



1
2 MINISTÉRIO DA SAÚDE
3 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

4
5 ATA DA DUCENTÉSIMA OCTAGÉSIMA PRIMEIRA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO
6 NACIONAL DE SAÚDE
7
8

9 Aos cinco e seis dias do mês de maio de dois mil e dezesseis, no Plenário do Conselho
10 Nacional de Saúde “Omilton Visconde”, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco
11 G, Anexo B, 1º andar, Brasília-DF, realizou-se a Ducentésima Octogésima Primeira Reunião
12 Ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**,
13 Presidente do CNS, abriu os trabalhos cumprimentando os presentes e os que acompanhavam
14 a reunião em tempo real. Em seguida, apresentou os objetivos da 281ª Reunião Ordinária: **1)**
15 Reafirmar as deliberações da 15ª Conferência Nacional de Saúde como norte para as ações do
16 controle social brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS); **2)** Possibilitar o debate e reflexão
17 acerca de temáticas de interesse do controle social e estimular a capacitação dos conselheiros
18 e servidores; **3)** Analisar e deliberar sobre as atividades da Comissão Intersetorial de
19 Orçamento e Financiamento – COFIN; **4)** Apresentar, debater e encaminhar sobre SUS
20 CONECTA / AVASUS; **5)** Apresentar, debater e encaminhar sobre Atenção à Saúde em
21 Oncologia; **6)** Apresentar e deliberar sobre o Planejamento Estratégico do CNS para o triênio
22 2015-2018; **7)** Realizar o debate sobre o alinhamento e recomposição das Comissões do CNS
23 para o triênio 2015-2018; **8)** Analisar e deliberar sobre os pareceres da Comissão Intersetorial
24 de Recursos Humanos – CIRH e apresentar e apreciar a programação da reunião ampliada da
25 CIRH em 23.05.2016; **9)** Atualizar o Pleno do CNS por meio dos informes gerais e
26 parlamentares. **ITEM 1 – EXPEDIENTE – INFORME - APROVAÇÃO DA PAUTA DA 181ª**
27 **REUNIÃO ORDINÁRIA, DA ATA DA 280ª REUNIÃO ORDINÁRIA E DA ATA DA 59ª**
28 **REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DO CNS** - Coordenação: conselheiro **André Luiz de Oliveira**,
29 da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, da Mesa Diretora
30 do CNS. Iniciando, o coordenador da mesa fez a leitura da pauta da reunião. Conselheiro
31 **Ronald Ferreira dos Santos** sugeriu iniciar a reunião no segundo dia às 9h30 para possibilitar
32 a participação dos conselheiros na atividade em frente a entrada do Senado Federal.
33 Conselheira **Juliana Acosta Santorum** informou que a Frente programou várias ações diante
34 do momento que se vive no país e no dia 6 de maio, às 8h30, na entrada do Senado Federal,
35 será realizada “campanha” com “vacinação simbólica contra o golpe” e “entrega de pílulas da
36 democracia”. Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** ponderou que a pauta da CIRH, na
37 tarde do segundo dia, impossibilita debates importantes pertinentes à comissão. Não havendo
38 outras manifestações, a mesa colocou em votação a pauta da reunião com a modificação do
39 horário de início dos trabalhos no segundo dia – 9h30, ao invés de 9h. **Deliberação: aprovada,**
40 **com dois votos contrários e uma abstenção, a pauta da reunião, com a modificação**
41 **proposta (início dos trabalhos no segundo dia às 9h30) a fim de possibilitar a**
42 **participação dos conselheiros interessados na atividade no Senado Federal.** Na
43 sequência, o coordenador da mesa colocou em apreciação as atas da 280ª Reunião Ordinária
44 e 59ª Reunião Extraordinária do CNS, que foram enviadas previamente aos conselheiros.
45 Conselheira **Gerdo Bezerra de Faria** solicitou, em nome do FENTAS, a reelaboração da ata
46 da 59ª Reunião Extraordinária por conta de distorções no texto e ausência de falas importantes
47 de conselheiros. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** perguntou se o Fórum levantou os
48 pontos da ata que precisavam ser refeitos. Conselheiro **José Arnaldo Pereira Diniz** fez
49 referência a uma fala sua no texto da ata (da qual seu nome estava equivocado) para
50 demonstrar que não estava de acordo com o que falara. Disse que seria necessário fazer uma
51 transcrição da fala dos conselheiros para não haver dúvida. Conselheira **Lorena Baía** disse
52 que identificou várias distorções, inclusive na sua fala e destacou que não foi feito o registro do
53 debate no item das comissões. Frisou que a ata deve refletir os debates do Plenário e,

portanto, solicitou que fosse refeita, a partir da gravação da reunião, para avaliação posterior. Conselheira **Deise Araújo Souza** retificou que o conselheiro Alexandre Frederico de Marca representa a CNC (Confederação Nacional do Comércio) e não FNS e solicitou que fosse corrigido na ata da 59^a RE. Conselheira **Alessandra Ribeiro de Sousa** também reclamou da falta das falas dos conselheiros, principalmente no item das comissões e destacou o estranhamento do FENTAS com os equívocos ao longo do texto da ata. Frisou que as atas são fontes públicas do que se trata no Plenário do CNS e precisam refletir fielmente os debates no Conselho, lembrando inclusive que são modelos para os demais conselhos de saúde. Nesse sentido, frisou a necessidade de qualificar ainda mais a feitura da ata. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, considerou pertinentes as observações e lembrou que a Mesa Diretora do CNS tem adotado iniciativas para dar o devido valor aos registros do que o Conselho produz, dada a importância deste Conselho. Concordou com as observações dos conselheiros e ratificou a necessidade de reelaborar a ata da 59^a RE de modo a refletir o que foi debatido. Conselheira **Oriana Bezerra Lima** reiterou que a ata precisa ser detalhada, contemplar os debates e as deliberações. Informou, inclusive, que encaminhou as retificações na sua fala. Disse, por exemplo, que não foi contemplada na ata a proposta de normatizar a prestação de serviços das empresas de controle de pragas e sua preocupação com o projeto de lei, que tramita no Congresso Nacional, que propõe a terceirização do controle vetorial, por parte dos municípios, pelas empresas de controle de praga. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** reconheceu o esforço dos técnicos do Conselho para elaborar as atas e comentou os trabalhos valorosos dos técnicos. Sugeriu, inclusive, que fosse consulta ao trabalho de pessoas com deficiência visual, no Rio Grande do Sul, que realizam degravação e pensar nessa possibilidade para o CNS. Colocou-se à disposição para buscar mais informações e trazer ao CNS. Conselheira **Carmen Lúcia Luiz** sugeriu utilizar novas tecnologias na feitura da ata. Conselheiro **José Vanilson Torres da Silva** disse que seu nome não consta na lista de presentes do segundo dia da 280^a Reunião e comprometeu-se a verificar se tinha assinado a lista de presença. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** solicitou aos conselheiros que assinem o livro de presença a fim de evitar que a participação não seja registrada. A seguir, passou aos encaminhamentos. **Deliberação: aprovada a ata da 280^a Reunião Ordinária, com duas abstenções. A ata da 59^a Reunião Extraordinária será reformulada, conforme as colocações dos conselheiros, para ser apreciada na próxima reunião.** Seguindo, conselheiro **André Luiz de Oliveira** fez um informe sobre a próxima reunião ordinária do CNS – 282^a RO – que será realizada nos dias 2 e 3 de junho, em Fortaleza/CE, durante a 32^a edição do Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS. A programação é a seguinte: 2 de junho - das 9 às 18h – reunião do Pleno, com debate acerca da composição das comissões, planejamento, Programa Viver sem Limites; e 3 de junho - manhã: reunião do Pleno; tarde – reunião da Mesa Diretora com representantes do CES/CE. Os conselheiros participariam do congresso do CONASEMS. Além disso, no dia 1º de junho, seria realizada oficina de capacitação dos conselheiros sobre orçamento e financiamento e, no final do dia, a reunião dos fóruns. Ressaltou que, se aprovada a programação, os conselheiros precisariam apresentar plano de voo. Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** manifestou preocupação com o fato de a 282^a ter apenas um dia e meio de reunião por conta da pauta prevista e solicitou que a Mesa Diretora do CNS avalie essa situação na próxima reunião. Conselheira **Kátia Maria Souto** avaliou que o tempo de reunião em Fortaleza é suficiente para dar conta da pauta sugerida. Conselheiro **Gerdo Bezerra de Faria** perguntou se a capacitação é voltada apenas para os conselheiros titulares e foi esclarecido que sim (titular ou suplente no exercício da titularidade). Conselheira **Alessandra Ribeiro de Sousa** avaliou que a capacitação dos conselheiros deve ser estendida aos conselheiros suplentes ou realizada em Brasília, tendo em vista a dificuldade de ir a Fortaleza/CE por conta do custo. Além disso, defendeu que a composição das comissões ocorra no mês de julho, permitindo, assim, reunião ordinária dos fóruns, para debater as indicações para as comissões. Conselheira **Kátia Maria Souto** avaliou que o CNS precisava definir na próxima reunião, prioritariamente, a composição das comissões de saúde da mulher e de vigilância em saúde para não perder o prazo de organização das conferências dessas temáticas já convocadas pelo Conselho. Além disso, informou os conselheiros sobre o lançamento do painel de indicadores sobre a saúde da população negra, no dia 4 de maio, em Salvador, com a presença da conselheira Emanuelle Freitas Goes, representando o CNS, e da SGEP e o lançamento da campanha de homens gays e bissexuais durante a Conferência LGBT. Além disso, comunicou que foi concluída a cartilha imprensa dirigida a profissionais de saúde para abordagem de pessoas transexuais e a expectativa é concluir o de mulheres

114 lésbicas e bissexuais e população em situação de rua. Conselheiro **Ronald Ferreira dos**
115 **Santos**, Presidente do CNS, explicou que a oficina de capacitação será realizada durante o
116 Congresso do CONASEMS para aproveitar a oportunidade, o que não significa que será o
117 único momento de formação de conselheiros. Sobre a pauta, disse que a Mesa Diretora propôs
118 o debate sobre o planejamento do CNS e a recomposição das comissões, por entender que
119 esses espaços precisam retomar as suas atividades com a máxima brevidade. Conselheiro
120 **Luiz Carlos Medeiros de Paula** defendeu a participação dos conselheiros suplentes na
121 próxima reunião do CNS, assegurando, assim, a presença na capacitação e no debate das
122 comissões. Lembrou, inclusive, que os suplentes participaram das duas oficinas de
123 planejamento do CNS. Conselheira **Alessandra Ribeiro de Sousa** insistiu que não se deve
124 tratar do tema das comissões em Fortaleza, devido a dificuldade de deslocamento dos
125 conselheiros suplentes que não terão as despesas custeadas pelo CNS. Conselheiro **José**
126 **Vanilson Torres da Silva** também defendeu a participação dos conselheiros suplentes nas
127 atividades do Conselho, lembrando, inclusive, que as entidades optam por sistema de rodízio.
128 **Encaminhando, a mesa sugeriu retomar esse debate posteriormente, uma vez que o**
129 **tema das comissões seria tratado em item de pauta específico. Não houve**
130 **manifestações contrárias.** Conselheira **Alessandra Ribeiro de Sousa** interveio para propor
131 ao CNS a aprovação de moção de repúdio ao Projeto de Lei Complementar - PLC 257/2016,
132 que propõe a renegociação das dívidas dos governos estaduais e do Distrito Federal com a
133 União. Ressaltou que a proposta traz enormes prejuízos aos servidores públicos e lembrou,
134 inclusive, que o CNS possui posição contrária a essa proposição. Disse que o texto seria
135 elaborado e posteriormente submetido à apreciação do Pleno. **Deliberação: aprovada a**
136 **proposta de redigir moção de repúdio ao PLC 257/2016. Foram indicados os seguintes**
137 **nomes: conselheira Alessandra Ribeiro de Sousa; conselheiro Dalmare Anderson**
138 **Bezerra de Oliveira Sá; e conselheira Zaíra Tronco Salermo.** ITEM 2 – DIA
139 **INTERNACIONAL DOS TRABALHADORES** - Coordenação: conselheiro **Ronald Ferreira dos**
140 **Santos**, Presidente do Conselho; e conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**, da Mesa
141 Diretora do CNS. O Presidente do CNS iniciou explicando que neste item da pauta os
142 conselheiros representantes das centrais sindicais fariam reflexão sobre a agenda do mundo
143 do trabalho. Além disso, seria feito informe sobre a participação da delegação de conselheiros
144 nacionais de saúde na atividade em Mariana, Ouro Preto/GM, alusiva ao Dia Internacional em
145 Memória às Vítimas em Acidentes do Trabalho, no dia 28 de abril (maior acidente de trabalho
146 do mundo). Conselheiro **João Donizeti Scaboli**, representante da Força Sindical, explicou que,
147 diante da situação política do país, a Força Sindical não fez comemorações no dia 1º de maio,
148 mas sim manifestações haja vista que são 11 milhões de trabalhadores desempregados.
149 Também falou da preocupação com os números elevados de trabalhadores que estão
150 morrendo e adoecendo nos ambientes de trabalho pela ausência de ações de prevenção.
151 Disse que no dia 28 de abril – dia mundial em memória às vítimas dos acidentes de trabalho –
152 a direção da Força realizou várias atividades no país, com presença, inclusive, na atividade em
153 Mariana/MG. Disse que é preciso buscar soluções para a situação e, nessa linha, recordou que
154 na 3ª Conferência de Saúde do Trabalhador foi criada comissão interministerial tripartite (MS,
155 TEM, Ministério da Previdência), com envolvimento das centrais sindicais e empregadores e foi
156 sinalizada a necessidade de ação conjunta entre os ministérios para buscar solução às mortes
157 e aos acidentes nos locais de trabalho. Lembrou que as centrais têm o papel de fiscalizar para
158 garantir a integridade dos trabalhadores no ambiente de trabalho. Inclusive, salientou que
159 investir em segurança traz custos, mas também benefícios, inclusive para os ministérios
160 relacionados ao trabalho. Também destacou as ações da Força que contribuíram para reduzir
161 as mortes e as doenças nos ambientes de trabalho: movimento que possibilitou a retirada do
162 benzeno nas usinas de açúcar e álcool; convenções coletivas de segurança no Estado de São
163 Paulo (máquinas injetoras, supradoras e moinho – redução de 98% dos acidentes de trabalho);
164 avanço no pacto relativo aos deficientes físicos; redução de custo com os remédios genéricos.
165 Além disso, destacou que no dia 28 de abril foi aprovado documento que defende a quebra de
166 sigilo dos dados do Ministério da Previdência. Por fim, defendeu a criação de empregos com
167 qualidade, ressaltando que a busca por soluções é papel de todos e não apenas do governo.
168 Conselheiro **Luiz Aníbal Vieira Machado**, representante da Nova Central Sindical dos
169 Trabalhadores – NCST, saudou os conselheiros, as centrais sindicais e a coordenação da
170 mesa. Reiterou que a efeméride do dia do trabalhador há muito tempo não é motivo de festa,
171 mas sim de reflexão, por conta do desemprego crescente. Lembrou que os empresários hoje
172 investem em bancos e não na indústria e na melhoria das condições de trabalho. Na visão da
173 Central, a causa de grande parte do desemprego é a opção do grande empresário em buscar

maiores lucros com investimento em bancos. Destacou que os trabalhadores precisam de atendimento, mas não conseguem acessar os serviços de saúde e muitas vezes precisam voltar a trabalhar mesmo sem condições para o trabalho. Frisou que a crise que ocorre e que se ampliou é por conta do grande capital que não prioriza o trabalhador, mas sim o lucro, sendo necessário refletir a respeito. Salientou que grande parte dos acidentes de trabalho é previsível e salientou, por exemplo, que são duas pessoas responsáveis por fiscalizar 450 barragens. Ressaltou, inclusive, que a barragem de Mariana está filtrando novamente e perguntou o que está sendo feito para modificar a situação em defesa dos trabalhadores. Também fez referência à Lei do motorista, construída após quarenta anos, que foi alterada causando prejuízos para o motorista. Explicou que foi criado exame toxicológico e perguntou, por exemplo, quem irá arcar com os custos. Além disso, lembrou que não há fiscalização da carga horária, o que traz riscos para todos que dirigem nas estradas. Denunciou, inclusive, o uso de fraldas pelos trabalhadores para evitar o uso do banheiro e não atrasar o serviço. Detalhou que em Cachoeira do Sul doze sindicatos se reuniram no dia 1º de maio e fizeram reflexões sobre a data. Solicitou que os Ministérios da saúde, da Previdência Social e do trabalho se unam em defesa dos trabalhadores, da produção e da riqueza do país. Conselheira **Elgiane de Fatima Machado Lago**, Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil – CTB, saudou a mesa, os conselheiros e especialmente os representantes das centrais sindicais. Destacou que no dia 1º de maio não há muito que comemorar, pois a situação é de desemprego; baixos salários; trabalho escravo; trabalho infantil; carga horária excessiva que priva o trabalhador, inclusive do convívio da família; exploração dos trabalhadores por meio de terceirização para pagar menos encargos trabalhistas; e falta de condições dignas de trabalho. Explicou que a CCB foi criada há oito anos e nesse período foi constituído coletivo de saúde para conhecer e debater os problemas relativos à saúde do trabalhador e da trabalhadora nos Estados e a entidade tem representação inclusive na tripartite para acompanhar o que está ocorrendo. Destacou que o papel dos sindicatos, das centrais e organizações é vigiar e denunciar irregularidades a fim de acabar com as situações que prejudicam os trabalhadores. Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB, explicou que a CGTB realizou sua comemoração de festa e luta em Vasconcelos/SP e a avaliação da entidade é que a situação é muito grave. Destacou que o país passa por grande recessão, com fechamento de lojas, queda do PIB (segundo ano com 4% de queda) e alto índice de desemprego (mais de 11 milhões de pessoas desempregadas), com consequências diretas nas condições de saúde. Avaliou que é impossível sair dessa situação com a taxa de juros do país – 5% acima da inflação – sendo esta taxa definida pelo Banco Central de forma favorável ao interesse dos bancos. Acrescentou que esses juros provocaram o pagamento, pelo setor público, de R\$ 502 bilhões aos bancos. Do outro lado, déficit de R\$ 2 bilhões para fechar o exercício do Ministério da Saúde no final de 2015. Disse que a situação é preocupante e não se sabe o que será feito a partir de setembro de 2016 para fechar o ano. Para resolver essa situação, é preciso modificar a política econômica do país e rever as taxas de juros. No que diz respeito à saúde do trabalhador, disse que a Política adotada pelo Ministério da Saúde tem méritos, com valorização da integração com a vigilância sanitária. Todavia, é preciso observar o seguinte aspecto: discrepância entre o valor das multas por atraso em obras públicas em relação às multas pelo descumprimento das normas de saúde do trabalhador e da vigilância sanitária (as multas por atraso são quase mil vezes maiores em relação às multas relativas à saúde do trabalhador). Com isso, pode-se estimular a morte de trabalhadores, o que aponta a necessidade de rever essa situação. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca**, representante da Central Única de Trabalhadores - CUT, explicou que a CUT, fundada em 1963, possui mais de 3 mil sindicatos associados e atua na defesa do trabalhador. Destacou também que em 2000 iniciou-se a reorganização sindical dos assistentes sociais do Brasil e hoje a Federação está em dezessete Estados com grande esforço de estruturação. Destacou que nesses anos de luta a Central realiza eventos para manifestar-se em defesa de tudo que precisa ser corrigido. Avaliou que o Brasil está em crise – de ética e de direitos – e a CUT e a FENAS participam do processo de defesa da democracia por considerar que o processo de impeachment não tem fundamentação jurídica. Também avaliou que o movimento sindical precisa se apoderar da luta para a saúde do trabalhador. Salientou que a luta das centrais é contra a terceirização e a precarização do trabalho e é preciso reconhecer as conquistas ao longo dos anos e preservar os direitos do trabalhador, corrigindo as injustiças. Por fim, agradeceu ao CNS por ter possibilitado a sua participação na visita ao município de Mariana/MG. Conselheira **Alessandra Ribeiro de Sousa**, representante do Fórum de Entidades de Trabalhadores – FENTAS, destacou que o 1º de maio acumula uma série de

ataques aos trabalhadores por parte das classes dominantes, em uma demonstração de incompetência dessas classes em manter padrão de civilização mínimo, com garantia de direitos dos trabalhadores. Sintetizou a situação atual nos seguintes pontos: intensificação do produtivismo, exploração do trabalho por alta jornada, reedição do trabalho domiciliar, mercantilização da saúde e da educação e alto índice de mortes por acidentes de trabalho (o Brasil é o 4º país em mortes no trabalho). Disse que essa conjuntura aponta a necessidade de articulação da esquerda, principalmente porque tempos difíceis se evidenciam. Falou sobre o desastre em Mariana/MG, onde reside e salientou tratar-se de um acidente anunciado. Ressaltou que a mineração destrói vidas, projetos e o meio ambiente em Minas Gerais e pouco traz de retorno para as cidades. Destacou que em Mariana, por exemplo, vive-se altíssimo índice de desemprego e recessão econômica. Além disso, salientou que o rompimento da barragem evidenciou a ausência de fiscais do trabalho (são 400 barragens em Minas Gerais; a barragem que se rompeu representa apenas 20% dos rejeitos em Mariana e sabe-se que outras barragens podem romper-se atingindo cidades inteiras). Além disso: há pouca informação sobre a qualidade da água e dos alimentos; questões de infraestrutura dos eventos ficaram a desejar; há poucas informações sobre o real desastre e o quanto atinge a população brasileira; necessidade de proteção dos trabalhadores da mineração; ausência de plano de contingência para acidentes; falta de informações sobre as barragens de Minas Gerais; sistema público de saúde que não possui plano de atendimento para mineradores, familiares e população que vive próxima a mineradoras; necessidade de articulação entre os sindicatos; necessidade de ampliar a realização de pesquisas sobre a contaminação do solo pela mineração; necessidade de definição de acordos coletivos. Explicou que hoje há um acordo para preservação do emprego e salário dos trabalhadores da mineradora San Marco que irá durar até o mês de junho de 2016 e a busca é por um trabalho digno e com segurança para os trabalhadores. Nesse momento, participantes da atividade “Vacina contra o golpe, pela democracia” adentraram a reunião com distribuição de material da campanha. Seguindo, conselheiro **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS, cumprimentou os presentes e os demais componentes da mesa. Disse que é trabalhador da saúde há 46 anos e essa é a terceira categoria que mais adoece no mundo. Destacou a dificuldade de implementação da NR 32, lançada na 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, no setor privado e principalmente no público. Além disso, salientou que os trabalhadores da saúde enfrentam carga de trabalho extenuante, salários baixíssimos, péssimas condições de trabalho, falta de material para promover a saúde. Sobre a política vigente no país, ponderou que o controle social não está totalmente estabelecido, lembrando que conselhos não implementaram comissões estruturantes, especialmente as comissões de saúde do trabalhador. Avaliou que a 4ª CNSTT não foi inclusiva e mais de 40 milhões de trabalhadores ficaram de fora, entre eles, os trabalhadores de frigoríficos, trabalhadores no ramo de bebidas e cana de açúcar (média de 600 mortes por ano), do comércio, trabalho doméstico, quebradores de cocos, coleta de lixo, ambulantes. Conselheira **Juliana Acosta Santorum**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG, destacou que os sujeitos com a vida e o trabalho relacionados à terra e à água estão exposto a diferentes condicionantes da saúde. Explicou que hoje são dez CERESTs rurais e mais de vinte Centros voltados a essa população para entender o processo de trabalho do campo, nas águas e nas florestas e como determina a saúde/doença dessa população. Destacou que se discute como o modo de desenvolvimento ameaça da vida das pessoas que vivem no campo, nas águas e nas florestas em função da monocultura, da mineração, das hidroelétricas, das madeiras. Frisou que esses trabalhadores estão expostos a agrotóxicos, ao sol, a objetos perfuro cortantes e a animais peçonhentos. Salientou que o modo de desenvolvimento traz impacto para a saúde, o ambiente e para as populações que tem seus processos de trabalho ligados à terra e à água. Por fim, falou sobre o I Fórum de Determinantes Sociais em Saúde do Oeste do Pará, promovido pela Universidade Federal do Oeste do Pará (Ufopa) em parceria com o Sindicato dos Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais (STTR), que ocorreu no dia 25 de abril e a Carta de Santarém, sobre determinantes sociais em saúde e os impactos causados pelos grandes projetos na região. **ITEM 3 – RADAR DO CNS - A crise política e as ameaças ao Sistema Único de Saúde - SUS, à democracia participativa e ao Estado de Direito. Audiência Pública na Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa. A crise política e as ameaças ao Sistema Único de Saúde - SUS, à democracia participativa e ao Estado de Direito.** Apresentação: José Agenor Álvares da Silva, Ministro de Estado da Saúde. Coordenação: conselheiro Ronald Ferreira dos Santos, Presidente do CNS. Iniciando, o Presidente do CNS manifestou sua satisfação em compartilhar este momento de reflexão

