



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

ATA DA DUCENTÉSIMA OCTAGÉSIMA QUARTA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - CNS

Aos dezoito e dezenove dias do mês de agosto de dois mil e dezesseis, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde “Omlton Visconde”, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar, Brasília-DF, realizou-se a Ducentésima Octogésima Quarta Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS, dedicada, conforme deliberação do Pleno, à memória da atriz Elke Maravilha. A mesa de abertura foi composta pelo conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS e o conselheiro **André Luiz de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. O Presidente do CNS abriu os trabalhos cumprimentando os presentes e os que acompanhavam a reunião em tempo real. Em seguida, apresentou os objetivos da 284ª Reunião Ordinária: **1)** apreciar o Relatório de Prestação de Contas do 1º Quadrimestre de 2016 após contribuições dos Conselheiros Nacionais de Saúde, analisar a situação da Proposta de Emenda Constitucional – PEC 241/2016 e o Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias – PLDO de 2017 no Congresso Nacional e a proposta de Recomendação do CNS; **2)** socializar informações sobre a realização da 20ª Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares; **3)** apreciar e deliberar sobre os pareceres da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho – CIRHRT; **4)** apreciar e deliberar sobre a proposta de regimento interno da 1ª Conferência de Vigilância em Saúde e da 2ª Conferência de Saúde das Mulheres; e **5)** apreciar documento a ser encaminhado aos candidatos as Eleições Municipais 2016. Em seguida, procedeu ao item 1 da reunião. **ITEM 1 – EXPEDIENTE E INFORMES - APROVAÇÃO DA PAUTA DA 284ª RO E DA ATA DA 283ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS – Primeiro, o Presidente do CNS fez a leitura da pauta da reunião que foi aprovada por unanimidade.** Em seguida, colocou em apreciação a ata da 284ª Reunião Ordinária, enviada previamente aos conselheiros. Aberta a palavra, conselheiro **Nelson Mussolini** apresentou contribuições ao texto que foram registradas pela assessoria. Conselheira **Clarice Baldotto** explicou que encaminhara ofício à Secretaria-Executiva do CNS solicitando cópia do áudio da fala do Ministro de Estado da Saúde na 283ª RO para conferir o texto da ata. Como não obteve resposta à solicitação, solicitou que a ata não fosse aprovada na reunião. Também apresentaram sugestões ao texto da ata as conselheiras **Semiramis Maria Amorim Vedovatto** e **Oriana Bezerra Lima**. O Presidente do CNS sugeriu que as sugestões dos conselheiros fossem incorporadas à ata e o texto apreciado no segundo dia de reunião, mas não houve consenso acerca dessa proposta. Conselheiro **Nelson Mussolini** lembrou que a ata foi encaminhada previamente aos conselheiros para contribuições e, seguindo o Regimento Interno do CNS, solicitou que o texto fosse submetido à votação. Se não fosse aprovado, voltaria na reunião seguinte. Seguindo esse encaminhamento, o Presidente do CNS submeteu à votação a ata da 283ª Reunião. **Deliberação: a ata da 283ª Reunião Ordinária foi aprovada por maioria, com as sugestões. 4 abstenções.** Em seguida, foi aberta a palavra aos novos conselheiros para que se apresentassem ao Pleno. Conselheiro **Antônio Muniz da Silva**, União de Cegos do Brasil, titular, substituindo Moisés Bauer Luiz; **Mariana Carvalho Pinheiro**, 2º suplente, Ministério da Saúde; e **Sônia Pereira**, Rede Nacional, titular, Lai Lai Apejo. Seguindo no item dos expedientes, procedeu-se à apreciação da moção de repúdio à declaração do Ministro de Estado da Saúde. O Presidente do CNS explicou que dois dos três solicitantes do pedido de vistas, feitos na 283ª RO, encaminharam parecer ao Conselho (conselheiro Haroldo de Carvalho não encaminhou). Explicou que o parecer do conselheiro **Wanderley Gomes da Silva** é favorável à aprovação da moção e o da conselheira **Liane Terezinha de Araújo Oliveira** defende que o texto não se atenha apenas a uma manifestação do Ministro da Saúde. Aberta a palavra, conselheira **Liane Terezinha de Araújo Oliveira** explicou que, no seu parecer, defende que a moção seja mais abrangente, contemplado todas as falas do Ministro da Saúde e não se atenha apenas a uma manifestação, inclusive pelo momento que se vive.

Conselheiro **Willen Heil e Silva** avaliou que o CNS precisa tratar e manifestar-se a respeito de todas as questões específicas que possam agredir o SUS ou aqueles que fazem parte do Sistema, não permitindo a banalização. Defendeu o documento conforme apresentado na última reunião e solicitou que fosse verificado se os pareceres foram apresentados com dez dias de antecedência. E, caso contrário, que a minuta fosse submetida à votação. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, entendendo que a minuta de resolução deveria ser submetida à votação, porque a matéria fora tratada na reunião anterior, perguntou se havia posição diferente dessa. Conselheira **Juliana Acosta Santorum** avaliou que o CNS precisava manifestar-se, de modo a dialogar com a população. Todavia, essa manifestação deve contemplar outras pautas colocadas pelo Ministro de Estado da Saúde, além do objeto da resolução, como: proposta de plano de saúde acessível, defesa da PEC nº. 241; e afirmação que “as mulheres trabalham pouco”. O Presidente do CNS explicou que as pautas relativas ao plano de saúde acessível e defesa da PEC nº. 241 seriam tratadas em outro momento da reunião. Assim, solicitou que os conselheiros se manifestassem sobre os encaminhamentos relativos à moção. Conselheira **Alessandra Ribeiro de Sousa** discordou do parecer apresentado pela conselheira Liane Terezinha, porque a moção foi proposta em um momento específico, não se tratando de uma proposta corporativista, uma vez que a fala do Ministro da Saúde, além de atacar uma profissão, deslegitimou o SUS e o atendimento que a população precisa. Também sugeriu que o CNS elabore resolução contra a proposta de plano de saúde acessível, entendendo que o CNS deve manifestar-se sobre cada questão específica colocada pelo Ministro da Saúde. Conselheira **Oriana Bezerra Lima** ponderou que os dois pareceres não foram contrários ao mérito da moção. Também ressaltou que a foi proposta a partir de uma questão específica, o que não invalida que o CNS elabore nota técnica ou outro documento a respeito de demais questões específicas. Conselheira **Lorena Baía** lembrou que o Regimento Interno do CNS define moção como manifestação política sobre determinado fato ou ato, assim, situações como essa são passíveis de manifestação. Também lembrou que na última reunião do CNS o Ministro da Saúde fez uma fala demonstrando que desconhece o papel do farmacêutico. Frisou que o farmacêutico deseja estar inclusive nos locais onde há médicos, porque são profissionais que podem contribuir no cuidado integral em saúde. Nessa linha, defendeu a moção na forma proposta, não invalidando a sugestão de manifestar-se a respeito de outras pautas colocadas pelo Ministro da Saúde. Conselheiro **Wanderley Gomes da Silva** explicou que o seu parecer foi favorável à aprovação da moção, considerando, entre outros aspectos, que o objeto da moção de repúdio foi especificamente às declarações do Ministro de Estado da Saúde em referência aos profissionais farmacêuticos, benzedeiras e médicos cubanos. No seu entendimento, essa manifestação expressa uma visão que afronta os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade no SUS, com equipes multiprofissionais. Ou seja, o objeto da moção se reporta a um fato concreto passível de manifestação e posicionamento do Conselho. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** destacou que são legítimas moções sobre temas individuais ou coletivos e, a respeito dessa questão específica, lembrou que, na última reunião, o Ministro da Saúde esclareceu o ocorrido e o contexto da sua fala. Avaliou que o Conselho poderia destinar o tempo da reunião para debater moções como essa para marcar posição, todavia, no seu entendimento, era preciso otimizar o tempo para tratar dos desafios para construção do SUS e a qualificação do controle social. Apelou para que a moção fosse considerada na interpretação que o Ministro da Saúde apresentou ao Plenário e deu por vencida. Assim, as entidades que desejassem manter a moção, que assim o fizesse, lembrando que o CNS não precisava ser signatário dessa e de outras, dada a pluralidade do Conselho. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, registrou que a conselheira Liane Terezinha, diante das falas, decidiu apoiar a aprovação do mérito da moção. Sendo assim, colocou em aprovação a moção. **Deliberação: aprovada a moção com um voto contrário e duas abstenções.** Definido esse ponto, o Presidente do CNS comunicou que os demais itens dos informes e indicações seriam tratados posteriormente. A seguir, apresentaram-se ao CNS as conselheiras que participavam da reunião pela primeira vez: **Sônia Brito**, diretora de gestão da SVS/Ministério da Saúde, 1ª suplente; e **Maria Tereza Teixeira**, Secretária de governo da Presidência da República, 2ª suplente. **ITEM 2 - RADAR - Esclarecimento referente ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU; Cumprimento da Lei 12.732/2012 que dispõe do primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início; Esclarecimento acerca da Portaria nº 1.482, que institui Grupo de Trabalho para discutir projeto de plano de saúde acessível; e Informe sobre o combate ao Aedes Aegypti (dengue, zika vírus e chikungunya).** Coordenação: conselheiro **Ronald Ferreira dos**

Santos, Presidente do CNS. *Composição da mesa:* **Ricardo Barros**, Ministro de Estado da Saúde e equipe do Ministério da Saúde. **Informe sobre o combate ao Aedes Aegypti (dengue, zika vírus e chikungunya)** – **Wanessa Tenório Oliveira**, Diretora Substituta do Departamento de Doenças Transmissíveis/SVS/MS; e **Alexandre Fonseca Santos**, na condição de diretor substituto da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde. A diretora iniciou sua exposição com os seguintes dados: em 2016, houve antecipação dos casos de dengue no país; os casos decaíram mais cedo em comparação a 2015; e da semana 1 ao 29, foram 1,4 milhão de casos com 450 óbitos já confirmados e outros em investigação. Sobre febre Chikungunya, segundo critério de confirmação e semana epidemiológica (2016), explicou que são 169.656 (83,0/100.000 hab.) de casos prováveis, 38 óbitos confirmados (em 2015, 6 óbitos), e esse aumento de óbitos está sob investigação. Sobre zika, explicou que são 174.003 (85,1/100.000 hab.) casos prováveis, com um óbito confirmado em 2016 e três em 2015. Também falou sobre o número de casos de Zika em gestantes (doença de notificação compulsória imediata): 14.739 casos prováveis e 6.903 (2.440 laboratório) de casos confirmados. A respeito de microcefalia e/ou malformações do sistema nervoso Central, detalhou: 8.890 casos notificados até a semana epidemiológica 31, a maioria em Nordeste; percentual de investigação menor em relação ao início de 2016; 2972 ainda em investigação; 1806 casos confirmados; desproporção regional em relação ao número de investigação (no Nordeste, dos 6303 casos notificados, 1803 ainda estão em investigação; na Região Sudeste, foram 1544 casos e 828 casos em investigação). Explicou que desde a semana 12 observa-se baixo incremento de casos notificados (menor que 2%). As Regiões Nordeste e Sudeste notificam mais casos em relação às demais Regiões. Falou também sobre as salas de coordenação e controle, explicando que todos os Estados possuem salas implantadas e em funcionamento e são 1.620 salas municipais. Também apresentou o resultado do trabalho das salas estaduais e municipais, com destaque para os ciclos de visitas a imóveis urbanos: 1º e 4º ciclos com duração de dois meses/cada e o percentual maior de visitas – no primeiro, 86% de todos os imóveis e no quarto 82,5%; e 2º e 3º ciclos (duração de um mês): 59% dos imóveis e 49%, respectivamente. Em torno de 17% das visitas, os imóveis estavam fechados ou não se permitiu a entrada do agente. Observou-se diminuição do percentual de focos onde se realizou visita. Salientou que as salas nacional, estaduais e municipais estão em funcionamento, com trabalho importante e são realizadas videoconferências quinzenais com os estados.

Manifestações. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** salientou que o sucesso do combate ao vetor está ligado à sensibilização da população, uma vez que a maioria dos focos encontra-se nas residências. No mais, fez os seguintes questionamentos: o índice de mortalidade da chikungunya é maior em relação à zika? Qual o percentual de casos de microcefalia antes da circulação do vírus zika? Por que a incidência no Nordeste é maior? Número de casos de zika em gestantes – os dados referem-se a casos novos? Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** destacou que esse é um tema importante inclusive para contribuir com a atuação dos conselheiros nos municípios. Também solicitou maiores considerações sobre o percentual de focos encontrados nas residências. Conselheira **Carmem Lúcia Luiz** reiterou o seu pedido, feito na reunião anterior, de dados desagregados sobre a zika – local de moradia, idade das mulheres atingidas, raça e cor. Destacou que a situação está mais tranquila por conta do inverno período em que o mosquito se reproduz menos. Também lembrou que as pessoas acumulam água nas casas por não terem acesso à água tratada e ainda assim a recomendação do Ministério é centrada no cuidado às casas e à água. Diante dessa situação, perguntou quando o MS iniciará trabalho para assegurar caixa d'água para armazenamento e garantir o abastecimento da água. Conselheira **Oriana Bezerra Lima** falou sobre o ciclo de visitas, explicando que nos ciclos com duração de um mês houve queda e naqueles de dois meses ou trimestral, observa-se aumento do percentual de visitas realizadas. Salientou que, excluindo os imóveis pendentes do número de visitas realizadas, o percentual é de 32,8 milhões de imóveis e mais 17,5% de imóveis fechados, o que causa preocupação porque no ciclo uma série de imóveis não foram visitados. Salientou ainda que é preciso reforçar as ações voltadas à ampliação do saneamento básico no país, especialmente no Nordeste pelas condições favoráveis à disseminação vetorial. Conselheiro **Nilton Pereira Júnior** saudou a expositora pela apresentação e solicitou que a Sala Nacional discorra sobre as dificuldades enfrentadas por Estados e Municípios para o diagnóstico da microcefalia – falta de acesso a consultas e a especialidades? Falta de mobilização para a priorização? Também questionou o porquê de o Estado do Pará não ter implantado sala municipal, por entender que deveria ser prioritário pela proximidade do Nordeste que apresenta alto índice de casos. Conselheira **Juliana Acosta Santorum** lembrou que saneamento é um determinante para a proliferação do

mosquito e, considerando a redução dos recursos para a saúde, perguntou como assegurar recurso para saneamento básico aos municípios com menos de 50 mil hab. Conselheiro **Artur Custódio M. Souza** chamou a atenção para redução do quadro epidemiológico na Região Nordeste e aumento na Sudeste e perguntou o que está sendo feito em termos de vigilância sobre esse aumento. Também perguntou como está negociação para alterar o campo do sistema de notificação de nascidos vivos e possibilitar a notificação no nascimento dos casos de teratogenia. Conselheiro **Jurandi Frutuoso** salientou que o combate ao *Aedes aegypti* deve ser um trabalho intersetorial principalmente entre os ministérios. Alertou que é preciso ter a microcefalia no foco, mas sem esquecer que o agente é o mesmo da chikungunya, doença incapacitante, que teve aumento de casos. Sendo assim, frisou que a estratégia central deve ser o combate ao vetor, que é o problema maior. Nesse sentido, disse que é preciso considerar que, por conta eleição municipal, o prefeito precisará ajustar os gastos com pessoal para atender a Lei de Responsabilidade Fiscal, com redução dos gastos com recursos humanos, prejudicando o combate. Em síntese, apontou duas frentes para resolver o problema: visita domiciliar sistemática, em curtos ciclos para combater o mosquito; e investimento em saneamento.

Retorno da mesa. A diretora **Wanessa Tenório Oliveira**, começou respondendo, em relação à mortalidade por chikungunya, que foi instituído GT para investigar os óbitos e os pesquisadores investigam o porquê da ocorrência maior no Nordeste. **Alexandre Fonseca**, na condição de secretário substituto da SVS/MS, acrescentou que estudos apontaram aglomeração de casos de microcefalia em locais do Nordeste e há equipes em campo investigando. Além disso, salientou que os casos de microcefalia ficam mais evidentes em regiões menores por conta da concentração de serviços de diagnóstico. Também disse que a mortalidade por Chikungunya é aparentemente maior que a por zika, mas isso era esperado pela literatura internacional. No geral, a zika é benigna, leve e moderada na população. Destacou que os casos de chikungunya é a grande preocupação, tendo em vista a sequela, assim, sociedade e governo devem preparar-se para enfrentar essa situação. A diretora **Wanessa Tenório Oliveira** explicou que a aglomeração de casos (*cluster*) de microcefalia está na divisa entre Pernambuco e Paraíba. O representante da SVS/MS, **Alexandre Fonseca**, acrescentou que há prevalência maior no semiárido, o que pode estar ligada à falta de água tratada. Sobre o percentual de focos nos domicílios trabalhados, explicou que o LIRA apresenta informação sobre percentual de focos. Além disso, destacou que o trabalho da sala nacional está focado nas visitas domiciliares e o agente realiza visita e trabalho educativo. Também esclareceu que a sua explanação apresentou percentual de casos novos por semana epidemiológica. Informou ainda que a demanda de desagregação dos dados sobre microcefalia foi levada ao Centro de Operações Especiais e o boletim está em elaboração (o MS recebe os dados consolidados dos Estados, sem desagregação). Disse que os Estados estão concluindo as informações para alimentar o Registro de Eventos em Saúde Pública (a intenção é utilizar a partir do mês de agosto), o que possibilitará a informação dos dados desagregados conforme solicitado pelo CNS. O representante da SVS/MS, **Alexandre Fonseca**, explicou que avaliação preliminar apontou concentração da microcefalia em mulheres negras. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** lembrou que o Plano de Combate ao *Aedes* possui três eixos: mobilização social, assistência e cuidado às pessoas e populações e desenvolvimento de pesquisa, sendo a articulação intersetorial o eixo central. Disse que os melhores resultados alcançados foram nos locais onde os municípios conseguiram articular organizações sociais - grupos populares, associações de moradores, igrejas, sindicatos, uma vez que cerca de 80% do criadouro do mosquito localiza-se no perímetro domiciliar. Também falou sobre o programa de vigilância e controle do ambiente de trabalho em todos os prédios públicos federais, com envolvimento das estatais nesse processo. No eixo do cuidado, destacou a ação articulada dos Ministérios da Saúde, do Desenvolvimento Social e da Previdência para assegurar maior proteção sanitária e social às pessoas acometidas pela microcefalia. No eixo relativo ao desenvolvimento de pesquisas, informou que CNPQ, MS, CAPS e MEC estão investindo importante montante de recursos para desenvolver as vacinas e preencher lacunas no campo do conhecimento. Salientou que a intenção é retomar o período de chuvas (outubro e novembro) em uma situação melhor daquela do passado. Por fim, salientou o esforço do Ministério da Saúde na articulação com Ministério das Cidades, FUNASA, Associações do Saneamento do Brasil para intensificar os planos de saneamento nos municípios. Continuando, a diretora acrescentou que o saneamento básico é uma ação com envolvimento do Ministério das Cidades. Sobre as visitas, reforçou a importância do trabalho da comunidade seguindo as orientações repassadas pelos agentes de saúde. Também informou que será realizada reunião de avaliação das salas estaduais com a sala nacional, nos dias 24 e 25 de agosto, para levantar dificuldades e definir

as alterações para o próximo ciclo. Sobre os casos de microcefalia, disse que há casos em que não é possível concluir, assim, está sendo verificada a forma de classificação a fim de evitar a ideia de que os Estados e Municípios não estão investigando. Sobre o aumento de número de casos na Região Sudeste, disse que ocorreu principalmente no Rio de Janeiro, todavia, o incremento é muito baixo. O representante da SVS/MS, **Alexandre Fonseca**, explicou que é feita notificação de malformações de nascidos vivos e o sistema de notificação de nascidos vivos monitora essa situação. Destacou que mudanças, a exemplo da inclusão de novo campo no sistema, precisam ser debatidas com os setores específicos e com a sociedade a fim de evitar distorções e modificar os dados do passado. O Ministro de Estado da Saúde, **Ricardo Barros**, saudou os conselheiros e demais presentes à reunião. Informou que se reuniu com o ministro da educação, no dia anterior, e na oportunidade apresentou a ele a proposta de destinar um tempo no final das aulas escolares de sexta-feira para que professores orientem crianças a fazer busca de focos do mosquito no final de semana, junto com a família. Disse que o ministro da educação apoiou a medida e o MEC contribuirá nesse processo de sensibilização. Conselheiro **Nilton Pereira Júnior** sugeriu que o Plenário indique representação do CNS para participar da reunião da sala nacional de coordenação e controle com representantes das salas estaduais. **Deliberação: o Plenário decidiu indicar dois representantes do CNS para participar da reunião da sala nacional de coordenação e controle com representantes das salas estaduais nos dias 24 e 25 de agosto, em Brasília, que realizará balanço das ações desenvolvidas. Esclarecimento referente ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU - Apresentação: Marcelo Barbosa**, Coordenação Geral de Urgência e Emergência do Ministério da Saúde/MS; e **Haroldo Poleti**, Coordenador Geral de Urgência e Emergência do Ministério da Saúde. Iniciando, o representante do MS apresentou dados para mostrar a presença do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 no Brasil: 157.299.967 pessoas cobertas, representando 76,9% da população brasileira; 3.049 municípios cobertos (54%); 189 centrais de regulação do SAMU; 1446 bases descentralizadas; Unidades USB: 2525; Unidades de Suporte Avançado: 583; Motolâncias: 226; Embarcações: 13; e Aeromédico: 7. Também falou da evolução da cobertura populacional do SAMU, desde a sua criação em 2004 até hoje: de 26.768.938 milhões para 157.299.967. Falou também da distribuição das unidades móveis de USB e USA habilitadas do componente SAMU 192 nos últimos 5 anos - Brasil, 2012 – 2016, destacando aumento: de 2.484 municípios atendidos para 3.049. Nesse período, também houve aumento e unidades móveis entregues, de 79,9% de unidades em 2012 para 2.525. No caso de unidades de suporte avançado, de 545 para 583. Pontuou os desafios atuais para a implantação do SAMU: insuficiência/rotatividade de profissionais; diferentes características geográficas com áreas de difícil acesso; e recursos tecnológicos disponíveis não adaptáveis para todas as regiões o que inclui telefone, rádio e unidades móveis. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, explicou que esse tema foi pautado para esclarecimentos diante de denúncia veiculada na grande empresa. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** pontuou como desafios a serem enfrentados nessa área: definir perfil de profissional para trabalhar no SAMU 192 e garantir capacitação adequada; e definir vias exclusivas para o SAMU por conta da superlotação de veículos em vias públicas. Explicou que esse tema foi pautado por conta da matéria mostrada no Jornal Fantástico, denunciando que profissionais de saúde do SAMU, em Goiás, levavam pacientes para CTIs particulares em troca de propina. Sendo assim, perguntou o que foi feito em relação a essa denúncia. Conselheiro **Luiz Aníbal Vieira Machado** manifestou preocupação com o volume de ambulâncias do SAMU paradas e perguntou o que está sendo feito para resolver essa situação. Também salientou que é preciso melhorar os valores da tabela do SUS e equipar os hospitais para diminuir o atendimento das unidades móveis. Além disso, ressaltou que é necessário definir o que será feito em relação às Unidades de Pronto Atendimento – UPAs que estão prontas e equipadas mas sem funcionar. Citou, por exemplo, que a UPA de Cachoeira do Sul está pronta e fechada há três anos e a população necessitando de atendimento. Conselheiro **Nilton Pereira Junior** salientou que os desafios em relação ao SUS vão além dos colocados pelo expositor e o principal deles, na sua visão, é a dificuldade enfrentada pelos municípios para manter o SAMU em funcionamento. Salientou que os municípios arcam com mais de 25% do custeio das ambulâncias, profissionais e insumos e o Ministério da Saúde não cumpre o definido na Portaria para custeio do Serviço (50%). No mais, manifestou preocupação com baixa execução financeira dos recursos do SAMU (em torno de 40%) e perguntou os motivos dessa situação. Conselheira **Ivone Martini de Oliveira** informou que a Rede de Urgência e Emergência solicitou à FIOCRUZ uma especialização para os profissionais de nível superior em segurança do paciente, especificamente voltada à

295 formação para a Rede de Urgência e Emergência. Disse que o curso foi aberto e 1.100
296 pessoas inscreveram-se, a grande maioria enfermeiros. Conselheiro **Arilson da Silva Cardoso**
297 avaliou que é impossível pensar o SUS sem o SAMU, uma vez esse Serviço trouxe solução
298 para o atendimento da urgência e emergência pré-hospitalar. Partindo desse pressuposto,
299 salientou que é preciso expandir esse sistema no território, na qualidade e quantidade de
300 serviços ofertados. Também frisou que os valores repassados pelo Ministério da Saúde aos
301 municípios estão aquém do preconizado na Portaria (50% do custeio). Explicou que são várias
302 as preocupações dos gestores em relação ao SAMU: manter as ambulâncias em
303 funcionamento (manutenção, gastos com combustível, área física onde estará localizada),
304 segurança dos trabalhadores para realizar o atendimento, formação técnica e permanente dos
305 trabalhadores, funcionamento e manutenção das unidades. Nessa linha, disse que os custos
306 para manter o funcionamento do Serviço não são alcançados com a parcela de recursos
307 estadual e nacional e o custo para o município é extremamente elevado. Salientou que a crise
308 tem afetado os municípios, causando sérias limitações e frisou que é preciso rever os valores
309 do repasse aos municípios e a garantia da regularidade dos repasses. No mais, destacou a
310 necessidade de renovação da frota de ambulâncias, pois alguns veículos não têm condições
311 seguras para realizar o atendimento. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** disse que trouxe ao
312 CNS a denúncia veiculada no Jornal Fantástico e perguntou o que foi feito a respeito desse
313 fato. Também ressaltou que UPAS prontas e equipadas estão fechadas, porque os municípios
314 não dispõem de recursos para custear os gastos com funcionamento. Sendo assim, perguntou a
315 possibilidade de verba extra aos municípios para inaugurar as Unidades prontas e equipadas,
316 assegurando o atendimento à população. Acrescentou que a inauguração das UPAS
317 demandará profissionais para atender nas Unidades, assim, perguntou qual será a providência
318 do MS para compor as equipes de atendimento dessas Unidades. Conselheira **Maria Laura**
319 **Carvalho Bicca** manifestou preocupação com a possibilidade de inaugurar UPAS no período
320 pré-eleitoral, entendendo que poderia ser utilizada para fins de propaganda. Também salientou
321 que sociedade e governo devem unir forças para desenvolver ações permanentes, em uma
322 articulação intersetorial. Conselheiro **Jurandi Frutuoso** ressaltou que é necessário ampliar e
323 modernizar a frota de veículos do SAMU, a fim de garantir socorro de urgência de qualidade.
324 Sobre as UPAS, lembrou que o CONASS publicou artigo, em dezembro de 2007, "Devagar
325 com as UPAS", explicitando o que poderia acontecer. Destacou que as Unidades nasceram de
326 maneira equivocada e hoje há Unidades em excesso (projeto inicial de 500 UPAS e hoje há
327 mais de 1.100). Também disse que foi entregue ao Ministério da Saúde, o ofício nº. 01 do
328 CONASS e CONASEMS, de 18 de janeiro de 2016, que, entre outros aspectos, solicita: a
329 suspensão de construção de UPAS; que o Ministério da Saúde negocie com o TCU a
330 possibilidade de nova destinação a recurso financeiro repassado a construção de UPA nova e
331 que a construção não se iniciou. Conselheiro **José Arnaldo Pereira Diniz** perguntou se o
332 Ministério da Saúde dispõe de estudo para saber os motivos da rotatividade dos profissionais
333 do SAMU. Disse que no SAMU do Distrito Federal verificou alto índice do adoecimento dos
334 profissionais e índices elevados de autoextermínio. Conselheiro **André Luiz de Oliveira**
335 detalhou a denúncia veiculada no Jornal Fantástico, no dia 3 de julho, e perguntou quais os
336 desdobramentos após essa denúncia. Conselheira **Maria Thereza Ferreira Teixeira** perguntou
337 se há previsão de ampliar o número de UTIs aéreas e barcos especialmente para a Região
338 Norte. **Retorno da mesa.** O Ministro de Estado da Saúde, **Ricardo Barros**, comentou os
339 principais pontos das intervenções dos conselheiros. Sobre o perfil de profissionais do SAMU,
340 explicou que há programas de qualificação profissional em parceria com a FIOCRUZ, outros
341 executados por meio do PROAD e plataformas na UNASUS específicas para cada área de
342 atuação. Sobre as ambulâncias do SAMU paradas, explicou que está sendo realizado
343 levantamento, mas a situação é confusa, pois há um contingente de ambulância em
344 contingência e outras paradas aguardando descarte. Reconheceu que há problemas com
345 ambulâncias que aguardam manutenção no pátio e concordou que é necessário renovar a frota
346 de veículos. Nesse sentido, informou que há uma ata de registro de preço para aquisição de
347 800 ambulâncias e a intenção é comprar 300 em 2016. Além disso, as 146 utilizadas nas
348 olimpíadas serão redistribuídas após o término do evento. Disse que, após a denúncia, foi
349 enviada equipe do DENASUS a Goiânia para investigar e o relatório está em fase de
350 finalização. Disse que o custeio do Ministério pode variar (de 30 a 50%) dependendo da forma
351 como se gerencia a UPA e no caso do SAMU a situação é semelhante. Ponderou que é
352 possível formar um GT para avaliar se o valor repassado é o necessário para executar o
353 serviço, todavia, cada gestor imprime custo diferente para o funcionamento porque a execução

é descentralizada. Lembrou que foram disponibilizados R\$ 1,1 bilhão do orçamento da saúde para o SAMU, R\$ 591 milhões empenhados e R\$ 572 milhões já pagos. Informou que não há atraso no repasse dos recursos relativos ao SAMU, mas, em alguns casos, o dinheiro é repassado aos Estados, mas esses não repassam aos municípios e aos credenciados. Sobre as UPAs, explicou que, na elaboração do programa, considerou-se que 500 UPAs seriam suficientes para cobrir o território, uma vez que a Unidade realiza atendimento regionalizado (uma UPA para cada região de 200 mil pessoas). Todavia, por questões políticas, foram distribuídas mais UPAs que o percentual apontado como suficiente, sobrepondo o atendimento. Explicou que os municípios têm insistido na solicitação de mudança do contrato de funcionamento das UPAs, possibilitando que as Unidades funcionem nas condições que têm, pois municípios não têm capacidade financeira para bancar os 25% do custeio. Disse que há 140 UPAs prontas e equipadas, 70 prontas sem equipamento e 130 quase concluídas e, no caso dessas últimas, o prefeito não conclui por não dispor de recurso para finalizar e colocar em funcionamento. Além disso, destacou que há 72 UPAs que não foram iniciadas e o Tribunal solicitou o cancelamento dos convênios e o recolhimento dos recursos. Esclareceu que o pedido dos prefeitos é o seguinte: cada município faça aditivo no contrato da UPA para garantir o atendimento dentro das suas condições. Disse que na primeira tentativa de negociação com o TCU o pedido foi negado, sob a alegação de que não é possível mudar o objeto do convênio. Inclusive, solicitou o apoio do CONASS, CONASEMS e do CNS para tentar reverter essa situação, explicando que o cumprimento do convênio na forma definida é inviável para as finanças do município. Também disse que o quantitativo de UPAs agravou a situação dos hospitais de pequeno porte, porque as Unidades “concorrem” com esses hospitais em alguns atendimentos. Inclusive, informou que foi constituído GT para tratar da situação dos hospitais de pequeno porte e evitar o fechamento. Destacou que o CNS será convidado a participar desse debate. Sobre a rotatividade dos profissionais do SAMU, disse que afeta essa categoria, mas não diferente de outras categorias que estão nesse processo. Sobre UTIs aéreas e barcos, explicou que vários estados dispõem dessa estrutura para atendimento. Trata-se de estruturas que carecem de rateio dos municípios, em outros casos os Estados custeiam e há convênio com a FAB para transplantes. Conselheiro **Jurandi Frutuoso** sugeriu que o CNS participe da reunião com o Ministro do Tribunal de Contas da União – TCU, Augusto Neves, para tratar da mudança de regras para o funcionamento das UPAs. Seguindo, O coordenador **Haroldo Poleti** também respondeu aos questionamentos dos conselheiros. Explicou que há projetos e cursos com hospitais de excelência para capacitação de trabalhadores do SAMU – hospital Osvaldo Cruz, Albert Heinstein – e curso de especialização (1.100 vagas). Sobre a informação de dificuldade de acesso em algumas regiões, disse que tomou nota e será rediscutido no processo de revisão das portarias. Também reiterou que o Ministério da Saúde está debatendo a situação das ambulâncias paradas e negociando com a Universidade de Brasília a elaboração de projeto que, inclusive, terá impacto na renovação de frota. Também disse que está estudando a possibilidade de modificar o objeto das UPAs, pois 149 Unidades estão prontas sem funcionar e desse total 80% receberam recursos para equipamentos. Sobre o custeio do SAMU, disse que o Ministério da Saúde repassa incentivo, o que não é, na sua totalidade, o custo real. Também disse que foi realizada reunião com a Secretaria Executiva do MS e SAS para levantar o custo real da UPA e do SAMU. Encaminhando, o Presidente do CNS apresentou a proposta de elaborar documento do CNS reforçando a necessidade de rever as exigências para o funcionamento das UPAs. **Indicados:** conselheiros **Jurandi Frutuoso** e **Arilson Cardoso**. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** sugeriu a indicação de representante do CNS para participar, junto com o Ministério da Saúde, da audiência com o TCU, na semana seguinte, que irá debater mudanças para o funcionamento das UPAs (a indicação será feita pela Mesa Diretora do CNS). Concluindo, o Ministro de Estado da Saúde esclareceu que o pedido ao TCU é o seguinte: autorização ao MS para que faça aditivo em cada convênio pactuando outra forma de funcionamento das UPAs dentro da capacidade de cada município. Salientou que há 34 mil obras em andamento, entre UPAs e UBS, e essas unidades enfrentaram dificuldade para funcionar por conta do limite de contratação de pessoal (Lei de Responsabilidade Fiscal). Também comunicou que esteve em aldeia na Bahia e hoje teria audiência para tratar sobre saúde indígena e, nessa oportunidade, negociaria a realização de concurso para os DSEIS na linha de avançar no cumprimento do acordo. **Deliberação: neste ponto, o Plenário decidiu elaborar documento do CNS reforçando a necessidade de rever as exigências para o funcionamento das UPAs. Indicados: conselheiros Jurandi Frutuoso e Arilson Cardoso; e indicar representante do CNS para participar da audiência, junto com o Ministério da Saúde, com o Tribunal de Contas da União, na**

semana seguinte, que irá debater mudanças para o funcionamento das UPAS (a indicação será feita pela Mesa Diretora do CNS). **CUMPRIMENTO DA LEI 12.732/2012 QUE DISPÕE DO PRIMEIRO TRATAMENTO DE PACIENTE COM NEOPLASIA MALIGNA COMPROVADA E ESTABELECE PRAZO PARA SEU INÍCIO** - O Coordenador-Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas – CGAPDC/MS, **Sandro José Martins**, fez uma explanação sobre o cobertura do atendimento oncológico no SUS nos termos da Lei nº. 12.732/2012. Iniciou explicando que dados do SISCAN apontam baixa cobertura em relação ao número efetivo de pacientes em tratamento nos termos da Lei. Falou sobre a proporção de atendimento da Lei 12.732/2012, por região, destacando que nas Regiões Norte e Nordeste o percentual é menor de pacientes com acesso segundo os parâmetros da Lei e na Região Sul percentual de acesso acima da variação regional. Também mostrou gráfico com proporção de atendimento da Lei dos 60 dias, por faixa de CID, destacando tumores do trato respiratório, principalmente do pulmão, com proporção mais elevada de pacientes tratados em 60 dias. No caso do percentual de atendimento da Lei 12.732/2012, por Unidade Federada, destacou grande variabilidade em relação ao percentual, destacando: Roraima: dado de 100% de pacientes tratados no intervalo de 60 dias, mas, na realidade, é apenas três registros - tratamento no PA, SC e SP; MT: 9/36 (25%) tratamentos fora do Estado; e 16 tratamentos fora do Estado. Finalizando, apontou os desafios atuais: registros ainda pouco representativos frente ao número estimado de pacientes em tratamento; aperfeiçoamento da plataforma de TI: capacidade do servidor para acessos múltiplos simultâneos; mecanismos administrativos para indução ao uso do SISCAN no SUS; e integração com estabelecimentos de saúde não credenciados ao SUS. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, informou sobre a realização do 3º Congresso Todos Juntos Contra o Câncer – TJCC, dias 27 e 28 de setembro, em São Paulo. Conselheira **Liane Terezinha de Araújo Oliveira** perguntou se o SISCAN registra apenas câncer de mama e de colo de útero ou se ampliou para outros tipos. No caso do câncer de mama, disse que os números são distorcidos, pois a estimativa é 60 mil casos diagnosticados por ano. Destacou que o SISCAN apresenta problemas e os números registrados não expressam a situação real. Relatou que foi diagnosticada com câncer há 20 anos e sobreviveu porque recebeu o tratamento adequado. Também perguntou sobre a Portaria 874 que embasa a política nacional de prevenção e controle do câncer. No mais, questionou como assegurar o cumprimento da Lei dos 60 dias se não houver incremento de recursos. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** destacou que questões da Lei ficam vagas e perguntou o que se entende por primeiro atendimento na área de oncologia. Também destacou que é preciso disponibilizar informação por tipos histológicos, porque alguns tipos de cânceres demandam tratamento mais rápido. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** relatou que a Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte possui apenas um equipamento com mais de 20 anos de funcionamento, o qual estraga com muita frequência. Além disso, a unidade possui uma sala preparada aguardando a instalação de novo equipamento. Diante da situação, perguntou quando os oitenta equipamentos novos serão instalados e começarão a funcionar, uma vez que unidades enfrentam dificuldades com equipamentos obsoletos e quebrados. Conselheiro **Nilton Pereira Junior** destacou que uma das maiores formas de qualificar o controle social é dialogar com dados reais. Nessa linha, disse que os dados apresentados mostram que o SUS, principalmente na área oncológica, ainda não cumpre a universalidade e a integralidade. Também salientou que a maior parte das mulheres não consegue acesso em tempo adequado a tratamento de cânceres com tratamento menos complexos – mama, colo de útero e ginecológico. Acrescentou que pesquisas demonstram que há iniquidade de acesso ao tratamento por raça, acesso à renda (mulheres brancas têm cinco vezes mais acesso ao diagnóstico em comparação às mulheres negras). Nessa linha, solicitou que a área técnica apresente dados com recorte de gênero, raça, entre outras variáveis, para avaliação da eficiência e da equidade. Conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** fez um conjunto de questionamentos para esclarecimento: Que ações estão sendo adotadas para ampliação do diagnóstico precoce?; Qual a previsão real para efetivação do plano de radioterapia?; Como o MS monitora o prazo em relação ao SISCAN? (migração dos dados para nova plataforma); e Que estratégia será adotada para facilitar o acesso aos serviços especializados a esse grupo de pessoas? Conselheira **Maria Thereza Ferreira Teixeira** solicitou considerações sobre os planos regionais de instalação de serviços especializados em oncologia nos Estados com grande espaço territorial sem esses serviços. **Retorno da mesa.** O Coordenador da CGAPDC/MS, **Sandro José Martins**, explicou que o SISCAN foi criado para controle do câncer da mulher, mas por força da Lei, foi incluído módulo para registro de todos os tipos histológicos. Destacou que esse sistema possui a particularidade de registro automático do

câncer de mama e de colo de útero a partir da base como data de diagnóstico. Além disso, os hospitais habilitados em oncologia e coordenação de câncer devem alimentar as informações sobre todos os tipos de câncer no módulo tratamento. Explicou que a preocupação central é interiorizar e ampliar a capacidade de acesso, o que implicará na revisão da Portaria nº. 140 – tipologia diferente de unidades de alta complexidade. Disse que o detalhamento por tipos histológicos será possível quando a base for mais informativa (quando a cobertura for mais adequada). Acrescentou que ainda não é possível por conta da baixa representatividade, destacando que o registro não alcança o número de pacientes em tratamento. Detalhou que a estimativa é de mais de 300 mil pacientes em tratamento de câncer no SUS e o registro alcança número muito inferior. Assim, o SISCAN não captura todos os pacientes em tratamento no SUS e, se assim fosse, seria possível fazer recortes. Sobre o Plano de Expansão, detalhou que é implementado a partir de um cronograma e a previsão é entrega de cinco equipamentos em 2016 e até 2018 os equipamentos previstos estarão funcionando. Todavia, ponderou que ainda não atenderá os déficits existentes. Disse que a unidade de Pelotas é uma das que irá receber equipamentos do plano de expansão. Destacou que as iniciativas voltadas a câncer de mama e de colo de útero são históricas no Ministério da Saúde – “carro chefe da política de controle do câncer” – e uma das últimas iniciativas em curso é unidades de média complexidade para diagnóstico e tratamento de lesões precursoras do câncer de mama e de colo de mama, envolvendo parceria com gestores. Todavia, houve baixa adesão para instalação desses equipamentos nos territórios. Sobre a plataforma do SISCAN, explicou que hoje é estável e está disponível com capacidade de acesso para registro das informações. Assim, é preciso incentivar os estabelecimentos a registrar as informações. Por fim, disse que apresentou os desafios mais imediatos no que diz respeito a melhor qualificação da informação. Acrescentou que a regionalização do acesso ao tratamento oncológico é uma linha mestra da política. Conselheira **Liane Terezinha de Araújo Oliveira** reiterou a sua pergunta sobre a previsão de recursos específicos para o cumprimento da Lei dos 60 dias. O Coordenador da CGAPDC/MS respondeu que a ação concreta é a ampliação da capacidade de atendimento e a regionalização do cuidado na atenção oncológica é prioridade. Conselheira **Liane Terezinha de Araújo Oliveira** ressaltou que é preciso priorizar o registro no SISCAN, porque possibilita o gerenciamento da regionalização, ampliação do diagnóstico e diminuição de custos. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, destacou que a partir da apresentação feita, o CNS deve apresentar recomendação com medidas para assegurar o definido na Lei, reafirmar compromissos e apontar iniciativas para enfrentamento dos problemas (financiamento, distribuição de equipamentos, cumprimento da Lei). Conselheiro **André Luiz de Oliveira** ressaltou que é preciso incentivar a alimentação da base de dados, dada a informação de que são registrados apenas 5% dos dados. Também reiterou a pergunta: o que é considerado primeiro tratamento? O Coordenador da CGAPDC/MS explicou que data do diagnóstico é aquela registrada no laudo do diagnóstico inicial do paciente e data do tratamento é aquela que o paciente foi operado, fez quimioterapia ou radioterapia. Conselheiro **Nilton Pereira Júnior** disse que a população brasileira não pode aceitar a desculpa de que, por falta de sistema de informação de qualidade, não há dados para implementar a política pública. Com relação SISMAMA e SISCOLO, perguntou quantas pacientes em tratamento estavam registradas no sistema a fim de comparar se houve evolução do ponto de vista da coleta da informação. O Coordenador da CGAPDC/MS respondeu que o SISMAMA e o SISCOLO registravam a emissão de laudos de diagnóstico e não capturavam informações sobre o tratamento desses tipos de cânceres. Disse que boa parte das informações de câncer de mama e de colo de útero da base do SISCAN não foi inserida por unidades que fizeram tratamento das pacientes, mas sim automaticamente pelo sistema de laudo. Acrescentou que as informações registradas no SISCAN ainda não refletem a realidade da assistência no SUS, ou seja, há muito mais mulheres recebendo diagnóstico e fazendo tratamento no SUS do que tendo seus laudos emitidos através do SISCAN (esse fato é comprovado considerando a base de dados do SIA). Assim, é importante considerar as informações do SIA que apontam cerca de 330 mil pessoas em tratamento pelo SUS por ano. Disse que está sendo verificada a informação de quais hospitais estão notificando os casos por meio do SISCAN para tomar as iniciativas apropriadas. Encaminhamento, o Presidente do CNS colocou em apreciação a proposta: **com base nos dados apresentados, elaborar recomendação do CNS com medidas para assegurar o cumprimento das definições na Lei, reafirmar compromissos e apontar iniciativas enfrentamento dos problemas (financiamento, distribuição de equipamentos, cumprimento da Lei)**. Foram indicados: **Andrea Karoline, Liane Terezinha, Sandro Martins, Cleoneide Pinheiro, Nilton Pereira**

Júnior, Arilson Cardoso. Deliberação: aprovada a proposta. O texto da recomendação seria apresentado posteriormente. ESCLARECIMENTO ACERCA DA PORTARIA Nº 1.482, QUE INSTITUI GRUPO DE TRABALHO PARA DISCUTIR PROJETO DE PLANO DE SAÚDE ACESSÍVEL – Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**, inicialmente, justificou que o Ministro de Estado da Saúde não pode permanecer neste ponto de pauta e o Secretário Antonio Carlos Figueiredo Nardi não se encontrava presente porque estava redigindo a nota acerca das UPAs. Feitas essas justificativas, passou a tratar da proposta de plano de saúde acessível. Iniciou explicando que a motivação dessa iniciativa foi os 2 milhões de trabalhadores que possuíam planos coletivos de saúde e perderam o emprego e, por consequência, os planos. Disse que, individualmente, os trabalhadores não têm condições de pagar pelo plano privado, assim, surgiu a ideia de um plano individual acessível. Acrescentou que menor cobertura não está na origem da proposta. Explicou que foi publicada portaria instituindo Grupo de Trabalho para discutir projeto de plano de saúde acessível e várias entidades foram convidadas a participar do debate, algumas concordaram outras não. Assim, o Grupo está em composição. Aproveitou a oportunidade para convidar o CNS, por meio da Comissão Intersectorial de Saúde Suplementar, para participar do grupo. Insistiu também no convite ao CONASS, CONASEMS e outras representações com assento no CNS. Explicou que o Grupo, até o momento, possui representação de profissionais de saúde, de planos de saúde, de consumidores, de entidades médicas e a intenção é levantar subsídios e elaborar proposta. **Manifestações.** Conselheira **Alessandra Ribeiro de Souza** disse que o FENTAS debateu a proposta e a considerou incoerente porque vai contra a defesa do sistema público de saúde, universal e de qualidade. Destacou que planos de saúde populares não universalizam, uma vez que deixa a população ainda mais distante do acesso à saúde, desqualificando o SUS. Diante desses argumentos, registrou que a proposta do FENTAS é extinção do GT. Conselheira **Andrea Karolina Bento**, primeiro, lamentou a ausência do Ministro de Estado da Saúde e o convidou a participar do 3º Congresso todos juntos contra o câncer, organizado por 50 associações que tratam da oncologia, onde será possível debater diversos temas. Também quis saber se o Ministro teve acesso ao trabalho do Qualis, projeto que trata da qualidade dos planos de saúde, uma vez que a proposta de plano popular vai contra o trabalho da Agência Nacional de Saúde de qualificar os planos privados de saúde. Disse que a ABRALE tem interesse em participar do GT para acompanhar os debates, apesar de pessoalmente ser contra. Avaliou que a proposta de plano de saúde acessível causará aumento da judicialização e não possibilitará o aumento da arrecadação de recursos. Conselheiro **Wanderley Gomes da Silva** avaliou que a proposta é parte do “golpe” que está em curso no país com a finalidade de enfraquecer o SUS. Frisou que a CONAM é contra a proposta, uma vez que favorece o empresariado da saúde privada no país e não resolve os problemas da saúde pública. Avaliou que a sociedade almeja medidas estruturantes para o SUS e salientou é o momento de valorizar os trabalhadores da saúde pública, os serviços e a população. Nesse sentido, defendeu que o CNS não aceite o convite para participar do GT. Conselheiro **Geordecí Menezes de Souza** começou a sua fala registrando a sua indignação com a ausência do Ministro da Saúde no debate desse tema polêmico e atual. Salientou que a situação os planos privados de saúde não é favorável (muitos já foram fechados porque não apresentaram condições de atender os beneficiários) o que não dá condição de sequer ampliar ainda mais os planos. No seu ponto de vista, a proposta prejudica ainda mais o setor de saúde suplementar e o SUS. Disse que o CNS já havia se manifestado contra a proposta, mas, ainda assim, o Ministério publicou a portaria instituindo GT para debater o tema. Como encaminhamento, defendeu revogação da portaria e recomendação ao Ministro de Estado da Saúde para que repense a proposta. Finalizou defendendo que o Ministro da Saúde, ao invés de propor a criação de planos acessíveis, lute por mais recursos para a saúde assim como fez os ministros dessa pasta até então. Conselheiro **Wilen Heil e Silva** falou da sua preocupação com a fala do Ministro da Saúde “prejuízo que a UPA causa em alguns locais para os grandes hospitais” e salientou que o CNS defende a inversão da lógica defendida pelo MS de valorizar procedimentos (CNS defende a lógica da promoção da saúde). Também reiterou a sua preocupação com a anistia da dívida de planos de saúde, decisão que teve apoio do Ministro da Saúde. Também destacou que é preciso lembrar os milhões de recursos que operadoras de planos privados investiram para campanha de 157 candidatos de 19 partidos diferentes. Frisou que o CNS não tem propostas relacionadas a proposições que visam prejudicar o SUS. Conselheira **Sônia Pereira** reforçou que o SUS está assegurado na Constituição Federal e é preciso fazer valer o Sistema e não criar planos populares. Lembrou, inclusive que a população negra, em situação de rua, as mulheres, entre outros, ainda não têm acesso aos serviços de saúde e o plano maior de saúde

é o SUS. Conselheira **Sueli Terezinha Goi Barrio** registrou que não há negociação acerca de proposta de plano de saúde acessível e lembrou que o SUS é a maior política de inclusão social conquistada pelo povo brasileiro. Também fez a leitura da Carta da Rede Unida que manifesta a posição contrária da entidade à proposta, a saber: “A SAÚDE É PARA TODOS: A FAVOR DO SUS UNIVERSAL E GRATUITO E CONTRA OS PLANOS PRECÁRIOS - O Ministério da Saúde instituiu no dia 5 de agosto/2016 Grupo de Trabalho para formular uma proposta de criação de “plano de saúde acessível”. Tais planos têm sofrido a crítica e resistência de amplos setores da sociedade por restringirem a cobertura e precarizarem o cuidado à saúde, deixando os usuários vulneráveis e desprotegidos. Trata-se de um retrocesso ao que a própria Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) propõe como os procedimentos mínimos que cada plano é obrigado a garantir a seus beneficiários. O resultado seria um plano, possivelmente, com um custo um pouco menor, mas que não garantiria procedimentos de saúde essenciais num momento de necessidade da pessoa. Assim, o objetivo dessa medida é garantir mais lucros e beneficiar os empresários de um setor que no último ano já movimentou 180 bilhões de reais. Esta iniciativa surge após o governo interino apresentar a PEC 241/2016 e a Lei Orçamentária para 2017 que congelam os recursos da saúde para os próximos 20 anos, o que na prática vai reduzir o já insuficiente financiamento do SUS que resultará em fechamento de serviços, demissões de profissionais e perda de direitos conquistados. Este ataque às políticas de proteção social tem a intenção de promover um sucateamento do Sistema Único de Saúde, reduzir sua capacidade de atendimento e qualidade, forçar as pessoas a contratarem planos precários e aponta para a ideia de “menos SUS e mais planos de saúde”. Na prática, as pessoas seriam obrigadas a pagar por serviços de que já dispõem gratuitamente no SUS. Com isto a população vai perdendo o que tem sido a maior política de inclusão social, conquistada no período pós-redemocratização do país. A Rede Unida defende radicalmente o direito universal e gratuito à saúde. Efetivar este princípio do SUS é parte da construção de um país pautado pela solidariedade, pela proteção social e pelo cuidado à sua população. Isto passa pelo fortalecimento do Sistema Único de Saúde, por meio de ações afirmativas da universalização do acesso, orientação da formação de profissionais da saúde implicada com o cuidado e práticas humanizadas, fortalecimento da participação social, entre outras. É urgente lutar contra a PEC 241/2016, a LDO 2017 e a proposta de plano precários. Nos juntamos a todas e todos que lutam pelo SUS - como um sistema de saúde verdadeiramente universal, gratuito e em permanente melhoria para atender com qualidade as necessidades de saúde de nossa população - e contra os ataques sistemáticos que o direito à saúde vem sofrendo pelo atual governo provisório.” Conselheira **Juliana Acosta Santorum** disse que a proposta de plano de saúde “pobre” para “pobres” é um golpe e atende mais aos interesses do mercado do que a população. Disse que nas eleições de 2014 as empresas AMIL, Bradesco e Qualicorp doaram R\$ 52 milhões para candidatura de 131 parlamentares, entre eles, o deputado Ricardo Barros. Destacou que as isenções fiscais e a anistia das dívidas das empresas de planos de saúde já oneram demais o SUS e nesse momento de desemprego o Estado preciso assegurar o direito à saúde previsto na Constituição e não criar propostas inviáveis à população. Lembrou, inclusive, que os trabalhadores da agricultura dependem exclusivamente do SUS. Assim, defendeu a ampliação do financiamento do SUS para garantir a universalidade do acesso e a integralidade na atenção à saúde. Por fim, avaliou que o CNS não deve pensar na possibilidade de compor grupo de trabalho que irá debater proposta que o CNS é contrário. Conselheira **Oriana Bezerra Lima** ratificou as falas que a antecederam e frisou que a proposta de criar planos de saúde acessíveis não é viável porque “fazer” saúde no país é caro. Retificou que o SUS não é gratuito, pois a população paga impostos para manter o Sistema. Ao invés de defender a criação de planos privados de saúde, o CNS deve fazer a defesa do SUS e lutar por mais financiamento. Como encaminhamento, sugeriu a aprovação de resolução do CNS contra a proposta de criação de planos populares para dar ampla divulgação à sociedade brasileira. Conselheiro **Antônio Pitol** registrou que a Pastoral da Saúde Nacional repudia a proposta de criação de planos de saúde acessíveis ou populares. Conselheira **Lorena Baía** disse que o CFF manifesta-se contra a proposta de criar plano de saúde acessível por entender que é possível ter um SUS pleno, integral, universal e gratuito. Lembrou que a Constituição possibilitou que a saúde seja livre à iniciativa privada, ou seja, complementar ao SUS. Todavia, o ao contrário do definido na Constituição, a iniciativa privada tornou-se principal. Acrescentou que o setor privado atende cerca de 150 milhões de pessoas, com custo correspondente a 54% do gasto total de saúde, o que significa uma concorrência desigual que contribui para o estrangulamento do SUS. Salientou que implantar a proposta de plano de saúde acessível significa ampliar o modelo equivocado, com

atendimentos mais restritos, entre outros aspectos. Disse que é fundamental mudar o modelo de atenção vigente, colocando a atenção básica como prioridade e porta de entrada do Sistema, com resolutivas ações de prevenção das doenças e promoção da saúde. Além disso, deve-se fortalecer, estruturar e ampliar a rede pública de forma regionalizada e hierarquizada, bem como a gestão do Sistema e a gerência dos serviços. Por fim, destacou que a carreira única de estado para todos os trabalhadores da saúde, a garantia de financiamento adequado ao pleno funcionamento ao Sistema e principalmente o respeito ao controle social são condições fundamentais para o cumprimento dos preceitos constitucionais que preconizam os princípios da universalidade, da integralidade, que são direitos inalienáveis da população. Conselheiro **Nilton Pereira Júnior** disse que está claro o interesse do grupo político do governo de aumentar o lucro das operadoras de saúde e, por consequência, ampliar o financiamento de campanha, entre outros desmontes ao SUS. Ressaltou que inadmissível é “defensores” do SUS aprovarem a proposta e a colocarem na agenda do debate. Também avaliou que a justificativa para proposição é equivocada, uma vez que plano de saúde coletivo não é benefício, uma vez que esses planos são ineficazes e não trazem benefícios às pessoas. Avaliou que os 2 milhões de trabalhadores desempregados perderam direitos sociais já conquistados e planos de saúde não era um desses direitos. Também disse ser uma falácia dizer que o plano é benefício porque o lucro dos planos privados (até R\$ 10 bilhões/por ano) é sustentado por recurso público por meio da renúncia fiscal, por exemplo. Finalizando, informou que há um grupo de advogados propondo representação na Procuradoria Geral dos Direitos do Cidadão para revogar a portaria e provar a ilegalidade da proposição. Conselheiro **Arilson Cardoso** informou que o CONASEMS publicou nota pública no dia 12 de agosto, manifestando posição contrária à proposta de plano de saúde acessível, entendendo que este pode ser o mais grave ataque ao SUS na sua história. Disse que nesses 25 anos do SUS foi possível alcançar uma série de avanços, entre eles, a atenção básica como ordenadora e porta de entrada do SUS. Perguntou como garantir o ordenamento dos demais níveis do Sistema com a criação de plano de saúde acessível que certamente não será integral. Ressaltou que a intenção não é aliviar o SUS, mas sim que os usuários busquem as unidades básicas de saúde, a expansão da atenção básica, o atendimento qualificado, promoção, proteção e recuperação à saúde das pessoas. E não que o usuário fique a mercê de um plano que não irá garantir a sua assistência, mas sim um alívio temporário aos problemas de saúde mais comum. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** iniciou a sua fala, citando o art. 196 da Constituição que determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Registrou que o segmento dos aposentados e pensionistas enfrentam dificuldades de acesso ao SUS e muitas pessoas possuem plano privado de saúde para atender as demandas que o SUS não faz a contento. Disse que esse segmento é contra a proposta de plano de saúde acessível e defende um SUS eficiente para atender a população como de direito. Além disso, lamentou a iniciativa da ANS de realizar audiências públicas propondo modificação nos planos de saúde para idoso, principalmente para tratamento odontológico e de câncer. Conselheiro **Sérgio Metzger** sugeriu que fosse elaborada declaração à nação assinada pelas entidades que compõem o CNS, com os respectivos números de pessoas que representam (o IPERDIA, por exemplo, representa 37 milhões de pessoas). Disse que é preciso lutar por mais recursos para a saúde e contra propostas que prejudicam o Sistema. Conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo** somou-se às falas contrárias à proposta por todos os argumentos expostos e destacou a situação das pessoas com deficiências que são “invisíveis” para os planos privados de saúde. Disse que o CNS deve mobilizar-se e chamar a sociedade para defesa do SUS que é custeado pela carga tributária do país. Reiterou a defesa de um SUS integral, universal, equânime e que responda às necessidades de saúde das pessoas. Conselheira **Alessandra Ribeiro de Souza** destacou que o CNS tem convergência sobre a proposta de planos de saúde acessíveis. Assim, como encaminhamento, sugeriu a elaboração de uma resolução contrária à proposta de medidas com impacto negativo no SUS, especialmente a criação de plano de saúde acessível. Se a resolução não for assinada, o CNS deve entrar com representação no Ministério Público. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** também se sentiu contemplado na maioria das falas e registrou que a CNBB é contra a proposta de plano de saúde acessível, uma vez que SUS é patrimônio do povo brasileiro. **Retorno da mesa.** Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** destacou que este é um polêmico e como tal precisa ser debatido com profundidade. Também disse que alguns dos argumentos colocados poderiam ser confrontados por questões de entendimento e de estratégia. Destacou que, de

um lado, a Constituição cria o SUS e, de outro, assegura os planos privados de saúde. Ressaltou que há várias questões colocadas que precisam ser respondidas e é preciso reconhecer que é legítima a manifestação, ainda que seja contrária ao entendimento. Destacou que, apesar de reconhecer a importância do SUS, muitas pessoas possuem planos privados de saúde por conta do estágio de construção que impossibilita o SUS de atender 100% as necessidades de saúde da população. Inclusive, ressaltou que a formação dos profissionais não é voltada para o SUS e para as necessidades da população. Explicou que também há divergência sobre a ideia no âmbito do Ministério da Saúde e reiterou que não há uma proposta pronta. Por isso, foi constituído GT para debate, com convite a setores importantes. Disse que o GT pode concluir pela não aprovação da ideia, assim, a proposta não será continuada. Daí a importância de diferentes representações no Grupo. Lembrou, inclusive, que durante o debate da proposta de Farmácia Popular, houve posições contrárias a essa importante estratégia. No mais, salientou que a não aceitação do plano acessível não pode significar a não discussão da proposta. Frisou que o Ministério da Saúde deseja ouvir posições favoráveis e contrárias à proposta e manifestou preocupação com falas apontando que posições contrárias às suas não são legítimas e coerentes. Também disse que é preciso debater a proposta com o Legislativo. Por fim, reforçou o convite ao CNS para integrar o GT e aprofundar o debate e decidir pela continuidade ou não da proposta. Conselheiro **Luiz Aníbal Vieira Machado** registrou que a Nova Central Sindical não concorda com a proposta de plano acessível. Finalizadas as intervenções, o Presidente do CNS pontuou que as falas apontaram a necessidade de posicionamento do CNS a respeito da proposta. **Encaminhando, colocou em apreciação a proposta: elaborar resolução manifestando posição contrária do CNS à proposta de medidas com impacto negativo no SUS, especialmente a criação de plano de saúde acessível. Deliberação: a proposta foi aprovada com um voto contrário.** Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** declarou que votou contra o encaminhamento porque ainda não existe uma proposta de plano de saúde acessível e não foi definido sequer se essa proposição irá avançar. Seguindo, o Presidente do CNS colocou em apreciação as propostas: 1) participação do CNS no GT que irá debater a proposta de plano de saúde acessível. **Dois votos favoráveis. 2) Não participação do CNS no GT. Maioria do votos. Quatro abstenções. Deliberação: o plenário decidiu não participar do GT.** Conselheira **Geordecí Menezes de Souza** destacou que a resolução deve pautar-se na revogação da portaria, porque ainda não existe uma proposta concreta sobre os planos de saúde acessíveis. Definido esse ponto, a mesa interrompeu para o almoço. Retomando, o Presidente do CNS e demais integrantes da Mesa Diretora do CNS fizeram a entrega do broche de identificação para os conselheiros nacionais de saúde. Com ele, os conselheiros poderão ser facilmente identificados e poderão ter acesso ao Ministério da Saúde, por exemplo, sem necessidade de identificação. Finalizada a entrega, conselheiro **Artur Custódio M. de Souza** sugeriu dedicar a reunião à memória da atriz Elke Maravilha, que faleceu no dia 16 de agosto, pela sua história na luta contra as discriminações e preconceitos e pela eliminação da hanseníase. **Deliberação: a proposta foi aprovada com uma abstenção. ITEM 3 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO – COFIN - Coordenação:** conselheiro **André Luiz de Oliveira**, coordenador-adjunto da COFIN. *Composição da mesa:* **José Menezes Neto**, Coordenador Geral de Orçamento e Finanças/MS; **Wanderley Gomes da Silva**, coordenador da COFIN/CNS; e **Francisco Funcia**, assessor da COFIN. Iniciando este item, conselheiro **André Luiz de Oliveira** recordou que, na última reunião, o Plenário aprovou Relatório Anual de Gestão – RAG 2015 do Ministério da Saúde, com ressalvas. Assim, apresentou a minuta de resolução em que o CNS resolve aprovar o RAG 2015 do Ministério da Saúde, com as ressalvas e recomendações contidas no Parecer Técnico Conclusivo da COFIN/CNS que foi aprovado por unanimidade pelo CNS na 283ª Reunião Ordinária de 6, 7 e 8 de julho de 2016. Não havendo manifestações, colocou em votação a minuta. **Deliberação: aprovada a resolução aprova o RAG 2015 do Ministério da Saúde.** Seguindo, lembrou que na última reunião o CNS também aprovou a prestação de contas do 1º quadrimestre e a COFIN/CNS elaborou minuta de recomendação com medidas corretivas. O consultor técnico da COFIN, **Francisco Funcia**, detalhou que a minuta de recomendação explicita as considerações do parecer da COFIN, apresentado e aprovado na última reunião do CNS. O texto é o seguinte: “(...) considerando o disposto no artigo 41 da Lei Complementar nº 141/2012, da qual deriva a competência do Conselho Nacional de Saúde para encaminhar as indicações de medidas corretivas decorrentes da análise do Relatório de Prestação de Contas Quadrimestral do Ministério da Saúde (no presente caso, do 3º Quadrimestre/2015, cujo resultado da análise constou do Parecer Técnico Conclusivo do Relatório Anual de Gestão

2015 do MS que foi aprovado por unanimidade pelo Conselho Nacional de Saúde na 283ª reunião ordinária de 07 de julho de 2016) à Presidente da República; considerando os demais dispositivos da Lei Complementar nº 141/2012, em especial os artigos 14 e 24. Recomenda ao Presidente da República a adoção das seguintes medidas corretivas pelos Ministérios responsáveis, com o objetivo de aprimorar o desenvolvimento das ações e serviços públicos de saúde no âmbito federal: 1) Rever o entendimento incorreto da área econômica do governo sobre dispositivo da Lei Complementar nº 141/2012 (artigo 24, §§1º e 2º), de que somente são compensados restos a pagar cancelados referentes a empenhos emitidos a partir de 2012, quando a compensação correta é de todos os restos a pagar cancelados a partir de 2012. 2) Aplicar adicionalmente ao valor mínimo de 2016 em ações e serviços públicos de saúde, nos termos da Lei Complementar nº 141/2012, o saldo dos restos a pagar cancelados a partir de 2012 que ainda estão pendentes de compensação. 3) Avaliar a real possibilidade de execução em 2016 dos Restos a Pagar, fator preocupante por se tratarem de despesas, na maioria, do período 2003 a 2014. 4) Não manter contingenciados recursos orçamentários e não manter limites de pagamentos de despesas com ações e serviços públicos de saúde que caracterizem restrição ao atendimento às necessidades de saúde da população e ao cumprimento dos valores pactuados na Comissão Intergestores Tripartite para transferências aos Estados e Municípios em 2016, caracterizando uma situação que se observa nos últimos 15 anos, de que o valor mínimo tornou-se o valor máximo, fazendo com que a aplicação federal ficasse estagnada em torno de 1,7% do PIB neste período, diferentemente do que ocorreu nos Estados e, principalmente, nos Municípios. 5) Rever a baixa execução orçamentária e financeira dos itens a seguir da planilha analisada pelo CNS: item 11 (INCA); item 24 (REHUF – Reestruturação dos Hospitais Universitários); itens 31 (SAMU), 32 (Saúde da Mulher, Criança, Adolescente e Jovem) e 37 (Ações de Vigilância Epidemiológica); item 41 (Reaparelhamento da Unidades do SUS) do Fundo Nacional de Saúde; e item 58 (Saneamento Básico – Demais Ações), da FUNASA (Fundação Nacional de Saúde). 6) Informar ao Conselho Nacional de Saúde mensalmente os valores das contas bancárias do Fundo Nacional de Saúde e das demais unidades orçamentárias vinculadas ao Ministério da Saúde a existência de recursos financeiros correspondentes ao saldo de Restos a Pagar e dos empenhos a pagar, sob a ótica do artigo 14 e do artigo 24 e seus incisos I e II da Lei Complementar nº 141/2012. 7) Informar ao Conselho Nacional de Saúde os valores pactuados na CIT para transferência de recursos financeiros para Estados, DF e Municípios em 2016, identificando os valores por bloco de financiamento, por Unidade da Federação e por Município de cada Unidade da Federação, tendo em vista que a Comissão Intergestores Tripartite ainda não concluiu os estudos sobre os novos critérios de rateio para submeter à deliberação do CNS, nos termos do artigo 17 da Lei Complementar nº 141/2012, que deverão superar a lógica vigente da produção e/ou capacidade instalada. 8) Apresentar as receitas correntes (bruta e líquida) e total da União, bem como as projeções atualizadas para o exercício de 2016, nos relatórios de prestação de contas quadrimestrais do Ministério da Saúde encaminhados para avaliação do Conselho Nacional de Saúde. 9) Apresentar nos relatórios de prestação de contas quadrimestrais do Ministério da Saúde encaminhados ao Conselho Nacional de Saúde uma avaliação de impacto regional sobre as condições de saúde da população decorrentes das transferências de recursos do Ministério da Saúde aos Estados e Municípios para custeio e investimento, bem como um resumo executivo das obras concluídas e em andamento financiadas com recursos do Ministério da Saúde. 10) Apresentar nos relatórios de prestação de contas quadrimestrais do Ministério da Saúde encaminhados ao Conselho Nacional de Saúde os aspectos da gestão de compras de medicamentos, materiais e outros insumos, como por exemplo, comparação entre os preços adquiridos e os praticados no mercado (por exemplo, por meio do Banco de Preços do Ministério da Saúde coordenado pelo DESID/MS), bem como os impactos da variação cambial para a gestão orçamentária e financeira do Ministério da Saúde. 11) Informar mensalmente ao Conselho Nacional de Saúde os valores pagos referentes às demandas judiciais e as ações que estão sendo desenvolvidas pelo Ministério da Saúde para evitar a duplicação de pagamentos entre os três entes federados. 12) Informar nos relatórios de prestação de contas quadrimestrais do Ministério da Saúde encaminhados ao Conselho Nacional de Saúde a alocação e a execução de recursos orçamentários e financeiros específicos para a PNPIC (Práticas Integrativas e Complementares em Saúde do SUS) nos três níveis de atenção à saúde.” **Deliberação: aprovada, por unanimidade, a minuta de recomendação.** Seguindo, o assessor técnico da COFIN apresentou a análise sintética das planilhas de execução orçamentária e financeira recebidas em 19 de julho de 2016 e substituídas em 21 de julho de 2016, bem como da planilha de execução financeira dos restos

a pagar recebidas em 15 de julho de 2016 (primeiro semestre). Iniciou apresentando a execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde no 1º semestre de 2016. Antes, porém, para melhor entendimento, reapresentou os percentuais para classificação: a) preocupante: liquidado: $X \geq 50\%$ e empenhado: $X \geq 45\%$; b) adequado: liquidado: $35\% < X < 50\%$ e empenhado: $30\% < X < 45\%$; c) regular: liquidado: $32\% < X < 35\%$ e empenhado: $27\% < X < 30\%$; d) inadequado – liquidado: $27\% < X < 32\%$ e empenhado: $22\% < X < 27\%$; e) intolerável – liquidado: $22\% < X < 27\%$ e empenhado: $17\% < X < 22\%$; e f) inaceitável – liquidado: $X \leq 22\%$ e empenhado $X \leq 17\%$. Considerando esses percentuais, detalhou que situação da execução orçamentária e financeira de: ASPS é a seguinte: empenhado adequado e liquidação regular. Seguindo, apresentou a análise da execução por unidade. 1) FNS. a) Nível de Empenho; e Liquidação: Preocupante e Adequado - liquidação regular e empenho adequado – destaques: Farmácia Popular: empenho regular: R\$ 1,3 bi empenhado, liquidado e pago; Média e Alta Complexidade - MAC (AIH/SIA/SUS): empenho de R\$ 24 bilhões e R\$ 20 bilhões liquidados; Programa Saúde da Família: R\$ 8 bilhões de empenho e R\$ 6,6 bi liquidado; PAB Fixo: R\$ 3,2 bi empenhado, R\$ 2,4 bi liquidado e pago. b) Regular e inadequado – destaques: Farmácia Básica – PAB: liquidação inadequada e empenho regular; Qualificação Profissional do SUS: liquidação inadequado e empenho adequado; Programa de Prevenção das DST/AIDS – empenho inadequado e liquidação regular; Aquis. e Distrib. Medicamentos/DST/AIDS – empenho preocupante e liquidação regular; Medicamentos Excepcionais: empenho preocupante e liquidação regular; Saúde Indígena: empenho adequado e liquidação regular. b) liquidação intolerável: Instituto Nacional do Câncer – INCA; Hospitais Próprios; Programa Sangue e Hemoderivados; Vigilância Sanitária – PAB; Manutenção Administrativa; Aquisição e Distrib. de Medicamentos Estratégicos. c) liquidação inaceitável: Publicidade de Utilidade Pública; Vacinas e Vacinação (único desse bloco com empenho adequado); Incentivo Financeiro - Vigilância em Saúde; Atenção Saúde da Mulher, Criança, Adol. e Jovem; Manutenção de Unidades Operacionais; Reest. de Hospitais Universitários Federais – REHUF; Outros Programas; Prog. Estruturação Saúde Família – PROESF; Reaparelhamento Unidades do SUS; Ações de Vigilância Epidemiológica; Fomento Pesquisa em Ciência e Tecnologia; Combate às Carências Nutricionais; Emendas Nominativas (os itens com liquidação baixa são itens preocupantes do ponto de vista da execução das despesas e requerem avaliação mais específica). 2) Agência Nacional de Vigilância Sanitária: a) Auxílios ao Servidor; Assistência Médica a Servidores, destaque para o item 48 Vigilância Sanitária de Produtos e Serviços, com liquidação e empenho inaceitáveis. 3) Fundação Nacional de Saúde – FUNASA: a) PAC - Programa de Aceleração do Crescimento: empenho e liquidação adequados; b) Outros Programas: empenho e liquidação inaceitáveis; c) Saneamento e demais ações: empenho e liquidação inaceitáveis; d) consolidado: empenho e liquidação inaceitáveis. 4) Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ: a) Modernização das Unidades de Pesquisas: empenho e liquidação regulares; b) Estudos e Pesquisas: liquidação inadequada; c) Farmácia Popular: liquidação intolerável; d) Vacinas e Vacinação: empenho e liquidação inaceitáveis. 5) Agência Nacional de Saúde Suplementar – excluindo o item “Auxílio a servidor” o conjunto é de liquidação intolerável ou inaceitável. 6) Grupo Hospitalar Conceição – no conjunto, empenho adequado e liquidação inadequada, com destaque para Atenção Hospitalar da Unidade com liquidação inaceitável e empenho adequado. Sobre os Restos a Pagar, detalhou (posição de 14/07/2016): inscritos e reinscritos: R\$ 15.849.208.560,62; cancelados: R\$ 419.983.627,76; pagos: R\$ 6.483.395.878,00 (de 22 de junho a 14 de julho houve aceleração dos Restos a Pagar); e a pagar: R\$ 8.945.677.129,64 (56% a pagar do total inscrito e reinscrito). Detalhou que os restos a pagar de 2012 a 2105 representam 78% do total consolidado e a média é 56,44%. Também falou sobre os restos a pagar da FUNASA e FNS, as duas unidades com restos a pagar mais elevados, respectivamente: 80% de inscritos e reinscritos (execução historicamente baixa - reinscrição de R\$ 2,8 bi e saldo a pagar de R\$ 2,3 bi) e 51,3% do saldo a pagar dos inscritos e reinscritos e 46% a pagar. Concluída a análise orçamentária, apresentou o memorando nº. 218, direcionado à SE/MS, que solicita esclarecimentos preliminares ao MS tendo em vista que o CNS, por meio da COFIN/CNS, está elaborando a minuta do texto dessas medidas corretivas para serem submetidas à apreciação e deliberação do plenário do Conselho Nacional de Saúde na próxima 284ª Reunião Ordinária, nos dias 18 e 19 de agosto e, para essa finalidade. Os esclarecimentos foram os seguintes: 1) Quais foram os valores orçamentários disponibilizados para cada item de despesa da planilha de execução orçamentária e financeira no formato “COFIN/CNS” a partir dos limites estabelecidos pela área econômica por meio do(s) Decreto(s) presidenciais de contingenciamento e limites de pagamento? Justificativa: A SPO/MS encaminhou o quadro

consolidado das programações próprias e de emendas do decreto que vigorava à época do Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas do 1º Quadrimestre/2016, bem como encaminhou um novo quadro atualizado até o decreto 8784, de 07 de junho de 2016, indicando a disponibilidade para empenho em ASPS (Ações e Serviços Públicos de Saúde) de R\$ 106,976 bilhões, dos quais R\$ 96,877 bilhões de OCC (Outros Custeio e Capital) e R\$ 10,099 bilhões de Pessoal. Restou contingenciado de OCC o valor de R\$ 4,020 bilhões, dos quais, R\$ 1,936 bilhão de "Programação Própria" e R\$ 2,084 bilhões de "Emendas". Assim sendo, a COFIN/CNS está solicitando o desdobramento desses valores liberados para empenho e os que estão contingenciados segundo os itens de despesas que integram a planilha COFIN/CNS (para as despesas referentes ao Identificador de uso 6, ou seja, ASPS). Adicionalmente, considerando a edição do Decreto 8824, de 29 de julho de 2016, solicitamos a gentileza de informar qual foi o impacto para as despesas ASPS (Pessoal e OCC), bem como enviar o quadro consolidado atualizado e, também, com os desdobramentos atualizados (valores disponíveis para empenho e valores contingenciados) por item de despesa no formato da tabela apresentada para a COFIN/CNS. Se não for possível apresentar o desdobramento no formato da tabela COFIN/CNS, que os valores do desdobramento solicitado sejam pelas ações orçamentárias correspondentes ao ID USO 6 (ASPS). 2) Inclusão dos identificadores de uso (0 ou 6) nas planilhas da execução orçamentária e financeira encaminhadas mensalmente para a COFIN/CNS. Justificativa: Facilitar naquelas planilhas a identificação de ASPS e não ASPS pelos itens de despesas a partir da execução orçamentária e financeira do mês de agosto, quando será analisado o RQPC do 2º Quadrimestre/2016. 3) Para todos os itens classificados com níveis inadequados, intoleráveis e inaceitáveis. Observação: o esclarecimento deve abranger também as consequências negativas para os serviços prestados à população decorrentes dessa baixa execução orçamentária e/ou financeira. Justificativa: Permitir ao CNS avaliar em que medida o contingenciamento de recursos orçamentários ou a limitação de pagamentos está prejudicando a execução das despesas ASPS e, conseqüentemente, as condições de saúde da população e de gestão dos estados e municípios, considerando que quase 2/3 das despesas do MS são transferências para Estados, Distrito Federal e Municípios. Para esse fim, estamos encaminhando em anexo a análise realizada com as planilhas da execução orçamentária do 1º semestre de 2016, por estarem mais atualizadas em comparação à situação do 1º quadrimestre de 2016. 4) A respeito dos critérios técnicos que serão utilizados pelo governo federal e pelo Ministério da Saúde para a avaliação da possibilidade de atendimento das emendas parlamentares individuais de execução orçamentária obrigatória previsto pela EC 86/2015, à luz das diretrizes para o estabelecimento de prioridades para 2016 definidas pelo Conselho Nacional de Saúde conforme determina a LC 141/2012. Justificativa: permitir ao CNS conhecer as emendas parlamentares referentes às despesas ASPS que ainda serão executadas em 2016 à luz do Plano Nacional de Saúde 2016-2019. 5) Solicitar esclarecimentos do MS para todos os itens classificados com nível preocupante. Justificativa: solicitamos que sejam consideradas as planilhas do 1º semestre/2016 por estarem mais atualizadas, o esclarecimento deve abranger também se haverá necessidade de liberação de recursos contingenciados, bem como a suplementação das dotações orçamentárias, com a devida identificação dos itens correspondentes a essa avaliação no formato dos itens das planilhas COFIN/CNS. 6) Restos a pagar: 6.1) Discriminar quais as ações orçamentárias e os itens de despesa das planilhas COFIN/CNS foram cancelados mensalmente em 2016 até a presente data; 6.2) Qual é a avaliação sobre a possibilidade de execução financeira em 2016 dos restos a pagar ainda em aberto, considerando o elevado saldo a pagar existente; quais serão as ações que deverão ser contempladas ainda em 2016 desses RP? 6.3) Incluir nos RQPC a partir do 2º quadrimestre a avaliação descrita em 6.1 e 6.2. Justificativa: permitir ao CNS conhecer a situação dos RP em termos de viabilidade física e financeira de execução das ações de saúde correspondentes, considerando o elevado nível de saldo a pagar ainda existente e, principalmente, por se tratarem de despesas que fizeram parte do cômputo da aplicação mínima constitucional em ASPS nos anos anteriores. O Coordenador Geral de Orçamento e Finanças/MS, **José Menezes Neto**, explicou que recebera o memorando e a SPO preparou documento com as respostas. Saudou o assessor pelo documento, todavia, disse que é preciso considerar que a execução não é linear. Nessa linha, sugeriu à COFIN que realize a comparação do liquidado com o empenhado. Também esclareceu que, pelos decretos de programação orçamentária e financeira, não há limitação para pagamento de RAP, o que não há, possivelmente, são processos aptos a pagamento. Sobre as emendas por ação, disse que será feita apresentação ao CNS e será possível verificar que estão compatíveis com o PNS. Por fim, disse que os Restos a pagar cancelados em 2015 foram recompostos em 2016

955 (R\$ 480 milhões). Conselheiro **André Luiz de Oliveira** explicou que os questionamentos da
 956 Comissão estão sendo respondidos e as respostas serão encaminhadas ao CNS e,
 957 posteriormente, remetidas à COFIN para análise e encaminhamento. Conselheiro **Neilton**
 958 **Araújo de Oliveira** perguntou se estavam acatadas as ponderações feitas ao assessor técnico
 959 sobre a revisão da interpretação ou se seriam discutidas na Comissão. Conselheiro **Ronald**
 960 **Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, disse que a metodologia de análise da execução
 961 orçamentária e financeira está em processo de permanente construção. Disse que é possível
 962 incluir mais uma coluna com a análise comparativa, todavia, a comparação entre a dotação e o
 963 liquidado é uma informação importante para as análises. Conselheiro **Artur Custódio M. de**
 964 **Souza** sugeriu que fosse elaborado documento com versão simplificada da execução
 965 orçamentária do Ministério para ser distribuído na Plenária Nacional de Conselhos. Conselheiro
 966 **Nilton Pereira Júnior** sugeriu que a Comissão apresente os questionamentos com as
 967 respostas, a fim de possibilitar a análise do Plenário do CNS. Para tanto, a COFIN deve
 968 encaminhar os questionamentos ao MS com antecedência e o Ministério deve agilizar as
 969 respostas. Dada a complexidade do tema, disse que o CNS deve ater-se às questões da
 970 política de saúde. Nessa linha, destacou que é preciso refletir as causas da baixa execução e
 971 liquidação do INCA e dos hospitais próprios, do sangue e hemoderivados e a liquidação
 972 inaceitável do item vacinas. Por fim, destacou a execução historicamente ruim da FUNASA e
 973 perguntou os motivos, considerando a associação causa e efeito em relação à falta de
 974 saneamento e os problemas de saúde (mais de 80% dos municípios de Pernambuco e Paraíba
 975 possuem menos de 50 mil hab. e menos de 30% possuem esgoto tratado. Esses dois Estados
 976 apresentam o maior número de casos de microcefalia e a Funasa é responsável pelo
 977 saneamento). Conselheiro **André Luiz de Oliveira** explicou que os questionamentos a serem
 978 feitos pela COFIN devem ser submetidos à apreciação do Pleno para deliberação. Também
 979 perguntou ao coordenador Menezes se é possível apresentar as respostas antes da próxima
 980 reunião da COFIN, que ocorrerá no dia 26 de agosto. **Retorno da mesa.** O assessor técnico
 981 da COFIN explicou que o processo de análise de execução orçamentária e financeira foi
 982 construído a partir de dinâmica construída na COFIN e, junto com o MS, foram construídos os
 983 indicadores. Concordeu que é importante, ao analisar a liquidação da despesa, saber o
 984 empenhado e o liquidado, e também considerar o pago em relação ao liquidado. Disse é
 985 importante agregar porque permite avaliar outras questões da gestão orçamentária e
 986 financeira. Também esclareceu que o CNS decidiu, antes da sua chegada ao Conselho,
 987 trabalhar com nível de liquidação considerado à luz do que seria a dotação atualizada, por um
 988 entendimento histórico do Conselho de que todo o orçamento estivesse disponível. Ressaltou
 989 ainda que é preciso ver a dotação atualizada e a dotação disponível, porque traz elementos
 990 importantes para a análise. Também disse que é preciso avaliar se o indicador dos percentuais
 991 é bom para análise da execução e buscar indicador de fechamento que expresse mais o
 992 conjunto da gestão orçamentária e financeira. Salientou que a COFIN é o espaço para
 993 aprofundar essa questão. Retificou que os R\$ 482 milhões cancelados em 2015 referem-se ao
 994 cancelamento de empenhos emitidos a partir de 2013, porque a área econômica do governo
 995 não entende que os restos a pagar cancelados em ano devem ser compensados no ano
 996 seguinte. O Coordenador Geral de Orçamento e Finanças/MS, **José Menezes Neto**, disse que
 997 a direção do MS solicitou a incorporação de todos os valores relativos aos Restos a Pagar.
 998 Seguindo, o assessor técnico da COFIN fez uma explanação sobre as propostas de Emenda
 999 nºs 04/2015, 143/2015, 241 e 257/2016 e seus efeitos sobre o financiamento do SUS.
 1000 Começou destacando que a PLDO/2017 e a PEC 241/2016 representam colapso do SUS e da
 1001 seguridade social. Disse que o CNS se posiciona contra PLDO (Projeto de Lei de Diretrizes
 1002 Orçamentárias) 2017, que atenta contra o SUS, ratificando a análise do GTIF-SUS (Grupo
 1003 Técnico Interinstitucional de Discussão sobre o Financiamento do SUS). Salientou que o PLDO
 1004 2017 antecipa dispositivo da PEC 241/2016: limite para despesas primárias – e não para as
 1005 financeiras, como os juros da dívida - aplicando um teto para investimentos em saúde,
 1006 educação, assistência e outras áreas sociais. Por esta regra, as despesas primárias ficarão
 1007 congeladas nos níveis de 2016, corrigidas apenas pela variação da taxa de inflação (IPCA), o
 1008 que significa queda das despesas per capita em saúde, educação e outras áreas sociais com
 1009 início em 2017 (pelo PLDO 2017), que se estenderá até 2036 (se aprovada a PEC 241).
 1010 Destacou que a PLDO/2017 e a PEC 241/2016 representam congelamento da saúde e
 1011 educação. Sobre a PEC 241, no caso da saúde e educação, o valor de 2017 seria congelado
 1012 pelos mínimos de 2016 corrigidos pelo IPCA; e assim para os demais anos até 2036. Base de
 1013 projeção (2016) das despesas com SUS até 2036: piso de 13,2% da Receita Corrente Líquida
 1014 (RCL). Observação: □ aplicação em 2015 correspondeu a 14,8% da RCL; aplicação em 2014

1015 correspondeu a 14,3% da RCL. Portanto, queda de recursos orçamentários para o SUS.
1016 Destacou que PLDO/2017 e PEC 241/2016 significam redução de recursos para o SUS.
1017 Segundo cálculos do GTIF-SUS (Grupo Técnico Interinstitucional de Discussão sobre o
1018 Financiamento do SUS) adotados pelo CNS, a redução projetada do orçamento federal do SUS
1019 seria muito grande: R\$ 314 bilhões - se a regra do "teto" das despesas primárias estivesse em
1020 vigor no período de 2003 a 2015. Este valor equivale a 3,5 anos da aplicação federal no SUS
1021 em 2015; 1,5 ano da aplicação federal, estadual e municipal no SUS em 2015; R\$ 654 bilhões
1022 – se a regra do "teto" for aprovada pelo Congresso Nacional para vigorar no período 2017-
1023 2036. Este valor equivale a: 6,5 anos da aplicação federal no SUS em 2015, 3 anos da
1024 aplicação federal, estadual e municipal no SUS em 2015. Importante: falta a aprovação dos
1025 destaques do PLDO 2017 pelo plenário. Disse que a PEC ainda está tramitando nas
1026 comissões, portanto, é preciso lutar contra a aprovação dos textos deste projeto que reduzem
1027 direitos sociais. Também ressaltou que o CNS se posiciona contra PLDO (Projeto de Lei de
1028 Diretrizes Orçamentárias) 2017, que atenta contra o SUS, e contra a PEC (Proposta de
1029 Emenda Constitucional) 241/2016, ratificando a análise do GTIF-SUS (Grupo Técnico
1030 Interinstitucional de Discussão sobre o Financiamento do SUS): se aprovados o PLDO 2017 e
1031 a PEC 241, a nova regra quebraria qualquer vínculo de variação dos gastos públicos com a
1032 distribuição de renda, o crescimento do PIB e o crescimento da receita, em desrespeito às
1033 necessidades da população estabelecidas pela Constituição-Cidadã por meio. O objetivo é
1034 reduzir as despesas primárias para a formação de superávits primários crescentes até 2036
1035 para pagar os juros e encargos da dívida pública. Observação: o atual governo interino
1036 aumentou de forma irresponsável o déficit primário para cerca de R\$ 173 bilhões,
1037 comprometendo no curto prazo a capacidade de atender às despesas que garantem os direitos
1038 de cidadania inscritos na Constituição Federal. Com isso, teve que aumentar a dívida pública
1039 para financiar despesas não diretamente relacionadas às necessidades da população. Sobre a
1040 composição do financiamento do SUS, disse que o gasto da União com saúde está congelado
1041 (1,65%), tendo Estados e Municípios aumentado gasto nos últimos anos. Sobre a composição
1042 do financiamento do SUS, explicou que, do total dos gastos com saúde, 31% é financiado
1043 pelos municípios, 26% pelos Estados e 41% pela União. Assim, o gasto da UNIÃO com saúde
1044 está estagnado em 1,7% do PIB desde 2000, mas com queda na participação proporcional em
1045 relação ao aumento da alocação de recursos pelos estados e municípios. Salientou que a
1046 alocação feita pelos Estados cresceu pouco, mas a dos municípios cresceu substancialmente,
1047 esgotando a capacidade de financiamento desses entes. E, por outro lado, as transferências
1048 para estados e municípios vêm caindo ao longo dos anos em termos de participação no
1049 financiamento. Salientou que o subfinanciamento é uma realidade, o que não significa que não
1050 é preciso aprimorar a gestão. Considerando sistemas de saúde parecidos com o do Brasil
1051 (acesso universal), apresentou as seguintes referências para comparação: valor da aplicação -
1052 parâmetro internacional para sistemas de cobertura universal (6% do PIB, estimando o PIB do
1053 Brasil em R\$ 6,0 trilhões): R\$ 360,0 bi; parâmetro mínimo internacional de aplicação para
1054 países com sistemas públicos de saúde de acesso universal (7% do PIB, estimando o PIB do
1055 Brasil em R\$ 6,0 trilhões): 420 bi (estão disponíveis hoje R\$ 220 bi). Destacou que a PEC
1056 241/2015 apresenta novo regime fiscal com o objetivo de fazer superávit primário para
1057 pagamento de juros e encargos da dívida pública para reduzir a dívida pública nos próximos 20
1058 anos. Além disso, fará a revogação dos dispositivos da EC 86 que tratam da definição do
1059 escalonamento do piso de aplicação em ASPS ATÉ 2020. Além disso, desconsidera dispositivo
1060 constitucional de que a saúde é direito de todos e dever do estado: como fica diante da
1061 absoluta insuficiência orçamentária e financeira a partir de 2017? Também desconsidera o
1062 crescimento populacional e o custo crescente dos atendimentos em saúde como decorrência
1063 do envelhecimento da população e dos avanços técnico-científicos do setor saúde. No caso da
1064 PLDO 2017, disse que o artigo 3º antecipa o dispositivo de teto de despesas da PEC 241 em
1065 combinação com a aplicação mínima em combinação com o mínimo de 13,7% da EC 86: teto
1066 2017: o gasto federal em saúde será igual a despesa empenhada no ano de 2016 corrigida
1067 pela taxa anual de inflação (IPCA) e "Piso/teto" 2017: R\$ 100,4 bilhões (13,7% RCL de R\$ 733
1068 bilhões – projeção GTIF-SUS). Desafiou a equipe do Ministério da Saúde a garantir que não
1069 haverá perda e que a base de cálculo não será os R\$ 106,9 bi para 2017. Sobre a PEC
1070 143/2015, explicou que reduz recursos para a seguridade social e o SUS; aumenta a DRU
1071 (Desvinculação das Receitas da União): de 20% p/ 25% (não atinge o SUS) cria a DRE
1072 (Desvinculação das Receitas dos Estados e do DF): 25% (atinge o SUS); cria a DRM
1073 (Desvinculação das Receitas dos Municípios): 25% (atinge o SUS). Por essa PEC, saúde
1074 federal e educação (U+E+M) "protegidas" da desvinculação. Ainda sobre a "dupla explosiva":

1075 EC 86/2015 + PEC 143/2015, reiterou que representam perdas consolidadas do SUS: perda
1076 mínima total R\$ 44,6 bi; Estados e DF: R\$ 15,6 bi; União: R\$ 11,0 bi; Municípios R\$ 18,0 bi.
1077 Salientou que é preciso lutar contra a aprovação da PEC 04/2015 (atual 31/2016), que foi
1078 aprovada em 2º TURNO na Câmara e tramitando no Senado. A tramitação está muito rápida
1079 porque interessa mais à área econômica do governo porque propõe a desvinculação de 30%.
1080 Detalhou que a PEC propõe: DRU (Desvinculação das Receitas da União): de 20% p/ 30%
1081 (não atinge o SUS); cria a DRE (Desvinculação das Receitas dos Estados e do DF): 30% (não
1082 atinge o SUS); e cria a DRM (Desvinculação das Receitas dos Municípios): 30% (não atinge o
1083 SUS). A proposta traz dispositivo que “protege” a saúde e a educação da desvinculação. Sobre
1084 o PLP 257/2016, que trata da renegociação das dívidas dos Estados com a União, destacou:
1085 não pagamento em 2016; redução das prestações em 2017 e 2018 (último ano do mandato
1086 dos atuais governadores); contrapartida: dispositivo do “teto” das despesas primárias da PEC
1087 241 para os Estados. Observação: esta medida tende a perpetuar a alocação dos recursos
1088 estaduais para o SUS no limite mínimo, se a PEC 143 não for aprovada. A respeito da PEC
1089 01/2015, disse que é preciso continuar a luta em defesa, lembrando que foi aprovada em 1º
1090 turno. Lembrou que a proposta resgata a bandeira do Saúde mais 10 e cria a possibilidade de
1091 alocar mais recursos em termos de receita corrente líquida. Frisou que o SUS precisa de mais
1092 recursos para aprimorar a gestão e melhorar a qualidade do atendimento. Fez a seguinte
1093 indagação: como generalizar que o problema do SUS está na gestão, se com apenas
1094 (aproximadamente) R\$ 3,00 pessoa/dia, R\$ 90,00 pessoa/mês e R\$ 1.100,00 pessoa/ano
1095 deve-se oferecer vacinas para pessoas e animais, consultas, exames, medicamentos,
1096 transplantes, fiscalização aos estabelecimentos que produzem e vendem alimentos, entre
1097 outros. Por fim, fez as seguintes considerações: 1) Instabilidade político-institucional; 2) Crise
1098 econômica e recessão: efeito negativo sobre as receitas públicas 3) Contas públicas federais:
1099 déficit primário desde 2014; 4) Nenhuma proposta específica para o corte dos gastos tributários
1100 (total de cerca de R\$ 280 bilhões na PLDO 2017; saúde R\$ 25 bilhões conforme IPEA); 5) A
1101 PEC 241/2016, se aprovada: 5.1 – agrava a crise das finanças municipais e 5.2 – inviabiliza o
1102 SUS (perda projetada: 654 bilhões); 6) O SUS precisa da aprovação da PEC 01/2015 e de
1103 novas fontes de receita permanentes, estáveis e exclusivas (com previsão legal de proibição de
1104 desvinculação); 7) A luta em defesa do SUS não pode ser setorial, mas integrada à luta em
1105 defesa da seguridade social e dos direitos de cidadania inscritos na CF. Em síntese, frisou que
1106 é preciso conscientizar-se que a situação do financiamento é grave e não se deve esconder o
1107 problema. É preciso lutar contra a PEC 241 e o art. 3º da PLDO 2017 que antecipa para 2017
1108 dispositivo que entraria em vigor se a referida PEC fosse aprovada. Conselheiro **André Luiz de**
1109 **Oliveira** fez um reconhecimento do trabalho dedicado do assessor técnico e destacou que a
1110 eloquência da fala justifica-se pela gravidade da situação. O Subsecretário de Planejamento e
1111 Orçamento – SPO/SE/MS, **Arionaldo Bonfim**, saudou os presentes e registrou concordância
1112 com parte da apresentação do assessor técnico, apesar de entender que houve certo exagero.
1113 Salientou que a situação econômica do país é complicada e citou a notícia de aumento do
1114 desemprego (10% da população desempregada). Assim, frisou que é preciso fazer algo para
1115 mudar o cenário e enxergar para além da saúde. Sobre o déficit de R\$ 172 bi, lembrou que a
1116 LDO previa superávit de R\$ 12 bilhões e a posição do planejamento era de R\$ 97 bilhões de
1117 déficit. Explicou que o governo precisava trabalhar revisão do superávit para ser enviada ao
1118 Congresso Nacional a fim de não parar as ações. Assim, chegou-se ao valor de R\$ 172 bilhões
1119 que foi apresentado ao Congresso Nacional. Em uma discussão no Congresso Nacional, foi
1120 aprovada mudança da meta da LDO passando de superávit para déficit de R\$ 172 bi. Com
1121 isso, foi publicado decreto contingenciando mais de R\$ 6 bi da saúde. Em seguida, iniciou-se
1122 discussão no Supremo Tribunal Federal sobre os juros e foi proposta nova forma de atuação
1123 que iniciará a partir de 2017. Também disse que o déficit de R\$ 172 bi foi ultrapassado em R\$
1124 16 bi por conta do não pagamento da dívida dos Estados. Disse que haveria
1125 contingenciamento em todos os órgãos, mas o governo fez cortes na reserva de contingência e
1126 nas emendas impositivas. Todavia, se não houver melhora da situação, haverá
1127 contingenciamento. Frisou que é preciso ter cuidado ao analisar as questões econômicas
1128 colocadas. Disse que a estimativa das receitas para 2017 é R\$ 666 bilhões e se fosse aplicado
1129 o 13,8% o total seria R\$ 87,9 bilhões, cumprindo a Constituição. Considerando que esse valor
1130 é insuficiente, o Ministério da Saúde apresentou como proposta orçamentária para 2017 o
1131 montante de R\$ 103,2 bilhões. Disse que espera apresentar à COFIN a proposta orçamentária
1132 2017 para análise e debate. Explicou que o Ministro da Saúde esteve com o Ministro do
1133 Planejamento e apresentou o mínimo necessário para 2017 na situação atual da economia. O
1134 Ministro do Planejamento comprometeu-se a levar ao Presidente, mas ainda não houve

respostas. Destacou que estava tentando colocar a dificuldade existente e a necessidade de colocar o processo que se vive. Detalhou a estimativa da renúncia tributária na saúde e perguntou como acabar com a possibilidade de pessoa física declarar o gasto com assistência médica e odontológica no imposto de renda e cobrar a COFINS dos medicamentos. Inclusive, disse que esteve no Congresso Nacional em 2015 para não acabar com o copagamento da Farmácia Popular pela importância dessa estratégia para a população idosa. Explicou que, após esforço da Comissão de Seguridade Social, foi possível reestabelecer essa ação e hoje essa funcional programática é mantida com emenda desta Comissão. Também disse que ação judicial está na iminência de ser aprovada pelo Congresso Nacional determinando que a Farmácia Popular forneça fraldas geriátricas para pessoas com deficiência (o impacto dessa despesa - 6 meses - é R\$ 332 milhões; para manter o programa será necessário R\$ 491 milhões). Destacou essas questões para frisar a necessidade de ver as situações dos dois lados, pois a saúde está inserida em um contexto maior. Sobre saneamento, lembrou o trabalho do Ministério da Saúde no Congresso Nacional, quando da aprovação da LC 141, para manter saneamento em ações e serviços públicos em saúde. Explicou que a proposta orçamentária para saneamento era de R\$ 500 milhões, mas com o déficit, a proposta para 2016 foi de R\$ 60 milhões (essa área foi uma das penalizadas). Em 2016, o recurso foi de R\$ 500 milhões (valor aplicado no saneamento há cinco anos); para 2017, está tentando recuperar os R\$ 500 milhões. Disse que há quatro anos fez uma fala no CNS afirmando não existir nada mais básico em saúde e em ações preventivas que o saneamento; e, além disso, que ia se deixar de investir em saneamento e na primeira crise essa ação seria prejudicada. Como havia dito, foi o que ocorreu e disse que esteve no Tribunal de Contas por duas vezes para solicitar parecer à consulta: saneamento básico deve ou não ser considerado ação em serviço de saúde. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, disse que esse é um dos debates mais centrais da conjuntura, apesar de não ser um debate novo. Explicou que o CNS vislumbrou um cenário difícil para 2016 e propôs a PEC 01 para enfrentar o problema do financiamento. Destacou que, além da crise econômica, há um conjunto de definições políticas que trazem consequências diretas nos rumos do SUS e do direito à saúde. Ressaltou que as discussões sobre orçamento são objetos de disputa política no Congresso Nacional e frisou que as alternativas colocadas são “ruim” ou “pior ainda”, mas o CNS não se conformará e tem propostas objetivas para melhorar. Disse que se reuniu como uma série de representações e reafirmou o posicionamento contrário à opção traduzida nas PECs 241 e 257 e PLDO. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** sugeriu uma ação conjunta com a Frente Parlamentar em Defesa do SUS e a Frente dos Prefeitos para negociar com os deputados a mudança das PECs já aprovadas. Também salientou que a Farmácia popular, bem como a dispensação de fralda geriátrica, representam conquista do CNS de valor pequeno, mas com grande impacto, especialmente para os aposentados e pensionistas. Dada a importância dessas iniciativas, solicitou que fossem mantidas sem modificação. Conselheiro **Luiz Aníbal Vieira Machado** avaliou que não houve exagero na apresentação do assessor técnico da COFIN, uma vez que a situação é crítica, inclusive com mortes por falta de atendimento no SUS e de dispensação de medicamentos. Frisou que o CNS luta por toda a população brasileira e solicitou que a equipe do Ministério da Saúde engaje na luta por mais recursos para a saúde. Conselheiro **Sérgio Metzger** destacou que é preciso integrar política e economia, porque o viés político, se não for resolvido, interfere na economia. Falou da preocupação com o descumprimento, por parte dos municípios, da Portaria 2.583/2007, que regulamenta a distribuição de insulina, monitores, tiras, entre outros. Disse que é preciso repensar as fontes de receitas, partindo de um espectro político. Também propôs a formação de um GT para apresentar propostas para melhorar o financiamento do SUS. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** manifestou sua satisfação por ouvir as exposições do assessor técnico da COFIN e do subsecretário porque ajudam a compreender que se trata de uma situação complexa. Nessa linha, destacou que não há solução simples para situação complexa. Salientou que é preciso aprofundar o debate sobre judicialização uma vez que possibilitará compreender melhor que saúde é, ao mesmo tempo, um direito e uma mercadoria. Avaliou que o CNS ainda está pouco ativo no enfrentamento de situações complexas e perguntou, por exemplo, por que propostas importantes como a do saúde mais 10 não são aprovadas. Sugeriu a elaboração de documento com as informações colocadas pelos dois expositores, em uma linguagem mais acessível, para comunicar a sociedade em geral. Conselheiro **Nilton Pereira Júnior** avaliou que os dois expositores mostraram visões corretas de um mesmo problema. Também disse que é preciso considerar nesse debate outros dados e citou, por exemplo, que o SUS dispõe de R\$ 3,00 por dia/pessoa e o Brasil pagou, em 2015, R\$ 2,6 bi/dia de juros da dívida (R\$ 962 bi por ano). Concordou que

1195 é preciso fazer algo porque se vive uma crise, todavia, a solução não deve ser em direitos
 1196 sociais, mas sim em direitos fiscais dos “donos” da dívida. Para concluir, disse que a projeção
 1197 de sonegação fiscal está na ordem de R\$ 500 bi/ano. Conselheira **Oriana Bezerra Lima**
 1198 registrou a sua perplexidade com as ações que prejudicam o SUS e colocam em risco os
 1199 direitos sociais e indagou qual estratégia deve ser adotada para assegurar essas conquistas.
 1200 Conselheira **Andreia de Oliveira** destacou que o momento requer pensar que Estado se
 1201 deseja constituir e avaliou que hoje se vive outro processo de contra reforma que está
 1202 prejudicando o estado social, o processo de construção de políticas sociais e o que se almeja
 1203 enquanto estado social de direito democrático. Destacou que é preciso mobilizar a sociedade
 1204 para lutar contra o conjunto de propostas em tramitação no Congresso Nacional que
 1205 prejudicam conquistas como o SUS. Salientou que nesse momento de crise mais pessoas
 1206 necessitarão do SUS, assim, serão necessários mais investimentos em políticas sociais e não
 1207 cortes como está ocorrendo. Conselheiro **Wanderley Gomes da Silva** afirmou que está em
 1208 marcha no Brasil a destruição de conquistas de direitos de 1930 até a CF/88 e os brasileiros
 1209 não podem apenas contentar-se em fazer o diagnóstico trágico da realidade que se vive.
 1210 Destacou que a situação é muito grave e vai além da diminuição de recursos. Frisou que é
 1211 preciso lutar para impedir a aprovação da PEC 241 e fazer articulação para derrotar art. 3º da
 1212 PLDO porque significam o fim do SUS e a extinção de outros direitos sociais. Salientou que a
 1213 situação é crítica, mas há estratégias para reverter a situação e a saída está nas mãos do
 1214 controle social e das entidades que o compõem. Disse que é preciso utilizar os espaços
 1215 disponíveis para mobilizar as entidades e a sociedade em torno da defesa do SUS e da PEC
 1216 01. Conselheira **Juliana Acosta Santorum** salientou que é consenso o financiamento histórico
 1217 do SUS e o CNS fez diagnóstico da situação e apontou saídas. Lembrou, inclusive, que a 15ª
 1218 aprovou deliberações para avançar nesse sentido como aprovação da PEC 01, taxação das
 1219 grandes fortunas, fim da renúncia fiscal, auditoria da dívida pública. Destacou que o desafio é
 1220 como ampliar esse debate para a sociedade. Nessa linha, sugeriu garantir a participação de
 1221 representantes do CNS (3 a 5 conselheiros) na reunião da frente parlamentar mista em defesa
 1222 do SUS, no dia 23 de agosto, às 16h30, que irá discutir estratégias para avançar na resistência
 1223 diante das medidas que reduzem recursos do SUS e nas propostas alternativas para avançar
 1224 no financiamento da saúde. Conselheiro **Danilo Aquino Amorim** sentiu-se contemplado nas
 1225 falas e destacou que há consenso sobre a necessidade de fazer ajustes e o debate é a
 1226 respeito sobre quem esse ajuste irá incidir (sobre os trabalhadores brasileiros ou sobre aqueles
 1227 que se beneficiam à custa do Estado Brasileiro e querem ampliar ainda mais as suas margens
 1228 de lucro?). Sugeriu que a COFIN apresente dados detalhados sobre a renúncia fiscal,
 1229 especificamente na área da saúde (renúncia fiscal da indústria farmacêutica, dedução fiscal do
 1230 imposto de renda com gastos em saúde, dedução fiscal das filantrópicas) para debate na
 1231 próxima reunião e posicionamento do CNS. **Retorno da mesa.** O assessor técnico da COFIN,
 1232 **Francisco Funcia**, disse que o seu posicionamento enfático sobre essa questão justifica-se
 1233 por conta de bombardeio pessoal que tem sofrido. Disse que sido questionado e tem ouvido
 1234 afirmações como “o CNS está desinformado, “a situação não é essa, não vai haver perda”,
 1235 desqualificando aqueles com posição contrária. Destacou que é fundamental, na linha do
 1236 encaminhamento, que o CNS assuma protagonismo nas negociações com a Câmara dos
 1237 Deputados. Disse que não houve posição diferente entre a situação que apresentou e a fala do
 1238 subsecretário. Destacou que a PEC 241 e o PLDO 2017 deixam de priorizar gastos sociais e o
 1239 objetivo da área econômica é reduzir o déficit primário pelo corte de despesas. Destacou que,
 1240 após estudos, chegou ao valor de R\$ 120 bi em termos de necessidade de saúde mantido o
 1241 padrão de 2014. Também sugeriu que o Conselho convide representação da área econômica
 1242 do Ministério do Planejamento para participar da próxima reunião do Pleno para colocar o
 1243 entendimento da Lei. Destacou que o CNS está participando dos debates e da mobilização.
 1244 Salientou que é preciso tratar a questão da dívida pública de forma diferente – limite para
 1245 pagamento de juros e amortização da dívida, por exemplo. Também propôs que fosse
 1246 solicitada ao Departamento de Economia da Saúde apresentação sobre renúncia de receita.
 1247 Por fim, lembrou que o CNS apresentou propostas de novas fontes de recursos a fim de
 1248 enfrentar o problema do subfinanciamento do SUS: rever a carga tributária, desonerando
 1249 produção e consumo e onerando mais patrimônio e bem da riqueza; priorizar impostos sobre
 1250 transações de grandes movimentações financeiras; taxação de grandes fortunas; aumento da
 1251 tributação sobre produtos como tabaco, álcool. Iniciando, o Subsecretário **Arinaldo Bonfim**
 1252 disse que o posicionamento do assessor Funcia é irretocável, pois explicita o posicionamento
 1253 daqueles que representam a sociedade. Do outro lado, na condição de representante do
 1254 governo, trouxe elementos para dialogar e buscar entendimento sobre a situação. Sobre as

1255 falas, fez as seguintes considerações: a discussão sobre as despesas públicas (saúde,
1256 educação...) deve considerar a situação política e econômica do país; todos os ministérios
1257 estão em situação igual ou inferior em termos de limite; reconhece que o recurso para a saúde
1258 ainda é insuficiente e nunca defendeu corte na área da saúde e em nenhuma outra área, mas
1259 não desconhece o ocorrido com outras áreas e a situação atual do país; trabalhou junto com a
1260 equipe do Ministério da Saúde nos últimos dois meses para apresentar a melhor proposta que
1261 poderia a partir do limite estabelecido; Estados não estão aplicando o estabelecido na EC nº.
1262 29 e é preciso quais são; não há proposta de retirar medicamentos da Farmácia Popular
1263 copagamentos, ao contrário, está em debate a ampliação da entrega de fraldas geriátricas; a
1264 proposta é ampliar os gastos com saúde dentro das condições possíveis – é preciso construir
1265 ao longo do tempo; dos oitenta medicamentos comprados de forma centralizada, não falta
1266 nenhum; para medicamentos de alto custo foram disponibilizados R\$ 7,7 bi; Vacinas: de R\$ 2,8
1267 bi para 4 bi; R\$ 42,5 bi para MAC, no mínimo; não deve haver mudança no imposto de renda,
1268 pois a renúncia tributária ainda é necessária para a saúde; R\$ 106,9 bi é o limite para ações e
1269 serviços de saúde para 2016; a partir do disponível ou que a lei estabelece, construir uma
1270 proposta que dê conta do que é necessário fazer; compromisso de buscar mais recursos
1271 (esteve com o Ministro da Saúde para pleitear mais recursos). Após as manifestações dos
1272 expositores, o coordenador da mesa fez a síntese dos encaminhamentos que emergiram do
1273 debate e os conselheiros fizeram acréscimos às propostas. Encaminhando, conselheiro **André**
1274 **Luiz de Oliveira** colocou em apreciação os encaminhamentos oriundos do debate.
1275 **Deliberação: o Plenário aprovou, com dois votos contrários (Conselheiro Neilton Araújo**
1276 **de Oliveira e conselheira Cleusa Rodrigues da Silveira Bernardo), as seguintes**
1277 **propostas: 1) garantir a participação de representantes do CNS (3 a 5 conselheiros) na**
1278 **reunião da frente parlamentar mista em defesa do SUS, no dia 23 de agosto (consultar**
1279 **conselheiros); 2) remeter à COFIN debate sobre os dados da renúncia fiscal em 2015**
1280 **(apresentadas pelo subsecretário Arionaldo Bonfim) e o impacto na saúde e**
1281 **apresentação de proposta de encaminhamento ou ação específica a esse respeito; 3)**
1282 **convidar um representante do Ministério do Planejamento para apresentar a visão ou a**
1283 **interpretação da área econômica acerca da PLDO 2017 e da PEC 241 em relação aos**
1284 **valores de projeção utilizados no orçamento da saúde; 4) na próxima reunião, pautar**
1285 **debate sobre renúncia fiscal, convênios, contratos e, por consequência, o impacto no**
1286 **orçamento das áreas sociais, principalmente na saúde com convite ao MS, IPEA, DESID,**
1287 **Ministério planejamento; 5) elaborar proposta de resolução manifestando posição**
1288 **contrária do CNS à PEC 241 e à proposta plano de saúde acessível (o texto seria**
1289 **apreciado posteriormente, em outro momento da reunião); e 6) elaborar documento com**
1290 **linguagem acessível sobre o cenário das PECs 04/2015, 143/2015, 241 e 257/2016 e seus**
1291 **efeitos sobre o financiamento do SUS para ser apresentado na Plenária de Conselhos de**
1292 **Saúde. Conselheiro Ronald Ferreira dos Santos, Presidente do CNS, disse que não se deve**
1293 **esquecer que o CNS aprovou manifesto nacional em defesa do SUS, que trata sobre o**
1294 **financiamento da saúde, e o Conselho assinou carta sobre a situação do orçamento. Definido**
1295 **esse ponto, a mesa interrompeu para o lanche. Retomando, a mesa foi composta para o**
1296 **debate do item 5 da pauta. O item 4 seria tratado no segundo dia de reunião. ITEM 5 –**
1297 **REGIMENTO INTERNO DA 1ª CONFERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E DA 2ª**
1298 **CONFERÊNCIA DE SAÚDE DA MULHER - Composição da mesa: conselheira Francisca**
1299 **Rego Oliveira Araújo; e conselheiro Geordecí Menezes. Iniciando, conselheiro Geordecí**
1300 **Menezes de Souza resgatou que o CNS decidiu convocar a 1ª Conferência de Vigilância em**
1301 **Saúde – CNVS e a 2ª Conferência de Saúde da Mulher - CNSMu e as comissões do CNS de**
1302 **vigilância em saúde e da mulher, após recompostas, iniciaram processo preparatórios. Relatou**
1303 **que minutas de Regimento foram elaboradas e encaminhadas às comissões e aos**
1304 **conselheiros para contribuições. Em seguida, as propostas com as contribuições foram**
1305 **remetidas à Mesa Diretora do CNS que, após debate, encaminhou novamente às duas**
1306 **comissões que apresentaram novas contribuições ao texto. Depois desse processo, as**
1307 **propostas foram encaminhadas novamente aos conselheiros. Nesse processo, o governo**
1308 **manifestou interesse em participar de forma mais ativa no processo de organização das**
1309 **conferências e apresentou contribuições às minutas. De posse dessas contribuições, a Mesa**
1310 **Diretora elaborou proposta para submeter à apreciação do Plenário. Explicou que a última**
1311 **versão das minutas foi discutida previamente com as coordenadoras das comissões de**
1312 **vigilância em saúde e saúde da mulher. Feito esse preâmbulo passou a apresentar os**
1313 **principais pontos das minutas de Regimentos: 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde**
1314 **– 1ª CNVS. Etapa Nacional - de 1º a 4 de agosto de 2017; As etapas preparatórias às**

1315 Conferências Municipais e/ou Macrorregionais e Estaduais/Distrito Federal e Nacional como:
 1316 Conferências Livres, Plenárias, Oficinas e outras poderão ser realizadas de agosto de 2016 até
 1317 o início das referidas etapas. As etapas Municipais e/ou Macrorregionais Estaduais/Distrito
 1318 Federal serão definidas posteriormente através de resolução do CNS. O cronograma geral da
 1319 1ª Conferência será aprovado por meio de Resolução do Conselho Nacional de Saúde. 2ª
 1320 Conferência Nacional de Saúde das Mulheres – 2ª CNSMu - Etapa Nacional - de 21 a 24 de
 1321 novembro de 2017. 1ª CNVS e 2ª CNSMu - As etapas preparatórias às Conferências
 1322 Municipais e/ou Macrorregionais e Estaduais/Distrito Federal e Nacional como: Conferências
 1323 Livres, Plenárias, Oficinas e outras poderão ser realizadas de agosto de 2016 até o início das
 1324 referidas etapas. As etapas Municipais e/ou Macrorregionais Estaduais/Distrito Federal serão
 1325 definidas posteriormente através de resolução do CNS. O cronograma geral será aprovado por
 1326 meio de Resolução do Conselho Nacional de Saúde. *Compõem a etapa preparatória da 1ª*
 1327 *CNVS e da 2ª CNSMu:* a) 15ª Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em
 1328 Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças - 15ª EXPOEPI – b) 7º Simpósio Brasileiro
 1329 de Vigilância Sanitária - 7º SIMBRAVISA. c) VII Encontro Nacional das Comissões
 1330 Intersectoriais de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – CISTT. d) 20ª Plenária Nacional de
 1331 Saúde e Movimentos Sociais. Considera-se Macrorregião, para fins desta Conferência, aquelas
 1332 definidas no Plano Diretor de Regionalização de Saúde ou conforme determinação do
 1333 Conselho Estadual/Distrito Federal de Saúde. A Etapa Estadual/Distrito Federal será precedida
 1334 de Conferências Municipais e/ou Macrorregionais, e a Etapa Nacional será precedida de
 1335 Conferências Estaduais. Os Conselhos Estaduais/Distrito Federal de Saúde deverão informar à
 1336 Comissão Organizadora Nacional o cronograma de realização das Conferências Municipais
 1337 e/ou Macrorregionais e Estaduais/Distrito Federal. O não cumprimento dos prazos previstos
 1338 neste artigo, por algum Município, Macrorregiões, Estados, Distrito Federal e Conferências
 1339 Livres, não constituirá impedimento para a realização da Etapa Nacional. O número de
 1340 delegados será definido posteriormente por resolução. Eixo e subeixo – permanecem, mas
 1341 poderão sofrer ajustes considerando os debates. *Regulamento – 1ª CNVS e da 2ª CNSMu.* A
 1342 proposta de regulamento da Etapa Nacional será divulgada nos Conselhos Estaduais e
 1343 Conselho do Distrito Federal e submetida a consulta virtual, por um período de trinta dias. As
 1344 sugestões a que se refere o §1 deste artigo serão sistematizadas pela Comissão Organizadora
 1345 da 1ª CNVS. O regulamento da Etapa Nacional, sistematizado pela Comissão Organizadora
 1346 após consulta virtual, será apreciado e aprovado, em caráter definitivo, na Reunião do Pleno do
 1347 CNS, anterior a realização da Etapa Nacional. 1ª CNVS e da 2ª CNSMu. *Das comissões:*
 1348 Comissão Executiva; Comissão Organizadora; Comissão de Comunicação e Mobilização; e
 1349 Comissão de Formulação e Relatoria. A Comissão de Organizadora apresentará ao Pleno do
 1350 CNS proposta de composição para as Comissões de Comunicação e Mobilização e a
 1351 Comissão de Formulação e Relatoria. Proposta de composição da Comissão Executiva -
 1352 representantes: Coordenador - Presidente do Conselho Nacional de Saúde; Secretário(a)
 1353 Executivo(a) do Conselho Nacional de Saúde; Coordenador Geral-Adjunto: Coordenador da
 1354 Comissão Intersectorial de Vigilância em Saúde; 1 (um) membro do Ministério da Saúde; 1 (um)
 1355 membro do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS; e 1 (um) membro do
 1356 Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde –CONASEMS. A Comissão
 1357 Organizadora será composta por 16 (dezesesseis) membros podendo ou não ser
 1358 Conselheiro(as), conforme descrito abaixo: 01 (um) representante do Ministério da Saúde; 01
 1359 (um) representante do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS; 01 (um)
 1360 representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS; 01
 1361 (um) representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA; 06 (seis)
 1362 representantes da Comissão Intersectorial de Vigilância em Saúde – CIVS; 04 (quatro)
 1363 representantes da Mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde; e 02 (dois) conselheiros
 1364 aprovados pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde, sendo 1 (um) usuário e 1(um)
 1365 trabalhador. As competências são as mesmas das comissões da 15ª Conferência.
 1366 *Participantes:* A 1ª CNVS e a 2ª CNSMu contarão com os seguintes participantes, que será
 1367 publicado em resolução posterior: a) Delegados(as) eleitos(as) pelo Conselho Nacional de
 1368 Saúde, com direito a voz e voto; b) Delegados(as) eleitos(as) na Etapa Estadual da 1ª CNVS,
 1369 conforme previsto no Anexo I deste Regimento, com direito a voz e voto; e c) Convidados(as),
 1370 com direito a voz. No processo eleitoral para a escolha de Delegados(as), deverão ser
 1371 eleitos(as) Delegados(as) suplentes, no total de 30% (trinta por cento) das vagas de cada
 1372 segmento, devendo ser encaminhada a ficha de inscrição do(a) Delegado(a) suplente, assim
 1373 caracterizado no conjunto dos delegados(as) inscritos(as), à Comissão Organizadora da 1ª
 1374 CNVS. Serão convidados(as) para a 1ª CNVS e a 2ª CNSMu representantes de ONGs,

entidades, instituições nacionais e internacionais e personalidades nacionais e internacionais, com atuação de relevância em Vigilância em Saúde e setores afins, num percentual máximo de até 10% (dez por cento) do total de Delegados(as) Eleitos(as) (nos Estados e no Distrito Federal), que serão indicados pela Comissão Executiva, e aprovados pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde. A lista de Convidados(as) será concluída até 90 dias anterior a data de realização da Etapa Nacional. As inscrições dos(as) Delegados(as) para a Etapa Nacional da 1ª CNVS e da 2ª CNSMu deverão ser feitas junto à Comissão Organizadora até noventa dias antes da data de realização da Etapa Nacional. As despesas com a organização geral para a realização da Etapa Nacional da 1ª CNVS caberão à dotação orçamentária consignada ao Ministério da Saúde. O Ministério da Saúde arcará com as despesas referentes à hospedagem e alimentação de todos os Delegados(as) e convidados(as). As despesas com o deslocamento dos Delegados(as) Estaduais/Distritais de seus Estados e regiões de origem até Brasília serão de responsabilidade da respectiva unidade federada. As despesas com o deslocamento dos representantes de entidades/instituições eleitos Delegados(as) pelo Conselho Nacional de Saúde da cidade de origem até Brasília serão de responsabilidade das Entidades que representam. As despesas com as Conferências Municipais e/ou Macrorregionais poderão ser custeadas pelos Fundos Municipais de Saúde e/ou. As despesas com as Conferências Estaduais/Distrito Federal serão custeadas pelo Fundo Estadual de Saúde. *Instâncias de decisão* - São instâncias de decisão na Etapa Nacional da 1ª CNVS e da 2ª CNSMu: grupos de trabalho; e Plenária Final. Finalizando, disse que metodologia e outros aspectos seriam debatidos posteriormente. **Manifestações.** Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** salientou que as conferências devem dialogar com as deliberações da 15ª CNS e sugeriu inverter as datas das duas conferências, verificando a melhor data do ponto de vista estrutural e de alinhamento. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** sugeriu prever no Regimento medida/condicionamento para chegar à etapa nacional (esse item atrelado à discussão do Conselho), uma vez que o Regimento possibilita acesso à etapa nacional mesmo sem a realização da etapa estadual. Sobre a comissão organizadora, sugeriu diminuir o número de membros da Mesa Diretora – quatro integrantes para, no máximo, dois – como forma mais justa de equilibrar as vagas entre os conselheiros. Conselheira **Oriana Bezerra Lima** explicou que as minutas foram debatidas nas comissões de vigilância e de saúde da mulher. A respeito do calendário, concordou com a inversão das datas das conferências. Conselheira **Cleusa Rodrigues da Silveira Bernardo** manifestou sua preocupação com a realização de duas conferências no mesmo ano, considerando a mudança de gestão e a disponibilidade financeira. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, concordou com a inversão das datas da conferência e lembrou que a conferência é investimento e não gasto. Também ponderou que 2018 é ano de eleições presidenciais e outras pautas podem atrapalhar a realização da Conferência. Nesse sentido, salientou a importância de construir consenso político sobre a necessidade de realização das conferências. Conselheira **Sônia Maria Feitosa Brito** chamou a atenção para não haver concorrência de atividades e salientou que será necessário esforço orçamentário para garantir a realização das duas conferências. Além disso, solicitou cuidado para não desvirtuar o objeto da EXPOEP. Por fim, sugeriu a inclusão de representante da ANVISA na comissão executiva da 1ª CNVS. Concluídas as falas, conselheiro **Geordecí Menezes de Souza** identificou divergência em relação à data para realização das conferências. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** sugeriu que fosse definida data de referência e delegada à comissão organizadora a definição do calendário. Conselheiro **Geordecí Menezes de Souza** sintetizou as propostas: proposta de calendário conforme apresentada na minuta de Regimento; não definir data; não realizar as duas conferências no mesmo ano; diminuir número de integrantes da Mesa Diretora do CNS na comissão organizadora (dois ao invés de quatro); inclusão da ANVISA na Comissão Executiva. Conselheira **Oriana Bezerra Lima** perguntou qual seria a data para realização das Conferências caso não fossem realizadas em 2017. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** explicou que a 1ª CNVS ocorreria em outubro ou novembro de 2017 e a 2ª CNSMu no início de 2018. No seu modo de ver, as Comissões podem avaliar as questões de estrutura e financiamento. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, recordou que o CNS já decidiu pela convocação das conferências, assim, sugeriu votar primeiro a realização em 2017 e, em seguida, as demais questões. Seguindo esse encaminhamento, conselheiro **Geordecí Menezes de Souza** procedeu ao encaminhamento. *1ª votação. Calendário das conferências:* 1) Proposta original - realizar a 1ª CNVS e a 2ª CNSMu em 2017; e 2) Contraproposta – realizar a 1ª CNVS em 2017 e a 2ª CNSMu em 2018. **A proposta 1 recebeu 19 votos. A proposta 2 recebeu 6 votos. Deliberação: aprovada, por maioria, a realização**

da 1ª CNVS e da 2ª CNSMu em 2017. 2ª votação. Após consultar o Plenário, o coordenador colocou em votação a proposta de inverter as datas para realização das conferências: 2ª CNSMu em agosto de 2017 e 1ª CNVS em novembro de 2017. **Deliberação: aprovada, com uma abstenção, a proposta de inversão de datas para realização das conferências: 2ª Conferência Nacional de Saúde da Mulher – CNSMu em agosto de 2017 e 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde – CNVS em novembro de 2017.** 3ª votação. Proposta: incluir representação da ANVISA na comissão executiva da 1ª CNVS. **Deliberação: aprovada, por unanimidade, a inclusão da ANVISA na comissão executiva da CNVS (posteriormente, serão feitos os ajustes necessários de acordo com o critério da paridade).** 4ª votação: proposta: diminuir o número de vagas destinadas à Mesa Diretora do CNS na comissão organizadora das duas conferências – ao invés de quatro vagas, duas em cada. **Deliberação: aprovada, por unanimidade, a diminuição do número de vagas destinadas à Mesa Diretora do CNS na comissão organizadora das duas conferências – ao invés de quatro vagas, duas em cada. Além dessas questões, o Plenário definiu que as indicações para compor a Comissão Executiva das Conferências (CNSMu e CNVS) deverão ser feitas até o dia 31 de agosto de 2016.** Definidos esses pontos, o coordenador da mesa colocou em votação os Regimentos das duas Conferências, com as alterações feitas. **Deliberação: aprovados, por unanimidade, os Regimentos da 2ª CNSMu e da CNVS, com as alterações feitas.** Definido esse ponto, a mesa encerrou o primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: Estiveram presentes os seguintes conselheiros: *Titulares* – **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil-CNBB; **Antonio Carlos Figueiredo Nardi**, Ministério da Saúde (MS); **Antonio Pitol**, Pastoral da Saúde Nacional; **Arlson da Silva Cardoso**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS; **Artur Custódio Moreira de Sousa**, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN); **Carmen Lucia Luiz**, União Brasileira de Mulheres – UBM; **Carlos de Souza Andrade**, Confederação Nacional do Comércio – CNC; **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA; **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO; **Geordeci M. Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **Jani Betânia Souza Capiberibe**, Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João Paulo dos Reis Neto**, União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS; **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; **Juliana Acosta Santorum**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG; **Jurandi Frutuoso Silva**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; **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; **Luiz Alberto Catanoe**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical – SINDNAPI; **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Marco Antônio de Araujo Fireman**, Ministério da Saúde; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); **Neilton Araujo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Nilton Pereira Júnior**, Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO; **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV); **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul – ARPINSUL; **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos – Fenafar; **Sônia Pereira**, Rede Nacional Lai Lai Apejo; **Wanderley Gomes da Silva**, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Wilen Heil e Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); e **Zaíra Tronco Salerno**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN). *Suplentes* – **Alessandra Ribeiro de Sousa**, Conselho Federal de Serviço Social – CFESS; **Alexandre Fonseca Santos**, Ministério da Saúde; **Alexandre Frederico de Marca**, Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC); **Andréa Karolina Bento**, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia – ABRALE; **Andreia de Oliveira**, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS; **Antônio César Silva Mallet**, Ministério da Saúde; **Antonio de Souza Amaral**, Associação Brasileira de Ostomizados – ABRASO; **Antônio Muniz da Silva**, Organização Nacional dos Cegos do Brasil – ONCB; **Clarice Baldotto**, Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB); **Cleusa Rodrigues da Silveira Bernardo**, Ministério da Saúde (MS); **Danilo Aquino Amorim**, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM;

1495 **Dulcilene Silva Tiné**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e
1496 Serviços (CNS); **Elgiane de Fatima Machado Lago**, Central dos Trabalhadores e
1497 Trabalhadoras do Brasil – CTB; **Claudionor Ferreira Barbosa**, Ministério da Saúde; **Geraldo**
1498 **Adão Santos**, Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas – COBAP; **Ivone**
1499 **Martini de Oliveira**, Conselho Federal de Enfermagem – COFEN; **Joana Batista Oliveira**
1500 **Lopes**, Federação Nacional dos Odontologistas - FNO; **Jorge Alves de Almeida Venâncio**,
1501 Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB; **José Arnaldo Pereira Diniz**, Federação
1502 Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Jupiara Gonçalves de Castro**, Federação de
1503 Sindicatos de Trabalhadores Técnicos Administrativos em Instituições de Ensino Superior
1504 Públicas do Brasil – FASUBRA; **Lauriluci Farias L. de Albuquerque**, Associação Brasileira
1505 dos Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Márcia Patrício de Araújo**, Associação Brasileira
1506 dos Ostomizados (ABRASO); **Maria Angélica Zollin de Almeida**, Federação Nacional dos
1507 Médicos Veterinários – FENAMEV; **Maria das Graças Silva Gervásio**, Conferência Nacional
1508 dos Bispos do Brasil – CNBB; **Maria do Socorro Bezerra Mateus**, Sindicato dos Servidores do
1509 Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde – UNASUS; **Maria Thereza**
1510 **Ferreira Teixeira**, Secretaria Geral da Presidência da República; **Paula Johns**, Associação de
1511 Controle do Tabagismo, Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos - ACT/Aliança de
1512 Controle do Tabagismo; **Renato Almeida de Barros**, Confederação Nacional dos
1513 Trabalhadores em Seguridade Social – CNTSS; **Sérgio Metzger**, Associação de Diabetes
1514 Juvenil (ADJ); **Semiramis Maria Amorim Vedovatto**, Conselho Federal de Psicologia (CFP);
1515 **Simone Maria Leite Batista**, Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação
1516 Popular em Saúde – ANEPS; **Sueli Terezinha Goi Barrios**, Associação Brasileira da Rede
1517 Unida – REDE UNIDA; **Tathiane Aquino de Araújo**, Rede Nacional de Pessoas Trans- Rede
1518 Trans Brasi; e **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da Criança. Iniciando o segundo dia de
1519 reunião, a mesa foi composta para o item 4 da pauta. **ITEM 4 – 20ª PLENÁRIA NACIONAL DE**
1520 **CONSELHOS DE SAÚDE, ENTIDADES E MOVIMENTOS SOCIAIS E POPULARES -**
1521 *Coordenação:* conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**, da Mesa Diretora do CNS.
1522 *Apresentação:* conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS. Neste ponto de
1523 pauta, o Presidente do CNS fez um informe sobre os objetivos da Plenária, número de
1524 inscritos, programação. Explicou que a Plenária será realizada dias 24 e 25 de agosto de 2016,
1525 com o objetivo de reafirmar a defesa do SUS. Detalhou a programação: Mesa 1 – modelos
1526 institucionais de Sistemas de Saúde; Mesa 2 – A integralidade da Saúde no fortalecimento do
1527 SUS; Mesa 3 – Os fatores determinantes para a consolidação do SUS e do direito à saúde;
1528 Mesa 4 Eleições municipais e o fortalecimento do SUS e do controle social. Acrescentou que
1529 até o dia 18 de agosto de 2016 foram realizadas 1146 inscrições e todos os Estados estariam
1530 presentes. Informou que fora realizada videoconferência no dia 10 de agosto e elaborado
1531 documento para ser distribuído na Plenária. Por fim, conclamou a todos a participar desse
1532 espaço importante do controle social. Para conhecimento. Não houve deliberação. **ITEM 6 –**
1533 **COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS E RELAÇÕES DE TRABALHO –**
1534 **CIRHRT - Apresentação:** conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, da Mesa Diretora do
1535 CNS. Conselheiro **Danilo Aquino Amorim**, coordenador da CIRHRT. Iniciando, conselheira
1536 **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** explicou que a Comissão analisou dezessete processos,
1537 sendo treze de Autorização (sete de Psicologia e seis Odontologia), três de reconhecimento
1538 (Psicologia) e um de Renovação de Reconhecimento (Psicologia). Desse total, quinze
1539 processos com parecer INSATISFATÓRIO e dois PROCESSOS com parecer satisfatório com
1540 recomendações. Primeiro, procedeu à apresentação dos processos com parecer insatisfatório:
1541 **1)** Faculdade de Iporá. Autorização. Psicologia. **2)** Centro Universitário de Belo Horizonte.
1542 Autorização. Odontologia. **3)** Universidade São Judas Tadeu. Autorização. Odontologia. **4)**
1543 Faculdade De Direito de Ipatinga. Autorização. Odontologia. **5)** Faculdade Pitágoras de Belo
1544 Horizonte. Autorização. Odontologia. **6)** Faculdade de Administração e Ciências Contábeis de
1545 São Roque. Autorização. Psicologia. **7)** Faculdade de Tecnologia do Vale do Ivaí. Autorização.
1546 Psicologia. **8)** Faculdade de Tecnologia e Ciências – FTC Petrolina. Autorização. Psicologia. **9)**
1547 Centro Universitário Christus. Autorização. Odontologia. **10)** Faculdade Maurício de Nassau de
1548 Campina Grande. Autorização. Odontologia. **11)** Universidade da Amazônia – Autorização.
1549 Odontologia. **12)** Faculdade Maurício de Nassau de Natal. Reconhecimento. Psicologia. **13)**
1550 Faculdade Maurício de Nassau de Fortaleza. Reconhecimento. Psicologia. **14)** Faculdade de
1551 Pimenta Bueno. Reconhecimento. Psicologia. **15)** Centro Universitário Capital – Renovação de
1552 Reconhecimento. Psicologia. Não havendo inscritos, a coordenadora da mesa colocou em
1553 apreciação os pareceres. **Deliberação: aprovados os quinze pareceres com dois votos**
1554 **contrários e uma abstenção.** Em seguida, apresentou os dois processos satisfatórios com

recomendações. **1) Faculdade do Vale do Rio Arinos. Autorização. Psicologia. 2)** Centro de Ensino Superior de Valença. Autorização. Psicologia. **Deliberação: aprovados, com uma abstenção, os dois processos satisfatórios com recomendações.** Concluída a apreciação dos pareceres, foi aberta a palavra para manifestações dos conselheiros. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** chamou a atenção para o importante trabalho da Comissão de análise de processos de instituições de ensino e salientou que os conselheiros devem ter zelo na análise dos pareceres. Nessa linha, sugeriu à Comissão que separe os pareceres em pastas (satisfatórios, satisfatórios com recomendações e insatisfatórios), entendendo que facilita a busca de informações nos arquivos para subsidiar a análise. Também propôs que na exposição feita no Plenário fosse apresentada síntese das justificativas para o parecer insatisfatório. Conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, integrante da CIRHRT, endossou a fala do conselheiro André Luiz e lembrou que na próxima reunião do CNS será apresentado o plano de trabalho da Comissão. Conselheiro **Danilo Aquino Amorim**, coordenador adjunto da CIRHRT, avaliou como pertinentes as sugestões apresentadas e falou das perspectivas de trabalho na Comissão. Antes, fez um agradecimento especial à conselheira Maria Arindelita e a outros ex-integrantes da Comissão pelo trabalho desenvolvido. Explicou que, para além da análise de processos e emissão de pareceres, a intenção é promover debate político na Comissão sobre temas dos recursos humanos e da relação de trabalho. Conselheira **Lauriluci Farias Lopes de Albuquerque** sugeriu que durante a apresentação dos pareceres a Comissão apresente os critérios considerados para os pareceres satisfatórios, insatisfatórios e satisfatórios com recomendação. Conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** informou que conselheiro Gerdo Bezerra assumiu a coordenação e conselheiro Danilo Amorim a coordenação-adjunta. O coordenador da CIRHRT sintetizou os encaminhamentos que emergiram do debate. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** disse que não seria necessário incluir os critérios utilizados para os pareceres satisfatórios. **Deliberação: o Plenário definiu que, nas reuniões do CNS, na apresentação dos processos para deliberação do Pleno, a Comissão deverá: explicitar os critérios adotados para emissão de pareceres insatisfatórios, separar as notas técnicas disponibilizadas no servidor do CNS em pastas diferentes (processos com pareceres insatisfatórios e os satisfatórios) e elencar os critérios considerados para os pareceres insatisfatórios e satisfatórios com recomendação. Além disso, foi definido que a Comissão deverá apresentar o seu plano de trabalho na próxima reunião do CNS. ITEM 7 – INFORMES E INDICAÇÕES – A) MUDANÇA NA COORDENAÇÃO DAS COMISSÕES –** Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, explicou que a Mesa Diretora do CNS reuniu-se com as coordenações das Comissões e, na oportunidade, foi definido calendário de reunião das comissões (as comissões terão, no mínimo, uma reunião em 2016). Durante o debate, identificou-se a necessidade de ajustar as coordenações das comissões a partir da situação da CIRHRT (os dois conselheiros indicados para coordenação são suplentes e, nos termos do Regimento Interno, um dos coordenadores deve ser titular). Nesse sentido, foi apresentada a proposta de ampliar a composição da coordenação das comissões com pauta mais ampla, ou seja, indicar mais um coordenador adjunto àquelas comissões que foram fundidas e com mais de trinta integrantes. Disse que não houve consenso sobre a proposta e a sugestão foi remeter à CIRHRT a definição da coordenação nos termos do Regimento Interno. Assim, o Plenário deveria definir se amplia a coordenação das comissões ou remete à CIRHRT a definição da sua coordenação. Conselheiro **José Arnaldo Pereira Diniz** registrou que o FENTAS concorda a proposta de ampliar a coordenação e, em sendo aprovada, seria necessário rever o Regimento Interno do CNS. O Presidente do CNS disse que as modificações aprovadas pelo CNS serão repassadas para o Regimento Interno. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** perguntou que comissões teriam a coordenação ampliada. O Presidente do CNS disse que nove comissões teriam a coordenação ampliada, todavia, a SE/CNS faria o levantamento das comissões para informar o Plenário. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** acrescentou que permanece a regra do Regimento Interno do CNS: a coordenação das Comissões deve ser exercida por conselheiros e um dos coordenadores da Comissão deve ser titular. Feitas essas considerações, o Presidente do CNS colocou em apreciação as propostas: 1) ampliar a coordenação das comissões com mais de trinta integrantes – mais um coordenador adjunto; e 2) manter a atual composição da coordenação das comissões. **Deliberação: aprovada, por unanimidade, mudança nas coordenações das comissões: mais um integrante para aquelas com mais de trinta membros. Um dos três coordenadores deve ser, necessariamente, conselheiro titular. B) INFORMES –** Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, informou que participara,

representando o CNS, da audiência pública promovida pela Ordem dos Advogados do Brasil, com o tema “A saúde na UTI”. Disse que o evento mobilizou conjunto importante de organizações da sociedade brasileira e o problema do financiamento foi uma das questões mais debatidas. Na oportunidade, foi apresentada carta dirigida ao Presidente da República colocando a situação do financiamento da saúde, reafirmando posição contra à PEC 241 e a favor da votação da PEC 01. Disse que outras entidades podem aderir a esse movimento junto com a OAB que está coordenando a iniciativa. Também destacou a importância da Frente em Defesa do SUS e salientou a importância de mobilização acerca desse tema. Conselheira **Paula Jhons** reforçou o convite para participar do 3º Congresso Todos Juntos Contra o Câncer – TJCC, dias 27 e 28 de setembro, em São Paulo. Conselheira **Juliana Acosta Santorum** fez informe sobre a participação no Seminário Nacional de Saúde, Ambiente e Comunidades Tradicionais, ocorrido em julho, na cidade de Belo Horizonte/MG. Como resultado, disse que foi elaborada carta dirigida à Funasa responsável pelo planejamento rural solicitando a inclusão de representantes do grupo da terra no comitê de concepção, formulação e planejamento do Programa de Saneamento Rural. Disse que o documento foi enviado à FUNASA e foram feitas as indicações. Conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite** informou que participou, junto com a conselheira Zaira Salermo, representando o CNS, da reunião interconselhos, a convite do CONSEA, no dia 27 de julho de 2016. Na oportunidade, foi aprovada a proposta de apresentar carta ao Fórum de Usuários e ao Fórum de trabalhadores da Saúde. Sendo assim, as conselheiras apresentaram a carta aos seus respectivos fóruns. No caso dos usuários, informou que onze entidades manifestaram-se apoiando a carta. Disse que outras entidades interessadas poderão apoiar a nota. Também fez um informe sobre reunião GT Criança e Adolescente em Situação de Rua – CONANDA, do qual é integrante representando o CNS. Explicou que o GT produziu documento que apresenta propostas com interface com a saúde e propõe ao Plenário a elaboração de resolução conjunta CNS, CNAS, CONANDA, CNE, CIAMP ou resolução do CNS sobre criança e adolescente em situação de rua e a interface com a saúde, no sentido de acolher a conceituação da situação de rua e criança e adolescentes. Também informou sobre a Semana Mundial do Aleitamento Materno, celebrada todos os anos de 1 a 7 de agosto em mais de 170 países para estimular a amamentação e melhorar a saúde de crianças no redor do mundo. Por fim, solicitou a atualização da composição das comissões do Conselho, bem como das coordenações, no site do CNS assim que o processo de recomposição for concluído. Além disso, solicitou que o cerimonial do MS seja informado das atualizações, pois a Comissão Intersetorial de Atenção Integral à saúde da criança (hoje ciclos de vida) recebeu convite para participar de evento sobre esse tema no Rio de Janeiro, mas o convite foi enviado em nome do antigo coordenador da Comissão. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** explicou que o Conselho Federal de Nutrição enviou proposta de inclusão de um trecho à carta do CONSEA no prazo definido, mas não obteve retorno. **Encaminhamento: após ponderações, o Plenário decidiu, com quatro abstenções, subscrever a nota do CONSEA, com inclusão do parágrafo sugerido pelo CFN. Para conhecimento do Plenário, conselheira Nelcy Ferreira da Silva fez a leitura do acréscimo sugerido pelo CFN:** “Os retrocessos na área de segurança alimentar e nutricional e do direito humano à alimentação adequada, especialmente relacionadas com a nutrição, serão decorrentes do acolhimento ou da extinção das estruturas governamentais que abrigam as políticas públicas diretamente relacionadas ou com viés com a área de nutrição. Por exemplo, a junção dos Ministérios Agrário e Desenvolvimento Social que fatalmente prejudicou as ações relacionadas com educação alimentar e nutricional e consequentemente a redução do acesso à atenção nutricional pela população, assim como as constantes e reiteradas iniciativas do atual governo para o desfinanciamento do SUS com encolhimento dos recursos federais para o SUS conforme prevê a PEC 241. Não aos retrocessos e pela ampliação dos direitos conquistados!”. **Ainda nos encaminhamentos, o Plenário indicou a conselheira Vânia Lúcia Leite para elaborar minuta de resolução relativa ao documento que o GT CONANDA produziu sobre criança e adolescente em situação de rua que tenha Interface com a saúde. A proposta será debatida virtualmente com as coordenações das Comissões de Ciclos de Vida e de Equidade e será apresentada na próxima reunião para aprovação.** Na sequência, conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** fez informe sobre documento da Associação Brasileira de Reforma Agrário – ABRA. Explicou que a ABRA encaminhou documento ao diretor da FAO, subscrito por 40 entidades (CFN é uma delas), que trata dos venenos agrários no país, com foco nos agrotóxicos. A principal preocupação refere-se ao Projeto de Lei 3.200, em tramitação no Congresso Nacional, que dispõe sobre a Política Nacional de Defensivos Fitossanitários e de Produtos de Controle Ambiental. Explicou que a proposta do CFN é a seguinte:

1675 manifestação de apoio do CNS à iniciativa da ABRA de recorrer à FAO para que acompanhe o
1676 PL que está em tramitação no Congresso Nacional. Essa iniciativa visa proteger a alimentação
1677 saudável no país. Além disso, sugeriu remeter a pauta à CIAN para aprofundar o debate e
1678 apresentar encaminhamento ao CNS. A seguir, foi aberta a palavra aos conselheiros e das
1679 intervenções emergiram as seguintes questões: preocupação com o PL porque representa
1680 retrocesso; pautar o debate do tema nas Comissões de Alimentação e Nutrição, Saúde do
1681 Trabalhador e da Trabalhadora e de Vigilância em Saúde; demandar à assessoria parlamentar
1682 do CNS o acompanhamento do PL 3.200; e o CNS não deve se manifestar sobre o PL antes
1683 de aprofundar o debate nas comissões. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** explicou que o
1684 CNS já se manifestou contra a utilização de agrotóxicos, portanto, não se trata de uma matéria
1685 nova, sem acúmulo de debate. Nessa linha, apelou ao CNS pela aprovação da proposta de
1686 apoio dada a gravidade do PL. Salientou que a matéria está sendo tratada por uma comissão
1687 especial, portanto, é necessária rápida manifestação do CNS. **Encaminhamento: neste**
1688 **ponto, o Pleno decidiu: remeter o tema à CIAN para aprofundar o debate e apresentar**
1689 **encaminhamento ao CNS a respeito; delegar às coordenações das Comissões de**
1690 **Alimentação e Nutrição, Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e de Vigilância em**
1691 **Saúde a elaboração de documento a respeito do PL para ser apresentado ao CNS; enviar**
1692 **ofício à comissão especial explicando que o CNS tem interesse em se manifestar a**
1693 **respeito do PL. Além disso, o Pleno decidiu, com dois votos contrários, apoiar a**
1694 **iniciativa da Associação Brasileira de Reforma Agrária - ABRA de recorrer à FAO para**
1695 **que acompanhe o PL que está em tramitação no Congresso Nacional.** Conselheira **Paula**
1696 **Jhons** informou sobre a Carta aberta * ao *chef* Jamie Oliver. Explicou que foi firmada parceria
1697 com esse chef e a Sadia para realizar educação alimentar e nutricional nas escolas. Essa
1698 iniciativa é contra ao que preconiza a formação em educação alimentar e nutricional e
1699 principalmente pela alimentação que a empresa Sadia oferece. Assim, foi enviada Carta aberta
1700 ao chef e outras entidades podem aderir ao documento. Também informou sobre a Carta sobre
1701 transparência e participação social e o evento "Por mais transparência e Participação Social",
1702 que faz parte do IX Seminário Alianças Estratégicas para Promoção da Saúde. Data: 24/08. Às
1703 17:30. Local: Plenário 8 da Câmara dos Deputados. **Indicação:** conselheira **Paula Johns** na
1704 representação do CNS e conselheiro **Wanderley Gomes da Silva**. Conselheiro **João Donizeti**
1705 fez informe sobre o 5º Encontro da CIPA e SESMT do Setor Químico do Estado de São Paulo.
1706 Explicou que o Encontro acontecerá nos dias 26 e 27 de agosto, em São Paulo, e é realizado
1707 pela FEQUIMFAR (Federação dos Trabalhadores nas Indústrias Químicas e Farmacêuticas do
1708 Estado de São Paulo), com o apoio dos Sindicatos filiados, Força Sindical, SNQ (Secretaria
1709 Nacional dos Químicos), CNTQ (Confederação Nacional dos Trabalhadores no Ramo
1710 Químico), FUNDACENTRO (Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do
1711 Trabalho) e do DIESAT (Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos
1712 Ambientes do Trabalho. O evento contará com a participação de representantes do MS, CNS e
1713 CIST nacional na mesa de abertura, OAB, entre outros. Também falou sobre o 22º Ano do
1714 Projeto Verão sem AIDS – Valorizando a Vida, projeto do qual foi o idealizador. Disse que se
1715 optou por modelo descentralizado e será feito trabalho com a recomendação 200 da OIT –
1716 acabar com o preconceito e trabalhar a prevenção nos ambientes de trabalho. Explicou que
1717 participariam da iniciativa Central Força Sindical, Nova Central, UGT, INSPIR e segmentos
1718 filiados a essas centrais e os setores envolvidos: indústria, comércio, transporte e área rural.
1719 Conselheira **Zaíra Salermo** informou sobre a sua participação, representante o CNS, na
1720 audiência pública na Câmara Legislativa do Distrito Federal sobre a Frente Popular do Distrito
1721 Federal. Disse que fez uma fala posicionamento contra as Organizações Sociais, seguindo a
1722 deliberação do Conselho a respeito. Conselheiro **Antônio Muniz** informou que a Organização
1723 de Cegos do Brasil realizará seminário virtual sobre a Lei de Inclusão - 13.146./2015, no dia 20
1724 de agosto, às 15h (acesso: www.oncb.or.br). Conselheira **Sônia Pereira** informou o Pleno
1725 sobre o Seminário Paranaense Teresa de Benguela, de 11 a 14 de agosto, que discutiu
1726 avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. O público alvo
1727 foi gestores estaduais e municipais, universidades e população negra. Conselheiro **André Luiz**
1728 **de Oliveira** informou que a conselheira Paula Jhons está concorrendo a prêmio da revista
1729 Cláudia e sugeriu que os conselheiros participem da votação. Conselheiro **Ronald Ferreira**
1730 **dos Santos**, Presidente do CNS, informou sua participação, junto com a conselheira Paula
1731 Jhons, do evento sobre nutrição para o crescimento, organizado pela OMS, FAO e governos
1732 organizadores das últimas olimpíadas, no dia 4 de agosto. Destacou que estiveram presentes
1733 conselheira Nelcy Ferreira, ex-conselheiro Carlos Duarte, a diretora da OMS e o Ministro de
1734 Estado da Saúde. Na oportunidade, foram colocados os avanços na área de saúde alimentar e

1735 hábitos saudáveis. Também destacou a importância de pensar os patrocinadores desses
1736 eventos. Conselheira **Jani Betânia Souza Capiberibe** informou a realização do Congresso
1737 brasileiro de autismo, dias 15, 16 e 17 de setembro, em Macapá. Disse que foram convidadas
1738 a participar da mesa sobre políticas públicas as conselheiras Marisa Furia e Juliana Santorum
1739 e estendeu o convite aos demais conselheiros. Conselheira **Juliana Acosta** informou a
1740 participação, representando o CNS, no seminário “Impactos dos agrotóxicos e transgênicos na
1741 sociedade: Lutar é preciso!” durante a 15ª jornada nacional de agroecologia do Paraná, dia 29
1742 de julho, no Paraná. Disse que os pontos centrais do debate foram defesa saúde,
1743 considerando os aspectos da saúde do trabalhador, segurança alimentar, diversidade. Na
1744 oportunidade, colocou pontos que o CNS vem discutindo como posição contrária à
1745 pulverização aérea. Disse que é preciso levar esse debate aos Estados, com mobilização de
1746 audiências públicas nas assembleias legislativas, a fim de evitar que a pulverização ocorra nas
1747 cidades. Além disso, foi feito debate sobre o PL 200. Antes de abrir para os próximos
1748 inscritos, conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, reiterou a solicitação
1749 aos conselheiros que os informes sejam enviados com antecedência, por escrito, para facilitar
1750 o registro e a publicidade. Conselheira **Simone Leite** informou que participou do debate sobre
1751 curso de formação de agentes comunitários e agentes de endemias, uma parceria do MS com
1752 os movimentos de educação popular e FIOCRUZ. O edital será lançado até final de outubro (2ª
1753 etapa) e será divulgado no CNS. Também informou que será lançado, até o fim de 2016, o
1754 primeiro curso de especialização em plantas medicinais. Conselheiro **Nilton Pereira Júnior** fez
1755 os seguintes informes: **a)** Congresso de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO,
1756 em Cuiabá, de 9 a 12 de outubro. A ABRASCO disponibilizou seis isenções de inscrições para
1757 o CNS. **b)** Congresso Latinoamericano de Medicina Social e Saúde Coletiva será realizado de
1758 24 a 29 de outubro, em Assuncion do Paraguai. **c)** O Vice-presidente da ABRASCO, Eduardo
1759 Faerstein, foi eleito vice-presidente da Aliança de Associações de Saúde Pública das Américas
1760 (AASPA), no Congresso Panamenho de Saúde Pública em julho. O Presidente do CNS
1761 aproveitou para lembrar a realização do seminário realizado com a ALAMIS (pré 15ª
1762 Conferência) e foi produzido documento. **Encaminhamento: Mesa diretora produzirá**
1763 **documento sobre como viabilizar participação mais efetiva do CNS nos debates a partir**
1764 **das construções coletivas como o relatório do seminário.** Conselheira **Semiramis Maria**
1765 **Amorim Vedovatto** disse que disponibilizou relatório da atividade realizada no Fórum da
1766 Associação Brasileira de Saúde Mental, realizado no mês de maio, e fez um destaque ao
1767 enfraquecimento das comissões de saúde mental nos estados e municípios. Também sugeriu
1768 pensar uma estratégia de fortalecimento dessas comissões na 20ª Plenária de Conselhos.
1769 Ainda na linha do enfraquecimento da pauta de saúde mental, informou atraso no pagamento
1770 do benefício do Programa de Volta para Casa no Distrito Federal, Rio de Janeiro e Paraíba (o
1771 benefício é pago a pacientes que permaneceram em longas internações psiquiátricas). Além
1772 disso, informou que o Ministro de Estado da Saúde participará de atividade na cidade da
1773 Lapa/Curitiba e, na oportunidade, o Conselho Municipal da Lapa fará entrega de documento.
1774 Conselheiro **Rildo Mendes** informou que, na última reunião da CISI/CNS, foi elaborada
1775 recomendação acerca da entrega de alimentos às comunidades indígenas em situação de
1776 insegurança alimentar. Explicou que foi lançado relatório “O Direito Humano à Alimentação
1777 Adequada e à Nutrição do povo Guarani e Kaiowá – um enfoque holístico” resultado da
1778 pesquisa realizada pela Rede de Informação e Ação pelo Direito à Segurança Alimentar
1779 (Fian/Brasil) sobre realidade socioeconômica e nutricional do povo Guarani e Kaiowá. Para
1780 ilustrar a gravidade da situação, citou os seguintes dados apontados pela pesquisa: o índice de
1781 insegurança alimentar é de 100% em três comunidades Guarani e Kaiowá pesquisadas pela
1782 FIAN; 42% das crianças menores de 5 sofrem desnutrição crônica. Feito desse contexto, disse
1783 que a CISI/CNS elaborou recomendação. No texto, o CNS recomenda ao Ministério do
1784 Desenvolvimento Social e Agrário (MDSA) que não interrompa a entrega de alimentos às
1785 comunidades indígenas em situação de insegurança alimentar, em especial as situações
1786 relacionadas à violação do Direito Humano à Alimentação Adequada, como os acampamentos
1787 indígenas predominantes nos estados do Mato Grosso do Sul, Paraná, Santa Catarina e Rio
1788 Grande do Sul; situações de grave estiagem e seca como algumas regiões do Nordeste; e em
1789 outras onde há grave situação de vulnerabilidade alimentar, como em Minas Gerais entre os
1790 Maxacalis. **Deliberação: aprovada a recomendação por unanimidade.** Seguindo,
1791 conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** fez a leitura de informe sobre os eventos
1792 conjugados: XXVI Fórum Nacional de Ensino de Fisioterapia, V Congresso Nacional da
1793 Fisioterapia na Saúde Coletiva e III Congresso Brasileiro de Educação em Fisioterapia com o
1794 tema central “Atenção integral à saúde e a formação do fisioterapeuta: reformulação das

diretrizes curriculares nacionais". Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** informou que participou da cerimônia de entrega do título de cidadã Caxiense à ex-conselheira nacional Tânia Maria Onzi Pietrobelli pelo trabalho desenvolvido na área da hemofilia. Sugeriu enviar carta do CNS cumprimentando à homenageada pela conquista. **Encaminhamento: enviar carta do CNS cumprimentando a ex-conselheira por essa conquista.** Além disso, informou que visitou o centro de atendimento ao imigrante em Caxias e trará o tema para debate no CNS. Na sequência, conselheiro **Arlson da Silva Cardoso** apresentou o texto da minuta de recomendação sobre a Lei 12.732/2012 (Lei dos 60 dias), cujo mérito fora aprovado no debate do item 2 – Radar. O texto é o seguinte: "Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências; Considerando a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início; Considerando a Portaria nº 874/GM/MS, de 16 de maio de 2013, que institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS; Considerando a Portaria nº 876/GM/MS, de 16 de maio de 2013, que dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do SUS; Considerando a inexistência de dados consistentes sobre a incidência e a prevalência da ocorrência de todos os tipos de câncer no país; Considerando a necessidade de monitorar as metas e os indicadores de resultados das ações de prevenção e controle do câncer, previamente estabelecidas e pactuadas, especialmente as que dizem respeito ao rastreamento e às consultas e exames para o diagnóstico do câncer; Considerando a necessidade de melhoria da qualidade das informações que possibilitem aos gestores o monitoramento e avaliação dos programas nacionais de controle do câncer; Considerando a necessidade de aprimorar os mecanismos de controle da Gestão e dos Sistemas de Informação referentes aos registros da assistência prestada aos usuários na rede pública, complementar e suplementar do SUS; Considerando a dificuldade de acesso ao diagnóstico precoce do câncer, principalmente biópsia; Considerando o consolidado dos dados apresentados pelo Ministério da Saúde na 284ª Reunião Ordinária deste Conselho Nacional de Saúde que demonstram baixo registro de casos de câncer no Sistema de Informação ao Câncer - SISCAN, estimado em apenas 5% dos pacientes oncológicos que estão em tratamento; Considerando a necessidade de estabelecer mecanismos de obrigatoriedade de fornecimento das informações pelos estabelecimentos públicos ou privados para efetiva alimentação do SISCAN; Considerando que a Portaria n.º 3.394, de 30 de dezembro de 2013, que institui o SISCAN, limita-se apenas à obrigatoriedade de informações referentes a câncer de mama e colo de útero. O CNS recomenda ao Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS que: 1) Seja atualizada a Portaria n.º 3.394, de 30 de dezembro de 2013, especialmente o art. 3º, com vistas a incluir todos os tipos de câncer; 2) Os estabelecimentos públicos e privados, para receber os recursos de custeio, informem os procedimentos diagnósticos de todos os tipos de câncer no SISCAN (art. 3º, §3º da Portaria); 3) Seja estabelecido prazo improrrogável de 120 dias para que seja gerado exclusivamente pelo SISCAN o Boletim de Produção Ambulatorial Individualizada (BPA-I) (art. 7º da Portaria); 4) Sejam criados centros regionais de diagnóstico precoce de câncer no SUS garantindo desde exames básicos até os mais avançados, principalmente biópsia; 5) Sejam revisados os tetos físico e financeiros dos estados, municípios e do Distrito Federal em gestão pela do sistema para adequar as necessidades da demanda; 6) Sejam criadas notificações obrigatórias de ocorrência de casos de câncer dentro do sistema de notificação de agravos e doenças não transmissíveis". Aberta a palavra, conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** disse que era favorável aos itens da recomendação, mas manifestou preocupação a proposta de revisão do teto financeiro, ainda que entenda a necessidade de novos recursos, por considerar que pode gerar expectativa que não poderá ser cumprida nesse momento. Assim, ponderou sobre a possibilidade de excluir esse item. A seguir, foram feitas falas defendendo a minuta na forma como apresentada. Assim, a mesa colocou em votação a minuta de recomendação. **Deliberação: o Plenário aprovou, com duas abstenções, recomendação ao Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS que diz respeito à Lei nº 12.732/2012.** Na sequência, conselheira **Alessandra Ribeiro de Souza** apresentou o texto da proposta de resolução cujo mérito fora aprovado no debate do item 2 – Radar. O texto é o seguinte: "considerando que a Constituição Federal de 1988 determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao

1855 acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação;
1856 considerando que a Lei nº 8.142/1990 dispõe que o CNS, em caráter permanente e
1857 deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço,
1858 profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da
1859 execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos
1860 econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder
1861 legitimamente constituído em dada esfera do governo; considerando que a Lei nº 8080/1990
1862 determina a participação do sistema privado de forma complementar e determina como
1863 princípios norteadores do SUS a universalidade, a integralidade, a igualdade da assistência à
1864 saúde e a organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins
1865 idênticos; considerando que não cabe ao Estado brasileiro promover o setor privado mas sim
1866 regular o mercado a partir da Agência Nacional de Saúde e demais dispositivos do controle
1867 social; considerando que os recursos públicos da Seguridade Social tem sido constantemente
1868 retirados por medidas como isenções fiscais aos serviços e planos privados de saúde e pela
1869 desvinculação de Receitas da União, o que tem sucateado o SUS e fortalecido o sistema
1870 financeiro; considerando que os recursos já insuficientes para o financiamento do SUS tem a
1871 previsão de perdas ainda mais elevadas na PEC 241, que trata da desvinculação de receitas e
1872 estabelecimento de tetos orçamentários; considerando a instituição da portaria Nº 1.482, de
1873 agosto de 2016 que prevê a discussão e elaboração de projeto de Plano de Saúde Acessível
1874 fere os princípios constitucionais da política de Saúde brasileira e reforça o setor privado. O
1875 CNS resolve: 1) Posicionar se contrário à PEC 241 e demais medidas que visem reduzir os
1876 investimentos públicos em saúde; 2) Posicionar-se contrário a qualquer proposta de criação de
1877 Planos de Saúde a exemplo do Grupo de Trabalho para discussão e elaboração de projeto de
1878 Plano de Saúde Acessível estabelecido pela portaria nº 1.482, de agosto de 2016; e 3) Solicitar
1879 a imediata revogação da Portaria nº 1482/16". **Deliberação: aprovada a resolução, com duas**
1880 **abstenções (conselheiro Neilton Araújo de Oliveira e conselheira Cleusa Rodrigues da**
1881 **Silveira Bernardo). COMISSÕES – A) COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE MENTAL –**
1882 **CISM/CNS –** O Presidente do CNS explicou que no processo de recomposição das comissões
1883 faltava a indicação dos representantes dos usuários e dos gestores/prestadores de serviço
1884 para a Comissão Intersetorial de Saúde Mental - CISM/CNS. Dito isso, conselheiro **Geordec**
1885 **Menezes de Souza** apresentou a indicação do segmento dos usuários para compor a
1886 CISM/CNS: *Titulares* - Associação Brasileira de Autismo – ABRA; Confederação Nacional das
1887 Associações de Moradores – CONAM; Federação Nacional das Associações de Pessoas com
1888 Doenças Falciformes – FENAFAL; Movimento Nacional de Luta Antimanicomial – MNLA;
1889 Movimento Nacional de População de Rua – MNPR; Pastoral da Saúde Nacional. *Suplentes*:
1890 Nova Central Sindical dos Trabalhadores – NCST; Rede Nacional Internúcleos da Luta
1891 Antimanicomial - RENILA, Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena –
1892 FPCONDISI, Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais –
1893 ABGLT; Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados, Pensionistas e Idosos -
1894 SINTAPI/CUT. O Presidente do CNS explicou que o segmento dos gestores/prestadores
1895 precisavam indicar representantes para duas vagas na titularidade e duas na suplência.
1896 Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** explicou que o Ministério da Saúde indicou uma
1897 representante e irá negociar com o segmento a indicação às demais vagas. Conselheira
1898 **Semiramis Maria Amorim Vedovatto** disse que, na composição anterior, CONASEMS
1899 assumiu a titularidade e CONASS a suplência. Além disso, seria necessário definir a
1900 coordenação adjunta da CISM/CNS. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do
1901 CNS, disse que seria necessário indicar representante para coordenação adjunta. Conselheiro
1902 **Geordec Menezes de Souza** explicou que verificaria essa questão com o segmento e a
1903 indicação seria feita na próxima semana. **Deliberação: aprovadas as indicações do**
1904 **segmento dos usuários para compor a CISM/CNS; e aprovada a proposta de um**
1905 **representante dos usuários para a coordenação adjunta da Comissão. O nome será**
1906 **indicado na semana seguinte pelo segmento. B) PRAZO PARA A INDICAÇÃO DOS**
1907 **NOMES PARA COMPOR AS COMISSÕES DO CNS -** Conselheiro **Geordec Menezes de**
1908 **Souza** apresentou a proposta do Fórum dos usuários: estabelecer prazo final para que as
1909 entidades indiquem representantes para as comissões; vencido o prazo, a entidade que não
1910 indicou passa ser a última da lista de suplentes e a primeira desta lista assume o lugar daquela
1911 que não indicou e assim sucessivamente. Concluída a apresentação da proposta, foram
1912 colocadas as seguintes questões: acordo sobre a proposta de definir prazo para indicação dos
1913 representantes, mas a forma de substituição deve ser debatida nos fóruns; 31 de agosto é o
1914 prazo as indicações das entidades; é preciso apresentar propostas em relação às vagas

1915 remanescentes; a ONCB não compõe nenhuma comissão e tem interesse em participar; as
1916 vagas remanescentes da CIRHRT serão debatidas posteriormente; e é preciso disponibilizar a
1917 composição final das comissões no site do CNS. **Deliberação: o Plenário decidiu que o**
1918 **prazo limite para indicar as representações às comissões é dia 31 de agosto. Após essa**
1919 **data, será feito levantamento das entidades que não indicaram representantes e os**
1920 **Fóruns serão comunicados para definição das vagas remanescentes. A assessoria**
1921 **técnica deverá disponibilizar a composição final das comissões no site do CNS.** Na
1922 sequência, conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, fez a leitura de lista
1923 de espaços que necessitam de indicação de representantes do CNS porque alguns indicados
1924 não são mais participantes e outros não têm indicação: a) Agência Nacional de Saúde: Câmara
1925 de Saúde Suplementar - CAMSS/ANS; e Comitê Permanente de Regulação da Atenção à
1926 Saúde – COSAÚDE. b) ANVISA: Comitê de Implantação do Programa Nacional de Segurança
1927 do Paciente (CIPNSP), Conselho Consultivo da Anvisa – CCS, GT ANVISA para Estimular o
1928 Uso Racional de Medicamentos - Portaria 668 10/4/2013, Grupo de trabalho da ANVISA sobre
1929 a portaria Nº 1.346/2014. c) Ministério da Educação: Comitê Nacional dos Contratos
1930 Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde; d) Ministério da Justiça: CONATRAP; e)
1931 Ministério das Cidades: GTI – PLANSAB; f) Ministério da Saúde: Comitê Gestor do Programa
1932 Nacional de Apoio a Atenção Oncológica (PRONON), Comitê Gestor do Programa Nacional de
1933 Apoio a Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD), Comitê Técnico de
1934 Saúde Integral às Pessoas Celiacas, Grupo de Assessoramento Estratégico – GAE, Comitê
1935 técnico de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT,
1936 Comitê técnico de Saúde da População Negra – CTSPN, PROADI-SUS, Comissão
1937 Intergestores Tripartite – CIT, Comissão Permanente de Assuntos Internacionais de Saúde,
1938 Comitê URM - Uso Racional de Medicamentos; g) MS/SCTIE: Comissão Nacional de
1939 Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC; h) Secretaria de Assuntos Estratégicos da
1940 Presidência da República - SAE/PR: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento
1941 CNPD. Explicou que a proposta é recompor a representação do CNS nesses espaços até o
1942 mês de setembro. Sobre a Comissão Intergestores Tripartite, a sugestão é delegar à Mesa
1943 Diretora do CNS o acompanhamento permanente. Após a apresentação, foi solicitado retirar da
1944 lista a indicação de representante de entidades de patologia para a CAMIS/ANS, pois essa não
1945 é uma indicação feita pelo Conselho. **Deliberação: os fóruns de segmentos indicarão os**
1946 **nomes que serão apreciados e votados na próxima reunião do CNS. INDICAÇÕES - 1)** X
1947 Congresso Brasileiro de Autismo. Período: 15 a 17 de setembro de 2016. Local: Macapá/AP.
1948 *Indicação:* Conselheira **Marisa Furia**; e conselheira **Juliane Castanha**. **2)** VII Encontro
1949 Nacional do Movimento Nacional de Cidades PositHIVas – MNCP. Período: 22 a 25 de
1950 setembro de 2016. Local: Porto Alegre/RS. *Indicação:* conselheira **Carmen Lucia Luiz, na**
1951 **qualidade de Coordenadora da CISMU. 3)** Encontro Nacional da Liga Brasileira de Lésbicas –
1952 LBL + 10: Novas estratégias e alinhamentos nas garantias de direitos LESBI. Período: 22 a 25
1953 de setembro de 2016. Local: Natal/RN. *Indicação:* Conselheira **Heliana Hemetério dos**
1954 **Santos**. **4)** XI Congresso Norte e Nordeste de Terapia Ocupacional. Período: 24 a 27 de
1955 outubro de 2016. *Indicação:* Conselheira **Lauriluci Farias**. **5)** Audiência Pública: “Estratégias
1956 para ampliação do acesso ao atendimento de Terapia Ocupacional à população brasileira”. Dia:
1957 27 de outubro. Horário: das 16h40 às 18h15. Local: Fortaleza/CE. *Indicação:* Conselheira
1958 **Lauriluci Farias**. **6)** 68º Congresso Brasileiro de Enfermagem/1º Colóquio Brasileiro de
1959 Enfermagem em Saúde Mental. Período: 27 a 30 de outubro de 2016. Diálogo Temático: “A
1960 Enfermagem no Cuidado em Saúde Mental no contexto da Gestão”. Dia: 29 de outubro.
1961 Horário: das 08h30 às 10h30. “Cuidado da população em vulnerabilidade, práticas de
1962 enfermagem na promoção da equidade”. Local: Brasília/DF. *Indicação:* Conselheira **Carmen**
1963 **Lucia Luiz**. Conselheira **Agleilde Arichele Leal de Queirós (“Liu Leal”)** iniciou a sua fala
1964 informando que assumiu a segunda suplência representando o CEBES. Disse que o PLDO
1965 2017 será votado na próxima terça-feira (23/08/16) no Congresso Nacional, e o texto incorpora
1966 no seu Art. 3º a lógica da PEC 241, que estipula teto para as despesas sociais. Considerando
1967 que sequer foi realizada audiência pública para discutir com a sociedade mudança tão
1968 importante do ordenamento jurídico-econômico-social do país, disse que foi elaborado
1969 requerimento, a ser protocolado na Presidência do Congresso Nacional, na segunda-feira
1970 (22/08/16), explicando que a tramitação da LDO apresentou equívocos porque não foi objeto
1971 de audiência pública (foi realizada audiência somente com o ministro do planejamento). Disse
1972 que as entidades interessadas podem assinar o requerimento até segunda-feira, (22/08/16), às
1973 10h. Conselheiro **Neilton Araujo de Oliveira** explicou que está previsto painel para o CNS no
1974 7º Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária - 7º SIMBRAVISA e solicitou retorno o mais breve

1975 possível porque a programação está em fase de conclusão. Definido esse ponto, a mesa
1976 interrompeu para o almoço. Retomando, a mesa foi recomposta para o item 8 da pauta. **ITEM**
1977 **8 – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E AS ELEIÇÕES MUNICIPAIS 2016 - Coordenação:**
1978 integrantes da Mesa Diretora do CNS: conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do
1979 CNS; conselheiro **André Luiz de Oliveira**; conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**; e
1980 conselheiro **Edmundo Omore Dzawe**. O Presidente do CNS explicou que neste item de pauta
1981 seria apresentada carta com chamamento geral aos candidatos, aos eleitores e à sociedade
1982 quanto à defesa e fortalecimento do SUS para os próximos quatro anos. Conselheira
1983 **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** fez a leitura da carta: “O fortalecimento e defesa do SUS
1984 nas eleições municipais. O Conselho Nacional de Saúde (CNS), expressão maior da
1985 Democracia Participativa no Brasil, componente estrutural do Sistema Único de Saúde (SUS)
1986 historicamente comprometido com o direito à saúde como dever do Estado, faz um
1987 chamamento geral aos candidatos, aos eleitores e à sociedade quanto à defesa e
1988 fortalecimento do SUS para os próximos quatro anos. **Candidato (a) que não se compromete**
1989 **com o SUS não terá meu apoio e nem terá o meu voto**. No intuito de aglutinar forças
1990 políticas e sociais comprometidas com os avanços na política de saúde, o CNS clama pelo
1991 compromisso de cada candidato (a) a prefeito (a) e vereador (a) com o SUS. Os municípios
1992 têm papel fundamental na atenção à saúde da população, pois, é nos municípios que as ações
1993 e serviços de saúde ganham materialidade e é enorme o papel dos municípios em promover
1994 qualidade de vida e desenvolvimento local. Dentre os inúmeros desafios há uma prioridade
1995 central: assim como em outros países, o Brasil vivencia um grave momento no combate ao
1996 mosquito *Aedes aegypti* e suas consequências. A epidemia do vírus Zika - responsável pela
1997 microcefalia em milhares de bebês em nosso país, mostrou que precisamos fortalecer a
1998 Vigilância em Saúde. Essa realidade precisa ser encarada com muita determinação e talvez
1999 não fosse tão séria se o tripé promoção, proteção e recuperação da saúde fosse mais
2000 integrado e se a falta de saneamento básico nos municípios brasileiros não fosse um problema
2001 crônico. As décadas passam e muitas cidades não conseguem evoluir em sua organização.
2002 Prefeitos (as) e vereadores (as) chegam e se vão e os problemas continuam. O compromisso
2003 dos candidatos (as) com o Direito à Saúde se dá, principalmente, através de seu alinhamento
2004 ou não às medidas fiscais e econômicas que reduzem a capacidade da União, Estados e
2005 Municípios de garanti-lo, causando mortes, sofrimento e doenças. A Constituição Federal
2006 através da vinculação como medida de segurança garantiu recursos públicos mínimos para a
2007 saúde, ainda que insuficientes. Mobilizada, a sociedade apresentou proposta ao Congresso
2008 Nacional (saúde+10) para garantir recursos estáveis e sustentáveis para o SUS, no entanto
2009 hoje o “TETO de gastos” que tramita no legislativo federal (PLC 257 e PEC 241) asfixia e fere
2010 de morte, o SUS. O posicionamento político de prefeitos e vereadores é decisivo para a
2011 sobrevivência do SUS. A valorização dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde, combatendo
2012 a precarização e favorecendo a democratização das relações de trabalho, tendo como
2013 referência as necessidades do SUS no município, é um compromisso primordial dos
2014 candidatos (as) das eleições 2016. Assim, conclamamos a cada candidato (a) a prefeito (a) ou
2015 a vereador (a) a colocar em suas propostas o seu compromisso com o SUS para os próximos
2016 quatro anos. Estaremos ao lado daqueles que estiverem comprometidos com o fortalecimento
2017 do SUS. Somos o Controle Social do SUS com mais de 100 mil brasileiros conselheiros e
2018 brasileiras conselheiras de saúde, 150 entidades nacionais que representam mais de 100
2019 milhões de brasileiros, que envolvem gestores, usuários, prestadores e trabalhadores do SUS
2020 e no Brasil inteiro somos as forças vivas da comunidade que podem decidir o rumo de uma
2021 eleição. **COMPROMETIDOS COM MAIS E MELHOR SAÚDE DE NOSSA POPULAÇÃO!**
2022 **CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**”. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente
2023 do CNS, explicou que a intenção da carta é dialogar com a sociedade e com o conjunto dos
2024 gestores e subsidiar debates, além de movimentar o sistema conselhos para fortalecer as
2025 proposições consolidadas. Conselheira **Lorena Baía** sugeriu incluir no documento “a
2026 necessidade de defender o SUS público, integral e gratuito”. Conselheira **Maria das Graças**
2027 **Silva Gervásio** apresentou as seguintes sugestões ao texto: retirar “saúde mais ‘10” entre
2028 parênteses e retirar “Estaremos ao lado daqueles que estiverem comprometidos com o
2029 fortalecimento do SUS”. Conselheiro **Sérgio Metzger** manifestou apoio ao documento e
2030 sugeriu incluir no final do texto as entidades que compõem o CNS. Conselheiro **Geraldo Adão**
2031 **Santos** ressaltou que é preciso explicitar no documento que os 205 milhões de brasileiros
2032 usam o SUS direta ou indiretamente. Também sugeriu o envio da carta à Frente Nacional de
2033 Prefeitos e que os conselheiros busquem as emissoras das suas cidades, principalmente as
2034 comunitárias, para debater as eleições municipais e a defesa do SUS. Conselheiro **Neilton**

Araújo de Oliveira sugeriu modificar o tempo do verbo “candidato que ... não *terá* o meu apoio” por “candidato que.... não *tem* o meu apoio e não *terá* o meu voto”. Salientou que a carta é uma importante motivação, mas o corpo a corpo com os candidatos é essencial. Conselheiro **Nilton Pereira Júnior**, entendendo a carta como instrumento de formação política, sugeriu incluir no texto outras temáticas como: necessidade de qualificação do SUS, posição contrária aos planos de saúde acessíveis; desfinanciamento do SUS; consequências da PEC 241. Também sugeriu incluir no trecho “O posicionamento político de prefeitos e vereadores é decisivo para a sobrevivência do SUS”, além da sobrevivência do Sistema, “qualificar, melhorar, consolidar”. Conselheira **Ivone Martini de Oliveira**, avaliou que o texto deveria ser curto, sem informações técnicas, contemplando frases de impacto. Conselheira **Agleilde Arichele Leal de Queirós** (“Liu Leal”) propôs contemplar no documento as propostas que trazem prejuízo à população para que a sociedade compreenda a real situação (perca da previdências, risco à atenção básica e farmácia popular por conta das propostas como planos de saúde acessíveis). Além disso, sugeriu que o CNS recomende aos conselhos de saúde debate dos temas colocados na carta. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, explicou que a carta tenta identificar o conjunto de proposições com grande unidade no CNS. Conselheira **Sueli Terezinha Goi Barrios** avaliou que o documento poderia ser ampliado, incluindo outras agendas, para ser entregue aos candidatos a vereadores e prefeitos. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** propôs: mencionar no documento a missão do SUS, reforçando que os conselhos de saúde trabalham para o cumprimento dessa missão; e retificar (...) não terá *meu* apoio para “(...) não terá *nosso* apoio”. Conselheira **Ivone Martini de Oliveira** sugeriu que fosse feita consulta à equipe de comunicação sobre a eficiência e eficácia de documento mais sucinto em comparação a mais extenso. O Presidente do CNS informou que o documento fora finalizado pela equipe de comunicação do Conselho. Além disso, perguntou qual seria o encaminhamento para este tema. Conselheiro **Artur Custódio M. Souza** disse que a estratégia de elaboração de documento é positiva, mas o texto não atendia. O Presidente do CNS avaliou que estava clara a necessidade de incluir no documento outras pautas como plano de saúde acessível, terceirização, mas colocou a preocupação de como operacionalizar e legitimar um texto do CNS com esses diferentes temas. Conselheira **Oriana Bezerra Lima** avaliou que seria necessário definir o público alvo do documento ou elaborar diferentes documentos para vários públicos. O Presidente do CNS reforçou o objetivo do documento de dialogar com os candidatos e subsidiar debates, além de movimentar o sistema conselhos para fortalecer as proposições consolidadas. Conselheiro **Nilton Pereira Júnior** destacou que o objetivo da carta é dialogar com os conselhos para que estes dialoguem com os candidatos sobre as pautas colocadas no documento. Assim, sugeriu incluir documentos anexos à carta. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** salientou que o documento precisaria ser aprovado naquela reunião para ser disponibilizado na semana seguinte. Conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite** sugeriu incluir no documento o apoio à PEC 01. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** salientou que o documento é uma carta motivadora, portanto, podem ser incluídos outros temas. O Presidente do CNS sintetizou as sugestões ao documento que emergiram do debate: retificar o trecho (...) não terá *meu* apoio para “(...) não terá *nosso* apoio”; resgatar o histórico (candidato que não tem histórico nem compromisso); incluir no documento os temas: proposta de planos de saúde acessíveis; terceirização, desresponsabilização; destacar as deliberações da 15ª CNS e fazer referência ao PNS; rever a redação a fim de não causar constrangimento ou desconforto. **Deliberação: a carta foi aprovada com uma abstenção.** O presidente do CNS salientou que os conselhos devem provocar debates até as eleições municipais. Seguindo, solicitou a indicação de representantes do CNS para participar da mesa “Eleições municipais e o fortalecimento do SUS e do controle social” na 20ª Plenária de Conselhos de Saúde. A intenção é fazer abordagem dificuldades e demandas e reafirmar o conteúdo da carta. **Deliberação: o Plenário indicou os seguintes conselheiros para participar da mesa “Eleições municipais e o fortalecimento do SUS e do controle social” na 20ª Plenária: Nilton Pereira, Juliana Acosta, José Eri de Medeiros e um do Ministério da Saúde. ITEM 9 – AS RELAÇÕES DE TRABALHO E A GESTÃO NOS HOSPITAIS FEDERAIS** - Este item foi transferido para a próxima reunião CNS, dada impossibilidade de participação das entidades convidadas (somente a representação da FASUBRA pôde participar). **Sobre o Congresso de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO e Plenário aprovou o seguinte encaminhamento: indicar quatro representantes dos usuários e dois representantes dos trabalhadores da saúde. Segmento dos trabalhadores: conselheiras Alessandra Ribeiro de Souza e Semíramis Vedovato. As indicações dos usuários deverão ser feitas até o dia 30 de agosto.** Na

2095 sequência, conselheira **Cleusa Rodrigues da Silveira Bernardo** fez um breve informe sobre
2096 os motivos do atraso no pagamento do benefício do Programa de Volta para Casa. Esclareceu
2097 que, por duas vezes, a conta com recurso para o pagamento do benefício foi bloqueada pela
2098 justiça, não por conta do Programa, mas sim por conta da impossibilidade de fazer compra de
2099 medicamento importado no prazo solicitado pelo juiz. Disse que a situação foi resolvida e o
2100 pagamento será feito até a sexta da semana seguinte (essa situação se refere apenas ao mês
2101 de julho). O Presidente do CNS informou que a judicialização será ponto de pauta da próxima
2102 reunião. Feito esse informe, a mesa suspendeu os trabalhos para reformulação do texto da
2103 carta de acordo com as sugestões feitas. Retomando, o Presidente do CNS fez a leitura do
2104 texto e foram apresentadas as seguintes sugestões: destacar fortalecimento da atenção básica
2105 e Programa mais Médicos; suavizar o trecho “Não terão o nosso voto”; e considerar que as
2106 ações de saneamento não dependem apenas de vereadores e prefeitos; retificar “prestadores
2107 do SUS” por “prestadores de serviço ao SUS”. **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a
2108 tratar, o Presidente do CNS encerrou os trabalhos da 284ª Reunião Ordinária do CNS.
2109 Estiveram presentes os seguintes conselheiros no segundo dia de reunião: *Titulares* – **André**
2110 **Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil- CNBB; **Antonio Pitol**, Pastoral
2111 da Saúde Nacional; **Arlison da Silva Cardoso**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais
2112 de Saúde – CONASEMS; **Artur Custódio Moreira de Sousa**, Movimento de Reintegração das
2113 Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN); **Carmen Lucia Luiz**, União Brasileira de
2114 Mulheres – UBM; **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação Nacional das Associações
2115 de Celíacos do Brasil – FENACELBRA; **Edmundo Dzuaiwi Omere**, Coordenação das
2116 Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Geordeci M. Souza**, Central Única
2117 dos Trabalhadores; **Jani Betânia Souza Capiberibe**, Associação Brasileira de Autismo –
2118 ABRA; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João Paulo dos Reis Neto**, União Nacional
2119 das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS; **João Rodrigues Filho**, Confederação
2120 Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; **Juliana Acosta Santorum**, Confederação
2121 Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG; **Lorena Baía de Oliveira Alencar**,
2122 Conselho Federal de Farmácia (CFF); **Liane Terezinha de Araújo Oliveira**, Federação
2123 Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama – FEMAMA; **Luiz Alberto**
2124 **Catanoce**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical –
2125 SINDNAPI; **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST;
2126 **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Antônio**
2127 **Muniz da Silva**, Organização Nacional dos Cegos do Brasil – ONCB; **Nelcy Ferreira da Silva**,
2128 Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); **Neilton Araujo de Oliveira**, Ministério da Saúde;
2129 **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Nilton Pereira Júnior**,
2130 Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO; **Oriana Bezerra Lima**, Conselho
2131 Federal de Medicina Veterinária (CFMV); **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos Indígenas da
2132 Região Sul – ARPINSUL; **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos
2133 Farmacêuticos – Fenafar; **Sônia Pereira**, Rede Nacional Lai Lai Apejo; **Wanderley Gomes da**
2134 **Silva**, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; e **Zaíra Tronco**
2135 **Salerno**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN). *Suplentes* – **Alexandre Frederico de**
2136 **Marca**, Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC); **Antonio de**
2137 **Souza Amaral**, Associação Brasileira de Ostomizados – ABRASO; **Clarice Baldotto**,
2138 Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB); **Cleusa Rodrigues da Silveira Bernardo**,
2139 Ministério da Saúde (MS); **Danilo Aquino Amorim**, Direção Executiva Nacional dos
2140 Estudantes de Medicina – DENEM; **Dulcilene Silva Tiné**, Confederação Nacional de Saúde,
2141 Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS); **Elgiane de Fatima Machado Lago**, Central
2142 dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil – CTB; **Geraldo Adão Santos**, Confederação
2143 Brasileira dos Aposentados e Pensionistas – COBAP; **Ivone Martini de Oliveira**, Conselho
2144 Federal de Enfermagem – COFEN; **Joana Batista Oliveira Lopes**, Federação Nacional dos
2145 Odontologistas - FNO; **José Arnaldo Pereira Diniz**, Federação Interestadual dos
2146 Odontologistas – FIO; **Jupiara Gonçalves de Castro**, Federação de Sindicatos de
2147 Trabalhadores Técnicos Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil
2148 – FASUBRA; **Lauriluci Farias L. de Albuquerque**, Associação Brasileira dos Terapeutas
2149 Ocupacionais – ABRATO; **Márcia Patrício de Araújo**, Associação Brasileira dos Ostomizados
2150 (ABRASO); **Maria das Graças Silva Gervásio**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil –
2151 CNBB; **Maria do Socorro Bezerra Mateus**, Sindicato dos Servidores do Sistema Nacional de
2152 Auditoria do Sistema Único de Saúde – UNASUS; **Maria Thereza Ferreira Teixeira**, Secretaria
2153 Geral da Presidência da República; **Paula Johns**, Associação de Controle do Tabagismo,
2154 Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos - ACT/Aliança de Controle do Tabagismo; **Sérgio**

2155 **Metzger**, Associação de Diabetes Juvenil (ADJ); **Semiramis Maria Amorim Vedovatto**,
2156 Conselho Federal de Psicologia (CFP); **Simone Maria Leite Batista**, Articulação Nacional de
2157 Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS; **Sueli Terezinha Goi**
2158 **Barrios**, Associação Brasileira da Rede Unida – REDE UNIDA; **Tathiane Aquino de Araújo**,
2159 Rede Nacional de Pessoas Trans- Rede Trans Brasi; e **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da
2160 Criança.