, junto com CONASS e CONASEMS, garanta o acesso aos exames para diagnóstico
876 do câncer. Conselheira **Luciana Silveira Bernardes** manifestou satisfação com o debate desse tema,
877 lembrando que o câncer de mama e de colo tem uma incidência muito grande entre as mulheres e
878 frisou a necessidade de exercer o controle social dessa Política. Saudou o MS pelas auditorias
879 realizadas nos mamógrafos e falou da participação da conselheira Santinha em capacitação realizada
880 pelo INCRA. Na oportunidade, foi identificada a necessidade de informação às mulheres da base.
881 Ressaltou que a informação é um grande instrumento de promoção da saúde e a mídia possui papel
882 importante nesse processo. Além disso, destacou que é preciso avançar no processo de habilitação
883 dos hospitais para o cuidado e tratamento do câncer com a participação do controle social. No mais,
884 disse que é preciso atenção para a necessidade de humanização do tratamento e salientou que, em
885 muitas unidades, não há local para acolhimento das pessoas vindas de outras regiões. Por fim, disse
886 que é preciso repensar como fica a rede privada/suplementar no âmbito do Sistema. Conselheiro **José**
887 **Eri de Medeiros** saudou a apresentação e reiterou que CONASEMS está junto com CONASS e MS no
888 enfrentamento dessa situação que considera muito grave. Relatou problemas enfrentados na Rede em
889 relação ao processo: acesso (é preciso radicalizar na questão da regionalização), transporte para os
890 pacientes em tratamento, Sistema (é preciso avançar), humanização nos processos paliativos da
891 doença. Salientou que a sociedade deve participar do enfrentamento dos problemas colocados e,
892 nessa linha, ressaltou a importância de retomar o movimento em prol da saúde, Saúde mais 10, a fim
893 de destinar mais financiamento para o SUS. Conselheiro **Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza**
894 cumprimentou a expositora e perguntou sobre o sistema de pagamento dos tratamentos por APAC, o
895 que tem gerado custo elevado para o SUS. Perguntou, ainda, se houve tentativa de incorporar a
896 compra de quimioterápicos no sistema de assistência farmacêutica e como o MS está trabalhando a
897 tendência de incorporação de biomedicamentos no tratamento do câncer, com as parcerias para o
898 desenvolvimento produtivo, uma vez que essa é questão fundamental para garantir a sustentabilidade
899 do SUS nessa área. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, iniciou sua fala
900 registrando a sua satisfação com debate de pautas reprimidas do segmento dos usuários, sobretudo
901 em relação a situações mais extremas dos processos de adoecimento e da necessidade premente do
902 SUS. Destacou o aumento de demandas e do volume de recursos, mas com a preocupação de
903 responsabilizar e verificar a aplicação dos recursos, controle e monitoramento. Disse que é preciso
904 assumir a execução da política em outras esferas de gestão e garantir que Estados e Municípios
905 assegurarem o cumprimento da Lei dos 60 dias. Salientou que é preciso assumir o compromisso de dar
906 ênfase e continuar a pauta. Também perguntou se o prazo de 60 dias está pactuado no COAP e
907 também reafirmou que é preciso verificar como conselhos estaduais e municipais trazem essa pauta.
908 Sobre doenças raras, salientou que está associado ao consumo de alimentos sem garantia de ser
909 saudável. A Secretaria de Atenção a Saúde Substituta/MS, **Aparecida Linhares Pimenta**,
910 cumprimentou o CNS pela pauta da reunião e, sobre a atenção oncologia, avaliou que ainda está

aquém daquela recomendada e da que é possível oferecer do ponto de vista da tecnologia. Destacou que o acesso ao tratamento oncológico é uma conquista do SUS, todavia, é preciso avançar ainda mais, lembrando que a segunda causa de morte no país está ligada ao câncer. Disse que a parceria com os Estados e Municípios é essencial para implantar a Política, uma vez que o MS não é o ente que executa as políticas de saúde. **Retorno da mesa.** A Coordenadora Geral de Atenção as Pessoas com Doenças Crônicas/MS, **Patrícia Sampaio Chueiri**, começou explicando que não houve queda na realização de mamografia, mas sim aumento, apesar de ainda não ser o ideal. Também reiterou que a faixa etária para exame de mamografia é de 50 a 69 anos e observou que não se deve dar duas informações diferentes às usuárias porque prejudica a qualificação do processo. Todavia, esclareceu que as mulheres com menos de cinquenta anos com hipótese diagnóstica de nódulo é prioridade (linha vermelha), portanto, não pode ficar na mesma fila para mamografia de rastreamento. Destacou que, apesar de não ser o ideal ainda, é preciso reconhecer os avanços na pauta da oncologia. Disse que tem interesse de conhecer o documento construído no Congresso da ABRALE e trabalhar junto, evidenciando que a tendência é de aumento do número de casos de câncer por conta do envelhecimento da população; assim, é importante garantir diagnóstico precoce e tratamento. Também salientou que há grande preocupação com o tabagismo, por isso, foi lançado caderno de atenção básica sobre essa questão e será realizado curso EAD sobre tabagismo na comunidade de práticas do DAB. Em relação à assistência farmacêutica para o tabagismo, houve grande aproximação do DAF por conta da compra centralizada e o curso de EAD irá tratar também sobre farmácia clínica. Nessa perspectiva, disse ser essencial o trabalho conjunto da oncologia clínica com o profissional farmacêutico dentro das unidades que realizam quimioterapia. Além disso, comunicou que na pauta com a SGTES de residência multiprofissional para a área de oncologia o farmacêutico está incluído para sair da formação com a ideia de compartilhar os cuidados. Destacou que a questão do acesso ainda não está resolvida, por isso, ser necessário desenvolver ações que apoiem e ampliem essas demandas. Também destacou que é preciso avançar na regionalização porque os pequenos municípios não conseguem oferecer a atenção especializada e reconheceu que o SISCAN enfrentou dificuldades no início, mas espera-se que avance em 2015. Acrescentou que se trata de um instrumento importante para o acompanhamento da Lei dos 60 dias. Para finalizar, ressaltou que a opção por compra centralizada permite economia importante e há trabalho em parceria com a CONITEC no que se refere aos biológicos e concordou que é preciso melhorar a gestão da oncologia considerando o alto custo. O coordenador da mesa agradeceu a convidada e passou ao próximo item da pauta. **DOENÇAS RENAIAS E REUMÁTICAS** - O Coordenador Geral da Média e Alta Complexidade/MS, **Eduardo Fogolin Passos**, fez uma fala sobre os avanços na linha de cuidado das doenças renais e a respeito do cuidado das pessoas com doenças reumáticas. Nesse sentido, lembrou que no final de 2013 foi pactuada na Tripartite a nova estratégia para tratar dessa patologia, o que representa um avanço no cuidado da pessoa com doença renal crônica. Ressaltou que essa estratégia, publicada em março de 2014, trouxe nova normativa, por meio de RDC da ANVISA e novo ato normativo que define o financiamento e a organização do cuidado. Além disso, a oportunidade de estimular, cada vez mais, não apenas o repasse anual à valoração da hemodiálise, mas um financiamento para cuidado à pessoa no estágio pré-dialítico. Além disso, essa nova estratégia construiu uma diretriz que subsidiou um processo formativo com o lançamento do edital (500 vagas) para formação de profissionais da atenção básica e atenção especializada em curso de especialização ao cuidado da pessoa com doença renal crônica. Assim, salientou que essa nova estratégia trouxe, além de normativos, a possibilidade de estimular o cuidado para além do dialítico. Relatou que houve dificuldades na implantação da Portaria e, por isso, foi realizada oficina em setembro com a presença de representantes de vários Estados, dentre os quais, RS, SP, PE, PA, além do CONASEMS, Secretaria Municipal de Saúde das capitais e Secretarias Estaduais de Saúde. Afora essa questão, destacou que houve mudança de paradigma, informando que foi realizada reunião com os usuários de diversas entidades representativas de doença renal crônica para avaliar a implementação da política e, como resultado, foi definido a realização de reuniões permanentes com usuários. Salientou que o momento é estratégico para mudança da lógica do cuidado da pessoa com doença renal crônica, esclarecendo que a implementação da política não é uma tarefa fácil. Sobre a doença reumática, explicou que naquele momento ocorria a reunião da Câmara Técnica sobre Doenças Reumáticas, com oito pautas de debate. Acrescentou que participava dessa Câmara representantes da SVS, da SCTIE, da SAS, do CONASS, do CONASEMS e da ANAPAR e houve consenso sobre a ampliação da participação de representantes dos usuários na Câmara. Das três pautas, 3 referiam-se a informes, discussão sobre a linha de cuidado, incorporação tecnológica, centros de infusão e outras ações. **Manifestações.** Conselheira **Ana Maria Costa** registrou a distribuição da Revista de Atenção Básica, publicada pelo CEBES. Conselheiro **Adriano Macedo Félix**, primeiro, agradeceu a presença do coordenador da área José Eduardo Fogolim, mas lamentou que a Câmara Técnica sobre Doenças Reumáticas não estivesse funcionando. Devido à exiguidade de tempo, fez a leitura de dois documentos para registrar o seu posicionamento a respeito do assunto. No primeiro

972 documento, solicita a criação de política e programa específico para pacientes reumáticos, conforme
973 solicitação feita e arquivada dia 7 de julho de 2010. Para que, com a implementação dessa política e a
974 efetiva implementação das diretrizes apresentadas pela SVS, os reumáticos sejam atendidos. Além
975 disso, solicitou o apoio do CNS à solicitação de garantia da participação de mais um usuário na Câmara
976 Técnica de Reumatologia, representando o CNS. A referida Câmara Técnica, segundo informou, foi
977 instituída pela Portaria nº 3.443, em novembro de 2010. Na defesa de uma atenção específica,
978 perguntou à mesa como garantir atendimento digno e integral sem uma política que trate do assunto. O
979 segundo documento trata da atenção às pessoas com lúpus. Explicou que, após criteriosa análise da
980 Portaria SAS nº. 100, de fevereiro de 2013, a ANAPAR, por meio de suas filiadas, fez uma análise do
981 que vem ocorrendo no Brasil e traz a público que pacientes por falta de tratamento adequado e acesso
982 a medicamento específico chegam a óbito. Explicou que o Estado de São Paulo possui legislação
983 específica desde 19 de janeiro de 1999, contemplando os pacientes, inclusive, em itens que o MS não
984 acata. Avocou como exemplo a distribuição de protetor solar fator 50, de vital importância,
985 principalmente, aos residentes na Região Nordeste. Disse que foi distribuído material detalhado a
986 respeito do assunto para conhecimento dos conselheiros e, finalmente, solicitou o apoio do CNS para
987 que a Câmara Técnica funcione, de fato, e pleiteou a participação na reunião que estava ocorrendo.
988 Conselheira **Rosangela da Silva Santos** solicitou esclarecimentos sobre a reunião de pacientes renais,
989 pois, das seis entidades participantes, três são instituições e entidades recém-criadas e apoiadas pela
990 ABCDT (a Associação participou do processo de elaboração da portaria). Perguntou, inclusive, por que
991 outras entidades não foram contempladas. Nessa linha, sugeriu a realização de oficina com
992 representantes dos usuários para construir propostas de forma coletiva. Salientou, inclusive, que a
993 ABCDT, participante do debate na Câmara, solicita aumento de recursos para cuidar dos pacientes
994 renais. Também fez a leitura de documento sobre o tema para registrar posicionamento. No
995 documento, a Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil (FARBRA) solicita ao
996 Ministério da Saúde que seja feito um aprofundamento da Portaria Nº 389/2014, para a inclusão nas
997 Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica (DRC), de orientações
998 clínicas das diversas situações especiais que podem ocorrer com o renal crônico, inerentes à própria
999 doença e ao uso das modalidades de Diálise. Justifica-se esta demanda em razão das eventualidades
1000 que podem ocorrer com os doentes renais que são submetidos a Terapia Renal Substitutiva (TRS). Em
1001 especial, nas situações de emergência e quando for necessária a hospitalização, incluindo as
1002 ocorrências na atenção básica e ambulatorial, situações em que se somam as complicações inerentes
1003 à doença de base (distúrbio renal) aos da doença que motivou o atendimento. Exemplos: acidentes,
1004 infecções, procedimentos cirúrgicos e ambulatoriais, exames, tratamento odontológico, etc. Insta
1005 esclarecer que este grupo de pacientes ainda não está devidamente identificado no programa da rede
1006 de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo no âmbito dos municípios e acabam
1007 iniciando o tratamento de TRS por intermédio das "portas de entrada" de emergências públicas e
1008 privadas de saúde. Para aqueles que passam a depender regularmente deste tratamento para viver
1009 encontramos distintas realidades, pois apesar de toda a regulamentação existente os centros
1010 nefrológicos impõem regras bem distintas para o funcionamento dos seus serviços e quando os
1011 pacientes mais necessitam de assistência no decorrer da evolução da Doença Renal Crônica (DRC), os
1012 problemas recaem nas mãos dos pacientes e de seus familiares devido à ineficiência dos governos que
1013 permanecem concentrando a tomada de decisão na Média e Alta Complexidade. Levantamento
1014 realizado pelo Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (DESID)
1015 relativos aos gastos federais com Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), hospitalares e
1016 ambulatoriais, no período de 2008 a 2011, publicado em 2013, demonstram que dos R\$
1017 53.842.994.704,81 gastos no período pelo governo federal, os gastos com doenças do aparelho genito-
1018 urinário representaram 17%, grupo em que estão contidas as doenças renais. Se observarmos apenas
1019 os gastos ambulatoriais com doenças do aparelho genito-urinário, nos quais estão inclusos gastos com
1020 os procedimentos de diálise, no período os gastos representaram 25% do total; R\$ 7.646.996.186 de
1021 um total de R\$ 30.098.583.183. Em termos de volume, foram o quarto grupo em número de
1022 procedimentos, com 350.345.299 procedimentos realizados, entre 2008 e 2011. Informação relevante
1023 que o estudo traz é que, dentro do grupo de doenças do aparelho genito-urinário, o procedimento
1024 "hemodiálise, com realização de no máximo três sessões por semana" representou 80% dos gastos
1025 ambulatoriais, o que demonstra o alto dispêndio de dinheiro público financiado pelo SUS com os
1026 procedimentos de diálise. Anteriormente, outro importante subsídio para avaliação desta matéria foi
1027 apresentado na Comissão Intersetorial de Pessoas com Patologias (CIPP) do Conselho Nacional de
1028 Saúde (CNS), pelo ex-diretor do DESID, Prof. Dr. Elias Antônio Jorge, no período em que a Conselheira
1029 subscritora desta coordenava a referida Comissão. A discussão teve enfoque na "Avaliação econômico-
1030 epidemiológica das terapias renais substitutivas no Brasil", por meio do tema "Programas com
1031 despesas de crescimento exponencial/enfoque metodológico terapia renal substitutiva" (Nota Técnica
1032 nº 007/2010/DESD/SE/MS), que além de demonstrar dados alarmantes sobre a evolução dos gastos do

1033 MS em procedimentos de Média e Alta Complexidade (MAC)", no período de 2004 a 2007, apontou a
1034 necessidade de se realizar avaliações focadas na trajetória do indivíduo portador de DCNT. Outra
1035 questão é a necessidade de gerar informações fidedignas que possam identificar onde estão as
1036 principais lacunas de cuidados na abordagem clínica durante a trajetória terapêutica do paciente com
1037 DRC. O uso de dados administrativos para o desenvolvimento de evidências considerando os
1038 procedimentos de alto custo, a necessidade de identificação da condição clínica (DRC) nos registros de
1039 pacientes e a integração das bases de informação do SUS são pontos importantes a serem
1040 considerados, e reforçam a necessidade do apoio e parceria institucional do MS com instituições
1041 oficiais e órgãos afins. É importante salientar que esse tipo de paciente acarreta custos elevados, tanto
1042 decorrentes do agravamento da doença renal como pelo atendimento de outros quadros associados ou
1043 quadros agudos. Exemplos da primeira situação são as diálises de urgência por encaminhamento tardio
1044 ou falta de conhecimento da doença por parte da população. Ou casos de óbito do paciente, durante
1045 quadros agudos relacionados ou não a doença renal, que são mal manejados pelos clínicos que
1046 atendem esses indivíduos em emergências ou ambulatórios. Não podemos deixar de citar os impactos
1047 socioeconômicos que incidem sobre as famílias dos doentes renais, que em geral arcaram com os
1048 cuidados com o paciente, o que influencia diretamente na perda da qualidade de vida não só dos
1049 pacientes quanto dos familiares. Considerando que os aspectos educacionais, epidemiológicos,
1050 políticos e econômicos são fatores que incidem sobre as condições clínicas dos doentes renais e
1051 transplantados, evidencia-se a necessidade de uma avaliação das fragilidades do sistema, no trajeto
1052 terapêutico desta população, de modo que os serviços de saúde ofereçam cuidado integral, equitativo e
1053 integrado às pessoas com DRC. Ressaltamos que a condição emocional e psicológica dos pacientes
1054 que convivem com a DRC, que inclui a não adesão dos doentes ao tratamento, podem influenciar na
1055 sua maneira de se comportar diante das circunstâncias. Não é raro também acontecer de se estar
1056 defronte a um profissional de saúde que não esteja devidamente esclarecido sobre as condutas e
1057 cuidados clínicos com doentes renais e transplantados nas eventualidades a que estão expostos,
1058 inerente ao tratamento referencial. Destacamos que a inclusão de recomendações mais explícitas nos
1059 Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), especialmente, para as situações de
1060 eventualidade, trará mais segurança tanto para os profissionais de saúde, quanto para os pacientes (no
1061 autocuidado) que tenham que lidar com os imprevistos que podem ocorrer no decorrer da trajetória
1062 terapêutica destes indivíduos. Exemplo: precaução na dosagem de medicamentos nas associações
1063 medicamentosas, que podem se tornar mais perigosas para pacientes com comprometimento da
1064 função renal, hepática, neurológica, cardiovascular. Portanto, a inclusão de condutas a serem
1065 estabelecidas nas Diretrizes para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal no SUS, respeitando as
1066 características regionais e levando em consideração as doenças que podem estar associadas a DRC
1067 (reumáticas, oncológicas, de Alzheimer, diabetes, hipertensão, obesidade, AIDS, hepatites virais)
1068 serviriam como precaução, principalmente, nas situações de eventualidades objetivando gerar ações
1069 integradas e a implementação de novas estratégias de intervenção nos estágios da evolução da DRC.
1070 Conclusão. Por estarmos diuturnamente acompanhando o atendimento de pacientes com doenças
1071 crônicas na rede pública, vemos que há três situações, cujas peculiaridades devam estar expressas
1072 nas diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com DRC no SUS: Alertas relacionados a
1073 complicações da doença renal crônica. Exemplo: anemia; aumento da acidez do sangue; alteração na
1074 concentração de cálcio e fosfato; alterações no paratormônio e na vitamina D. Alertas relacionados a
1075 complicações do procedimento de diálise – reações febris, contaminação de cateter venoso percutâneo
1076 e complicações com a fistula arteriovenosa (incluindo infecções). Interações entre medicamentos e
1077 ajustes de doses. Finalizada a leitura do documento, apresentou as seguintes propostas: realizar oficina
1078 com pacientes renais crônicos; e solicitar à COFIN levantamento sobre o financiamento das clínicas de
1079 diálise – demandas sobre a pressão que o MS está recebendo para assumir a atenção ao doente renal
1080 na atenção básica. Conselheiro **Eni Carajá Filho** salientou que é preciso investir na formação
1081 permanente dos servidores e defendeu a integralidade na assistência. Disse que o MORHAN coloca-se
1082 à disposição para colaborar com a SAS para a regulamentação do art. 4º a Lei 11.520, que trata da
1083 atenção integral às pessoas com hanseníase, lembrando que é preciso tratar as doenças, como
1084 hanseníase, lúpus com ações intra e intersetorial, contemplando questões como trabalho, transporte e
1085 assistência farmacêutica. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, salentou a
1086 necessidade de debater, na Comissão Intergestores Tripartite, as responsabilidades das esferas
1087 estaduais e municipais nesse processo. Como encaminhamento, sugeriu elaborar recomendação
1088 direcionada a CONASS e CONASEMS, sobre o monitoramento do cumprimento da Lei de 60 dias,
1089 transição da política dos pacientes renais crônicos (como estados e municípios estão se preparando
1090 para essa transição). Esse documento seria encaminhado à CIT, aos CES e aos CMS para
1091 conhecimento. A Secretaria de Atenção a Saúde Substituta/MS, **Aparecida Linhares Pimenta**,
1092 lembrou que o MS não contrata clínicas de hemodiálise e esse tipo de contratação é feita de forma
1093 tripartite com estados e municípios. Propôs que nas próximas pautas sejam convidados representantes