294 com o Ministro de Estado da Saúde que acompanha a história da consolidação do SUS e da
295 democracia. Avaliou que a definição para esse momento instável e inseguro será crucial para
296 as próximas décadas seja na saúde pública, nos direitos políticos, nos direitos econômicos. O
297 Ministro de Estado da Saúde, **José Agenor Álvares da Silva**, iniciou a sua fala
298 cumprimentando os presentes e justificando o seu atraso por conta de reunião com os
299 servidores do Ministério da Saúde para debate do momento político do país. Ressaltou que na
300 conjuntura atual, independente de governo e partido, os segmentos devem unir-se para
301 defender as cláusulas pétreas e os princípios do SUS, uma importante conquista do povo
302 brasileiro. Além disso, é preciso lutar em favor da aprovação da PEC que modifica o sistema de
303 financiamento da saúde, contra a PEC nº. 451/2014, de autoria do deputado **Eduardo Cunha** e
304 contra a PEC que desvincula recursos da União repercutindo para estados e municípios. Disse
305 que tem mantido diálogo com senadores e deputados no sentido de mostrar os prejuízos da
306 proposta de desvinculação dos recursos da União (estudos apontam perda de R\$ 30 bilhões
307 para o SUS, podendo chegar até a R\$ 100 bilhões). No mais, disse que é preciso preocupar-se
308 com a gestão dos recursos e conhecer com detalhes como são os gastos em saúde, avaliando
309 a eficiência. Destacou que muitos Estados e Municípios mantém o recurso repassado parado
310 na conta municipal, sem utilizá-lo em benefício da população. Explicou que tem recebido
311 diversas cobranças e reiterou a responsabilidade de prover o que o Ministério da Saúde é
312 responsável. Destacou que conselhos de saúde e gestores devem aliar-se para garantir os
313 direitos dos usuários do SUS. Explicou que a situação é dramática e não se sabe como pagar
314 algumas ações a partir de setembro de 2016. Nas suas palavras, se o ambiente econômico
315 não melhorar, será necessário repensar algumas questões. Inclusive, ajuste interno para não
316 prejudicar serviços essenciais. No caso das vacinas contra o H1N1, explicou que foi feita
317 negociação para garantir, mas não sabe como pagar. De todo modo, disse que a Presidenta da
318 República, com seu compromisso social, que não é retórica, junto com a equipe econômica,
319 encontrará solução para garantir as vacinas àqueles que necessitam. Por fim, disse que é
320 preciso ter otimismo e continuar a luta para garantir o SUS conforme previsto na Constituição
321 Federal. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, disse que compartilha
322 do otimismo porque o espaço da participação social – CNS – defendeu a bandeira do SUS e
323 importantes propostas. Também salientou que o Conselho renovou o seu otimismo ao
324 participar de evento em Mariana/MG e testemunhar organizações da sociedade mobilizando-se
325 em torno da agenda de defesa da saúde. O Ministro de Estado da Saúde, **José Agenor**
326 **Álvares da Silva**, interveio novamente para esclarecer que as despesas obrigatórias estão
327 garantidas até dezembro de 2016 uma vez que o contingenciamento na saúde atingiu as
328 despesas discricionárias (R\$ 5,5 bilhões) e as emendas parlamentares (R\$ 4,5 bilhões).
329 **Manifestações.** Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** dirigiu-se ao Ministro de Estado da
330 Saúde para dizer que nesse momento é importante tê-lo à frente do Ministério pela sua história
331 na luta em defesa do SUS. Explicou que o CONASS é uma entidade plural em vários sentidos,
332 mas possui visão clara em defesa do SUS e continuará a luta em defesa dessa conquista do
333 povo brasileiro. Conselheira **Semiramis Maria Amorim Vedovatto** destacou que a luta dos
334 trabalhadores é triste principalmente para aqueles dos municípios haja vista o cenário posto de
335 escassez de recursos. Também destacou que o movimento para retirar o atual coordenador da
336 Área de Saúde Mental continua, com ações em outros espaços e insistiu na necessidade de
337 uma conversa com o Ministério da Saúde para pensar as ações de saúde mental. Compartilhou
338 a informação de interrupção das ações de saúde mental nos municípios e frisou a preocupação
339 com a demissão de trabalhadores da área. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** disse que é
340 preciso reforçar a ideia que o SUS não é de um governo ou de um partido, mas sim do Estado
341 brasileiro. Falou da preocupação com a dificuldade de acesso aos serviços e ações de saúde
342 nos municípios por falta de condições de atendimento. Solicitou que Ministério da Saúde,
343 CONASS, CONASEMS e CNS aprofundem o debate sobre a urgência e emergência,
344 considerando que unidades de pronto atendimento - UPAS estão prontas e equipadas, mas
345 não podem ser abertas para atender a população, por falta de orçamento. Nesse sentido,
346 solicitou a liberação de recursos para garantir o funcionamento dessas unidades. Conselheiro
347 **André Luiz de Oliveira** manifestou sua satisfação com esse momento de reflexão e reforçou a
348 preocupação com o cenário difícil do país. Salientou que é preciso fazer uma ação estratégica
349 para recompor os recursos da saúde e defendeu que o Ministro de Estado da Saúde negocie
350 com a Presidenta da República um pacote de bondades para a saúde e para o SUS. Em que
351 pese as dificuldades, disse que é preciso ter esperança entendendo que o SUS é uma
352 conquista e patrimônio do povo brasileiro. Conselheira **Juliana Acosta Santorum** ressaltou
353 que, nesse momento de preocupação com o financiamento da saúde e com os rumos do SUS

354 e a ameaça ao estado democrático de direito, apontou duas questões preocupantes: como fica
355 a participação popular na saúde – qual a garantia para o exercício do papel de conselheiros e
356 conselheiras para além dos espaços constituídos do controle social? Como ficam as políticas
357 de equidade? Conselheira **Kátia Souto** saudou o ministro de estado da saúde pelo
358 reconhecimento da crise política e reafirmação do SUS na defesa da democracia. Destacou a
359 luta pelo financiamento desde a 15^a Conferência, entendendo que o subfinanciamento do
360 Sistema é um consenso das três esferas de gestão. Frisou que não se deve desconsiderar que
361 há uma crise política no país que coloca em risco os avanços democráticos, entre eles, o SUS,
362 e é preciso resistir. Conselheira **Carmem Lúcia Luiz** disse que na condição de sanitarista
363 vivenciou vários momentos na saúde e frisou que são inegáveis os avanços do SUS
364 especialmente nos últimos quatorze anos. Solidarizou-se com a Presidenta Dilma Rousseff por
365 conta dos ataques misóginos que tem sofrido e avaliou que é preciso refletir a respeito.
366 Conselheiro **Arilson Cardoso da Silva** manifestou satisfação com a fala do Ministro de Estado
367 da Saúde em defesa do SUS e por tê-lo à frente do Ministério nesse momento. Salientou que o
368 período que se avizinha será o mais perigoso e arriscado ao SUS, por conta da crise
369 econômica e do perfil conservador e privatista do Congresso Nacional, com disposição de
370 cassar direitos de cidadania. Disse que é preciso arregimentar os sanitaristas e todas as
371 pessoas que sempre tiveram compromisso histórico com o SUS para, junto com o controle
372 social, cerrar fileiras para barrar tentativas de retrocesso ao Sistema que tramitam no
373 Congresso Nacional. Disse que as propostas em tramitação nas duas Casas Legislativas são
374 nefastas aos municípios, os entes responsáveis pelos serviços de saúde. Lembrou, inclusive,
375 que os municípios aplicam 20% do seu orçamento, ou seja, mais do que o consignado em
376 Emenda Constitucional. Endossou a proposta de pacote de bondades para a saúde,
377 lembrando que a Presidenta da República alterou a Lei do Programa Mais Médicos e garantiu a
378 permanência dos médicos nos municípios. Conselheiro **Luiz Carlos Medeiros de Paula**
379 endossou a fala do conselheiro Arilson Cardoso no que diz respeito à situação econômica que
380 se vive e reforçou a fala do Ministro da Saúde sobre a importância do controle social. Também
381 manifestou preocupação com a situação dos municípios e ratificou a proposta de lançamento
382 de pacote de bondades para a saúde. Conselheiro **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá**
383 somou-se à fala da conselheira Carmem Lúcia no que diz respeito aos ataques à Presidenta da
384 República por ser mulher e frisou que o golpe em curso atinge a juventude, os sonhos e a
385 esperança de jovens. Informou que foi aberto processo de criminalização de movimentos
386 sociais, com abertura da CPI da UNE, uma entidade combatente e responsável por diversas
387 lutas. Disse que a juventude irá resistir, independente do que ocorra e destacou a força e a
388 resistência da Presidente da República. Além disso, solicitou ao Ministro da Saúde a saída do
389 coordenador da área de saúde mental. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente
390 do CNS, salientou que sem democracia não há SUS, nem controle social e nesse momento a
391 tarefa principal do CNS é reafirmar essa premissa. **Retorno da mesa.** O Ministro de Estado da
392 Saúde, **José Agenor Álvares da Silva**, frisou que a saúde mental é uma política prioritária
393 para o Ministério da Saúde e que o SUS é uma política de Estado e não de governo. Sobre as
394 UPAs, explicou que o sistema de financiamento dessas Unidades coloca responsabilidades
395 para os municípios e esses entes enfrentam dificuldade de implantação por conta da estrutura
396 atual de financiamento e da arrecadação. Assim, foram definidas prioridades a fim de não
397 colocar mais ônus para os municípios. A respeito da proposta de “pacote de bondade”, disse
398 que é preciso verificar o que ser definido e cumprido, a fim de não definir o que não se pode
399 cumprir. Ressaltou que, não fosse a situação atual da economia, não seria necessário pacote
400 de bondade por conta da responsabilidade social da Presidenta. No que se refere aos
401 trabalhadores rurais, manifestou preocupação com a doença da folha verde (atinge as pessoas
402 que manipulam as folhas de tabaco) e avaliou que essa pauta precisa ser tratada também no
403 CNS. Finalizando, disse que naquele dia - 5 de maio - é comemorado o Dia Nacional do Uso
404 Racional de Medicamentos. Finalizado esse ponto, o Presidente do CNS encerrou os trabalhos
405 da manhã e os conselheiros dirigiram-se à audiência pública na Comissão de Direitos
406 Humanos e Legislação Participativa, Plenário 15 da Ala Senador Alexandre Costa, do Senado
407 Federal, coordenada pelo senador Paulo Paim, com o tema “A crise política, ameaça ao SUS,
408 à democracia e ao Estado Democrático de Direito”. Conselheiro **André Luiz de Oliveira**, da
409 Mesa Diretora do CNS, iniciou os trabalhos, justificando o atraso e a ausência de parte dos
410 conselheiros por conta da audiência pública no Senado Federal. Feito esse registro, compôs a
411 mesa para o item 4 da pauta. **ITEM 4 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE ORÇAMENTO E**
412 **FINANCIAMENTO – COFIN** - Coordenação: conselheiro **André Luiz de Oliveira**, da Mesa
413 Diretora do CNS; e conselheira **Kátia Maria Barreto Souto**. Apresentação: **Francisco Funcia**,

414 consultor técnico da COFIN. O consultor técnico da Comissão explicou que apresentaria
415 análise sobre o subfinanciamento do SUS, considerando a EC nº 86/2015 e a EC nº. 143/2015.
416 Começou destacando a necessidade de defesa da PEC 01 que estava na iminência de ser
417 votada na Câmara de Deputados, em segundo turno. Mostrou um quadro da alocação de
418 recursos na União, considerando o empenhado em 2015 e a EC nº. 86/2015 (5 anos), a PEC
419 nº. 01/2015 original (6 anos) e a PEC nº. 01/2015 - aprovada 1º turno Câmara (7 anos). Nos
420 termos da EC nº. 86/2015 (5 anos), valor empenhado em 2015 representou 14,8% da receita
421 corrente líquida e, considerando que a EC nº. 86 entra em vigor em 2016, o percentual será de
422 13,2%, o que representa perda significativa de recursos para a saúde. Somente em 2020, se
423 alcançaria 15%. No caso da PEC nº. 01/2015, que tem o apoio do CNS, disse que a proposta
424 inicial é 15%, em 2017, para atingir gradativamente 19,4% em 2023. Todavia, a proposta sobre
425 a PEC 01/2015, aprovada em 1º turno na Câmara é de sete anos, iniciando com 15% e
426 chegando a 19,4%. A proposta aprovada em 1º turno na Câmara propõe escalonamento de 7
427 anos, iniciando com 14,8% e chegando a 19,4%. Disse que a PEC nº. 143/2015, ao contrário
428 da PEC 01, reduz recursos para o SUS, uma vez que aumenta a DRU (Desvinculação das
429 Receitas da União); de 20% para 25%; cria a DRE (Desvinculação das Receitas dos Estados e
430 do DF); 25%; e cria a DRM (Desvinculação das Receitas dos Municípios); 25%. Ou seja, a
431 "dupla explosiva" EC nº. 86/2015 e PEC nº. 143/2015 representam perdas consolidadas do
432 SUS. Apresentou as hipóteses de projeção (se a PEC nº. 143 vigorasse em 2016): **a)** receita
433 bruta: 2016 será igual a de 2015 em termos nominais; e **b)** percentual de aplicação em 2016:
434 União: mínima de 13,2%, Estados e DF: 13,45% (média 2015) e Municípios: 23,25% (média
435 2015). Detalhou o total de perdas consolidadas do SUS por conta da EC nº. 86/2015 e PEC nº.
436 143/2015: a) Estados e DF: R\$ 15,6 bi; União: R\$ 11,0 bi; Municípios: R\$ 18,0 bi; perda mínima
437 total: R\$ 44,6 bi (esse montante representa 20% do alocado em saúde pela União, estados e
438 municípios em 2015). Falou sobre as ações do CNS no Congresso Nacional para reverter o
439 cenário: 26/04/2016: entrega de carta que denuncia essas perdas; 29/04/2016: integrantes da
440 Comissão fizeram corpo a corpo no Senado Federal; e 03/05/2016: participação de ação, junto
441 com outras entidades, denunciando a perda com a PEC nº. 143/2015. Além disso, foram feitas
442 ações nas redes sociais e ações com os conselhos de saúde estaduais e municipais. Nas
443 ações do CNS com conselhos de saúde estaduais e municipais, destacou a realização de
444 oficinas macrorregionais (já aprovadas pelo pleno do CNS) com o objetivo formar
445 multiplicadores para atuação do controle social no planejamento, controle, monitoramento,
446 avaliação e fiscalização dos recursos da saúde, bem como, fortalecer as comissões de
447 orçamento e financiamento nos Conselhos de Saúde. Público alvo: conselheiros de saúde
448 nacionais, estaduais e municipais da região. As indicações seguirão os seguintes critérios: três
449 conselheiros integrantes da Comissão de Orçamento e Financiamento ou similar; dois
450 conselheiros membros da Mesa Diretora; e uma indicação livre, podendo ser da coordenação
451 de plenária, desde que tenha sido eleito na plenária estadual. Detalhou o conteúdo
452 programático básico: financiamento do SUS: EC nº. 86/2015, PEC nº. 01/2015 e PEC nº.
453 143/2015; e ciclo orçamentário do Setor público brasileiro e o processo de planejamento e
454 monitoramento do SUS à luz da Lei Complementar nº 141/2012: o papel do controle social.
455 Apresentou a proposta de datas e locais das oficinas (macrorregiões): 28 e 29 de julho -
456 Nordeste1 – São Luiz/MA. (Piauí, Ceará, RN). 1º e 2 de setembro-Nordeste2 – Recife/PE
457 (Bahia, Alagoas, Paraíba, Sergipe). 24 e 25 de novembro – Norte e DF– Manaus/AM. 2 e 3 de
458 março 2017- Sudeste – Belo Horizonte/MG ou Vitória/ES. 11 e 12 de maio 2017- Sul –
459 Florianópolis/SC. Concluída essa parte, fez a leitura da minuta de moção de repúdio à PEC
460 143/2015, elaborada pela COFIN. O texto é o seguinte: "O Plenário do Conselho Nacional de
461 Saúde, na sua Ducentésima Septuagésima XXXX Reunião Ordinária, realizada no dia 5 de
462 maio de 2016, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de
463 1990, pela nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de
464 2006, e considerando o compromisso deste Conselho Nacional de Saúde – CNS para lutar
465 permanentemente contra o processo de subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS);
466 considerando que as medidas necessárias para que os gestores possam efetivar plenamente
467 um SUS público, gratuito, universal e de qualidade dependem de uma ampliação do
468 financiamento em bases mais estáveis; considerando que a sociedade brasileira já manifestou
469 sua posição favorável a uma ampliação de recursos para o SUS por meio do Projeto de Lei
470 Iniciativa Popular 321/2013 que reivindicou 10% das receitas correntes brutas da União, ou seu
471 equivalente, para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde pelo Ministério da
472 Saúde; considerando que o Conselho Nacional de Saúde, em conjunto com várias entidades
473 nacionais, participou de forma exitosa do processo de negociação entre deputados dos

474 partidos da base do governo e de oposição para a aprovação da Proposta de Emenda
475 Constitucional (PEC) nº 01/2015 em primeiro turno na Câmara dos Deputados, que amplia o
476 percentual de aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde até 19,2% das receitas
477 correntes líquidas no prazo de sete anos; considerando que a PEC nº. 143/2015, aprovada em
478 primeiro turno no Federal, combinada com efeitos negativos da Emenda Constitucional nº
479 86/2015 que entrou em vigor em 2016, poderá reduzir os recursos da União, Estados, Distrito
480 Federal e Municípios no montante estimado entre R\$ 40 bilhões e R\$ 80 bilhões, dependendo
481 dos diferentes cenários de projeção até agora apresentados por especialistas em diferentes
482 fóruns informais de debates sobre o tema; considerando que a justificativa de muitos
483 senadores defensores da PEC nº. 143/2015 – da necessidade de desvincular as receitas para
484 auxiliar as finanças estaduais e municipais no contexto da queda da arrecadação pública
485 decorrente da recessão econômica em curso no Brasil desde 2015 – não resolverá o problema
486 desses Entes da Federação, muito pelo contrário, gerará outro mais grave, a saber: restringirá
487 a oferta de serviços públicos de saúde e reduzirá o aprimoramento da qualidade desses
488 serviços prestados à população, descumprindo assim o dispositivo constitucional de que “a
489 saúde é direito de todos e dever do Estado”; considerando que os senadores ainda não
490 votaram em segundo turno a PEC nº. 143/2015, Vem a público: externar repúdio à PEC nº.
491 143/2015, solicitando aos senadores que não aprovem em segundo turno, pois do contrário
492 reduzirá significativamente os recursos já insuficientes do SUS, o que significa grave ofensa ao
493 direito à saúde garantido na Constituição Federal”. Concluída a apresentação, o coordenador
494 da mesa colocou em votação a minuta de moção. **Deliberação: aprovada, por unanimidade,**
495 **a moção de repúdio à PEC nº. 143/2015.** Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** solicitou
496 que a COFIN dialogue com a coordenação da Comissão de Educação Permanente para o
497 Controle Social sobre a metodologia de trabalho e inclusão das oficinas no contexto da
498 capacitação de conselheiros. **A proposta foi acatada.** Conselheira **Alessandra Ribeiro de**
499 **Sousa** manifestou satisfação com a aprovação da minuta e conclamou os conselheiros a se
500 engajarem na luta contra a aprovação da DRU. Disse que é preciso aprofundar o debate sobre
501 o significado da DRU que retira recursos das políticas da seguridade social. O consultor técnico
502 da COFIN, **Francisco Funcia**, avaliou que a DRU e outras propostas de renúncia de receitas
503 devem ser pauta do CNS, uma vez que representam distorção do financiamento de políticas
504 pública no Brasil. **ITEM 5 – INFORMES E INDICAÇÕES** - Coordenação: conselheiro **Ronald**
505 **Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS; e conselheiro **Edmundo Dzuawi Omoré**, da Mesa
506 Diretora do CNS. **EXPEDIENTE - 1)** Proposta de moção de repúdio aos agrotóxicos. O texto é
507 o seguinte: “Considerando que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o
508 Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, conforme prevê o art. 196
509 da Constituição Federal de 1988; Considerando a atual situação que o Brasil enfrenta, com
510 uma emergência sanitária internacional, em função do elevado número de casos de
511 microcefalia no país, que demonstram relação com a infecção da mãe pelo Zika vírus durante a
512 gestação. Sendo o Aedes aegypti o mosquito transmissor dos vírus da Zika, da dengue e das
513 febres chikungunya e amarela; Considerando a solicitação das empresas de aviação agrícola
514 ao Ministério da Saúde de liberação da pulverização aérea de inseticidas para combate ao
515 mosquito Aedes aegypti. Tendo em vista que a dispersão da aplicação do produto por esta via
516 demanda maior número de aplicações e maior volume de produto, pois uma pequena parte dos
517 agentes químicos aplicados por avião atinge seu alvo; Considerando que desde 2008 o Brasil
518 ocupa o lugar de maior consumidor de agrotóxicos no mundo e, de acordo com o Dossiê “Um
519 alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde”, lançado em 2015 pela Associação
520 Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco, enquanto o mercado mundial de agrotóxicos cresceu
521 93% em 10 anos, no Brasil o crescimento foi de 190%, sendo pulverizados na safra de 2011
522 cerca de 12 litros de agrotóxicos por hectare, o que significa uma média de 12,5 litros de
523 veneno por habitante; Considerando que no período entre 2011 e 2015 foram notificados mais
524 de 56 mil casos de intoxicação por agrotóxicos. E que, além da intoxicação da população em
525 geral, por meio das pulverizações e do consumo de alimentos contaminados por agentes
526 químicos, convivemos com altos índices de contaminação do solo, das águas e do ar;
527 Considerando o parecer do Ministério da Saúde em sua nota informativa nº (número..) que
528 conclui: “levando em consideração os riscos associados à exposição da população aos
529 agrotóxicos, com destaque para aquelas de maior vulnerabilidade (idosos, crianças, gestantes,
530 lactantes, doentes dentre outros); a potencial contaminação de corpos hídricos, alimentos e
531 produções orgânicas; o desequilíbrio ecológico causado pela inespecificidade dos inseticidas; a
532 deriva do produto, as recentes discussões acerca da ineficiência do combate químico ao
533 mosquito, considerando sua potencial indução de resistência aos agrotóxicos, o Ministério da

