



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

lançado em 2012, que prevê investimentos na ordem de R\$ 505 milhões para implantação de 80 Soluções de Radioterapia (41 novos serviços de radioterapia e a ampliação de 39 serviços de radioterapia em hospitais já habilitados) até 2014, abrangendo 65 municípios em 22 estados e o Distrito Federal. Destacou a realização de pregão para compra dos equipamentos, além da compra de equipamentos, que incluiu a realização dos projetos básicos e executivos e o acompanhamento da obra. Destacou que Pregão realizado em 2013 possibilitou uma redução em 60% do valor global de referência e que há 45 propostas de convênios na radioterapia desde 2010, sendo 31 propostas pagas. Explicou que, em 2011, o DENASUS realizou avaliação dos laboratórios de Citopatologia do Brasil e o resultado apontou a necessidade de avançar em políticas de qualificação da leitura da lamina e não apenas da coleta. Nesse sentido, foi lançada a Qualificação Nacional em Citopatologia (QualiCito), com publicação de três Portarias, que consiste na definição de padrões de qualidade para a avaliação do exame citopatológico do colo do útero. Salientou que o impacto financeiro gerado com a publicação da Portaria nº. 2.046, de 12 de setembro de 2014 é de R\$ R\$10.560.209,12. Salientou que 596 laboratórios foram habilitados para o processo de qualificação da citopatologia. Além disso, o DENASUS realizou auditoria em relação ao mamógrafo e, diante dos problemas encontrados, foi lançado o Programa Nacional Qualidade em Mamografia – PNQM com o objetivo de avaliar o desempenho da prestação dos serviços de diagnóstico por imagem que realizam mamografia, com base em critérios e parâmetros referentes à qualidade da estrutura, do processo, dos resultados, imagem clínica e do laudo e estabelecer critérios e parâmetros de qualidade para subsidiar o gestor no credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviços. Disse que a avaliação e o monitoramento do PNQM serão realizados pela SAS/MS, anualmente, a partir das informações fornecidas e pela ANVISA e pelo INCA/SAS/MS. Falou sobre o Sistema de Informação do Câncer – SISCAN, instituído pela Portaria nº 3.394, de 30 de dezembro de 2013, que integra os sistemas de informação do câncer do colo do útero e do câncer de mama. Acrescentou que identifica o usuário com o Sistema de Cadastramento dos Usuários do SUS (CADSUSWEB); padroniza os formulários para solicitações de exames de mamografia, citopatológico do colo do útero e de mama e histopatológico do colo do útero e de mama; permite o Monitoramento Externo da Qualidade (MEQ) e construção de indicadores para o Monitoramento Interno da Qualidade (MIQ) dos exames citopatológicos do colo do útero; e permite o monitoramento dos tempos entre o diagnóstico de neoplasia maligna e o início do primeiro tratamento do paciente. Assim, explicou que possuem senha do SISCAN e podem utilizá-lo 4.685 municípios possuem senha do SISCAN, 7.391 unidades de saúde e 2.455 prestadores. Destacou que os 27 estados inseriram requisições de exames do colo do útero e mama no sistema, em 3.213 (57,7%) municípios; 4.525.774 resultados de citopatológico do colo do útero e mamografia com laudo liberado; 13.318 (6.485 com data de início de tratamento e 6.833 ainda sem essa data registrada no sistema) de neoplasias malignas (todos os tipos de cânceres) registradas no SISCAN. Ressaltou, também, que o Ministério realiza compra centralizada dos medicamentos oncológicos Mesilato de Imatinibe (Glivec®) – 2011; Trastuzumabe (Herceptin®) – 2012; L-Aparaginase – 2013, o que possibilitou redução de preço. Falou sobre o PRONON, explicando que o Ministério recebeu 62 projetos que foram aprovados, sendo o custo total de R\$ 118.927.007,37, do orçamento do Ministério da Saúde. Em 2014, o Ministério recebeu 92 projetos que estão em análise. Sobre a regulamentação da Lei nº 12.732/2012, disse que trata do 1º tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do SUS. Também falou sobre o apoio à gestão, destacando o boletim mensal encaminhado às Secretarias, lançamento de cadernos, com o intuito de melhorar a comunicação. Além disso, fez registro sobre o Comitê de mobilização, de especialistas e Outubro Rosa e lembrou que a próxima reunião será dia 12 de dezembro (o CNS participa do Grupo). Por fim, destacou os desafios futuros: andamento do GT de Cuidado Paliativos; avanço na construção dos planos de atenção oncológica e implantação dos serviços na lógica de RAS; revisão dos valores de procedimentos dos exames de diagnósticos diferencial em oncologia; PNQM; publicação: Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil e Diretrizes clínicas para o rastreamento do câncer do colo do útero.