1094 do CONASS e CONASEMS para relatar o andamento da implantação da Política nos Estados e
1095 Municípios. A esse respeito, a Presidente do CNS disse que foi feito convite para CONASS e
1096 CONASEMS. **Retorno da mesa.** O Coordenador Geral de Media e Alta Complexidade/MS, **José**
1097 **Eduardo Fogolin Passos**, salientou que, apesar dos avanços, é preciso dar foco ao cuidado das
1098 pessoas com doenças crônicas. Explicou que foi consensuada na Câmara Técnica a ampliação da
1099 representação dos usuários, ou seja, desde que comunicado com antecedência, por conta da
1100 capacidade de estrutura da reunião. Portanto, a associação de usuários podem indicar quantos
1101 representantes forem necessários. Além disso, a Câmara Técnica identificou a necessidade de definir
1102 uma linha de cuidado dentro da Rede de Atenção à Pessoa com Doença Crônica e essa definição
1103 envolve a questão da estruturação, do financiamento específico, da incorporação tecnológica e do
1104 processo formativo. Falou ainda que a Câmara definirá um grupo para debater a linha de cuidado, com
1105 a participação de diversas secretarias do Ministério e dos usuários. Em relação ao cuidado às pessoas
1106 com doença renal crônica, explicou que para a reunião foram convidadas entidades representantes dos
1107 usuários, independente ser estadual ou nacional, inclusive, lembrou que outras associações podem ser
1108 incluídas no processo de debate. Além disso, destacou que não há objeção em considerar as
1109 sugestões para serem incluídas na diretriz já lançada. Sobre o financiamento, explicou que há dados
1110 sobre o investimento em doença renal crônica e salientou o interesse em avaliar o impacto, com
1111 Estados e Municípios. No que se refere à sugestão de realizar oficina com as entidades, considerou
1112 muito oportuna e pertinente. Conselheiro **André Luis Bonifácio de Carvalho** sintetizou os
1113 encaminhamentos oriundos do debate. **Deliberação: o Plenário decidiu encaminhar os documentos**
1114 **entregues às áreas específicas e à COFIN para respostas; ampliar o debate sobre a implantação**
1115 **da Política com CONASS e CONASEMS; e elaborar recomendação sobre o tema para ser**
1116 **apreciada no segundo dia de reunião. ITEM 5 – APRESENTAÇÃO DO CONSOLIDADO DAS**
1117 **COMISSÕES REFERENTE AO RAG 2013 E APRECIAÇÃO DO RELATÓRIO DE PRESTAÇÃO DE**
1118 **CONTAS QUADRIMESTRAL 2º/2014 - Apresentação:** Francisco Rózsa Funcia, Consultor Técnico da
1119 COFIN/CNS. Coordenação: Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Coordenador da COFIN/CNS,
1120 Mesa Diretora do CNS. Iniciando, conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** resgatou o processo de
1121 debate no CNS sobre o Relatório Anual de Gestão – RAG/MS referente ao exercício de 2013. Lembrou
1122 que o Relatório foi entregue ao CNS no mês de março de 2014 e encaminhado aos conselheiros nesse
1123 mesmo mês. No mês de junho, a COFIN apresentou ao CNS análise preliminar sobre os aspectos
1124 orçamentários e financeiros do Relatório. Como encaminhamento, o Plenário decidiu que as comissões
1125 analisariam o documento de acordo com as áreas afins até o mês de julho. Como resultado desse
1126 processo, 14 comissões apresentaram análises e contribuições ao Relatório. Considerando se tratar de
1127 um novo processo, coube a COFIN consolidar um conjunto variável de contribuições. Disse que seria
1128 feita a apresentação do parecer conclusivo, com o encaminhamento final da COFIN. Além disso,
1129 informou que seria apresentada minuta de recomendação sobre o orçamento impositivo, que traz
1130 prejuízos a definições do CNS e que estava na ordem do dia para votação na semana seguinte. Feitas
1131 essas considerações, abriu a palavra para apresentação do parecer conclusivo elaborado pela COFIN.
1132 O consultor técnico da COFIN/CNS, **Francisco Rózsa Funcia**, passou à apresentação de síntese da
1133 minuta do parecer conclusivo sobre o Relatório Anual de Gestão 2013 do Ministério da Saúde
1134 (RAG2013/MS), para deliberação do CNS. Explicou que a COFIN/CNS realizou mais uma vez a tarefa
1135 de analisar o RAG do Ministério da Saúde exercendo o seu papel legal de fiscalização, controle e
1136 proposição, bem como de avaliação dos encaminhamentos do gestor federal de saúde em relação às
1137 ressalvas apresentadas pelo CNS quando das deliberações sobre os RAGs dos exercícios anteriores,
1138 as quais assumem caráter de recomendação para o aprimoramento da gestão do SUS pelo MS em
1139 respeito aos preceitos legais – Constituição Federal, Lei 8.080/90, Lei 8.142/90 e Lei Complementar
1140 141/2012. Além disso, a COFIN/CNS resgatou a avaliação realizada pelo CNS sobre o Relatório de
1141 Prestação de Contas Quadrimestral – 3º Quadrimestre/2013 do MS e incorporou na parte final os
1142 aspectos analisados por 14 Comissões Temáticas do CNS. Inicialmente, explicou que as comparações
1143 quantitativas deste relatório anual deveriam priorizar a execução de 2013 em relação ao ano anterior,
1144 bem como em relação à meta prevista para 2013. Contudo, em algumas partes do RAG2013/MS, foram
1145 apresentadas séries históricas, que são importantes, mas insuficientes para a análise de um relatório
1146 anual. Além disso, para o caso da avaliação do cumprimento das metas físicas, foram apresentadas as
1147 comparações das metas atingidas em 2013 em relação às previstas, mas não foram apresentadas as
1148 comparações em relação àquelas realizadas em 2012. Além disso, acrescentou que a estrutura de
1149 apresentação desta análise e parecer sobre o RAG 2013/MS manteve a sequência dos tópicos
1150 apresentados no próprio Relatório, com a identificação das páginas referentes aos comentários
1151 realizados. As considerações finais consolidam os aspectos analisados sob a forma de um parecer
1152 técnico parcial, que será complementado pela análise que as demais comissões realizarão sobre a
1153 Execução das Diretrizes do Ministério da Saúde – Indicadores e Metas, a ser submetido ao CNS para
1154 deliberação final. Explicou que a análise do RAG2013/MS permitiu à COFIN/CNS avaliar a gestão do

1155 Ministério da Saúde sob a ótica orçamentária e financeira, procurando verificar o cumprimento da LC
1156 141/2012. Em termos gerais, quanto à estrutura, disse que o RAG2013/MS atende aos requisitos legais
1157 e infralegais estabelecidos para esse documento. Quanto ao conteúdo analisado, alguns aspectos
1158 puderam ser destacados, entre os quais citou: 1) As comparações quantitativas deste relatório anual
1159 deveriam priorizar a execução de 2013 em relação ao ano anterior, bem como em relação à meta
1160 prevista para 2013. Essa metodologia não foi adotada pelo MS: para a avaliação do cumprimento das
1161 metas físicas, foram apresentadas as comparações das metas atingidas em 2013 em relação às
1162 programadas ou previstas, mas não foram apresentadas as comparações com as realizadas em 2012
1163 para avaliação do nível de execução de um ano para o outro à luz da restrição orçamentária e
1164 financeira estabelecida pela área econômica do governo; 2) Na introdução do RAG2013/MS (página 3),
1165 consta que o relatório trata da “consolidação dos desempenhos das três esferas de gestão”, quando na
1166 verdade refere-se somente ao desempenho da União. Ainda que cerca de 2/3 dos recursos do MS
1167 sejam transferidos para o Distrito Federal, Estados e Municípios, o RAG2013/MS não avalia o
1168 desempenho das demais esferas de gestão; 3) A partir da divulgação feita pelo IBGE, no final de
1169 novembro/2013, do novo valor nominal do PIB de 2012, houve uma redução do percentual de variação
1170 do PIB para calcular o valor da aplicação mínima faltando pouco mais de um mês para terminar o ano
1171 de 2013. Trata-se de um procedimento temerário em termos de atendimento às necessidades da
1172 população, diante da lógica imposta pela área econômica do governo de considerar a aplicação mínima
1173 legal como aplicação máxima efetiva (popularmente denominada como a lógica “Piso=Teto”). Assim
1174 sendo, seria importante que o MS informasse quais foram as ações que não foram executadas total ou
1175 parcialmente como decorrência dessa redução; 4) Houve também a redução da base de cálculo para a
1176 definição do valor da aplicação mínima em 2013, caracterizando uma aplicação retroativa de um
1177 dispositivo da LC 141 que somente poderia ser considerado no ano em que passou a ser utilizado; 5)
1178 Como resultado dessa restrição orçamentária e financeira imposta para a área da saúde, enquanto a
1179 receita corrente cresceu 7,48%, os gastos com ações e serviços públicos de saúde cresceram 6,19%;
1180 em termos reais (descontada a inflação), a receita cresceu 1,49% e os gastos com saúde cresceram
1181 0,27%. Portanto, não há que se argumentar “queda de receita” para justificar a manutenção da lógica
1182 “Piso=Teto”, expressa no contingenciamento orçamentário e financeiro imposto ao Ministério da Saúde:
1183 afinal, as receitas cresceram mais que os gastos com ações e serviços públicos de saúde; 6) A
1184 economia orçamentária (diferença entre o valor da dotação atualizada e o valor empenhado) a preços
1185 correntes no período 2008 a 2013 totalizou R\$ 24,968 bilhões (valor nominal) e a preços constantes de
1186 2013 totalizou R\$ 27,461 bilhões (valor real), consequência direta da adoção da lógica “Piso=Teto”; 7)
1187 Considerando a análise da despesa empenhada por subfunção de governo diretamente vinculada à
1188 Função Saúde, é possível inferir que a restrição orçamentária e financeira citada anteriormente
1189 “sacrificou” principalmente as despesas empenhadas com Vigilância Sanitária, Assistência Hospitalar e
1190 Ambulatorial e Atenção Básica, cujas variações anuais percentuais foram as mais baixas na execução
1191 orçamentária de 2013; e 8) A razão das despesas empenhadas em “Assistência Hospitalar e
1192 Ambulatorial – AHA” em relação a “Atenção Básica – AB” foi 2,58 e representou uma queda de 4,9%
1193 em relação a 2012, bem como uma queda acumulada de 16,5% em relação a 2009, indicando uma
1194 relativa priorização para a atenção básica. Mas, como foi mantida a lógica “Piso=Teto”, essa priorização
1195 não ocorreu por um crescimento expressivo de recursos orçamentários para a atenção básica em 2013,
1196 mas principalmente por uma queda real na alocação de recursos da assistência hospitalar e
1197 ambulatorial nesse mesmo ano. Destacou que o parecer contempla a avaliação da execução das
1198 diretrizes do Ministério da Saúde – Indicadores e Metas realizada pelas comissões temáticas do CNS.
1199 Salientou que o relatório elaborado pela COFIN ganha em qualidade por conta das análises das
1200 comissões – trata-se de um marco em termos de análise de relatório de gestão. Acrescentou que a
1201 COFIN optou por incorporar o texto conforme apresentado pelas comissões, mesmo porque não teve
1202 tempo hábil para trabalhar todos os relatórios (a COFIN recebeu relatórios até às 16h daquele dia). Dito
1203 isso, destacou alguns trechos das análises feitas pelas quinze Comissões (Comissão Intersetorial para
1204 Acompanhamento das Políticas em DST e AIDS; Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher;
1205 Comissão de Assistência Farmacêutica; Comissão de Ciência e Tecnologia; Comissão Intersetorial de
1206 Práticas Integrativas e Complementares do SUS; Comissão Intersetorial de Saúde da População de
1207 Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais; Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição;
1208 Comissão Intersetorial de Trauma e Violência; Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o
1209 Controle Social; Comissão Intersetorial de Recursos Humanos; Comissão Intersetorial da Saúde do
1210 Idoso. Comissão Intersetorial de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia; Comissão Intersetorial
1211 de Saúde Indígena; Comissão Intersetorial de Saúde da População Negra; e Comissão Intersetorial de
1212 Atenção Integral à Saúde da Criança, do Adolescente e do Jovem). De um modo geral, explicou que as
1213 comissões identificaram índices contemplados e cujas metas programadas não foram atingidas. Disse
1214 que há questionamentos para buscar entender os motivos do não cumprimento. Em outros casos,
1215 cumprimento de metas para além de 100% e foi solicitado esclarecimento a respeito. Também

destacou a preocupação das comissões sobre itens programados que não constaram do RAG. Salientou que, do ponto de vista da gestão em si, não houve apontamento de questões graves em relação ao programado e ao realizado, mas sim sugestões de aprimoramento da gestão. Por fim, apresentou o parecer conclusivo da COFIN: considerando a análise realizada, especialmente as “Considerações Finais”, incluindo o anexo com os esclarecimentos apresentados pela Subsecretaria de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde (SPO/MS), e nos itens relativos a comissões temáticas do CNS, considerando ainda os apontamentos existentes nas “Considerações Finais” para aprimorar a gestão do Ministério da Saúde, a COFIN/CNS entende que o Relatório Anual de Gestão 2013 do Ministério da Saúde (RAG 2013/MS) deve ser aprovado com ressalvas e encaminha para análise e deliberação do plenário do CNS. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** reiterou que as comissões do CNS fizeram considerações e sugestões ao RAG que foram contempladas no parecer da COFIN. **Manifestações.** Conselheiro **Clóvis Boufleur** explicou que debateu os aspectos relacionados à saúde da criança, do adolescente e do jovem e à saúde indígena e encaminhou o texto à COFIN. Destacou, por exemplo, que o RAG 2013 não faz menção ao comitê de Gestão Integrada de Atenção em Saúde e Segurança Alimentar para a População Indígena e as ações do Ministério da Saúde relacionadas com ações intersetoriais e combate à mortalidade infantil indígena e às ações do Ministério da Saúde relacionadas com o Saneamento e Edificações de Saúde Indígena. No caso da criança, adolescentes e jovem, disse que dificuldades são enfrentadas nos estados e municípios por falta de acesso ao cartão e, apesar dos avanços por conta das ações do MS, o Relatório não menciona essa questão. Lembrou que pelo quinto ano consecutivo a COFIN apresenta parecer favorável à aprovação do RAG com ressalvas e manifestou preocupação que esse rito seja uma rotina. Sendo assim, sugeriu que as ressalvas apresentadas pela COFIN sejam condicionantes para aprovação definitiva do RAG, ou seja, a aprovação definitiva seja acompanhada de resultados dessas ressalvas. Conselheiro **Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza** saudou a COFIN pelo parecer que inclusive contempla os pareceres das comissões do CNS. Explicou que a Comissão de Ciência e Tecnologia, da qual é coordenador, teve dificuldades de executar essa tarefa porque os relatórios disponíveis não possibilitavam verificar a correlação entre os recursos físicos e os financeiros. Disse solicitou e recebeu relatórios da SCTIE e fará análise na próxima reunião da Comissão. Lembrou que, nos termos da Lei nº. 141, os conselheiros respondem pela aprovação do Relatório, assim, avaliou que se pode aprovar com ressalvas, desde que estejam claras quais são as ressalvas. Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** cumprimentou a COFIN pelo trabalho e fez ajuste no parecer (pag. 38, item b 32 menciona quadros que não foram incluídos no relatório – retirar). Lembrou que, em 2013, votou pela aprovação do Relatório com ressalvas, porque a não aprovação impediria o pagamento, inclusive, dos Restos a Pagar. Ou seja, a não aprovação criaria dificuldade para o usuário do Sistema, porque os recursos não podem ser pagos e a políticas não podem ser implementadas. Ressaltou que novamente, em 2014, a proposta é aprovação com ressalvas; assim, defendeu que o CNS defina diretrizes de limites para aprovação de relatórios com ressalvas a fim de evitar implicações legais para os conselheiros (ressalvas de natureza administrativa, jurídica, por exemplo). Nessa linha, perguntou qual a implicação para os conselheiros ao aprovar o Relatório com as ressalvas. Conselheiro **Eni Carajá Filho** sugeriu incluir nos próximos Relatórios um item detalhando as ações específicas do controle social do Brasil. Também manifestou preocupação com as ressalvas, destacando que essa prática pode replicar nos Estados e Municípios e resultar na aprovação de Relatórios que não condizem com a realidade. Conselheira **Ana Maria Costa** também manifestou seu desconforto com a proposta de aprovar o RAG com ressalvas e avaliou que o CNS deve estabelecer limites para a aprovação. Destacou ainda a preocupação da COFIN com o orçamento de 2014 e perguntou o que o CNS pode fazer para garantir a suplementação de recursos. Além disso, quis saber como o CNS pode contribuir de forma efetiva na construção da LOA 2015. Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes** cumprimentou a COFIN pela iniciativa e destacou o resultado positivo do trabalho das comissões. Ressaltou que é preciso construir uma série histórica com as ressalvas do CNS ao RAG, a fim de diferenciá-las, e para que possam embasar posicionamentos futuros. Chamou a atenção para a Lei nº. 141, lembrando que, entre outros aspectos, determina que o conselheiro pode ser preso. Conselheiro **Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira** destacou que, diante da complexidade do SUS, não acreditava que o RAG poderia ser aprovado sem ressalvas. Ademais, avaliou que as ressalvas denotam o zelo do CNS em relação ao Relatório, com apontamentos de pontos que precisam ser melhorados. Concordou que é preciso avaliar a série histórica das ressalvas ao RAG para verificar o que foi feito em relação a elas e evitar a prática de aprovação com ressalvas. Conselheiro **Renato Almeida de Barros** cumprimentou a COFIN pela riqueza do parecer apresentado, mas lembrou o papel do CNS em aprovar o Relatório e suas implicações. Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio** manifestou preocupação com a possibilidade de aprovar o RAG sem receber respostas aos questionamentos feitos, inclusive pelas comissões do CNS. Avaliou que antes de manifestar-se sobre o RAG o Plenário necessitava de esclarecimentos. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** explicou que as comissões apontaram