534 Saúde se manifesta contrário à adoção da pulverização aérea como estratégia para combate
535 de vetores, mesmo em situação emergencial." Vem a público: O Conselho Nacional de Saúde
536 externa seu repúdio a qualquer iniciativa que tenha como objetivo derramar ainda mais veneno
537 no ar, no solo, na água e nas nossas mesas. A preocupação internacional em torno das
538 doenças transmitidas pelo mosquito Aedes aegypti não pode servir de pretexto para interesses
539 econômicos de determinados grupos." Após a leitura, foram apresentadas as seguintes
540 sugestões ao texto: utilizar a nomenclatura "síndrome congênita do zika" no lugar de
541 "microcefalia" causada pelo vírus; considerar que o fumacê está no mesmo espectro dos
542 agrotóxicos pulverizados por aviões; não entrar no debate a questão do fumacê e não colocá-lo
543 no mesmo bojo dos agrotóxicos. Além das sugestões, foram colocadas as seguintes questões:
544 zika vírus é pauta permanente no CNS; solicitar ao MS dados desagregados sobre as mulheres
545 afetadas pelo zika vírus - idade, raça, classe, localidade. **Deliberação: aprovada a moção de**
546 **repúdio com a substituição de "microcefalia" por "síndrome congênita do zika vírus".** 2)
547 **Atualização da nova logomarca do CNS** - O Presidente do CNS apresentou a proposta de
548 nova marca visual do CNS, elaborada pela equipe de comunicação do CNS a pedido da Mesa
549 Diretora do CNS, seguindo a lógica do processo de atualização das ferramentas de
550 comunicação do Conselho. Detalhou que a nova identidade visual visa expressar a diversidade
551 do Conselho e o seu caráter nacional. Após a apresentação, foi aberta a palavra aos
552 conselheiros e as manifestações foram de apoio à proposta. Além disso, foi sugerido destacar
553 o mapa do Brasil (contorno do mapa na cor verde). O Presidente colocou em votação a nova
554 marca. **Deliberação: aprovada, com um voto contrário e uma abstenção, a nova marca**
555 **do CNS, com a sugestão de fazer o contorno do mapa do Brasil na cor verde.** 3) **Monitoramento das ações do Ministério da Saúde no combate ao Aedes aegypti.**
556 **Apresentação:** **Marta Damasco**, coordenadora da Sala Nacional de Coordenação e Controle –
557 SNCC, fez um informe sobre as ações do Ministério da Saúde no combate ao Aedes aegypti.
558 Começou lembrando que o Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia é composto por
559 três eixos: Eixo 1: Mobilização e Combate ao Mosquito; Eixo 2: Atendimento às Pessoas; e
560 Eixo 3: Desenvolvimento Tecnológico, Educação e Pesquisa. Detalhou que o Eixo 1, sob a
561 responsabilidade da SNCC, tem por objetivo reduzir o índice de infestação por Aedes Aegypti
562 para menos de 1% em todos os municípios brasileiros, para diminuir o número de casos de
563 doenças transmitidas pelo mosquito. O método é implementar um Sistema de Coordenação e
564 Controle para intensificar as ações de mobilização e combate ao mosquito: Instalação das
565 Salas Federal, Estaduais e Municipais; Ações Integradas entre Saúde, Educação, Assistência
566 Social, Defesa Civil, Forças Armadas, FUNASA, Meio Ambiente, Saneamento, Limpeza
567 Urbana, outros órgãos convidados e sociedade civil. Explicou que de dezembro de 2015 a
568 junho de 2016 as visitas foram intensificadas, com definição de quatro ciclos 1º: conclusão até
569 29 de fevereiro; 2º: Conclusão até 31 de março; 3º: Conclusão até 30 de abril; e 4º: conclusão
570 até 30 de junho. Disse que os dados do 3º ciclo estão sendo compilados, mas adiantou que os
571 resultados são positivos. Mostrou um desenho que demonstra a integração entre a Sala
572 Nacional e as Salas Estaduais/Distrital e as salas municipais. Detalhou as responsabilidades
573 do Sistema de Coordenação e Controle: coordenar, controlar e monitorar as ações de
574 mobilização e combate ao mosquito (vetor); fortalecer e articular os diferentes órgãos visando à
575 integralidade das ações de combate ao mosquito em todas as esferas de governo; fixar os
576 objetivos e prioridades comuns aos órgãos participantes; definir em conjunto as estratégias
577 para redução da força de transmissão das doenças, por meio do controle do vetor e de seus
578 criadouros; elaborar Planos de Ação para atender às demandas federais, estaduais e
579 municipais; possibilitar o controle e utilização adequada de recursos específicos; promover e
580 sistematizar a mobilização e a comunicação nacional para o combate ao mosquito; e
581 concentrar, analisar e divulgar dados e informações. Detalhou os órgãos participantes da
582 Coordenação Nacional (MS, MI, MD, MDS, MEC, CC/PR, SG/SAF e outros
583 participantes/setores) e explicou que a orientação às salas de coordenação estadual é de
584 configuração semelhando à nacional. Destacou que todas as SECC foram instaladas e
585 realizam troca intensa de experiências. Sobre as Salas/Comitês Municipais, explicou que são
586 1.094 salas instaladas até 14 de abril. Mostrou números sobre o 1º, o 2º e o 3º ciclo de visitas,
587 destacando: no segundo ciclo, 545 salas; no meio do terceiro ciclo, 1.094; queda percentual de
588 focos nos imóveis vistoriados – 3,37% para 2,58% (média nacional); queda das inspeções do
589 1º e 2º ciclo (se deu porque o sistema permite incluir dados do 2º no 1º; no 2º ciclo, efetivo
590 menor das forças armadas). Destacou os desafios enfrentados pelos Estados e Municípios nos
591 1º e 2º Ciclos: implantação de Salas/Comitês Municipais; fortalecimento da intersetorialidade
592 nas Salas Estaduais e Municipais; recuperação de imóveis fechados ou recusados;
593

594 alimentação de dados no SIMPR pelos Estados/Salas Estaduais – necessidade de reduzir o
595 intervalo entre as visitas a imóveis urbanos e a recepção dos registros; e existência de
596 municípios “silenciosos” no SIMPR. Detalhou as ações de mobilização propostas às salas:
597 audiências públicas nas Câmaras Municipais e Assembleias Legislativas abordando a
598 importância da criação de Salas Municipais e a relevância da participação dos diversos setores
599 da sociedade no combate ao Aedes aegypti; mutirão de limpeza envolvendo ACE, ACS,
600 Defesa Civil Municipal e Estadual, Corpo de Bombeiros, Forças Armadas, setores de limpeza
601 urbana, sociedade civil organizada, entre outros. Esta ação deve ser realizada em locais
602 estratégicos como garagens de ônibus (estaduais e municipais), borracharias, depósitos de
603 material reciclável, depósitos de resíduos sólidos, depósitos de pneus, ferros velhos, obras e
604 construções, etc; mutirão de visitas para recuperação de imóveis urbanos fechados e
605 recusados; entrevistas coletivas das Salas Estaduais de Coordenação e Controle à imprensa
606 acerca das ações desenvolvidas; e atividades educacionais para usuários das unidades de
607 saúde, como rodas de conversa, palestras e distribuição de material informativo. Disse que são
608 parceiros das ações: CONASS, CONASEMS (COSEMS); Banco do Brasil, Caixa e Correios;
609 Conselhos municipais e estaduais de saúde, conselhos profissionais, instituições religiosas,
610 movimentos sociais; Defesa Civil local; Corpo de Bombeiros; Apoiadores institucionais do
611 Ministério da Saúde; Associação Nacional dos Serviços Municipais de Saneamento-ASSEMAE;
612 Associação Brasileira das Empresas Estaduais de Saneamento – AESBE; e outros. Explicou
613 que o Ministério da Saúde está promovendo debate com outros ministérios e distribuidoras de
614 água sobre saneamento, distribuição de água, esgotamento sanitário, resíduo sólido e
615 drenagem urbana. Disse que estão sendo elaboradas diretrizes para que estados e municípios
616 desenvolvam ações a partir de uma base nacional. Ressaltou que será iniciado um ciclo de
617 visita às salas estaduais para aprofundar o debate e estimular o trabalho intersetorial nos
618 municípios. No mais, reiterou que os dados do LIRA estão sendo consolidados e observou-se
619 que vários municípios atingiram grau baixo de infestação. Colocou-se à disposição para outros
620 esclarecimentos e convidou os conselheiros para participarem das videoconferências que
621 ocorrem às quartas, quintas e sextas-feiras. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**,
622 Presidente do CNS, solicitou que os dados, tão logo concluídos, fossem disponibilizados aos
623 conselheiros nacionais. Além disso, reiterou o encaminhamento de que os conselheiros
624 acompanhem as reuniões das salas de situação nos seus Estados. **Manifestações**.
625 Conselheira **Cleuza de Carvalho Miguel** perguntou qual será a iniciativa em relação aos
626 carros parados que servem como criadouro para o mosquito. A coordenadora da SNCC
627 explicou que as visitas voltarão à rotina e está na pauta visita a locais com carros e vagões
628 parados. Conselheira **Oriana Bezerra Lima** perguntou se foi feita análise em relação ao
629 período do ciclo porque o programa de dengue estabelece de 4 a 6 ciclos por ano e, com a
630 introdução do zika vírus, houve mudanças no período de duração desses ciclos (redução de
631 três para um mês). Com isso, o número de visitas diminuirá. Além disso, destacou que o
632 cronograma apertado inviabiliza recuperar os imóveis fechados. Salientou que a gestão
633 municipal não consegue acompanhar, em número de profissionais, o crescimento das cidades.
634 Assim, é preciso lançar outras estratégias que sejam eficazes no controle vetorial. Conselheiro
635 **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, solicitou à conselheira Oriana Bezerra
636 maiores esclarecimentos sobre a sua intervenção. Conselheira **Oriana Bezerra Lima** explicou
637 que é preciso verificar o impacto ao definir vários ciclos durante o ano ou, pelo menos, um ciclo
638 a cada dois meses. A coordenadora da SNCC esclareceu que o sistema é flexível, assim,
639 mesmo encerrado o ciclo, é possível continuar a inclusão de dados. Salientou que o mais
640 importante é intensificar o número de visitas, sem rigidez e garantir queda no índice de
641 infestação. Conselheira **Oriana Bezerra Lima** destacou que o não fechamento do ciclo e do
642 número de visitas pode dar a falsa impressão que os municípios não executam as ações,
643 mesmo tendo realizado diversas ações. A coordenadora da SNCC explicou que a
644 intensificação dos ciclos de visitas está se encerrando e iniciam-se ações de caráter
645 estruturante (resíduos e armazenamento de água). Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca**
646 avaliou que houve avanços acerca das ações conjuntas e intersetoriais e perguntou se estão
647 previstas medidas de estímulo para que o cidadão comum se engaje na luta contra o mosquito.
648 A coordenadora da SNCC explicou que foi solicitado aos municípios que elaborem os seus
649 planos acerca de saneamento e resíduos e sugeriu convidar o NUCOM/SVS/MS para
650 apresentar as ações e campanhas de publicidade que vem desenvolvendo. **Encaminhamento:**
651 **convidar representação do NUCOM/SVS/MS para apresentar as campanhas de**
652 **comunicação acerca do combate ao Aedes aegypti.** **ITEM 6 – APRESENTAÇÃO DO SUS**
653 **CONECTA/AVASUS - Apresentação: Heider Aurélio Pinto**, Secretário de Gestão de Trabalho

e da Educação na Saúde – SGTES/MS. Coordenação: conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS. Iniciando, o Presidente do Conselho explicou que neste ponto de pauta seriam apresentados o Susconecta e o Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS – AVASUS, duas importantes ferramentas de comunicação. Informou que o Susconecta foi lançado no Congresso da Rede Unida, com a participação do CNS e já estava sendo utilizado pelo Conselho. Para deliberação, seria submetida à apreciação do Plenário uma proposta de recomendação sobre o Susconecta. O Secretário de Gestão de Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES/MS, **Heider Aurélio Pinto**, iniciou agradecendo a participação do Presidente do CNS na solenidade realizada no Palácio do Planalto, na semana anterior, em que a Presidenta Dilma Rousseff anunciou as medidas em relação ao Programa mais Médicos. Nessa oportunidade, o Presidente do CNS entregou a Presidenta da República o relatório da 15ª Conferência Nacional de Saúde e conversou com ela sobre questões relativas à saúde e ao controle social. Aproveitou ainda para entregar ao Presidente do CNS o livro “*Mais Médicos*”, de Araquém Alcântara. O fotógrafo percorreu 19 estados e 38 cidades durante um ano retratando o Programa mais Médicos. Dito isso, passou à apresentação das duas ferramentas. Explicou que o Ambiente Virtual e Aprendizado do SUS - AVASUS, lançado a cerca de um ano, é uma plataforma virtual de aprendizagem desenvolvida inicialmente para as escolas técnicas do SUS e, por conta dos resultados positivos, decidiu-se ampliar para as universidades e o controle social. Explicou que, após debate, Ministério da Saúde considerou interessante apoiar uma rede colaborativa do SUS e não do Ministério da Saúde. Ou seja, tratar-se de uma rede desenvolvida por universidades e protagonizada pelo Conselho Nacional de Saúde, pela Rede Unida e pela FIOCRUZ. As universidades parceiras são Federal da Paraíba, Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre e Federal de Minas Gerais. Disse que o primeiro lançamento foi feito no Congresso da Rede Unida, em Campo Grande, com a presença das universidades, Rede Unida, Ministério da Saúde e CNS. Detalhou que o objetivo do Susconecta é promover a disseminação de conhecimentos, experiências e debates sobre o SUS através da conexão de diferentes atores e canais de comunicação. Detalhou que a ferramenta possui três eixos com conteúdos específicos: **1) Curadoria Colaborativa de Conteúdo:** agregar, sistematizar, indexar e disponibilizar conteúdos de interesse do SUS. Funciona em função dos seguintes elementos: eventos, oportunidades, experiências (relatos de experiências do SUS em todos os Estados), relatos, midiateca, redes e comunidades, “Temos dito” (informações); **2) Ocupar e Integrar as Redes:** produção e estímulo à produção de conteúdo #susconecta em outras redes sociais (instagram, facebook, youtube); **3) Serviços de TI para a #susconexão:** plataformas integradas, bate-papo, discussão, autenticação, relatos de experiência, rede social. Concluindo, frisou que o SUSconecta é uma plataforma da sociedade e não do governo, com gestão rotativa e no momento está sob a gerência da Rede Unida. Acrescentou que se trata de uma importante ferramenta para socializar o conhecimento e organizar conjunto de pauta, potencializando a capacidade de comunicação dos construtores e militantes do SUS. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, explicou que a proposta reflete as construções coletivas nos diferentes fóruns – fórum de educação e comunicação do CNS, 15ª CNS. **Júlio César Schweickardt**, coordenador da Rede Unida, destacou que é preciso pensar na comunicação que esteja conectada com as experiências no âmbito do SUS. Destacou que o SUSconecta é uma ferramenta importante para compartilhar o que ocorre nas diversas regiões do país e outros países da América Latina. Disse que a primeira tarefa, na coordenação da ferramenta, será definir o modelo de gestão e convidou as organizações e instituições para tornar o Sistema um espaço democrático de debate. Conselheira **Kátia Souto** cumprimentou a iniciativa e destacou a importância da comunicação especialmente nesse momento em que é essencial defender a democracia e o controle social. Também disse que é preciso compreender essa ferramenta como espaço de formação para conselheiros e outras lideranças sociais, gestores, trabalhadores e usuários. Sugeriu mapear outras instituições formadoras para se agregarem ao SUSconecta a fim de fortalecê-lo como espaço mobilizador de defesa do SUS e seus princípios. Conselheira **Juliana Acosta Santarum** saudou a estratégia do SUSconecta que faz a interação daqueles que constroem o SUS em um ambiente virtual, atendendo as indicações do planejamento do CNS e as deliberações da 15ª Conferência. Dada a importância da iniciativa, manifestou apoio à minuta de resolução que seria apresentada. Sobre o Programa Mais Médicos, disse tratar-se de uma conquista da população brasileira que atende às reivindicações de ampliação do acesso e da qual os movimentos sociais são beneficiários. Destacou que o Programa mudou a realidade, sobretudo das populações em áreas de difícil acesso e parabenizou o governo pela prorrogação. Conselheira **Maria Arindelita Neves de Arruda**, primeiro, cumprimentou o

714 Secretário pelo trabalho desenvolvido à frente da SGEP/MS e pela parceria com o CNS.
715 Saudou as ferramentas e sugeriu utilizá-las para a qualificação de conselheiros de saúde e
716 para conectar entidades, além de trocar ideias e receber informações, possibilitando, inclusive,
717 fortalecer a luta na defesa do SUS. Não havendo outros inscritos, o presidente do CNS fez a
718 leitura da minuta de resolução sobre o SUSConecta. O texto é o seguinte: "RESOLUÇÃO Nº
719 XXX, de 5 de maio de 2016. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima
720 Octogésima Primeira Reunião Ordinária, realizada nos dias 5 e 6 de maio de 2016, no uso de
721 suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro
722 de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de
723 julho de 2006, cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de
724 1988 e da legislação brasileira correlata; e considerando que o Conselho Nacional de Saúde é
725 instância máxima de deliberação do Sistema Único de Saúde – SUS, de caráter permanente e
726 deliberativo, que tem a finalidade de atuar na formulação e no controle da execução da Política
727 Nacional de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, nas estratégias de
728 promoção do processo de controle social em toda a sua amplitude, no âmbito dos setores
729 público e privado; considerando que compete ao CNS a responsabilidade de fortalecer a
730 participação e o controle social no SUS (art. 10, IX do Regimento Interno do CNS);
731 considerando as deliberações da 15ª Conferência Nacional de Saúde, em especial a que
732 decidiu "promover e efetivar políticas de comunicação, com auxílio das universidades, em
733 todas as esferas do governo, utilizando os meios de comunicação de massa (TV, rádio), redes
734 sociais, escolas, ONGs, etc., para socializar o conhecimento sobre o funcionamento e
735 organização dos espaços de participação popular, conscientizando os trabalhadores e usuários
736 para a importância da participação popular nas Comissões e Conferências de Saúde em todas
737 as esferas do Controle Social, responsabilizando-os pelo exercício da cidadania"; considerando
738 a importância da comunicação social, incluindo aí os modos contemporâneos de comunicação
739 em rede, para a ampliação da abrangência, aprofundamento e fortalecimento do Controle
740 Social e da Participação Popular, princípios fundamentais do SUS; considerando as políticas
741 de acesso aberto à informação e aos conhecimentos adotadas por diversas instituições da área
742 da saúde, consubstanciada na imperiosa necessidade de ampliar o acesso ao conhecimento,
743 socializar e sistematizar saberes e experiências produzidas pelos diversos sujeitos e coletivos
744 no exercício cotidiano do controle social no SUS; e considerando a parceria estabelecida com a
745 Universidade Federal do Rio Grande do Norte, com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul,
746 com a Rede Unida e com a Fundação Oswaldo Cruz para a criação de plataforma virtual
747 que integra funções de comunicação social, rede colaborativa e portal de integração, batizada
748 de "#susconecta" em projeto que contou com apoio, incluindo financeiro, do Ministério da
749 Saúde. Resolve: que o Conselho Nacional de Saúde participará da Cooperação que envolve a
750 Universidade Federal do Rio Grande do Norte, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a
751 Rede Unida, a Fundação Oswaldo Cruz e o Ministério da Saúde com o objetivo de seguir
752 desenvolvendo o "#susconecta"; que o "#susconecta" seja reconhecido como um dos
753 importantes modos de comunicação do Conselho Nacional de Saúde com capacidade de
754 qualificar a comunicação deste Conselho, de otimizar e qualificar o diálogo e ação dos vários
755 sujeitos envolvidos no controle social nas três esferas de governo; que o Conselho Nacional de
756 Saúde participará da governança do "#susconecta", nos termos definidos por essa cooperação,
757 e que atue para envolver na mesma mais instituições importantes para a construção do SUS e
758 efetivação do direito à saúde; e que o Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários
759 de Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Secretarias Estaduais e
760 Municipais possam também participar e apoiar a iniciativa." Concluída a leitura, o Presidente do
761 CNS colocou em votação a resolução. **Deliberação: aprovada a resolução.** Por fim, solicitou
762 que os conselheiros incluam "#susconecta" nas suas publicações no facebook, instagram para
763 possibilitar a conexão. Posteriormente, será feito tutorial de exercício e desenvolvimento da
764 utilização da ferramenta. Após agradecer os convidados, encerrou este ponto de pauta. **ITEM 7**
765 - **PARÂMETROS ATUAIS DA ATENÇÃO À SAÚDE EM ONCOLOGIA** - *Apresentação:*
766 **Sandro J. Martins**, Coordenador-Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas -
767 SAS/MS. *Coordenação:* conselheiro **André Luiz de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS; e
768 conselheira **Kátia Maria Barreto Souto**. O coordenador **Sandro J. Martins** agradeceu a
769 oportunidade de expor sobre o panorama da atenção oncológica no SUS, com as linhas de
770 atividades para prevenção do câncer, diagnóstico precoce, tratamento oncológico tempestivo e
771 desafios atuais. Iniciou explicando que a prevenção do câncer estrutura-se em eixos que visam
772 evitar fatores de risco para esse grupo de doença, sendo: alimentação saudável, estímulo à
773 atividade física, combate à obesidade e combate ao tabagismo. Do ponto de vista de promoção

da alimentação saudável, o SUS avança na consolidação de políticas voltadas ao esclarecimento da sociedade sobre o que é e como se dá uma alimentação saudável, que se inicia com a promoção do aleitamento materno. Nesse aspecto, destacou o Programa Saúde na Escola (+ 80 mil escolas) e a Cooperação MS/FENEP (18 mil escolas privadas). No que se refere ao estímulo à atividade física, destacou o Programa Academia da Saúde (desde 2013), com polos estruturados para promoção à saúde e incentivos do MS do ponto de vista de investimentos e custeio. No que se refere à obesidade, explicou que diversos tipos de neoplasias têm incidência aumentada em decorrência da obesidade e a diabetes é um fator adicional de aumento do risco de câncer. Destacou que o combate à obesidade contempla ações de prevenção e linha de cuidado integral ao obeso. Em relação ao combate ao tabagismo, destacou o Programa Nacional de Controle do Tabagismo e o tratamento da dependência à nicotina. Disse que o Programa estrutura-se em ações por meio do Instituto Nacional do Câncer e intersetorialmente com agências nacionais e internacionais afetas ao controle do tabagismo. Acrescentou que o combate ao tabagismo considera o consenso (2001) com abordagem e tratamento do fumante, PCDT (2004): dependência à nicotina e CAB (2015): O Cuidado da Pessoa Tabagista. Sobre o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), destacou a adesão de Unidades Básicas de Saúde - UBS pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Adesão: 24.524 equipes (63% das equipes do PMAQ); 19.487 Unidades Básicas de Saúde; e 4.375 municípios (78,6%). Estima-se que 138.468 pessoas estejam em tratamento medicamentoso. Do ponto de vista de diagnóstico precoce, disse que a estratégia está centrada no câncer de colo de útero e de mama. Essa escolha decorre de questões epidemiológicas, uma vez que esses dois tipos de câncer são questões de saúde relevantes para a população feminina. Acrescentou que outros tipos de câncer não possuem políticas de detecção e prevenção eficazes, a exceção do câncer de intestino e pulmão, em situações particulares. No que se refere ao câncer de colo uterino, destacou as seguintes medidas: vacinação para HPV; rastreamento pelo exame citopatológico (mulheres entre 25 a 64 anos, periodicidade: anual x 2 > trienal; HIV (+): semestral x 2 > anual); qualificação dos exames citopatológicos; e serviços de referência para diagnóstico e tratamento de lesões precursoras. Destacou a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito) no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (Portaria GM/MS 3.388, de 30 de dezembro de 2013), que visa melhoria contínua da qualidade, incentivar o aumento da cobertura, capacitação permanente dos laboratórios e critérios de qualidade para o contrato e o distrato, com monitoramento pelo Sistema de Informação do Câncer (SISCAN). Detalhou que a Portaria define os tipos de habilitação: Laboratório Tipo I: públicos ou privados, realizam exames citopatológicos; e Laboratório Tipo II: públicos, realizam exames citopatológicos e Monitoramento Externo da Qualidade (MEQ). Acrescentou que a Portaria nº 2.046, de 12 de setembro de 2014, habilitou 596 laboratórios, sendo 571 laboratórios Tipo I, 8 laboratórios tipo I e II e 17 laboratórios tipo II. Todavia, está sendo feita revisão das habilitações dos laboratórios aprovados em set/2014: prazo até 15 de dezembro para os estados enviarem as revisões via SAIPS e até março de 2016 para análise da CGAPDC. Disse que uma das dificuldades até o momento refere-se ao manejo do sistema de informação. Também falou sobre os serviços de referência para diagnóstico e tratamento de lesões precursoras do câncer de colo uterino. Explicou que serviços de ginecologia com estrutura para realizar esse tipo de tratamento na média complexidade podem habilitar-se como serviço de referência para diagnóstico e tratamento para essas lesões e recebe, por isso, um incentivo e um adicional no valor da sua produção. Apesar das mudanças na forma de financiamento neste programa, de 2014 até o momento, um número pequeno de propostas foi apresentado para participar do programa. No que se refere à prevenção e diagnóstico precoce do câncer de mama, a estratégia preconizada é rastreamento oportunístico, mamografia para mulheres entre 50 a 69 anos (risco habitual), com periodicidade bienal (regra geral). É definida estratégia diferente, de acordo com a indicação médica se apresenta fator de risco elevado: parente de primeiro grau com câncer de mama antes dos 50 anos; parente de primeiro grau com câncer de mama bilateral ou câncer de ovário; parente de primeiro grau com câncer de mama masculino; e diagnóstico prévio de lesão mamária proliferativa. Destacou que a escolha da faixa etária para mamografia é um objeto permanente de controvérsias no meio, com discussão internacional acerca desse exame. Frisou que a eficiência do exame na pré-menopausa é menor e vários países adotam faixas etárias consideradas no Programa Nacional de Controle do Câncer do Mama com base na mesma leitura que faz nas evidências científicas. Detalhou as metas de diagnóstico precoce: mamografia: 65% dos exames realizados anualmente sejam em mulheres na faixa etária de