Manifestações. Conselheira **Liane Terezinha de Araújo Oliveira** perguntou o que o Ministério da Saúde está fazendo a respeito da redução de mamografias no país na faixa etária de 50 a 69 anos e defendeu que os agentes comunitários façam o papel de busca ativa. Também defendeu a realização de mamografias para mulheres a partir de 40 anos, por conta do número de casos em mulheres com idade inferior a 50 anos. Além disso, manifestou preocupação com a fila para realização de exames pelos prestadores de serviço e frisou que é preciso encontrar uma solução para essa situação. Conselheira **Andréa Karolina Bento** cumprimentou a mesa e salientou que as informações dadas apontam avanços na área da oncologia, todavia, disse que, hoje, ocorrem 577 mil novos casos de câncer, um terço do total previsto para América Latina em 2030. Por essa razão, entidades e controle social agem para melhorar a situação enfrentada pelos pacientes. Destacou que pacientes têm acesso ao diagnóstico precoce, mas não conseguem atendimento na rede dentro da urgência necessária, inclusive, tendo que aguardar 60 dias para o atendimento, o que representa muito à gravidade da

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

alguém 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 às 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 RENAIS 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 Fogolin, 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

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

MS em procedimentos de Média e Alta Complexidade (MAC)", no período de 2004 a 2007, apontou a necessidade de se realizar avaliações focadas na trajetória do indivíduo portador de DCNT. Outra questão é a necessidade de gerar informações fidedignas que possam identificar onde estão as principais lacunas de cuidados na abordagem clínica durante a trajetória terapêutica do paciente com DRC. O uso de dados administrativos para o desenvolvimento de evidências considerando os procedimentos de alto custo, a necessidade de identificação da condição clínica (DRC) nos registros de pacientes e a integração das bases de informação do SUS são pontos importantes a serem considerados, e reforçam a necessidade do apoio e parceria institucional do MS com instituições oficiais e órgãos afins. É importante salientar que esse tipo de paciente acarreta custos elevados, tanto decorrentes do agravamento da doença renal como pelo atendimento de outros quadros associados ou quadros agudos. Exemplos da primeira situação são as diálises de urgência por encaminhamento tardio ou falta de conhecimento da doença por parte da população. Ou casos de óbito do paciente, durante quadros agudos relacionados ou não a doença renal, que são mal manejados pelos clínicos que atendem esses indivíduos em emergências ou ambulatórios. Não podemos deixar de citar os impactos socioeconômicos que incidem sobre as famílias dos doentes renais, que em geral arcam com os cuidados com o paciente, o que influencia diretamente na perda da qualidade de vida não só dos pacientes quanto dos familiares. Considerando que os aspectos educacionais, epidemiológicos, políticos e econômicos são fatores que incidem sobre as condições clínicas dos doentes renais e transplantados, evidencia-se a necessidade de uma avaliação das fragilidades do sistema, no trajeto terapêutico desta população, de modo que os serviços de saúde ofereçam cuidado integral, equitativo e integrado as pessoas com DRC. Ressaltamos que a condição emocional e psicológica dos pacientes que convivem com a DRC, que inclui a não adesão dos doentes ao tratamento, podem influenciar na sua maneira de se comportar diante das circunstâncias. Não é raro também acontecer de se estar defronte a um profissional de saúde que não esteja devidamente esclarecido sobre as condutas e cuidados clínicos com doentes renais e transplantados nas eventualidades a que estão expostos, inerente ao tratamento referencial. Destacamos que a inclusão de recomendações mais explícitas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), especialmente, para as situações de eventualidade, trará mais segurança tanto para os profissionais de saúde, quanto para os pacientes (no autocuidado) que tenham que lidar com os imprevistos que podem ocorrer no decorrer da trajetória terapêutica destes indivíduos. Exemplo: precaução na dosagem de medicamentos nas associações medicamentosas, que podem se tornar mais perigosas para pacientes com comprometimento da função renal, hepática, neurológica, cardiovascular. Portanto, a inclusão de condutas a serem estabelecidas nas Diretrizes para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal no SUS, respeitando as características regionais e levando em consideração as doenças que podem estar associadas a DRC (reumáticas, oncológicas, de Alzheimer, diabetes, hipertensão, obesidade, AIDS, hepatites virais) serviriam como precaução, principalmente, nas situações de eventualidades objetivando gerar ações integradas e a implementação de novas estratégias de intervenção nos estágios da evolução da DRC.