1277 questões que precisam de instrumentos mais qualificados para serem respondidas. Avaliou que o MS
1278 precisa responder qual o impacto do conjunto das ações na vida do povo brasileiro e o CNS deve
1279 acompanhar as respostas às ressalvas. Explicou que a Lei nº. 141 não define prazo para aprovação do
1280 RAG e a COFIN traz um conjunto de observações como parte do processo de avaliação do RAG.
1281 Esclareceu que a COFIN propõe a aprovação com ressalvas porque o conjunto de avaliações feitas nos
1282 últimos anos não traz nada que justifique voto diferente. Destacou que, nesse caso, a COFIN apresentou
1283 maior detalhamento sobre o conteúdo das ressalvas. O consultor Técnico da COFIN/CNS, **Francisco**
1284 **Rózsa Funcia**, comentou algumas das questões colocadas pelos conselheiros. Avaliou que a
1285 metodologia adotada pela CICT/CNS foi interessante porque permitiu estabelecer interface mais
1286 próxima das comissões com as áreas temáticas do MS. Nessa linha, disse que as áreas técnicas
1287 poderiam apresentar relatórios específicos para análise das comissões, não se limitando apenas ao
1288 RAG, entendendo que tal procedimento pode facilitar o acompanhamento efetivo das ações que
1289 implementam as políticas. Também salientou que as ressalvas mostram que o Conselho está atento ao
1290 que está sendo executado. Ainda a respeito das ressalvas, destacou que é preciso construir diretrizes
1291 para definir o que será considerado “ressalvas”, distinguindo as de natureza jurídico-legal (podem ser
1292 divididas em duas classificações, aquelas que podem ensejar crime de responsabilidade; e outras que,
1293 se descumpridas, não causa prejuízo para população, e podem ser justificadas); e as administrativas.
1294 No seu modo de ver, a ressalva não é o problema, mas sim o que o CNS fará com essas ressalvas
1295 daqui para frente. Também considerou importante a proposta de explicitar as ressalvas ao final do
1296 relatório de análise da COFIN. Além disso, sugeriu listar as ressalvas de 2008 (quando começaram) até
1297 2013 e verificar o que é repetitivo. As condicionantes poderiam subsidiar a elaboração de resolução ou
1298 recomendação do CNS para subsidiar as próximas análises do RAG (definir o que não pode mais
1299 aparecer ou o que deve ter justificativa fundamentada). Explicou que, do ponto de vista legal, o RAG
1300 2013 é o primeiro relatório de gestão analisado sob a égide da Lei nº. 141/2012, todavia, o passo
1301 decisivo do CNS, reiterou, é definir o que fazer daqui para frente com as ressalvas. Conselheira
1302 **Aparecida Linhares Pimenta** concordou que é preciso esclarecer aspectos apontados no relatório de
1303 análise da COFIN e, nessa linha, salientou a importância de aproximar as comissões das áreas
1304 técnicas do CNS, para esclarecimento e correção de eventuais falhas. Aproveitou para justificar a
1305 queda de UPA, entendendo que poderia ter acontecido uma confusão estatística. Conselheiro **Jorge**
1306 **Alves de Almeida Venâncio** ponderou que o Plenário do CNS não deveria aprovar o RAG 2013 sem
1307 respostas às perguntas. Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes** avaliou como avanço a
1308 análise das comissões, todavia, lembrou que não houve prazo para COFIN analisar os relatórios
1309 dessas comissões. Nesse sentido, defendeu que o Plenário buscassem uma resposta/saída para a
1310 situação colocada. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** salientou que as observações e as
1311 perguntas são o resultado da produção do CNS a respeito do RAG. Nesse sentido, defendeu a
1312 aprovação do Relatório com ressalvas, contemplando inclusive as contribuições das comissões do
1313 CNS. Além disso, propôs que, no prazo de até três meses, a COFIN trabalhasse na elaboração de
1314 resolução com critérios para análise das ressalvas. Além disso, defendeu a definição de prazo para que
1315 o MS apresentasse respostas às ressalvas para o Plenário e as comissões. Conselheiro **Renato**
1316 **Almeida de Barros** avaliou que o CNS precisa de uma série histórica para possibilitar aos conselheiros
1317 um conhecimento mais aprofundado a respeito, possibilitando a efetivação do controle social.
1318 Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, considerando que não há prazo para aprovação do
1319 RAG e que é necessário aprofundar mais a discussão, sugeriu que a COFIN fizesse o levantamento
1320 das perguntas sem respostas e encaminhasse ao MS solicitando posicionamento. A Comissão
1321 analisaria as respostas do MS e traria o resultado ao Plenário para debate. Após o debate, o Plenário
1322 votaria o RAG. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** explicou que a proposta da COFIN é
1323 assegurar que o conjunto das comissões aprofunde o debate dos problemas colocados, não sendo
1324 objeto de debate apenas da COFIN. Para auxiliar nesse processo de análise das questões relativas a
1325 orçamento/financiamento, a intenção é aprovar um instrumento para nortear o conjunto das comissões.
1326 Acrescentou que, ao aprovar o RAG com ressalva, o CNS instrumentaliza as comissões para buscar
1327 respostas aos questionamentos. Conselheiro **André Luís Bonifácio** explicou que a COFIN não estava
1328 se eximindo de cumprir o seu papel e que, no seu modo de ver, adiar a aprovação do Relatório não era
1329 a solução. Além disso, salientou que a aprovação do RAG com ressalvas não exigia o MS de
1330 responder aos questionamentos e acompanhar os debates nas comissões. Conselheiro **Ronald**
1331 **Ferreira dos Santos** sintetizou os encaminhamentos da COFIN: aprovar o RAG do MS 2013, com
1332 ressalvas; delegar à COFIN a elaboração, no prazo de três meses, de uma minuta resolução com
1333 instrumentos para análise das ressalvas; e definir o prazo de três meses para que o MS apresente
1334 respostas às ressalvas para o Pleno do CNS e as Comissões. Conselheiro **Clóvis Boufleur** avaliou
1335 que era consenso a aprovação do RAG com a condicionante de que o MS apresente respostas às
1336 questões levantadas pelas comissões, até março de 2015. Com essa fala, o coordenador da COFIN
1337 colocou em apreciação as propostas. **Deliberação: o Plenário aprovou, com duas abstenções, o**

1338 **RAG do MS 2013, com ressalvas. Até março de 2015, o MS deverá apresentar respostas às**
1339 **ressalvas para o Pleno do CNS e as Comissões. Nesse período, a COFIN redigirá uma resolução**
1340 **com instrumentos para análise das ressalvas.** Conselheiro **Gerdo Bezerra de Faria** declarou que se
1341 absteve de votar por conta dos argumentos colocados nas falas dos conselheiros. Acordou-se que a
1342 minuta de recomendação sobre o orçamento impositivo seria apreciada no dia seguinte para que os
1343 conselheiros tivessem maior prazo para avaliar o texto. Definido esse ponto, a mesa suspendeu para o
1344 lanche. Retomando, a mesa foi composta para o item 6 da pauta. **ITEM 6 – POLÍTICA NACIONAL DE**
1345 **ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA – PAISC** - Apresentação: **Paulo Vicente Bonilha**
1346 **Almeida**, Coordenador Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno/MS. Coordenação:
1347 Conselheiro **Edmundo Dzuaiwi Ömore**, Mesa Diretora do CNS. O Coordenador Geral de Saúde da
1348 Criança e Aleitamento Materno/MS, **Paulo Vicente Bonilha Almeida**, iniciou a sua fala manifestando
1349 sua satisfação em apresentar ao CNS a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança –
1350 PAISC. Iniciou contextualizando que no ano de 1998 foi constituída a Área Técnica de Saúde da
1351 Criança e Aleitamento Materno no Ministério da Saúde que foi transformada em Coordenação-Geral
1352 pelo Decreto nº 8.063, de 7 de agosto de 2013. Esclareceu que até aquele momento inexistia uma
1353 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), formalizada e pactuada na CIT, e
1354 a proposta de criação de uma política foi incorporada na meta do Planejamento da SAS 2013-2014.
1355 Destacou que mesmo de uma forma pouco sistematizada e fragmentada, ações, programas e políticas
1356 de saúde no campo da saúde da criança vinham sendo implementadas há décadas. Explicou que a
1357 PNAISC é fruto coletivo de três anos de discussão, contando com dez encontros de coordenações de
1358 saúde das crianças dos estados e capitais. Destacou que a proposta foi elaborada por Grupo de
1359 Trabalho composto por representantes da academia, estudiosos, gestão, culminando com discussões
1360 internas do MS, com contribuições das várias áreas. Além disso, a proposta foi validada no IX Encontro
1361 Nacional de Coordenações de Saúde da Criança, em Salvador, em março de 2014, pelo Colegiado
1362 Gestor do DAPES/SAS e pelo Colegiado da SAS. Em seguida, foi apresentada e discutida nos
1363 colegiados nacionais de pactuação interfederativa e de controle social do SUS e dos Direitos da
1364 Criança (GT Atenção da Comissão Intergestores Tripartite do Ministério da Saúde: 27/05, 16/07; no
1365 Conselho Nacional dos Direitos da Criança: 13/08; e debatida na Comissão de Saúde da Criança,
1366 Adolescente e Jovem/CNS (em junho de 2014). Apresentou as justificativas para a Política:
1367 Constituição Federal de 1988: Art. 227 – É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e
1368 do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos à vida, à saúde, à
1369 educação...; Lei nº 8.069, de 13/07/90, que institui o Estatuto da Criança e Adolescente: art. 4º - dispõe
1370 sobre esta proteção integral e como se dará esta prioridade: (...) c) preferência na formulação e na
1371 execução das políticas sociais públicas e d) destinação privilegiada de recursos públicos e art. 7º - A
1372 criança e o adolescente tem direito à proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas
1373 sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento saudável e harmonioso, em condições
1374 dignas de existência; indicadores nacionais de saúde da criança, como mortalidade infantil, com
1375 grandes avanços, mas ainda incompatíveis com o nível de desenvolvimento econômico do país;
1376 enfrentar as iniquidades nas condições de saúde das crianças de grupos populacionais mais
1377 vulneráveis, como das periferias das grandes cidades, indígenas, quilombolas, aquelas com
1378 deficiências, filhas de mulheres privadas de liberdade, em situação de rua, etc.; e responder às
1379 crescentes evidências científicas que apontam para a necessidade de ações voltadas não apenas para
1380 a sobrevivência e o crescimento infantil, mas também para a promoção do pleno desenvolvimento na
1381 primeira infância (aí incluindo as de fomento ao vínculo mãe/cuidador-bebê), como preventivas das
1382 doenças crônicas não transmissíveis e de agravos psíquicos na vida adulta. Destacou que o Brasil
1383 atingiu, em 2013, a meta do Objetivo do Milênio (ODM) nº 4, de reduzir em dois terços, até 2015, a
1384 mortalidade de crianças menores de 5 anos (Redução de 77% em 22 anos – um dos maiores do
1385 mundo). Com isso, vários governos internacionais têm buscado informações sobre o que foi feito para
1386 esse progresso. Todavia, os valores médios escondem iniquidades e, para ilustrar, citou a mortalidade
1387 infantil indígena que é três vezes maior em comparação ao índice de mortalidade infantil geral. Sendo
1388 assim, disse que esses dados trazem para o Estado a responsabilidade de buscar as crianças de risco,
1389 com maior vulnerabilidade e que precise de cuidados, levando-se em conta que a intenção não é
1390 apenas evitar mortes, mas sim garantir um pleno desenvolvimento infantil. Destacou que a redução da
1391 mortalidade maior foi nos Estados da Região Nordeste do Brasil. Salientou que desnutrição aguda está
1392 em extinção no país (1,6%) e, do ponto de vista nutricional, o principal problema é o excesso de peso.
1393 Além disso, destacou os problemas relativos à prevalência de anemia e hipovitaminose A. Destacou
1394 também a significativa mudança nas taxas de aleitamento que, apesar de não ser a ideal, melhorou
1395 consideravelmente nos últimos anos: na década de 70, apenas 3,6% dos bebês com até 4 meses eram
1396 amamentados de forma exclusiva e esse valor chega em 2008 a 51% dos bebês nessa faixa. Citou
1397 ainda como justificativas para uma PNAISC: sistematizar e articular o vasto leque de ações, programas
1398 e políticas existentes no campo da saúde da criança no país; e garantir a integralidade da atenção,

1399 articulando ações e serviços de saúde ofertados pelos diversos níveis e redes de atenção à saúde, sob
1400 coordenação da atenção básica à saúde, enfrentando a fragmentação do cuidado. Assim, a PNAISC
1401 pode servir de fio condutor do cuidado da criança, transversalizando as redes de atenção, no que
1402 contemplam de ações voltadas à criança, costurando-as na busca da integralidade, através de
1403 estratégias como a definição de linhas de cuidado e outras. Explicou que a Política traz o conceito de
1404 criança: a pessoa de zero a nove anos (< 10 anos) e primeira infância a faixa etária de zero a cinco
1405 anos (< 6 anos). Para efeito de atendimento por profissionais e serviços de pediatria no SUS,
1406 considera-se que deve contemplar crianças e adolescentes até pelo menos a idade de 15 anos
1407 (menores de 16 anos). Disse que o propósito da PNAISC é promover e proteger a saúde da criança e o
1408 aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados, da gestação aos nove anos
1409 de vida, com especial atenção, à primeira infância e às áreas e populações de maior vulnerabilidade,
1410 visando à redução da morbimortalidade e contribuir para um ambiente facilitador à vida com condições
1411 dignas de existência e pleno desenvolvimento. Apresentou a estruturação da Política: a) Princípios: I –
1412 Direito à vida e à saúde, II - Prioridade absoluta da criança, III - Acesso universal, IV - Integralidade do
1413 cuidado, V - Equidade em saúde, VI - Ambiente facilitador à vida, VII - Humanização da atenção e da
1414 gestão e VIII - Participação e Controle Social; b) Diretrizes: I – Gestão interfederativa das ações de
1415 saúde da criança, II - Organização das ações e serviços em redes de atenção, III - Promoção da saúde,
1416 IV - Fomento à autonomia do cuidado e da corresponsabilidade da família, V - Qualificação da força de
1417 trabalho do SUS, VI - Planejamento e desenvolvimento de ações, VII - Incentivo à pesquisa e à
1418 produção de conhecimento, VIII - Monitoramento e avaliação e IX – Intersetorialidade. Acrescentou que
1419 o objetivo é promover o desenvolvimento integral da criança, respeitando os princípios da
1420 universalidade, integralidade e equidade, em parceria com os órgãos federais, os estados, o Distrito
1421 Federal, os municípios, a iniciativa privada, a sociedade e a família, contribuindo para a garantia
1422 dos direitos humanos e da qualidade de vida e para o exercício da cidadania. Explicou que são sete
1423 eixos da Política que se relaciona de forma transversal com as redes de atenção, tendo como alicerce a
1424 atenção básica à saúde (que contempla o Programa Nacional de Alimentação e Nutricional, Plano
1425 Nacional de Imunização, Programa Nacional de Saúde Bucal, Programa Saúde na Escola). Segundo,
1426 comentou os eixos estratégicos da Política, iniciando-se pela Atenção humanizada a gestação, parto-
1427 nascimento e recém-nascido. Destacou, nesse eixo, o método canguru, que se constituiu em uma
1428 assistência neonatal com contato pele a pele precoce e crescente entre os pais e o recém-nascido,
1429 promovendo a autonomia e a competência parental através do suporte da equipe e da interação
1430 familiar. Citou também a iniciativa Hospital Amigo da Criança- IHAC, explicando que são 323 Hospitais
1431 em todas as UF treinando e capacitando trabalhadores dos hospitais para estimular aleitamento
1432 materno. Salientou que a duração média do aleitamento materno em crianças que nasceram em IHAC
1433 é de 60,2 dias, contra 48,1 dias em crianças que não nasceram em HAC. Além disso, crianças que
1434 nascem em HAC aumentam a chance em 9% para a amamentação na 1ª hora de vida. Destacou ainda
1435 a estratégia amamenta e alimenta Brasil, com realização de oficinas de formação de tutores, oficinas de
1436 trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, certificação da UBS e acompanhamento e monitoramento
1437 das UBS pelo tutor. Além disso, destacou que para certificar unidade como hospital amigo da criança é
1438 preciso comprovar também o cuidado à mulher. Também explicou que o Brasil possui a maior Rede de
1439 Bancos de Leite do mundo, com 213 Bancos e 142 postos de coleta. Destacou, inclusive, que a
1440 cooperação internacional pelo Brasil permitiu a criação de bancos de leite em toda América Latina.
1441 Ainda nesse eixo, falou sobre a Ação de Apoio à Mulher Trabalhadora que Amamenta que tem por
1442 objetivo garantir a manutenção do aleitamento materno quando a mãe retorna ao trabalho e o direito da
1443 criança à amamentação. Destacou a ação para estimular a implantação da sala de apoio à
1444 amamentação, adesão à licença maternidade de 6 meses e a implantação de creche nos locais de
1445 trabalho. Chamou a atenção para a importância das campanhas de mobilização social para semana
1446 mundial de aleitamento, realizadas desde a década de 70. No eixo estratégico “Acompanhamento do
1447 Crescimento e Desenvolvimento Integral”, destacou o Programa Intersetorial Federal Brasil Carinhoso,
1448 que envolve ações de vários Ministérios. O Ministério da Educação garante estímulos financeiros aos
1449 municípios para incentivar o aumento da quantidade de vagas para as crianças de 0 a 48 meses nas
1450 creches públicas ou conveniadas com o poder público. O Ministério da Assistência Social oferece
1451 complemento do Bolsa Família, garantindo a todos os beneficiários uma renda mensal de, pelo menos,
1452 R\$ 70, saindo da situação da extrema pobreza. O Ministério da Saúde: ampliação do Programa
1453 Nacional de Suplementação de Vitamina A; ampliação do Programa Saúde na Escola para creches e
1454 pré-escolas; atualização do Programa Nacional de Suplementação de Ferro; e garantia do
1455 medicamento de Asma no Aqui tem Farmácia Popular. Também citou o Programa de estímulo ao
1456 Desenvolvimento integral na Primeira Infância (DPI) no Brasil, com projetos-piloto de Fortaleza, São
1457 Paulo e municípios Amazonas e Acre, para capacitação de agentes de saúde para um programa
1458 sistemático de visitas domiciliares para famílias com vulnerabilidades biopsicossociais que possuam
1459 gestantes ou crianças na 1ª infância. A intenção é fomentar o vínculo mãe/família-bebe e o