risco (50 a 69 anos), o que equivale a 3,8 milhões de exames (apesar dessa definição, mulheres mais jovens podem fazer esse exame por indicação médica); e citopatológicos: 75% dos exames realizados anualmente sejam em mulheres na faixa etária de risco (25 a 64 anos), o que corresponde a 8,8 milhões de exames. Salientou que, identificado caso suspeito pela mamografia, a mulher precisa ter acesso ao meio de fazer procedimento diagnóstico. Para isso, há uma Política para estruturar os serviços de referência para diagnóstico do câncer de mama. Esses serviços recebem incentivo para instalação e aprimoramento e vantagem em termos de valor de custeio dentro da tabela. Da mesma forma que os serviços de diagnóstico de câncer de colo de útero, observa-se baixo interesse, por parte dos gestores, de reconhecer a capacidade instalada dos serviços para esse tipo de ação. Explicou que a habilitação de novos hospitais (Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014) considera novos critérios – base demográfica, regionalizada. Nessa fase, é solicitada a elaboração de Plano de Ação Estadual/Distrital (prazo: 29/02/2017 - (Entrega dos Planos e pedidos de habilitação dos serviços). Acrescentou que se espera como resultado proposta concreta de ações, e não apenas uma descrição, sem análise, do que o estado ou a Região de Saúde possui em seu território. Espera-se uma análise crítica da situação e a proposição de estratégias de enfrentamento, no formato de plano para o curto e médio prazo. Disse que a avaliação da atenção básica é importante porque o SUS está se estruturando para que a porta de entrada para a atenção especializada seja de maneira adequada à Estratégia da Saúde da Família. Na atenção especializada, Estados e Distrito Federal devem mapear a estrutura disponível e analisar a situação frente à necessidade (serviços (habilitados e não habilitados) e equipamentos e – CEOs, policlínicas, ambulatórios e outras possibilidades de expansão dos serviços) e propor estratégias para o diagnóstico precoce de câncer de mama e câncer de colo e enfrentamento. Detalhou o parâmetro de necessidade de oferta de serviços: 1 habilitação para cada 500.000 habitantes; ou 1 habilitação para cada 900 CNC (regiões Sul e Sudeste). Além disso, o Plano define a necessidade de avaliar os hospitais e respectivas habilitações, avaliar se há déficit de serviços, considerando o número de habilitações e a capacidade instalada de cada serviço e definir o território adscrito para cada hospital. Salientou que a estimativa de produção mínima anual de cirurgia de câncer, radioterapia e quimioterapia deverá respeitar os parâmetros definidos na Portaria SAS/MS 140/2014. A produção correspondente a mais do parâmetro populacional ou de casos novos anuais deve ser computada como múltiplo em tantas vezes o seja do mínimo estimado, reduzindo-se correspondentemente o número de estabelecimentos de saúde necessários. E naqueles hospitais habilitados com radioterapia será proporcional ao número de aceleradores lineares/unidades de cobalto existentes no hospital. Essa definição faz com que haja, em um mesmo território, hospitais com capacidade diferente de atendimento; o desenho precisa considerar o parâmetro demográfico e a capacidade de atendimento dos hospitais já existentes. Todavia, critérios de acesso devem ser privilegiados em relação ao critério de capacidade instalada. Sobre a habilitação de novos hospitais, explicou que a maior parte dos Estados não apresentou os planos de organização da rede de atenção oncológica do seu território e o prazo, que terminou em fevereiro de 2017, foi ampliado por mais um ano para que as Secretarias apresentem suas propostas. Segundo, falou sobre a ampliação do acesso à radioterapia, explicando tratar-se de um esforço antigo do Ministério da Saúde. Destacou as seguintes iniciativas no sentido de ampliação do acesso à radioterapia: Projeto Expande (2002-2011): 24 unidades previstas e 18 entregues; Convênios (2007-2015): 58 propostas de aceleradores, 8 de braquiterapia, 48 pagos (Três Lagoas/MS e Palmas/TO, cancelaram após pagamento) e 9 entregues e em funcionamento; e 8 com compra concluída; e Plano de Expansão da Radioterapia (2012-2018). Detalhou que o Plano de Expansão da Radioterapia visa a aquisição de 80 equipamentos de radioterapia para serviços que atendem usuários do SUS, em todo o país, com objetivo de fortalecer e ampliar os serviços destinados à oferta de procedimentos de Radioterapia, com abrangência em 65 municípios, em 22 estados e Distrito Federal, nas cinco regiões do país. Como consequências positivas desse plano de expansão, destacou a primeira experiência civil de ACT no Brasil associada à compra pública com aquisição do produto aliada à geração de benefício industrial, construção da primeira fábrica da América Latina para produção de aceleradores lineares e transferência de tecnologia para até cinco instituições científicas e tecnológicas brasileiras. Nesse plano de expansão, dos 80 equipamentos, 37 são destinados à ampliação de um serviço já existente de radioterapia e os demais para hospitais onde não existem esses serviços. Acrescentou que todas as unidades da federação estão contempladas nessa iniciativa. Salientou que o fenômeno da necessidade de acompanhamento da tempestividade do acesso ao tratamento oncológico motivou os

legisladores a estabelecerem marcos para organizar o SUS e responder de forma satisfatória às pessoas que sofrem com a doença. Explicou que a Lei nº. 12.732/2012 estabeleceu o prazo de 60 dias para acesso ao tratamento do câncer após o diagnóstico. Sendo assim, foi estruturado sistema para monitoramento do prazo para tratamento (a funcionalidade sobre o prazo foi incorporado ao SISCAM). Disse que são aproximadamente 11 mil usuários cadastrados, mas esse número está aquém do que se espera em termos de cobertura do sistema. Apesar dessa baixa cobertura e possivelmente não representativa (hospitais menores ainda enfrentam dificuldades), essa base de dados registra 58 mil casos de câncer acompanhados e 57% iniciaram tratamento dentro do marco normativo estabelecido. Acrescentou que essa é uma ferramenta importante para acompanhamento da tempestividade desejada para o acesso ao tratamento do câncer. Destacou que os desafios atuais são ampliar o acesso a diagnóstico e tratamento, regionalizar o acesso a tratamento e implementar política para cuidados paliativos. Em relação a acesso a diagnóstico e tratamento, destacou, nos últimos seis anos: em termos de cirurgia oncológica, acréscimo de 12%; 32% em quimioterapia; 26% em radioterapia; e 57% em mamografia. Por outro lado, decréscimo de 22% da produção de exame citopatológico de câncer de colo de útero, apesar das iniciativas de incentivos financeiros, mudança na forma de financiamento (situação ocorre de forma generalizada nos estados, com exceção do Amazonas e Distrito Federal). Do ponto de vista do acesso a tratamento, disse que 57% das pessoas tem acesso tempestivo ao tratamento e se observa ampliação, ao longo dos anos, do número de pacientes tratados por cirurgia, quimioterapia ou radioterapia no SUS. No que se refere aos cuidados paliativos, destacou que está em elaboração a versão inicial do documento norteador sobre "Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde". Trata-se de um Trabalho realizado em parceria com Coordenação Geral de Atenção Domiciliar, em revisão pelo DAET/SAS. **Manifestações.** Conselheiro **Arlison Cardoso da Silva** explicou que, apesar da expansão e da qualificação da assistência oncológica no Brasil, os municípios ainda enfrentam vários problemas nessa área. Explicou que a ampliação da atenção possibilitou aumento da detecção do câncer, inclusive precoce; com isso, mais pacientes em tratamento por mais tempo. Todavia, essa ampliação gerou filas, porque não houve expansão da rede oncológica de atendimento. Outro problema enfrentando pelos municípios refere-se à exigência de biopsia e resultado do tipo de tumor para o acesso do paciente à atenção oncológica. Essa exigência traz dificuldades e os municípios entendem que deve ser feito pelo próprio Centro, assegurando tratamento integral. Destacou também o problema da logística de transporte de usuários para tratamento, explicando que o custo desse deslocamento é alto e os municípios não têm coparticipação estadual e federal. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** manifestou satisfação por debater esse tema no CNS e perguntou se o Ministério da Saúde está cumprindo a meta de garantir acesso ao tratamento do câncer após o diagnóstico. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** saudou o expositor e perguntou se a ação relativa à alimentação saudável na prevenção do câncer e combate à obesidade considera a nova versão do Guia Alimentar. Além disso, indagou se foram definidas novas ações de estímulo ao aleitamento materno e de intervenção na regulação de propagandas de leites artificiais. Conselheira **Karolina Bento** manifestou satisfação por participar desse debate e informou que a ABRALE, junto com a FEMAMA e a ACT, criou o Movimento "Todos juntos contra o câncer". Explicou que o movimento reúne 50 entidades de pacientes, médicas e científicas na área para monitorar as ações do Ministério da Saúde em oncologia dada a incidência crescente de câncer no país. Também destacou que foi criado o observatório da oncologia que consiste em uma plataforma online e dinâmica de monitoramento de dados abertos e compartilhamento de informações relevantes da área de oncologia do Brasil. Entre esses dados, foram compiladas informações sobre mortalidade e incidência apontando que em alguns anos o câncer será o maior índice de morte. Reconheceu os avanços na área de oncologia, todavia, avaliou que ainda não é suficiente. Salientou ainda que foi criada a Declaração para a melhoria da atenção ao câncer no Brasil que traz as principais demandas do segmento, que devem ser olhadas e trabalhadas pelo governo com urgência. Explicou que, a partir do monitoramento, as entidades identificaram que muitos pacientes não estão sendo atendidos no prazo estabelecido de 60 dias. Nesse sentido, perguntou o que ser feito para melhorar e ampliar a rede de modo a assegurar o prazo definido para atendimento. Além disso, quis saber como está a política de expansão da radioterapia, visto que muitos pacientes não conseguem ter acesso a esse tratamento (hoje, 360 mil pacientes necessitam desse tratamento). Finalizando, colocou o Movimento à disposição para contribuir na melhoria do cenário da oncologia e na ampliação do acesso ao tratamento. Conselheira **Lorena Baía** agradeceu o expositor pela apresentação esclarecedora, mas manifestou preocupação com os

954 gargalos. Perguntou se há previsão de garantia da hormonoterapia pós-tratamento do câncer
955 na atenção básica tendo em vista a dificuldade de garantir esse atendimento. Também lembrou
956 que no dia 13 de abril, o Congresso Nacional aprovou a lei nº 13.269, que autoriza o uso da
957 fosfoetanolamina sintética por pacientes diagnosticados com neoplasia maligna e perguntou se
958 a Coordenação Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas possui parecer técnico
959 acerca desse tema. Além disso, sugeriu que o CNS elaborasse nota técnica a respeito dessa
960 matéria. Conselheira **Oriana Bezerra Lima** agradeceu a exposição e sugeriu solicitar as áreas
961 técnicas do Ministério da Saúde um levantamento do comparativo de incidência de novos
962 casos de câncer versus acesso (tratamento e procedimentos oncológicos), inclusive para
963 subsidiar as ações relacionadas à nutrição e atividade física que são importantes para
964 prevenção de cânceres. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** agradeceu o esforço das
965 áreas técnicas para informar o Conselho e implementar as políticas públicas definidas.
966 Manifestou preocupação com o viés social que envolve as pessoas com câncer (pacientes
967 viajam por horas para o tratamento) e perguntou ao coordenador se estão previstas ações de
968 apoio a entidades que ajudam no acolhimento dos pacientes, assegurando tratamento mais
969 pleno. Conselheira **Vânia Lúcia Leite** cumprimentou a Mesa Diretora do CNS por pautar o
970 tema e fez os seguintes questionamentos para o seu esclarecimento: diante da crise do país,
971 como o SUS está se organizando para atender a população com câncer – do diagnóstico ao
972 tratamento? Mágica e estresse podem causar câncer? Há cartilha sobre prevenção do câncer?
973 Conselheiro **Luiz Carlos Medeiros de Paula** manifestou satisfação com os avanços na área
974 de medicamentos e tecnológicos. Todavia, pontuou as dificuldades nos municípios para o
975 diagnóstico do câncer e o acesso ao tratamento. Perguntou se o Ministério da Saúde poderia
976 disponibilizar unidade móvel para o deslocamento de pacientes de regiões longínquas até os
977 locais onde se realiza o diagnóstico de câncer, especialmente de mama. Conselheira **Liane**
978 **Terezinha de Araújo Oliveira** frisou as preocupações da FEMAMA com o acesso ao
979 diagnóstico e ao tratamento e manifestou preocupação o SISCAN porque os dados não
980 expressam a situação acerca do câncer de mama e outros tipos de câncer no país. Também
981 salientou que há mais dez não é incorporada nenhuma medicação nova para câncer avançado.
982 Além disso, retificou que nas mulheres com menos de 50 anos, na pré-menopausa, também é
983 possível identificar microcalcificações e, tanto é possível, que hoje está viva e bem. Ressaltou
984 a importância do cumprimento da Lei 12.732/2012 e da Lei 11.664/2008 visando a diminuição
985 da mortalidade. Também salientou a fila de fila de espera na rede de prestadores de serviço da
986 alta complexidade, impossibilitando, inclusive, o cumprimento da Lei nº. 12.732/2012.
987 Conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** agradeceu o coordenador pela exposição
988 esclarecedora e, apesar dos avanços na área, frisou que há muito a avançar. Disse que
989 coordena grupo de mulheres acometidas pelo câncer de mama, em Fortaleza, e as
990 participantes narram dificuldades de acesso ao diagnóstico e tratamento. Perguntou o que
991 pode ser feito para garantir o diagnóstico precoce do câncer principalmente em mulheres
992 jovens, acometidas cada vez mais cedo por essa doença. Conselheiro **André Luiz de Oliveira**
993 ressaltou que o tema é de suma importância principalmente por conta do cenário de mudança
994 do perfil de hábitos inadequados da população, com aumento da incidência de neoplasias na
995 população. Propôs outros momentos de debate acerca desse tema dada a importância e
996 complexidade. Conselheira **Zaíra Tronco Salermo** sentiu-se contemplada nas falas dos seus
997 antecessores, especialmente da conselheira Nelly Ferreira e solicitou informações sobre a
998 nutrição durante o tratamento do câncer. Também perguntou os motivos da redução do número
999 dos exames citopatológicos, um procedimento de baixo custo, realizado na atenção básica.
1000 Conselheiro **Semiramis Maria Amorim Vedovatto** cumpriu o expositor pela clareza da
1001 exposição e salientou a importância de priorizar a política de humanização no cuidado da
1002 pessoa com câncer. Nesse sentido, solicitou investimento na capacitação da atenção básica
1003 para acolhimento das pessoas com câncer. Conselheira **Kátia Souto** perguntou como são
1004 tratadas as questões relativas à política de práticas integrativas e complementares e à política
1005 de humanização nos cuidados paliativos. Avaliou que o acesso ainda é um desafio, inclusive à
1006 informação para prevenção do câncer. Também disse que é preciso abordagem sobre o estilo
1007 de vida como forma de prevenção. **Retorno da mesa.** O Coordenador-Geral de Atenção às
1008 Pessoas com Doenças Crônicas - SAS/MS, **Sandro J. Martins**, iniciou explicando que tomou
1009 nota das intervenções e sintetizou em dezesseis pontos sobre os quais fará posicionamento
1010 pontual, por escrito. Dito isso, fez um apanhado geral das questões colocadas, destacando os
1011 seguintes aspectos: no que se refere à linha de cuidado, a maior preocupação é o acesso ao
1012 exame anáATOMO patológico para entrar na rede de alta complexidade – essa é questão que
1013 precisa ser debatida na formulação dos planos de atenção oncológica; os ANACONS e

CACONs devem atuar de maneira consertada com o restante do Sistema de saúde e oferecer um leque de exames de diagnóstico do câncer mais frequentes (está previsto nas suas condições de habilitação, mas a realidade é que a maioria dos hospitais não atende o mínimo estabelecido); na reformulação da política de habilitação é preciso definir a coresponsabilização desses hospitais; é preciso considerar também a escassez de profissionais na área de exames de diagnóstico; há um descompasso entre a incidência esperada de câncer e a capacidade de produção; a cobertura da assistência oncológica no país está aquém do ideal; o número de casos de câncer no Brasil não deve ser apenas 600 mil anuais estimados pelas estatísticas disponíveis - a melhoria da qualidade da informação através de mais pontos de acesso a diagnósticos levará a números maiores de casos (parecidos aos da Região Sul); a variação na incidência reportada de casos de câncer deve-se a dificuldade de diagnóstico e registro de casos – ao corrigir essa questão, se verificará que as necessidades ainda é maior do que estimulada – daí a necessidade de incorporação tecnológica que amplia a capacidade diagnóstica e terapêutica, mas implica em dispêndio adicional de recursos orçamentários; é considerado o impacto financeiro das decisões da CONITEC sobre incorporação de tecnologia; sobre a realização da mamografia antes dos 50 anos, os estudos são constantemente reanalizados e novas informações são trazidas, assim, as decisões sobre população alvo de rastreamento são revisadas; foi publicada atualização de estudos de base populacional de rastreamento de câncer de mama, em Gotemburgo – o rastreamento mostrou que produz uma redução da mortalidade e incidência de câncer de mama invasivo maior nas mulheres entre 40 e 49 anos (abaixo da faixa etária incluída no sistema de rastreamento); está sendo estudada a oferta da hormonoterapia na atenção básica e possivelmente haverá solução para essa questão; a fosfoetanolmidate não é a única prática alternativa, nem será a última, a qual os pacientes com câncer recorrem quando as possibilidades convencionais falham ou não respondem – o tratamento dado a essa prática suave para aliviar o sofrimento de pessoas foi excessivamente rigoroso, o que causou um desserviço porque obrigou o Congresso Nacional, diante da comoção social, a legislar desconsiderando normativas da ANVISA, enfraquecendo o sistema regulatório de medicamentos; as falas dos conselheiros convergem para reflexão: o sistema de atenção oncológica do Brasil precisa avançar e, por ser um sistema da sociedade brasileira, as soluções para aperfeiçoá-lo devem vir do MS, das secretarias, associações de pacientes, dos hospitais, clínicas, entre outros. Finalizando, reiterou que encaminharia por escrito as reflexões/posições da área técnica para as falas dos conselheiros. Conselheira **Kátia Souto** destacou a riqueza do debate e destacou que não seria possível esgotar o tema naquele momento. Destacou, das intervenções, as seguintes propostas: solicitar as áreas técnicas do Ministério da Saúde um levantamento do comparativo de incidência de novos casos de câncer versus acesso (tratamento e procedimentos oncológicos) e informações sobre nutrição durante o tratamento. **Deliberação:** solicitar as áreas técnicas do Ministério da Saúde um levantamento do comparativo de incidência de novos casos de câncer versus acesso (tratamento e procedimentos oncológicos) e informações sobre nutrição durante o tratamento. Com esse encaminhamento, a mesa agradeceu o convidado e encerrou. Definido esse ponto, a mesa retomou o item dos informes e indicações. Devido o adiantado da hora, o item 8 foi transferido para o segundo dia de reunião. **INFORMES** -Apresentação: conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS. **1)** Informe sobre a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP/CNS. Apresentação: conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio**. O CNS recebeu a visita da coordenadora de Ética na Saúde Pública e na Pesquisa da Organização Mundial da Saúde (OMS), Alba Saxena, com o objetivo de trocar experiência entre padrões de ética na pesquisa. Além disso, foi feito diálogo sobre os prejuízos do Projeto de Lei do Senado 200/2015, que trata das pesquisas clínicas em seres humanos por instituições públicas ou privadas e encontra-se na Comissão de Ciência e Tecnologia do Senado e está pronto para votação. O Presidente do CNS acrescentou que o Brasil está avançado nessa área e destacou a disposição da diretora em compreender a produção do país por meio do Sistema CEP/CNS, com a possibilidade de a OMS reforçar a luta pela manutenção desse Sistema. Além disso, foi levantada a possibilidade de criação de um centro colaborador, no Brasil. **2)** Atividade do CNS na 22ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde, de 22 a 26 de maio, em Curitiba PR. (Oficina sobre a incorporação da Classificação Internacional de Funcionalidades - CIF/Organização Mundial da Saúde - OMS no Sistema de Informação em Saúde, no dia 22 de maio de 2016). Apresentação: conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS. Está assegurada a participação do Conselho, com fala na abertura do evento. **3)** Informe sobre a 77ª Semana Brasileira de Enfermagem, de 12 a 20 de maio de

1074 2016. 90 anos da Associação Brasileira de Enfermagem – ABE. Apresentação: conselheiro
1075 **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS. **4)** Informe sobre as Resoluções do CNS -
1076 Apresentação: conselheira **Clarice Baldotto**. O FENTAS está debatendo o tema e a
1077 Associação de Fisioterapeutas do Brasil – AFB fez um estudo sobre as resoluções do CNS e
1078 encaminhará um resumo para a Secretaria Executiva a fim de receber retorno. O Presidente do
1079 CNS registrou o compromisso de encaminhar o levantamento das resoluções do CNS não
1080 homologadas. **5)** Relatório Devolutivo sobre a Audiência Pública sobre subfinanciamento,
1081 Educação e Saúde. Apresentação: conselheiro **Wanderley Gomes**. Tema: “Audiência Pública
1082 sobre o custeio constitucionalmente adequado da educação e da saúde e o papel do
1083 Ministério Público diante da crise fiscal e da necessidade de equilíbrio federativo”. Objetivo:
1084 Avaliar os riscos de subfinanciamento da educação e da saúde pública no Brasil e, em
1085 consequência, a inefetividade do Plano Nacional de Educação (PNE) e do Sistema Único de
1086 Saúde (SUS). O relatório completo foi disponibilizado aos conselheiros. **6)** Informe sobre
1087 denúncias acerca de assédio aos estudantes de medicina e enfermagem na Universidade
1088 Federal de Sergipe. Apresentação: conselheira **Shirley Marshal**. A Executiva Nacional de
1089 Medicina realizaram campanha nacional para incentivar a denúncia de abusos em redes
1090 sociais. Para ilustrar, citou falas preconceituosas de docente em relação a estudantes de
1091 enfermagem. Perguntou o que o CNS pode fazer acerca dessa questão haja vista a gravidade
1092 das denúncias. **Encaminhamento:** elaborar manifestação do CNS a respeito do ponto de vista
1093 mais geral (responsável: conselheira **Shirley Marshal**). **7)** Informe sobre o Dia internacional do
1094 Celíaco no terceiro domingo de maio (serão promovidas atividades pela FENACELBRA); e II
1095 Congresso Cearense de Doença Celíaca, nos dias 3 e 4 de junho, em Fortaleza/CE. A
1096 programação do Congresso foi socializada aos conselheiros. Apresentação: conselheira
1097 **Cleoneide Oliveira**. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, sugeriu
1098 que o CNS aprovasse recomendação para a criação do dia nacional da pessoa com doença
1099 celíaca – 20 de maio. **Deliberação:** o Plenário aprovou o mérito de recomendação à
1100 Câmara dos Deputados e ao Senado Federal para a criação do dia nacional da pessoa
1101 com doença celíaca – 20 de maio. O texto será apresentado posteriormente. Conselheira
1102 **Nelcy Ferreira** disse que é preciso insistir na implantação dos protocolos na rede. Acordou-se
1103 que essa questão seria contemplada na recomendação. **8)** Ato público em defesa do SUS.
1104 Data: 18 de maio de 2016 (dia nacional da luta antimanicomial). Local: Auditório Franco
1105 Montoro. Assembleia Legislativa de São Paulo. **Encaminhamento: aprovada a participação**
1106 **de representação do CNS, da Plenária Estadual de São Paulo e a Frente suprapartidária**
1107 **em defesa do SUS/SP.** **9)** Dia nacional da luta antimanicomial – proposta: divulgar matéria na
1108 página do CNS a respeito da data. **EXPEDIENTE - Moção de reconhecimento.**
1109 Apresentação: conselheira **Semíramis Vedovatto**. Moção de reconhecimento ao
1110 médico urologista pediátrico do Hospital de Base do Distrito Federal, Hélio Buson, e à médica
1111 urologista pediátrica, Fernanda Lage, do Hospital das Clínicas de Rio Branco/Acre que
1112 honraram o juramento prestado na formatura bem como dignificavam os servidores públicos e
1113 os profissionais de saúde ao operarem nove crianças acreanas de até oito anos, que
1114 aguardavam tratamento adequado fora do estado. O procedimento foi realizado na cidade de
1115 Rio Branco/AC pelo médico especialista Hélio Buson, do Distrito Federal, em parceria com o
1116 Estado do Acre, sem cobrança de qualquer remuneração extra pelo referido médico.
1117 **Deliberação: moção aprovada.** **INDICAÇÕES - 1)** O Comitê de Implementação do Programa
1118 Nacional de Segurança do Paciente - CIPNSP, solicita a atualização na indicação dos dois
1119 representantes Usuários (Titular e Suplente) para sua composição. **Titular:** **Carmen Lúcia Luiz**;
1120 e **Suplente:** **Liane Terezinha de Araújo Oliveira**. **2)** XI Conferência de Parauapebas/PA. Data:
1121 3 e 4 de junho de 2016. Local: Parauapebas/PA. **Indicação:** conselheiro **Fernando Pigato**. **3)**
1122 III Jornada Maranhense de Autismo. Data: 9, 10 e 11 de junho de 2016. Local: São Luís/MA.
1123 **Indicação:** conselheira **Marisa Furia Silva**. **4)** 9º Seminário Nacional de Lésbicas e Mulheres
1124 Bissexuais - SENALESBI. Data: 10 a 12 de junho de 2016. Local: Teresina/PI. **Indicação:**
1125 conselheiras **Heliana Hemetério dos Santos** e **Carmen Lucia Luiz**. **5)** Atividade sobre o Dia
1126 Internacional de Atenção à Pessoa com Lúpus. Item não apresentado. Aprovada a participação
1127 do conselheiro Adriano Félix na atividade, representando o CNS. Após esse ponto, o
1128 Presidente do CNS encerrou os trabalhos do primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os
1129 seguintes conselheiros: **Titulares** – **Ana Maria Lima Barbosa**, Organização Nacional de
1130 Entidades de Deficientes Físicos – ONEDEF; **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos
1131 Bispos do Brasil- CNBB; **Arilson da Silva Cardoso**, Conselho Nacional de Secretarias
1132 Municipais de Saúde – CONASEMS; **Carmen Lucia Luiz**, União Brasileira de Mulheres –
1133 UBM; **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação Nacional das Associações de Celíacos

1134 do Brasil – FENACELBRA; **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá**, Associação Nacional
1135 de Pós-Graduandos – ANPG; **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das Organizações
1136 indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**, Associação
1137 Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO; **Gerdo Bezerra de Faria**, Conselho Federal
1138 de Odontologia – CFO; **Heliana Neves Hemeterio dos Santos**, Associação Brasileira de
1139 Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – ABGLT; **Jani Betânia Souza**
1140 **Capiberibe**, Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical;
1141 **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; **José**
1142 **Agenor Álvares da Silva**, Ministério da Saúde, **Juliana Acosta Santorum**, Confederação
1143 Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG; **Lorena Baía de Oliveira Alencar**,
1144 Conselho Federal de Farmácia (CFF); **Liane Terezinha de Araújo Oliveira**, Federação
1145 Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama – FEMAMA; **Luiz Alberto**
1146 **Catanoce**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical –
1147 SINDNAPI; **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST;
1148 **Maria Arindelita Neves de Arruda**, Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn; **Maria**
1149 **Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Marisa Furia**
1150 **Silva**, Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho Federal
1151 de Nutricionistas (CFN); **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria
1152 (CNI); **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV); **Ronald**
1153 **Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos – Fenafar; **Wanderley Gomes**
1154 **da Silva**, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; e **Zaíra Tronco**
1155 **Salerno**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN). **Suplentes** – **Alessandra Ribeiro de**
1156 **Sousa**, Conselho Federal de Serviço Social – CFESS; **Alexandre Fonseca Santos**, Ministério
1157 da Saúde; **André Luís Bonifácio de Carvalho**, Ministério da Saúde; **Andréa Karolina Bento**,
1158 Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia – ABRALE; **Clarice Baldotto**, Associação de
1159 Fisioterapeutas do Brasil (AFB); **Cleuza de Carvalho Miguel**, Movimento dos Portadores de
1160 Esclerose Múltipla – MOPEM; **Danilo Aquino Amorim**, Direção Executiva Nacional dos
1161 Estudantes de Medicina – DENEM; **Deise Araújo Souza**, Confederação Nacional do Comércio
1162 – CNC; **Denise Torreão Corrêa da Silva**, Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFa;
1163 **Dulcilene Silva Tiné**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e
1164 Serviços (CNS); **Elcyana Bezerra de Carvalho**, Associação Brasileira de Alzheimer – ABRAZ;
1165 **Elgiane de Fatima Machado Lago**, Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil –
1166 CTB; **Geraldo Adão Santos**, Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas –
1167 COBAP; **Gilene José dos Santos**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e
1168 Idosos da Força Sindical – Sindnapi; **Graziela Zanoni de Andrade**, Sociedade Brasileira de
1169 Fonoaudiologia – SBFa; **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de
1170 Secretários de Saúde – CONASS; **Ivone Martini de Oliveira**, Conselho Federal de
1171 Enfermagem – COFEN; **Joana Batista Oliveira Lopes**, Federação Nacional dos
1172 Odontologistas - FNO; **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores
1173 do Brasil – CGTB; **José Arnaldo Pereira Diniz**, Federação Interestadual dos Odontologistas –
1174 FIO; **José Eri de Medeiros**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde –
1175 CONASEMS; **José Vanilson Torres da Silva**, Movimento Nacional de População de Rua –
1176 MNPR; **Jupiara Gonçalves de Castro**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos
1177 Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil – FASUBRA; **Kátia Maria**
1178 **Barreto Souto**, Ministério da Saúde; **Luiz Carlos Medeiros de Paula**, Federação Nacional de
1179 Associações e Entidades de Diabetes – FENAD; **Maria Angélica Zollin de Almeida**,
1180 Federação Nacional dos Médicos Veterinários – FENAMEV; **Maria do Socorro Bezerra**
1181 **Mateus**, União Nacional dos Auditores do Sistema Único de Saúde – UNASUS; **Semiramis**
1182 **Maria Amorim Vedovatto**, Conselho Federal de Psicologia (CFP); **Shirley Marshal Diaz**
1183 **Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE; **Sueli Terezinha Goi Barrios**,
1184 Associação Brasileira da Rede Unida – REDE UNIDA; e **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral
1185 da Criança. Iniciando o segundo dia, a mesa foi composta pelos conselheiros **Ronald Ferreira**
1186 **dos Santos**, Presidente do CNS e **André Luiz de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. O
1187 Presidente do CNS informou que fez a entrega da Resolução nº. 507, que dá publicidade às
1188 deliberações da 15ª Conferência, à Presidenta da República e a intenção é entregar o
1189 documento ao Supremo Tribunal Federal e ao Congresso Nacional. Também informou que
1190 representara o CNS na solenidade de lançamento da prorrogação do Programa Mais Médicos
1191 por mais três anos e o seu pronunciamento na oportunidade encontra-se no site do CNS.
1192 Também lembrou que, conforme definição no dia anterior, os conselheiros participaram da
1193 atividade no Senado Federal “campanha” com “vacinação simbólica contra o golpe” e “entrega

1194 de pílulas da democracia". **ITEM 8 – AVALIAÇÃO DAS OFICINAS DE PLANEJAMENTO**
1195 **ESTRATÉGICO DO CNS** - Apresentação: conselheiro **André Luiz de Oliveira**, da Mesa
1196 Diretora do CNS. Coordenação: conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS.
1197 Conselheiro **André Luiz de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS, apresentou a avaliação das
1198 oficinas de planejamento estratégico do CNS, realizadas nos meses de março e abril de 2016.
1199 Iniciou recuperando o objetivo geral das oficinas de elaborar o Plano Estratégico do CNS para
1200 o período de 2016-2018 e comprometer conselheiros e colaboradores (assessores técnicos e
1201 assistentes administrativos) com sua execução, visando ampliar a sua viabilidade. O método
1202 utilizado contou com as seguintes etapas: construção da missão, análise de situação, desenho
1203 do plano (momento atual) e gestão do plano. Recordou a missão atualizada do CNS "Defender
1204 o Sistema Único de Saúde público, universal e de qualidade, mobilizando a sociedade
1205 brasileira em defesa do estado democrático e do direito à saúde, e participar da formulação e
1206 monitoramento da política nacional de saúde, fortalecendo o caráter deliberativo do controle
1207 social". Lembrou que os grupos trabalharam os eixos temáticos e as diretrizes aprovadas na
1208 15ª Conferência Nacional de Saúde. Feito esse panorama geral, apresentou o resultado da
1209 avaliação das duas oficinas. Primeira oficina, realizada nos dias 17 e 18 de março de 2016 (46
1210 conselheiros responderam à avaliação): **a)** metodologia: 51% bom; 39% ótimo; **b)** facilitadores:
1211 46% bom e 38% ótimo; **c)** infraestrutura: 72% bom; e **d)** autoavaliação: 59% ótimo, 35% bom.
1212 2ª oficina de planejamento do CNS, realizada nos dias 7 e 8 de abril de 2016: **a)** metodologia:
1213 46% bom e 34% ótimo; **b)** facilitadores: 43% bom e 36% ótimo; **c)** infraestrutura: 49% ótimo e
1214 30% bom; e **d)** autoavaliação: 55% ótimo e 29% bom. Aproveitou para agradecer os
1215 assessores pela compilação dos dados e a equipe de comunicação pela finalização da
1216 apresentação com a nova logomarca do Conselho. Por fim, disse que essa avaliação será
1217 complementada com o material que o professor Antônio Cardoso está elaborando. Conselheiro
1218 **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, manifestou preocupação com a ausência
1219 dos conselheiros no planejamento, ainda que tenham sido custeadas as despesas com
1220 transporte e hospedagem e frisou a necessidade de otimizar os espaços e os recursos da
1221 democracia participativa. Concluído esse ponto, conselheira **Vânia Lúcia Leite** fez um breve
1222 informe sobre a visita a Mariana/Minas Gerais e lembrou que as atividades detalhadas estavam
1223 descritas no relatório da visita disponibilizado aos conselheiros. No seu relato, destacou que a
1224 tragédia deixou um rastro de lama e mortes, mas principalmente um grande impacto social. O
1225 comércio está parado, o desemprego em alta e, na verdade, todos foram atingidos. A
1226 mineração é a base da economia da região e responsável pelo crescimento. Os debates sobre
1227 a proteção dos trabalhadores contra doenças e mortes no âmbito do mundo do trabalho não
1228 podem parar. A democracia fica fortalecida com os debates e a participação popular. A
1229 presença de conselheiros nacionais na atividade em Mariana representou um marco (estiveram
1230 presentes aproximadamente vinte conselheiros). O Conselho demonstrou compromisso,
1231 solidariedade e posição política diante do grave acidente/crime que matou duas crianças e
1232 trabalhadores, dizimou cidades e agrediu fortemente o meio ambiente de duzentas cidades e
1233 quarenta municípios. Sem dúvida, é o maior acidente de trabalho da história do Brasil e ficará
1234 na memória de todos. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, registrou
1235 a solicitação do conselheiro João Donizeti Scaboli de acompanhar mais de perto a Convenção
1236 da OIT nº. 174, que diz respeito a acidentes maiores, lembrando que o Brasil subscreveu esse
1237 documento há quatorze anos. Também salientou que uma das respostas do CNS é colocar as
1238 comissões em funcionamento para debater, formular e encaminhar/deliberar sobre o conjunto
1239 das demandas colocadas. Conselheira **Zaíra Tronco Salermo** informou sobre a pesquisa de
1240 uma professora da Universidade Federal, com quatro linhas, sobre a contaminação de
1241 pessoas. Além disso, informou que o CNS pode solicitar o relatório do inquérito sobre o
1242 acidente. **ITEM 9 – DISCUSSÃO E DEFINIÇÃO DA REFORMULAÇÃO DAS COMISSÕES DO**
1243 **CNS** - Composição mesa: **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**; **Cleoneide Paulo Oliveira**
1244 **Pinheiro**; **André Luiz de Oliveira**; **Ronald Ferreira dos Santos**; **Geordeci Menezes de**
1245 **Souza**; **Edmundo Omore** - integrantes da Mesa Diretora do CNS; **Kátia Souto** e **Haroldo de**
1246 **Carvalho Pontes**. Iniciando, o Presidente do CNS lembrou que este tema foi debatido
1247 amplamente na reunião anterior do CNS e, com base nas contribuições feitas durante o
1248 debate, a Mesa Diretora do CNS elaborou uma proposta de reformulação das comissões do
1249 CNS para ser apreciada pelo Plenário. Essa proposição é resultado de vários debates no
1250 âmbito da Mesa. Feitas essas considerações, conselheira **Kátia Souto** apresentou a proposta
1251 de reformulação. Iniciou destacando as diretrizes consideradas na elaboração da proposta:
1252 avaliar as Comissões considerando missão e planejamento do CNS no próximo período
1253 (2016/2019); avaliar a partir da 15ª Conferência Nacional de Saúde (processo de mobilização e

diretrizes) que norteiam a gestão atual; avaliar considerando cenário político e necessidade de reordenamento das comissões considerando a missão de cada uma em sintonia com a missão do CNS; avaliar considerando objetivo, organicidade e funcionamento das comissões nos períodos anteriores; avaliar considerando linhas de cuidado e de atenção, integralidade e universalidade com equidade; e avaliar considerando as normas que regem as comissões (Leis nºs 8.080/90 e 8.142/90; e Resoluções 435 e 453 do CNS). Recuperou a missão atualizada do CNS: defender o SUS, seus princípios e diretrizes e participar da formulação e do controle da execução da Política Nacional de Saúde e mobilizar a sociedade brasileira em defesa do direito à saúde articulando as instâncias do controle e participação social. Destacou as diretrizes da 15ª CNS que nortearam também a proposta: Eixo 1 - Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade; Eixo 2 - Participação Social; Eixo 3 - Valorização do Trabalho e da Educação em Saúde; Eixo 4 - Financiamento do SUS e Relação Público-Privado; Eixo 5 - Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde; Eixo 6 - Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS; Eixo 7 - Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS; e Eixo 8 - Reformas Democráticas e Populares do Estado. Também recuperou que a Lei nº. 8.080/90, no art. 12, define que serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil. Parágrafo único: "As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)". Os artigos seguintes definem: "Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades: I - alimentação e nutrição; I - saneamento e meio ambiente; I - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia; IV - recursos humanos; V - ciência e tecnologia; e VI - saúde do trabalhador. Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior. Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições." Também destacou que a Resolução 453/2012 define que o Conselho de Saúde exerce suas atribuições mediante o funcionamento do Plenário, que, além das comissões intersetoriais, estabelecidas na Lei nº 8.080/90, instalará outras comissões intersetoriais e grupos de trabalho de conselheiros para ações transitórias. As comissões poderão contar com integrantes não conselheiros; Quinta Diretriz: aos Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, que têm competências definidas nas leis federais, bem como em indicações advindas das Conferências de Saúde, compete: VII - estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados, a exemplo dos de segurança social, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros; XI, XXII, XXIII, XXIV, XXVII. Acrescentou que a Resolução 435/2010, nos seus considerandos, determina que as Comissões são constituídas pelo Conselho Nacional de Saúde a partir das necessidades do Pleno e são instâncias para ampliar a participação de sujeitos sociais, instituições e entidades com atuação no campo da saúde e demais áreas sociais com repercussão nos determinantes sociais da saúde, o que representa o fortalecimento do controle social e dos movimentos e entidades sociais que participam do SUS. Nos termos dessa Resolução, art. 11, compete ao Plenário do CNS: V – a qualquer tempo, criar, modificar, suspender temporariamente as atividades e extinguir, Comissões Intersetoriais, integradas pelos ministérios, órgãos competentes e por entidades, instituições e movimentos nacionais representativos da sociedade civil e Grupos de Trabalho compostos por Conselheiros do CNS, por maioria qualificada de votos dos conselheiros. No art. 48, a Resolução determina que as Comissões têm como objetivo articular políticas e programas de interesse para a saúde; § 1º. As Comissões terão a composição, objetivos, processo de avaliação e plano de trabalho apreciados e aprovados pelo Pleno, e devem analisar as políticas e os programas de suas respectivas áreas, bem como acompanhar as suas implementações, e emitir pareceres e relatórios para subsidiar posicionamento do Pleno; § 2º As Comissões poderão realizar, quando solicitado pelo Pleno, debates específicos para subsidiar a análise do CNS; § 3º As Comissões poderão ter suas reuniões e atividades temporariamente suspensas pelo Pleno do CNS após considerar a sua agenda de prioridades, o Planejamento do CNS e a seleção de temas ao longo do ano para a composição da pauta das Reuniões Ordinárias, conforme artigo 12, inciso XI do Regimento do Conselho. O art. 49 da Resolução 435 define que as Comissões serão compostas por até 22 entidades, instituições e movimentos nacionais, sendo doze

titulares, incluídos o Coordenador e Coordenador-Adjunto, ambos conselheiros, sendo pelo menos um deles conselheiro titular e dez membros suplentes. § 2º As Comissões poderão convidar representantes das áreas Técnicas do Ministério da Saúde e outros Ministérios, do CONASS e do CONASEMS, especialistas indicados pelo CNS, e a partir da aprovação do Pleno, constituir Assessoria Técnica Especializada de acordo com as necessidades e especificidades da própria comissão. § 3º A Comissão Intersetorial de Recursos Humanos, Comissão Nacional de Ética e Pesquisa e Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento terão número específico de membros na composição, conforme deliberação do Plenário do CNS. O Art. 52 determina que as Comissões têm o seguinte funcionamento: I - As Comissões se reunirão de acordo com as necessidades debatidas e aprovadas pelo Pleno, e seus planos de trabalho devem estar em consonância com o Planejamento do Conselho Nacional de Saúde – CNS; IV - cada Conselheiro poderá participar de até duas Comissões como membro titular, coordenador ou coordenador adjunto ou suplente; IX – caberá às Comissões acompanharem a execução do orçamento e financiamento da respectiva política ou programa; X - serão desenvolvidas, em todas as Comissões, ações transversais relacionadas à comunicação e informação em saúde e à educação permanente para o controle social; XI - As Comissões deverão ter a composição, frequência de seus componentes nas reuniões, funcionamento e as atribuições avaliadas e publicizadas anualmente pelo Pleno do CNS, que deliberará pela sua manutenção, suspensão temporária das atividades, alteração ou extinção. A Resolução determina que ficam revogados os incisos II, VII e parágrafo segundo do Artigo 52. Detalhou ainda que a Resolução 435/2010 determina que as Comissões aprovadas por Resoluções específicas, relacionadas no artigo 48 do Regimento do CNS, deixaram de fazer parte do Regimento e passaram a ter as seguintes denominações, em consonância com o artigo 13 da Lei nº 8.080/90, que define Comissão Intersetorial aquela que tem a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde: **1) Comissão Intersetorial de Atenção Integral à Saúde da Criança, do Adolescente e do Jovem - CIASAJ;** **2) Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição - CIAN;** **3) Comissão Intersetorial de Assistência Farmacêutica - CIAF;** **4) Comissão Intersetorial de Ciência e Tecnologia - CICT;** **5) Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde - CICIS;** **6) Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o Controle Social no SUS - CIEPCSS;** **7) Comissão Intersetorial de Eliminação da Hanseníase - CIEH;** **8) Comissão Intersetorial de Saúde da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais - CISPLGBTT;** **9) Comissão Intersetorial de Pessoas com Patologias - CIPP;** **10) Comissão Intersetorial de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - CIPICSUS;** **11) Comissão Intersetorial de Recursos Humanos - CIRH;** **12) Comissão Intersetorial de Saneamento e Meio Ambiente - CISAMA;** **13) Comissão Intersetorial de Saúde Bucal - CISB;** **14) Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher - CISMU;** **15) Comissão Intersetorial de Saúde da Pessoa com Deficiência - CISPD;** **16) Comissão Intersetorial de Saúde da População Negra - CISPN;** **17) Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador - CIST;** **18) Comissão Intersetorial de Saúde Índigena - CISI;** **19) Comissão Intersetorial de Saúde Mental - CISM;** **20) Comissão Intersetorial de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia - CIVSF;** **21) Comissão Intersetorial da Saúde do Idoso - CISId;** **22) Comissão Intersetorial de Trauma e Violência - CITV;** **23) Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP;** **24) Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento - COFIN;** **25) Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar - CPSS;** e **26) Comissão Intersetorial para Acompanhamento das Políticas em DST/AIDS - CIADAIDS.** Acrescentou que a Resolução definiu que o Pleno do CNS faria avaliação do processo de trabalho das Comissões do CNS, cabendo às coordenações das Comissões iniciarem o debate e apresentarem proposta com esse objetivo até 31/05/2011. Segundo, apresentou os pontos fundamentais considerados para definição e composição das Comissões: missão da Comissão – assessorar o CNS e a temática de referência; articulação entre a Coordenação das Comissões, a Mesa Diretora e o Pleno do CNS; articulação entre as Comissões com transversalidade – podendo ter reuniões conjuntas dos coordenadores (as) e/ou dos coletivos e/ou seminários/oficinas/etc; articulação da Comissão com Conselhos de Direitos da temática, definido no Pleno do CNS; todas as comissões terão a comunicação e mobilização social como integrante e transversal a sua missão na perspectiva de desenvolver ações de visibilidade das políticas e articulação da mobilização social, em harmonia com o Pleno do CNS, Mesa Diretora e Assessoria de Comunicação do CNS. Para composição das comissões deve-se considerar: entidades que compõem o CNS, sendo que a entidade participa, no máximo, em metade das comissões, incluindo os conselheiros (estes no máximo em duas comissões); entidades habilitadas no pleito eleitoral, mas que não compõem o CNS; e demais entidades, apenas as de cunho

nacional, na perspectiva da missão da Comissão e da ampliação do diálogo para fora do CNS. Na sequência, apresentou a proposta da Mesa Diretora de reformulação das Comissões Intersetoriais que busca reordenamento/integração/missão, considerando os debates realizados na 59ª Reunião Extraordinária do CNS, realizada em 6 de abril de 2016: **1) Alimentação e Nutrição; 2) Vigilância em Saúde; 3) Recursos humanos e relações de trabalho; 4) Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica; 5) Saúde do trabalhador (a); 6) Orçamento e Financiamento; 7) Ética e Pesquisa; 8) Educação Permanente para o Controle Social; 9) Atenção a Saúde nos Ciclos de Vida (Criança, Adolescente, Jovem Adulto e Idoso(a)); 10) Saúde da Mulher; 11) Saúde Mental; 12) Saúde Indígena; 13) Políticas de Promoção da Equidade (população negra; LGBT; população de rua, campo, floresta e águas; povos e comunidades tradicionais); 14) Atenção a Saúde de Pessoas com Patologias, DST-AIDS, TB, Hanseníase e Hepatites Virais; 15) Atenção a Saúde das Pessoas com Deficiência; 16) Saúde Suplementar; 17) Promoção, Proteção a Saúde e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde; e 18) Saúde Bucal.** Seguindo, detalhou o papel e missão de cada uma dessas dezoito comissões. **1) Alimentação e Nutrição:** a Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição – CIAN é uma das comissões do Conselho Nacional de Saúde com atividade preconizada na Lei nº 8.080/90, e tem como objetivo integrar a Política de Alimentação e Nutrição em observância aos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, à Política Nacional de Saúde. A finalidade da comissão é controlar e avaliar a operacionalização das diretrizes e prioridades da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, bem como contribuir para a promoção de mecanismos para a consolidação do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN, além de acompanhar a implementação e controle do Programa Bolsa-Família e políticas sociais afetas à alimentação e nutrição. O plano de trabalho e o calendário de reuniões devem considerar o planejamento do CNS, nas propostas das Conferências Nacionais de Saúde e Conferências de Saúde Alimentar. Atua na produção e difusão de conhecimentos em alimentação e nutrição, segurança alimentar, alimentação saudável a partir de ações de comunicação, educação em saúde e mobilização social pelo direito humano à alimentação e em defesa do direito à saúde. **2) Vigilância em saúde** – agrupa Vigilância Sanitária (CIVSF) e Saneamento e Meio Ambiente (CISAMA). A Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde tem por finalidade promover a articulação e a complementariedade de políticas, programas e ações, no que concerne as ações de Vigilância em Saúde (epidemiológica, sanitária e ambiental). Esta Comissão ressalta a relevância dos fatores determinantes e condicionantes da saúde, entre outros, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. A Vigilância em Saúde é parte estruturante do Sistema Único de Saúde expressando-se enquanto prioridade no Plano Nacional de Saúde, em destaque a promover o cumprimento do direito constitucional à saúde, visando redução do risco de agravos e acesso universal e igualitário às ações para a sua promoção, proteção e recuperação, assegurando a equidade na atenção. Compete a essa comissão oferecer subsídios às formulações e deliberações do CNS e às diversas instâncias de formulação de políticas econômicas e sociais correlatas ao tema de construir medidas que visem à eliminação/minimização dos riscos e impactos negativos à saúde. O plano de trabalho e o calendário de reuniões devem considerar o planejamento do CNS, nas propostas das Conferências Nacionais de Saúde e Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. Ressalta-se ainda o papel de produção e difusão de conhecimentos em Vigilância à Saúde a partir de ações de Comunicação e Mobilização Social. **3) Recursos Humanos e Relações de Trabalho.** A Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho tem suas atribuições previstas na Lei nº. 8.080/90: articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil, com o objetivo de definir nos aspectos conceitual e de articulações intersetoriais, as obrigações legais de ordenação da formação de recursos humanos de saúde, de criação de comissões permanentes de integração serviço-ensino, participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, e aplicação dos objetivos da formalização e execução da política de recursos humanos, critérios de preenchimento dos cargos objetivos da formalização e execução da política de regulamentação das especializações na forma de treinamento em serviço, assim como elaborar proposta de plano de trabalho a ser apreciada e aprovada pela plenária do Conselho Nacional de Saúde. Ressalta-se ainda o papel de produção e difusão de conhecimentos a partir de ações de comunicação e mobilização social. **4) Ciência, Tecnologia em Saúde e Assistência Farmacêutica.** A Comissão Intersetorial de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica.

