

MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

Aos quinze e dezesseis dias do mês de setembro de dois mil e dezesseis, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde “O Milton Visconde”, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar, Brasília-DF, realizou-se a Ducentésima Octogésima Quinta Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, deu início à reunião cumprimentando os presentes e os que acompanhavam a reunião em tempo real. Em seguida, apresentou os objetivos da 285ª Reunião Ordinária: **1)** Debater o cenário da judicialização crescente na saúde nas três esferas de governo e suas repercussões na legalidade do SUS. **2)** Apreciar e deliberar sobre os pareceres da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho – CIRHRT. **3)** Debater as relações de trabalho e suas peculiaridades nos Hospitais Federais. **4)** Divulgar as ações adotadas no Ministério da Saúde de junho a agosto de 2016. **5)** Apreciar e deliberar sobre as demandas da Comissão Intersetorial de Financiamento e Orçamento – COFIN.

ITEM 1 – EXPEDIENTE - Aprovação da pauta da 285ª Reunião Ordinária e da Ata da 284ª Reunião Ordinária do CNS - Justificativas de ausência - O Presidente do CNS apresentou a proposta de pauta da reunião, com inversão dos itens 6 e 8 do segundo dia de reunião. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** justificou que o Ministro de Estado da Saúde não poderia participar da reunião no período tarde, tendo em vista audiência no Supremo Tribunal Federal – STF. Portanto, estaria presente às 10h para acompanhar parte do debate sobre sistema de justiça brasileiro e o direito à saúde. Conselheiro **Wilen Heil e Silva** solicitou que o Ministro da Saúde participe das reuniões do Conselho com tempo para ouvir o controle social. **Deliberação: a pauta foi aprovada por unanimidade com a inversão entre os itens 6 e 8.** Seguindo, o Presidente do CNS colocou em apreciação a ata da 284ª Reunião Ordinária do CNS, com os adendos feitos pelos conselheiros. Conselheiro **Nelson Mussolini** informou que recebera a ata no dia anterior e, após a leitura do texto, não tinha nada a acrescentar. Todavia, salientou que era preciso atenção ao texto, dado o volume de definições naquela reunião. Conselheira **Semiramis Maria Amorim Vedovatto** informou que a primeira versão da ata foi enviada com antecedência aos conselheiros e a segunda versão, com os adendos dos conselheiros, foi encaminhada no dia anterior. Inclusive, comprometeu-se a fazer levantamento das deliberações para encaminhamentos. Também solicitou que fosse verificada a comunicação por e-mails, haja vista os problemas ocorridos (solicitações dos conselheiros feitas por e-mail não contempladas, não recebimento de documentos da reunião). Sobre a questão dos e-mails, o Presidente do CNS disse que poderia ser tratado no item do radar, com a presença de representação do DATASUS. Feita essa consideração, colocou em votação a ata. **Deliberação: a ata foi aprovada com duas abstenções.**

Justificativas de ausência - O Presidente do CNS apresentou as justificativas enviadas com antecedência: **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro; Francisca Rêgo Oliveira Araújo; Gilene José dos Santos; Joana Batista Oliveira Lopes; José Vanilson Torres da Silva; e Liane Terezinha de Araújo Oliveira.** Conselheira **Denise Torreão** justificou a ausência das conselheiras **Nelcy Ferreira da Silva e Alessandra Ribeiro de Souza** e, considerando que não foi comunicada formalmente pelo CNS sobre a impossibilidade de comparecimento das duas conselheiras, não poderia permanecer na reunião. O Presidente do CNS reiterou que é preciso enfrentar o problema da comunicação do CNS por e-mail. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** falou do esforço do Ministério da Saúde para manter a representação nas reuniões do Pleno com a finalidade de contribuir com os debates.

Apresentação de novos conselheiros - **Gerlane Baccarin**, Ministério da Saúde; **Rodrigo Gomes Marques Silvestre**, Ministério da Saúde; **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; **Lenir Santos**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down – FBASD; e **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira**, Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais – ABRATO.

ITEM 2 – O SISTEMA DE JUSTIÇA BRASILEIRO E O DIREITO À SAÚDE - Coordenação: conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS. **Composição da mesa:** **Arnaldo Hossepian Salles Lima Junior**, conselheiro nacional de justiça; **Eduardo Nunes de Queiroz**, defensor público federal; **Maurício Pessutto**, Procurador Regional da República; conselheira **Andrea Karolina**

55 **Bento** representante dos usuários; conselheira **Semiramis Maria Amorim Vedovatto** representante
56 dos trabalhadores; e **Bruno Veloso Maffia**, representante do Ministério da Saúde. O Presidente do
57 CNS iniciou este ponto de pauta, explicando que a intenção era debater o papel do sistema de justiça
58 brasileiro na garantia do direito constitucional à saúde. Informou que foi recém-publicada a Resolução
59 do Conselho Nacional de Justiça – CNJ nº. 238, de 6 de setembro de 2016, determinando que os
60 Tribunais de Justiça e os Tribunais Regionais Federais criarão no âmbito de sua jurisdição Comitê
61 Estadual de Saúde. Na composição desses comitês, está assegurada a participação de integrante do
62 conselho estadual de saúde. Salientou que essa iniciativa colocava o Conselho Nacional de Saúde em
63 sintonia estreita com o sistema de justiça brasileiro. Salientou que o crescente número de processos de
64 judicialização e o impacto das decisões judiciais apontam a necessidade de debater as relações do
65 Judiciário com o SUS. Lembrou, inclusive, que o financiamento/subfinanciamento do SUS tem sido um
66 dos principais elementos de reflexão do Conselho e é necessário debater formas com outros poderes
67 da república para garantir o preceito constitucional de “saúde como direito de todos e dever do Estado”.
68 Agradeceu antecipadamente as representações do sistema de justiça brasileiro presentes pela
69 disponibilidade de dialogar com o controle social. Feitas essas considerações iniciais, passou a palavra
70 ao Procurador da República, **Maurício Pessuto**, que começou a sua intervenção agradecendo, em
71 nome do Ministério Público Federal e da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, o convite para
72 debater o tema. Registrou que, na avaliação do Ministério Público, é importante contato permanente
73 com os conselhos de saúde para troca de informações, escuta das impressões sobre o tema de
74 judicialização da saúde e posição do controle social a respeito. Detalhou que a PFDC tem a função de
75 integrar, coordenar e revisar a atuação dos (as) Procuradores Regionais dos Direitos do Cidadão de
76 cada estado da federação, subsidiando-os (as) na sua atuação e promovendo ação unificada em todo o
77 território nacional. Salientou que a judicialização do direito à saúde é um tema que envolve a temática
78 do direito à saúde e tem se tornado relevante por conta dos impactos orçamentários e na perspectiva
79 de acesso do direito do cidadão. Frisou que o acesso à justiça é um direito constitucional consagrado e
80 inalienável, ou seja, não existe possibilidade de afastar o direito do cidadão. Nessa perspectiva,
81 destacou o acesso ao Judiciário como direito relevante e indispensável. Salientou que a judicialização
82 da saúde participa com avanços no que diz respeito à implementação do direito à saúde, na medida em
83 que possibilitou acesso a serviços e ações públicos de saúde no tempo necessário. Por outro lado, é
84 preciso considerar as dificuldades e os problemas relacionados à judicialização. Nessa linha, destacou
85 que a judicialização da saúde é um mecanismo inerente à democracia, mas há problemas que
86 precisam ser considerados. Desses problemas, na perspectiva de acesso a ações e serviços públicos
87 da saúde, destacou as possíveis iniquidades decorrentes da judicialização. Explicou que, apesar da
88 ampliação, o acesso ao Poder Judiciário ainda não está ao alcance de toda a população brasileira.
89 Salientou que a busca por mecanismos de acesso via Judiciário é uma tentativa de construir solução
90 para algo iniciado de forma equivocada (problema na oferta de ações e serviços públicos de saúde).
91 Ainda em m relação às iniquidades, disse que é preciso compreender o princípio constitucional da
92 integralidade em saúde. Inclusive, informou que a AMPASA realizará seminário para discutir o princípio
93 da integralidade e sugeriu a participação do CNS e outras instituições públicas. Destacou que a
94 integralidade tem sido compreendida na lógica da promoção, prevenção, recuperação da saúde; e, na
95 lógica jurídica, como a prestação do atendimento a todas as pessoas (perspectiva da universalidade),
96 em todos os níveis de complexidade de acordo com as necessidades de atenção à saúde da cada
97 pessoa. Nessa perspectiva, é preciso cuidado preciso e discussão crescente sobre o princípio da
98 integralidade, pois uma interpretação mais ampla poderá levar a compreensão de que a saúde pública
99 é direito de todos e dever do Estado a partir da expressão “tudo para o todos”, o que é impossível.
100 Lembrou que no cenário econômico que se envolve a qualquer sociedade as demandas e as
101 necessidades são infinitas e os recursos finitos. Assim, a gestão precisa se dar na perspectiva de
102 atender com maior eficiência e competência as necessidades postas na perspectiva de alcance dos
103 demais princípios da Constituição, especialmente a integralidade. Destacou que a discussão sobre
104 integralidade somente se dá em uma perspectiva jurídica quando se concebe em uma sociedade, como
105 a brasileira, que disponha de um sistema público de saúde que entenda a saúde como direito e preveja
106 existência de sistema de saúde universal. Apresentou parâmetros judiciais estabelecidos destacando a
107 suspensão, pelo Supremo Tribunal Federal, da tutela antecipada nº. 175, do município de Fortaleza,
108 que sucedeu ampla audiência pública com a participação inclusive do CNS. Salientou que essa decisão
109 judicial buscou resolver o caso concreto, mas utilizou da oportunidade para traçar parâmetros de
110 orientação ao judiciário para nortear as decisões. Como princípios, estabeleceu-se: identificação nos
111 casos de judicialização a respeito de existência de uma política pública, de uma decisão do gestor
112 público a respeito daquele tema; para os demais casos, em que não exista posicionamento
113 administrativo a respeito, identificar-se a respeito daquele caso qual a solução que o SUS apresenta e,
114 identificada essa perspectiva, verificar se a solução pode ser utilizada com sucesso para o caso
115 concreto. Citou as doenças raras e os medicamentos órfãos, explicando que muito frequente não há
116 alternativa no SUS. Assim, destacou que é importante discutir e avançar na análise apontando as

evidências e definindo a incorporação ou não, ou buscando soluções. Salientou que esses casos chegam ao Judiciário e são onerosos até por conta da fatia de mercado que representam. Na perspectiva de enfrentar a lógica de prevenção da judicialização e sua qualificação, frisou que a aproximação institucional é fundamental na linha do debate sobre políticas públicas e no entendimento da posição das instituições. Além disso, é preciso avançar no acesso à informação técnica pela construção de bancos de dados que tenham feito avaliações seguras e confiáveis a respeito de tecnologias. Citou como experiências positivas a CONITEC (pareceres) e o banco de dados do Tribunal de Justiça de Minas Gerais. Na sequência, fez uso da palavra o desembargador **Arnaldo Hossepian Salles Lima Junior**, do Conselho Nacional de Justiça. Iniciou cumprimentando os conselheiros e discorrendo sobre sua experiência como desembargador há 29 anos, oriundo de São Paulo. Explicou que supervisiona o Comitê do Fórum Nacional de Saúde, instituído em fevereiro de 2016, que é formado por quatorze representantes: promotor de Justiça do Ministério Público de São Paulo, Arthur Pinto Filho; desembargador João Pedro Gebran, do Tribunal Regional Federal da 4ª Região; desembargador Renato Luís Dresch, do Tribunal de Justiça de Minas Gerais; juiz Marcos Sales, do Tribunal de Justiça da Paraíba; defensor público no Distrito Federal, Ramiro Nóbrega Sant'Ana; diretora substituta do Departamento de Atenção Especializada do Ministério da Saúde, Maria Inez Pordeus Gadelha; secretária-geral da Agência Nacional de Saúde Suplementar, Carla de Figueiredo Soares; diretor da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Renato Alencar Porto; assessora jurídica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Alethele de Oliveira Santos; assessora jurídica do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde Fernanda, Vargas Terrazas; e os médicos Giovanni Guido Cerri e Gonzalo Vecina Neto. Explicou que o grupo foi criado inicialmente em novembro de 2009 com a ideia de desenvolver propostas de medidas para as demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde no país. O trabalho resultou na Recomendação nº 31 do Conselho, de março de 2010, que traçava diretrizes para os magistrados em relação ao setor. Em abril do mês ano, foi instituído, por meio da Resolução nº. 107, o Fórum do Judiciário para a Saúde. Destacou que a judicialização crescia desde 2005 e a intenção era promover debates para identificar o que poderia ser feito para melhor judicialização à saúde. Explicou que foram feitas visitas a tribunais de vários Estados buscando subsídios para construir ferramenta que oferece aos juízos de direito, no exercício da jurisdição, informações técnicas para subsidiar a decisão. Na linha de efetivar a Resolução nº. 107/2010, disse que o CNJ aprovou, em 6 de setembro de 2016, a Resolução 238, que dispõe sobre a criação e a manutenção de comitês estaduais de saúde, bem como a especialização em comarcas com mais de uma vara de fazenda pública. Salientou que a resolução determina os critérios para a formação dos comitês. Nos termos da 238/2016, os colegiados devem ser compostos por magistrados de primeiro e segundo graus; gestores da área da saúde e demais participantes do sistema de saúde e de Justiça (Ministério Público, Defensoria Pública, advogados públicos ou um representante da Ordem dos Advogados do Brasil), além de dois integrantes do conselho estadual de saúde, um representante dos usuários do SUS e, outro, dos usuários do sistema suplementar de saúde. Além disso, informou que o Conselho CNJ e o Ministério da Saúde assinaram um termo de cooperação técnica, no mês de agosto, que permitirá a criação de um banco de dados com informações técnicas para subsidiar os magistrados de todo o país em ações judiciais na área da saúde. Além disso, o Ministério da Saúde promoverá a capacitação de dezenove núcleos de apoio ao Judiciário. Detalhou que o hospital Sírio Libanês capacitará os núcleos, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) e disponibilizará recursos para criar a estrutura do banco de dados, que estará disponível na página eletrônica do CNJ. O banco conterá notas técnicas, análises de evidências científicas e pareceres técnico-científicos consolidados emitidos. O magistrado poderá buscar subsídios inclusive em organismos internacionais que contribuem para produção de conhecimento relacionado à medicina baseada em evidência. Salientou que o Comitê irá reunir-se e diagnosticar, por exemplo, a necessidade de entrar com demanda coletiva e possibilitar a identificação de quadrilhas que se utilizam do Judiciário para beneficiar-se. Destacou que o tema é árido e a ação fundamenta-se em duas palavras chaves, compreensão e convencimento por parte do magistrado. Ressaltou que esteve nos tribunais conversando com os magistrados e espera que esta ação traga frutos em breve. Agradeceu a oportunidade e o colocou o gabinete do CNJ à disposição do Conselho.

Manifestações. Conselheiro **Nelson Mussolini** parabenizou o representante do CNJ pelo posicionamento e colocou o Sindicato da Indústria Farmacêutica no Estado de São Paulo à disposição do CNJ uma vez que a judicialização não pode continuar nos termos que se encontra, haja vista o impacto negativo desse processo para o país. Cumprimentou pela criação do comitê e manifestou interesse do setor reprodutivo em participar desse espaço. O representante do Ministério da Saúde, **Bruno Veloso Maffia**, pontuou dois aspectos importantes da judicialização, o primeiro deles, de maior impacto, refere-se à dificuldade de antecipar os movimentos da parte tecnológica. Disse que a identificação de doenças raras, ou seja, do que está na fronteira do desenvolvimento tecnológico, tem resultado em medidas judiciais, com grande impacto. Assim, ponderou que é preciso ouvir as demandas, perspectivas e tendências para responder, por meio da tecnologia, com incorporação