1460 empoderamento das famílias para o cuidado e o estímulo ao desenvolvimento infantil. No eixo
1461 estratégico “Atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidente e promoção
1462 da cultura de paz”, destacou a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e
1463 Violências (2001) e a Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e
1464 suas Famílias em Situação de Violências. Mostrou ainda diagrama da Linha de Cuidado para a Atenção
1465 Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências: acolhimento,
1466 atendimento, notificação e seguimento na rede. No eixo estratégico “Atenção a crianças com agravos
1467 prevalentes e/ou doenças crônicas”, destacou a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
1468 (AIDPI), lançada pela OMS na década de 90, para capacitação de profissionais da atenção básica para
1469 identificação rápida de sinais de risco visando a diminuição da mortalidade infantil, principalmente por
1470 diarreia e pneumonia. Disse que a partir de 2014 o Ministério da Saúde está utilizando a estratégia com
1471 foco principal nos profissionais da atenção básica de DSEIs com maior mortalidade infantil. Ainda nesse
1472 eixo, destacou as linhas de cuidado e diretrizes clínicas para atenção a crianças com agravos crônicos:
1473 Diretrizes de Atenção à Saúde Auditiva Neonatal; Diretrizes Terapêuticas para Doença Falciforme; e
1474 Diretrizes para organização da Prevenção e Tratamento da Obesidade e Sobre peso. No eixo
1475 estratégico “Atenção integral a crianças com deficiências e em situações específicas e de
1476 vulnerabilidades”, destacou a atenção integral à saúde: crianças com deficiência; crianças indígenas;
1477 crianças negras, quilombolas, do campo e da floresta; crianças filhos/as de mulheres privadas de
1478 liberdade; crianças em situação de rua; crianças em situação de desastres e calamidades; crianças em
1479 situação de trabalho infantil. Destacou que os DSEIs prioritários, devido à elevada mortalidade infantil,
1480 recebem visitas de acompanhamento da capacitação em AIDPI e diagnóstico da situação da atenção
1481 integral à saúde da criança. Citou ainda a atenção à saúde da criança negra, quilombola, do campo e
1482 da floresta. Falou sobre a Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência, destacando a ampliação das
1483 triagens neonatais universais: biológica (Teste do Pezinho - 4 para 6 doenças); auditiva (Teste da
1484 Orelhinha); ocular (Teste do Olhinho); e de cardiopatias congênitas (Teste do Coraçãozinho). No eixo
1485 estratégico “Prevenção do óbito fetal, infantil e materno”, salientou o aumento da investigação de óbitos
1486 infantis (60% dos municípios com investigação). Finalizando, disse que o financiamento da PNAISC é
1487 composto por recursos federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais destinados às ações e
1488 serviços de saúde da criança existentes nas Redes de Atenção à Saúde no país. Salientou, inclusive,
1489 que desde 2011, foram abertos quase mil leitos novos de UTI neonatal, representando ampliação de
1490 quase 30% do número de leitos do Brasil. Finalizando, disse que o processo de avaliação da Política
1491 Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança deverá ocorrer de acordo com as pontuações
1492 realizadas em âmbito federal, estadual e do Distrito Federal, com destaque para o monitoramento, a
1493 partir dos indicadores estabelecidos em Programas de Avaliação e Monitoramento, a exemplo do
1494 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica – PMAQ, e no Contrato
1495 Organizativo de Ação Pública de Saúde – COAP (Decreto nº 7.508/2011). Conselheiro **Clóvis**
1496 **Boufleur**, coordenador da Comissão de Saúde da Criança, Adolescente e Jovem/CNS, saudou os
1497 presentes, em especial os que contribuíram para elaboração da PNAISC. Disse que a Comissão
1498 debateu a proposta e reiterou pontos sugeridos para serem incorporados na Política (a maioria já
1499 incorporado): alergias e intolerâncias alimentares; mulheres trabalhadoras; compromisso familiar no
1500 cuidado das crianças; direito ao desenvolvimento e aprendizado; acompanhamento de crianças em
1501 estado de vulnerabilidade; necessidade de atuação regional, em articulação com CONASS,
1502 CONASEMS; participação das comissões do CNS no debate dessa Política – especialmente CIAN,
1503 CIRH (para aprimoramento das ações específicas, especialmente para formação de profissionais);
1504 contemplar temas como violência e trabalho infantil; implementação e avaliação como um processo
1505 pactuado nas três esferas de governo; e incorporação de novos recursos orçamentários. Além disso,
1506 sugeriu explicitar no eixo das doenças crônicas a atenção aos cuidados dos primeiros mil dias de vida
1507 da criança para prevenção de doenças na vida adulta. Explicou que a Comissão recomenda a
1508 aprovação do mérito da Política, com indicação clara para que a Tripartite debata como as diretrizes da
1509 Política estão em consonâncias e articuladas com as políticas do SUS, em especial a Política de
1510 Atenção Hospitalar, Política de Atenção Básica e Política de Promoção da Saúde. **Manifestações.**
1511 Conselheiro **Eni Carajá Filho** avaliou que essa é uma Política de muito valor e que é essencial maior
1512 interlocução com entidades e movimentos que trabalham com criança e adolescente, como os
1513 conselhos tutelares, para sua implementação. Também sugeriu que o CNS recomende o debate da
1514 Política nos conselhos de saúde das demais esferas para ter ressonância na base. Conselheira
1515 **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** cumprimentou o coordenador pela exposição e salientou que é
1516 incontestável a importância dessa Política. Apesar dos avanços com a elaboração da Política, disse
1517 que é preciso atenção para as crianças com necessidades alimentares especiais. Nessa linha,
1518 salientou a importância da capacitação dos profissionais de saúde para o diagnóstico precoce e
1519 diferencial de doenças como a celíaca. Também disse que é preciso ter atenção com a alimentação
1520 das crianças com necessidades alimentares especiais – nas unidades de saúde, nas escolas públicas,

1521 por exemplo. Repetiu que é preciso evitar mortes evitáveis, lembrando que muitas crianças morrem
1522 precocemente sem o diagnóstico fechado de doença celíaca. Conselheiro **Dalmare Anderson Bezerra**
1523 de Oliveira Sá saudou o expositor pelas informações esclarecedoras e destacou dos itens abordados
1524 por ele a importância da responsabilização da família e a necessidade de ações intersetoriais. Também
1525 chamou a atenção para o problema da medicamentalização na infância, com uso desnecessário e
1526 excessivo de medicamentos, ressaltando que algo precisa ser feito a esse respeito. Conselheiro
1527 **Rodrigo de Souza Pinheiro** perguntou se a Política prevê ações voltadas a crianças com o vírus da
1528 AIDS. Conselheira **Kátia Maria Barreto Souto** cumprimentou o coordenador pela apresentação
1529 elucidativa e destacou a importância da Política. Na linha de contribuir com a iniciativa, salientou a
1530 importância de estimular a alimentação saudável de mulheres gestantes e pensar em mecanismos para
1531 garantir o aleitamento materno. Também disse que é preciso pensar em abordagem voltada a crianças
1532 negras, quilombolas, indígenas, do campo e da floresta e das águas, entendendo a dimensão cultural,
1533 considerando as diferenças, com abordagem das formas de preconceito e discriminação seja de raça,
1534 etnia, orientação sexual e identidade de gênero – situações novas de desafio da Política. Conselheira
1535 **Luciana Silveira Bernardes** chamou a atenção para a importância da Política e destacou a
1536 importância de fortalecê-la. Na linha da intersetorialidade, disse que é preciso garantir creches para as
1537 crianças, por se tratar de um instrumento fundamental de promoção da saúde. Também ressaltou a
1538 importância de garantir recursos para a capacitação de profissionais de saúde, em parcerias com
1539 universidades e destacou a necessidade de debater o Programa de Saúde nas Escolas, avaliando a
1540 sua implementação. Enfatizou, ademais, que é fundamental capacitar os médicos peritos para garantir
1541 os direitos das famílias com deficiência e também refletir sobre os partos desumanizados, porque
1542 influencia na saúde da mulher e da criança. Conselheira **Liane Terezinha de Araújo Oliveira**
1543 perguntou se é possível incluir testes como intolerância à proteína do leite, doença celíaca, intolerância
1544 à lactose durante no teste do pezinho, a fim de garantir diagnóstico precoce. Conselheiro **Wanderley**
1545 **Gomes da Silva** perguntou qual a articulação do Ministério da Saúde com o Ministério do Trabalho em
1546 Emprego para combater o trabalho infantil, haja vista os prejuízos dessa prática para as crianças do
1547 ponto de vista físico e psicológico. Conselheiro **José Eri de Medeiros** saudou a iniciativa, destacando
1548 que a prioridade das políticas de saúde de ser a criança. Relatou o trabalho realizado em Sapucaia do
1549 Sul/RS de investigação de óbitos, com a vigilância em saúde, que permitiu diminuir a taxa de
1550 mortalidade de 15 para 8 óbitos no mesmo ano. Com isso, Sapucaia do Sul recebeu do MS o prêmio de
1551 município amigo da criança. Nessa linha, frisou que é preciso radicalizar na investigação de cada óbito
1552 de crianças. Explicou que o CONASEMS, junto com CONASS e MS, ainda está debatendo o tema, mas
1553 vota com o encaminhamento do conselheiro Clóvis Boufleur, coordenador da Comissão. Por fim,
1554 defendeu que essa proposta seja considerada como do Estado brasileiro e não apenas do MS, assim
1555 como faz o Estado do Rio Grande do Sul (possui Lei que prioriza a primeira infância melhor).
1556 Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** registrou que a FENAFAR vota com o CONASEMS. **Retorno**
1557 **da mesa.** O Coordenador Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno/MS, **Paulo Vicente**
1558 **Bonilha Almeida**, explicou que o trabalho do Estado do RS sobre o cuidado da primeira infância é uma
1559 das inspirações para a coordenação. Concordou que é preciso o envolvimento das entidades e
1560 movimentos, com destaque para os conselhos tutelares, para a ressonância da Política nos municípios.
1561 Destacou que, para além da notificação, é preciso criar redes de proteção à criança e de apoio à
1562 família. Explicou que está em debate incorporação de fórmulas para situações de doenças como
1563 alergias e frisou o entendimento de que doença celíaca e HIV/AIDS são doenças crônicas que
1564 necessitam de linhas de cuidados, com definição de papel dos níveis de atenção. Destacou também
1565 que a medicamentalização é uma das questões abordadas pela Política e salientou que existe no país
1566 uma epidemia de uso de ritalina para diminuir a hiperatividade supondo epidemia de hiperatividade (na
1567 verdade há uma epidemia de diagnóstico de hiperatividade e de uso de medicamento para esse fim).
1568 Ressaltou que é preciso elaborar um protocolo para disciplinar o uso da ritalina, por conta do uso
1569 abusivo. Informou também que no eixo integral da criança com doenças crônicas existe linha de
1570 cuidado voltada à criança com HIV. Salientou que o Brasil tem avançado nesse campo, eliminando a
1571 transmissão vertical (hoje é residual graças ao diagnóstico precoce e uso da medicação). Mas, por
1572 outro lado, o país sofre com os altos índices de sífilis congênita, sinalizando atenção básica de má
1573 qualidade. Sobre a amamentação, destacou a luta pela licença à maternidade de seis meses, pelo
1574 apoio da família e pela colaboração do empregador. Salientou que a intersetorialidade é uma marca da
1575 Política e salientou o investimento no país para ampliar a cobertura de creches (incentivo do Brasil
1576 Carinhoso). Concordou que é preciso mais recursos e, nessa linha, salientou a importância do
1577 Movimento Saúde + 10. Sobre o PSE, explicou que os municípios do Programa serão priorizados para
1578 receber e utilizar insumo para prevenção de anemias. Também sugeriu que a Comissão de Atenção
1579 Integral à Saúde da Criança do Adolescente e Jovens – CIASAJ também fique encarregada de aferir
1580 como as diretrizes da Política estão em consonância com as demais Políticas do SUS. Encaminhando,
1581 conselheiro **Edmundo Omore** colocou em apreciação a Política, com o encaminhamento da Comissão

1582 de Saúde da Criança, Adolescente e Jovem/CNS. **Deliberação:** aprovada, por unanimidade, a
1583 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança – PAISC com as sugestões dos
1584 conselheiros e a indicação que a Comissão Intergestores Tripartite – CIT e a Comissão de
1585 Atenção Integral à Saúde da Criança do Adolescente e Jovens - CIASAJ fiquem encarregadas de
1586 aferir como as diretrizes da Política estão em consonância com as demais Políticas do SUS. Com
1587 esse encaminhamento, a mesa encerrou o primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes
1588 conselheiros: **Titulares** – **Ademar Arthur Chioro dos Reis**, Ministério da Saúde; **Ana Maria Costa**,
1589 Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); **André Luís Bonifácio de Carvalho**, Ministério da
1590 Saúde; **Carlos Alberto Ebeling Duarte**, Movimento Nacional de Luta Contra a Aids; **Claudio Garcia**
1591 **Capitão**, Conselho Federal de Psicologia (CFP); **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação
1592 Nacional das Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA; **Clóvis Adalberto Boufleur**,
1593 Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das
1594 Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Eni Carajá Filho**, Movimento de
1595 Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase - MORHAN; **Gabriel de Abreu Domingos**,
1596 Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena (FPCONDISI); **Gerdo Bezerra de**
1597 **Faria**, Conselho Federal de Odontologia – CFO; **Geordeci M. Souza**, Central Única dos Trabalhadores;
1598 **Ivone Evangelista Cabral**, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); **João Rodrigues Filho**,
1599 Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; **Jorge Alves de Almeida Venâncio**,
1600 Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTAMBÉM; **Karlo Jozefo Quadros de Almeida**,
1601 Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down; **Lázaro Luiz Gonzaga**, Confederação
1602 Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC); **Luís Eugenio Portela Fernandes de**
1603 **Souza**, Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC); **Márcia Patrício de Araújo**,
1604 Associação Brasileira dos Ostomizados (ABRASO); **Maria do Socorro de Souza**, Confederação
1605 Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação
1606 Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Maria Zenó Soares da Silva**, Federação Nacional das
1607 Associações de Pessoas com Doenças Faciliformes - FENAFAL; **Marisa Furia Silva**, Associação
1608 Brasileira de Autismo (ABRA); **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN);
1609 **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Patrícia Augusta Alves Novo**,
1610 Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares – ABRAz; **Renato Almeida de Barros**,
1611 Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CNTSS; **Ronald Ferreira dos**
1612 **Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos – Fenafar; **Verônica Lourenço da Silva**, Liga
1613 Brasileira de Lésbicas – LBL; **Wanderley Gomes da Silva**, Confederação Nacional das Associações de
1614 Moradores – CONAM. **Suplentes** – **Adriano Macedo Félix**, Associação Nacional de Grupos de
1615 Pacientes Reumáticos – ANAPAR; **Alessandra Ribeiro de Sousa**, Conselho Federal de Serviço Social
1616 – CFESS; **Alexandre Correia dos Santos**, Federação Interestadual dos Farmacêuticos – FEIFAR;
1617 **Andréa Karolina Bento**, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia – ABRALE; **Aparecida**
1618 **Linhares Pimenta**, Ministério da Saúde; **Clarice Baldotto**, Associação de Fisioterapeutas do Brasil
1619 (AFB); **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá**, Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG;
1620 **Dulcilene Silva Tiné**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços
1621 (CNS); **Elias José da Silva**, Movimento Popular de Saúde – MOPS; **Eurídice Ferreira de Almeida**,
1622 Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior
1623 Públicas do Brasil - FASUBRA; **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos -
1624 FENAPSI; **Gilene José dos Santos**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas' e Idosos da
1625 Força Sindical – Sindnapi; **Gilson Silva**, Força Sindical; **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**,
1626 Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **José**
1627 **Araújo da Silva**, Pastoral da Pessoa Idosa; **José Eri de Medeiros**, Conselho Nacional de Secretarias
1628 Municipais de Saúde – CONASEMS; **Kátia Maria Barreto Souto**, Ministério da Saúde; **Liane**
1629 **Terezinha de Araújo Oliveira**, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da
1630 Mama – FEMAMA; **Lorena Baía de Oliveira Alencar**, Conselho Federal de Farmácia (CFF); **Luciana**
1631 **Silveira Bernardes**, União Brasileira das Mulheres-UBM; **Luiz Felipe Coutinho Costamilan**,
1632 Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS); **Maria Angélica**
1633 **Zollin de Almeida**, Federação Nacional dos Médicos Veterinários – FENAMEV; **Maria do Socorro**
1634 **Bezerra Mateus**, União Nacional dos Auditores do Sistema Único de Saúde – UNASUS; **Michely**
1635 **Ribeiro da Silva**, Rede Nacional Lai Lai Apejo – População Negra a Aids; **Oriana Bezerra Lima**,
1636 Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV); **Paula Johns**, Associação de Controle do
1637 Tabagismo, Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos - ACT/Aliança de Controle do Tabagismo;
1638 **Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Rodrigo de Souza Pinheiro**, Movimento
1639 Nacional de Luta Contra AIDS; **Rosangela da Silva Santos**, Federação das Associações de Renais e
1640 Transplantados do Brasil – FARBRA; **Simone Vieira da Cruz**, Articulação de Organizações de
1641 Mulheres Negras Brasileiras – AMNB; **Wilen Heil e Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia
1642 Ocupacional (COFFITO); e **Zaíra Tronco Salerno**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN).

1643 Iniciando o segundo dia de reunião, a mesa foi composta para o item 7 da pauta. **ITEM 7 – COMISSÃO**
1644 **NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA – CONEP** - Apresentação: conselheiro **Jorge Alves de**
1645 **Almeida Venâncio**, coordenador da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP/CNS.
1646 Convidados: **Carlos Gadelha**, Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério
1647 da Saúde – SCTIE/MS; **Gabriela Marodin**, coordenadora adjunta da CONEP e coordenadora do GT de
1648 Acreditação e Classificação de Risco; **Maria Mercedes**, do GT de Projetos Estratégicos para o SUS.
1649 Coordenação: conselheiro **Carlos Alberto Duarte**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheiro **Jorge Alves**
1650 **de Almeida Venâncio**, coordenador da CONEP/CNS, iniciou sua explanação cumprimentando os
1651 presentes e explicando que iria tratar das minutas das três resoluções complementares à Resolução nº.
1652 466/2012 que seriam debatidas no Encontro de Comitês de Ética, marcado para 16 a 19 de novembro
1653 de 2014. Recordou que a Resolução nº 466/2012 prevê resoluções complementares sobre: acreditação
1654 de CEPs e classificação de risco, projetos da área de Ciências Humanas e Sociais e projetos de
1655 interesse estratégico para o SUS. Recuperou o debate no país sobre as pesquisas, especialmente as
1656 clínicas, a fim de melhor compreensão das propostas que seriam apresentadas. Lembrou que, em 18
1657 de março de 2014, foi realizada audiência pública no Senado Federal, convocada pela Senadora Ana
1658 Amélia, para discutir as pesquisas públicas, especialmente o prazo para apreciação. Disse que, ao
1659 tomar conhecimento da marcação da audiência, fez uma visita à Senadora e, na oportunidade,
1660 entregou um relatório da CONEP que, entre outras questões, mostrava queda acentuada dos prazos de
1661 análise de protocolos e diminuição da fila de espera. Para ilustrar melhor essa situação, destacou que
1662 os protocolos que aguardavam apreciação diminuíram de 831 para 388. Disse que a senadora mostrou-
1663-se impressionada com o resultado do trabalho desenvolvido, inclusive com elogios à atuação da
1664 CONEP no Plenário daquela Casa. Todavia, durante a audiência pública, a Senadora pareceu
1665 desconhecer os dados apresentados pela CONEP e fez cobranças à Comissão, o que lhe causou
1666 estranhamento. Recordou que na audiência pública foi aprovada a formação de Grupo de Trabalho,
1667 composto por representantes da CONEP, da ANVISA, do Ministério da Saúde (na coordenação) e
1668 outros convidados da audiência. Esse GT reuniu-se nos meses de abril e maio de 2014 e durante as
1669 reuniões ficou claro que havia um conjunto de providências para redução das filas na CONEP e na
1670 ANVISA e essas propostas foram consensuais no Grupo. Por outro lado, disse que especialmente a
1671 INTERFARMA, Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa, presidida pelo Dr. Antônio Brito,
1672 apresentou proposta na perspectiva de retirar a CONEP do âmbito do Conselho Nacional de Saúde.
1673 Clarificou que retirar a CONEP do âmbito do Conselho Nacional de Saúde significaria anular todas as
1674 Resoluções do CNS sobre ética em saúde, construídas/aprovadas nos últimos 25 anos. Com isso, seria
1675 necessário iniciar todo o processo de discussão sobre a regulação ética no país que, hoje, é feita a
1676 partir das resoluções do Conselho. Ressaltou que o objetivo dessa proposta não é apenas refazer a
1677 regulamentação do Sistema, mas reduzir os direitos do participante de pesquisa, sendo o principal a
1678 garantia de continuar a receber o tratamento após o término do estudo. Avaliou como desumano, por
1679 exemplo, mandar de volta para casa, sem direito ao tratamento pós-estudo, um paciente com câncer,
1680 participante de estudo que recebeu medicamento novo e melhorou. Para evitar tal situação, lembrou
1681 que a norma do CNS define como direito do participante a garantia da continuidade do recebimento do
1682 medicamento, até quando precisar, mesmo após o término do estudo. Ressaltou que deixou claro para
1683 o Grupo a posição da CONEP de unir esforços para reduzir a fila de protocolos, porque a demora traz
1684 prejuízos para todos os envolvimentos – sujeitos de pesquisa, pesquisadores, patrocinadores. Por
1685 outro, frisou para o GT que a CONEP não concordaria com redução dos direitos dos participantes de
1686 pesquisa. Como encaminhamento, o GT decidiu que faria parte das conclusões as questões
1687 consensuais como a redução dos prazos. Reiterou novamente, nesse ponto, que os prazos de análise
1688 na CONEP foram reduzidos e a situação é quase de normalidade. No caso das propostas não
1689 consensuadas, disse que foram detalhadas na resolução do GT e poderiam ser apresentadas como
1690 projetos de lei no Congresso Nacional. No seu ponto de vista, é provável que projetos nesse sentido
1691 sejam apresentados e o CNS deve preparar-se para enfrentar esse debate na sociedade e vencê-lo.
1692 Para tanto, disse que é preciso espalhar essa discussão no sistema CEP/CONEP e esse debate têm
1693 sido feito nas atividades de capacitação realizadas pela Comissão. Frisou que os CEPs e a CONEP
1694 devem estar unidos nessa questão para espalhar o ponto de vista na sociedade e ter condições de
1695 garantir os direitos dos participantes de pesquisa. Sobre as resoluções complementares, apresentou o
1696 calendário de discussão demonstrando que a intenção é garantir amplo processo de debate: outubro de
1697 2014 – debater as propostas dos GT; novembro de 2014 – debate inicial no Conselho Nacional de
1698 Saúde e no ENCEP Extraordinário; dezembro – abertura de consulta pública por 60 dias; abril de 2015
1699 – ENCEP Ordinário; e maio e junho de 2015 – discussão final na CONEP e no Conselho Nacional de
1700 Saúde. Destacou que as propostas trazem mudanças substanciais no funcionamento do Sistema,
1701 portanto, o debate é de extrema importância, inclusive para prevenir eventuais problemas e equívocos.
1702 Antes de apresentar os principais pontos das três minutas de resoluções, relatou o resultado exitoso da
1703 atuação da CONEP para garantir o direito de dois participantes de pesquisa ao tratamento pós-estudo.