1434 Assistência Farmacêutica possui atividades previstas pela Lei nº 8.080 e tem como finalidade a
1435 formulação das diretrizes e princípios da Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde,
1436 visando a definição de prioridades e estabelecimento de mecanismos de avaliação e controle
1437 social. Na perspectiva de ampliação do acesso da população e da qualificação da gestão de
1438 tecnologias e insumos em saúde, esta Comissão inclui também a Assistência Farmacêutica e
1439 Farmacoepidemiologia, monitorando e avaliando as questões inerentes à distribuição, à
1440 dispensação e ao uso racional de medicamentos na perspectiva da promoção da saúde,
1441 visando garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção
1442 do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais, bem como o
1443 desenvolvimento de novas tecnologias e fármacos. Esta comissão assessorará o Conselho
1444 Nacional de Saúde na produção de conhecimento científico, fomento da pesquisa, o setor
1445 produtivo de tecnologias e insumos para a saúde, buscando o fortalecimento do Sistema Único
1446 de Saúde e a garantia do direito à universal à saúde. O plano de trabalho e o calendário de
1447 reuniões devem considerar o planejamento do CNS, nas propostas das Conferências
1448 Nacionais de Saúde. Destaca-se a responsabilidade desta Comissão na produção e difusão de
1449 conhecimentos em ciência, tecnologia em saúde e assistência farmacêutica a partir de ações
1450 de comunicação e mobilização social. **5) Saúde do Trabalhador.** Segundo a Lei nº 8.080/90,
1451 art.6, § 3º, entende-se por saúde do trabalhador um conjunto de atividades que se destina,
1452 através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da
1453 saúde dos trabalhadores, assim como visa a recuperação e reabilitação da saúde dos
1454 trabalhadores (as) submetidos (as) aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. A
1455 Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador - CIST está prevista na Lei nº 8.080, de 19 de
1456 setembro de 1990, tendo como atribuições: elaborar Normas Técnicas e estabelecer padrões
1457 de qualidade para promoção da saúde do trabalhador (art.15, VI); participar da formulação e
1458 implementação das políticas relativas às condições e aos ambientes de trabalho (art.16,II,d); e
1459 participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos
1460 ambientes de trabalho (art.16,V). A CIST foi instituída pela Resolução CNS nº 011, de 31 de
1461 outubro de 1991. Posteriormente, houve a reestruturação em sua composição por meio da
1462 Resolução CNS nº 185, de 8 de maio de 1996, e da Resolução CNS nº 296, de 2 de setembro
1463 de 1999. Atualmente, a sua composição está definida na Resolução CNS nº 387, de 14 de
1464 junho de 2007. São dezessete membros titulares e seus respectivos suplentes, mais o
1465 coordenador e coordenador-adjunto, que são conselheiros nacionais. Esta composição inclui a
1466 articulação intersetorial necessária para o acompanhamento das ações em Saúde do
1467 Trabalhador. A CIST tem como objetivo assessorar o Conselho Nacional de Saúde – CNS no
1468 acompanhamento dos temas relativos à saúde do (a) trabalhador (a). O plano de trabalho e o
1469 calendário de reuniões devem considerar o planejamento do CNS, nas propostas das
1470 Conferências Nacionais de Saúde, nas Conferências Nacionais de Saúde do (a) Trabalhador
1471 (a) e na Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. Ressalta-se ainda o papel de
1472 produção e difusão de conhecimentos a partir de ações de comunicação e mobilização social.
6) Orçamento e financiamento (COFIN). A Comissão Intersetorial de Orçamento e
1473 Financiamento tem por finalidade subsidiar o Conselho Nacional de Saúde nas atividades
1474 específicas de promotor e apoiador do processo de Controle Social pelos Conselhos de Saúde
1475 das demais esferas do poder, em especial, na disseminação das atividades relativas à questão
1476 orçamentária e financeira. Acompanhar o processo de execução orçamentária e financeira do
1477 Ministério da Saúde no contexto da Seguridade Social no âmbito do Orçamento Geral da
1478 União-OGU. Colaborar na formulação de diretrizes para o processo de Planejamento e
1479 Avaliação do SUS. O plano de trabalho e o calendário de reuniões devem considerar o
1480 planejamento do CNS, nas propostas das Conferências Nacionais de Saúde. Ressalta-se ainda
1481 o papel de produção e difusão de conhecimentos a partir de ações de Comunicação e
1482 Mobilização Social. **7) Ética em Pesquisa (CONEP).** A Comissão Nacional de Ética em
1483 Pesquisa (CONEP) está diretamente ligada ao Conselho Nacional de Saúde. Ela foi criada pela
1484 Resolução do CNS 196/96 como uma instância colegiada, de natureza consultiva, educativa e
1485 formuladora de diretrizes e estratégias no âmbito do Conselho. Além disso, é independente de
1486 influências corporativas e institucionais. Uma das suas características é a composição multi e
1487 transdisciplinar, contando com um representante dos usuários. A CONEP tem como principal
1488 atribuição o exame dos aspectos éticos das pesquisas que envolvem seres humanos. Como
1489 missão, elabora e atualiza as diretrizes e normas para a proteção dos sujeitos de pesquisa e
1490 coordena a rede de Comitês de Ética em Pesquisa das instituições. Cabe a CONEP avaliar e
1491 acompanhar os protocolos de pesquisa em áreas temáticas e especiais como: genética e
1492 reprodução humana; novos equipamentos; dispositivos para a saúde; novos procedimentos;
1493

1494 população indígena; projetos ligados à biossegurança e como participação estrangeira. A
1495 CONEP também se constitui em instância de recursos para qualquer das áreas envolvidas. O
1496 plano de trabalho e o calendário de reuniões devem considerar o planejamento do CNS, nas
1497 propostas das Conferências Nacionais de Saúde. Ressalta-se ainda o papel de produção e
1498 difusão de conhecimentos a partir de ações de comunicação e mobilização social. **8) Educação Permanente para o Controle Social no SUS (CIEPCSS).** O Conselho Nacional de
1499 Saúde (CNS) instituiu, em 1999, um Grupo de Trabalho para tratar do tema Capacitação de
1500 Conselheiros. Com base nas propostas do grupo, o CNS construiu o documento “Diretrizes
1501 Nacionais para Capacitação de Conselheiros de Saúde”. Em 2005, houve atualização desse
1502 documento com título “Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no
1503 Controle Social no SUS”. O novo documento, além da formação de conselheiros de saúde,
1504 prevê iniciativas relacionadas às políticas e estratégias de formação permanente, à
1505 comunicação e informação em saúde para os cidadãos brasileiros. A partir das Diretrizes
1506 Nacionais, foram realizadas oficinas regionais para a construção da Política Nacional de
1507 Educação Permanente para o Controle Social no SUS, aprovada através da Resolução CNS nº
1508 363, de 11 de agosto de 2006. O objetivo dessa Política é promover iniciativas de educação
1509 para o controle social que não estejam restritas aos conselhos; e que, portanto, envolvem toda
1510 a população nas melhorias do SUS. A CIEPCSS tem a missão de assessorar o Conselho
1511 Nacional de Saúde no acompanhamento da Política de Educação Permanente para o Controle
1512 Social no SUS. Dentre as suas atribuições está o acompanhamento da implementação da
1513 política em âmbito nacional, a formação de multiplicadores e formadores para o fortalecimento
1514 do controle social e a articulação de uma rede nacional de educação permanente para o
1515 controle social. Anualmente, a CIEPCSS apresenta ao CNS o calendário das reuniões e o
1516 plano de trabalho, com base no Planejamento do Conselho Nacional de Saúde, nas propostas
1517 da Conferência Nacional de Saúde e na Política de Educação Permanente para o Controle
1518 Social no SUS. Ressalta-se ainda o papel de produção e difusão de conhecimentos a partir de
1519 ações de comunicação e mobilização social. **9) Atenção à Saúde e nos Ciclos de Vida**
1520 (**Saúde da Criança, Adolescente, Jovem, Adulto e Idoso(a)**). O Brasil atravessa o período
1521 de transição epidemiológica, com mudanças significativas na composição etária da população,
1522 em destaque a ampliação crescente do número de idosos e o desafio permanente de
1523 enfrentamento à mortalidade infantil. Soma-se a este quadro o crescente número de mortes de
1524 jovens e adolescentes em destaque por causas externas e violência, o aumento de óbitos por
1525 acidentes de trânsito e outros problemas de saúde pública que tornam imperativa a
1526 integralidade das políticas públicas em destaque as políticas sociais. A abordagem de Ciclo de
1527 Vida e sua importância como enfoque prioritário na formulação e implantação de políticas de
1528 saúde no SUS exige a integração do conjunto de políticas e estratégias de atenção à saúde
1529 desenvolvidas pelo SUS com enfoque nos diversos estágios de desenvolvimento humano. Esta
1530 comissão tem o desafio de promover a integralidade das ações políticas em saúde da criança,
1531 adolescente, jovens, adultos e idosos (as) reconhecendo demandas e especificidades de cada
1532 um destes grupos e fomentando a integralidade no cuidado e na atenção à saúde. Esta
1533 Comissão tem como atribuição assessorar o Plenário do CNS no monitoramento e avaliação
1534 de políticas, fomentando a transversalidade das ações: implementação das Diretrizes
1535 Nacionais de Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens; ações relacionadas à saúde Integral
1536 da criança e do recém-nascido; vigilância da saúde infantil, de adolescentes e jovens e de
1537 idosos; implementação da Política Nacional de Saúde do Idoso e do Estatuto do Idoso; o
1538 enfrentamento da violência, em destaque contra crianças e idosos; saúde do (a) adulto (a); em
1539 todos considerar as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia e geração. **10) Saúde**
1540 **da Mulher (CISMU).** A CISMU objetiva subsidiar o Conselho Nacional de Saúde na avaliação
1541 das condições de saúde da mulher, e nas questões específicas da saúde das mulheres em sua
1542 interface com as demais políticas de saúde; fortalecer o controle social sobre as ações de
1543 saúde para as mulheres propostas pelo gestor federal e desenvolvidas pelas três esferas de
1544 governo, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e garantir uma política de saúde para
1545 as mulheres que respeite os direitos humanos, direitos sexuais, direitos reprodutivos e sua
1546 autonomia como cidadãs. Atua na produção e difusão de conhecimentos em Saúde da Mulher,
1547 direitos humanos, direitos sexuais e reprodutivos. O plano de trabalho e o calendário de
1548 reuniões devem considerar o planejamento do CNS, nas propostas das Conferências
1549 Nacionais de Saúde e Conferência de Saúde da Mulher. Possui como enfoque atividades de
1550 comunicação, educação em saúde e mobilização social em defesa do direito à saúde das
1551 mulheres e a integralidade da atenção e cuidado em saúde da mulher no SUS. **11) Saúde**
1552 **Mental (CISM).** A Comissão Intersetorial de Saúde Mental – CISM foi instituída em 1999, pela

1554 Resolução CNS nº 298, de 2 de dezembro de 1999, para acompanhar a política de saúde
1555 mental em âmbito nacional e fornecer subsídios efetivos ao Conselho Nacional de Saúde na
1556 temática de saúde mental. A estruturação e composição atual da CISM estão dispostas na
1557 Resolução CNS nº 377, de 14 de junho de 2007. As ações da CISM buscam garantir a
1558 continuidade da reorientação do Modelo de Atenção em Saúde Mental (desinstitucionalização)
1559 e da Reforma Psiquiátrica. Incluem, entre outras, o acompanhamento da implementação da Lei
1560 nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e o direito das pessoas portadoras de transtornos
1561 mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. O plano de trabalho e o
1562 calendário de reuniões devem considerar o planejamento do CNS, nas propostas das
1563 Conferências Nacionais de Saúde. Ressalta-se ainda o papel de produção e difusão de
1564 conhecimentos a partir de ações de Comunicação e Mobilização Social. **12) Saúde Indígena**
1565 (**CISI**). A Comissão Intersetorial de Saúde Indígena - CISI foi instituída pela Resolução CNS nº
1566 011, de 31 de outubro de 1991. Atualmente a sua composição está definida na Resolução CNS
1567 nº 380, de 14 de junho de 2007. Esta composição inclui a diversidade regional das populações
1568 indígenas, instituições de pesquisa, ensino e extensão e segmentos do controle social. São
1569 onze titulares e os respectivos suplentes, mais o coordenador e coordenador adjunto que, por
1570 força regimental, são conselheiros nacionais. A CISI tem a missão de assessorar o Conselho
1571 Nacional de Saúde no acompanhamento da saúde dos povos indígenas por meio da
1572 articulação intersetorial com governos e com a sociedade civil organizada. Dentre as
1573 atribuições da CISI ressaltam-se a realização de estudos e debates, produção de
1574 conhecimentos para a melhoria da qualidade de vida das populações indígenas, que se
1575 transformam em propostas e recomendações ao plenário do CNS. Anualmente, apresenta ao
1576 CNS o calendário das reuniões e o plano de trabalho, com base no Planejamento do Conselho
1577 Nacional de Saúde, nas propostas da Conferência Nacional de Saúde, na Conferência
1578 Nacional de Saúde Indígena e na Política Nacional de Saúde Indígena. Desde agosto de 1999,
1579 com a aprovação da Lei Arouca nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, o território da saúde
1580 indígena está organizado no país na forma de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas
1581 (DSEIs), e seus conselhos de saúde. **13) Políticas de Promoção da Equidade em Saúde.**
1582 Saúde da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais; Saúde
1583 População Negra e Quilombola; Saúde da População do campo, floresta e águas; saúde da
1584 população em situação de rua; e saúde de povos e comunidades tradicionais. A construção da
1585 universalidade do acesso à saúde e a efetivação da integralidade do cuidado, conforme
1586 preconizado pela Constituição Federal, perpassa o reconhecimento da saúde enquanto
1587 processo determinado socialmente com dimensões como preconceito, localização geográfica,
1588 barreiras culturais e estruturais dos serviços de saúde dentre outros. Estas desigualdades
1589 persistentes, embora sujeitas à mudança, são chamadas de iniquidades e se expressam
1590 cotidianamente no acesso aos serviços públicos perpetuando o ciclo de marginalização e
1591 exclusão de parcela significativa de nossa população. Esta Comissão busca monitorar, avaliar
1592 e integrar as Políticas de Promoção da Equidade em Saúde no âmbito do CNS, buscando a
1593 produção do conhecimento, a articulação de políticas e espaços intersetoriais para o
1594 desenvolvimento de ações de superação das iniquidades em saúde de segmentos
1595 populacionais como a população negra, quilombola, população do campo, da floresta e das
1596 águas, população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) população
1597 em situação de rua; e saúde de povos e comunidades tradicionais. Esta Comissão fomenta a
1598 adoção de medidas e ações afirmativas voltadas à ampliação do acesso à saúde destas
1599 populações. **14) Atenção à Saúde das Pessoas com Patologias**
1600 (**DST-AIDS; Hepatites Virais; Tuberculose e Hanseníase**). Acompanhar e monitorar a
1601 implementação das Políticas Públicas relacionadas às pessoas com Patologias no sentido de
1602 garantir regularidade da oferta de recursos e programas para o controle do quadro de
1603 morbimortalidade dessa população, a liberação de recursos públicos tendo os protocolos
1604 clínicos como parâmetro inicial e a dispensação de medicamentos de uso contínuo e
1605 tratamentos excepcionais; Buscar integrar no âmbito do CNS as estratégias e políticas de
1606 saúde relacionadas às pessoas com patologias enfatizando aquelas de combate/controle das
1607 DST-AIDS; Hepatites Virais; Tuberculose e eliminação da Hanseníase. **15) Atenção à Saúde**
1608 **da Pessoa com Deficiência.** A Comissão Intersetorial de Saúde da Pessoa Portadora de
1609 Deficiência, integrada por outros Ministérios e representantes das áreas de deficiência
1610 sensorial, física e mental, tem o objetivo de assessorar o Plenário do CNS na articulação e
1611 formulação de estratégias e políticas voltadas à ampliação do acesso e melhoria da qualidade
1612 dos serviços de saúde destinados às pessoas com deficiência. Busca garantir a acessibilidade
1613 aos serviços de saúde e a incorporação de insumos, tecnologias e práticas de cuidado integral

desta população. Ressalta-se ainda o papel de produção e difusão de conhecimentos a partir de ações de comunicação e mobilização social. **16) Saúde suplementar.** O Conselho Nacional de Saúde considera que a regulação do segmento de saúde suplementar deve estar subordinada aos princípios do SUS e deve nortear-se pelos mesmos marcos de relevância pública e organização do modelo assistencial e que o controle das ações e dos serviços de saúde, público ou privado, deve ser exercido pelos entes que integram o SUS, de acordo com a competência constitucional e legal atribuída a cada um deles (Art. 197 CF). A CPSS tem como atribuição, subsidiar a atuação do CNS nas discussões sobre o aperfeiçoamento da legislação e revisão do espaço institucional da regulamentação da saúde suplementar bem como sua inclusão na Política Nacional de Saúde, fortalecendo o Sistema Único de Saúde e sua relação de complementariedade com o setor privado. Desenvolve também a produção e difusão de conhecimentos acerca do acesso à saúde, investimentos e gastos, relação público-privada em saúde e busca a mobilização da sociedade em defesa do direito à saúde e na ampliação de seu acesso. **17) Proteção, Promoção à Saúde e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.** Sob a égide da proteção e promoção da saúde, esta Comissão tem o objetivo de integrar, no âmbito do CNS; o monitoramento, avaliação e proposição de estratégias tocantes à Política Nacional de Promoção da Saúde, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e outras temáticas que ampliem o acesso à saúde. Objetiva sistematizar e qualificar a atuação do Conselho Nacional de Saúde na formulação e proposição de estratégias tocantes às práticas integrativas e complementares, às práticas de promoção da saúde e enfrentamento da violência enquanto agravo em saúde pública, tornando disponíveis opções preventivas e terapêuticas aos usuários do SUS na busca da ampliação do acesso à saúde e da efetivação do SUS. Visa acompanhar também a implementação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência e propor ao CNS ações de informação e mobilização dos Conselhos de Saúde, entidades e instituições da sociedade, com vistas à elevação do tratamento dessa questão ao primeiro nível de prioridade das Políticas Públicas de Saúde. **18) Saúde Bucal (CISB).** A Comissão Intersetorial de Saúde Bucal foi criada pela Resolução nº 406, de 12 de setembro de 2008, e tem como objetivo assessorar o Pleno do Conselho Nacional de Saúde em assuntos relacionados à saúde bucal. Além disso, cabe à Comissão acompanhar a execução da Política Nacional de Saúde Bucal; monitorar a organização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, acompanhar as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde Bucal e contribuir com os demais colegiados do controle social no monitoramento das ações e recursos destinados a população. Finalizada a apresentação, conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, interveio para solicitar que, para além do número de comissões, os conselheiros se manifestassem sobre os critérios sugeridos para recomposição. **Manifestações.** Conselheiro **José Arnaldo Pereira Diniz** apresentou a posição do FENTAS sobre a recomposição das comissões do CNS. Destacou que, após debate, o Fórum entende a necessidade de apresentar os critérios para unificação das comissões - os quais foram apresentados - e considera importante deixar clara a necessidade de diminuir as comissões. Disse que o Fórum defende a manutenção das comissões, porque extinguir é desconsiderar o histórico da construção desses espaços, além de prejudicar e desrespeitar a legislação do CNS que cria as comissões. Além disso, frisou que o Pleno define o número de reuniões das comissões, portanto, o argumento financeiro para extinção e junção é falível. Além do mais, as comissões podem realizar reuniões conjuntas quando o assunto for transversal a elas. Destacou ainda que é possível considerar a produtividade das reuniões para extinguir ou unificar comissões, porque na gestão anterior as comissões não tiveram condições para funcionar. Com base nesses argumentos, detalhou a contraproposta do FENTAS: as comissões devem reunir-se e debater-se sobre as deliberações da 15ª Conferência e elaborar o plano de trabalho conforme a resolução determina, considerando o planejamento do CNS e as deliberações da 15ª Conferência; após um ano de trabalho, o Pleno deve avaliar a necessidade de manter ou não as comissões. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** falou sobre a Comissão de Saúde da Pessoa Idosa, lembrando que foi instituída para acompanhar a implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Considerando a ampliação crescente do número da população idosa do Brasil (estima-se que, em 2025, metade da população brasileira será idosa), conclamou os segmentos que compõem o CNS a defender a manutenção da comissão para dar continuidade ao acompanhamento da Política, reconhecendo as demandas e especificidades dessa população e em respeito aos idosos do país. Conselheiro **André Bonifácio** lembrou que esse é um debate recorrente no Conselho e cumprimentou a proposta da Mesa Diretora do CNS pela proposta de reformulação por considerá-la razoável e coerente.

1674 Avaliou que reduzir não significa excluir, mas sim qualificar o processo e operacionalizar e, no
1675 seu modo de ver, o desafio maior é integrar as comissões. Sugeriu que o Plano Nacional de
1676 Saúde seja um tema transversal às comissões, incluindo o debate da gestão, uma vez que o
1677 Plano possui treze diretrizes e 122 indicadores, desse total, 84 com ação direta com os
1678 gestores. Conselheiro **João Rodrigues Filho** disse que as comissões do CNS não se reuniram
1679 em 2015 por falta de recursos. Também defendeu a manutenção da Comissão de Saúde do
1680 Idoso e da Comissão de Saúde de Adolescentes e Idosos, pelas demandas específicas dessas
1681 populações e sentiu falta de uma comissão de saúde do homem. Conselheiro **Osvaldo Peralta**
1682 **Bonetti**, primeiro, informou que o DAGEP/MS lançou o edital para a 2ª edição do Premio Victor
1683 Valla de Educação Popular em Saúde e as inscrições estão abertas até 30 de junho. Saudou a
1684 Mesa Diretora do CNS pela proposta de recomposição e avaliou que repensar o número de
1685 comissões contempla um componente técnico e político. Além disso, avaliou que é preciso
1686 repensar a gestão do processo de trabalho do CNS para ser fortalecida e tratada de forma
1687 transversal. No seu entendimento, a nova proposta de organização das comissões possibilita o
1688 debate dos principais desafios do SUS, apesar da divergência acerca de algumas
1689 nomenclaturas. Sugeriu, para o futuro, repensar a construção geral das comissões para que
1690 tratem de transversais como os eixos das conferências de saúde. Por fim, destacou a
1691 importância da intersetorialidade das comissões e a realização de reuniões à distância.
1692 Conselheira **Lorena Baía** clarificou que a proposta do FENTAS é manter as atuais comissões
1693 do CNS e criar a comissão de saúde do homem. Também apresentou elementos para justificar
1694 a proposta contrária a fusão da comissão de assistência farmacêutica com ciência e tecnologia:
1695 a assistência farmacêutica possui histórico com o controle social; em 2003, foi realizada a I
1696 Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica que, entre outros aspectos, deliberou por
1697 incentivar a criação de comissões intersetoriais de assistência farmacêutica nos conselhos de
1698 saúde das três esferas; a partir da conferência, foi elaborada e aprovada a política de
1699 assistência farmacêutica (Resolução CNS nº. 338/2004). Detalhou que essa Política contempla
1700 treze eixos e apenas dois relacionam-se com ciência e tecnologia. Frisou que a assistência
1701 farmacêutica vai além da ciência e tecnologia, envolvendo aquisição de medicamentos,
1702 qualificação de recursos humanos, definição de custo de medicamento, educação em saúde,
1703 judicialização, financiamento, legislação, fiscalização, relação de medicamentos, protocolos
1704 clínicos, diretrizes terapêuticas. Além disso, a área dispõe grande volume de recursos – dos
1705 cinco blocos de financiamento, um é da assistência farmacêutica. Frisou que não é possível
1706 juntar ciência e tecnologia e assistência farmacêutica, lembrando que a primeira não é apenas
1707 a segunda, mas sim uma pauta extensa que vai além. Da forma como sugerida, o receio é que
1708 a pauta da ciência e tecnologia atropela a da assistência farmacêutica. Conselheiro **André Luiz**
1709 **de Oliveira** explicou que o cenário atual é de indefinição, dúvidas e incertezas e se a Mesa
1710 Diretora entendesse como possível manter o número de comissões já teria encaminhado no
1711 sentido de recompor-as em janeiro de 2016. Frisou que, após a posse, a Mesa Diretora do CNS
1712 iniciou debate sobre as comissões e apresentou uma proposta de reformulação consensual
1713 entre os seus integrantes. Destacou que, nesse momento de indefinição, a ideia é agregar para
1714 ganhar força, com reordenamento e não exclusão de comissões. Finalizando, disse que o
1715 Plenário precisa resolver a situação das comissões, independente de qual seja a decisão.
1716 Conselheiro **Wanderley Gomes da Silva** cumprimentou a Mesa Diretora do CNS pela proposta
1717 e a conselheira pela exposição. Avaliou que, durante muito tempo, as comissões do CNS não
1718 cumpriam o papel de assessorar o Conselho e, nesse sentido, é preciso enfrentar a
1719 contradição transversalidade x visão compartimentada. Avaliou que é preciso romper a lógica
1720 de compartmentalizar a Política e recompor as comissões de acordo com a realidade. Avaliou
1721 que a proposta considera também o planejamento do CNS e as junções não são incompatíveis
1722 com a harmonia do funcionamento das comissões, mas potencializa a ação desses espaços.
1723 Conselheira **Elcyana B. Carvalho** fez alusão à proposta de criar a comissão de Atenção à
1724 Saúde e nos Ciclos de Vida – da criança ao idoso – e perguntou como contemplar as
1725 especificidades de cada uma das dimensões de temas agregados em uma comissão. Disse
1726 que é preciso considerar as peculiaridades da criança, jovem, idosos e, no caso dos idosos,
1727 destacou que 2025 serão 32 milhões, sendo necessário verificar a questão dessas populações
1728 e as implicações – cuidadores, super idosos, doenças crônico-degenerativas. Salientou que
1729 esse momento de transição demográfica e epidemiológica requer um olhar sobre a questão da
1730 população idosa e a comissão de saúde do idoso é uma conquista que precisa ser mantida.
1731 Conselheiro **Luiz Carlos Medeiros de Paula** saudou os integrantes da mesa e disse que
1732 estava contemplado nas falas de alguns dos seus antecessores. Avaliou que a fusão das
1733 comissões possibilitará maior proximidade desses espaços e fez alusão à Comissão de

1734 Atenção à Saúde das Pessoas com Patologias (DST-AIDS; Hepatites Virais; Tuberculose e
1735 Hanseníase) para propor a inclusão do diabetes, haja vista o número de casos dessa doença.
1736 Conselheira **Carmem Lúcia Luiz** saudou a Mesa Diretora do CNS pela proposta que tem como
1737 princípios a integração e a transversalidade e lembrou que os trabalhos no CNS são dinâmicos
1738 e experimentações e mudanças devem ser a prática do Colegiado. Cumprimentou a proposta
1739 de integrar as fases de vida em uma comissão porque possibilita o debate dos ciclos de forma
1740 conjunta e não estanques e criar a comissão de Políticas de Promoção da Equidade em
1741 Saúde, pois possibilita diálogo integrado. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** sentiu falta
1742 do diagnóstico de avaliação das comissões que pudesse justificar a nova proposta.
1743 Reapresentou a proposta de realizar oficina para aprofundar o debate sobre as comissões e
1744 subsidiar a definição do Conselho. Na linha dos conselheiros representantes dos trabalhadores
1745 que a antecederam, defendeu a manutenção das comissões, com um mandato de um ano e
1746 reavaliação após esse prazo para definir. Conselheira **Heliana Neves Hemeterio dos Santos**
1747 manifestou apoio à proposta de trabalhar os temas nas comissões e fez um destaque à
1748 Comissão Políticas de Promoção da Equidade (população negra; LGBT; população de rua,
1749 campo, floresta e águas; povos e comunidades tradicionais). Ressaltou a luta contra o racismo,
1750 machismo e sexismo e avaliou que essa deve ser uma pauta dessa comissão. Salientou,
1751 inclusive, a importância de debater temas de forma mais ampla e destacou, por exemplo, que a
1752 saúde da mulher deve ser debatida para além dos direitos sexuais e reprodutivos. Avaliou que
1753 somente será possível avançar quando for possível trabalhar de forma transversal, sem defesa
1754 das particularidades. A representante da UNASUS, **Eliana Maria**, alinhou-se à defesa da
1755 manutenção da comissão de assistência farmacêutica que tem como foco o debate sobre
1756 medicamentos, um tema de ampla abrangência. Lembrou, inclusive, que a judicialização do
1757 medicamento é um dos pontos com maior impacto financeiro para a gestão e somente esse
1758 ponto justificaria a manutenção dessa Comissão. Perguntou sobre a agenda positiva das
1759 comissões, destacando que foi apresentada informação acerca da produtividade das
1760 comissões. Conselheira **Andrea Karolina Bento** cumprimentou a Mesa Diretora do CNS pela
1761 proposta que, no seu modo de ver, não é de exclusão, mas sim de agregação e ponderou que
1762 seria possível diminuir ainda mais o número de comissões. No caso da Atenção à Saúde das
1763 Pessoas com Patologias, sugeriu não descriminar as patologias (excluir "DST-AIDS; Hepatites
1764 Virais; Tuberculose e Hanseníase"). Conselheiro **Gerdo Bezerra de Faria** disse que, a
1765 princípio, não era contra a mudança, mas gostaria de saber os critérios utilizados para
1766 reformular as comissões. Esclareceu que a proposta do FENTAS é manter as comissões no
1767 formato atual, mas com revisão da dinâmica e metodologia de funcionamento desses espaços.
1768 Conselheiro **Geraldo Adão Santos** interveio novamente para esclarecer que a hanseníase tem
1769 tratamento diferenciado por conta de acordo internacional para eliminação. Disse que é preciso
1770 pautar o tema e solicitar ao governo que assuma o compromisso de eliminar a hanseníase
1771 como problema de saúde pública. Conselheiro **José Vanilson Torres da Silva** defendeu a
1772 proposta apresentada pela Mesa Diretora por entender a importância da transversalidade e
1773 integração das comissões do CNS. Nessa linha, manifestou satisfação com a proposta de
1774 criação da Comissão Políticas de Promoção da Equidade que contempla população negra,
1775 LGBT, população de rua, campo, floresta e águas, povos e comunidades tradicionais.
1776 Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** avaliou que o CNS deveria votar a proposta
1777 apresentada pela Mesa Diretora e pensar, posteriormente, na possibilidade de diminuir ainda
1778 mais o número de comissões. Salientou que o debate deve centrar-se no papel e na atribuição
1779 das comissões, entendendo que são espaços de assessoramento do Conselho. Inclusive,
1780 avaliou que a formato atual das comissões – fragmentado - não fortalece o debate das
1781 questões essenciais. No mais, concordou que é preciso contemplar o debate sobre o Plano
1782 Nacional de Saúde nas comissões, de forma transversal. Finalizando, disse que o CONASS
1783 não participará de todas as comissões e considerou importante considerar o papel e o perfil
1784 para participar das comissões. Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio** manifestou à
1785 proposta da Mesa Diretora do CNS por entender que agregar força fortalecer a todos –
1786 comissões e Conselho como um todo. Todavia, destacou um ponto da proposta que precisava
1787 ser debatido: é preciso ter um espaço para que as comissões açãoarem o Conselho, ou seja,
1788 possam trazer demandas ao Plenário. Conselheiro **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira**
1789 **Sá** fez uma fala forte em defesa da recomposição das comissões, entendendo que esses
1790 espaços devem iniciar os seus trabalhos o mais breve possível. Conselheiro **Geordeci**
1791 **Menezes de Souza** destacou que as falas apontam a necessidade de reformular as
1792 comissões, desde que não haja modificações na comissão que compõem ou coordenam.
1793 Avaliou que o momento aponta a necessidade de reformulação das comissões, inclusive a

1794 dinâmica de trabalho. Apelou ao Plenário que dê um voto de confiança à Mesa Diretora e
1795 aprove a proposta, lembrando que o Pleno é soberano e pode rever a decisão a qualquer
1796 tempo. Conselheira **Juliana Acosta Santorum** sentiu-se contemplada nas falas de seus
1797 antecessores que defenderam a recomposição e apelou à mesa que encaminhasse a votação
1798 da proposta para dar início ao trabalho das comissões o quanto antes. Conselheira **Kátia**
1799 **Souto** destacou que é preciso considerar no debate o momento político que aponta a
1800 necessidade de defesa das políticas públicas e que o fortalecimento do espaço do controle
1801 social no SUS passa pelo reordenamento das comissões. Também salientou que a Comissão
1802 não pode substituir a articulação dos movimentos sociais, ou seja, esses movimentos precisam
1803 resgatar o seu espaço fora dos espaços institucionais. Disse que é preciso trazer o olhar dos
1804 movimentos sociais para dentro da comissão, contudo, o papel de articulação está nas ruas, na
1805 defesa da democracia brasileira, uma vez que estão ameaçadas as políticas de saúde e o
1806 Estado de direito democrático e laico. Finalizando, defendeu a recomposição e, posteriormente,
1807 se o Plenário assim entendesse, poderia reorganizar novamente. O Presidente do CNS
1808 destacou que, após amplo e rico debate, observou-se que há consenso sobre a necessidade
1809 de recompor as comissões do CNS, independente do formato. Identificou duas propostas a
1810 partir dos debates: 1) Manter formato atual das comissões; e 2) Proposta da Mesa Diretora do
1811 CNS: aprovar nova proposta de formulação. Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes**
1812 interveio para esclarecer que foram apresentadas outras proposições: manutenção das
1813 Comissões de Saúde da Pessoa Idosa e de Assistência Farmacêutica e criação da Comissão
1814 de Saúde do Homem. Conselheiro **Nelson Mussolini** apresentou a seguinte Questão de
1815 Ordem: primeiro, colocar em votação a proposta apresentada pela Mesa Diretora do CNS. A
1816 depender do resultado, votar as demais proposições dos conselheiros. Conselheiro **Haroldo de**
1817 **Carvalho Pontes** explicou que a votação não deveria ser a proposta original contra a proposta
1818 da Mesa Diretora do CNS. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** esclareceu que a
1819 proposta do FENTAS é manter o atual formato das comissões pelo período de um ano e
1820 reavaliar após esse período para reformulação ou não. Conselheiro **Jorge Alves de Almeida**
1821 **Venâncio** manifestou apoio à proposta da mesa e solicitou que fosse incorporada a sua
1822 proposta (prever a possibilidade de as comissões trazerem demandas ao Pleno). O Presidente
1823 do CNS explicou que as proposições do Conselheiro Jorge Alves e dos demais conselheiros
1824 seriam tratadas após a votação da proposta da Mesa Diretora do CNS. **Encaminhando, o**
1825 **Presidente do CNS colocou em votação a proposta de reformulação das Comissões**
1826 **Intersetoriais do CNS, elaboradas pela Mesa Diretora.** A proposta recebeu 25 votos
1827 favoráveis e doze votos contrários. Nenhuma abstenção. Deliberação: aprovada, com 25
1828 votos favoráveis e doze votos contrários, a proposta de reformulação das Comissões
1829 Intersetoriais do CNS, a saber: 1) Alimentação e Nutrição; 2) Vigilância em Saúde; 3)
1830 Recursos humanos e relações de trabalho; 4) Ciência, Tecnologia e Assistência
1831 Farmacêutica; 5) Saúde do trabalhador (a); 6) Orçamento e Financiamento; 7) Ética e
1832 Pesquisa; 8) Educação Permanente para o Controle Social; 9) Atenção à Saúde nos
1833 Ciclos de Vida (Criança, Adolescente, Jovem, Adulto e Idoso(a)); 10) Saúde da Mulher;
1834 11) Saúde Mental; 12) Saúde Indígena; 13) Políticas de Promoção da Equidade
1835 (população negra; LGBT; população de rua, campo, floresta e águas; povos e
1836 comunidades tradicionais.); 14) Atenção a Saúde de Pessoas com Patologias, DST-AIDS,
1837 TB, Hanseníase e Hepatites Virais; 15) Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência;
1838 16) Saúde Suplementar; 17) Promoção, Proteção a Saúde e Práticas Integrativas e
1839 Complementares em Saúde; e 18) Saúde Bucal. Aprovada a proposta, o Presidente do CNS
1840 reiterou os critérios para composição das comissões: entidades que compõem o CNS, sendo
1841 que a entidade participa, no máximo, em metade das comissões, incluindo os conselheiros
1842 (estes no máximo em duas comissões); entidades habilitadas no pleito eleitoral, mas que não
1843 compõem o CNS; e demais entidades, apenas as de cunho nacional, na perspectiva da missão
1844 da Comissão e da ampliação do diálogo para fora do CNS. Sugeriu definir o prazo para que
1845 entidades e organizações apresentem pleitos de participação nas comissões. Inclusive,
1846 informou que a SE/CNS recebeu pleitos de entidades para participação em várias comissões,
1847 mas sugeriu que os fóruns de segmento contribuam nesse processo de recomposição das
1848 comissões. Disse que a intenção é recompor o máximo de comissões na próxima reunião,
1849 priorizando as comissões de vigilância em saúde e de saúde da mulher, por conta das
1850 conferências convocadas. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** destacou que é preciso
1851 envidar esforços para recompor as comissões com qualidade e com máxima brevidade.
1852 Também sugeriu o prazo de 20 dias para o envio de pleitos das entidades para participar das
1853 comissões e Secretaria Executiva do CNS encaminharia mensagem às entidades e divulgaria

1854 no site do Conselho. Assim, os Fóruns debateriam os pleitos para participar das comissões.
1855 Conselheira **Lorena Baía** sugeriu debater os pleitos para as comissões nos fóruns durante o
1856 mês de junho e pautar a definição da composição no mês de julho, uma vez que a próxima
1857 reunião do CNS será em Fortaleza e nem todos os integrantes do Fórum poderão ir por conta
1858 do custo. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** sugeriu priorizar a recomposição das
1859 comissões de saúde da mulher e de vigilância em saúde na próxima reunião do CNS porque
1860 possuem demandas específicas a serem definidas. Conselheira **Kátia Souto** destacou como
1861 aprovadas as sugestões apresentadas durante o debate que foram consensos: abordagem
1862 transversal sobre a gestão nas comissões; Comissão de Atenção à Saúde das Pessoas com
1863 Patologias, sem especificar as patologias (excluir: DST-AIDS; Hepatites Virais; Tuberculose e
1864 Hanseníase); prever a possibilidade de as comissões trazerem demandas ao Pleno; e PNS e
1865 PPA como bases para o trabalho das comissões. Conselheira **Oriana Bezerra Lima** solicitou
1866 que a mesa reconsiderasse e pautasse a recomposição das comissões para o mês de julho,
1867 garantindo, assim, prazo maior para debate nos fóruns. Conselheiro **Dalmare Anderson**
1868 **Bezerra de Oliveira Sá** sugeriu priorizar a recomposição das duas comissões – saúde da
1869 mulher e vigilância em saúde – na próxima reunião, o que não impede recompor outras.
1870 Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** disse que a proposta é recompor as comissões na
1871 próxima reunião, considerando essas duas prioridades. Conselheira **Maria Laura Carvalho**
1872 **Bicca** avaliou que, primeiro, as vagas para compor as comissões devem ser abertas às
1873 entidades que compõem o CNS e depois as que participaram do processo eleitoral. Havendo
1874 vagas remanescentes, seria aberto para outras entidades. Conselheiro **Ronald Ferreira dos**
1875 **Santos**, Presidente do CNS, reiterou os critérios para recompor as comissões, na ordem:
1876 entidades que compõem o CNS, sendo que a entidade participa no máximo em metade das
1877 comissões, incluindo os conselheiros (estes no máximo em duas comissões); entidades
1878 habilitadas no pleito eleitoral, mas que não compõem o CNS; e demais entidades, apenas as
1879 de cunho nacional, na perspectiva da missão da Comissão e da ampliação do diálogo para fora
1880 do CNS. Assim, destacou que o debate deveria ser na linha de buscar o caminho mais rápido,
1881 eficiente e democrático para fazer a recomposição, com base nesses critérios. Conselheiro
1882 **Nelson Mussolini** avaliou que as entidades devem utilizar outros meios de comunicação – e-
1883 mail, WhatsApp - para debater e recompor as comissões na próxima reunião.
1884 Conselheiro **Geordecy Menezes de Souza** clarificou que cada entidade poderá pleitear a
1885 participação em até nove comissões. Conselheira **Carmem Lúcia Luiz** disse que é preciso
1886 privilegiar as entidades do CNS, mas sem desconsiderar outras com interesse em participar do
1887 Conselho. Conselheiro **José Arnaldo Pereira Diniz** reforçou a dificuldade de definir a
1888 composição das comissões em junho pelas razões já expostas e estranhou o açoitamento
1889 acerca dessa definição, lembrando que o Pleno vem funcionamento há muito tempo sem as
1890 comissões e aguardar mais um mês não traria grandes prejuízos. Assim, sugeriu que as
1891 entidades enviem os pleitos em junho para definição em julho. Conselheiro **Ronald Ferreira**
1892 **dos Santos**, Presidente do CNS, explicou que uma das preocupações da Mesa Diretora é criar
1893 as condições para que as decisões do Conselho não sejam questionadas, assim, não há
1894 açoitamento para definição das comissões. Esclareceu que as comissões estão funcionamento
1895 na indefinição porque o mandato dos atuais membros encerrou-se em dezembro de 2015.
1896 Também disse que é preciso resolver questões pontuais e citou, por exemplo, que o Plenário
1897 delibera sobre os processos elaborados pela CIRH cujo mandato dos atuais membros
1898 encerrou-se no final de 2015, junto com as demais comissões. Sendo assim, a proposta é
1899 assegurar legalidade e legitimidade nas deliberações do CNS. Conselheiro **André Luiz de**
1900 **Oliveira** lembrou que esse tema foi objeto de amplo debate na última reunião e as sugestões
1901 apresentadas foram incluídas na proposta de reformulação, portanto, não há açoitamento.
1902 Além disso, destacou que os critérios para recomposição foram aprovados e serão
1903 amplamente divulgados. Conselheiro **José Arnaldo Pereira Diniz** utilizando o argumento
1904 apresentado pelo Presidente solicitou que as comissões continuem a funcionar até a
1905 recomposição em julho. Além disso, disse que os fóruns não poderiam ter começado a debater
1906 os seus pleitos sem definir quais eram as comissões. Conselheira **Kátia Souto** também
1907 reiterou que não há açoitamento na definição das comissões, lembrando que foi apresentada
1908 uma proposta na última reunião, com amplo debate, inclusive com incorporação de sugestões
1909 feitas à proposta de recomposição. Além disso, recordou que os segmentos foram alertados
1910 sobre a necessidade de iniciar o debate sobre a composição, independente do número de
1911 comissões. No mais, disse que é preciso considerar o perfil para participar das comissões.
1912 Conselheira **Oriana Bezerra Lima** manifestou preocupação com o funcionamento das
1913 comissões com mandato dos integrantes encerrado, especialmente da CIRH, por entender que

1914 as decisões oriundas dessa comissão podem ser questionadas. Conselheiro **Haroldo de**
1915 **Carvalho Pontes** lembrou que as comissões são assessoras do Conselho e, no caso da CIRH,
1916 os pareceres elaborados pela Comissão foram elaborados foram submetidos à apreciação e
1917 votação do Pleno. Conselheiro **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá** sugeriu definir o
1918 prazo de 15 dias para que entidades enviem os pleitos para participar das comissões e delegar
1919 à Mesa Diretora a análise das solicitações para apresentar na próxima reunião. Conselheiro
1920 **Geordeci Menezes de Souza** defendeu a proposta e avaliou que o Conselho deve tentar
1921 recompor o maior número possível de comissões. Também sugeriu pensar formas para que as
1922 comissões não fiquem funcionando na indefinição ao concluir os mandatos dos seus membros,
1923 assim como ocorreu. Por fim, disse que a Mesa Diretora do CNS trabalha com o princípio de
1924 defender a democracia e lembrou que o Plenário é soberano para definir. Conselheira **Maria**
1925 **Angélica Zollin de Almeida** manifestou preocupação com falas relativas a “pessoas não
1926 qualificadas para participar das comissões e falta de resultados” e solicitou diagnóstico sobre o
1927 funcionamento das comissões. Feitas essas falas, conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**,
1928 Presidente do CNS, sintetizou os encaminhamentos: definir o prazo de 20 dias, a contar do dia
1929 9 de maio, para que entidades e organizações apresentem pleitos de participação nas
1930 comissões; socializar com o conjunto das entidades que compõem o CNS o processo; e, em
1931 junho, tentar definir a recomposição das comissões. Conselheira **Denise Torreão Corrêa da**
1932 **Silva** perguntou se o CNS garantiria a inscrição dos conselheiros suplentes no Congresso de
1933 modo a assegurar a participação deles na reunião do Conselho (as despesas com
1934 deslocamento seria custeada pela entidade). Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**,
1935 Presidente do CNS, informou que seria assegurada a participação dos suplentes na reunião do
1936 CNS, diferente de participar do Congresso (os conselheiros terão acesso livre ao espaço onde
1937 será realizada a reunião do Conselho, que comporta duzentas pessoas). Conselheira **Denise**
1938 **Torreão Corrêa da Silva** solicitou espaço no dia 2 de junho, à noite, para realizar reunião do
1939 FENTAS no local e o Presidente do CNS comprometeu-se a verificar a possibilidade de
1940 atender a solicitação. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** perguntou se os conselheiros
1941 seriam inscritos para participar do Congresso do CONASEMS. Conselheira **Kátia Souto**
1942 informou que o CONASEMS disponibilizou cem inscrições para o Conselho. O Presidente do
1943 CNS explicou que está assegurada a inscrição dos conselheiros titulares no Congresso do
1944 CONASEMS e para os suplentes está assegurado o acesso ao local da reunião do Conselho.
1945 Todavia, será verificada a possibilidade de participação dos suplentes no Congresso de acordo
1946 com as vagas remanescentes. Feitos esses esclarecimentos, reapresentou e submeteu à
1947 apreciação do Pleno o encaminhamento. **Deliberação: o Plenário definiu, com 24 votos**
1948 favoráveis e dez contrários, o prazo de vinte dias, a contar do dia 9 de maio, para que
1949 entidades e organizações apresentem pleitos de participação nas comissões. Cada
1950 entidade/movimento poderá pleitear a participação em até nove comissões. As
1951 solicitações serão sistematizadas e trazidas na próxima reunião do CNS para subsidiar a
1952 definição da composição das comissões, priorizando as de saúde da mulher e de
1953 vigilância em saúde porque as duas possuem demandas específicas a serem definidas.
1954 Com esse encaminhamento, o Presidente encerrou a manhã do segundo dia de reunião.
1955 **ITEM 10 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS – CIRH - Coordenação:**
1956 conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheiro
1957 **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**. Apresentação: conselheira **Maria Arindelita de Arruda**
1958 **Neves**, coordenadora da CIRH e conselheiro **Alexandre Medeiros de Figueiredo**,
1959 coordenador-adjunto da CIRH. Iniciando, conselheira **Maria Arindelita de Arruda Neves**,
1960 coordenadora da CIRH, informou o Pleno sobre a reunião ampliada da Comissão Intersetorial
1961 de Recursos Humanos – CIRH, que será realizada no dia 23 de maio de 2016, das 9h às 18h,
1962 no Plenário do CNS, com o objetivo de “Alinhar as discussões sobre formação e ordenação de
1963 RH em saúde, entre atores envolvidos, de forma a ampliar e unir forças políticas progressivas
1964 para enfrentamento desta ordenação pelo mercado financeiro e a favor do SUS”. Detalhou a
1965 programação: Mesa Redonda (manhã): “O SUS e a Ordenação da Formação em Saúde”, com
1966 discussão do Contrato Organizativo de Integração Ensino Serviço (COAPES); Mesa Redonda
1967 (tarde): “A Educação e a Regulação da Formação em Saúde”, com a discussão sobre
1968 Diretrizes Curriculares Nacionais – DCNs. Participantes convidados – integrantes da CIRH,
1969 serão convidados mais vinte conselheiros (dez representantes do segmento de trabalhadores e
1970 dez do segmento de usuários); associações de ensino das quatorze profissões de saúde,
1971 conselhos federais das quatorze profissões, federações das quatorze profissões, MEC e
1972 Ministério da Saúde. Feito esse informe, procedeu à apresentação de quatro processos
1973 analisados na 165ª RO/CIRH, realizada nos dias 18 e 19 de abril de 2016, sendo um processo