Conclusão. Por estarmos diuturnamente acompanhando o atendimento de pacientes com doenças crônicas na rede pública, vemos que há três situações, cujas peculiaridades devam estar expressas nas diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com DRC no SUS: Alertas relacionados a complicações da doença renal crônica. Exemplo: anemia; aumento da acidez do sangue; alteração na concentração de cálcio e fósforo; alterações no paratormônio e na vitamina D. Alertas relacionados a complicações do procedimento de diálise – reações febris, contaminação de cateter venoso percutâneo e complicações com o a fístula arteriovenosa (incluindo infecções). Interações entre medicamentos e ajustes de doses. Finalizada a leitura do documento, apresentou as seguintes propostas: realizar oficina com pacientes renais crônicos; e solicitar à COFIN levantamento sobre o financiamento das clínicas de diálise – demandas sobre a pressão que o MS está recebendo para assumir a atenção ao doente renal na atenção básica. Conselheiro **Eni Carajá Filho** salientou que é preciso investir na formação permanente dos servidores e defendeu a integralidade na assistência. Disse que o MORHAN coloca-se à disposição para colaborar com a SAS para a regulamentação do art. 4º da Lei 11.520, que trata da atenção integral as pessoas com hanseníase, lembrando que é preciso tratar as doenças, como hanseníase, lúpus com ações intra e intersectorial, contemplando questões como trabalho, transporte e assistência farmacêutica. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, salientou a necessidade de debater, na Comissão Intergestores Tripartite, as responsabilidades das esferas estaduais e municipais nesse processo. Como encaminhamento, sugeriu elaborar recomendação direcionada a CONASS e CONASEMS, sobre o monitoramento do cumprimento da Lei de 60 dias, transição da política dos pacientes renais crônicos (como estados e municípios estão se preparando para essa transição). Esse documento seria encaminhado à CIT, aos CES e aos CMS para conhecimento. A Secretária de Atenção à Saúde Substituta/MS, **Aparecida Linhares Pimenta**, lembrou que o MS não contrata clínicas de hemodiálise e esse tipo de contratação é feita de forma tripartite com estados e municípios. Propôs que nas próximas pautas sejam convidados representantes

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

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

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

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

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

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

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

de Saúde da Criança, Adolescente e Jovem/CNS. **Deliberação: aprovada, por unanimidade, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança – PAISC com as sugestões dos conselheiros e a indicação que a Comissão Intergestores Tripartite – CIT e a Comissão de Atenção Integral à Saúde da Criança do Adolescente e Jovens - CIASAJ fiquem encarregadas de aferir como as diretrizes da Política estão em consonância com as demais Políticas do SUS.** Com esse encaminhamento, a mesa encerrou o primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: *Titulares* – **Ademar Arthur Chioro dos Reis**, Ministério da Saúde; **Ana Maria Costa**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); **André Luís Bonifácio de Carvalho**, Ministério da Saúde; **Carlos Alberto Ebeling Duarte**, Movimento Nacional de Luta Contra a Aids; **Claudio Garcia Capitão**, Conselho Federal de Psicologia (CFP); **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA; **Clóvis Adalberto Bouffleur**, 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; **Lázaro Luiz Gonzaga**, Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC); **Luís Eugenio Portela Fernandes de Souza**, Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC); **Márcia Patrício de Araújo**, Associação Brasileira dos Ostomizados (ABRASO); **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 Faciliformes - 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; **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; **Wanderley Gomes da Silva**, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM. *Suplentes* – **Adriano Macedo Félix**, Associação Nacional de Grupos de Pacientes Reumáticos – ANAPAR; **Alessandra Ribeiro de Sousa**, Conselho Federal de Serviço Social – CFESS; **Alexandre Correia dos Santos**, Federação Interestadual dos Farmacêuticos – FEIFAR; **Andréa Karolina Bento**, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia – ABRAL; **Aparecida Linhares Pimenta**, Ministério da Saúde; **Clarice Baldotto**, Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB); **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá**, Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG; **Dulcilene Silva Tiné**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS); **Elias José da Silva**, Movimento Popular de Saúde – MOPS; **Eurídice Ferreira de Almeida**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil - FASUBRA; **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos - FENAPSI; **Gilene José dos Santos**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas' e Idosos da Força Sindical – Sindnapi; **Gilson Silva**, Força Sindical; **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **José Araújo da Silva**, Pastoral da Pessoa Idosa; **José Eri de Medeiros**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS; **Kátia Maria Barreto Souto**, Ministério da Saúde; **Liane Terezinha de Araújo Oliveira**, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama – FEMAMA; **Lorena Baía de Oliveira Alencar**, Conselho Federal de Farmácia (CFF); **Luciana Silveira Bernardes**, União Brasileira das Mulheres-UBM; **Luiz Felipe Coutinho Costamilan**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS); **Maria Angélica Zollin de Almeida**, Federação Nacional dos Médicos Veterinários – FENAMEV; **Maria do Socorro Bezerra Mateus**, União Nacional dos Auditores do Sistema Único de Saúde – UNASUS; **Michely Ribeiro da Silva**, Rede Nacional Lai Lai Apejo – População Negra a Aids; **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV); **Paula Johns**, Associação de Controle do Tabagismo, Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos - ACT/Aliança de Controle do Tabagismo; **Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Rodrigo de Souza Pinheiro**, Movimento Nacional de Luta Contra AIDS; **Rosângela da Silva Santos**, Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil – FARBRA; **Simone Vieira da Cruz**, Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras – AMNB; **Wilen Heil e Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); e **Zaíra Tronco Salerno**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN).

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

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

CONEP/CNS com a SCTIE/MS, o que é extremamente positivo para o SUS e frisou que a Comissão é ator decisivo na Política Nacional de Ciência e Tecnologia e que essa Política tem a ética como seu norte. Destacou que a localização da CONEP no âmbito do CNS e da saúde está na pauta de debate e frisou que é preciso estar unido mais do que nunca para enfrentar essa discussão. Assim, disse que não deve haver movimento que cause desconfi  a no sistema e na rela  o entre a SCTIE/MS e a CONEP/CNS. Sobre as ciências humanas, destacou também que não se deve criar cisão ou para algo que caminhe para instâncias próprias de organiza  o permanente que causam desconfi  a – com exigência de paridade, por exemplo. Enalteceu o trabalho feito até aquele momento que possibilitou alcançar um sistema cooperativo que está apresentando resultados positivos. Avançando, destacou que a CONEP assume papel normativo, coordenador, fiscalizador que trabalha como sistema nacional. Destacou o trabalho do GT e salientou que as questões de dissenso devem ser trazidas ao Plenário CNS para defini  o. Por fim, reiterou que fragilizar o lado comprometido com a   tica significa fortalecer o lado contrário. **Manifesta  es.** Conselheiro **Nelson Mussolini** lembrou que se manifestou contra a indica  o do conselheiro Jorge Venâncio para coordenar a CONEP pela forma como a Comissão tratava a pesquisa clínica, que não funcionava por uma série de questões ideológicas e por entender que sob a gestão do conselheiro a situa  o iria piorar. Todavia, diante dos resultados, reconheceu que o conselheiro estava desenvolvendo um bom trabalho na Comissão. Também explicou que outras entidades da indústria farmacêutica defenderam a retirada da CONEP do âmbito do CNS com a finalidade de fazer a Comissão funcionar. Todavia, avaliou que retirar a Comissão do âmbito do CNS não    a melhor saída, pois se houver uma Comissão funcionando    melhor que esteja sob a égide do controle social. Reconheceu os avanços, mas salientou que    preciso avançar ainda mais. Citou, por exemplo, que uma resolu  o está parada na ANVISA por mais de um ano e há demora em rela  o aos processos. Destacou que o CNS precisa verificar os motivos dessa demora, porque deixar   o Brasil fora da inova  o – direito do país e não apenas dos indivíduos - e adotar a  o rápida e rígida para fazer avançar ainda mais. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, destacou que o trabalho desenvolvido pela CONEP contribui para definir o papel do CNS em rela  o    CONEP. Salientou a importância da produ  o do conhecimento para atender as necessidades de saúde da popula  o e para fortalecer o SUS. Nessa linha, frisou que    necessário promover debates políticos no Conselho e monitorar durante o estudo e o pós-estudo as implica  es para o usuário participante de pesquisa. Destacou que, para alcançar outro modelo de aten  o    saúde, no campo da promo  o da saúde, ciências humanas e sociais precisam ter outro peso. Também solicitou maiores esclarecimentos sobre os critérios para pesquisa em unidades do SUS e o papel do Congresso Nacional. Conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** cumprimentou os expositores e salientou que, na condi  o de representante dos usuários na CONEP, participou efetivamente da proposta de resolu  o sobre as ciências sociais e humanas. Chamou a aten  o para a especificidade das pesquisas de interesse do SUS e destacou que o foco    a prote  o do sujeito de pesquisa. Colocou-se    disposi  o para maiores esclarecimentos sobre a minuta da qual contribuiu para elabora  o. Conselheira **Patricia Augusta Alves Novo**, representante dos usuários na CONEP, destacou a evolu  o do trabalho da CONEP e destacou a importância do ENCEP que, entre outros aspectos, valorizar   a participa  o dos usuários. Destacou que a Comissão tem trabalhado no sentido de empoderar e valorizar o papel dos usuários nos CEPs e aproximar os usuários dos pesquisadores de pesquisa, além de fomentar o fortalecimento dos Comitês de   tica. Conselheira **Alessandra Ribeiro de Sousa**, representante do segmento dos trabalhadores na CONEP, fez um destaque ao processo democrático da CONEP para elabora  o e aprova  o das três resolu  es. Disse que participa do GT de Ciências Sociais e Humanas e frisou que a resolu  o representa o esforço das entidades que compõem o Grupo para normatizar as pesquisas nessa   rea. Avaliou que a aprova  o da resolu  o possibilitará agregar os pesquisadores das ciências humanas e sociais e superar questões colocadas como a paridade. Por fim, disse que    preciso reconhecer os avanços da CONEP sob a nova gestão, todavia, lembrou que os avanços da   tica em pesquisa são resultados do trabalho de todas as pessoas que passaram pela gestão da Comissão. Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** destacou que a   tica em pesquisa com seres humanos no Brasil representa um dos maiores avanços na história do SUS, pois protege usuário e pesquisador. Disse que    importante elaborar resolu  o específica para investiga  o qualitativa, porque o conhecimento deve estar amparado nos dois extremos (quantifica  o e qualifica  o das vozes dos sujeitos participantes da pesquisa). Por fim, ressaltou que    preciso aprofundar o debate sobre a Plataforma Brasil porque o atual formato atende a especificidade da investiga  o quantitativa e não qualitativa. Com isso, garantir que o pesquisador não enfrente dificuldade na intera  o com esse instrumento. Conselheira **Marisa Furia Silva** manifestou sua preocupa  o com a pesquisa no país, lembrando se tratar de um processo recente que precisa avançar. Nessa linha, destacou a importância do trabalho da CONEP e defendeu a sua permanência sob a égide do CNS. Reconheceu o avanço da Comissão e lembrou a contribui  o de outros conselheiros que estiveram na coordena  o para esse crescimento. Também falou da sua preocupa  o com a realiza  o 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 Gyséle 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 gradação 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

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

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

CNS, mas para trabalhar em parceria com o controle social. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, destacou que o CNS é um espaço privilegiado para pensar o SUS, assim, todos os sujeitos têm legitimidade para participar, ainda que tragam o contraditório. Ressaltou que o Plenário reafirmou o interesse público como ponto central do Conselho e a atividade de conselheiro nacional como de extrema relevância pública. Frisou que o Conselho possui uma responsabilidade na construção da 15ª Conferência e ressaltou que é preciso legitimar e fortalecer também esses espaços. Concordeu que é preciso aprimorar o Regimento Interno do CNS e, para isso, sugeriu a formação de um GT. Todavia, ressaltou que o foco principal do CNS nesse momento deve ser a construção da 15ª CNS. Definido esse ponto, a mesa suspendeu para o almoço.

ITEM 9 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS – CIRH - Apresentação: Conselheira **Ivone Evangelista Cabral**, Coordenadora da CIRH. **Coordenação:** Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Mesa Diretora do CNS. A coordenadora da CIRH passou à apresentação dos pareceres elaborados pela CIRH que foram enviados com antecedência aos conselheiros e estavam disponíveis no servidor. **1) Referência:** Processo nº 201358386. **Interessado:** Faculdade Santa Maria – FSM/Cajazeiras (PB). **Curso:** Reconhecimento do curso de Psicologia – Bacharelado. **Local:** Cajazeiras/PB. **Parecer final:** insatisfatório. **Fundamentos do Parecer:** **a)** não há documentação comprobatória anexada ao Processo de Reconhecimento do curso sobre a celebração de convênio com a rede pública de saúde do SUS, que assegure os campos de prática para de modo explícito aos estudantes do curso de Psicologia, para utilização da rede de serviços do SUS instalada no Município de Cajazeiras (PB) e de outros equipamentos sociais existentes na região; **b)** não há Termo de compromisso dos gestores locais do SUS com o desenvolvimento do curso, para garantir a integração ensino serviço aos alunos do curso de Psicologia; **c)** não há previsão de inserção do estudante de Psicologia na comunidade desde o início do curso na rede de saúde do SUS existente no município; **d)** não há como analisar a qualidade da formação, as relações com a saúde e a rede SUS existente na região, visto que, e somado aos pontos citados, não se evidencia na descrição do PPC que concepções de clínica e de saúde estão fundamentando o projeto pedagógico, e também, como esses aspectos se operacionalizam no desenvolvimento da proposta do curso nos estágios e na prática, pois se trata ainda, de curso de Psicologia situado no centro do sertão nordestino que denota não considerar as especificidades da região; **e)** o PDI da IES apresentado no ato regulatório de autorização não informou sobre a infraestrutura para atender pessoas com deficiência; e **f)** por fim, o Processo nº 200905622 disponibilizado ao CNS referente à solicitação de autorização de curso de Psicologia da FSM obteve Parecer final consultivo (Parecer CNS Nº 180/2011) insatisfatório. **Deliberação: não havendo manifestações, o parecer foi aprovado por unanimidade. 2) Referência:** Processo nº 201209780. **Interessado:** Faculdade de Medicina do ABC Paulista – FMABC. **Curso:** renovação de Reconhecimento de curso de Medicina. **Localização:** Santo André/São Paulo. **Parecer final:** satisfatório com recomendações à renovação de reconhecimento do curso de Medicina da FMABC, no Município de Santo André (SP) com base na Resolução CNS nº. 350/2005. **Recomendações:** **a)** esclarecimento detalhado no PPC e Matriz Curricular sobre a inserção dos alunos na atenção básica nos primeiros anos e, preferencialmente, durante toda a extensão do curso; **b)** melhoria dos Laboratórios de Habilidades; **c)** o curso ainda está baseado nas Diretrizes de 2001, o que, entretanto não inviabiliza a proposta do curso. Por outro lado, para que haja um melhor desempenho do curso, recomenda-se alinhar-se às novas Diretrizes do Curso de Medicina (2014) para um aprimoramento curricular; **d)** estabelecer metodologias ativas de ensino centradas no estudante com a inclusão de aulas em pequenos grupos desvinculando-se das metodologias tradicionais; **e)** Trabalhar a interprofissionalidade visto que a IES possui outros cursos da área de saúde; e **f)** dada a importância da IES para a região, sugerimos ampliar os programas de residências inclusive a Residência em Medicina de Família e Comunidade. **Deliberação: aprovado o parecer do Processo nº 201209780 com uma abstenção. 3) Referência:** Processo nº 201357563. **Interessado:** Universidade Federal Fluminense – UFF/Polo Universitário de Volta Redonda (RJ). Localidade: Volta Redonda/RJ. **Curso:** Reconhecimento do curso de Psicologia – Bacharelado. **Parecer final:** satisfatório ao reconhecimento do curso de bacharelado em Psicologia da Universidade Federal Fluminense - UFF, no Polo Universitário de Volta Redonda (RJ), com base em análise à luz da Resolução CNS Nº. 350/2005. **Deliberação: aprovado o parecer do Processo nº 201357563 com uma abstenção.** Em seguida, a coordenadora da CIRH fez dois informes. Informou o Plenário sobre os indicados para participar dos Seminários Regionais da Residência Multiprofissional em Saúde: **a)** Porto Alegre-RS: **José Eri Osório de Medeiros** (CIRH/CNS); **b)** Uberlândia-MG: **Tânia Maria de Souza Pires Makluf** (CIRH). Brasília-DF: **Marisa Furia Silva** (CIRH/CNS). Recife-PE: **Jefferson de Souza Bernardes** (CIRH). Também falou sobre a participação da CIRH/CNS no Comitê Nacional dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES). Explicou que a primeira reunião foi destinada à instalação do Comitê e na segunda iniciou-se a definição de diretrizes para elaborar o Contrato. Esclareceu que os contratos são pré-requisitos para a IES poder abrir um curso de Medicina nos municípios já selecionados pelo MEC.

Explicou que o Comitê é composto por representantes do governo, controle social, entidades médicas, estudantes. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** perguntou sobre a possibilidade de participação de um conselheiro nacional no Seminário Regional de Recife para representar o CNS. Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** explicou que o tema foi debatido na reunião de outubro e foi colocada à disposição dos conselheiros a manifestação de interesse para participar do evento. Esclareceu que a indicação era de conselheiros da Região ou com custeio da entidade, por conta da limitação de recursos. O integrante da CIRH, **Alex**, explicou que não haverá custeio de passagens e diárias e a indicação foi de conselheiros que residem na região. De todo modo, disse que os interessados poderiam manifestar-se reiterando que não haveria custeio. Conselheiro **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá** informou que participaria dos seminários representando a Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG. Conselheiro **José Eri de Medeiros** salientou que é preciso reforçar o papel do controle social nesse processo. Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** explicou que já existe posicionamento do CNS a respeito, salientando o consenso sobre a necessidade de debater o tema na Plenária do Conselho, a necessidade de definição de diretrizes pelo CNS e a importância de submeter os contratos organizativos ao plenário dos conselhos (CNS ou CES). Além disso, citou como consenso que não se aplica apenas aos cursos de Medicina, mas sim a todas as graduações em saúde e as residências em saúde. Frisou que há vários entendimentos e, considerando que o tema ainda está em processo de discussão, comprometeu-se a fazer devolutiva na próxima reunião do CNS. Ainda a respeito da próxima reunião do Conselho, cuja proposta é pauta única, alertou que há dois processos que precisam ser analisados em dezembro porque o prazo encerra-se em janeiro de 2015. **Acordou-se que a Mesa Diretora do CNS irá verificar como contemplar a análise dos dois pareceres da CIRH em dezembro devido ao prazo.** Conselheiro **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá** comunicou que será realizado o Encontro Nacional de Residentes, de 3 a 6 de dezembro, e convidou os conselheiros a participar. Com esse informe, a mesa encerrou o item 9 da pauta. Antes de iniciar o próximo item, a mesa retomou o ponto do expediente para submeter à apreciação do Plenário minutas pendentes. **EXPEDIENTE – 1) Minuta de recomendação elaborada pela Comissão de Educação Permanente para o Controle Social no SUS – CIEPCSS.** O texto é o seguinte: “O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Sexagésima Terceira Reunião Ordinária (...) e considerando a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS; considerando a missão da Comissão de Educação Permanente para o Controle Social no SUS de assessorar o Conselho Nacional de Saúde no acompanhamento da Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS; considerando que dentre as suas atribuições está o acompanhamento da implementação da Política em âmbito nacional, a formação de multiplicadores e formadores para o fortalecimento do controle social e a articulação de uma rede nacional de educação permanente para o controle social; considerando os encaminhamentos aprovados no Seminário de Educação Permanente para o Controle Social do SUS, realizado no mês de agosto de 2014; e considerando os processos participativos de construção de propostas de qualificação de conselheiros de saúde. Recomenda que: todas as ações ofertadas pelo Ministério da Saúde relacionadas à qualificação de conselheiros de saúde, deverão ser submetidas à análise e parecer desta comissão para, sequencialmente, serem apresentadas ao pleno do Conselho Nacional de Saúde. **Deliberação: aprovada a recomendação com uma abstenção.** 2) **Minuta de recomendação sobre a relevância pública da função do conselheiro.** O texto é o seguinte: O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua ducentésima sexagésima terceira Reunião Ordinária (...) e considerando que o direito à saúde, conforme está definido no art. 197 da Constituição Federal/1988, é de relevância pública; considerando o termo relevância pública das ações dos serviços de saúde e o caráter indisponível do direito à saúde, uma vez que está vinculado diretamente como direito à vida e a proteção da dignidade humana; considerando que o art. 197 também atribui ao poder público o dever de dispor, por meio de lei, sobre a regulamentação, a fiscalização e o controle social das ações; considerando que a Lei nº 8.142/90 regulamenta a participação da comunidade e o controle social sobre as ações e serviços de saúde; considerando que o art. 197 também impõe ao Estado deveres que efetivam o direito à saúde, inclusive como direito de participação, por meio dos conselhos e conferências de saúde; considerando que o controle social exercido pelo Conselho de Saúde é um dos fundamentos do SUS, e uma das formas de aumentar a participação popular no gerenciamento da saúde no país; considerando que a Lei nº 8.142/1990 estabelece que os conselhos de saúde devem ter composição paritária, significando que a soma dos representantes dos usuários deve ser igual a soma dos representantes dos trabalhadores de saúde e dos representantes dos gestores e prestadores de serviços do SUS; considerando que a relevância dos Conselhos de Saúde se constitui ato inaugural que condiciona à atuação dos Conselhos de Saúde as necessidades da comunidade, sendo os conselheiros o elo entre os conselhos de saúde e o grupo social que representam; considerando que cada conselheiro representa uma parte da sociedade e está no conselho para levar as necessidades e as sugestões da sua comunidade para as 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 (abranger 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 263ª 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, descumpra 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 a 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

a 8 meses para que o paciente receba o primeiro tratamento; considerando que o aumento do número de casos estimados para 2014 é de 576 mil novos casos com consequente aumento de custos do tratamento, e tendência de aumentos anual; considerando que a taxa de mortalidade está acima de 35% e quanto mais cedo o início do tratamento, menor o seu custo, e maior a probabilidade de sobrevida; considerando que a Lei nº. 12.732/12 assinada pela Presidenta Dilma Rousseff em 22/11/12, passou a vigorar em 23/05/2013, e suas Portarias relacionadas, determinam o prazo de 60 dias para o início do tratamento. Recomenda: que o Ministério da Saúde intensifique as ações necessárias, juntamente às Secretarias Estaduais e Municipais de saúde, para que se estabeleça o cumprimento da Lei nº 12.732/12, e Portarias relacionadas, sobre o prazo limite de 60 dias para o início do tratamento a partir da data do laudo patológico, atento a importância do diagnóstico precoce".

Deliberação: aprovada a recomendação por unanimidade. Seguindo, conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** lembrou que a 264ª Reunião Ordinária do CNS será realizada no formato de oficina e terá como pauta prioritária a 15ª Conferência Nacional de Saúde. Apresentou, para deliberação do Plenário, a seguinte proposta de público a ser convidado para a reunião: conselheiros nacionais de saúde, representantes de conselhos estaduais de saúde, representantes de conselhos de capital e representantes da Plenária Nacional de Conselhos Saúde. Conselheiro **Clóvis Boufleur** lembrou que a 264ª é uma reunião ordinária do CNS que será realizada no formato de oficina, portanto, deve seguir o rito definido Regimento Interno. Conselheiro **Elias José da Silva** e conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** defenderam a participação dos conselheiros suplentes. Conselheiro **Renato Almeida de Barros** cumprimentou a iniciativa, inclusive por garantir a participação de representantes importantes no processo de organização da Conferência. Conselheira **Kátia Maria Barreto Souto** salientou que, antes de definir o público, é preciso deixar claro que aspectos da 15ª Conferência serão definidos na próxima reunião. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** explicou que a intenção da 264ª RO é ampliar o debate sobre a metodologia da 15ª Conferência, com a participação de atores essenciais no processo de organização da Conferência (conselheiros nacionais, conselheiros estaduais de saúde, conselheiros de saúde das capitais e coordenadores da Plenária Nacional de Conselhos). Disse que a Mesa Diretora definirá o formato da reunião com os itens da rotina do CNS que demandam deliberação do Plenário e o debate da 15ª Conferência. Conselheira **Kátia Maria Barreto Souto** informou que o DAGEP/SGEP/MS realizará seminário com movimentos sociais, de 8 a 10 de dezembro, sendo o dia 9 destinado ao debate acerca da mobilização para a 15ª Conferência. Informou que foram convidados para o seminário os coordenadores das comissões com interface com o Departamento, 27 conselhos estaduais, 27 coordenações de Plenária e lideranças de políticas de equidade do movimento social (300 pessoas confirmadas). Como encaminhamento, sugeriu que o CNS custeie a participação dos conselheiros nacionais no dia 9 de dezembro e, em seguida, realize a 264ª RO. Conselheiro **Clóvis Boufleur** avaliou que não é viável realizar duas atividades, com a mesma pauta e mesmo público, na mesma semana. Além disso, lembrou que o Plenário aprovou resolução em 2013 determinando que o Plenário deve avaliar a 14ª Conferência nos meses de novembro e dezembro de 2014. Como encaminhamento, propôs manter a 264ª RO dias 10 e 11 para debater as pautas do Conselho e convocar os conselheiros extraordinariamente para debater a 15ª Conferência, no dia 9 de dezembro. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**, primeiro, lembrou que o calendário de reuniões do CNS foi aprovado no final de 2013 e, portanto, já se sabia da data ao definir o calendário do seminário do DAGEP. Além disso, lembrou que o Plenário decidiu que as comissões fariam uma avaliação da situação de saúde de acordo com a área afim. Todavia, as comissões não conseguiram trabalhar de forma a gerar um documento único para submeter à avaliação do Plenário. Por isso, foi sugerida uma reunião com os coordenadores das comissões para definir a estratégia para elaboração do documento que serviria de subsídio para o debate da 15ª CNS. Ressaltou que a intenção é realizar oficina de dezembro para elaborar a metodologia voltada ao período pré-conferência (até abril de 2015). Avaliou que é complexo cumprir essa tarefa em um seminário com a participação de 300 pessoas. Conselheira **Kátia Maria Barreto Souto** propôs antecipar a vinda dos conselheiros para garantir a participação no seminário do DAGEP, dia 9 de dezembro de 2015. A reunião do CNS seria mantida nos dias 10 e 11 de dezembro, com pauta única (15ª Conferência). **Deliberação: após considerações, o Plenário decidiu que a reunião ordinária do CNS do mês de dezembro será realizada nos dias 10 e 11, com o formato de oficina, e terá como pauta prioritária a 15ª Conferência Nacional de Saúde e contará com a participação dos conselheiros titulares e de convidados (representantes de conselhos estaduais de saúde e de capitais). A SE/CNS verificará a forma de custeio da vinda dos convidados. Além disso, será assegurada a participação dos conselheiros nacionais de saúde no debate sobre a 15ª Conferência Nacional de Saúde que ocorrerá durante o seminário de movimentos, que será realizado pelo DAGEP/MS (dia 9 dezembro de 2014).**

INDICAÇÕES. 1) A Agência Nacional de Vigilância Sanitária, em atenção à Portaria nº 1.346, de 15 de agosto de 2014, solicita a indicação de representante titular e suplente para composição de Grupo de Trabalho para 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: Uruguai/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 4ª CNSTT; e conselheiro **Geordecí Menezes de Souza**, Presidente da Comissão Organizadora da 4ª CNSTT. Conselheiro **Geordecí Menezes de Souza** iniciou com os seguintes informes sobre a 4ª 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 **Geordecí 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 **Geordecí 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 **Geordecí 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 **Geordecí 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 4ª 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 Bouffleur 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 Bouffleur** e remeter o texto à Comissão de Formulação e Relatoria para redefinição. Dito isso, abriu a palavra ao conselheiro **Clóvis Bouffleur** 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 4ª CNSTT de acordo com o Regulamento da 5ª 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 5ª 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 3ª CNST e da 13ª e 14ª 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 4ª 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 263ª 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 Faciliformes - 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).