1704 Explicou que, concluída a pesquisa, o laboratório patrocinador não providenciou medicamento para
1705 continuar o tratamento das duas crianças participantes da pesquisa. Ao mesmo tempo, apresentou
1706 proposta de continuação do estudo que não atendia as normatizações do Sistema. Sendo assim, a
1707 CONEP devolveu o projeto por três vezes, solicitando correções que não eram feitas da forma devida.
1708 No decorrer desse processo, a mãe entrou em contato com a Comissão relatando pioria na situação de
1709 saúde das crianças por conta da falta de medicamento. Disse que ao receber a quarta resposta do
1710 pesquisador, sem atender as solicitações feitas pela CONEP, a Comissão decidiu encaminhar
1711 representação ao Ministério Público. Destacou que, após três dias, o pesquisador entregou as
1712 respostas atendendo as cobranças da Comissão e o protocolo de extensão da pesquisa foi aprovado.
1713 Com isso, o tratamento das crianças seria reiniciado nos próximos dias. Destacou, inclusive, que a
1714 norma operacional autoriza a CONEP e os CEPs a fazer representação ao Ministério Público e, nesse
1715 caso, o resultado foi extremamente positivo. Além disso, informou que o primeiro dia do ENCEP seria
1716 destinado a encontro de usuários de CEPs para demonstrar o importante papel desses representantes
1717 no acompanhamento da execução das pesquisas e na verificação do cumprimento dos direitos dos
1718 participantes de pesquisa. Sobre as minutas de resoluções, explicou que a proposta é garantir
1719 tramitação diferenciada dos protocolos de acordo com o grau de risco de cada pesquisa. Assim, a ideia
1720 é dividir os protocolos em quatro níveis de risco, com a seguinte tramitação: **a)** risco mínimo – registro e
1721 verificação por amostragem se o risco é correto; **b)** risco baixo – análise por um relator no CEP; **c)** risco
1722 moderado – como é agora, parecer do relator e do colegiado; e **d)** risco elevado – análise pela CONEP
1723 ou CEP Acreditados. Considerando a proposta de descentralização, salientou que é preciso garantir
1724 unidade de critérios na análise. Assim, a ideia é ter editais, a princípio, regionais para definir a
1725 quantidade de CEPs necessária a acreditar; período de pré-acreditação – seis meses; e certificado de
1726 acreditação e assinatura de Termo de Compromisso (o CEP assumiria quantidade definida de análise
1727 mensal, especialmente de protocolos de fora de sua instituição). Ressaltou que houve polêmica no GT
1728 de Acreditação e Classificação de Risco e na CONEP e decidiu-se por levar duas propostas ao CNS e
1729 ao ENCEP. A primeira proposta define que os CEPs acreditados analisariam as propostas da sua
1730 instituição e mais um conjunto de propostas de fora da instituição. Na segunda proposta, os Comitês
1731 não analisariam as propostas da sua instituição e seria feita distribuição aleatória entre outros CEPs
1732 acreditados. No seu ponto de vista, a segunda proposta é equivocada e defendeu a primeira. Justificou
1733 que na atual situação é preciso fazer um processo de aproximação entre CONEP e CEP, inclusive para
1734 enfrentar o provável debate no Congresso com boas condições para vencê-lo. Além disso, lembrou que
1735 no âmbito do Sistema CEP/CONEP é tradição os CEPs analisarem as propostas de sua instituição. No
1736 caso de o relator ser o pesquisador ou conhecer o pesquisador, ele declara-se impedido e retira-se da
1737 análise. Portanto, não há impedimento de CEP, mas sim de pesquisador. A seu ver, a proposta criaria
1738 um precedente com demonstração de desconfiança em relação aos CEPs e dificultaria a aliança
1739 proposta para enfrentar o debate no Congresso. Também explicou que seria elaborada norma com
1740 detalhamento sobre a classificação de risco, mas essa é uma questão ainda em debate e não seria
1741 tratada no ENCEP. A respeito da minuta de resolução sobre as ciências humanas e sociais, explicou a
1742 situação a fim de compreender a polêmica. Esclareceu que no Sistema CEP/CONEP há uma larga
1743 maioria de pessoal da área biomédica e frequentemente há protocolos da área de ciências sociais que
1744 precisam ser analisados em CEPs com a maioria biomédica. Assim, não é raro que os pesquisadores
1745 quantitativistas queiram ensinar pesquisa qualitativa dos qualitativistas, gerando tensão. Desse modo,
1746 para fazer uma integração efetiva no sistema é preciso resolver essa situação. Além disso, salientou
1747 que é preciso compreender que a existência do CNS, desde as Leis nºs. 8.080/90 e 8.142/90, está
1748 relacionada às atividades dirigidas pelo MS. Assim, as pesquisas de ciências humanas e sociais
1749 relacionadas com a saúde teriam ligação legal com a atividade do Conselho. Contudo, para as demais
1750 pesquisas sem relação com a saúde, que são a maioria, a rigor, não existe base legal para serem
1751 analisadas por este Colegiado. Sendo assim, disse que propôs um acordo para resolver essa situação
1752 e não haver separação no âmbito da CONEP. Disse que o GT contou com a participação de 18
1753 entidades nacionais da área de ciências sociais e foi apresentada proposta inicial que precisa ser
1754 aperfeiçoada, mas que é fruto de uma discussão que está avançando. Ressaltou que é preciso
1755 absorver todas as especificidades e integrar ao Sistema os pesquisadores das Ciências Humanas e
1756 Sociais. Citou alguns pontos da minuta que precisam ser melhorados: definir melhor os direitos dos
1757 participantes de pesquisa; buscar critérios mais objetivos para definir o grau de classificação de risco; e
1758 não é necessário definir na Resolução a continuidade do Grupo de Trabalho e nem alterar a
1759 composição da CONEP (ampliar a participação de pesquisadores da área de ciências humanas e
1760 sociais. No momento, essa proposta é inviável). Por último, explicou que o Grupo de Trabalho sobre
1761 Pesquisas de Interesse Estratégico para o SUS definiu: a tramitação urgente, quem a solicita, critérios
1762 para a pesquisa em unidades do SUS e a CONEP como CEP do Ministério. Finalizou destacando que a
1763 “Base para diálogo é o respeito mútuo”. O Secretário/SCTIE/MS, **Carlos Gadelha**, fez considerações
1764 sobre pontos da explanação do coordenador da CONEP/CNS. Inicialmente, salientou a integração da

1765 CONEP/CNS com a SCTIE/MS, o que é extremamente positivo para o SUS e frisou que a Comissão é
1766 ator decisivo na Política Nacional de Ciência e Tecnologia e que essa Política tem a ética como seu
1767 norte. Destacou que a localização da CONEP no âmbito do CNS e da saúde está na pauta de debate e
1768 frisou que é preciso estar unido mais do que nunca para enfrentar essa discussão. Assim, disse que
1769 não deve haver movimento que cause desconfiança no sistema e na relação entre a SCTIE/MS e a
1770 CONEP/CNS. Sobre as ciências humanas, destacou também que não se deve criar cisão ou para algo
1771 que caminhe para instâncias próprias de organização permanente que causam desconfiança – com
1772 exigência de paridade, por exemplo. Enalteceu o trabalho feito até aquele momento que possibilitou
1773 alcançar um sistema cooperativo que está apresentando resultados positivos. Avançando, destacou
1774 que a CONEP assume papel normativo, coordenador, fiscalizador que trabalha como sistema nacional.
1775 Destacou o trabalho do GT e salientou que as questões de dissenso devem ser trazidas ao Plenário
1776 CNS para definição. Por fim, reiterou que fragilizar o lado comprometido com a ética significa fortalecer
1777 o lado contrário. **Manifestações.** Conselheiro **Nelson Mussolini** lembrou que se manifestou contra a
1778 indicação do conselheiro Jorge Venâncio para coordenar a CONEP pela forma como a Comissão
1779 tratava a pesquisa clínica, que não funcionava por uma série de questões ideológicas e por entender
1780 que sob a gestão do conselheiro a situação iria piorar. Todavia, diante dos resultados, reconheceu que
1781 o conselheiro estava desenvolvendo um bom trabalho na Comissão. Também explicou que outras
1782 entidades da indústria farmacêutica defenderam a retirada da CONEP do âmbito do CNS com a
1783 finalidade de fazer a Comissão funcionar. Todavia, avaliou que retirar a Comissão do âmbito do CNS
1784 não é a melhor saída, pois se houver uma Comissão funcionando é melhor que esteja sob a égide do
1785 controle social. Reconheceu os avanços, mas salientou que é preciso avançar ainda mais. Citou, por
1786 exemplo, que uma resolução está parada na ANVISA por mais de um ano e há demora em relação aos
1787 processos. Destacou que o CNS precisa verificar os motivos dessa demora, porque deixará o Brasil
1788 fora da inovação – direito do país e não apenas dos indivíduos - e adotar ação rápida e rígida para
1789 fazer avançar ainda mais. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, destacou que
1790 o trabalho desenvolvimento pela CONEP contribui para definir o papel do CNS em relação à CONEP.
1791 Salientou a importância da produção do conhecimento para atender as necessidades de saúde da
1792 população e para fortalecer o SUS. Nessa linha, frisou que é necessário promover debates políticos no
1793 Conselho e monitorar durante o estudo e o pós-estudo as implicações para o usuário participante de
1794 pesquisa. Destacou que, para alcançar outro modelo de atenção à saúde, no campo da promoção da
1795 saúde, ciências humanas e sociais precisam ter outro peso. Também solicitou maiores esclarecimentos
1796 sobre os critérios para pesquisa em unidades do SUS e o papel do Congresso Nacional. Conselheira
1797 **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** cumprimentou os expositores e salientou que, na condição de
1798 representante dos usuários na CONEP, participou efetivamente da proposta de resolução sobre as
1799 ciências sociais e humanas. Chamou a atenção para a especificidade das pesquisas de interesse do
1800 SUS e destacou que o foco é a proteção do sujeito de pesquisa. Colocou-se à disposição para maiores
1801 esclarecimentos sobre a minuta da qual contribuiu para elaboração. Conselheira **Patricia Augusta**
1802 **Alves Novo**, representante dos usuários na CONEP, destacou a evolução do trabalho da CONEP e
1803 destacou a importância do ENCEP que, entre outros aspectos, valorizará a participação dos usuários.
1804 Destacou que a Comissão tem trabalhado no sentido de empoderar e valorizar o papel dos usuários
1805 nos CEPs e aproximar os usuários dos pesquisadores de pesquisa, além de fomentar o fortalecimento
1806 dos Comitês de Ética. Conselheira **Alessandra Ribeiro de Sousa**, representante do segmento dos
1807 trabalhadores na CONEP, fez um destaque ao processo democrático da CONEP para elaboração e
1808 aprovação das três resoluções. Disse que participa do GT de Ciências Sociais e Humanas e frisou que
1809 a resolução representa o esforço das entidades que compõem o Grupo para normatizar as pesquisas
1810 nessa área. Avaliou que a aprovação da resolução possibilitará agregar os pesquisadores das ciências
1811 humanas e sociais e superar questões colocadas como a paridade. Por fim, disse que é preciso
1812 reconhecer os avanços da CONEP sob a nova gestão, todavia, lembrou que os avanços da ética em
1813 pesquisa são resultados do trabalho de todas as pessoas que passaram pela gestão da Comissão.
1814 Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** destacou que a ética em pesquisa com seres humanos no
1815 Brasil representa um dos maiores avanços na história do SUS, pois protege usuário e pesquisador.
1816 Disse que é importante elaborar resolução específica para investigação qualitativa, porque o
1817 conhecimento deve estar amparado nos dois extremos (quantificação e qualificação das vozes dos
1818 sujeitos participantes da pesquisa). Por fim, ressaltou que é preciso aprofundar o debate sobre a
1819 Plataforma Brasil porque o atual formato atende a especificidade da investigação quantitativa e não
1820 qualitativa. Com isso, garantir que o pesquisador não enfrente dificuldade na interação com esse
1821 instrumento. Conselheira **Marisa Furia Silva** manifestou sua preocupação com a pesquisa no país,
1822 lembrando se tratar de um processo recente que precisa avançar. Nessa linha, destacou a importância
1823 do trabalho da CONEP e defendeu a sua permanência sob a égide do CNS. Reconheceu o avanço da
1824 Comissão e lembrou a contribuição de outros conselheiros que estiveram na coordenação para esse
1825 crescimento. Também falou da sua preocupação com a realização de consulta popular, por conta da

possibilidade de manipulação e defendeu que assuntos mais polêmicos sobre ética em pesquisa sejam trazidos ao Conselho para decisão. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** recuperou a história da CONEP/CNS e reconheceu o trabalho daqueles que passaram pela coordenação e contribuíram para a construção e fortalecimento da Comissão como Willian Saad e Gysélle Tannous. Explicou que o movimento de luta contra a AIDS teve participação na CONEP e frisou que a pesquisa comportamental é fundamental, inclusive para ampliar a visão da saúde para além da biomédica. Perguntou sobre as pesquisas no ambiente do SUS, uma vez que essas pesquisas ocorrem nos estados e o Ministério da Saúde é um ente federal. Conselheiro **Karlo Jozefo Quadros de Almeida** cumprimentou a CONEP pelo trabalho e disse ser fundamental centralizar a discussão da pesquisa no direito do usuário e no interesse social. Também concordou que é preciso avançar na Plataforma Brasil porque está mais voltada para pesquisas quantitativas e não qualitativas. Todavia, ressaltou que essas e outras questões operacionais não justificam a retirada da CONEP do CNS. Frisou que a pesquisa e a inovação tecnológica são fundamentais para o país, mas o sentido principal deve ser a defesa do direito do usuário e do SUS. Conselheira **Kátia Maria Barreto Souto** cumprimentou a CONEP pelo trabalho e destacou que o grande desafio é reconhecer os sujeitos de pesquisa, considerando que a perspectiva é a qualidade de vida na sua dimensão total. Também salientou que é importante reconhecer a pesquisa na saúde como fomento para o desenvolvimento do país (crescimento da autonomia). Conselheiro **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá** elogiou a Comissão pelo trabalho e propôs um fórum dos pós-graduandos, responsáveis por 95% da pesquisa no país, e a CONEP na linha de avançar nos debates a respeito da ética em pesquisa. **Retorno da mesa. Maria Mercedes**, membro da CONEP e do GT de Projetos Estratégicos para o SUS, fez uma fala sobre o trabalho desse Grupo. Explicou que a criação dos GTs para elaborar resoluções complementares atendem ao dispositivo da Resolução nº. 466/2012. Disse que o GT, constituído por integrantes da CONEP e representantes das instâncias do SUS, iniciou a discussão contextualizando que aspectos da Resolução nº. 466/2012 necessitavam de esclarecimento e, ao longo das discussões, o Grupo identificou lacunas nas resoluções do Sistema CEP/CONEP em relação a pesquisas realizadas no SUS. Assim, a minuta de resolução buscou dar conta das lacunas, explicitando, entre outros aspectos, a diferença entre pesquisa e assistência no nível do SUS. Solicitou aos conselheiros que analisem o texto da minuta e apresentem contribuições. **Gabriela Marodin**, coordenadora do GT de Acreditação e Classificação de Risco e integrante do GT de Ciências Humanas e Sociais, lembrou que a Resolução nº. 466/2012 determinou que o processo de acreditação dos Comitês de Ética em Pesquisa que compõem o Sistema CEP/CONEP seria tratado em Resolução do CNS (XIII.2) e que a tipificação e graduação do risco nas diferentes metodologias de pesquisa seriam definidas em norma própria, pelo CNS (XIII.6). Portanto, os GTs foram instituídos para elaborar três resoluções complementares. Disse que foi convidada para coordenar o GT responsável por elaborar minuta de resolução e uma proposta de norma para tipificação. Explicou que o GT elaborou uma proposta de resolução sobre o processo de acreditação e classificação de risco que será submetido ao ENCEP e as questões sem consenso seriam colocadas na forma de alternativas para debate mais coletivo. Sobre as ciências humanas e sociais, destacou dois pontos, o primeiro refere-se à composição paritária, entendendo que não é o melhor momento, pois é preciso trabalhar nas bases (CEPs). Ressaltou que não se deve criar cisão ou algo que caminhe para instâncias próprias de organização permanente que causam desconfiança – com exigência de paridade. Além disso, manifestou preocupação/ressalva ao artigo 30 da minuta que propõe a formação de GT permanente. Além disso, destacou como fragilidade do GT a composição que não contemplou representantes dos comitês de ciências humanas e sociais. Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, coordenador da CONEP/CNS, agradeceu os cumprimentos ao trabalho da CONEP e explicou que as questões relativas a prazos se resolvem a medida que o trabalho avança. Inclusive, disse que recebeu segundo pedido de informação da Senadora, que insiste em manter um clima de certa beligerância. Explicou que a discussão do GT tratou de questões de prazo e conteúdo, assim, a sua visão é de que envolve também conteúdo. Destacou que a discussão evoluirá e se não aparecer nenhuma questão no Congresso Nacional será melhor para todos. De todo modo, disse que o CNS precisa estar preparado para debate uma vez que se trata de uma área que envolve muitos interesses. No que se refere à ANVISA, disse que é possível verificar a questão dos prazos, sendo uma decisão que o CNS deve tomar. Explicou que o papel do Congresso Nacional está definido em lei e o CNS pode tentar influir na decisão daquela Casa. Portanto, o Colegiado deve estar preparado para enfrentar o debate político que eventualmente se coloque. Lembrou que a área de ética em pesquisa nunca foi regulada por lei e manter assim, no momento, é o melhor caminho. Sobre as unidades do SUS, explicou que há pesquisas que são exclusivamente no âmbito do MS como, por exemplo, o VIGITEL. Os dados dessa pesquisa fornecem material para pesquisa científica e, nessa medida, passa a ser atribuição do sistema CEP/CONEP analisá-la. Nesse caso, a CONEP funciona como CEP do Ministério da Saúde. No caso de projeto que envolve vários centros, há um centro coordenador (que pode ser o MS ou não) que analisa o projeto e, posteriormente, é analisado pelos CEPs, ao mesmo tempo, das outras instituições