1974 de Psicologia (autorização) e três processos de odontologia (autorização): I - **201412886** -
1975 Faculdade Anhanguera de Joinville. Joinville/SC. Autorização Odontologia. Parecer:
1976 insatisfatório. Justificativas: a) A IES não apresenta documentos anexados que comprovem a
1977 assinatura de Termo de Convênio e Termo de Cooperação Técnica entre a IES, a Prefeitura
1978 Municipal e a Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina, para utilização da rede de
1979 serviços de saúde instalada e de outros equipamentos sociais existentes na região; b) Não há
1980 indicativos de articulação da IES com a gestão local do SUS e de sua participação na
1981 construção do PPC do curso conforme exigido no item 04, subitem b, da Resolução CNS nº
1982 350/2005; c) Não há indicação no PPC ou na matriz curricular do curso indicativos de que o
1983 aluno terá inserção na comunidade desde o início do curso, conforme preconizado na
1984 Resolução nº 350/2005; d) Não foram verificados no PPC conteúdos curriculares que garantam
1985 o compromisso com a integralidade, a multiprofissionalidade e a produção de conhecimento
1986 socialmente relevante conforme item 04, subitem b, da Resolução CNS nº 350/2005); e) Não
1987 há menção explícita dos campos de prática dos alunos, da relação número de alunos por
1988 professor-supervisor nas turmas das disciplinas de Estágio Supervisionado e não há inclusão
1989 da capacidade de atendimento e disposição dos alunos física e numericamente nos cenários
1990 de prática extramuros (item 04, subitem b, da Resolução CNS nº 350/2005); f) A integração do
1991 curso com o sistema local e regional de saúde/SUS formalizada por meio de convênio foi
1992 considerada pelos avaliadores como "... insuficiente, não sendo objetivado no PPC as formas
1993 de atuação das disciplinas de estágio ofertadas para a formação e atuação profissional."; g) O
1994 número de professores por aluno poderá não atender de maneira suficiente os anos
1995 subsequentes do curso considerando o número de alunos pretendidos para o curso (item 04,
1996 subitem a, da Resolução CNS nº 350/2005); h) Os laboratórios especializados foram
1997 considerados insuficientes pela comissão avaliadora do Inep, contrariando o item 4, subitem a,
1998 da Resolução CNS nº. 350/2005. II - **201501431** - Faculdades Integradas Urubupungá (FIU).
1999 Pereira Barreto/SP. Autorização. Psicologia. Parecer: insatisfatório. Justificativas: 1) Não há
2000 compromissos formais com a rede pública de saúde, assegurando a utilização da rede SUS da
2001 região como cenário de prática, além de outros equipamentos sociais existentes, conforme
2002 preconiza a Resolução CNS nº 350/2005, item 4, letra "a"; 2) Não há contratualização formal de
2003 comprometimento dos gestores locais do SUS com a abertura do curso, de estabelecimento de
2004 parcerias com as Prefeituras Municipais de Pereira Barreto, de Sud Mennucci e de
2005 Suzanópolis, no Estado de São Paulo, segundo recomenda a Resolução CNS Nº 350/2005,
2006 item 4, letra "b"; 3) Não é explicitada a inserção do estudante nos cenários de prática do SUS
2007 no primeiro ano do curso, seja por meio do Estágio Básico, seja por meio de programas de
2008 extensão ou atividades outras, conforme preconizado na Resolução CNS Nº 350/2005, item 4,
2009 letra "b"; 4) A matriz curricular possui problemas graves: problemas na adaptação e alocação
2010 das disciplinas entre os distintos períodos (as disciplinas estão fragmentadas e dispersas,
2011 percebendo pouca articulação horizontal e vertical entre as mesmas; existem períodos com 12
2012 disciplinas o que torna inviável sua realização visto ser um curso noturno); inadequação
2013 bibliográfica de disciplinas; inadequação da descrição dos estágios às ênfases propostas, com
2014 pouca ou nenhuma articulação das ênfases às vocações da região e ao atendimento às
2015 necessidades de saúde e sociais da população; contrariando o que recomenda a Resolução
2016 CNS Nº 350/2005, item 4, "b"; 5) O PPC não contempla a integração com o sistema local e
2017 regional de saúde/SUS, não atendendo o que orienta a Resolução CNS Nº 350/2005, item 4,
2018 "a", "b" e "c"; 6) Não há a descrição de um programa de inserção do estudante de Psicologia
2019 nos campos de prática desde o início do curso, incluindo a capacidade de atendimento e
2020 disposição dos alunos, física e numericamente, permitindo, dessa forma, assegurar a absorção
2021 nos espaços previstos e, principalmente, nos da rede SUS existente na região da proposta de
2022 oferta do curso, conforme preconiza a Resolução CNS Nº 350/2005, item 4, letra "a"; 7) Não
2023 existe menção à estruturação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP; 8) Não há a previsão
2024 de um Serviço de Psicologia Aplicada, conforme apresenta a Diretriz Curricular Nacional da
2025 Psicologia, no Artigo 25, da Resolução CNE/CES/MEC Nº 5/2011. III - **201409695** - Faculdade
2026 Maurício de Nassau de Vitória da Conquista – FMN. Vitória da Conquista/BA. Autorização.
2027 Odontologia. Parecer: insatisfatório. Justificativas: a) Não existem registros em atas ou
2028 resumos de reuniões sobre a existência da articulação da IES com a gestão local do SUS e de
2029 sua participação na construção do PPC do curso conforme exigido no item 04, subitem b, da
2030 Resolução CNS Nº350/2005; b) O corpo docente é numericamente insuficiente e não atende a
2031 dimensão para os dois primeiros anos baseado no número de aluno proposto (480 alunos),
2032 conforme o item 4 subitem a de Resolução CNS nº 350/2005; c) A IES não menciona os
2033 campos de prática dos alunos, a relação número de alunos por professor-supervisor nas

2034 turmas das disciplinas de Estágio Supervisionado e a inclusão da capacidade de atendimento e
2035 disposição dos alunos, física e numericamente, nos cenários de prática extramuros, como
2036 preconiza a Resolução 350/2005; d) O PPC se apresenta um tanto confuso e não descreve
2037 novas propostas pedagógicas e metodologias de ensino conforme exigido no item 04, subitem
2038 b, da Resolução CNS Nº350/2005; e) A infraestrutura de laboratórios foi considerada
2039 insuficiente pela comissão avaliadora (conceito final 2,8 para esta dimensão) e não foi
2040 observada a clínica de Odontologia para realização das atividades práticas (item 04, subitem b,
2041 da Resolução CNS Nº350/2005 e Artigo 25 da DCN de Odontologia); g) Não existe
2042 diferenciação na matriz curricular do curso diurno para o noturno, nem como se dará a inserção
2043 dos alunos do curso noturno nos campos de estágios, conforme preconiza a Resolução CNS nº
2044 350/2012. **IV - 201400933** - Faculdades Integradas de Ourinhos – FIO. Ourinhos/SP.
2045 Autorização. Odontologia. Parecer: satisfatório com recomendações. Recomendações para os
2046 próximos ciclos avaliativos: a) A IES deverá apresentar anexando aos documentos, atos
2047 comprobatórios da assinatura de Termo de Convênio e Termo de Cooperação Técnica entre a
2048 IES, a Prefeitura Municipal de Ourinhos e a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, para
2049 utilização da rede de serviços de saúde instalada e de outros equipamentos sociais existentes
2050 na região, condição obrigatória para o futuro reconhecimento do curso conforme preconiza a
2051 Resolução CNS 350/2012; b) Referir claramente no PPC a articulação da IES com a gestão
2052 local do SUS e de sua participação na construção do projeto do curso conforme exigido no item
2053 04, subitem b, da Resolução CNS nº. 350/2005; c) Descrever os campos de prática dos alunos,
2054 a relação do número de alunos por professor-supervisor nas turmas das disciplinas de Estágio
2055 Supervisionado e a inclusão da capacidade de atendimento e disposição dos alunos física e
2056 numericamente nos cenários de prática extramuros. Conforme preconiza a Resolução CNS nº
2057 350/2012. Concluída a apresentação, conselheiro **Gerdo Bezerra** explicou que o curso de
2058 odontologia precisa de, no mínimo, 4 mil horas e não se sabe como o curso pode distribuir
2059 essa carga horária à noite. Por essa razão, o parecer insatisfatório. Conselheira **Semiramis**
2060 **Maria Amorim Vedovatto** falou da preocupação do CFP com a formação profissional e
2061 destacou que o MEC, em resolução, está retirando a clínica escola e excluindo a disciplina
2062 “ética” dos currículos. Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** esclareceu que os pareceres
2063 elaborados pela CIRH têm por referência a Resolução do CNS e destacou que poucos são
2064 acatados. **Deliberação: aprovados, com duas abstenções, os quatro pareceres**
2065 **elaborados pela CIRH – três insatisfatórios e um satisfatório com recomendações.** Na
2066 sequência, o coordenador adjunto da CIRH/CNS apresentou os seguintes informes: **1)** Cursos
2067 sobre participação popular e controle social (DEGES/SGETS), sobre os seguintes temas:
2068 conceitos gerais sobre participação popular; gestão da educação; gestão do trabalho; e
2069 financiamento do SUS. Os cursos serão abertos ao público. A ideia é construir os conteúdos
2070 dessas formações integradas com os conselhos de saúde. **2)** PRONATEC SAUDE – ETSUS. A
2071 SGTES assinou termo de convênio com o MEC para participar da organização do PRONATEC.
2072 A ideia é priorizar a oferta por meio de institutos federais de ensino e escolas técnicas do SUS.
2073 Permite alterar o catálogo de cursos técnicos, possibilitando a regulação desses cursos. **3)**
2074 Termos de cooperação entre o Ministério da Saúde, a Universidade Federal do Rio Grande do
2075 Norte, as escolas técnicas e as escolas de saúde pública para transferência de tecnologia do
2076 AVASUS e sistema de gestão acadêmica. **4)** SIMAIES. Criação de sistema de monitoramento e
2077 avaliação da integração ensino e serviço. Sistema público e aberto. Representa um avanço e
2078 poderia ser utilizado, inclusive pelo CNS e INEP. Conselheira **Maria Arindelita de Arruda**
2079 **Neves**, coordenadora da CIRH, fez um informe sobre a semana de comemoração da
2080 enfermagem (90 anos), de 12 a 20 de maio, com realização de atividades nos Estados.
2081 Concluído esse ponto, foram retomados os itens pendentes. **MOÇÃO DE REPÚDIO** –
2082 conselheiro **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá** apresentou o texto da minuta de
2083 moção, cujo mérito fora aprovado no dia anterior sobre o PLP 257/2016. O texto é o
2084 seguinte: “O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, na sua Ducentésima Octogésima
2085 Primeira Reunião Ordinária, realizada no dia 5 de maio de 2016, no uso de suas atribuições
2086 conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela nº 8.142, de 28 de dezembro de
2087 1990 e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e considerando o compromisso deste
2088 Conselho Nacional de Saúde – CNS com a oferta de ações e serviços integrais, universais,
2089 públicos, estatais e de qualidade; considerando o relatório final da 4ª Conferência Nacional de
2090 Saúde do Trabalhador e Trabalhadora, que combate qualquer tipo de precarização do trabalho
2091 e na saúde; considerando que a restrição de melhorias das condições de trabalho propostas
2092 pelo PL, que representam uma série de ataques aos direitos dos trabalhadores e
2093 trabalhadoras, principalmente aos servidores públicos federais, estaduais e municipais;

2094 considerando que as políticas de distribuição de renda, tais como o aumento real do salário
2095 mínimo, encontram-se ameaçados por tal medida, atingindo assim uma parcela importante da
2096 população economicamente ativa; Vem a público: externar repúdio à proposta do PLP 257/2011,
2097 por todo os ataques que ele traz a amplitude da sociedade brasileira, principalmente a classe
2098 trabalhadora, tais como: suspensão dos concursos públicos, congelamento de salários, não
2099 pagamento de progressões e outras vantagens (como gratificações), destruição da previdência
2100 social, revisão dos Regimes Jurídicos dos Servidores e das despesas de custeio, ajuste na
2101 política de reajuste do salário mínimo." **Deliberação: aprovada a moção de repúdio à**
2102 **proposta do PLP 257/2016.** Em seguida, foi aberta a palavra para informes. **1)** Dia mundial da
2103 Esclerosa Múltipla. Dia 25 de maio. Evento em Mogi das Cruzes/SP referente ao tema.
2104 **Apresentação:** conselheira **Cleuza de Carvalho Miguel.** **2)** Convite para participar do XX
2105 Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia. Data: de 8 a 11 de junho. Local: Local:
2106 Centro de Eventos do Ceará, Fortaleza/CE. Tema central "Como Estamos Envelhecendo: o
2107 Indivíduo, a Sociedade e o Brasil". **Apresentação:** conselheira **Elcyana Bezerra de Carvalho.**
2108 **3)** Atividade referente às devolutivas da 4ª Conferência de Saúde do Trabalhador. Serão
2109 realizadas treze devolutivas em todo o estado. A primeira foi realizada no dia 4 de maio, em
2110 São Paulo. O objetivo é definir estratégias para efetivar as deliberações da Conferência.
2111 **Apresentação:** conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** (ausência no primeiro dia de reunião
2112 porque estava na atividade). **4)** 25º Congresso Nacional de Pós-graduandos será realizado em
2113 Belo Horizonte, com o tema "Pós-graduandos em defesa da democracia para superar a crise e
2114 conquistar mais direitos". Solicitação de pauta para tratar sobre violência contra a juventude.
2115 **Apresentação:** conselheiro **Dalmare Anderson.** **5)** Posse do Comitê Brasileiro de Pessoas com
2116 Deficiência. **Apresentação:** conselheira **Ana Maria Lima.** **6)** Acampamento Terra livre. Cerca de
2117 2500 pessoas acamparão na Esplanada dos Ministérios, com ações políticas e culturais. Data:
2118 10 a 13 de maio. **Apresentação:** conselheiro **Rildo Mendes.** **7)** Dia do Assistente Social - 15 de
2119 maio. **Apresentação:** conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca.** **8)** Encontro da ANEPS e
2120 práticas integrativas. Facilitador de uma oficina sobre saúde mental e População de Rua.
2121 **Apresentação:** **José Vanilson Torres da Silva.** **ITEM 11 – INFORMES PARLAMENTARES -**
2122 **Coordenação:** conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos,** Presidente do CNS. O assessor
2123 parlamentar do CNS, **Vanderlei Macedo**, fez um informe sobre as matérias, em tramitação,
2124 que representam riscos/ameaças, de um lado, e outras que sinalizam avanços e dialogam
2125 positivamente com as expectativas e pautas do CNS. Explicou que o informe abordaria projetos
2126 com tramitação no Congresso Nacional que atacam direitos e representam também riscos à
2127 democracia. Detalhou que o Senado Federal e a Câmara dos Deputados iniciaram atividades
2128 com uma série de iniciativas (projetos em tramitação) que podem transformar 2016 em um ano
2129 de avanço do conservadorismo. Trata-se de projetos polêmicos que estão na pauta das duas
2130 Casas Legislativas do Congresso Nacional e precisam ser acompanhados com atenção: **a)**
2131 Estatuto da Família (PL 6.583/2013). Autor: deputado Anderson Ferreira (PR-PE). Resumo:
2132 determina que a família é formada exclusivamente por homens e mulheres e exclui, portanto,
2133 casais LGBTs desse conceito; **b)** Maioridade Penal (PEC 171/1993). Autor: deputado Benedito
2134 Domingos (PP-DF). Resumo: reduz a maioridade penal para 16 anos; **c)** Criminalização da
2135 vítima de violência sexual (PL 5.069/2013). Autores: deputado Eduardo Cunha e outros.
2136 Resumo: possibilita punir qualquer pessoa que oriente o uso de método contraceptivo e preste
2137 orientações sobre o aborto legal definido pela Constituição Federal; **d)** Terceirização (PLC
2138 30/2015). Autor: deputado Sandro Mabel. Resumo: permite a terceirização sem limites; **e)**
2139 Estatuto do desarmamento (PL 3.722/2012). Autor: deputado Rogério Peninha Mendonça
2140 (PMDB-SC). Resumo: Facilita a aquisição e o porte de armas de fogo. **f)** Privatização das
2141 Estatais (PLS 555/2015). Autor: substitutivo aos projetos de lei do Senado 167/2015, dos
2142 senadores Tasso Jereissati (PSDB-CE), e 343/2015, de Aécio Neves (PSDB-MG); e do
2143 anteprojeto apresentado por Eduardo Cunha (PMDB-RJ). Resumo: permite a venda e
2144 participação do capital privado em empresas estatais como Correios e Caixa Econômica; **g)**
2145 Flexibilização do Conceito do Trabalho Escravo (PLS 432/13). Autor: Romero Jucá (PMDB-
2146 RR). Resumo: desconfigura e ameniza o conceito de trabalho escravo; **h)** Redução da idade de
2147 trabalho (PEC 18/2011). Autor: Dilceu Sperafico (PP-PR). Resumo: autoriza o trabalho de
2148 regime parcial a partir dos 14 anos. Também apresentou as propostas que apresentam riscos e
2149 ameaças ao SUS e são reprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde: PEC que propõe a
2150 desvinculação de receitas de estados e municípios (PEC 143/2015). Objetivo: Instituir a
2151 desvinculação de receitas dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios; Demarcação de
2152 terras Indígenas (PEC 215/2000). Objetivo: A proposta transfere da Funai para o Congresso a
2153 palavra final sobre demarcação de terras indígenas; Projeto de lei que prevê a fim da rotulagem

dos transgênicos (PLC 34/2015). Objetivo: Instituindo que os produtos geneticamente modificados não mais sejam identificados através do símbolo que marca os transgênicos, um triângulo amarelo com a letra T. Situação atual: em tramitação no Senado Federal; PEC que obriga empregadores a pagar planos de saúde a todos os empregados (PEC 451/2014). Objetivo: Incluir como garantia fundamental, plano de assistência à saúde, oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, na utilização dos serviços de assistência médica. Situação atual: em tramitação na Câmara dos Deputados; Pesquisas Clínicas (PLS 200/2015). Objetivo: Dispõe sobre a condução de pesquisas clínicas em seres humanos por instituições públicas ou privadas – modifica de forma substancial a legislação vigente, colocando em risco os voluntários das pesquisas clínicas; Projeto que criminaliza transmissão da AIDS (PL 198/2015). Autor: Dep: Pompeo de Mattos - PDT/RS015. Objetivo: Torna crime hediondo a transmissão deliberada do vírus da AIDS. Apresentou, a seguir, as propostas que sinalizam avanços ou respostas a serem apoiadas pelo Conselho Nacional de Saúde: **a)** Projeto que cria a Política contra Dengue e Zika (PL 1.861/2015). Resumo: propõe a criação de uma política nacional de combate à dengue, à febre chikungunya e ao zika; **b)** Taxação das grandes fortunas (PLS 315/2015). Objetivo: institui o Imposto sobre Grandes Fortunas; **c)** Proposta que aumenta o gasto com pessoal na área de saúde (PLP 251/2015). Objetivo: O Projeto de Lei Complementar PLP 251-A/2005, com votação em turno único, que aumenta o gasto com pessoal na área de saúde para até 75% dos recursos financeiros destinados à saúde; **d)** Vedaçāo do Capital Estrangeiro (PL 1.721/2015). Objetivo: trata da vedação da participação direta ou indireta de empresa ou de capital estrangeiro na assistência à saúde; **e)** Proposta que combate a diferença de remuneração entre homens e mulheres (PLC 130/2011). Objetivo: visa estabelecer multa para combater a diferença de remuneração verificada entre homens e mulheres no Brasil; **f)** Tratamento de doenças raras ou negligenciadas (PL 6.566/2013). Objetivo: visa garantir recursos para atividades voltadas para o desenvolvimento tecnológico de medicamentos, imunobiológicos, produtos para a saúde e outras modalidades terapêuticas destinados ao tratamento de doenças raras ou negligenciadas; **g)** Financiamento do SUS (PEC 01/2015 - percentual mínimo para a saúde. Objetivo: Dispõe sobre o valor mínimo a ser aplicado anualmente pela união em ações e serviços públicos de saúde, de forma escalonada em cinco exercícios: 15%, 16%, 17%, 18% e 18,7%. Por fim, informou sobre a eleição de membros de comissões no Congresso Nacional: A Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), por exemplo, elegeu seu novo presidente: a deputada Conceição Sampaio (PP-AM); o deputado Padre João (PT-MG) presidirá a Comissão de Direitos Humanos e Minorias; o deputado Chico D'Angelo (PT-RJ) é eleito presidente da Comissão de Cultura; e Chico Lopes (PCdoB) Presidente da Comissão Legislação Participativa – CLP.

ENCERRAMENTO – Nada mais havendo a tratar, o Presidente do CNS encerrou os trabalhos da 281^a Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os seguintes conselheiros no segundo dia: **Titulares** – **Ana Maria Lima Barbosa**, Organização Nacional de Entidades de Deficientes Físicos – ONEDEF; **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB; **Arilson da Silva Cardoso**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS; **Carmen Lucia Luiz**, União Brasileira de Mulheres – UBM; **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA; **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá**, Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG; **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO; **Gerdo Bezerra de Faria**, Conselho Federal de Odontologia – CFO; **Geordeci M. Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **Heliana Neves Hemeterio dos Santos**, Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – ABGLT; **Jani Betânia Souza Capiberibe**, Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; **Juliana Acosta Santorum**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG; **Lorena Baía de Oliveira Alencar**, Conselho Federal de Farmácia (CFF); **Liane Terezinha de Araújo Oliveira**, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama – FEMAMA; **Luís Carlos Saraiva Neves**, União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS; **Luiz Alberto Catanocé**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical – SINDNAPI; **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Maria Arindelita Neves de Arruda**, Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação

2214 Nacional da Indústria (CNI); **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária
2215 (CFMV); **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul – ARPINSUL; **Ronald**
2216 **Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos – Fenafar; **Wanderley Gomes**
2217 da Silva, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; e **Záira Tronco**
2218 **Salerno**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN). *Suplentes* – **Alexandre Fonseca**
2219 **Santos**, Ministério da Saúde; **André Luís Bonifácio de Carvalho**, Ministério da Saúde;
2220 **Andréa Karolina Bento**, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia – ABRALE; **Andreia de**
2221 **Oliveira**, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS; **Clarice**
2222 **Baldotto**, Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB); **Cleuza de Carvalho Miguel**,
2223 Movimento dos Portadores de Esclerose Múltipla – MOPEM; **Deise Araújo Souza**,
2224 Confederação Nacional do Comércio – CNC; **Denise Torreão Corrêa da Silva**, Conselho
2225 Federal de Fonoaudiologia – CFFa; **Dulcilene Silva Tiné**, Confederação Nacional de Saúde,
2226 Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS); **Elcyana Bezerra de Carvalho**, Associação
2227 Brasileira de Alzheimer – ABRAz; **Elgiane de Fatima Machado Lago**, Central dos
2228 Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil – CTB; **Geraldo Adão Santos**, Confederação
2229 Brasileira dos Aposentados e Pensionistas – COBAP; **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**,
2230 Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; **Ivone Martini de Oliveira**, Conselho
2231 Federal de Enfermagem – COFEN; **Joana Batista Oliveira Lopes**, Federação Nacional dos
2232 Odontologistas - FNO; **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores
2233 do Brasil – CGTB; **José Arnaldo Pereira Diniz**, Federação Interestadual dos Odontologistas –
2234 FIO; **José Vanilson Torres da Silva**, Movimento Nacional de População de Rua – MNPR;
2235 **Jupiara Gonçalves de Castro**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos
2236 Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil – FASUBRA; **Kátia Maria**
2237 **Barreto Souto**, Ministério da Saúde; **Luiz Carlos Medeiros de Paula**, Federação Nacional de
2238 Associações e Entidades de Diabetes – FENAD; **Maria Angélica Zollin de Almeida**,
2239 Federação Nacional dos Médicos Veterinários – FENAMEV; **Maria do Socorro Bezerra**
2240 **Mateus**, União Nacional dos Auditores do Sistema Único de Saúde – UNASUS; **Semiramis**
2241 **Maria Amorim Vedovatto**, Conselho Federal de Psicologia (CFP); **Shirley Marshal Diaz**
2242 **Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE; e **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral
2243 da Criança.