preventiva, evitando que chegue ao SUS com custos exorbitantes. No aspecto administrativo, ressaltou o volume de medidas judiciais de baixo custo (na ordem de R\$ 50 para compra de itens da atenção básica farmacêutica), resultando em volume grande de informação para administrar, prejudicando olhar estratégico. Nessa linha, disse que o complexo industrial da saúde tem trabalhado no sentido de antecipar a incorporação tecnológica, mas enfrenta dificuldade na perspectiva da judicialização. O desembargador **Arnaldo Hossepian Salles Lima Junior**, do Conselho Nacional de Justiça, disse que o conselho nacional do MP participa desse debate e falou da preocupação conjunta sobre o registro de medicamentos. Salientou que é necessário modificar o registro de medicamentos, uma vez que é possível registro parcial sem fixação de preços. Salientou que esse é o melhor dos mundos para o laboratório, porque este publiciza o medicamento; o profissional prescreve, mas não está incorporado na rede; então, compra-se no mercado a qualquer preço. Informou que esteve na reunião da Tripartite para debater o tema e o Presidente do Conselho Federal de Medicina participará da reunião com o Comitê no CNJ. Conselheiro **Wilen Heil e Silva** agradeceu a presença dos convidados e fez os seguintes questionamentos: qual medida o CNS pode adotar a fim de garantir que as diretrizes das conferências de saúde sejam respeitadas no Plano Nacional de Saúde? Que parceria poderia ser firmada com a justiça para lutar contra os projetos de lei que prejudicam o orçamento do SUS? O que pode ser feito em relação às resoluções não homologadas pelo Ministério da Saúde, inclusive na linha do combate à privatização e precarização? O que pode ser feito acerca da proposta de criação de plano popular de saúde? O que pode ser feito acerca do perdão de dívidas de operadoras de planos de saúde e abrandamento de penalidades de contratos de planos de saúde? Conselheiro **Moyses Toniolo de Souza** salientou que o direito à vida e à saúde precisa ser considerado acima de tudo e o movimento de luta contra AIDS lança mão da judicialização para garanti-lo. Disse que há mecanismos úteis principalmente para a saúde pública e citou, por exemplo, a importação paralela de medicamentos, com menor custo. Também lembrou que a judicialização, na maioria, é utilizada por pessoas que não encontraram nos seus planos privados de saúde o que necessitam e recorrem ao SUS, todavia, não há ressarcimento ao Sistema. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** lembrou que 75% da população é usuária do SUS e 25% usuária de planos privados de saúde, assim, solicitou que na composição do Comitê seja considerada essa proporção. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, perguntou sobre a possibilidade de participação institucional do CNS no Comitê. Conselheiro **Wilen Heil e Silva** solicitou que outras categorias profissionais também sejam convidadas a participar do debate no CNJ. Conselheiro **Adriano Macedo Félix** saudou a mesa e, na condição de usuário de medicamento de alto custo, disse que teve que recorrer à judicialização para garantir o acesso (hoje o medicamento está incorporado ao SUS). Salientou que é essencial ter registro de preço e incorporação pela CONITEC, além de atualização constante dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, a fim de não onerar o SUS para garantir medicamento ao usuário que necessita. O Presidente do CNS frisou que aquele debate dava início ao processo de aproximação do CNS com o sistema nacional de justiça, haja vista o volume de debates a serem feitos. Conselheira **Andrea Karolina Bento** informou que a ABRALE manifestou interesse de participar do Comitê, inclusive para levar casos de pacientes. Neste momento, o Ministro de Estado da Saúde, **Ricardo Barros**, solicitou espaço para falar sobre judicialização, tendo em vista que não poderia permanecer na reunião por conta de audiência no STF que iria tratar de pautas relevantes da saúde. Com a anuência do Plenário, o Ministro explanou sobre o tema explicando, inicialmente, que o Ministério da Saúde assinou convênio com o CNJ e o hospital Sírio Libanês investirá, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), disponibilizará cerca de R\$ 15 milhões para criar a estrutura do banco de dados com pareceres técnicos. Além disso, serão estruturados núcleos de apoio ao Judiciário e o magistrado poderá acessar os dados para subsidiar as decisões. Para melhor compreender a situação, explicou que, em 2012, foram gastos R\$ 120 milhões com processos de judicialização no Ministério da Saúde; em 2016 serão R\$ 1,6 bilhão e as três esferas – União, Estados e Municípios - dispõem de R\$ 7 bilhões para cumprir decisões judiciais na saúde (em 2015, foram gastos R\$ 5 bilhões). Disse que essa situação desestrutura os orçamentos programados e inclusive discutidos com os conselhos de saúde, pois a decisão judicial não cria novo recurso, mas destina o recurso de uma ação programada para outra emergencial. Destacou que o Ministério está debatendo esse tema com prioridade, dada a relevância para a sociedade e frisou o apoio e consolidação da parceria firmada com os entes que tratam da judicialização. Com essas palavras, despediu-se do CNS para participar da audiência com o ministro do STF Luiz Edson **Fachin** e desculpou-se por não poder participar como previsto. Disse que estaria presente na próxima reunião do CNS para ouvir as intervenções e responder às indagações do Conselho. O desembargador **Arnaldo Hossepian Salles Lima Junior**, do Conselho Nacional de Justiça, respondeu aos questionamentos do Pleno, destacando que: a) composição dos comitês estaduais – a Resolução estabelece composição, mas entidades com pertinência em relação ao tema pode requerer ao juiz ou ao desembargador a participação no comitê; os comitês estaduais não debatem política pública, mas sim um diagnóstico da problemática vivenciada pela promotoria, defensoria, procuradoria e pelo Judiciário e busca solução acordada; b) alguns

questionamentos feitos não têm relação com a atuação no comitê nacional de saúde; c) o CNJ não exerce jurisdição, o Conselho cuida do Judiciário na esfera administrativa, assim, está sendo construída uma ferramenta que dará ao juiz de direito a possibilidade de utilizá-la na formação de seu juízo de valor diante da demanda. Com esses esclarecimentos, despediu-se do CNS, agradecendo a oportunidade e colocou-se à disposição para outros debates. Na sequência, fez uso da palavra o defensor Público do Distrito Federal, **Eduardo Nunes Queiroz**, que fez uma fala sobre acesso à saúde e judicialização. Explicou que é defensor público federal e atua no DF, Goiás e Tocantins lidando com a temática de tutela coletiva. Disse que a Defensoria assume papel que transcende a mera tutela individual, lidando coletivamente com as questões trazidas pela população, entre elas, o acesso à saúde. Explicou que o Tribunal de Justiça do DF foi um dos tribunais que, desde a Resolução CNJ nº. 107/2010, teve experiência na estruturação de comitê executivo distrital para lidar com a temática. Saudou a iniciativa do CNJ de tratar da judicialização por meio de um colegiado participativo. Acrescentou que a defensoria tem adotado a linha de discussão extrajudicial, com abertura de canal de diálogo com os gestores da saúde. No caso do DF, destacou a necessidade de participação maior do MS na organização do atendimento ao câncer na capital. Avaliou que os comitês criados no âmbito dos Tribunais de Justiça devem ser prestigiados pelas autoridades federais e pelas entidades, pois representam avanço, lembrando que preveem a participação de representantes efetivos de usuários e de entidades ligadas à defesa do direito à saúde. Disse que conta com a contribuição da Coordenação Geral de Doenças Crônicas para apresentar à Secretaria de Saúde do DF um plano para estruturar o atendimento ao câncer. No mais, disse que contaria com ajuda do MS, por meio do DAGEP, para estruturar os serviços de atenção integral à saúde LGBT no DF. Avaliou que a judicialização passa pela abertura de canal de diálogos e as manifestações do CNS são importantes nesse processo, sendo necessária maior divulgação. A seguir, fez uso da palavra o advogado da União, **Bruno Veloso Maffia**, coordenador geral de assuntos judiciais/MS, que iniciou agradecendo a oportunidade de participar da mesa que traz representantes das três funções essenciais da justiça. Falou sobre a parceria do CNJ com o MS com a finalidade de disponibilizar maiores informações ao Judiciário com vistas à melhor decisão no exercício da função jurisdicional. Detalhou que o Ministério da Saúde irá fomentar a elaboração de notas técnicas, por meio de núcleos de equipe técnica temática, com vistas a subsidiar o magistério no proferimento de decisões liminares. O juiz receberá a demanda e provocará os núcleos de assessoramento técnico que, em até 72 horas, irão apresentar as informações suficientes para proferir a melhor decisão no caso concreto (evidência científica do medicamento, registro na ANVISA, perigo à vida do autor). Por conta da sua experiência como coordenador, avaliou que as notas técnicas contribuirão para enfrentar o fenômeno da judicialização. Ressaltou que a Constituição definiu como formuladores das políticas públicas o CNJ, o poder executivo e os trabalhadores e essa função deve ser preservada em prol do bom interesse público. Conselheira **Andrea Karolina Bento**, representante da Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia – ABRALÉ, manifestou satisfação por participar da mesa, uma vez que a ABRALÉ trabalha com medicamentos oncológicos, que são caros e um dos mais judicializados. Ressaltou a importância da criação do comitê e informou que a ABRALÉ solicitara a participação nesse espaço de debate para levar o olhar do usuário. Disse que a judicialização origina-se de demanda do usuário, que ocorre por conflito de poderes e que recai no Judiciário, gerando, na maioria dos casos, grande desequilíbrio financeiro causando impacto nas finanças. Manifestou satisfação com as iniciativas apresentadas, pois até hoje as propostas iam na linha de acabar com a judicialização, um direito constitucional que não deixar de existir. Salientou que é preciso identificar as verdadeiras demandas da judicialização a fim de atender àqueles na verdadeira necessidade do que precisam. Informou que a principal demanda apresentada na Associação refere-se a medicamento único para recidiva de linfoma. Esse medicamento foi registrado em 2014, mas não possui pedido de incorporação na CONITEC, nem na saúde suplementar. Explicou que o laboratório não tem interesse em registrar o medicamento e, por ser uma droga única, várias pessoas precisam entrar com ação para garantir a dispensação. Com isso, o laboratório ganha o preço “inteiro”, portanto, não tem interesse em incorporar. Falou também da Resolução Normativa nº. 83 da SES/SP, que trata da limitação de médicos em receitar medicamentos não incorporados na CONITEC e na ANS. Disse que o CRM aprovou resolução validando a RN nº. 83. Explicou que o Ministério da Saúde solicitou ao Tribunal de Contas da União um estudo sobre a judicialização em saúde no país. Nessa linha, sugeriu que o TCU faça parte do Comitê e que o Tribunal apresente o estudo para servir de subsídio para o trabalho do CNJ. Informou que será realizado Congresso “Todos Juntos contra o Câncer”, nos dias 27 e 28 de setembro, que irá discutir financiamento em saúde, controle social e temas relacionados à pesquisa clínica, preço de medicamento. Além disso, ponderou que a “compra em massa de medicamentos”, como feito pelo MS, poderia ser uma das formas para garantir maior acesso dos pacientes a medicamentos e diminuir a judicialização. Conselheira **Semiramis Maria Amorim Vedovatto** disse que esteve no Conselho Nacional do Ministério Público, representando o Conselho Federal de Psicologia – CFP, para discutir a judicialização da saúde e, na oportunidade foi apresentada a Resolução que cria os Comitês. Disse que apresentou sugestões ao texto, mas o documento foi publicado sem as

propostas. Destacou também a discussão sobre medicamentos, cujos estudos de eficiência e eficácia não foram realizados no país e a ausência de preço máximo e mínimo, assim, para a indústria o processo de judicialização é mais interessante. Citou os seguintes dados apresentados na oportunidade: dos processos de judicialização, 20% refere-se a acesso a novas tecnologias e 80% a dificuldades de acesso a leitos, vagas em UTI, medicamentos. Salientou que o debate gerou em torno da boa judicialização e apresentação sobre os comitês de saúde. Disse que participou também da reunião da Confederação Nacional de Municípios, que congrega os municípios do Brasil, e destacou que a entidade possui documento sobre judicialização e realizará encontro com os prefeitos empossados para debater o tema. Nessa linha, sugeriu, como encaminhamento, iniciar diálogo com essa entidade. Fez um destaque à preocupação do Conselho Federal de Psicologia acerca da judicialização no que se refere às internações em saúde mental. Detalhou que o RS possui experiência interessante com a Cartilha da Saúde Mental onde define o processo, os pareceres, utilização da rede psicossocial, internação compulsória, comunidade terapêutica. Por fim, lembrou a suspensão do pagamento do benefício do Programa de Volta para casa, por conta de processos de judicialização, prejudicando os beneficiários do Programa. **Manifestações. Everton Borges**, membro do GT de farmacêuticos no Sistema de Justiça/Conselho Federal de Farmácias e membro do Comitê de Saúde do RS, falou sobre a contribuição dos profissionais farmacêuticos nos núcleos de apoio técnico aos magistrados. Explicou que há os Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário – **NAT-JUS**, núcleos de apoio nas Secretarias de Saúde, centro de informação de medicamento e está sendo definida rede de farmacêuticos para construir bancos de dados com pareceres, notas técnicas que serão disponibilizados para os magistrados. Manifestou preocupação com os núcleos de apoio técnico que prevê apenas a participação de médicos e defendeu composição multiprofissional, especialmente com a participação de farmacêuticos. Também falou da experiência no RS e no DF de inserção de farmacêuticos junto aos defensores públicos para qualificar a assistência, contribuindo para diminuição de processos judiciais. Lembrou que 80% das demandas judiciais referem-se a medicamentos da atenção básica, assim, é preciso verificar a gestão da assistência farmacêutica nos Estados e Municípios. Por fim, disse que é preciso alertar os parlamentares que a PEC 241 contribuirá para o aumento da judicialização. Conselheira **Liu Leal** (Agleilde Arichele Leal de Queirós) manifestou a importância dessa discussão, haja vista a necessidade de aproximar as estratégias de garantia de direito, considerando o momento que se vive no país de retirada de direitos. Ressaltou que é preciso definir agenda relativa a acesso a direitos, considerando que direito à saúde vai além da assistência, da garantia de medicamentos. Destacou que a justiça, em conjunto com os poderes públicos e a sociedade, deve encontrar estratégias para resolver o problema de acesso e garantir cuidado digno com qualidade e respeito às necessidades da população. Conselheira **Lenir Santos** disse que debate o tema da judicialização há treze anos e avaliou que o aumento desse processo acontece porque não se ataca as causas. Salientou que uma das causas refere-se a recursos insuficientes, que gera serviço insuficiente, causando judicialização; e o excesso de judicialização causa distorção, possibilitando oportunismo, abuso. Considerou importante a iniciativa de qualificar o Judiciário no processo de análise de demandas judicializadas, apesar de entender que isso não resolverá o problema. Ressaltou que o país gasta 3,9% do PIB com saúde, mas é sabido que não é necessário investir 7% do PIB para garantir saúde de qualidade. Pontuou, inclusive, que após 28 anos de criação do Sistema, ainda há vários problemas relativos à organização do SUS, o que gera má gestão ou desorganização dos serviços. Sobre a integralidade da assistência, destacou, por exemplo, que não foi possível implementar a RENASES. No mais, frisou que é preciso vencer a repartição de responsabilidades e competências dos Entes da federação. Conselheira **Francisca Valda da Silva**, dada a complexidade do tema, agradeceu os convidados pela contribuição nesse debate a partir de experiências vivenciadas. Avaliou que, ao tratar de judicialização, é preciso pensar no direito individual e no direito coletivo, lembrando que o acesso à justiça não é igual em todas as classes sociais. Disse que há desvio de finalidade do uso do direito à justiça para responder a interesses oportunistas de grupos privados associados a profissionais de saúde. Falou da experiência da PGR do Rio Grande do Norte “SUS Mediado” e explicou que 54% das demandas foram resolvidas em uma mesa de negociação. Avaliou que a Resolução é um avanço, mas ponderou que é fundamental a capacitação de conselheiros, de juízes, de promotores, de procuradores e da sociedade como um todo. Conselheiro **Rodrigo Gomes Marques Silvestre** explicou que uma das saídas para resolver a judicialização é acelerar a incorporação de produtos pela CONITEC. Nesse sentido, foi criada área específica para análise dos protocolos clínicos, que resultou na aceleração das incorporações. Inclusive, solicitou apoio do CNS para formalização dessa área no âmbito do Ministério. Também destacou que, no âmbito do SUS, é fundamental seguir o protocolo, esgotando os tratamentos mais eficazes em termos de atenção à saúde e, esgotadas essas vias de cuidado, permitir a utilização do que estiver disponível para assegurar a vida. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** chamou a atenção para as pessoas que precisam de medicamento para sobreviver e frisou que é necessário criar mecanismos e usar a rede de controle social do país. Na linha da prevenção, disse que o Instituto Brasileiro de Saúde, Ensino,

Pesquisa e Extensão para o Desenvolvimento Humano - IB Saúde criou o programa “Pacifica SUS – Mesa de Pacificação e Convergência”, projeto pioneiro pela pacificação na saúde através da mediação. Salientou que, além do controle do banco de dados, é preciso garantir o acompanhamento dos pacientes no uso da medicação por equipe multiprofissional. Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio** saudou as intervenções da mesa que foram além do lugar comum de transformar a judicialização no vilão. No seu modo de ver, a judicialização é uma expressão das limitações do SUS, entendendo que a maioria das sentenças fundamenta-se em necessidade objetiva que o SUS ainda não consegue atender. Disse que recebera a informação que 52% dos processos reivindicam medicamentos que deveriam estar disponíveis no SUS (registrados na ANVISA e com preço definido na Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos - CMED). No caso de doenças raras, disse que, apesar do esforço da CONITEC, apenas o medicamento para a doença de Mouchet está incorporado. Assim, perguntou como fica a situação de pessoa que necessita de medicamento que não está incorporado (a opção é morrer?). Apontou como estratégia para evitar o aumento exponencial de custos a incorporação do medicamento para “escapar da armadilha do monopólio”. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** manifestou satisfação com essa pauta no CNS, entendendo ser uma matéria que merece debate permanente e aprofundado. Avaliou que grande parte dos profissionais de saúde não está formada na linha da evidência científica, do custo-benefício do medicamento e do que é melhor para o paciente. Salientou que há inúmeras experiências positivas que se deve aproveitar e o CNS inaugura uma nova postura, devendo dar consequência a isto. Ressaltou que será feito trabalho forte com formação do sistema Judiciário e será necessário formar profissionais em outra lógica – na linha da evidência científica, das características do SUS e principalmente das necessidades de saúde da população. Nessa linha, propôs que o tema seja colocado permanente nas pautas dos conselhos de saúde do país. Conselheiro **Moyses Toniolo de Souza** disse que é preciso separar do termo “judicialização” o que é dado como direito legal e legítimo de utilizar a justiça como recurso necessário para defesa da cidadania e da dignidade humana. Por outro lado, é preciso definir medidas para acabar com a “mercantilização da judicialização”, com lobby de indústrias farmacêuticas e de planos de saúde que fomentam grupos de usuários a recorrer à judicialização. Salientou que é preciso discutir iniciativas e destacou a importância do fortalecimento dos espaços de participação social, assegurando a participação de representantes dos usuários. Conselheira **Simone Leite** reiterou a necessidade de rever a formação dos profissionais de saúde na linha do conceito de saúde definido na Constituição e de descentralizar a discussão a respeito dessa temática nos conselhos de saúde dos estados e municípios. Conselheiro **Jurandi Frutuoso** reiterou que esse tema é debatido há muito tempo e piora com o tempo, entendendo ser um problema que torna visível a involução do SUS. Destacou que ainda não foi possível efetivar o definido na Constituição Federal no que se refere ao direito à saúde. Avaliou que a discussão do tema demonstra a fragilidade do Sistema que virou refém de vários interesses – indústria, de profissionais que prescrevem sem compromisso, esquemas para buscar judicialização. Como encaminhamento, sugeriu convidar também palestrantes internacionais de países onde não ocorre judicialização para debate. Conselheiro **José Eri de Medeiros** saudou a mesa por pautar o tema que é debatido há muito tempo e que faz parte do dia a dia do SUS. Avaliou que as medidas adotadas são importantes, todavia, ponderou que a mudança do Sistema somente ocorrerá com a participação da sociedade organizada. Além disso, apontou que a mediação, com a participação da sociedade, é importante nesse processo. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, manifestou satisfação com o debate, pois ficou evidente a possibilidade de contar com as instituições do Poder Judiciário Brasileiro para garantir o direito constitucional à saúde e cada ente fazer o que tem que ser feito. Lembrou que foi possível construir no espaço do Judiciário, do Executivo e do Legislativo o conceito que a assistência farmacêutica compõe o direito à saúde a partir da participação social. Todavia, o problema do subfinanciamento traz asfixia para que se resolva o problema da falta de medicamento. Salientou que, diante do desenvolvimento da tecnologia e da mudança do quadro do perfil epidemiológico, o CNS precisa revisitar a Política de Assistência Farmacêutica. Também ressaltou a necessidade de formular uma política de informação para o Sistema, não apenas para subsidiar o Judiciário. Ressaltou a importância de aproximação maior e ação mais integrada do CNS com a AMPASA, o MP, o Conselho Nacional do MP, o CNJ, a Defensoria Pública. **Retorno da mesa.** O Procurador Regional da República, **Maurício Pessutto**, colocou os seguintes pontos para reflexão e debate futuro: é preciso aprofundar o debate sobre a incorporação tecnológica – para além da evidência científica, é preciso considerar a avaliação econômica comparativa de benefício com as tecnologias já incorporadas, avaliação de custo/efetividade, compreensão mais aprofundada do conceito (art. 19 da Lei 8.080/90); necessidade de avançar na discussão de mecanismos que garantam a sustentação e permanência de tecnologias já consagradas pelo tempo; na jurisprudência, está consagrado o conceito da solidariedade dos entes – o Judiciário, ao mencionar a solidariedade, não define o ente que irá custear a ação pública de saúde, mas denota que a responsabilidade deve ser resolvida em outro âmbito – é necessário discutir mecanismos administrativos de como se dará a solução da repartição dos custos da judicialização; as cirurgias, especialmente as eletivas, também