1887 participantes. No caso do MS, a regra é a mesma e, de acordo com a função, a CONEP funciona de
1888 uma maneira ou de outra. Concordou com a importância da metodologia qualitativa e destacou que a
1889 Plataforma Brasil precisará ser discutida. Esclareceu que a consulta pública recolherá sugestões e a
1890 decisão será no CNS. Também disse que a CONEP está aberta a diálogo com a representação dos
1891 pós-graduandos. O Secretário/SCTIE, **Carlos Gadelha**, salientou como avanço o fato de tratar as
1892 especificidades e aprofundar o campo da pesquisa social. Também avaliou como retrocesso na saúde
1893 pública a segmentação do campo biomédico e social. Destacou que é preciso formar um bloco histórico
1894 que coloque a saúde na agenda central do desenvolvimento, com o social pautando a agenda nacional.
1895 Disse que “quebrar” a construção feita até o momento, que está em questionamento, significa
1896 desestabilizar o sistema nacional. Frisou que é preciso avançar e não retroceder e também não deixar
1897 pequenos ruídos virarem sinais de que há retrocesso. Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio**,
1898 coordenador da CONEP, acrescentou que sempre trabalhou com o conceito de continuidade de um
1899 trabalho e destacou as contribuições das coordenações anteriores da CONEP. Explicou ainda que,
1900 para defender o direito dos participantes de pesquisas, não se deve ir contra as pesquisas, mas a favor,
1901 desde que respeitem os direitos humanos. Ou seja, a intenção não é atacar as pesquisas, pois são
1902 questões chave para o desenvolvimento do país. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** agradeceu a
1903 participação dos componentes da mesa e registrou que o CNS não discute a possibilidade de retirar a
1904 CONEP do âmbito do CNS. **Não houve encaminhamentos nesse item.** Em seguida, conselheiro
1905 **Ronald Ferreira dos Santos** assumiu a palavra para apresentar a minuta de recomendação elaborada
1906 pela COFIN, que recomenda a não aprovação dos dispositivos da Emenda Constitucional nº 359 que
1907 tratam dos percentuais de aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde. Após a leitura,
1908 foram apresentadas sugestões ao texto, que foram acatadas. **Deliberação: aprovada a**
1909 **recomendação com dois votos contrários e uma abstenção. O texto final é o seguinte:** “*(O*
1910 *Plenário do Conselho Nacional de Saúde (...), Considerando o processo de subfinanciamento do*
1911 *Sistema Único de Saúde, representado pela alocação anual de cerca de 4,0% do PIB pela União,*
1912 *Estados, Distrito Federal e Municípios para garantir a prestação de serviços públicos no âmbito*
1913 *do SUS – incluir a informação que o Brasil não aplica os 8% do PIB como países do seu porte*
1914 *(sugestão do conselheiro Paulo de Tarso); considerando o Projeto de Lei de Iniciativa Popular*
1915 *que obteve mais de dois milhões e duzentas mil assinaturas em prol da alocação de 10% das*
1916 *receitas correntes brutas da União para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde*
1917 *no âmbito do SUS, consideradas aquelas definidas pela Lei Complementar nº 141/2012;*
1918 *considerando o Decreto nº 8.243/2014, que institui a Política Nacional de Participação Social e o*
1919 *Sistema Nacional de Participação Social, amplamente discutido com a sociedade sobre a*
1920 *importância da participação popular no aprimoramento da gestão pública; considerando que o*
1921 *Projeto de Emenda Constitucional 359 não incorporou os anseios da sociedade manifestados no*
1922 *Projeto de Lei de Iniciativa Popular, reduzindo para 15% das receitas correntes líquidas da União*
1923 *a alocação de recursos para o financiamento do SUS, além de retirar os recursos da lei do Pré-*
1924 *Sal destinados para aplicação adicional ao mínimo estabelecido para as ações e serviços*
1925 *públicos de saúde no âmbito do SUS e impor para o cômputo dessa aplicação mínima 0,6% da*
1926 *Receita Corrente Líquida da União para despesas com ações e serviços públicos de saúde a*
1927 *serem estabelecidas pelas Emendas Individuais Parlamentares; considerando que essa*
1928 *alteração constitucional proposta representará uma rigidez no processo de financiamento no*
1929 *SUS em bases muito abaixo daquela necessária em termos comparativos com os padrões*
1930 *universais de financiamento de serviços públicos de saúde de acesso universal e gratuito; e*
1931 *considerando o reconhecimento da candidatura vitoriosa nas eleições presidenciais de 2014*
1932 *sobre a necessidade de fortalecimento do financiamento do SUS para além dos recursos*
1933 *definidos pela lei do Pré-Sal. Recomenda: a não aprovação dos dispositivos da Emenda*
1934 *Constitucional nº 359 que tratam dos percentuais de aplicação mínima em ações e serviços*
1935 *públicos de saúde, que excluem a destinação dos recursos do Pré-Sal como de aplicação*
1936 *adicional ao mínimo estabelecido para as ações e serviços públicos de saúde, não podem ser*
1937 *aprovados pelo Congresso Nacional. O documento será encaminhado ao Congresso Nacional.*
1938 *Definido esse ponto, a mesa fez um intervalo de quinze minutos para debate com o segmento*
1939 *dos usuários sobre o próximo item de pauta. ITEM 8 – ENTIDADES MÉDICAS NO CNS -*
1940 **Apresentação:** conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, da Mesa Diretora do CNS. **Coordenação:**
1941 integrantes da Mesa Diretora do CNS - conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente;
1942 conselheira **Nelcy Ferreira da Silva**; e conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte**. Conselheiro
1943 **Geordeci Menezes de Souza** recordou que na última reunião do CNS o debate desse tema foi
1944 interrompido por conta de 9 pedidos de vistas e, como encaminhamento, o Plenário delegou à Mesa
1945 Diretora do CNS a definição de metodologia para tratar do tema. Explicou que a Mesa Diretora leu os
1946 pareceres enviados, fez uma nova consulta ao Regimento Interno do CNS e buscou assessoria do
1947 setor jurídico, para definir uma proposta. Nesse sentido, disse que a proposta é apresentar os

procedimentos (o entendimento da Mesa a partir dos pareceres) e, em seguida, ouvir as considerações dos conselheiros que solicitaram vistas. Na linha de compreender as discussões geradas nas reuniões passadas em relação à ausência das entidades médicas nas reuniões do CNS, fez um resgate do Regimento Interno do CNS. Destacou, inicialmente, o Capítulo VI, Do Processo Eleitoral, Seção I, Das Entidades e dos Movimentos Sociais, destacando o caput do art. 62 que determina: "Art. 62 - A escolha das entidades e dos movimentos sociais de usuários do SUS, das entidades de profissionais de saúde e da comunidade científica da área de saúde, das entidades de prestadores de serviços de saúde e das entidades empresariais com atividades na área de saúde será feita por meio de processo eleitoral, a ser realizado a cada três anos, contados a partir da primeira eleição". Acrescentou que o Art. 63 dispõe que: "O processo eleitoral a que se refere o art. 61 deste Regimento para a escolha das entidades que indicarão representantes em substituição aos atuais membros do CNS, será realizado em até noventa dias anteriores ao final do mandato dos atuais Conselheiros, em conformidade com o Regimento Eleitoral a ser aprovado pelo Plenário do CNS, homologado pelo Ministro de Estado da Saúde e publicado no Diário Oficial da União em forma de Resolução. Parágrafo único. Concluída a eleição referida no *caput* e designados os novos representantes do CNS, caberá ao Presidente do CNS convocar e presidir a reunião em que tomarão posse os Conselheiros e em que se realizará a eleição do Presidente do Conselho. Sobre a composição e organização do CNS (Capítulo I, Seção I), o Regimento dispõe no art. 4º que: "O CNS é composto por quarenta e oito membros titulares, sendo: I - cinquenta por cento de membros representantes de entidades e dos movimentos sociais de usuários do SUS, eleitos em processo eleitoral direto; e II - cinquenta por cento de membros representantes de entidades de profissionais de saúde, incluída a comunidade científica da área de saúde, entidades de prestadores de serviços de saúde, entidades empresariais com atividade na área de saúde, todas eleitas em processo eleitoral direto, bem como de representantes do governo, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, todos indicados pelos seus respectivos dirigentes. § 1º O percentual de que trata o inciso II deste artigo observará a seguinte distribuição: I - metade dos membros representantes de entidades de profissionais de saúde, incluída a comunidade científica da área de saúde; e II - (...). § 2º Os membros titulares do CNS terão primeiros e segundos suplentes, indicados na forma deste Regimento. Acrescentou que os arts. 5º e 6º, determinam, respectivamente: "Art. 5º A representação dos órgãos, das entidades e dos movimentos sociais inclui um membro titular e primeiro e segundo suplentes, vinculados, ainda que não sejam da mesma entidade ou órgão. Parágrafo único. Na presença do membro titular, o membro suplente não terá direito a voz e voto nas reuniões. Art. 6º Os representantes indicados pelas entidades e pelos movimentos sociais dos usuários do SUS, pelas entidades de profissionais de saúde e comunidade científica, pelas entidades empresariais com atividades na área da saúde e pelas entidades dos prestadores de serviços de saúde, todas eleitas, terão o mandato de três anos, permitida apenas uma recondução. § 1º Será dispensado, automaticamente, o conselheiro que deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a seis reuniões intercaladas, sem justificativa, por escrito, no período de um ano civil". Explicou que o Regimento Interno do CNS não trata de forma clara sobre perda de mandato, assim, a Mesa Diretora do CNS buscou instrumento jurídico no Código Civil – Lei 10.406/2002. No art. 116, o Código determina que "A manifestação de vontade pelo representante, nos limites de seus poderes, produz efeitos em relação ao representado". Ou seja, a ausência sucessiva de representante às reuniões do Conselho possibilita que a entidade seja penalizada. Salientou ainda que o § 3º do art. 6º do Regimento Interno do CNS determina que: "§ 3º A perda de mandato da representação de qualquer entidade ou movimento social será declarada pelo Plenário do CNS, por decisão da maioria simples dos seus membros, sendo a vaga assumida pelo membro primeiro suplente". O § 4º acrescenta: "Fica a cargo das entidades ou dos movimentos sociais a indicação dos respectivos representantes para o exercício do mandato, bem como a sua substituição, a qualquer tempo, excetuando-se os casos previstos nos §§ 1º e 3º deste artigo." Além disso, ressaltou que o conselheiro que faltar a três reuniões consecutivas ou seis intercaladas não poderá ser indicado para participar do Conselho. Explicou que, diante da situação, o mais correto seria: o Conselho comunicar a entidade para que promovesse a substituição do representante, posteriormente, declarar a vacância e elevar o primeiro suplente à categoria do titular; se o novo titular continuasse a não comparecer às reuniões, esse procedimento seria repetido tanto para o primeiro quanto para o segundo suplente, sendo esta a única possibilidade de ter vacância das três entidades. Todavia, como esse procedimento não foi o adotado, fez-se necessário buscar saída para resolver a situação. Em função desses dispositivos; dos 5 pareceres apresentados (dos 9 pedidos de vistas); da ausência da entidade na representação dos profissionais de saúde do mês de julho de 2013 (247ª RO) até o mês de novembro de 2014 (263ª RO), totalizando dezenove ausências, disse que a proposta é declarar a vacância, cumprindo o Regimento do CNS. Feita a apresentação, perguntou aos conselheiros que solicitaram o pedido de vistas se o encaminhamento apresentado pela Mesa Diretora do CNS os contemplava e se mantinham os seus pareceres. Conselheiro **Nelson Mussolini**, solicitante do pedido

2009 de vistas, manifestou sua satisfação com o encaminhamento apresentado porque segue os dispositivos
2010 do Regimento Interno do CNS e recordou que o seu pedido de vistas foi nesse sentido. Explicou que o
2011 seu parecer segue a mesma linha do apresentado pela Mesa Diretora e, portanto, o retiraria se
2012 prevalecesse o parecer da Mesa. Conselheira **Ivone Evangelista Cabral**, solicitante do pedido de
2013 vidas, disse que acompanha o parecer da Mesa Diretora, mas solicitou espaço para apresentar alguns
2014 pontos do parecer da ABEN. A mesa assentiu e a conselheira, antes de passar ao parecer, registrou a
2015 importância da participação das 14 categorias profissionais de saúde na construção e consolidação do
2016 SUS. Em relação ao parecer, começou lembrando que o Conselho Nacional de Saúde tem por
2017 finalidade atuar na formulação e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, inclusive nos
2018 aspectos econômicos e financeiros, nas estratégias e na promoção do processo de controle social em
2019 toda a sua amplitude, no âmbito dos setores públicos e privados (art. 2º do Regimento Interno do CNS).
2020 Sendo assim, as entidades eleitas devem, no exercício de seu mandato, cumprir com as finalidades do
2021 Conselho e atuar para o interesse do bem coletivo, como parte do controle social. Nessa linha, qualquer
2022 entidade de assuma compromisso com o controle social deve ter atenção ao Regimento Interno do
2023 CNS. Além disso, zelar pelos procedimentos internos do CNS e incorporar no seu processo de trabalho
2024 diário: contabilização de frequência, registro documental e comunicação aos seus membros para que
2025 possam, em tempo hábil, participar das reuniões do CNS. Chamou a atenção para a necessidade de
2026 rever o Regimento uma vez que há várias lacunas no que diz respeito ao exercício do controle social na
2027 representação das entidades e dos seus indicados para atuarem no CNS. Dessa forma, disse que se
2028 gerou uma necessidade de cumprir o Regimento Interno no que diz respeito à vacância da entidade
2029 que se ausentou por mais de três reuniões consecutivas e seis alternadas. Segundo essa linha,
2030 destacou que é preciso analisar se essa situação ocorre com outras entidades, sem o conhecimento do
2031 Plenário. Para finalizar, defendeu o cumprimento do Regimento Interno do CNS, comunicando ao CFM
2032 a decisão da Plenária do CNS. Conselheiro **Renato Almeida de Barros** destacou a importância do
2033 controle social que conta com a participação do segmento dos usuários, dos trabalhadores da saúde,
2034 dos gestores/prestadores e lembrou que, por conta da importância, o CNS é composto por carreiras
2035 essenciais para o SUS – 14 reconhecidas – e outras. Salientou também a importância da categoria
2036 médica na estruturação do SUS e da sua participação no CNS para contribuir na consolidação do
2037 Sistema. Todavia, diante da reiterada ausência dessa representação, defendeu o cumprimento dos
2038 dispositivos do Regimento Interno. Aproveitou a oportunidade para ressaltar a importância de abrir
2039 debate sobre o Regimento Interno do CNS a fim de corrigir eventuais lacunas. Fez uma crítica à ação
2040 adotada pela entidade médica, apesar de reconhecer a sua importância no sistema e frisou a
2041 importância de estruturar uma carreira com reconhecimento da importância de carreiras sistêmicas.
2042 Destacou que a CNTSS acompanha o encaminhamento da Mesa Diretora do CNS no sentido de
2043 consolidar o SUS tão importante para a população brasileira. Conselheira **Maria Laura Carvalho**
2044 **Bicca**, solicitante do pedido de vistas, explicou que acompanhava o parecer da Mesa Diretora do CNS
2045 e que ratificava o parecer da ABEn. Todavia, disse que não retiraria o seu o parecer, porque o
2046 documento traz uma série de questões de ordem administrativa que necessitam de respostas. Frisou
2047 que o CNS, inclusive o segmento dos trabalhadores, sempre esteve aberto à participação das
2048 entidades médicas, mas essa representação recusou-se a participar de 2009 a 2012. E,
2049 posteriormente, ao assumir o compromisso, ausentaram-se das reuniões. No momento, avaliou que o
2050 encaminhamento deve ser a vacância, respeitando, inclusive, o Regimento Interno do CNS.
2051 Conselheiro **André Luis Bonifácio de Carvalho**, solicitante do pedido de vistas, avaliou que o
2052 procedimento apresentado pela Mesa Diretora do CNS é adequado porque segue o Regimento Interno
2053 do CNS. Portanto, defendeu a declaração da vacância da titularidade e a convocação da entidade
2054 suplente. Salientou que é preciso reabrir o canal de diálogo com as entidades médicas e outras
2055 entidades ausentes. Frisou também que é necessário revisitar o Regimento do CNS para ter processo
2056 operacional e administrativo mais organizado, evitando situações como essa, com acompanhamento
2057 das entidades que participam do Conselho. Pelas falas, conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**
2058 concluiu que os solicitantes do pedido de vistas, inclusive os que apresentaram parecer, apoiavam o
2059 procedimento apresentado pela Mesa Diretora do CNS. Portanto, não havia nenhum parecer de vistas
2060 para votação. Sendo assim, o Plenário do CNS deveria manifestar-se sobre a proposta de declarar a
2061 vacância e cumprir o Regimento Interno do CNS. Após consultar o Plenário e verificar que os
2062 conselheiros estavam esclarecidos, colocou em votação a proposta da Mesa Diretora do CNS.
2063 **Deliberação: aprovada, com um voto contrário, a declaração de vacância da vaga destinada ao**
2064 **Conselho Federal de Medicina e o cumprimento dos procedimentos seguintes definidos no**
2065 **Regimento Interno.** A seguir, a mesa abriu a palavra para considerações. Conselheiro **Willen Heil e**
2066 **Silva** ressaltou que é preciso reanalisar o Regimento Interno do CNS para resolver arestas – decoro,
2067 declaração e posicionamento de entidades contra o controle social e o CNS, na pessoa da sua
2068 presidência. Além disso, salientou que uma corporação pode lutar pela sua valorização, sem
2069 desvalorizar outras corporações. Disse que o FENTAS apoia a participação das entidades médicas no

2070 CNS, mas para trabalhar em parceria com o controle social. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**,
2071 Presidente do CNS, destacou que o CNS é um espaço privilegiado para pensar o SUS, assim, todos os
2072 sujeitos têm legitimidade para participar, ainda que tragam o contraditório. Ressaltou que o Plenário
2073 reafirmou o interesse público como ponto central do Conselho e a atividade de conselheiro nacional
2074 como de extrema relevância pública. Frisou que o Conselho possui uma responsabilidade na
2075 construção da 15ª Conferência e ressaltou que é preciso legitimar e fortalecer também esses espaços.
2076 Concordou que é preciso aprimorar o Regimento Interno do CNS e, para isso, sugeriu a formação de
2077 um GT. Todavia, ressaltou que o foco principal do CNS nesse momento deve ser a construção da 15ª
2078 CNS. Definido esse ponto, a mesa suspendeu para o almoço. **ITEM 9 – COMISSÃO INTERSETORIAL**
2079 **DE RECURSOS HUMANOS – CIRH** - **Apresentação:** Conselheira **Ivone Evangelista Cabral**,
2080 Coordenadora da CIRH. **Coordenação:** Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Mesa Diretora do
2081 CNS. A coordenadora da CIRH passou à apresentação dos pareceres elaborados pela CIRH que foram
2082 enviados com antecedência aos conselheiros e estavam disponíveis no servidor. **1) Referência:**
2083 Processo nº 201358386. **Interessado:** Faculdade Santa Maria – FSM/Cajazeiras (PB). **Curso:**
2084 Reconhecimento do curso de Psicologia – Bacharelado. **Local:** Cajazeiras/PB. **Parecer final:**
2085 insatisfatório. **Fundamentos do Parecer:** **a)** não há documentação comprobatória anexada ao
2086 Processo de Reconhecimento do curso sobre a celebração de convênio com a rede pública de saúde
2087 do SUS, que assegure os campos de prática para de modo explícito aos estudantes do curso de
2088 Psicologia, para utilização da rede de serviços do SUS instalada no Município de Cajazeiras (PB) e de
2089 outros equipamentos sociais existentes na região; **b)** não há Termo de compromisso dos gestores
2090 locais do SUS com o desenvolvimento do curso, para garantir a integração ensino serviço aos alunos
2091 do curso de Psicologia; **c)** não há previsão de inserção do estudante de Psicologia na comunidade
2092 desde o início do curso na rede de saúde do SUS existente no município; **d)** não há como analisar a
2093 qualidade da formação, as relações com a saúde e a rede SUS existente na região, visto que, e
2094 somado aos pontos citados, não se evidencia na descrição do PPC que concepções de clínica e de
2095 saúde estão fundamentando o projeto pedagógico, e também, como esses aspectos se
2096 operacionalizam no desenvolvimento da proposta do curso nos estágios e na prática, pois se trata
2097 ainda, de curso de Psicologia situado no centro do sertão nordestino que denota não considerar as
2098 especificidades da região; **e)** o PDI da IES apresentado no ato regulatório de autorização não informou
2099 sobre a infraestrutura para atender pessoas com deficiência; e **f)** por fim, o Processo nº 200905622
2100 disponibilizado ao CNS referente à solicitação de autorização de curso de Psicologia da FSM obteve
2101 Parecer final consultivo (Parecer CNS Nº 180/2011) insatisfatório. **Deliberação:** não havendo
2102 manifestações, o parecer foi aprovado por unanimidade. **2) Referência:** Processo nº 201209780.
2103 **Interessado:** Faculdade de Medicina do ABC Paulista – FMABC. **Curso:** renovação de
2104 Reconhecimento de curso de Medicina. **Localização:** Santo André/São Paulo. **Parecer final:**
2105 satisfatório com recomendações à renovação de reconhecimento do curso de Medicina da FMABC, no
2106 Município de Santo André (SP) com base na Resolução CNS nº. 350/2005. **Recomendações:** **a)**
2107 esclarecimento detalhado no PPC e Matriz Curricular sobre a inserção dos alunos na atenção básica
2108 nos primeiros anos e, preferencialmente, durante toda a extensão do curso; **b)** melhoria dos
2109 Laboratórios de Habilidades; **c)** o curso ainda está baseado nas Diretrizes de 2001, o que, entretanto
2110 não inviabiliza a proposta do curso. Por outro lado, para que haja um melhor desempenho do curso,
2111 recomenda-se alinhar-se às novas Diretrizes do Curso de Medicina (2014) para um aprimoramento
2112 curricular; **d)** estabelecer metodologias ativas de ensino centradas no estudante com a inclusão de
2113 aulas em pequenos grupos desvinculando-se das metodologias tradicionais; **e)** Trabalhar a
2114 interprofissionalidade visto que a IES possui outros cursos da área de saúde; e **f)** dada a importância da
2115 IES para a região, sugerimos ampliar os programas de residências inclusive a Residência em Medicina
2116 de Família e Comunidade. **Deliberação:** aprovado o parecer do Processo nº 201209780 com uma
2117 abstenção. **3) Referência:** Processo nº 201357563. **Interessado:** Universidade Federal Fluminense –
2118 UFF/Polo Universitário de Volta Redonda (RJ). Localidade: Volta Redonda/RJ. **Curso:** Reconhecimento
2119 do curso de Psicologia – Bacharelado. **Parecer final:** satisfatório ao reconhecimento do curso de
2120 bacharelado em Psicologia da Universidade Federal Fluminense - UFF, no Polo Universitário de Volta
2121 Redonda (RJ), com base em análise à luz da Resolução CNS Nº. 350/2005. **Deliberação:** aprovado o
2122 parecer do Processo nº 201357563 com uma abstenção. Em seguida, a coordenadora da CIRH fez
2123 dois informes. Informou o Plenário sobre os indicados para participar dos Seminários Regionais da
2124 Residência Multiprofissional em Saúde: **a)** Porto Alegre-RS: **José Eri Osório de Medeiros**
2125 (CIRH/CNS); **b)** Uberlândia-MG: **Tânia Maria de Souza Pires Makluf** (CIRH). Brasília-DF: **Marisa**
2126 **Furia Silva** (CIRH/CNS). Recife-PE: **Jefferson de Souza Bernardes** (CIRH). Também falou sobre a
2127 participação da CIRH/CNS no Comitê Nacional dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-
2128 Saúde (COAPES). Explicou que a primeira reunião foi destinada à instalação do Comitê e na segunda
2129 iniciou-se a definição de diretrizes para elaborar o Contrato. Esclareceu que os contratos são pré-
2130 requisitos para a IES poder abrir um curso de Medicina nos municípios já selecionados pelo MEC.

2131 Explicou que o Comitê é composto por representantes do governo, controle social, entidades médicas,
2132 estudantes. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** perguntou sobre a possibilidade de participação
2133 de um conselheiro nacional no Seminário Regional de Recife para representar o CNS. Conselheira
2134 **Ivone Evangelista Cabral** explicou que o tema foi debatido na reunião de outubro e foi colocada à
2135 disposição dos conselheiros a manifestação de interesse para participar do evento. Esclareceu que a
2136 indicação era de conselheiros da Região ou com custeio da entidade, por conta da limitação de
2137 recursos. O integrante da CIRH, **Alex**, explicou que não haverá custeio de passagens e diárias e a
2138 indicação foi de conselheiros que residem na região. De todo modo, disse que os interessados
2139 poderiam manifestar-se reiterando que não haveria custeio. Conselheiro **Dalmare Anderson Bezerra**
2140 **de Oliveira Sá** informou que participaria dos seminários representando a Associação Nacional de Pós-
2141 Graduandos – ANPG. Conselheiro **José Eri de Medeiros** salientou que é preciso reforçar o papel do
2142 controle social nesse processo. Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** explicou que já existe
2143 posicionamento do CNS a respeito, salientando o consenso sobre a necessidade de debater o tema na
2144 Plenária do Conselho, a necessidade de definição de diretrizes pelo CNS e a importância de submeter
2145 os contratos organizativos ao plenário dos conselhos (CNS ou CES). Além disso, citou como consenso
2146 que não se aplica apenas aos cursos de Medicina, mas sim a todas as graduações em saúde e as
2147 residências em saúde. Frisou que há vários entendimentos e, considerando que o tema ainda está em
2148 processo de discussão, comprometeu-se a fazer devolutiva na próxima reunião do CNS. Ainda a
2149 respeito da próxima reunião do Conselho, cuja proposta é pauta única, alertou que há dois processos
2150 que precisam ser analisados em dezembro porque o prazo encerra-se em janeiro de 2015. **Acordou-se**
2151 **que a Mesa Diretora do CNS irá verificar como contemplar a análise dos dois pareceres da CIRH**
2152 **em dezembro devido ao prazo.** Conselheiro **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá** comunicou
2153 que será realizado o Encontro Nacional de Residentes, de 3 a 6 de dezembro, e convidou os
2154 conselheiros a participar. Com esse informe, a mesa encerrou o item 9 da pauta. Antes de iniciar o
2155 próximo item, a mesa retomou o ponto do expediente para submeter à apreciação do Plenário minutas
2156 pendentes. **EXPEDIENTE – 1) Minuta de recomendação elaborada pela Comissão de Educação**
2157 **Permanente para o Controle Social no SUS – CIEPCSS.** O texto é o seguinte: “O Plenário do
2158 Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Sexagésima Terceira Reunião Ordinária (...) e
2159 considerando a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS;
2160 considerando a missão da Comissão de Educação Permanente para o Controle Social no SUS de
2161 assessorar o Conselho Nacional de Saúde no acompanhamento da Política Nacional de Educação
2162 Permanente para o Controle Social no SUS; considerando que dentre as suas atribuições está o
2163 acompanhamento da implementação da Política em âmbito nacional, a formação de multiplicadores e
2164 formadores para o fortalecimento do controle social e a articulação de uma rede nacional de educação
2165 permanente para o controle social; considerando os encaminhamentos aprovados no Seminário de
2166 Educação Permanente para o Controle Social do SUS, realizado no mês de agosto de 2014; e
2167 considerando os processos participativos de construção de propostas de qualificação de conselheiros
2168 de saúde. Recomenda que: todas as ações ofertadas pelo Ministério da Saúde relacionadas à
2169 qualificação de conselheiros de saúde, deverão ser submetidas à análise e parecer desta comissão
2170 para, sequencialmente, serem apresentadas ao pleno do Conselho Nacional de Saúde. **Deliberação:**
2171 **aprovada a recomendação com uma abstenção.** 2) **Minuta de recomendação sobre a relevância**
2172 **pública da função do conselheiro.** O texto é o seguinte: O Plenário do Conselho Nacional de Saúde,
2173 em sua ducentésima sexagésima terceira Reunião Ordinária (...) e considerando que o direito à saúde,
2174 conforme está definido no art. 197 da Constituição Federal/1988, é de relevância pública; considerando
2175 o termo relevância pública das ações dos serviços de saúde e o caráter indisponível do direito à saúde,
2176 uma vez que está vinculado diretamente como direito à vida e a proteção da dignidade humana;
2177 considerando que o art. 197 também atribui ao poder público o dever de dispor, por meio de lei, sobre
2178 a regulamentação, a fiscalização e o controle social das ações; considerando que a Lei nº 8.142/90
2179 regulamenta a participação da comunidade e o controle social sobre as ações e serviços de saúde;
2180 considerando que o art. 197 também impõe ao Estado deveres que efetivam o direito à saúde, inclusive
2181 como direito de participação, por meio dos conselhos e conferências de saúde; considerando que o
2182 controle social exercido pelo Conselho de Saúde é um dos fundamentos do SUS, e uma das formas de
2183 aumentar a participação popular no gerenciamento da saúde no país; considerando que a Lei nº
2184 8.142/1990 estabelece que os conselhos de saúde devem ter composição paritária, significando que a
2185 soma dos representantes dos usuários deve ser igual a soma dos representantes dos trabalhadores de
2186 saúde e dos representantes dos gestores e prestadores de serviços do SUS; considerando que a
2187 relevância dos Conselhos de Saúde se constitui ato inaugural que condiciona à atuação dos Conselhos
2188 de Saúde as necessidades da comunidade, sendo os conselheiros o elo entre os conselhos de saúde
2189 e o grupo social que representam; considerando que cada conselheiro representa uma parte da
2190 sociedade e está no conselho para levar as necessidades e as sugestões da sua comunidade para as
2191 políticas de saúde; considerando que as reuniões ordinárias do Conselho de Saúde de Saúde,

conforme definido no Regimento Interno, aprovado pela Resolução 453/2012, determina que ordinariamente ocorra uma reunião mensal, que regra geral dura dois dias, podendo ocorrer, também, reuniões extraordinárias, quando for necessário; considerando que a Terceira Diretriz, item X da Resolução 453/2012, determina que as funções como membro do Conselho de Saúde não são remuneradas, em face de o seu exercício ser de relevância pública garantindo a dispensa do trabalho sem prejuízo para o conselheiro. Recomenda: que nos três níveis de governo, nas entidades e organizações não governamentais e da representação dos trabalhadores, os servidores públicos, trabalhadores das entidades, das organizações não governamentais e das entidades de trabalhadores em saúde, os integrantes dos Conselhos de Saúde sejam liberados de suas atividades, sem que para tanto tenham que repor os dias em que estiverem exercendo suas funções de conselheiros, seja nas reuniões ordinárias e extraordinárias, reuniões das comissões intersetoriais, seminários, oficinas, conferências e na representação do Conselho, seja quando designado pelo Pleno e ou pela Mesa Diretora em atividades externas para as quais o Conselho foi convidado a participar". Após a leitura, foram apresentadas as seguintes sugestões: contemplar no texto que a recomendação se estende aos usuários de saúde (abrir o conjunto dos segmentos); incluir os trabalhadores de empresas privadas e organizações não governamentais; contemplar nos considerandos a Resolução do CNS nº. 52/1992. O CNS já possui posicionamento a respeito, por meio de resolução. Portanto, a proposta de recomendação foi elaborada em virtude de dificuldades enfrentadas pelos atuais conselheiros para participar de atividades do Conselho. **Deliberação: aprovada por unanimidade a recomendação sobre a relevância pública da função do conselheiro, com sugestões. A recomendação será amplamente divulgada.**

3) Minuta de recomendação. Apresentação: conselheiro Eni Carajá Filho. O texto é o seguinte: "O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Sexagésima Terceira Reunião Ordinária (...) e considerando que o Brasil possui regiões onde as ações e condutas do SUS são amplamente diversificadas; considerando que o Brasil se encontra hoje com pelo menos 40 milhões de vidas acometidas com alguma doença reumática dentre as 120 exaradas na classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados com a saúde – CID; considerando que a cada dia milhares de pessoas sofrem agravos de saúde devido a intercorrências relacionadas a doenças reumáticas, acarretando incapacidade laborativa exatamente devido a baixa inserção de políticas públicas de caráter integral como também consequência de demandas por previdência e outros benefícios; considerando que as doenças reumáticas são preocupantes no quadro de pessoas acometidas pelo lúpus eritematoso sistêmico e outras que necessitam de apoio e ação específica para atuação intersetorial e focadas na atenção primária e secundária de saúde; e considerando a proposta de alteração da Política Nacional de Promoção da Saúde – PNAPS, apresentada neste CNS pelo Dr. Jarbas Barbosa – SVS/MS quando devam ser acolhidas as proposições de entidades e movimentos sociais que lidam na causa. Recomenda: indicação de conselheiro do CNS da representação de usuário com conhecimento e ação na área para participar do grupo operacional da Câmara Técnica de Reumatologia, conforme debatido no Plenário do CNS; defender que seja criada, com a devida escuta e participação efetiva de entidades e movimentos sociais, a Política Nacional de Atenção ao Paciente Reumático, atendendo às reais necessidades de saúde dessas pessoas; encaminhar aos conselhos de saúde o resultado das discussões realizadas no CNS referentes às doenças reumáticas, lúpus eritematoso sistêmico, anemia falciforme e doenças renais. **Deliberação: aprovada a recomendação por unanimidade.**

4) Moção elaborada pela Comissão Intersetorial de Vigilância Sanitária – Conselheiro Ronald Ferreira dos Santos explicou que o texto proposta pela comissão propõe moção de apoio ao veto a medida provisória. Todavia, não havendo possibilidade de vetar medida provisória, a mesa sugere uma moção de repúdio à medida provisória. O texto é o seguinte: "O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua 263º Reunião Ordinária (...) e, considerando que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, conforme prevê o art. 196 da Constituição Federal de 1988; considerando que é dever do Estado garantir a saúde, por meio da formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos, bem como o estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde para a sua promoção, proteção e recuperação; considerando o que estabelece a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, no seu art. 6º, I, d, que inclui no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS): a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica; considerando o Decreto nº 85.878 de 07/04/1981 - Âmbito Profissional do Farmacêutico - que estabelece normas para execução da Lei nº 3.820, de 11 de novembro de 1960, sobre o exercício da profissão de farmacêutico, e dá outras providências; considerando o disposto na Resolução nº 468/2013, do Conselho Nacional de Saúde, segundo a qual, nas três esferas de governo do SUS, deve ser garantido o direito de todas as pessoas à assistência farmacêutica para o tratamento das doenças de modo resolutivo, com a oferta de todos os medicamentos prescritos no SUS, órteses e próteses, com vigilância do tratamento; considerando que para Organização Mundial de Saúde (OMS)

o uso racional de medicamentos prescinde, em primeiro lugar, que se estabeleça a necessidade do uso do medicamento; a seguir, que se receite o medicamento apropriado, a melhor escolha, de acordo com os ditames de eficácia e segurança comprovados e aceitáveis; considerando que a Organização Mundial de Saúde indica o uso racional de medicamentos, quando são apropriadamente receitados para pacientes de acordo com as suas condições clínicas, em doses adequadas às suas necessidades individuais, por um período adequado e ao menor custo para si e para a comunidade; considerando que os requisitos para o uso racional de medicamentos são complexos e envolvem inúmeras variáveis, sendo necessário contar com a participação de diversos atores sociais como pacientes, profissionais de saúde, legisladores, formuladores de políticas públicas, indústria, comércio, governo; considerando as previsões da Lei n.º 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências; considerando o constante na Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999, que altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências; considerando as determinações da Portaria n.º 344, de 12 de maio de 1998, que estabelece o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial; considerando a Resolução-RDC n.º 44, de 17 de agosto de 2009, que dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências; considerando a Resolução RDC n.º 20, de 5 de maio de 2011, que dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação; considerando que no Brasil, historicamente, a assistência farmacêutica e a política relativa aos medicamentos, desde a sua produção, acondicionamento, venda, utilização e fiscalização, constituem-se em áreas críticas e desafiadoras para a saúde e para o Sistema Único de Saúde – SUS; considerando a necessidade de estimular o contato do usuário do medicamento com o profissional farmacêutico, bem como a promoção do uso de medicamento (por prescrição ou automedicação) qualificado e responsável; considerando que a falta do farmacêutico para esclarecer os usuários sobre os riscos de efeitos adversos e danos à saúde, particularmente na automedicação, descumpre a recomendação da OMS sobre o uso racional de medicamentos de forma segura e segundo orientação de profissional habilitado; considerando que o medicamento é um produto livremente comercializado em estabelecimentos comerciais – as farmácias e drogarias -, cabe ao Estado a regulação deste consumo com a garantia de adequada orientação técnica e qualificada; considerando que o medicamento tem sido um insumo de difícil acesso à população e uma fonte de problemas gravíssimos, desde intoxicações leves até graves doenças iatrogênicas; considerando que, além das reações adversas inerentes a qualquer medicamento, o uso incorreto de medicamentos pode mascarar o diagnóstico de uma doença, se utilizado de forma abusiva ou sem orientação; considerando que a venda de medicamentos, sem as devidas orientações farmacêuticas, poderá acarretar vários e diferentes problemas de saúde à população brasileira, tais como: banalização da venda de medicamentos, por meio de sua transformação em mercadorias sujeitas exclusivamente às normas de mercado – e não de saúde – e sua exposição às estratégias mercadológicas, a exemplo das campanhas publicitárias; negação de todas as políticas públicas instituídas na área da saúde, em especial as que buscam organizar e promover a assistência farmacêutica nos setores público e privado; Considerando, os avanços trazidos pela Lei nº. 13.021/14 que torna a farmácia em estabelecimento de saúde, garantindo o acesso da população à assistência farmacêutica, não só em termos de produto, ou seja, do medicamento, mas também do serviço assistencial de um profissional de saúde; considerando que o direito à saúde deve ser concedido de forma igualitária, universal e integral a todo cidadão brasileiro, independente do porte do estabelecimento de saúde em que é atendido; e considerando, por fim, a urgência de estruturação e organização dos estabelecimentos farmacêuticos que tendem a transformar-se em estabelecimentos integrados à rede de saúde, garantindo à população usuária do medicamento as condições necessárias ao atendimento qualificado, diferenciado, resolutivo e seguro. Vem a público manifestar repúdio à Medida Provisória n.º 653, de 08 de agosto de 2014, que modifica a Lei nº. 13.021/14, em seu artigo 6º.” Após a leitura, conselheira **Kátia Maria Barreto Souto** avaliou que não se sentia à vontade para votar a proposta, por desconhecer o teor da Medida Provisória. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** explicou que a Medida provisória determina que a Lei não se aplica às empresas denominadas “micro e pequenas empresas”. Lembrou, inclusive, que o CNS já se manifestou favorável à Lei nº. 13.021/14. Como encaminhamento, sugeriu incluir na minuta o que trata a Medida Provisória. Após novas considerações, o Plenário decidiu votar a moção. **Deliberação: aprovada, com uma abstenção a moção de repúdio à Medida Provisória n.º 653/2014.** 5) Minuta de recomendação resultado do debate do item 4. O texto é o seguinte: “(...) O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Sexagésima Terceira Reunião Ordinária (...) e considerando que o atraso no diagnóstico, e no início do tratamento, é determinante para a alta mortalidade por câncer no Brasil, demorando de 6