são objeto de judicialização; é preciso aperfeiçoar mecanismos para que a população tenha acesso às informações sobre a regionalização da saúde, assegurando o controle social – as informações sobre razoabilidade no tempo de espera devem estar acessíveis ao controle social e à sociedade, resguardado o sigilo em termos da individualidade; é essencial a formação dos profissionais de saúde no que se refere às políticas públicas; CNS e MP devem divulgar os momentos de debate das políticas públicas de saúde, a fim de garantir a participação e o acompanhamento da sociedade; resoluções dos conselhos de saúde não homologadas - o gestor deve receber a resolução e justificar os motivos da homologação ou não, a partir daí, pode-se levar ao MP para os encaminhamentos devidos; é importante buscar aproximação institucional entre Ministério Público e os conselhos de saúde, na lógica de acompanhamento/participação nos debates desses espaços de participação social; o gestor de saúde pode propor a incorporação de medicamentos e os conselhos de saúde, identificando evidências e relevância social, podem trazer demanda; o SUS não pode custear medicamento não registrado na ANVISA, mas a legislação excetua medicamentos que, embora não sejam registrados, sejam disponibilizados em um plano internacional via agências como OMS, OPAS; no caso dos agrotóxicos, aplica-se à regra da necessidade de registro, mas a partir de 2013, foi aprovada legislação que prevê a possibilidade de uso emergencial, independente de registro de urgência (a ANVISA negou o registro do agrotóxico de benzoato de emamectina, mas a utilização foi liberada em razão de praga de lagarta – essa é uma situação emergencial, mas não pode se tornar regra). Conselheiro **Nelson Mussolini** interveio para sugerir que o CNS convide a CONITEC e a ANVISA para debate, pois esses dois órgãos são responsáveis por ampliar ou reduzir a incorporação tecnológica, o que é o principal fator da judicialização de medicamentos e procedimentos para saúde. O defensor público federal, **Eduardo Nunes de Queiroz**, salientou a importância de estreitar o diálogo entre os órgãos das funções essenciais de justiça e os espaços de participação social na busca de solução para a judicialização. Colocou a Defensoria à disposição para acompanhar as reuniões do CNS e ouvir o controle social, além de trazer a experiência da Defensoria. Lembrou que a Defensoria atua a partir de demandas e, no que se refere ao direito individual e coletivo, salientou que o coletivo é importante, mas o individual não pode ser colocado em posição subalterna. Frisou ainda que é essencial a transparência nas informações relativas à saúde e a participação social precisa ter mais acesso. Também saudou as iniciativas adotadas de mediação adotadas pelos Estados. Por fim, agradeceu a oportunidade e comprometeu-se a continuar a acompanhar as discussões do CNS por entender que são essenciais para qualificar a atuação dos órgãos de funções essenciais da justiça. O representante do Ministério da Saúde, **Bruno Veloso Maffia**, destacou que o processo de incorporação feito pela CONITEC é transparente e o relatório é submetido à consulta pública. Frisou que é incorporado ao SUS o que há de melhor, com segurança à população. Agradeceu a oportunidade de participar desse tema e saudou o Conselho pela iniciativa. Conselheira **Semiramis Maria Amorim Vedovatto** ressaltou que há questões importantes a serem pensadas – atenção aos municípios, especialmente os pequenos, onde as políticas acontecem, no cenário do subfinanciamento e das ameaças. Salientou também a importância da participação de todos os atores sociais nesse processo – trabalhadores, usuários, gestores, justiça. Avaliou que falta equilíbrio entre os três poderes e é preciso aprofundar o debate, com convite a outros atores sociais. Conselheira **Andrea Karolina Bento** destacou que no site da CONITEC está detalhada a forma de incorporação tecnológica no SUS e a sociedade civil pode fazer pedido de incorporação. O Presidente do CNS agradeceu os expositores e sintetizou os encaminhamentos que emergiram do debate. **Deliberação: o Plenário decidiu: 1) Promover integração mais efetiva do CNS com o Ministério Público, AMPASA e Defensoria Pública; 2) Delegar à Comissão Intersetorial de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica/CNS aprofundamento do debate sobre aperfeiçoamento da Política de Assistência Farmacêutica e discussão acerca de construção da “Política Nacional de Informação Tóxico-farmacológica”; 3) Articular a ação do controle social tendo em vista a necessidade de consolidar e encontrar mecanismos para formular políticas que orientem a gestão nas três esferas no sentido de suprir os gargalos que aumentam a demanda judicial; 4) Debater na reunião ordinária do CNS do mês de novembro o tema “riscos em saúde”, convidando pesquisadores; 5) Estabelecer os fluxos que os instrumentos legais definem para efetivar as deliberações do CNS; 6) Convidar a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC e a ANVISA para aprofundar o debate no CNS sobre o tema judicialização e incorporação tecnológica; 7) Convidar também palestrantes internacionais de países onde não ocorra judicialização como a Inglaterra para debate; e 8) Solicitar ao Tribunal de Contas da União – TCU que encaminhe ao CNS relatório dos estudos sobre judicialização da saúde. Com essa deliberação, o Presidente agradeceu os expositores e encerrou os trabalhos da manhã do primeiro dia de reunião. ITEM 3 – BALANÇO DA GESTÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE DE JUNHO A AGOSTO DE 2016 - Este item não foi apresentado devido à impossibilidade de participação do Ministro de Estado da Saúde. Retomando, conselheiro **André Luiz de Oliveira**, da Mesa Diretora dos CNS, assumiu a coordenação dos trabalhos e compôs a mesa para o item 4 da pauta. ITEM 4 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO – COFIN – Composição da**

mesa: **Francisco Funcia**, assessor da COFIN; conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS; **Wanderley Gomes da Silva**, coordenador da COFIN/CNS; e **Arinaldo Bonfim Rosendo**, Subsecretário de Orçamento e Financiamento/MS. *Coordenação:* conselheiro **André Luiz de Oliveira**, coordenador adjunto da COFIN/CNS. Iniciando este item, o coordenador da mesa informou que foi distribuída aos conselheiros a 2ª edição do Manual de Orçamento e Finanças. O Presidente do CNS acrescentou que a publicação do Manual é parte do esforço do CNS em cumprir uma das suas principais atribuições, a de fiscalizar os aspectos econômicos e financeiros do SUS. Explicou que a primeira edição foi publicada em 2011, com a contribuição do assessor da COFIN Francisco Funcia. Dito isso, fez o lançamento oficial da 2ª edição, resultado dos debates acumulados da COFIN e informou que o documento estará disponível no site do CNS, junto com o Plano Nacional de Saúde 2016-2019, a fim de servir de subsídios para debate. O assessor da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, cumprimentou os presentes e explicou que, ao longo dos últimos anos, a COFIN realizou oficinas regionais que levantaram subsídios inclusive para elaboração do Manual. Disse que a primeira oficina regional resultou na publicação da 1ª edição do Manual em 2011. Em 2014, foi feita atualização, mas o documento não foi impresso, estando disponível no site do CNS. Por último, foi feita nova atualização (2ª edição do ponto de vista de edição) do Manual de Orçamento e Finanças que visa apresentar os fundamentos legais das questões relacionadas ao orçamento e finanças públicas de um modo geral e do SUS em particular. Após apresentar a estrutura do documento, colocou-se à disposição para esclarecimentos e a receber contribuições. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** disse que o manual é um documento didático com metodologia acessível e registrou que a COFIN está aberta a sugestões para o documento. Feito esse informe, o coordenador abriu a palavra ao Subsecretário de Orçamento e Financiamento/MS, **Arinaldo Bonfim Rosendo**, que apresentou o Projeto de Lei Orçamentária Anual - PLOA 2017. Primeiro, justificou que o atraso no envio da PLOA 2017 ao CNS ocorreu em virtude da necessidade de ajustes por conta da EC 86/2015. Explicou que o PLOA 2017 prevê R\$ 115,5 bilhões para o Ministério da Saúde, sendo R\$ 105,6 bilhões para Ações e Serviços Públicos de Saúde e R\$ 9,9 bilhões para demais ações. Detalhou que a referência do PLOA é o piso constitucional definido pela EC 86/2015 para ações e serviços públicos de saúde (ASPS). O piso estimado em R\$ 103,9 bilhões; 13,7% da RCL prevista no PLOA 2017, de R\$ 758,3 bilhões; proposta R\$ 1,7 bilhões superior ao piso; e aplicação em ASPS prevista representa 13,9% da RCL. Disse que o planejamento considera que a saúde está R\$ 6,3 bi acima do piso constitucional porque considera 1,2% da receita corrente líquida estimada para 2017 dividido por dois (4,6 bilhões) mais R\$ 1,7 bi). Mostrou gráfico com a evolução da Proposta Orçamentária do Ministério da Saúde entre 2016 e 2017 – ASPS (R\$ bilhões): PLOA 2017: R\$ 105,6; limite do decreto de programação, sem emendas: R\$ 102,6; e PLOA 2017: 100,2. Apresentou quadro com Orçamento Global por Unidade, comparativo entre 2016 e 2017, com destaque para Outras Despesas Correntes e de Capital – OCC, R\$ 89.534,7, em 2016 e R\$ 93.572,7, em 2017. Salientou que as despesas obrigatórias representam quase 90% do total das ações de saúde, assim, sobre um volume de despesa pequeno recai o contingenciamento da saúde. Nessa linha, salientou que o contingenciamento em 2016 é de R\$ 1,9 bi acima do conjunto de despesas discricionárias. Seguindo, apresentou os destaques do PLOA 2017: **1) Secretaria de Atenção à Saúde – SAS:** **a)** Piso fixo da atenção básica: R\$ 5 bilhões. R\$ 110 milhões para custear atualização dos repasses em decorrência do crescimento populacional. **b)** Piso variável da atenção básica: R\$ 10,6 bilhões. R\$ 150 milhões para implantação de 1 mil novas Equipes de Saúde da Família. **c)** Procedimentos de média e alta complexidade: R\$ 41,6 bilhões em face de R\$ 40,4 bilhões na dotação atualizada para 2016. **d)** SAMU 192: R\$ 1,3 bilhões para custeio e estruturação de novos serviços. Investimento: 126 milhões que permitirão aquisição de 300 novas ambulâncias. Custeio: R\$ 1,2 bilhões; expansão de R\$ 90 milhões em relação ao PLOA 2016 para o custeio de 100 novos serviços. **e)** Combate ao câncer: previsão orçamentária passou de R\$ 26 milhões no PLOA 2016 para R\$ 326 milhões no PLOA 2017. Recursos destinados à implantação de 46 unidades de controle e tratamento do câncer (radioterapia). **2) Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS.** **a)** Imunobiológicos e Insumos para Prevenção de Doenças: R\$ 4 bilhões. Cerca de R\$ 700 milhões adicionais em relação ao PLOA 2016 para reposição de estoques estratégicos e aquisição de novas vacinas. Quantidade a ser adquirida: Influenza - 60 milhões de unidades; Meningocócica C (conjugada) - 15 milhões de unidades; Pneumocócica 10 valente - 9,4 milhões de unidades; HPV - 6 milhões de unidades; e Pentavalente - 6 milhões. (o Ministério da Saúde está debatendo com laboratórios no sentido de rever custos de fornecimento de vacinas, medicamentos, insumos para 2017). **3) Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE.** **a)** Componente especializado da Assistência Farmacêutica: R\$ 7,2 bilhões (Expansão de R\$ 200 milhões em relação ao PLOA 2016). Absorção do impacto financeiro da aprovação pela CONITEC de novas incorporações de medicamentos: R\$ 4,1 milhões – Tratamento de Transtorno Afetivo Bipolar; R\$ 20,0 milhões – Tratamento de Autismo; R\$ 222,0 milhões – Tratamento de problemas no metabolismo do cálcio em pacientes renais crônicos. **b)** Farmácia Popular do Brasil: Gratuito - PLOA 2016: R\$ 2,6 bilhões; PLOA 2017: R\$ 2,1 bilhões. Copagamento - PLOA 2016: 0; PLOA 2017: R\$ 512,4 milhões. **4) Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (**

SGTES): **a)** Mais Médicos: R\$ 3,1 bilhões. Expansão de quase R\$ 170 milhões em relação ao PLOA 2016. Recursos suficientes para custear 17,7 mil médicos do programa. **b)** Residência Médica: R\$ 870,0 milhões (18.600 bolsas). **5)** Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP: Ouvidoria: R\$ 55,5 milhões. **a)** Integração das ações e serviços de saúde dos entes federativos: R\$ 50 milhões. **b)** Práticas de Gestão Participativa e Controle Social: R\$ 43,5 milhões. **c)** Conselho Nacional de Saúde: R\$ 13 milhões. **d)** Auditoria: R\$ 12,4 milhões. **6)** Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI. **a)** Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde Indígena: R\$ 1,4 bilhão. Investimento: 60 milhões na estruturação das unidades. Custeio: R\$ 1,34 bilhão. **b)** Saneamento Básico em Aldeias Indígenas. R\$ 50 milhões. Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde Indígena- PLOA: R\$ 1.363,8; PLOA 2017: R\$1.4 bi. Saneamento Básico em Aldeias Indígenas para Prevenção e Controle de Agravos – PLOA 2016: R\$ 60 milhões; PLOA 2017: R\$ 50 mi. **6)** Agência Nacional de Vigilância em Saúde – ANVISA: **a)** Vigilância Sanitária de Produtos, Serviços, Tecidos, Células – PLOA 2106: R\$ 165,5 mi; PLOA 2017: R\$ 165 mi. **b)** Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos, Fronteiras - PLOA 2016: R\$ 17 mi PLOA 2017: R\$ 18,2 mi. **c)** Gastos Administrativos – PLOA 2016: R\$ 118,3 mi; PLOA 2017: R\$ 118,3 mi. **7)** Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS: **a)** Regulação/Fiscalização – PLOA 2016: R\$ 34,0 mi, PLOA 2017: R\$ 34 mi. **b)** Aperfeiçoamento do Sistema de Informação – PLOA 2016: R\$ 32 mi, PLOA 2017: R\$ 32 mi. **c)** Gastos Administrativos - PLOA 2016: R\$ 60 mi; PLOA 2017: R\$ 61 mi. **8)** Fundação Nacional de Saúde – FUNASA. **a)** Programa de Aceleração do Crescimento – PAC – PLOA 2016: R\$ 70,00 mi, PLOA 2017: R\$ 500 mi, sendo: Abastecimento de Água - PLOA 2016: R\$ 15,00 mi, PLOA 2017: R\$ 210 mi; Sistemas de Esgotamento Sanitário - PLOA 2016: R\$ 55 mi, PLOA 2017: R\$ 290 mi. **b)** Melhorias Habitacionais para Controle da Doença de Chagas – PLOA 2016: R\$ 30 mi; PLOA 2017: R\$ 30 mi. **c)** Melhorias Sanitárias Domiciliares – controle de doenças e agravos – PLOA 2016: R\$ 68 mi; PLOA 2017: R\$ 68 mi. **d)** Melhorias em Saneamento em Comunidades Rurais e Tradicionais- PLOA 2106: R\$ 65,4 mi, PLOA 2017: R\$ 68,6 mi. **e)** Gastos Administrativos - PLOA 2016: R\$ 151 mi, PLOA 2017: R\$ 151 mi. **9)** Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ: **a)** Construção do Centro de Processamento de Imunobiológicos – PLOA 2016: R\$ 300 mi, PLOA 2017: R\$ 300 mi. **b)** Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico – PLOA 2016: PLOA 2016: R\$ 101 mi, PLOA 2017: R\$ 115 mi. **c)** Aquisição e Distribuição de Imunobiológicos - PLOA 2016: R\$ 100 mi, PLOA 2017: R\$ 100 mi. **d)** Aperfeiçoamento dos Serviços de Hemoterapia/Hematologia - PLOA 2016: R\$ 88 mi, PLOA 2017: R\$ 88 mi. **e)** Modernização de Unidades da Fiocruz - PLOA 2016: R\$ 68 mi, PLOA 2017: R\$ 68 mi, **f)** Farmácia Popular: Gratuita – PLOA 2016: R\$ 58 mi, PLOA 2017: R\$ 60 mi, Co-pagamento – PLOA 2016: 0; PLOA 2017: R\$ 40 mi. **g)** Serviços de Referência (mulher, criança, adolescente, infecções: PLOA 2016: R\$ 52 mi, PLOA 2017: R\$ 62 mi. **h)** Produção de Fármacos, Medicamentos e Fitoterápicos – PLOA 2016: R\$ 40 mi, PLOA 2017: R\$ 40 mi. **i)** Educação e Formação em Saúde - PLOA 2016: R\$ 34,2 mi, PLOA 2017: R\$ 34,2. **j)** Canal Saúde - LOA 2016: R\$ 15 mi, PLOA 2017: R\$ 15 mi. **k)** Serviço Laboratorial de Referência (controle de doenças) – PLOA 2016: R\$ 14 mi, PLOA 2017: R\$ 14 mi. **l)** Gastos Administrativos - PLOA 2016: R\$ 235,2 mi, PLOA 2017: R\$ 245 mi. **10)** Grupo Hospitalar Conceição – GHC. **a)** Residência Médica - PLOA 2016: R\$ 21,5 mi, PLOA 2017: R\$ 24 mi. **b)** Investimentos – PLOA 2016: R\$ 45 mi PLOA 2017: R\$ 45 mi. Concluída a apresentação, o assessor da COFIN, **Francisco Funcia**, comentou aspectos pontuais da PLOA, dada a limitação de tempo para debate deste tema. Explicou que a COFIN recebera o material no dia anterior e não foi possível analisar com profundidade. Chamou a atenção para o esforço da SPO enquanto unidade do Ministério responsável por consolidar a discussão que é feita no âmbito do Ministério aliado à compatibilização de diretrizes para estabelecimento de prioridades definidas pelo CNS, destacando tratar-se de um trabalho exaustivo e minucioso. Salientou que o montante de R\$ 105,548 bilhões para Ações e Serviços de Público é menor, em termos nominais, que os R\$ 106,9 bilhões disponíveis para empenhamento do Ministério da Saúde, conforme o decreto de contingenciamento. Detalhou que essa diferença, em partes, explica-se porque os R\$ 106,9 bi inclui as emendas parlamentares e os R\$ 105,4 bi não contempla emendas. Com exceção dos 13,7% da receita corrente líquida, afirmou que os parâmetros superam os R\$ 105,54 bilhões. Explicou que assegurar os mesmos valores de 2016 para saúde em 2017 será mais difícil porque dependerá de duas situações alternativas ou complementares – retirar recursos de outros ministérios para alocar na saúde ou modificar o PLDO para que o teto de despesa possa ser majorado. Concordeu que está mantido o padrão na maioria dos casos da programação das despesas, mas em boa parte, em termos nominais, o valor é praticamente igual a 2016. **Manifestações.** Conselheiro **José Eri de Medeiros** dialogou com o subsecretário sobre as prioridades do Ministério da Saúde. Lembrou que a atenção básica é feita pelos municípios e ultrapassa o limite de todas as demais secretarias, inclusive em educação. Sendo assim, perguntou sobre a série histórica de investimento na atenção básica e na média e alta complexidade e indagou se o Ministério irá insistir em gastar mais com hospitais que com postos de saúde. Além dessa questão, destacou que a FUNASA, unidade historicamente com menor execução orçamentária, recebeu o dobro de recursos em relação a 2016. Conselheira **Liu Leal** (Agleilde Arichele Leal de Queirós) salientou que seria necessário mais tempo para aprofundar a análise do PLDO. Salientou, por exemplo, a redução de 60% do orçamento da política da educação, saúde e trabalho da SGEP e de

40% dos recursos para educação permanente, diminuição de recursos na atenção básica, entre outras áreas e sentiu falta de investimento na área de formação multiprofissional. Manifestou preocupação com a lógica do Projeto que investe em estratégias como casas de misericórdia e manutenção dos recursos para os hospitais públicos federais. Conselheiro **Wanderley Gomes da Silva** manifestou preocupação com a estagnação de recursos de vários itens do PLOA e citou a FUNASA como exemplo (manutenção do valor de R\$ 68 bilhões). Nesse sentido, perguntou os motivos para manutenção desse e de outros valores. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** salientou que a COFIN faria análise mais aprofundada do PLDO na próxima reunião para apresentar posicionamento consolidado ao Plenário. Também manifestou preocupação com a queda de recursos da atenção básica, o que vai contra as orientações do CNS e das conferências nacionais da saúde. No mais, perguntou sobre o orçamento para as UPAs haja vista a informação de liberação para funcionamento de mais de 100 Unidades. Por fim, solicitou maiores esclarecimentos sobre o orçamento destinado à Farmácia Popular (R\$ 2,6 bi ou R\$ 2,1 bi?).

Retorno da mesa. O Subsecretário de Orçamento e Financiamento/MS, **Arionaldo Bonfim Rosendo**, informou que a equipe estava trabalhando na construção da proposta há cerca de quatro meses e ponderou que conceitos comuns a tudo que foi dito sobre orçamento. Destacou o primeiro conceito: o indexador para saúde é a EC nº. 86, portanto, deve-se exigir da área econômica o definido na Constituição. Com essa garantia, deve-se buscar complementar a proposta orçamentária para atender as mínimas necessidades inerentes à saúde. Reiterou que está sendo aplicada a EC nº. 86 que determina: 13,7% sobre o conjunto da receita corrente líquida para 2017 e foi encaminhado R\$ 1,7 bi ao Congresso acima do piso. Destacou que, segundo afirmação do ministro do planejamento, será acrescido à proposta encaminha ao Congresso R\$ 4,6 bi, corresponde a 50% das emendas impositivas para 2017. Assim, o orçamento mínimo para 2017 é R\$ 110 milhões. Disse que o PLOA está R\$ 15 bilhões acima do mínimo e é necessário guardar as devidas proporções e trabalhar com a limitação permitida pela legislação. Reafirmou que a equipe do Ministério da Saúde não está satisfeita com o orçamento 2017 e foi enviado documento à área econômica detalhando o necessário para o ano seguinte. Explicou que as duas únicas ações que tiveram aumento de recursos na FUNASA referem-se ao PAC. Sobre os questionamentos pontuais, respondeu que: o orçamento não prevê ação voltada a entidades privadas; o valor de sobra do Farmácia Popular, por conta de redução de custo e não de medicamentos, serviu de crédito para suplementação de “Vacinas” (R\$ 315 milhões); o valor destinado a UPAS destina-se a concluir as Unidades que estão em andamento; não há previsão de ampliar ou restringir o escopo da Farmácia Popular; SAMU – dos R\$ 1,190 bi, R\$ 90 milhões destina-se à ampliação da manutenção do Serviço em 2017 e o valor de R\$ 300 milhões em investimento destina-se à compra de ambulância e unidades; atenção básica não deve ser restrita a PAB Fixo e Variável, devendo ser incluídos: vacinas, saneamento, entre outras ações. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** solicitou informações sobre a implantação de UPAS no período eleitoral. Conselheiro **Anibal Machado** avaliou que o orçamento apresentado está bem distante do que se esperava e disse estar contemplado em alguns pontos. Sobre o SAMU, disse que muitos municípios não dispõem de recursos para colocar o serviço em funcionamento, inclusive pagar os profissionais. A respeito das UPAS, perguntou se haverá aumento dos recursos repassados aos municípios. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, considerando que a COFIN se reuniria na próxima semana, sugeriu que os coordenadores das comissões fizessem análise mais aprofundada do PLOA 2017 e enviassem dúvidas, propostas e perguntas até quarta-feira da próxima semana. A partir das questões encaminhadas, a COFIN elaboraria material. O assessor técnico da COFIN, **Francisco Funcia**, destacou a importância do encaminhamento sugerido pelo Presidente do CNS, lembrando que muitos conselheiros eram novos e ainda não possuíram acúmulo de debate. Também comentou aspectos pontuais da fala do Subsecretário, destacando que: a inflação é um parâmetro que se considera para debate da manutenção do poder aquisitivo; para definição do orçamento, a equipe segue o definido na legislação e os parâmetros estabelecidos pela área de governo; a área econômica do governo não tem flexibilidade na discussão sobre parâmetros; apesar do aumento da base de 2016, por conta de despesa de 2015, a despesa não entrou na base de 2015; e compete ao CNS denunciar o subfinanciamento e lutar para fortalecer o financiamento do SUS, independente do pacto de governo e da gestão do Ministério da Saúde. O Subsecretário de Orçamento e Financiamento /SPO/MS agradeceu a oportunidade de participar do debate e pelo aprendizado e salientou, ainda, que é preciso conhecer conceitos básicos para debater orçamento. Sobre as UPAS, explicou que a maioria das obras iniciou-se antes dos 90 dias antecedendo o pleito eleitoral (3 de julho). Também informou que o MAC irá custear, no que cabe ao MS, 99 UPAS que estão em funcionamento (R\$ 18 milhões/mês). Com essa fala, o coordenador da mesa procedeu aos encaminhamentos. Conselheira **Liu Leal** propôs que, na próxima reunião, o CNS avalie, para além do aspecto econômico, o impacto do orçamento na política pública de saúde (que SUS teremos em 2017 a partir do Orçamento proposto?), com convite a especialistas. O Presidente do CNS explicou que a proposta é delegar às coordenações das comissões a avaliação do impacto do orçamento nas políticas públicas.

Deliberação: o Plenário decidiu, com um voto contrário e uma abstenção, que as coordenações das comissões e os demais

conselheiros das comissões terão até quarta-feira, dia 21 de setembro de 2016, para encaminhar contribuições sobre PLOA 2017, bem como, se desejarem, formularem perguntas. A COFIN receberá as contribuições e debaterá na sua reunião que será realizada na próxima semana. O consolidado final será apresentado na próxima reunião do Conselho para aprofundar o debate. O coordenador da mesa agradeceu a presença dos convidados e encerrou este item. **ITEM 5 – AS RELAÇÕES DE TRABALHO E A GESTÃO NOS HOSPITAIS FEDERAIS** - *Coordenação:* conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS; e conselheiro **André Luiz de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. *Apresentação:* **Jair Vinícius de Ramos Veiga**, diretor de Gestão Hospitalar da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde/SAS/MS; **Mário Costa de Paiva Guimarães Júnior**, coordenador de educação da FASUBRA; e **Benôni Canellas Rossi**, advogado do Grupo Hospitalar Conceição – GHC. O Presidente do CNS saudou os convidados e informou que foi feito convite também à representação da EBSERH, mas não foi indicado representante da Entidade. Explicou que o objetivo do ponto de pauta é debater, em profundidade, dois temas de alta relevância: gestão e trabalho em saúde. O primeiro expositor foi o diretor de Gestão Hospitalar/SAS/MS, **Jair Vinícius de Ramos Veiga**, explanou sobre o tema gestão e das relações de trabalho, com foco no funcionamento dos hospitais federais na estrutura do Ministério da Saúde. Começou explicando que o Departamento de Gestão Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro - DGH/RJ é responsável por promover a coordenação e a integração assistencial e administrativa dos seis hospitais federais localizados no Rio de Janeiro, com o objetivo de desenvolver e pactuar um conjunto de processos de gestão alinhados às diretrizes do Ministério da Saúde. São eles: Hospital Federal do Andaraí - HFA, Hospital Federal de Bonsucesso - HFB, Hospital Federal Cardoso Fontes - HFCF, Hospital Federal de Ipanema - HFI, Hospital Federal da Lagoa - HFL e Hospital Federal dos Servidores do Estado - HFSE. As competências legais do DGH estão previstas no art.19 do Decreto 8.065/13: I - promover a integração operacional e assistencial dos serviços de saúde vinculados ao Ministério da Saúde, ampliando sua eficiência e eficácia; II - articular e coordenar a implementação das políticas e projetos do Ministério da Saúde nas unidades assistenciais sob sua responsabilidade; III - implementar ações de gestão participativa e controle social dos serviços de saúde sob sua responsabilidade; IV - atuar de forma integrada com os demais serviços de saúde localizados na cidade do Rio de Janeiro, na Região Metropolitana e nos demais Municípios do Estado, com vistas ao fortalecimento e à qualificação das redes assistenciais nesses territórios; V - desenvolver as atividades de execução orçamentária, financeira e contábil relativas aos créditos sob sua gestão; VI - planejar, coordenar, orientar, executar e avaliar as atividades de contratação de serviços e de aquisição de bens e materiais para as unidades assistenciais sob sua responsabilidade; e VII - planejar e monitorar a armazenagem e a distribuição de bens e materiais para as unidades assistenciais sob sua responsabilidade. Detalhou que as principais estruturas de governança do DGH são: Colegiado de Gestão do DGH; Colegiado dos Diretores; Colegiado dos Coordenadores de Administração; Colegiado dos Coordenadores de Assistência; e Colegiado de Ouvidorias. Os principais eixos de atuação do Departamento são: Interface com a SES e a SMS; Apoio técnico à qualificação do cuidado na assistência hospitalar; Apoio técnico à qualificação dos processos administrativos; e Gestão de pessoas. Detalhou o perfil assistencial dos hospitais federais: **a)** HFA: Alta complexidade e neurologia/neurocirurgia; UNACON; Assistência em média e alta complexidade a queimados; Alta complexidade em traumatologia e ortopedia; UTI Queimados; UTI Adulto e Hospital tipo III em urgência. **b)** HFB: Tratamento do glaucoma; Alta complexidade cardiovascular; Cirurgia cardiovascular pediátrica; Cirurgia vascular; Tratamento da lipoatrofia facial da pessoa com HIV/AIDS; Atendimento à gestação de alto risco; Alta complexidade em nefrologia; Transplante Renal; Transplante de córnea/esclera; UNACON com serviço de hematologia; Retirada de órgãos e tecidos; Alta complexidade em traumatologia e ortopedia; UTI Adulto; UTI Neonatal; UTI Pediátrica e Videocirurgias. **c)** HFCF: Tratamento de AIDS; UNACON; UTI Adulto e Videocirurgias. **d)** HFI: alta complexidade ao paciente portador de obesidade grave; Tratamento de AIDS; Cirurgia oncológica; Transplante de córnea/esclera; Retirada de órgãos e tecidos; Alta complexidade em traumatologia e ortopedia; UTI Adulto e Videocirurgias. **e)** HFL: tratamento do glaucoma; Alta complexidade cardiovascular; Cirurgia vascular; Tratamento de AIDS; Hospital-dia: procedimentos cirúrgicos, diagnósticos ou terapêuticos; Hospital-dia: AIDS; UNACON com serviço de oncologia pediátrica; Laqueadura; Alta complexidade em traumatologia e ortopedia; UTI Adulto; UTI Pediátrica e Videocirurgias. **f)** HFSE: tratamento do glaucoma; Alta complexidade cardiovascular; Cirurgia cardiovascular; Cirurgia vascular; Tratamento de AIDS; Hospital-dia: AIDS; Atendimento à gestação de alto risco; Alta complexidade em nefrologia; UNACON com serviço de radioterapia, hematologia e oncologia pediátrica; Transplante de córnea/esclera; Retirada de órgãos e tecidos; Alta complexidade em traumatologia e ortopedia; UTI Adulto; UTI Neonatal; Videocirurgias e Laboratórios especializados em contagem de linfócitos T e em quantificação do RNA do HIV-1. Também apresentou indicadores dos Hospitais Federais: **a)** HFA: total de leitos instalados: 312; tempo médio de permanência: 11,5; cirurgias (média mensal): 355; consultas (média mensal): 5.310; **b)** HFB - total de leitos instalados: 465; tempo médio de permanência: 8,5; cirurgias (média mensal): 939; consultas (média mensal): 11.584; **c)**

HFCF - total de leitos instalados: 201; tempo médio de permanência: 10,8; cirurgias (média mensal): 251; consultas (média mensal): 6.054; **d)** HFI - total de leitos instalados: 150; tempo médio de permanência: 6,2; cirurgias (média mensal): 547; consultas (média mensal): 7.341; **e)** HFL: total de leitos instalados: 199; tempo médio de permanência: 7,6; cirurgias (média mensal): 543; consultas (média mensal): 11.114; **f)** HFSE - total de leitos instalados: 532; tempo médio de permanência: 9,8; cirurgias (média mensal): 952; consultas (média mensal): 20.188. Detalhou os leitos por esfera administrativa – município do Rio de Janeiro: 36% municipal; 29% estadual; 16% HFRJ; 9% Institutos federais; e 10% demais federais. Ainda em relação aos leitos por esfera administrativa, explicou que são nove estabelecimentos ligados à Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira, Instituto de Psiquiatria, Instituto de Ginecologia, Instituto de Neurologia Deolindo Couto, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Instituto do Coração Edson Saad, Instituto de Doenças do Tórax, Hospital-Escola São Francisco de Assis e a Maternidade Escola). Uma unidade pertencente à Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Hospital Universitário Gaffrée e Guinle). Duas instituições da Fundação Oswaldo Cruz (Instituto Fernandes Figueira e Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas). Nove instituições do Ministério da Saúde, sendo três especializadas e seis gerais, a saber: Instituto Nacional de Cardiologia - INC; Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia - INTO, Instituto Nacional do Câncer - INCA com quatro unidades; e os seis Hospitais Federais no Rio de Janeiro - HFRJ. Sobre a força de trabalho (2016), detalhou que são: Servidor Efetivo MS: 10.377; Servidor outros vínculos: 790; Somente DAS: 92; CTU: 3.217; Fundação Saúde: 371; CLT/FIOTEC: 54; Bolsa UERJ: 45; Terceirizados: 4.637; Residentes: 1.021; Estagiários Nível Médio: 335; Estagiários Nível Superior: 819; total: 21.758. Por fim, chamou a atenção para o alto número de trabalhadores, principalmente da área assistencial, com contratos temporários (Lei nº. 8.745). No caso do HFA, em relação aos médicos, representa 40% da força de trabalho; no HFB, 24,7%. Em relação aos enfermeiros e auxiliares de enfermagem, disse que o percentual é menor, mas importante. Também fez um destaque para a quantidade de profissionais de abono de permanência, o que também é preciso administrar no dia a dia da rede. Em seguida, o Advogado do Grupo Hospitalar Conceição - GHC, **Benôni Rossi**, explanou sobre o Grupo, explicando, inicialmente, que a situação é distinta daquela apresentada pelo primeiro expositor. Explicou que o GHC e outros hospitais federais possuem em seus quadros empregados públicos, com princípios do direito do trabalho e princípios do direito público. Destacou situações de conflito que decorrem da relação de trabalho - relação de emprego público e privado: ingresso via concurso; limitação nas promoções; plano de cargos e salários; remanejo; teto remuneratório; motivação para rescisão; PAD; raio-x móvel; e cumulação dos adicionais. Enfocou também a questão da jornada de trabalho dos empregados, por entender ser a mais relevante a ser feita em relação aos hospitais. Explicou que no GHC a situação da jornada de trabalho é a seguinte: jornada noturna em regime de plantões; e área assistencial: 7-13, 13-19, 19-7. No que se refere à CLT, disse que a limitação é 8 diárias, 44 horas semanais. Destacou que o regime 12x36 é previsto em norma coletiva, mas a adoção de regime de compensação em ambiente insalubre necessita de autorização da autoridade competente. Fez a leitura do art. 60 DA CLT: “Art. 60 - Nas atividades insalubres, assim consideradas as constantes dos quadros mencionados no capítulo “Da Segurança e da Medicina do Trabalho”, ou que neles venham a ser incluídas por ato do Ministro do Trabalho, Indústria e Comércio, quaisquer prorrogações só poderão ser acordadas mediante licença prévia das autoridades competentes em matéria de higiene do trabalho, as quais, para esse efeito, procederão aos necessários exames locais e à verificação dos métodos e processos de trabalho, quer diretamente, quer por intermédio de autoridades sanitárias federais, estaduais e municipais, com quem entrarão em entendimento para tal fim”. Disse que o TST mudou o entendimento histórico e alterou jurisprudência (edição da Súmula nº 85 do TST Compensação de Jornada (inserido o item VI) - Res. 209/2016, DEJT divulgado em 1º, 2 e 3 de junho de 2016 – “VI - Não é válido acordo de compensação de jornada em atividade insalubre, ainda que estipulado em norma coletiva, sem a necessária inspeção prévia e permissão da autoridade competente, na forma do art. 60 da CLT”). Assim, para adotar regime compensatório para extinção de plantão, é preciso autorização do Ministério”. Todavia, em raras exceções, não há autorização do Ministério do Trabalho e Emprego para a instituição do regime de compensação. Explicou que isso se dá por várias razões, entre elas, os termos da Portaria MTE nº 702, de 28 de maio de 2015, que define requisitos para concessão da autorização. Desses requisitos, citou o item a “a) inexistência de infrações às Normas Regulamentadoras que possam comprometer a saúde ou a integridade física dos trabalhadores;”. Assim, a autorização instituída pela jurisprudência e art. 60 da CLT não é concedida pelo MTE. Salientou que há uma insegurança jurídica permanente e os gestores são autuados constantemente pelo MTE por conta de regimes de compensação. Além disso, ocorrem inquéritos civis no Ministério Público do Trabalho. Nessa linha, perguntou qual a solução para esta situação sem previsão legal, sem autorização do Ministério do Trabalho e Emprego; a jurisprudência é contrária ao término da jornada 12x36 e aos plantões. Disse que no passado houve tentativa de acabar com a jornada compensatória a fim de evitar infringir as normas e os princípios da administração pública, mas houve reação contrária dos trabalhadores, problemas com infraestrutura e

falta de mão-de-obra. Salientou que é necessária a regulamentação imediata da jornada de 12hs para realização de plantões como jornada ordinária e não compensatória, com respeito aos limites semanal e mensal previstos em lei, assim como ocorre em outras categorias (bombeiros, motoristas, empregados domésticos). Por fim, informou que o Supremo Tribunal Federal - STF julgou constitucional dispositivo da Lei 11.901/2009 que estipula a jornada de trabalho de bombeiro civil em 12 horas para cada 36 horas de descanso. A norma estabelece, ainda, a jornada máxima de 36 horas semanais. Por nove votos a dois, os ministros julgaram improcedente a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 4842, por entenderem que a norma não viola preceitos constitucionais, pois, além de não ser lesiva à sua saúde ou a regras de medicina e segurança do trabalho, é mais favorável ao trabalhador. Na sequência, explanou sobre o tema o coordenador de educação da FASUBRA, **Mário Costa de Paiva Guimarães Júnior**, com enfoque na gestão dos hospitais universitários e nas relações de trabalho nessas instituições. Começou enfocando falando sobre a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares –EBSERH, destacando que, no entendimento da FASUBRA, representa processo de privatização. Afirmou que a EBSERH não cumpriu o objetivo de atender as exigências do acórdão 1.520/16 do TCU, que propôs uniformizar as relações de trabalho, substituindo a terceirização. Salientou que, para atender esse objetivo, seria necessário realizar concurso RJU. Disse que a Lei nº. 12.550/11, que cria a EBSERH, é rebuscada, de difícil leitura, e define que a Empresa é 100% vinculada ao SUS. Todavia, o Decreto 7.661/11, que cria o Estatuto Social da EBSERH, define a Empresa como Sociedade Anônima. Passou a discorrer sobre o Estatuto da Empresa. O art. 5º define que a Empresa sujeitar-se-á ao regime jurídico próprio das empresas privadas, inclusive quanto aos direitos e obrigações civis, comerciais, trabalhistas e tributários. O art. 13 define como competência do Conselho de Administração: “opinar e submeter à aprovação do Ministro de Estado da Fazenda, por intermédio do Ministro de Estado da Educação” (VIII); “deliberar sobre alteração do capital e do estatuto social da EBSERH” (IX); e dirimir questões em que não haja previsão estatutária, aplicando, subsidiariamente, a Lei nº 6.404, de 15 de dezembro de 1976 (XIV). O artigo 23 define que o Conselho Consultivo é órgão permanente da EBSERH que tem as finalidades de consulta, controle social e apoio à Diretoria Executiva e ao Conselho de Administração, e é constituído pelos seguintes membros (...). No entendimento da FASUBRA, o conselho deveria ser deliberativo. Citou ainda o Capítulo IX, que trata do exercício social, das demonstrações financeiras e dos lucros e o art. 30 do capítulo X que define “Aplica-se ao pessoal da EBSERH o regime jurídico estabelecido pela legislação vigente para as relações de emprego privado”. Salientou que, ao relacionar a Lei 12.550/11 com outros dispositivos jurídicos, compreende-se que a EBSERH é privatização. Sobre a gestão e autonomia administrativa dos hospitais universitários e a EBSERH, citou o caso do hospital universitário da Universidade Federal de Uberlândia que, apesar de não ser vinculado à Empresa, boa parte da gestão se submete a intervenções da Empresa. No caso do Espírito Santo, a gestão do hospital universitário da UFS não dialoga com a gestão administrativa da universidade. Citou documento do Tribunal de Contas da União que apresenta provas de que a EBSERH não tem competência e condições para gerir os hospitais universitários. No último relatório, o TCU aponta, entre outros aspectos: falta de publicidade sobre o processo de regulação dos hospitais às redes de atenção à saúde, por parte dos gestores do SUS; não há transparência dos instrumentos de contratualização nem em relação aos repasses financeiros efetuados aos hospitais; e desperdício de recursos públicos utilizados na construção, reforma e manutenção da instituição. Em suma, afirmou que a gestão da EBSERH nos hospitais universitários é ruim, com grande fracasso. Salientou que entidades, conselhos e instituições alertaram para o perigo da EBSERH. Finalizando, disse que o relatório do TCU apontou ainda que nos hospitais com gestão da Empresa mantêm-se profissionais terceirizados em situação irregular no quadro de hospitais filiados à EBSERH. Disse que há graves problemas nas relações de trabalho, manutenção da precarização das condições de trabalho, surgimento de novos problemas e conflitos. Por último, informou que o atual governo lançou pacote de medidas de desestatização de várias empresas, sendo uma delas a EBSERH. Avaliou que essa medida acarretará em piora na situação da gestão dos HUs. Concluídas as explanações dos convidados, foi aberta a palavra para considerações do Plenário. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, reiterou que a Secretaria Executiva e a Mesa Diretora insistiram no convite à direção da EBSERH, mas não houve indicação e avaliou que será necessário aprofundar o debate com a participação de representante da Empresa. Disse que o CNS não pode se omitir do debate sobre os direitos dos trabalhadores, especialmente sobre a jornada de trabalho. Conselheiro **Geordecy Menezes de Souza** saudou os expositores e manifestou preocupação com a fala do advogado do GHC no que diz respeito à regulamentação da jornada de trabalho. Salientou que regulamentar jornada de 12 horas na saúde é prejudicial para os trabalhadores e lembrou que os trabalhadores realizam várias jornadas de trabalho por conta dos baixos salários e as péssimas condições de trabalho. Encerrou dizendo que o maior problema da situação dos trabalhadores brasileiros está no modelo econômico e é preciso lutar contra essa lógica. Conselheira **Lorena Baía** cumprimentou os convidados e reiterou a preocupação com a proposta de flexibilização da jornada de trabalho de 12 x 36. Salientou que, na prática, o trabalhador não descansa durante as 36 horas de folga

e cada vez mais se observa adoecimento de trabalhadores. Avaliou que, nesse caso, coloca-se a vida dos pacientes em risco, pois se aumenta o risco no cuidado por conta da sobrecarga de trabalho. Perguntou como fica a relação de trabalho dos servidores dos HCs administrados pela EBSETH e a garantia de manutenção dos direitos dos trabalhadores, uma vez que são concursados. Lembrou que antes da Empresa os servidores escolhiam a gerência e a direção dos hospitais e quis saber quais são os mecanismos de avaliação desses gestores. Conselheiro **Renato Almeida de Barros** lembrou que a Constituição estabeleceu dois regimes de trabalho (regime estatutário e celetista), mas ao longo dos anos surgiram diferentes formas contratuais que prejudicam a qualidade dos serviços e a saúde dos profissionais. Salientou, inclusive, que o Ministério da Saúde não possui política de Estado para tratar da sua força de trabalho. Ao tratar do setor saúde, disse que é preciso estabelecer norma e regulamentar no sentido de não ampliar a jornada de trabalho. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca**, funcionária do GHC, manifestou sua surpresa com a apresentação, tendo em vista o índice de servidores (21 mil para seis hospitais) e 13% em abando de permanência (dos 11 mil) para 1.800 leitos. Sentiu falta de abordagem na apresentação sobre a instituição GHC – o que é essa instituição no âmbito do Ministério da Saúde, uma vez que não tem a mesma característica dos seis hospitais do Rio de Janeiro. Acrescentou que os funcionários passam por avaliação de desempenho, registram ponto eletrônico, podem flexibilizar horário de trabalho. Diante disto, salientou que o número de servidores é proporcional aos sete dias da semana, seis horas. Também disse que o GHC possui conselho gestor e há eleição para escolha de dirigentes, entre outros cargos. Por fim, solicitou que o MS pense uma possibilidade para aposentaria dos funcionários com dignidade. Conselheiro **Danilo Aquino Amorim** destacou que os hospitais aderiram à gestão da EBSETH por processos, na maioria, antidemocráticos. Salientou que os hospitais universitários contavam com colegiados compostos por servidores, estudantes, docentes, universidades e gestores dos hospitais discutiam os rumos da gestão hospitalar com base na missão desses hospitais. Mas hoje os conselhos executivos, que tomam as decisões na EBSETH, são compostos exclusivamente pelo superintendente e os três gerentes do hospital. Também disse que não há controle social em relação a esses hospitais, o que justifica, de certa forma, a ausência de representação da EBSETH na reunião. Lembrou que historicamente os hospitais universitários são isolados da rede de serviços de saúde e o financiamento é insuficiente. Sobre as relações de trabalho, disse que há conflitos entre os funcionários contratos via CLT pela EBSETH e os contratados via RJU. Em síntese, ressaltou que se observa piora nas relações de trabalho, redução da integração dos hospitais com o SUS e fragilidade ainda maior no controle social dos hospitais universitários federais. Conselheira **Oriana Bezerra Lima** lembrou que o Plenário posicionou-se contras OSCIPs e EBSETH. Salientou que a privatização não é um processo tão bom quanto se afirma, senão o governo já havia privatizado órgãos de fiscalização de tributos, por exemplo. Conselheira **Liu Leal** solicitou maiores considerações sobre a força de trabalho dos hospitais do Rio de Janeiro, uma vez que, em uma primeira análise, observar-se que 50% dessa força é precarizada. Disse que os sindicatos encaminham conjunto de denúncias relativas às relações de trabalho no âmbito dos hospitais. Também propôs a formação de um conselho gestor para os hospitais do Rio de Janeiro, assegurando maior atuação do controle social nessas unidades. Conselheiro **Adriano Félix** perguntou como fica a situação da humanização e da gestão participativa nesses hospitais, tendo em vista a terceirização e o rodízio de funcionários. Também perguntou sobre o processo de acreditação – é uma realidade no SUS? No mais, disse que participou da gestão participativa do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia, mas hoje se encontra desativada. Conselheira **Andreia de Oliveira**, professora da Universidade de Brasília, sentiu-se contemplada na fala dos conselheiros, destacando que vivencia as consequências trazidas pela EBSETH. Ressaltou que modelos de gestão como OSs, EBSETH, fundações trazem processo de privatização dos serviços e, por consequência, precarização na prestação de serviços para os usuários. Acrescentou que a EBSETH fragiliza o controle social, as relações de trabalho, com situações de assédio moral, adoecimento agravante e compromete o que compete aos hospitais de ensino – relação ensino, pesquisa e extensão. Salientou que os docentes enfrentam dificuldades para realizar pesquisas nos hospitais universitários, para colocar os discentes para realizar os estágios nessas instituições, além da precarização das residências. Reiterou que esses modelos de gestão precarizaram as condições de trabalho e trazem prejuízos nos serviços prestados aos usuários. Assim, sugeriu que o CNS reafirme sua posição contrária a esses modelos de gestão que apontam para precarização e terceirização. Neste momento, a mesa interrompeu as manifestações e abriu a palavra ao advogado do GHC, **Benôni Canellas Rossi**, para breves considerações sobre as falas dos conselheiros, tendo em vista o seu horário de voo. Inicialmente, o advogado agradeceu as intervenções e disse que optou por explanar o tema de fundo da mesa, sem trazer dados do GHC, pelo tempo disponível para exposição. Sobre a jornada de trabalho, disse que a sua abordagem referiu-se ao modelo – se for mantido no modelo de plantões, os gestores e empregados precisam de segurança jurídica. Assim, cabe ao Conselho debater qual o modelo desejável. Disse que o CHC, em inquérito civil, chamado pelo MPT, manifestou-se favorável à mudança de modelo e o Grupo chamou os sindicatos para debate e todos se manifestaram contra à mudança de modelo de plantões. Disse que,

ao analisar relação de trabalho e gestão, é preciso pensar em segurança para os trabalhadores, para a instituição e para a gestão. Agradeceu a oportunidade e despediu-se dos conselheiros. Conselheiro **Wanderley Gomes da Silva** destacou que a EBSEH contribuiu para a precarização do trabalho e, nesse sentido, é preciso rever o papel da Empresa no atual quadro econômico do país. Avaliou que, nesse momento de crise, aumentar a jornada de trabalho não é a melhor saída, haja vista o número de desempregados. No seu entendimento, deveria ser feito o inverso: diminuição da jornada de trabalho como forma de salvaguardar a integridade física dos trabalhadores e garantir oferta de serviços de qualidade. Conselheira **Semiramis Maria Amorim Vedovatto** destacou que, resumidamente, há três modelos de gestão nos hospitais – do GHC (é considerado hospital de excelência), dos hospitais do Rio de Janeiro (processo de trabalho e especificações distintas) e a EBSEH (modelo privado, que retoma a questão das “castas”). Também falou da proposta do atual governo de privatização “utilizar o ressarcimento para pagar os prestadores de serviço”, o que vai ao encontro das questões privatizantes, afastadas das ações primárias de saúde e da rede de atenção à saúde conforme estabelecido pelo Decreto nº. 7.508 (que está em estudo para ser revisto). Manifestou preocupação com a precarização das relações de trabalho e do fazer em saúde. Finalizando, encaminhou pela manutenção do modelo de gestão do GHC; revisão do modelo dos hospitais do Rio de Janeiro; reafirmação da posição contrária à EBSEH; e realização de auditoria nas contas da Empresa. **Retorno da mesa.** O diretor de Gestão Hospitalar/SAS/MS, **Jair Vinicius de Ramos Veiga**, explicou que na sua exposição buscou mostrar o funcionamento dos hospitais federais na estrutura do Ministério da Saúde antes de aprofundar o tema da gestão e das relações de trabalho. Salientou que apresentou dados para destacar as dificuldades na gestão de pessoas dentro da rede federal. Salientou que é fundamental a realização de concurso público, mas, enquanto não é realizado, faz-se necessário procurar uma forma legal de suprir a necessidade de atendimento ao paciente, motivo pelo qual há outras formas de contratação, de modo a ampliar o atendimento. Sobre o abono de permanência, destacou porque os trabalhadores se aposentam e continuam a trabalhar, representando uma força de trabalho importante para os hospitais federais. Também disse que as situações de assédio que chegam aos diretores dos hospitais federais são apuradas. No mais, informou que há uma mesa de negociação local no Rio de Janeiro e há reuniões constantes com a representação dos trabalhadores, da direção dos hospitais e dos institutos. O coordenador de educação da FASUBRA, **Mário Costa de Paiva Guimarães Júnior**, agradeceu a oportunidade de estar presente e avaliou como positivo o debate. Reafirmou que nos hospitais geridos pela EBSEH não há gestão democrática, não há controle social, e há confronto com o que estabelece o Regime Jurídico Único. Avaliou que a proposta de reforma trabalhista, ensaiada pela grande mídia e defendida pelo atual governo, irá afetar os trabalhadores dos HUs, em sua maioria. Destacou que a gestão não é compartilhada e a tendência nos hospitais é deteriorar-se cada vez mais. Nessa perspectiva, disse que será necessário organizar-se para defender os direitos já adquiridos e apontar novos caminhos em defesa da saúde 100% estatal. Por fim, concordou com a proposta de realizar auditoria nas contas da EBSEH. Finalizando, o Presidente do CNS sintetizou os encaminhamentos oriundos do debate. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** destacou que o maior desafio é garantir a concretização das propostas, assim, chamou a todos para pensar estratégias a fim de alcançá-las. Nessa linha, salientou que as comissões do CNS, em especial a CIRHRT, deve promover discussões sobre como implementar as proposições sugeridas. **Deliberação: o Plenário aprovou os seguintes encaminhamentos: 1) Promover debates, por meio da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – CISTT e da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho – CIRHRT, sobre as relações de trabalho, com foco, em especial, na jornada de trabalho nas atividades de saúde; 2) Que o Conselho Nacional de Saúde se posicione apoiando a realização de concurso público para os Hospitais Federais, para os Hospitais Universitários Federais e para o próprio Ministério da Saúde; 3) Que a CIRHRT/CNS solicitará à EBSEH informações detalhadas, prestação de contas, atendimento às recomendações do acórdão do Tribunal de Contas de União - TCU, no período desde sua criação até a presente data; 4) Aprofundar os debates sobre novos modelos de gestão de recursos humanos em saúde, conforme já apontado na 20ª Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares; 5) Debater com a Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS estratégias de construção e ampliação da participação social, por meio de Conselho Gestor dos Hospitais Federais; e 6) Que a CIRHRT promova discussões sobre como implementar as proposições sugeridas, reafirmando seu papel de maior importância no assessoramento do Pleno/CNS, quanto às relações de trabalho no SUS.** Definido esse ponto, o Presidente do CNS registrou que 140 internautas acompanharam a reunião em tempo real. Conselheira **Oriana Bezerra** sugeriu que os internautas possam interagir e apresentar sugestões durante a reunião. O Presidente do CNS disse que verificará a possibilidade de viabilizar a proposta. Com essa fala, a mesa encerrou o primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: *Titulares* – **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB; **Antônio Carlos Figueiredo Nardi**, Ministério da Saúde (MS); **Antônio Muniz da Silva**, Organização Nacional dos

985 Cegos do Brasil – ONCB; **Antônio Pitol**, Pastoral da Saúde Nacional; **Artur Custódio Moreira de**
986 **Sousa**, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN); **Carmen**
987 **Lucia Luiz**, União Brasileira de Mulheres – UBM; **Carlos de Souza Andrade**, Confederação Nacional
988 do Comércio – CNC; **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das Organizações indígenas da
989 Amazônia Brasileira (COIAB); **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem –
990 ABEn; **Geordeci M. Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **Heliana Neves Hemeterio dos Santos**,
991 Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – ABGLT; **João Donizeti**
992 **Scaboli**, Força Sindical; **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde
993 – CNTS; **Juliana Acosta Santorum**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura –
994 CONTAG; **Jurandi Frutuoso Silva**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; **Lenir**
995 **Santos**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down – FBASD; **Lorena Baía de**
996 **Oliveira Alencar**, Conselho Federal de Farmácia (CFF); **Luiz Alberto Catanocce**, Sindicato Nacional
997 dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical – SINDNAPI; **Luiz Aníbal Vieira Machado**,
998 Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional
999 dos Assistentes Sociais (FENAS); **Moyses Toniolo de Souza**, Articulação Nacional de Luta Contra a
1000 Aids – ANAIDS; **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Nelson Augusto Mussolini**,
1001 Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina
1002 Veterinária (CFMV); **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul – ARPINSUL;
1003 **Ricardo Barros**, Ministério da Saúde (MS); **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos
1004 Farmacêuticos – Fenafar; **Sônia Pereira**, Rede Nacional Lai Lai Apejo; **Wanderley Gomes da Silva**,
1005 Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; e **Wilen Heil e Silva**, Conselho
1006 Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). *Suplentes* – **Adriano Macedo Félix**,
1007 Associação Nacional de Grupos de Pacientes Reumáticos – ANAPAR; **Agleilde Arichele Leal de**
1008 **Queirós** (Liu Leal); **Alexandre Fonseca Santos**, Ministério da Saúde; **Andréa Karolina Bento**,
1009 Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia – ABRALe; **Andreia de Oliveira**, Associação Brasileira
1010 de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS; **Antônio César Silva Mallet**, Ministério da Saúde;
1011 **Cleuza de Carvalho Miguel**, Movimento dos Portadores de Esclerose Múltipla – MOPEM; **Cleuza**
1012 **Maria Faustino do Nascimento**, Federação Nacional dos Sindicatos dos Trabalhadores em Saúde,
1013 Trabalho, Previdência e Assistência Social – FENASPS; **Danilo Aquino Amorim**, Direção Executiva
1014 Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM; **Deise Araújo Souza**, Confederação Nacional do
1015 Comércio – CNC; **Denise Torreão Corrêa da Silva**, Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFa;
1016 **Dulcilene Silva Tiné**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços
1017 (CNS); **Elcyana Bezerra de Carvalho**, Associação Brasileira de Alzheimer – ABRAz; **Elgiane de**
1018 **Fatima Machado Lago**, Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil – CTB; **Gerlane**
1019 **Baccarin**, Ministério da Saúde; **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de
1020 Secretários de Saúde – CONASS; **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos
1021 Trabalhadores do Brasil – CGTB; **José Eri de Medeiros**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais
1022 de Saúde – CONASEMS; **Jupiara Gonçalves de Castro**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores
1023 Técnicos Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil – FASUBRA; **Márcia**
1024 **Patrício de Araújo**, Associação Brasileira dos Ostomizados (ABRASO); **Maria Angélica Zollin de**
1025 **Almeida**, Federação Nacional dos Médicos Veterinários – FENAMEV; **Maria das Graças Silva**
1026 **Gervásio**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Maria do Socorro Bezerra Mateus**,
1027 Sindicato dos Servidores do Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde – UNASUS;
1028 **Maria Thereza Ferreira Teixeira**, Secretaria Geral da Presidência da República; **Mariana Carvalho**
1029 **Pinheiro**, Ministério da Saúde; **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira**, Associação Brasileira de
1030 Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Renato Almeida de Barros**, Confederação Nacional dos
1031 Trabalhadores em Seguridade Social – CNTSS; **Rodrigo Gomes Marques Silvestre**, Ministério da
1032 Saúde; **Semiramis Maria Amorim Vedovatto**, Conselho Federal de Psicologia (CFP); **Silma Maria**
1033 **Alves de Melo**, Conselho Federal de Biologia – CFBio; **Simone Maria Leite Batista**, Articulação
1034 Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS; e **Sueli Terezinha Goi**
1035 **Barrios**, Associação Brasileira da Rede Unida – REDE UNIDA. Iniciando o segundo dia de reunião, a
1036 mesa foi composta para o item 6 da pauta. **ITEM 6 – INFORMES E INDICAÇÕES** - *Coordenação:*
1037 *conselheiro* **Geordeci Menezes de Souza**, da Mesa Diretora do CNS. *Composição da mesa:* **Neide**
1038 **Rodrigues dos Santos**, Secretária Executiva do CNS e conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**, da
1039 Mesa Diretora do CNS. Composta a mesa, foi aberta a palavra para os informes. **1) Conselheiro Luiz**
1040 **Aníbal Vieira Machado** fez elogio ao trabalho desenvolvido pela Secretária Executiva do CNS, com
1041 destaque à iniciativa de disponibilizar painel para preenchimento dos participantes na XX Plenária
1042 Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares. **2) Conselheiro**
1043 **Adriano Macedo Feliz** fez informe sobre a Reunião da Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar e
1044 submeteu à apreciação do Plenário minuta de recomendação elaborada por esta Comissão. No
1045 documento, o Plenário recomenda à Agência Nacional de Saúde – ANS o aperfeiçoamento do sistema
1046 de comunicação entre prestadores, usuários, operadoras e ANS no sentido de que seja disponibilizado

aos beneficiários informações de como proceder em caso de dificuldades de atendimento e caso não tenha a dificuldade solucionada, orientando o contato com a operadora e de procura à ANS; a inserção dos contatos das operadoras e da ANS nos cartões beneficiários, bem como dias e horários de atendimento; disponibilização de adesivos informativos, em locais visíveis dos prestadores; e orientação às operadoras para que elaborem e disponibilizem cartilhas contendo orientação de como agir em casos de problemas com atendimento. **Deliberação: o Plenário aprovou, por unanimidade, recomendação elaborada pela Comissão. 3)** Conselheira **Carmem Lúcia Luiz**, coordenadora da CISMU/CNS, fez informe sobre as reuniões da Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher – CISMU, com destaque para o debate acerca da preparação da 2ª Conferência Nacional de Saúde da Mulher e do Seminário Nacional de Saúde das Mulheres, nos dias 4 e 5 de novembro de 2016 com o tema: “Histórias e Lutas Inscritas em Nossos Corpos e Expressas em Nossa Saúde - Nenhum Direito a Menos”. O objetivo do seminário é preparar o CNS e os conselhos estaduais de saúde para a 2ª Conferência. Convidados: conselheiros nacionais de saúde; conselhos estaduais de saúde (dois representantes de cada conselho e um do COSEMS); 65 convidados externos; e entidades do movimento social, dos trabalhadores da saúde e do movimento de mulheres. Solicitação: que a Secretaria-Executiva solicite ao Ministério da Saúde os pareceres sobre projetos de lei relativos à saúde da mulher que tramitam no Congresso Nacional. **4) Minutas de Recomendação – a)** Conselheira **Juliana Acosta Santorum** fez a leitura da proposta de recomendação, elaborada virtualmente pelas coordenações das Comissões de Alimentação e Nutrição, Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e de Vigilância em Saúde, sobre o uso de agrotóxicos (encaminhamento definido na 284ª Reunião Ordinária do CNS). O texto é o seguinte: “Minuta de recomendação nº 000, de 16 de setembro de 2016. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Octogésima Quinta Reunião Ordinária, realizada nos dias 15 e 16 de setembro de 2016, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e considerando que o mercado de agrotóxicos no Brasil teve crescimento de 190% em 10 anos; considerando que, desde 2008, o Brasil ocupa o lugar de maior consumidor de agrotóxicos no mundo e que na safra de 2011 foram pulverizados aproximadamente 12 litros de agrotóxicos por hectare, proporcionalmente, 7,3 litros de agrotóxicos por habitante/ano; considerando que, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), para cada caso notificado, há 50 casos subnotificados de intoxicação exógena por agrotóxicos, portanto, onde há maior índice de notificação pode não ser o local onde há maior exposição, e sim onde há maior empenho para notificar os casos; considerando que, segundo o Ministério da Saúde, de 2011 a 2015 foram registrados 56.823 casos de intoxicação por agrotóxicos e que os estados com maior número de casos notificados neste período foram: São Paulo (17,7%), Minas Gerais (16,7%), Paraná (12,7%), Pernambuco (7,8%) e Goiás (5,47%); considerando que o Instituto Nacional do Câncer (INCA), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), entre outras reconhecidas entidades acadêmicas e também da sociedade civil, já se posicionaram contrárias à utilização indiscriminada de agrotóxicos devido aos impactos na saúde da população e do ambiente; considerando que o Projeto de Lei nº 6.299/2002 e seus apensados, propõe não só mudar o nome de agrotóxico para produto defensivo fitossanitário, como prevê a instituição de uma Comissão Técnica Nacional de Fitossanitários (CTNFito), no âmbito do Mapa, a qual ficará responsável pela avaliação de pedidos de registro de novos produtos, composta por 23 membros efetivos e suplentes indicados pelo Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, excluindo a análise do Ministério da Saúde e do Meio Ambiente, como acontece até o momento; Considerando que o Ministério Público Federal já se posicionou contrário ao Projeto de Lei nº 3.200/2015 (apensado ao PL nº 6.299), por compreender que amplia o uso e consumo dos agroquímicos no território nacional, altera nomenclatura e retira a denominação que transparece a exata noção do produto, ferindo princípios da transparência e da informação e dissimulando efeitos deletérios dos agrotóxicos, mediante a utilização de um termo mais brando, assim como pela proposta de criação da comissão de avaliação, que deixa de fora representantes dos consumidores e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Recomenda: 1) A rejeição do Projeto de Lei nº 6.299/2002 e seus apensados; e 2) Promover amplo debate nas 05 (cinco) regiões do país, por meio de audiências públicas, com o objetivo de divulgar e esclarecer sobre os impactos e riscos que estas proposições podem acarretar na saúde da população. Conselheira **Oriana Bezerra Lima** disse que não é contra o uso racional de agrotóxicos, mas entende que, quanto menos contato com agrotóxicos, melhor. Explicou que discorda do encaminhamento, entendendo ser necessário aprofundar o debate, considerando que o país é exportador de alimentos e é preciso pensar novas formas de produção de alimentos. Também fez a leitura de propostas sobre o tema: garantir aos integrantes do CTNFITO autonomia para análise das propostas de registro de produto; incluir representação da ANVISA no Comitê; definir proposta de reestruturação dos órgãos de assistência técnica do Brasil para garantir ao pequeno produtor orientação correta quanto ao manejo conforme necessidade de uso; atribuir penalidade aos lojistas que descumprirem a legislação quanto à exigência

do receituário agrônomo para venda de agrotóxicos e envio de denúncias aos conselhos profissionais para abertura de processos éticos contra os responsáveis técnicos; MAPA e os órgãos de defesa sanitária animal e vegetal fiscalizem os distribuidores varejistas quanto à venda de agrotóxicos como também a proibição da venda a granel. Como encaminhamento, sugeriu pautar o tema no Pleno, convidando representantes do Ministério da Saúde e da Agricultura, ANVISA, entre outros setores para, em seguida, elaborar documento. Conselheiro **Nelson Mussolini** concordou com a fala da conselheira Oriana Bezerra, tendo em vista a necessidade de esclarecer informações distorcidas. Salientou que o Brasil está se tornando um celeiro mundial de alimentos para o mundo, sendo este um ponto importante da economia do país. Ratificou a proposta de aprofundar o debate, com convite também ao setor produtivo de alimentos, para, em seguida, se for o caso, elaborar documento. Conselheira **Juliana Acosta Santorum** clarificou as propostas de encaminhamento: aprovar Recomendação: pela rejeição do Projeto de Lei nº 6.299/2002 e seus apensados, principalmente o PL 3200/2015; e pela ampliação do debate e realização de audiências públicas nas regiões; fazer articulação com o GT da Câmara que discute a legislação sobre agrotóxicos para propor audiência pública; e, após aprofundar debate nas Comissões de Nutrição e Vigilância em Saúde, pautar debate no Pleno CNS. Na sequência, o Plenário promoveu debate sobre as propostas, mas não houve consenso a respeito. Sendo assim, a mesa colocou em votação as propostas: **1) aprovar a minuta de recomendação e continuar o debate; e 2) não aprovar a minuta de recomendação e aprofundar o debate. A proposta 1 foi aprovada por maioria. b)** Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** informou que a CIST/CNS reuniu-se e elaborou minuta de recomendação sobre a pulverização aérea de agrotóxicos para *Aedes aegypti*. O texto é o seguinte: “Minuta de recomendação. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Octogésima Quinta Reunião Ordinária, realizada nos dias 15 e 16 de setembro de 2016, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e considerando o a sanção da lei 13.301 de 27 de junho de 2016 que dispõe sobre medidas de controle do mosquito *Aedes aegypti* e permite a “incorporação de mecanismos de controle vetorial por meio de dispersão por aeronaves mediante aprovação das autoridades sanitárias e da comprovação científica da eficácia da medida; considerando que a responsabilidade sanitária nos estados cabe ao Chefe do Poder Executivo e os dirigentes da saúde, que devem assumir compromisso público com a saúde pública no âmbito do Sistema Único de Saúde; considerando que, baseado em estudos e evidências sobre os malefícios dos agrotóxicos na saúde ambiental e na saúde humana, em sua reunião ordinária nos dias 05 e 06 de maio de 2016, o Conselho Nacional de Saúde deliberou por “Externar repúdio à qualquer iniciativa que tenha como objetivo derramar ainda mais veneno no ar, no solo, na água e nas nossas mesas. A preocupação internacional em torno das doenças transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti* não pode servir de pretexto para interesses econômicos de determinados grupos”. Recomenda: Que as Comissões Intergestores Bipartite dos estados promovam o debate e deliberem pela não autorização da pulverização aérea de agrotóxicos como medida para controle do mosquito vetor da Dengue, Zika e Chikungunia.” Aberta a palavra, os conselheiros fizeram considerações sobre a proposta. Foram apresentadas as seguintes sugestões: recomendar aos conselhos estaduais de saúde e demais conselhos que promovam debate a respeito; e não votar a minuta porque o Ministério da Saúde está debatendo o tema. O coordenador da mesa colocou em votação a minuta de recomendação. **Deliberação: aprovada a recomendação com três abstenções e um adendo (recomendar aos conselhos estaduais de saúde e demais conselhos que promovam debate a respeito).** Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** declarou que se absteve da votação porque GT do Ministério da Saúde está debatendo o assunto, com levantamento de evidências científicas, para regulamentar a proposta. **5)** Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** informou sobre a realização do Encontro Nacional da CISTT, em São Luiz/MA, nos dias 17 e 18 de novembro de 2016. O evento contará com a participação dos membros da CISTT Nacional e representantes dos CERESTS estaduais e municipais. Conselheiro **Nelson Mussolini** solicitou a revisão do cadastro dos conselheiros, tendo em vista em que conselheiros suplentes não recebem a comunicação das comissões. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** solicitou que os coordenadores das comissões solicitem à assessoria técnica a cópia da comunicação aos membros da comissão, a fim de garantir que todos os membros das comissões sejam comunicados. Neste ponto, a mesa interrompeu para dar início ao item da CIRHRT, tendo em vista o horário do voo do coordenador da Comissão. **ITEM 8 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS E RELAÇÕES DE TRABALHO – CIRHRT - Coordenação:** conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. **Apresentação:** conselheiro **Danilo Aquino Amorim**, Coordenador-Adjunto da CIRHRT. Iniciando, o coordenador adjunto da CIRHRT explicou que, na última reunião, a Comissão analisou sete processos, cinco de autorização e dois de renovação de reconhecimento. Dito isso, procedeu à apresentação dos pareceres, iniciando pelos insatisfatórios: **1) Universidade Camilo Castelo Branco/UNICASTELO. Local: Descalvado/SP. Autorização. Odontologia. Parecer insatisfatório. Justificativas:** trata-se de proposta de abertura de

curso com 100 vagas noturnas na cidade de Descalvado/SP, que possui uma população estimada em 32.980 habitantes (IBGE/2014) e 7 Equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica. O curso apresenta baixa relevância social haja vista que já são ofertadas 936 vagas anuais do curso por outras instituições na região, em distâncias menores que 180 km. A Instituição de Ensino não apresentou documento(s) assinado(s) com a gestão local/regional ou com outras instituições que comprovem Convênio ou Cooperação Técnica para a disponibilização de campos de prática para a formação dos estudantes. Não está evidente na proposta do curso o desenvolvimento da integração ensino-serviço-comunidade para o desenvolvimento local/regional e sua articulação com o SUS. A não explicitação de como se dará a inserção nos campos de prática e sua articulação com SUS é ainda mais significativa por tratar-se de curso noturno. **2) Faculdade Maurício de Nassau de Fortaleza. Local: Fortaleza/CE. Autorização. Psicologia. Parecer insatisfatório. Justificativas:** Trata-se de proposta de abertura de curso com 240 vagas anuais para os turnos matutino e noturno, com entrada semestral de 120 vagas (60 matutino e 60 noturno), em Fortaleza/CE, onde já existem 14 IES, que juntas já ofertam 2.145 vagas anuais, para uma população estimada em 2.571.896 habitantes (IBGE/2014). A IES não apresentou documento(s) que comprovem Convênio e/ou Cooperação Técnica com a gestão local/regional do SUS, para disponibilização de campos de prática para a formação dos estudantes. O Projeto Pedagógico do Curso não demonstra como se dará a integração ensino-serviço-comunidade para o desenvolvimento local/regional e sua articulação com o SUS. O acervo bibliográfico básico e complementar foi considerado insuficiente pela comissão avaliadora do INEP e o número de professores poderá ser insuficiente já para os dois primeiros anos do curso, o que deverá comprometer a capacidade didático-pedagógica considerando o número de vagas pretendidas. **3) Faculdade Diocesana de Mossoró. Mossoró/RN. Autorização. Psicologia. Parecer insatisfatório. Justificativas:** trata-se de solicitação de autorização abertura de curso com 150 vagas anuais no período noturno, no município de Mossoró/RN, que possui uma população estimada em 288.162 habitantes (IBGE/2014), 64 Equipes de Saúde da Família, com cobertura populacional de 76,62% e 5 CAPS. O município, atualmente, possui uma IES privada que oferta 120 vagas para o curso. O novo curso é curso isolado na área da saúde e não demonstra comprometimento para a utilização da rede de serviços instalada do SUS e/ou de outros equipamentos sociais existentes na região. Apesar de fazer referencia a futuros Convênios, não apresenta Termos de Convênio e/ou Cooperação Técnica assinados. A solicitação de vagas não é coerente com a capacidade didático-pedagógica instalada (laboratório de práticas e docentes contratados). Não houve, de forma clara, a demonstração do compromisso de uma formação com metodologias ativas/inovadoras, articulada com a gestão local/regional e com formação no SUS e para o SUS. Em seguida, apresentou os pareceres satisfatórios com recomendações: **4) Faculdade de Tecnologia e Ciências do Norte do Paraná (Paranavaí/PR). Autorização. Psicologia. Parecer: satisfatório com recomendações.** Recomenda-se à IES para o próximo ciclo avaliativo: a) Anexar ao processo Termos de Convênio/Cooperação Técnica e/ou COAPES, via Sistema e-Mec; b) Demonstrar/apresentar plano de inserção dos alunos na rede de serviços instalada do município/região; c) Demonstrar dotação orçamentária para a instalação da rede ou ampliação da capacidade instalada na saúde; d) Reduzir o número de vagas noturnas de 100 para 50 vagas, tendo em vista, a infraestrutura do curso em tela e a capacidade instalada de serviços de saúde; e) Construir em seu PPC plano de enfrentamento para agravos relacionados à saúde mental e ao desenvolvimento escolar de crianças e adolescentes; f) Desenvolver mecanismos sólidos que favoreçam a interiorização e a fixação de profissionais, incluindo compromisso com a educação permanente dos docentes e dos profissionais dos serviços de saúde em coerência com a construção do SUS; g) Aprimorar seus métodos de ensino de modo a fortalecer a inovação curricular utilizando métodos de ensino-aprendizagem centrados no estudante, na prática profissional e na realidade de saúde da população, possibilitando a mobilização do estudante a partir da prática para a reflexão e ação transformadora da realidade; h) Desenvolver e explicitar as parcerias e relações com a sociedade civil organizada, em especial com movimentos sociais ligados ao desenvolvimento comunitário; Estruturar melhor seu Núcleo Docente Estruturante – NDE, incluindo a participação dos estudantes nas discussões; e j) Criar mais canais de participação da sociedade. **5) Universidade do Extremo Sul Catarinense (CRICIÚMA/SC). Renovação de Reconhecimento. Psicologia. Satisfatório com recomendações.** Recomenda-se à IES para o próximo ciclo avaliativo: **a)** Explicitar a diferença na aplicação da matriz curricular entre as turmas matutina e noturna; **b)** Documentar o compromisso da gestão do SUS com o desenvolvimento do PPC. Na documentação analisada há subsídios que indicam a interação da IES com a gestão local e regional do SUS, porém não está explicitado o comprometimento de ambos no desenvolvimento do curso de Psicologia; **c)** Explicitar a inserção do estudante de Psicologia nos campos de prática desde o início do curso, considerando a capacidade de atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente, visando assegurar a absorção nos espaços previstos e, principalmente, na rede do SUS; e **d)** Apresentar um projeto pedagógico complementar e diferenciado sobre a formação de professores de Psicologia, bem como explicitar a oferta das ênfases curriculares, conforme preconizam as DCNs da Psicologia. **6) Universidade Santa Úrsula (Rio de Janeiro/RJ).**

Renovação de reconhecimento. Psicologia. Satisfatório com recomendações. Recomenda-se à IES para o próximo ciclo avaliativo: **a)** Anexar ao processo os Termos de Convênio/Cooperação Técnica e/ou COAPES, via Sistema e-Mec; **b)** Detalhar no PPC o plano de inserção dos alunos desde o início do curso na rede de serviços instalada do município/região; **c)** Corrigir as fragilidades verificadas in loco pelos avaliadores do INEP em relação aos laboratórios especializados; e **d)** Apesar do PPC do curso demonstrar compromisso com a promoção do conhecimento sobre a realidade local, seus saberes e práticas e com o desenvolvimento de responsabilidades entre instituição, estudantes, profissionais e realidade local, recomenda-se à IES buscar a inserção em programas de residência multiprofissional e/ou especialização. Concluída a apresentação, a mesa colocou em votação os pareceres. **Deliberação: os seis pareceres foram aprovados. O último com uma abstenção.** Concluída a apreciação dos pareceres, o coordenador adjunto da CIRHRT/CNS fez os seguintes informes: **a)** Publicação da Portaria MEC Nº 1.053, de 12 de setembro de 2016, que revoga instrumento de avaliação dos cursos de graduação, sendo que a CIRHRT avaliará os impactos; e **b)** a CIRHRT apresentará seu Plano de Trabalho na próxima reunião do CNS, que também contemplará discussão sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais - DCNs dos cursos da saúde. **6)** Conselheira **Semiramis Maria Amorim Vedovatto** fez informe sobre a reunião no CNMP referente à judicialização da saúde, no dia 6 de setembro de 2016, e solicitou que o relatório fosse disponibilizado aos conselheiros. Também disse que a CISM/CNS se reuniria na semana seguinte para debater, entre outros aspectos, o descumprimento da Portaria 3.796/2010. Também agradeceu o retorno do Ministério da Saúde sobre a suspensão do pagamento do benefício do Programa de Volta para Casa e pela nota técnica esclarecendo o ocorrido que foi enviado aos coordenadores estaduais e municipais (o pagamento está regularizado, mas preocupa a possibilidade de novo bloqueio da conta por conta do volume de processos judiciais.). Por fim, comunicou que foram distribuídos dois livros, um sobre suicídio (“setembro amarelo”, mês de prevenção ao suicídio; aumento do índice de suicídio e automutilação entre os jovens de 15 a 29 anos) e cartilha sobre medicalização e patologização da vida. **7)** Conselheiro **Renato Almeida de Barros** comunicou que o Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais o indicou para representar este Conselho e a Mesa Diretora nas reuniões ordinárias do CNS. Disse que, em novembro de 2016, será realizada plenária com os 853 conselhos de Minas Gerais em defesa do SUS. **8)** Conselheira **Elcyana Bezerra de Carvalho** fez informe sobre o mês Mundial da Conscientização sobre a doença de Alzheimer (Setembro) e sobre o Dia Mundial da Doença de Alzheimer (dia 21). Tema: “Quanto antes souber, mais tempo você terá para lembrar”. A Associação Brasileira de Alzheimer realizará mobilização para sensibilizar a sociedade, entidades e profissionais sobre a doença e solicitou a divulgação. **9)** Conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite** fez os seguintes informes: **a)** Elaboração de minuta de resolução (proposta de encaminhamento que saiu do GT, do qual faz parte o CNS “Criança e Adolescente em Situação de Rua” do CONANDA). Seguindo a deliberação do Plenário, a minuta foi elaborada e enviada às coordenações da Comissão Ciclos de Vida e Equidade que já enviaram contribuições. Desse modo, a proposta será apresentada na próxima reunião do CNS; **b)** Parceria da Pastoral da Criança com o Ministério da Saúde para o lançamento da campanha “Antibiótico Primeira Dose Imediata”, cujo objetivo é orientar os setores municipais de saúde e principalmente a sociedade sobre a necessidade de ministrar a primeira dose do medicamento nas Unidades Básicas de Saúde, logo após a consulta, em especial nos casos de crianças com suspeita de pneumonia; e **c)** Os 1.043 articuladores da Pastoral da Criança e Conselhos Municipais e Estaduais que visitaram mensalmente 1.485 UBS em 2015, em 807 municípios. Nestas, 64% tinham antibiótico em estoque, mas somente 39% declararam dar a primeira dose na própria UBS. Foi solicitado ajuda ao CNS, em especial ao CONASS e CONASEMS para mudança do quadro. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** solicitou o envio dos dados apresentados porque o Ministério da Saúde definiu comissão interdisciplinar para elaborar plano de ação nacional de combate à resistência antimicrobiana. **10)** Conselheira **Cleuza Maria Faustino do Nascimento** informou sobre carta convite para o 2º Congresso Interamericano de Doenças Raras, a ser realizado nos dias 21 e 22 de outubro de 2016, no Centro de Convenções em Brasília-DF. **Encaminhamento: o Plenário aprovou a participação do conselheiro Adriano Félix, representante da CONEP; coordenação da 1ª Conferência de Vigilância em Saúde; e coordenação da 2ª Conferência Nacional de Saúde da Mulher.** **11)** Conselheiro **Moyses Toniolo de Souza** fez informe da Associação de Diabetes Juvenil - ADJ: parecer negativo na CONITEC sobre a incorporação das insulinas análogas, importante medicamento para pessoas com diabetes. Disse que reencaminhou à SE/CNS, para envio aos conselheiros, relatório sobre a XXI Conferência Internacional de AIDS, realizada na África do Sul. **12)** conselheiro **Wanderley Gomes da Silva** comunicou: **a)** a realização do Fórum Paralelo Social, em outubro de 2016, e participação da CONAM na atividade; **b)** 3ª Oficina da COFIN, realizada nos dias 1º e 2 de setembro de 2016; e **c)** participação em atividade em defesa do SUS na Assembleia Legislativa do Acre (definido que serão realizadas atividades de massa nos Estados em comemoração à Lei nº. 8.080/90). **11)** Conselheiro **Liu Leal** comunicou que o CEBES representa a Associação Latino-americana no Brasil e será realizado XIV Congresso Latino-americano de Medicina Social e Saúde Coletiva, de 24 a 28 de outubro, que terá como tema “Radicalizar a

democracia com o poder popular para a defesa da mãe terra e ao direito à saúde como boa vida". Também serão realizados mais dois encontros, XIX Congresso Internacional de Políticas de Saúde e II Encontro Latino-Americano de Movimentos Sociais pelo Direito à Saúde, de 24 a 29 de outubro de 2016, em Asunción, Paraguai. Lembrou que o I Encontro foi realizado no Brasil, como atividade pré 15ª Conferência Nacional de Saúde e solicitou a presença do Conselho no II Encontro e no congresso da ALAMIS. A Secretária Executiva do CNS, **Neide Rodrigues**, explicou que verificará como se dará participação, considerando o número limitado de vagas e o fato de a atividade ser realizada em outro país. **Encaminhamento: a Mesa Diretora se manifestará a respeito dessa demanda.** 12) Conselheira **Simone Leite** informou que estava aberto edital de curso de formação em educação popular em saúde para dez estados (até o dia 20) e posteriormente seria aberto para mais três. O curso terá a duração de quatro meses, começando em dezembro de 2016. 13) A Secretária-Executiva do CNS, **Neide Rodrigues**, informou que não seria possível cumprir o prazo de envio da ata, por conta do espaço entre esta e a próxima reunião. Além disso, comunicou que nos dias 29 e 30 de setembro seria realizada oficina de planejamento da Secretaria-Executiva do CNS, com o objetivo de melhor atender as demandas do CNS. 14) Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** fez um informe sobre o acompanhamento da transmissão das reuniões em tempo real (apenas 149 internautas acompanhando a reunião) e necessidade de maior divulgar da transmissão pelos representantes das entidades. **Encaminhamento: cada conselheiro deverá comunicar a sua entidade, órgão, movimento sobre a realização da reunião e os temas a serem pautados. À oportunidade, foi sugerido que em propagandas governamentais fosse informado que as reuniões do Conselho Nacional de Saúde são transmitidas em tempo real. Também falou sobre o debate na Reunião da Mesa Diretora a respeito do Planejamento Ascendente do SUS. Proposta: pautar o referido tema na próxima reunião do Pleno. Encaminhamento: aprofundar o tema do Planejamento Ascendente do SUS nas reuniões das Comissões Intersetoriais do CNS de modo a propiciar que o CNS estabeleça, a partir do atual Plano Nacional de Saúde, das diretrizes da 15ª CNS, um conjunto de diretrizes nacionais de saúde que, ao lado das estaduais e municipais de saúde (incluindo aquelas apresentadas no processo eleitoral municipal) sejam utilizadas na elaboração dos Planos Municipais de Saúde, possibilitando a discussão e preparação ascendente dos Planos Estaduais e Nacional de Saúde.** 15) Conselheiro **Artur Custódio de Souza** comunicou que o MORHAN participará dos seguintes eventos: Encontro de Associações de Doentes de Hanseníase da Colômbia, dias 6 e 7 de outubro, na Colômbia, para debate sobre sistema universal de saúde, da experiência do Movimento, entre outros temas; e de Encontro na Coreia do Sul, de 1º a 3 de novembro de 2016, sobre o tema. **INDICAÇÕES – 1) Agência Nacional de Saúde – Câmara de Saúde Suplementar: Indicação:** manutenção das conselheiras que já participam: **Denise Torreão Corrêa da Silva** e **Marisa Fúria Silva** (no início de 2017, retomar o debate, para indicação de nomes para o próximo mandato). **2) Comitê Nacional do Programa de Segurança do Paciente – ANVISA. Indicação:** conselheira **Andréa Karolina Bento** (Titular) e **João Rodrigues Filho** (Suplente). **3) Conselho Consultivo da ANVISA - Indicação:** Conselheira **Lorena Baia de Oliveira** (Titular) e Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio** (suplente). **4) ANVISA - Portaria nº. 1.346/2014 – Normas para agricultura familiar e vigilância sanitária. Indicação:** Conselheira **Paula Jonhs**. **5) Ministério da Educação. Comitê Nacional dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino/Saúde. Indicação:** Conselheira **Francisca Valda da Silva** (titular) e Conselheira **Simone Maria Leite Batista** (suplente). **6) Ministério da Justiça – Comitê Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas - CONATRAP. Indicação:** Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** (Titular) e Conselheira **Carmen Lúcia Luiz** (Suplente). **7) Ministério da Saúde – Comitê Gestor do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica. Indicação:** conselheira **Andréa Karolina Bento** (Titular) e conselheira **Valdelice Teodoro** (Suplente). **8) Ministério da Saúde - Comitê Gestor do Programa Nacional de Atenção à Pessoa com Deficiência. Indicação:** conselheira **Marisa Fúria Silva** (Titular) e conselheira **Priscila Veiga** (Suplente). **9) Ministério da Saúde - Comitê técnico de saúde integral às pessoas celíacas. Indicação:** conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** (titular). **10) Ministério da Saúde - Grupo de Assessoramento Estratégico – Sistema Nacional de Transplante. Indicação:** o segmento dos usuários fará a indicação da titularidade até a próxima reunião; e conselheira **Ivone Martins de Oliveira** (Suplente). **11) Ministério da Saúde - Comitê técnico de saúde integral de saúde LGBT. Indicação:** o Plenário decidiu não indicar representante até a conclusão do processo de recomposição do comitê. **12) Ministério da Saúde - Comitê técnico de saúde da população negra. Indicação:** conselheira **Sônia Aparecida Pinheiro Pereira** (Titular). **13) Ministério da Saúde - PROAD SUS. Indicação:** conselheiro **Wanderley Gomes da Silva** (Titular) e conselheira **Sueli Goe Barros** (Suplente). **14) Comissão Intergestores Tripartite. Indicação:** membros da Mesa Diretora do CNS. **15) Ministério da Saúde - Comitê Permanente de Assuntos Internacionais de Saúde. Indicação:** conselheiro **Moyse Toniolo de Souza** (Titular) e conselheira **Maria Angélica Zolin de Almeida** (Suplente). **16) Ministério da Saúde - Comitê Uso Racional de Medicamentos. Indicação:** Conselheiro **Geraldo Adão Santos** (Titular). **17) Ministério da Saúde - Comissão Nacional de**

Incorporação de Tecnologia no SUS. *Indicação:* conselheira **Cleuza de Carvalho Miguel** (Titular), conselheiro **Nelson Augusto Mussolini** (1º Suplente) e conselheira **Lorena Baía de Oliveira** (2ª suplente). **18) Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República – Comissão Nacional de População e Desenvolvimento.** *Indicação:* conselheira **Carmen Lucia Luiz**. **19) GT da ANVISA para estimular o uso racional de medicamentos.** Portaria nº. 668/2013. *Indicação:* conselheira **Lorena Baía**. O Grupo nunca se reuniu, por isso, é preciso verificar com a ANVISA. **20) Ministério das Cidades – Grupo de Trabalho (GTI) Plano Nacional de Saneamento – PLANSAB.** *Indicação:* conselheiro **Fernando Pigatto**. (Na impossibilidade, conselheiro **João Rodrigues Filho**. A SE/CNS verificará se o conselheiro comunicou oficialmente seu afastamento para concorrer à eleição municipal). Conselheiro **Adriano Félix** lembrou que o Plenário deliberou pela participação de um conselheiro representante da patologia reumática na câmara técnica de reumatologia do Ministério da Saúde. **Encaminhamento: a Secretaria-Executiva verificará e assim que receber a solicitação de indicação o tema retornará.** Conselheiro **Nelson Mussolini** solicitou que o Plenário debatesse e se posicionasse sobre a proposta de assegurar que os representantes dos CNS em espaços externos tenham direito a voz e voto. **Como encaminhamento, acordou-se que será feito levantamento nas atas das reuniões para retomar a decisão do Conselho a respeito e a Mesa Diretora pautará essa questão para debate no Pleno.** Conselheiro **Neiton Araújo** disse que é preciso fazer instrução normativa sobre a participação de conselheiros em fóruns externos. **21) Comissão Nacional de Residência Multiprofissional.** *Indicação provisória:* conselheira **Maria Angélica Zolin** (Titular) e conselheira **Liu Leal** (Suplente). O Plenário decidiu indicar esses dois nomes provisoriamente, considerando a republicação da Portaria de recomposição da Comissão. Essa questão será retomada posteriormente, após debate no Fórum de Usuários. A Secretaria-Executiva verificará essa indicação com o MEC. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** explicou que a intenção é elaborar, até dezembro, documento para influenciar a elaboração dos planos de governo dos novos gestores. Definido esse ponto, a mesa encerrou os trabalhos da manhã do primeiro dia de reunião. Retomando, a mesa deu continuidade aos itens das indicações. **INDICAÇÕES DA SEGUNDA COORDENAÇÃO ADJUNTA DAS COMISSÕES COM MAIS DE 30 MEMBROS –** Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** explicou que, conforme definido na 284ª Reunião Ordinária, as comissões com mais de 30 membros poderão indicar uma segunda coordenação adjunta que deverá ser exercida por membro titular da respectiva comissão. Detalhou as nove comissões nessa condição: **1) Comissão Intersetorial de Políticas de Promoção da Equidade. 2) Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho. 3) Comissão Intersetorial Saúde do Trabalhador e Trabalhadora. 4) Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde. 5) Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde de Pessoas com Patologias. 6) Comissão Intersetorial de Promoção, Proteção e Práticas Integrativas e Complementares de Saúde. 7) Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento. 8) Comissão Intersetorial de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica. 9) Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde nos Ciclos de Vida.** **Deliberação: das nove comissões nessa condição, o Plenário aprovou, por unanimidade, a indicação da segunda coordenação adjunta para as seguintes: 1) Comissão Intersetorial de Políticas de Promoção da Equidade.** *Indicação:* conselheira **Sônia Aparecida Pinheiro Pereira**. **2) Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho.** *Indicação:* conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**. **3) Comissão Intersetorial Saúde do Trabalhador e Trabalhadora.** *Indicação:* conselheira **Denise Torreão Corrêa da Silva**. **4) Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde.** *Indicação:* conselheiro **Arthur Custódio Moreira de Sousa**. **Em relação às demais, a situação é a seguinte: Comissão Intersetorial de Promoção, Proteção e Práticas Integrativas e Complementares de Saúde. Não houve indicação. Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde de Pessoas com Patologias.** *Indicação:* aguardar a próxima reunião do CNS. **Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde nos Ciclos de Vida.** *Indicação:* aguardar a próxima reunião do CNS. **Comissão Intersetorial de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica.** *Indicação:* aguardar a próxima reunião do CNS. **Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento.** *Indicação:* aguardar a próxima reunião do CNS. Conselheira **Maria das Graças Gervásio** explicou que não consta na ata da 284ª RO a informação de que a segunda coordenação adjunta deverá ser exercida por membro titular da respectiva comissão. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** explicou que faria a retificação na ata da 284ª RO, porque essa foi a definição do Pleno. **Além dessas comissões, o Pleno fez as seguintes indicações de coordenação adjunta para as comissões que ainda estavam pendentes: 1) Comissão Intersetorial de Saúde Mental.** *Indicação:* conselheiro **Antônio Pitol**. **2) Comissão Intersetorial de Ética e Pesquisa.** *Indicação:* conselheira **Francisca Valda da Silva**. **VAGAS REMANESCENTES NAS COMISSÕES DO CNS –** Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** recuperou que o Plenário debateu esse tema na última reunião e definiu novo prazo para que as entidades fizessem a indicação de representantes (até 31 de agosto de 2016). Detalhou que são 32 vagas pendentes para indicação e passou a detalhá-las. Lembrou que o Plenário decidiu analisar o quantitativo e definir o que será feito em relação às vagas remanescentes. No caso das comissões, o número de pleitos foi menor que o número de vagas. Feitas

essas considerações, os conselheiros apresentassem encaminhamentos a respeito: definir as vagas nos Fóruns de Segmento; na próxima reunião dos fóruns, verificar as comissões com vagas remanescentes a fim de identificar se as entidades que se inscreveram foram contempladas; definir no Plenário critério para o preenchimento de vagas, considerando o pleito inicial das entidades; reabrir a possibilidade de preenchimento das vagas que não foram ocupadas por falta de pleito; nas comissões com vagas remanescentes, verificar se entidades que se inscreveram não foram contempladas, a fim de priorizá-las; possibilitar a apresentação de pleitos daquelas entidades que compõem o CNS e não enviaram os nomes; garantir a entidades que não compõem o CNS que possam se inscrever para ocupar as vagas remanescentes (prioridade àquelas entidades que não compõem o CNS; se houver vaga remanescente, abrir para as entidades que compõem o Conselho). **Encaminhamento: neste ponto, o Plenário decidiu, por maioria e uma abstenção, que: 1) o Fórum verificará se as entidades indicadas para as comissões que não enviaram os nomes até o dia 31 de agosto realmente não fizeram a indicação no prazo definido; se a entidade provar que indicou os nomes no prazo, a vaga será mantida, devendo ser indicado representante até a próxima reunião do CNS. Se não provar que indicou, a vaga será considerada remanescente, portanto, será substituída; 2) as vagas remanescentes serão inicialmente ocupadas pelas entidades que apresentaram os pleitos nas datas e não conseguiram se eleger nas comissões; 3) no próximo Pleno será definido prazo para indicação de representantes para as vagas que ainda permanecerem como remanescentes; 4) a Secretaria Executiva do CNS fará levantamento sobre a participação de cada entidade nas comissões – titularidade e suplência - e enviará o mais breve possível aos conselheiros. Esse documento servirá de subsídio para definição das vagas remanescentes, com exceção do segmento de gestor/prestador de serviço. INDICAÇÃO PARA A COMISSÃO ORGANIZADORA DAS CONFERÊNCIAS - a) Vigilância em Saúde: conselheiros Gilson Silva e Wanderley Gomes da Silva. A Mesa Diretora do CNS indicou os conselheiros Geordecy Menezes de Souza e André Luiz de Oliveira para também compor a comissão. O segmento dos trabalhadores fará a indicação na próxima semana. b) Saúde das Mulheres: conselheiras Sônia Aparecida Pinheiro Pereira e Maria Zenó Soares da Silva. A Mesa Diretora do CNS indicou as conselheiras Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro e Francisca Rego Oliveira Araújo para também compor a Comissão. O segmento dos trabalhadores fará a indicação na próxima semana. ITEM 7 – RADAR - Informe sobre o combate ao Aedes Aegypti (dengue, Zika vírus e Chikungunya) – Coordenação: conselheiro Neilton Araújo de Oliveira. Apresentação: Ana Karolina, coordenadora do Programa Nacional da Situação Epidemiológica da Dengue/MS. A coordenadora fez um informe sobre a situação epidemiológica e enfrentamento da Dengue, Chikungunya e Zika e os casos notificados de microcefalia e/ou malformações do sistema nervoso central. Sobre a situação Epidemiológica da Dengue, Brasil, semana 1 a 32 de 2016, disse que foram 1.426.005 casos prováveis (em 2014, 500.991 casos prováveis; e, em 2015, 1.479.950 casos prováveis). A respeito dos óbitos por dengue confirmados no Brasil, de 2014 a 2016, detalhou: 2014 – 397; 2015 – 814; e 2016 – 509 (SE 1 a 32 de 2016). Sobre a situação epidemiológica de chikungunya e zika (Brasil, SE 1 a 32 de 2016), destacou: a) número de casos de febre Chikungunya, segundo critério de confirmação e semana epidemiológica: casos prováveis: 216.102 (105,7/100.000 hab.); óbitos confirmados: 2016: 91 óbitos; e óbitos confirmados: 2015: 6 óbitos. b) Número de casos de Zika segundo critério de confirmação e semana epidemiológica - casos prováveis: 196.976 (96,3/100.000 hab.); óbitos confirmados: 2015*: 3 óbitos (MA, RN e PA); e óbitos confirmados: 2016: 3 óbitos (02 RJ / 01 ES); c) Número de casos de Zika em gestantes segundo critério de confirmação e semana epidemiológica - casos prováveis: 16.264; e casos confirmados: 8.904 (3.498 laboratório). d) Casos notificados de Microcefalia e/ou malformações do Sistema Nervoso Central e/ou alteração no SNC que evoluíram para óbito (Brasil e Regiões, até SE 35/2016) – 9.289; e) Salas Municipais de Coordenação e Controle - total de SMCC: 1.735; 1 Sala Binacional; e 1 Sala Interfederativa; e f) Ciclos de visitas a imóveis urbanos - 1º Ciclo - (01/01 a 29/02): 86%; 2º Ciclo (01 a 31/03): 86%; 3º Ciclo (01 a 30/04): 59%; 4º Ciclo (01/05 a 30/06): 82,5%; 5º Ciclo (01/07 a 31/08): 67,9%. Concluída a apresentação, foi aberta a palavra para debate. Da discussão, emergiram as seguintes questões: que o MS encaminhe às Secretarias Municipais de Saúde as recomendações em relação ao controle do Vetor; é preciso envolver todos no processo de combate ao vetor, a fim de evitar aumento de casos a partir de novembro; que a Sala Nacional de Controle oriente as salas estaduais a procurar os conselhos estaduais com o intuito de orientação sobre o controle do vetor; estão sendo trabalhadas ações relativas a saneamento. **Comemoração aos 26 anos da Lei nº. 8.080/90** – A Secretária-Executiva do CNS, Neide Rodrigues, informou que a assessoria parlamentar tentou espaço no Legislativo para realizar ato em comemoração à data. Assim, a proposta é potencializar a campanha de comunicação acerca da data. Além disso, comunicou que serão realizados atos públicos nos estados e municípios, de 19 a 26 de setembro de 2016, em comemoração aos 26 anos da Lei nº 8.080/90. Conselheiro Renato Barros fez informe sobre as atividades que serão realizadas pelo no Estado de Minas Gerais e sugeriu que Estados e Municípios também realizem atividade nesse sentido. Conselheiro José Eri de Medeiros cumprimentou a Mesa Diretora pela**

1481 campanha, todavia, sugeriu, por conta da importância dessa data e do momento que se vive, que o
 1482 CNS promova mesa redonda com o objetivo de discutir e lembrar o momento histórico dessa Lei, dada
 1483 a sua importância. Conselheira **Liu Leal** informou que o CEBES realizará atividades em comemoração
 1484 à data e sugeriu que o CNS promova debates virtuais e colocou o CEBES à disposição para contribuir.
 1485 Conselheiro **Geordecí Menezes de Souza** avaliou que o prazo para preparação de atividade é curto,
 1486 mas a Mesa Diretora do CNS verificará a possibilidade. Apesar da exiguidade do tempo, o CNS
 1487 envidará esforços para a realização de atividades. **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, a
 1488 mesa encerrou a 285ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os seguintes conselheiros no
 1489 segundo dia de reunião: *Titulares* – **Antônio Muniz da Silva**, Organização Nacional dos Cegos do
 1490 Brasil – ONCB; **Antônio Pitol**, Pastoral da Saúde Nacional; **Artur Custódio Moreira de Sousa**,
 1491 Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN); **Carmen Lucia Luiz**,
 1492 União Brasileira de Mulheres – UBM; **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das Organizações
 1493 indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de
 1494 Enfermagem – ABEn; **Geordecí M. Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **Heliana Neves**
 1495 **Hemeterio dos Santos**, Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
 1496 – ABGLT; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos
 1497 Trabalhadores na Saúde – CNTS; **Juliana Acosta Santorum**, Confederação Nacional dos
 1498 Trabalhadores na Agricultura – CONTAG; **Lenir Santos**, Federação Brasileira das Associações de
 1499 Síndrome de Down – FBASD; **Lorena Baía de Oliveira Alencar**, Conselho Federal de Farmácia (CFF);
 1500 **Luiz Alberto Catanoe**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical
 1501 – SINDNAPI; **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Maria**
 1502 **Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Moyses Toniolo de**
 1503 **Souza**, Articulação Nacional de Luta Contra a Aids – ANAIDS; **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério
 1504 da Saúde; **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Oriana Bezerra**
 1505 **Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV); **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos
 1506 Indígenas da Região Sul – ARPINSUL; **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos
 1507 Farmacêuticos – Fenafar; **Sônia Pereira**, Rede Nacional Lai Lai Apejo; **Wanderley Gomes da Silva**,
 1508 Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM. *Suplentes* – **Adriano Macedo**
 1509 **Félix**, Associação Nacional de Grupos de Pacientes Reumáticos – ANAPAR; **Agleilde Arichele Leal**
 1510 **de Queirós** (Liu Leal); **Andréa Karolina Bento**, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia –
 1511 ABRALÉ; **Andreia de Oliveira**, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social –
 1512 ABEPSS; **Cleuza de Carvalho Miguel**, Movimento dos Portadores de Esclerose Múltipla – MOPEM;
 1513 **Cleuza Maria Faustino do Nascimento**, Federação Nacional dos Sindicatos dos Trabalhadores em
 1514 Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social – FENASPS; **Danilo Aquino Amorim**, Direção
 1515 Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM; **Deise Araújo Souza**, Confederação
 1516 Nacional do Comércio – CNC; **Elcyana Bezerra de Carvalho**, Associação Brasileira de Alzheimer –
 1517 ABRAZ; **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS;
 1518 **José Eri de Medeiros**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS; **Jupiara**
 1519 **Gonçalves de Castro**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos Administrativos em
 1520 Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil – FASUBRA; **Márcia Patrício de Araújo**, Associação
 1521 Brasileira dos Ostomizados (ABRASO); **Maria Angélica Zollin de Almeida**, Federação Nacional dos
 1522 Médicos Veterinários – FENAMEV; **Maria das Graças Silva Gervásio**, Conferência Nacional dos
 1523 Bispos do Brasil – CNBB; **Maria do Socorro Bezerra Mateus**, Sindicato dos Servidores do Sistema
 1524 Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde – UNASUS; **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira**,
 1525 Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Renato Almeida de Barros**,
 1526 Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CNTSS; **Semiramis Maria Amorim**
 1527 **Vedovatto**, Conselho Federal de Psicologia (CFP); **Silma Maria Alves de Melo**, Conselho Federal de
 1528 Biologia – CFBio; **Simone Maria Leite Batista**, Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de
 1529 Educação Popular em Saúde – ANEPS; **Sueli Terezinha Goi Barrios**, Associação Brasileira da Rede
 1530 Unida – REDE UNIDA; e **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da Criança.