2314 a 8 meses para que o paciente receba o primeiro tratamento; considerando que o aumento do número
2315 de casos estimados para 2014 é de 576 mil novos casos com consequente aumento de custos do
2316 tratamento, e tendência de aumentos anual; considerando que a taxa de mortalidade está acima de
2317 35% e quanto mais cedo o início do tratamento, menor o seu custo, e maior a probabilidade de
2318 sobrevida; considerando que a Lei nº. 12.732/12 assinada pela Presidenta Dilma Rousseff em
2319 22/11/12, passou a vigorar em 23/05/2013, e suas Portarias relacionadas, determinam o prazo de 60
2320 dias para o início do tratamento. Recomenda: que o Ministério da Saúde intensifique as ações
2321 necessárias, juntamente às Secretarias Estaduais e Municipais de saúde, para que se estabeleça o
2322 cumprimento da Lei nº 12.732/12, e Portarias relacionadas, sobre o prazo limite de 60 dias para o início
2323 do tratamento a partir da data do laudo patológico, atento a importância do diagnóstico precoce".
2324 **Deliberação: aprovada a recomendação por unanimidade.** Segundo, conselheiro **Ronald Ferreira**
2325 **dos Santos** lembrou que a 264ª Reunião Ordinária do CNS será realizada no formato de oficina e terá
2326 como pauta prioritária a 15ª Conferência Nacional de Saúde. Apresentou, para deliberação do Plenário,
2327 a seguinte proposta de público a ser convidado para a reunião: conselheiros nacionais de saúde,
2328 representantes de conselhos estaduais de saúde, representantes de conselhos de capital e
2329 representantes da Plenária Nacional de Conselhos Saúde. Conselheiro **Clóvis Boufleur** lembrou que a
2330 264ª é uma reunião ordinária do CNS que será realizada no formato de oficina, portanto, deve seguir o
2331 rito definido Regimento Interno. Conselheiro **Elias José da Silva** e conselheira **Maria Laura Carvalho**
2332 **Bicca** defenderam a participação dos conselheiros suplentes. Conselheiro **Renato Almeida de Barros**
2333 cumprimentou a iniciativa, inclusive por garantir a participação de representantes importantes no
2334 processo de organização da Conferência. Conselheira **Kátia Maria Barreto Souto** salientou que, antes
2335 de definir o público, é preciso deixar claro que aspectos da 15ª Conferência serão definidos na próxima
2336 reunião. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** explicou que a intenção da 264ª RO é ampliar o
2337 debate sobre a metodologia da 15ª Conferência, com a participação de atores essenciais no processo
2338 de organização da Conferência (conselheiros nacionais, conselheiros estaduais de saúde, conselheiros
2339 de saúde das capitais e coordenadores da Plenária Nacional de Conselhos). Disse que a Mesa Diretora
2340 definirá o formato da reunião com os itens da rotina do CNS que demandam deliberação do Plenário e
2341 o debate da 15ª Conferência. Conselheira **Kátia Maria Barreto Souto** informou que o
2342 DAGEP/SGEP/MS realizará seminário com movimentos sociais, de 8 a 10 de dezembro, sendo o dia 9
2343 destinado ao debate acerca da mobilização para a 15ª Conferência. Informou que foram convidados
2344 para o seminário os coordenadores das comissões com interface com o Departamento, 27 conselhos
2345 estaduais, 27 coordenações de Plenária e lideranças de políticas de equidade do movimento social
2346 (300 pessoas confirmadas). Como encaminhamento, sugeriu que o CNS custeie a participação dos
2347 conselheiros nacionais no dia 9 de dezembro e, em seguida, realize a 264ª RO. Conselheiro **Clóvis**
2348 **Boufleur** avaliou que não é viável realizar duas atividades, com a mesma pauta e mesmo público, na
2349 mesma semana. Além disso, lembrou que o Plenário aprovou resolução em 2013 determinando que o
2350 Plenário deve avaliar a 14ª Conferência nos meses de novembro e dezembro de 2014. Como
2351 encaminhamento, propôs manter a 264ª RO dias 10 e 11 para debater as pautas do Conselho e
2352 convocar os conselheiros extraordinariamente para debater a 15ª Conferência, no dia 9 de dezembro.
2353 Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**, primeiro, lembrou que o calendário de reuniões do CNS foi
2354 aprovado no final de 2013 e, portanto, já se sabia da data ao definir o calendário do seminário do
2355 DAGEP. Além disso, lembrou que o Plenário decidiu que as comissões fariam uma avaliação da
2356 situação de saúde de acordo com a área afim. Todavia, as comissões não conseguiram trabalhar de
2357 forma a gerar um documento único para submeter à avaliação do Plenário. Por isso, foi sugerida uma
2358 reunião com os coordenadores das comissões para definir a estratégia para elaboração do documento
2359 que serviria de subsídio para o debate da 15ª CNS. Ressaltou que a intenção é realizar oficina de
2360 dezembro para elaborar a metodologia voltada ao período pré-conferência (até abril de 2015). Avaliou
2361 que é complexo cumprir essa tarefa em um seminário com a participação de 300 pessoas. Conselheira
2362 **Kátia Maria Barreto Souto** propôs antecipar a vinda dos conselheiros para garantir a participação no
2363 seminário do DAGEP, dia 9 de dezembro de 2015. A reunião do CNS seria mantida nos dias 10 e 11 de
2364 dezembro, com pauta única (15ª Conferência). **Deliberação: após considerações, o Plenário decidiu**
2365 **que a reunião ordinária do CNS do mês de dezembro será realizada nos dias 10 e 11, com o**
2366 **formato de oficina, e terá como pauta prioritária a 15ª Conferência Nacional de Saúde e contará**
2367 **com a participação dos conselheiros titulares e de convidados (representantes de conselhos**
2368 **estaduais de saúde e de capitais). A SE/CNS verificará a forma de custeio da vinda dos**
2369 **convidados. Além disso, será assegurada a participação dos conselheiros nacionais de saúde**
2370 **no debate sobre a 15ª Conferência Nacional de Saúde que ocorrerá durante o seminário de**
2371 **movimentos, que será realizado pelo DAGEP/MS (dia 9 dezembro de 2014).** INDICAÇÕES. 1) A
2372 Agência Nacional de Vigilância Sanitária, em atenção à Portaria nº 1.346, de 15 de agosto de 2014,
2373 solicita a indicação de representante titular e suplente para composição de Grupo de Trabalho para
2374 discutir e propor medidas que visem contribuir com a implementação de políticas públicas e o

aprimoramento da atuação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária relacionadas com as atividades da economia solidária e os produtores da agricultura familiar. **Indicação:** Titular - conselheira **Paula Johns** (essa indicação foi feita na última reunião do CNS); e Suplente – será encaminhado aos fóruns para indicação. **2)** O Ministério da Saúde, em atenção à Portaria GM/MS, nº 1550, de 29/7/2014, solicita a indicação de um representante titular e um suplente para integrar o Comitê Gestor do PRONON e do PRONAS/PCD. **Indicação:** Titular - conselheira **Marisa Furia Silva**; e Suplente: conselheira **Márcia Patrício Araújo**. **3)** VI Encontro Científico da AMA-AM: “Direitos da Pessoa com Autismo”. Data: 25 e 26 de novembro de 2014. Local: Manaus/AM. **Não houve indicação.** **4)** “VII Reunião do Comitê de Mobilização Social da Rede Cegonha”. Data: 26 de novembro de 2014. Local: Brasília/DF. **Indicação:** conselheira **Maria do Espírito dos Santos Tavares dos Santos** (“Santinha”). **5)** I Fórum Internacional “Dialogando com os Serviços de Saúde: Um Olhar para a Humanização”. Data: 27 a 29 de novembro de 2014. Local: Uruguaiana/RS. **Indicação:** conselheira **Liane Terezinha de Araújo Oliveira**.

ITEM 10 – 4ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA - Apresentação: **Carlos Augusto Vaz**, diretor do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Secretaria de Vigilância da Saúde - SVS/MS; conselheiro **João Rodrigues Filho**, membro da Comissão Executiva da 4^a CNSTT; e conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, Presidente da Comissão Organizadora da 4^a CNSTT. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** iniciou com os seguintes informes sobre a 4^a Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: 11 palestrantes confirmaram a participação; dos 144 conselheiros titulares e suplentes do CNS – que são delegados da Conferência - apenas 69 inscreveram-se; dos 84 delegados eleitos pelo CNS, 37 inscreveram-se; e dos 88 convidados indicados pelo Pleno do CNS, apenas 30 confirmaram a presença. Destacou que, conforme deliberação do Plenário, na impossibilidade de participação do conselheiro, a entidade pode indicar outro representante para participar na qualidade de delegado. Explicou que os prazos para mudança (até 20 de outubro) e para inscrição (3 de novembro) encerram-se e observou-se que conselheiros tiveram dificuldades para executar a inscrição. Por conta dessa situação, apresentou a seguinte proposta: até dia 17 de novembro, as entidades podem apresentar novos nomes de delegados para ocupar as vagas dos conselheiros que não poderão participar da Conferência. Os indicados devem, até essa mesma data, fazer a inscrição no site da conferência. Frisou que qualquer dificuldade deverá ser informada imediatamente à assessoria técnica e ressaltou que aqueles não fizerem a inscrição até essa data não poderão mais participar da Conferência. Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** solicitou que fosse disponibilizada aos conselheiros a lista dos delegados inscritos. Conselheiro **Eni Carajá Filho** perguntou sobre a possibilidade de destinar vagas remanescentes para a participação de representantes do MORHAN. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** lembrou que conselheiros (titulares e suplentes) são delegados e, na impossibilidade de participação, a entidade pode indicar representante (que não seja conselheiro) para participar. Além disso, o Conselho aprovou uma lista de delegados para participar da Conferência. Conselheira **Marisa Furia Silva** perguntou sobre a conta para depósito das diárias, pois recebeu a informação de que não poderia ser conta conjunta. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** explicou que não há problema com o fato de ser conta conjunta. Conselheiro **Gilson Silva** solicitou que a documentação relativa à Conferência seja enviada aos conselheiros titulares e suplentes. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** informou que a documentação será enviada aos conselheiros titulares e suplentes, CES, além de CISTs, CEREST. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** solicitou que se verifique a questão da conta para depósito, pois acreditava que não poderia ser conjunta. **Deliberação: dia 17 de novembro é o prazo final para que as entidades indiquem novos nomes de delegados para ocupar as vagas dos conselheiros que não poderão participar da Conferência. Os indicados devem, até essa mesma data, fazer a inscrição no site da conferência. Será enviada documentação e orientações sobre inscrição, incluindo detalhes sobre a conta para depósito das diárias.** O diretor **Carlos Augusto Vaz** informou que a Comissão de Relatoria trabalhou as propostas oriundas dos Estados (324 propostas) e, após consolidação, chegou a 189 propostas divididas em quatro subeixos e onze temas. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** informou que as 189 serão disponibilizadas na página do CNS e enviadas aos conselheiros nacionais, aos CES, aos CMS, entre outros, para divulgação. Seguindo, falou sobre o Regulamento da 4^a CNSTT, que será apreciado na abertura da Conferência. Lembrou que, conforme definição do Plenário, a proposta de Regulamento foi enviada aos conselheiros e apenas o conselheiro Clóvis Boufleur enviou contribuições ao texto. Todavia, não foi possível sistematizar essas contribuições junto com a Comissão de Formulação e Relatoria (essa comissão se reuniria na semana seguinte, assim como as demais comissões da Conferência). Feitas essas considerações, explicou que a proposta é aprovar o Regulamento, considerando as sugestões do conselheiro **Clóvis Boufleur** e remeter o texto à Comissão de Formulação e Relatoria para redefinição. Dito isso, abriu a palavra ao conselheiro **Clóvis Boufleur** que apresentou as suas contribuições ao Regulamento. Iniciou explicando que o processo de apreciação do Regulamento pode ser extremamente desgastante se não

for encaminhado de maneira adequada. Esclareceu que apresentou uma proposta de Regulamento para a 4^a CNSTT de acordo com o Regulamento da 5^a Conferência Nacional de Saúde Indígena – CNS, que foi um sucesso (a aprovação ocorreu em 20 minutos). Explicou que o êxito desse processo se deu porque o Regulamento foi centrado em questões da etapa nacional que não interferiam na programação, temário, entre outros aspectos definidos previamente. Ressaltou que, da forma original, corria-se risco de sérios problemas, porque ao destacar aspectos no Regulamento como temário, forma de convite, programação, abre-se a possibilidade de modificação desses aspectos, prejudicando toda a dinâmica da Conferência. Disse que a sua proposta de texto é enxuta e remete ao Regimento Interno, mas sem citar questões já definidas. Apelou ao CNS para que indique a reformulação da proposta apresentada pela comissão organizadora e, se for caso, delegue à Comissão de Relatoria e Reformulação a reelaboração da proposta com base no Regulamento da 5^a CNSI. **Jorge Macho**, membro da comissão organizadora, disse que é preciso adequar a questão das proporções de quórum e aprovação porque estão diferentes e defendeu a manutenção do quórum sugerido na proposta original. Conselheiro **Clóvis Boufleur** fez uma fala de esclarecimento sobre o quórum. Explicou que os grupos de trabalho (4º dia) tem caráter deliberativo – as propostas com 70% de aprovação são encaminhadas à Plenária Final, portanto, possui peso de Plenária Final. Sendo assim, a preocupação sobre a necessidade de quórum mínimo para votação. Conselheiro **Marco Antonio Gomes Pérez** perguntou se será destinado espaço para stand do Ministério da Previdência Social e conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** explicou que verificaria e informaria ao conselheiro. Conselheiro **Renato Almeida de barros** defendeu espaço para os órgãos governamentais e para as entidades da sociedade civil. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** comprometeu-se a verificar essa questão e repassar a informação às entidades. Além disso, comunicou que o CONASEMS (por meio de Marcos Franco e Vítor Mendes) está realizando estudo sobre as resoluções da 3^a CNST e da 13^a e 14^a Conferência Nacional de saúde sobre temas ligados à saúde do trabalhador. O documento será apreciado pela Comissão Organizadora e será disponibilizado na Conferência. Conselheiro **Marco Antônio Gomes Pérez** explicou que o Ministério da Previdência Social elaborou texto preparatório para discussão dos temas de saúde do trabalhador relacionados com a previdência social e destacou que esse documento encontra-se na página do Conselho Nacional de Saúde e foi disponibilizado para servir de subsídios às etapas anteriores à nacional. **Deliberação: o Regulamento da 4^a CNSTT será reelaborado com base na proposta apresentada pelo conselheiro Clóvis Boufleur. As adequações serão feitas na próxima reunião da Comissão de Relatoria e Reformulação.**

ENCERRAMENTO – Nada mais a tratar, conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, da Mesa Diretora do CNS, encerrou os trabalhos da 263^a Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os seguintes conselheiros no segundo dia de reunião: **Titulares** – **André Luís Bonifácio de Carvalho**, Ministério da Saúde; **Claudio Garcia Capitão**, Conselho Federal de Psicologia (CFP); **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA; **Clóvis Adalberto Boufleur**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Eni Carajá Filho**, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase - MORHAN; **Gabriel de Abreu Domingos**, Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena (FPCONDISI); **Gerdo Bezerra de Faria**, Conselho Federal de Odontologia – CFO; **Geordeci M. Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **Ivone Evangelista Cabral**, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTAMBÉM; **Karlo Jozefo Quadros de Almeida**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down; **Márcia Patrício de Araújo**, Associação Brasileira dos Ostomizados (ABRASO); **Marco Antonio Gomes Pérez**, Ministério da Previdência Social; **Maria do Socorro de Souza**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Maria Zenó Soares da Silva**, Federação Nacional das Associações de Pessoas com Doenças Faciformes - FENAFAL; **Marisa Furia Silva**, Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Patrícia Augusta Alves Novo**, Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares – ABRAZ; **Pedro de Carvalho Pontual**, Secretaria Geral da Presidência República; **Renato Almeida de Barros**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CNTSS; **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos – Fenafar; **Verônica Lourenço da Silva**, Liga Brasileira de Lésbicas – LBL; e **Wanderley Gomes da Silva**, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM. **Suplentes** – **Alessandra Ribeiro de Sousa**, Conselho Federal de Serviço Social – CFESS; **Ana Valéria Machado Mendonça**, Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO; **Clarice Baldotto**, Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB); **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá**, Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG; **Elias José da Silva**, Movimento Popular de Saúde – MOPS; **Eurídice**

2497 **Ferreira de Almeida**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em
2498 Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil - FASUBRA; **Fernanda Lou Sans Magano**,
2499 Federação Nacional dos Psicólogos - FENAPSI; **Gilene José dos Santos**, Sindicato Nacional dos
2500 Aposentados, Pensionistas' e Idosos da Força Sindical – Sindnapi; **Gilson Silva**, Força Sindical;
2501 **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; **João**
2502 **Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **José Araújo da Silva**, Pastoral da Pessoa Idosa; **José Eri de**
2503 **Medeiros**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS; **Kátia Maria Barreto**
2504 **Souto**, Ministério da Saúde; **Liane Terezinha de Araújo Oliveira**, Federação Brasileira de Instituições
2505 Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama – FEMAMA; **Lorena Baía de Oliveira Alencar**, Conselho
2506 Federal de Farmácia (CFF); **Luciana Silveira Bernardes**, União Brasileira das Mulheres-UBM; **Luiz**
2507 **Alberto Catanoce**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical
2508 (Sindnapi); **Luiz Felipe Coutinho Costamilan**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais,
2509 Estabelecimentos e Serviços (CNS); **Marcelo Pires de Mendonça**, Secretaria Geral da Presidência
2510 República; **Maria Angélica Zollin de Almeida**, Federação Nacional dos Médicos Veterinários –
2511 FENAMEV; **Maria do Socorro Bezerra Mateus**, União Nacional dos Auditores do Sistema Único de
2512 Saúde – UNASUS; **Michely Ribeiro da Silva**, Rede Nacional Lai Lai Apejo – População Negra a Aids;
2513 **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV); **Paula Johns**, Associação
2514 de Controle do Tabagismo, Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos - ACT/Aliança de Controle do
2515 Tabagismo; **Rodrigo de Souza Pinheiro**, Movimento Nacional de Luta Contra AIDS; **Simone Vieira da**
2516 **Cruz**, Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras – AMNB; e **Wilen Heil e Silva**,
2517 Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO).