

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 “Omitlon Visconde”, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar, Brasília-DF, realizou-se a Ducentésima Octagésima 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 Hossepián 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 criarião 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 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 inclusiva 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

117 evidências e definindo a incorporação ou não, ou buscando soluções. Salientou que esses casos
118 chegam ao Judiciário e são onerosos até por conta da fatia de mercado que representam. Na
119 perspectiva de enfrentar a lógica de prevenção da judicialização e sua qualificação, frisou que a
120 aproximação institucional é fundamental na linha do debate sobre políticas públicas e no entendimento
121 da posição das instituições. Além disso, é preciso avançar no acesso à informação técnica pela
122 construção de bancos de dados que tenham feito avaliações seguras e confiáveis a respeito de
123 tecnologias. Citou como experiências positivas a CONITEC (pareceres) e o banco de dados do Tribunal
124 de Justiça de Minas Gerais. Na sequência, fez uso da palavra o desembargador **Arnaldo Hossepián**
125 **Salles Lima Junior**, do Conselho Nacional de Justiça. Iniciou cumprimentando os conselheiros e
126 discorrendo sobre sua experiência como desembargador há 29 anos, oriundo de São Paulo. Explicou
127 que supervisiona o Comitê do Fórum Nacional de Saúde, instituído em fevereiro de 2016, que é
128 formado por quatorze representantes: promotor de Justiça do Ministério Público de São Paulo, Arthur
129 Pinto Filho; desembargador João Pedro Gebran, do Tribunal Regional Federal da 4ª Região;
130 desembargador Renato Luís Dresch, do Tribunal de Justiça de Minas Gerais; juiz Marcos Sales, do
131 Tribunal de Justiça da Paraíba; defensor público no Distrito Federal, Ramiro Nóbrega Sant'Ana; diretora
132 substituta do Departamento de Atenção Especializada do Ministério da Saúde, Maria Inez Pordeus
133 Gadelha; secretária-geral da Agência Nacional de Saúde Suplementar, Carla de Figueiredo Soares;
134 diretor da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Renato Alencar Porto; assessora jurídica do
135 Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Alethele de Oliveira Santos; assessora jurídica do
136 Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde Fernanda, Vargas Terrazas; e os médicos
137 Giovanni Guido Cerri e Gonzalo Vecina Neto. Explicou que o grupo foi criado inicialmente em novembro
138 de 2009 com a ideia de desenvolver propostas de medidas para as demandas judiciais envolvendo a
139 assistência à saúde no país. O trabalho resultou na Recomendação nº 31 do Conselho, de março de
140 2010, que traçava diretrizes para os magistrados em relação ao setor. Em abril do mês ano, foi
141 instituído, por meio da Resolução nº. 107, o Fórum do Judiciário para a Saúde. Destacou que a
142 judicialização crescia desde 2005 e a intenção era promover debates para identificar o que poderia ser
143 feito para melhor judicialização à saúde. Explicou que foram feitas visitas a tribunais de vários Estados
144 buscando subsídios para construir ferramenta que oferece aos juízes de direito, no exercício da
145 jurisdição, informações técnicas para subsidiar a decisão. Na linha de efetivar a Resolução nº.
146 107/2010, disse que o CNJ aprovou, em 6 de setembro de 2016, a Resolução 238, que dispõe sobre a
147 criação e a manutenção de comitês estaduais de saúde, bem como a especialização em comarcas com
148 mais de uma vara de fazenda pública. Salientou que a resolução determina os critérios para a formação
149 dos comitês. Nos termos da 238/2016, os colegiados devem ser compostos por magistrados de
150 primeiro e segundo graus; gestores da área da saúde e demais participantes do sistema de saúde e de
151 Justiça (Ministério Público, Defensoria Pública, advogados públicos ou um representante da Ordem dos
152 Advogados do Brasil), além de dois integrantes do conselho estadual de saúde, um representante dos
153 usuários do SUS e, outro, dos usuários do sistema suplementar de saúde. Além disso, informou que o
154 Conselho CNJ e o Ministério da Saúde assinaram um termo de cooperação técnica, no mês de agosto,
155 que permitirá a criação de um banco de dados com informações técnicas para subsidiar os magistrados
156 de todo o país em ações judiciais na área da saúde. Além disso, o Ministério da Saúde promoverá a
157 capacitação de dezenove núcleos de apoio ao Judiciário. Detalhou que o hospital Sírio Libanês
158 capacitará os núcleos, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema
159 Único de Saúde (PROADI-SUS) e disponibilizará recursos para criar a estrutura do banco de dados,
160 que estará disponível na página eletrônica do CNJ. O banco conterá notas técnicas, análises de
161 evidências científicas e pareceres técnico-científicos consolidados emitidos. O magistrado poderá
162 buscar subsídios inclusive em organismos internacionais que contribuem para produção de
163 conhecimento relacionado à medicina baseada em evidência. Salientou que o Comitê irá reunir-se e
164 diagnosticar, por exemplo, a necessidade de entrar com demanda coletiva e possibilitar a identificação
165 de quadrilhas que se utilizam do Judiciário para beneficiar-se. Destacou que o tema é árido e a ação
166 fundamenta-se em duas palavras chaves, compreensão e convencimento por parte do magistrado.
167 Ressaltou que esteve nos tribunais conversando com os magistrados e espera que esta ação traga
168 frutos em breve. Agradeceu a oportunidade e o colocou o gabinete do CNJ à disposição do Conselho.
169 **Manifestações.** Conselheiro **Nelson Mussolini** parabenizou o representante do CNJ pelo
170 posicionamento e colocou o Sindicato da Indústria Farmacêutica no Estado de São Paulo à disposição
171 do CNJ uma vez que a judicialização não pode continuar nos termos que se encontra, haja vista o
172 impacto negativo desse processo para o país. Cumprimentou pela criação do comitê e manifestou
173 interesse do setor reprodutivo em participar desse espaço. O representante do Ministério da Saúde,
174 **Bruno Veloso Maffia**, pontuou dois aspectos importantes da judicialização, o primeiro deles, de maior
175 impacto, refere-se à dificuldade de antecipar os movimentos da parte tecnológica. Disse que a
176 identificação de doenças raras, ou seja, do que está na fronteira do desenvolvimento tecnológico, tem
177 resultado em medidas judiciais, com grande impacto. Assim, ponderou que é preciso ouvir as
178 demandas, perspectivas e tendências para responder, por meio da tecnologia, com incorporação

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

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

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

427 são objeto de judicialização; é preciso aperfeiçoar mecanismos para que a população tenha acesso às
428 informações sobre a regionalização da saúde, assegurando o controle social – as informações sobre
429 razoabilidade no tempo de espera devem estar acessíveis ao controle social e à sociedade,
430 resguardado o sigilo em termos da individualidade; é essencial a formação dos profissionais de saúde
431 no que se refere às políticas públicas; CNS e MP devem divulgar os momentos de debate das políticas
432 públicas de saúde, a fim de garantir a participação e o acompanhamento da sociedade; resoluções dos
433 conselhos de saúde não homologadas - o gestor deve receber a resolução e justificar os motivos da
434 homologação ou não, a partir daí, pode-se levar ao MP para os encaminhamentos devidos; é
435 importante buscar aproximação institucional entre Ministério Público e os conselhos de saúde, na lógica
436 de acompanhamento/participação nos debates desses espaços de participação social; o gestor de
437 saúde pode propor a incorporação de medicamentos e os conselhos de saúde, identificando evidências
438 e relevância social, podem trazer demanda; o SUS não pode custear medicamento não registrado na
439 ANVISA, mas a legislação excetua medicamentos que, embora não sejam registrados, sejam
440 disponibilizados em um plano internacional via agências como OMS, OPAS; no caso dos agrotóxicos,
441 aplica-se à regra da necessidade de registro, mas a partir de 2013, foi aprovada legislação que prevê a
442 possibilidade de uso emergencial, independente de registro de urgência (a ANVISA negou o registro do
443 agrotóxico de benzoato de emamectina, mas a utilização foi liberada em razão de praga de lagarta –
444 essa é uma situação emergencial, mas não pode se tornar regra). Conselheiro **Nelson Mussolini**
445 interveio para sugerir que o CNS convide a CONITEC e a ANVISA para debate, pois esses dois órgãos
446 são responsáveis por ampliar ou reduzir a incorporação tecnológica, o que é o principal fator da
447 judicialização de medicamentos e procedimentos para saúde. O defensor público federal, **Eduardo**
448 **Nunes de Queiroz**, salientou a importância de estreitar o diálogo entre os órgãos das funções
449 essenciais de justiça e os espaços de participação social na busca de solução para a judicialização.
450 Colocou a Defensoria à disposição para acompanhar as reuniões do CNS e ouvir o controle social,
451 além de trazer a experiência da Defensoria. Lembrou que a Defensoria atua a partir de demandas e, no
452 que se refere ao direito individual e coletivo, salientou que o coletivo é importante, mas o individual não
453 pode ser colocado em posição subalterna. Frisou ainda que é essencial a transparência nas
454 informações relativas à saúde e a participação social precisa ter mais acesso. Também saudou as
455 iniciativas adotadas de mediação adotadas pelos Estados. Por fim, agradeceu a oportunidade e
456 comprometeu-se a continuar a acompanhar as discussões do CNS por entender que são essenciais
457 para qualificar a atuação dos órgãos de funções essenciais da justiça. O representante do Ministério da
458 Saúde, **Bruno Veloso Maffia**, destacou que o processo de incorporação feito pela CONITEC é
459 transparente e o relatório é submetido à consulta pública. Frisou que é incorporado ao SUS o que há de
460 melhor, com segurança à população. Agradeceu a oportunidade de participar desse tema e saudou o
461 Conselho pela iniciativa. Conselheira **Semiramis Maria Amorim Vedovatto** ressaltou que há questões
462 importantes a serem pensadas – atenção aos municípios, especialmente os pequenos, onde as
463 políticas acontecem, no cenário do subfinanciamento e das ameaças. Salientou também a importância
464 da participação de todos os atores sociais nesse processo – trabalhadores, usuários, gestores, justiça.
465 Avaliou que falta equilíbrio entre os três poderes e é preciso aprofundar o debate, com convite a outros
466 atores sociais. Conselheira **Andrea Karolina Bento** destacou que no site da CONITEC está detalhada
467 a forma de incorporação tecnológica no SUS e a sociedade civil pode fazer pedido de incorporação. O
468 Presidente do CNS agradeceu os expositores e sintetizou os encaminhamentos que emergiram do
469 debate. **Deliberação: o Plenário decidiu:** 1) **Promover integração mais efetiva do CNS com o**
470 **Ministério Público, AMPASA e Defensoria Pública; 2) Delegar à Comissão Intersetorial de**
471 **Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica/CNS aprofundamento do debate sobre**
472 **aperfeiçoamento da Política de Assistência Farmacêutica e discussão acerca de construção da**
473 **“Política Nacional de Informação Tóxico-farmacológica”; 3) Articular a ação do controle social**
474 **tendo em vista a necessidade de consolidar e encontrar mecanismos para formular políticas que**
475 **orientem a gestão nas três esferas no sentido de suprir os gargalos que aumentam a demanda**
476 **judicial; 4) Debater na reunião ordinária do CNS do mês de novembro o tema “riscos em saúde”,**
477 **convidando pesquisadores; 6) Estabelecer os fluxos que os instrumentos legais definem para**
478 **efetivar as deliberações do CNS; 7) Convidar a Comissão Nacional de Incorporação de**
479 **Tecnologias no SUS – CONITEC e a ANVISA para aprofundar o debate no CNS sobre o tema**
480 **judicialização e incorporação tecnológica; 8) Convidar também palestrantes internacionais de**
481 **países onde não ocorra judicialização como a Inglaterra para debate; e 9) Solicitar ao Tribunal de**
482 **Contas da União – TCU que encaminhe ao CNS relatório dos estudos sobre judicialização da**
483 **saúde.** Com essa deliberação, o Presidente agradeceu os expositores e encerrou os trabalhos da
484 manhã do primeiro dia de reunião. **ITEM 3 – BALANÇO DA GESTÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE DE**
485 **JUNHO A AGOSTO DE 2016** - Este item não foi apresentado devido à impossibilidade de participação
486 do Ministro de Estado da Saúde. Retomando, conselheiro **André Luiz de Oliveira**, da Mesa Diretora
487 dos CNS, assumiu a coordenação dos trabalhos e compôs a mesa para o item 4 da pauta. **ITEM 4 –**
488 **COMISSÃO INTERSETORIAL DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO – COFIN – Composição da**

489 mesa: **Francisco Funcia**, assessor da COFIN; conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente
490 do CNS; **Wanderley Gomes da Silva**, coordenador da COFIN/CNS; e **Arionaldo Bonfim Rosendo**,
491 Subsecretário de Orçamento e Financiamento/MS. Coordenação: conselheiro **André Luiz de Oliveira**,
492 coordenador adjunto da COFIN/CNS. Iniciando este item, o coordenador da mesa informou que foi
493 distribuída aos conselheiros a 2^a edição do Manual de Orçamento e Finanças. O Presidente do CNS
494 acrescentou que a publicação do Manual é parte do esforço do CNS em cumprir uma das suas
495 principais atribuições, a de fiscalizar os aspectos econômicos e financeiros do SUS. Explicou que a
496 primeira edição foi publicada em 2011, com a contribuição do assessor da COFIN Francisco Funcia.
497 Dito isso, fez o lançamento oficial da 2^a edição, resultado dos debates acumulados da COFIN e
498 informou que o documento estará disponível no site do CNS, junto com o Plano Nacional de Saúde
499 2016-2019, a fim de servir de subsídios para debate. O assessor da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**,
500 cumprimentou os presentes e explicou que, ao longo dos últimos anos, a COFIN realizou oficinas
501 regionais que levantaram subsídios inclusive para elaboração do Manual. Disse que a primeira oficina
502 regional resultou na publicação da 1^a edição do Manual em 2011. Em 2014, foi feita atualização, mas o
503 documento não foi impresso, estando disponível no site do CNS. Por último, foi feita nova atualização
504 (2^a edição do ponto de vista de edição) do Manual de Orçamento e Finanças que visa apresentar os
505 fundamentos legais das questões relacionadas ao orçamento e finanças públicas de um modo geral e
506 do SUS em particular. Após apresentar a estrutura do documento, colocou-se à disposição para
507 esclarecimentos e a receber contribuições. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** disse que o manual é
508 um documento didático com metodologia acessível e registrou que a COFIN está aberta a sugestões
509 para o documento. Feito esse informe, o coordenador abriu a palavra ao Subsecretário de Orçamento e
510 Financiamento/MS, **Arionaldo Bonfim Rosendo**, que apresentou o Projeto de Lei Orçamentária Anual
511 - PLOA 2017. Primeiro, justificou que o atraso no envio da PLOA 2017 ao CNS ocorreu em virtude da
512 necessidade de ajustes por conta da EC 86/2015. Explicou que o PLOA 2017 prevê R\$ 115,5 bilhões
513 para o Ministério da Saúde, sendo R\$ 105,6 bilhões para Ações e Serviços Públicos de Saúde e R\$ 9,9
514 bilhões para demais ações. Detalhou que a referência do PLOA é o piso constitucional definido pela EC
515 86/2015 para ações e serviços públicos de saúde (ASPS). O piso estimado em R\$ 103,9 bilhões; 13,7%
516 da RCL prevista no PLOA 2017, de R\$ 758,3 bilhões; proposta R\$ 1,7 bilhões superior ao piso; e
517 aplicação em ASPS prevista representa 13,9% da RCL. Disse que o planejamento considera que a
518 saúde está R\$ 6,3 bi acima do piso constitucional porque considera 1,2% da receita corrente líquida
519 estimada para 2017 dividido por dois (4,6 bilhões) mais R\$ 1,7 bi). Mostrou gráfico com a evolução da
520 Proposta Orçamentária do Ministério da Saúde entre 2016 e 2017 – ASPS (R\$ bilhões): PLOA 2017:
521 R\$ 105,6; limite do decreto de programação, sem emendas: R\$ 102,6; e PLOA 2017: 100,2.
522 Apresentou quadro com Orçamento Global por Unidade, comparativo entre 2016 e 2017, com destaque
523 para Outras Despesas Correntes e de Capital – OCC, R\$ 89.534,7, em 2016 e R\$ 93.572,7, em 2017.
524 Salientou que as despesas obrigatórias representam quase 90% do total das ações de saúde, assim,
525 sobre um volume de despesa pequeno recai o contingenciamento da saúde. Nessa linha, salientou que
526 o contingenciamento em 2016 é de R\$ 1,9 bi encima do conjunto de despesas discricionárias.
527 Seguindo, apresentou os destaques do PLOA 2017: **1)** Secretaria de Atenção à Saúde – SAS: **a)** Piso
528 fixo da atenção básica: R\$ 5 bilhões. R\$ 110 milhões para custear atualização dos repasses em
529 decorrência do crescimento populacional. **b)** Piso variável da atenção básica: R\$ 10,6 bilhões. R\$ 150
530 milhões para implantação de 1 mil novas Equipes de Saúde da Família. **c)** Procedimentos de média e
531 alta complexidade: R\$ 41,6 bilhões em face de R\$ 40,4 bilhões na dotação atualizada para 2016. **d)**
532 SAMU 192: R\$ 1,3 bilhões para custeio e estruturação de novos serviços. Investimento: 126 milhões
533 que permitirão aquisição de 300 novas ambulâncias. Custeio: R\$ 1,2 bilhões; expansão de R\$ 90
534 milhões em relação ao PLOA 2016 para o custeio de 100 novos serviços. **e)** Combate ao câncer:
535 previsão orçamentária passou de R\$ 26 milhões no PLOA 2016 para R\$ 326 milhões no PLOA 2017.
536 Recursos destinados à implantação de 46 unidades de controle e tratamento do câncer (radioterapia).
537 **2)** Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS. **a)** Imunobiológicos e Insumos para Prevenção de
538 Doenças: R\$ 4 bilhões. Cerca de R\$ 700 milhões adicionais em relação ao PLOA 2016 para reposição
539 de estoques estratégicos e aquisição de novas vacinas. Quantidade a ser adquirida: Influenza - 60
540 milhões de unidades; Meningogórica C (conjugada) - 15 milhões de unidades; Pneumocócica 10
541 valente - 9,4 milhões de unidades; HPV - 6 milhões de unidades; e Pentavalente - 6 milhões. (o
542 Ministério da Saúde está debatendo com laboratórios no sentido de rever custos de fornecimento de
543 vacinas, medicamentos, insumos para 2017). **3)** Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos
544 Estratégicos – SCTIE. **a)** Componente especializado da Assistência Farmacêutica: R\$ 7,2 bilhões
545 (Expansão de R\$ 200 milhões em relação ao PLOA 2016). Absorção do impacto financeiro da
546 aprovação pela CONITEC de novas incorporações de medicamentos: R\$ 4,1 milhões – Tratamento de
547 Transtorno Afetivo Bipolar; R\$ 20,0 milhões – Tratamento de Autismo; R\$ 222,0 milhões – Tratamento
548 de problemas no metabolismo do cálcio em pacientes renais crônicos. **b)** Farmácia Popular do Brasil:
549 Gratuito - PLOA 2016: R\$ 2,6 bilhões; PLOA 2017: R\$ 2,1 bilhões. Copagamento - PLOA 2016: 0;
550 PLOA 2017: R\$ 512,4 milhões. **4)** Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (

551 SGTES): **a)** Mais Médicos: R\$ 3,1 bilhões. Expansão de quase R\$ 170 milhões em relação ao PLOA
552 2016. Recursos suficientes para custear 17,7 mil médicos do programa. **b)** Residência Médica: R\$
553 870,0 milhões (18.600 bolsas). **5)** Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP: Ouvidoria:
554 R\$ 55,5 milhões. **a)** Integração das ações e serviços de saúde dos entes federativos: R\$ 50 milhões. **b)**
555 Práticas de Gestão Participativa e Controle Social: R\$ 43,5 milhões. **c)** Conselho Nacional de Saúde:
556 R\$ 13 milhões. **d)** Auditoria: R\$ 12,4 milhões. **6)** Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI. **a)**
557 Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde Indígena: R\$ 1,4 bilhão. Investimento: 60 milhões na
558 estruturação das unidades. Custeio: R\$ 1,34 bilhão. **b)** Saneamento Básico em Aldeias Indígenas. R\$
559 50 milhões. Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde Indígena- PLOA: R\$ 1.363,8; PLOA 2017:
560 R\$1,4 bi. Saneamento Básico em Aldeias Indígenas para Prevenção e Controle de Agravos – PLOA
561 2016: R\$ 60 milhões; PLOA 2017: R\$ 50 mi. **6)** Agência Nacional de Vigilância em Saúde – ANVISA: **a)**
562 Vigilância Sanitária de Produtos, Serviços, Tecidos, Células – PLOA 2106: R\$ 165,5 mi; PLOA 2017:
563 R\$ 165 mi . **b)** Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos, Fronteiras - PLOA 2016: R\$ 17 mi PLOA
564 2017: R\$ 18,2 mi. **c)** Gastos Administrativos – PLOA 2016: R\$ 118,3 mi; PLOA 2017: R\$ 118,3 mi. **7)**
565 Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS: **a)** Regulação/Fiscalização – PLOA 2016: R\$ 34,0 mi,
566 PLOA 2017: R\$ 34 mi. **b)** Aperfeiçoamento do Sistema de Informação – PLOA 2016: R\$ 32 mi, PLOA
567 2017: R\$ 32 mi. **c)** Gastos Administrativos - PLOA 2016: R\$ 60 mi; PLOA 2017: R\$ 61 mi. **8)** Fundação
568 Nacional de Saúde – FUNASA. **a)** Programa de Aceleração do Crescimento – PAC – PLOA 2016: R\$
569 70,00 mi, PLOA 2017: R\$ 500 mi, sendo: Abastecimento de Água - PLOA 2016: R\$ 15,00 mi, PLOA
570 2017: R\$ 210 mi; Sistemas de Esgotamento Sanitário - PLOA 2016: R\$ 55 mi, PLOA 2017: R\$ 290 mi.
571 **b)** Melhorias Habitacionais para Controle da Doença de Chagas – PLOA 2016: R\$ 30 mi; PLOA 2017:
572 R\$ 30 mi. **c)** Melhorias Sanitárias Domiciliares – controle de doenças e agravos – PLOA 2016: R\$ 68
573 mi; PLOA 2017: R\$ 68 mi. **d)** Melhorias em Saneamento em Comunidades Rurais e Tradicionais- PLOA
574 2106: R\$ 65,4 mi, PLOA 2017: R\$ 68,6 mi. **e)** Gastos Administrativos - PLOA 2016: R\$ 151 mi, PLOA:
575 2017: R\$ 151 mi. **9)** Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ: **a)** Construção do Centro de Processamento
576 de Imunobiológicos – PLOA 2016: R\$ 300 mi, PLOA 2017: R\$ 300 mi. **b)** Pesquisa e Desenvolvimento
577 Tecnológico – PLOA 2016: PLOA 2016: R\$ 101 mi, PLOA 2017: R\$ 115 mi. **c)** Aquisição e Distribuição
578 de Imunobiológicos - PLOA 2016: R\$ 100 mi, PLOA 2017: R\$ 100 mi. **d)** Aperfeiçoamento dos Serviços
579 de Hemoterapia/Hematologia - PLOA 2016: R\$ 88 mi, PLOA 2017: R\$ 88 mi. **e)** Modernização de
580 Unidades da Fiocruz - PLOA 2016: R\$ 68 mi, PLOA 2017: R\$ 68 mi, **f)** Farmácia Popular: Gratuita –
581 PLOA 2016: R\$ 58 mi, PLOA 2017: R\$ 60 mi, Co-pagamento – PLOA 2016: 0; PLOA 2017: R\$ 40 mi.
582 **g)** Serviços de Referência (mulher, criança, adolescente, infecções: PLOA 2016: R\$ 52 mi, PLOA 2017:
583 R\$ 62 mi. **h)** Produção de Fármacos, Medicamentos e Fitoterápicos – PLOA 2016: R\$ 40 mi, PLOA
584 2017: R\$ 40 mi. **i)** Educação e Formação em Saúde - PLOA 2016: R\$ 34,2 mi, PLOA 2017: R\$ 34,2. **j)**
585 Canal Saúde - LOA 2016: R\$ 15 mi, PLOA 2017: R\$ 15 mi. **k)** Serviço Laboratorial de Referência
586 (controle de doenças) – PLOA 2016: R\$ 14 mi, PLOA 2017: R\$ 14 mi. **l)** Gastos Administrativos - PLOA
587 2016: R\$ 235,2 mi, PLOA 2017: R\$ 245 mi. **10)** Grupo Hospitalar Conceição – GHC. **a)** Residência
588 Médica - PLOA 2016: R\$ 21,5 mi, PLOA 2017: R\$ 24 mi. **b)** Investimentos – PLOA 2016: R\$ 45 mi
589 PLOA 2017: R\$ 45 mi. Concluída a apresentação, o assessor da COFIN, **Francisco Funcia**, comentou
590 aspectos pontuais da PLOA, dada a limitação de tempo para debate deste tema. Explicou que a COFIN
591 recebera o material no dia anterior e não foi possível analisar com profundidade. Chamou a atenção
592 para o esforço da SPO enquanto unidade do Ministério responsável por consolidar a discussão que é
593 feita no âmbito do Ministério aliado à compatibilização de diretrizes para estabelecimento de prioridades
594 definidas pelo CNS, destacando tratar-se de um trabalho exaustivo e minucioso. Salientou que o
595 montante de R\$ 105,548 bilhões para Ações e Serviços de PÚblico é menor, em termos nominais, que
596 os R\$ 106,9 bilhões disponíveis para empenhamento do Ministério da Saúde, conforme o decreto de
597 contingenciamento. Detalhou que essa diferença, em partes, explica-se porque os R\$ 106,9 bi inclui as
598 emendas parlamentares e os R\$ 105,4 bi não contempla emendas. Com exceção dos 13,7% da receita
599 corrente líquida, afirmou que os parâmetros superam os R\$ 105,54 bilhões. Explicou que assegurar os
600 mesmos valores de 2016 para saúde em 2017 será mais difícil porque dependerá de duas situações
601 alternativas ou complementares – retirar recursos de outros ministérios para alocar na saúde ou modificar
602 o PLDO para que o teto de despesa possa ser majorado. Concordou que está mantido o padrão na
603 maioria dos casos da programação das despesas, mas em boa parte, em termos nominais, o valor é
604 praticamente igual a 2016. **Manifestações.** Conselheiro **José Eri de Medeiros** dialogou com o
605 subsecretário sobre as prioridades do Ministério da Saúde. Lembrou que a atenção básica é feita pelos
606 municípios e ultrapassa o limite de todas as demais secretarias, inclusive em educação. Sendo assim,
607 perguntou sobre a série histórica de investimento na atenção básica e na média e alta complexidade e
608 indagou se o Ministério irá insistir em gastar mais com hospitais que com postos de saúde. Além dessa
609 questão, destacou que a FUNASA, unidade historicamente com menor execução orçamentária,
610 recebeu o dobro de recursos em relação a 2016. Conselheira **Liu Leal** (Agleilde Arichele Leal de
611 Queirós) salientou que seria necessário mais tempo para aprofundar a análise do PLDO. Salientou, por
612 exemplo, a redução de 60% do orçamento da política da educação, saúde e trabalho da SGEP e de

613 40% dos recursos para educação permanente, diminuição de recursos na atenção básica, entre outras
614 áreas e sentiu falta de investimento na área de formação multiprofissional. Manifestou preocupação
615 com a lógica do Projeto que investe em estratégias como casas de misericórdia e manutenção dos
616 recursos para os hospitais públicos federais. Conselheiro **Wanderley Gomes da Silva** manifestou
617 preocupação com a estagnação de recursos de vários itens do PLOA e citou a FUNASA como exemplo
618 (manutenção do valor de R\$ 68 bilhões). Nesse sentido, perguntou os motivos para manutenção desse
619 e de outros valores. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** salientou que a COFIN faria análise mais
620 aprofundada do PLDO na próxima reunião para apresentar posicionamento consolidado ao Plenário.
621 Também manifestou preocupação com a queda de recursos da atenção básica, o que vai contra as
622 orientações do CNS e das conferências nacionais da saúde. No mais, perguntou sobre o orçamento
623 para as UPAs haja vista a informação de liberação para funcionamento de mais de 100 Unidades. Por
624 fim, solicitou maiores esclarecimentos sobre o orçamento destinado à Farmácia Popular (R\$ 2,6 bi ou
625 R\$ 2,1 bi?). **Retorno da mesa.** O Subsecretário de Orçamento e Financiamento/MS, **Arionaldo**
626 **Bonfim Rosendo**, informou que a equipe estava trabalhando na construção da proposta há cerca de
627 quatro meses e ponderou que conceitos comuns a tudo que foi dito sobre orçamento. Destacou o
628 primeiro conceito: o indexador para saúde é a EC nº. 86, portanto, deve-se exigir da área econômica o
629 definido na Constituição. Com essa garantia, deve-se buscar complementar a proposta orçamentária
630 para atender as mínimas necessidades inerentes à saúde. Reiterou que está sendo aplicada a EC nº.
631 86 que determina: 13,7% sobre o conjunto da receita corrente líquida para 2017 e foi encaminhado R\$
632 1,7 bi ao Congresso acima do piso. Destacou que, segundo afirmação do ministro do planejamento,
633 será acrescido à proposta encaminha ao Congresso R\$ 4,6 bi, corresponde a 50% das emendas
634 impositivas para 2017. Assim, o orçamento mínimo para 2017 é R\$ 110 milhões. Disse que o PLOA
635 está R\$ 15 bilhões acima do mínimo e é necessário guardar as devidas proporções e trabalhar com a
636 limitação permitida pela legislação. Reafirmou que a equipe do Ministério da Saúde não está satisfeita
637 com o orçamento 2017 e foi enviado documento à área econômica detalhando o necessário para o ano
638 seguinte. Explicou que as duas únicas ações que tiveram aumento de recursos na FUNASA referem-se
639 ao PAC. Sobre os questionamentos pontuais, respondeu que: o orçamento não prevê ação voltada a
640 entidades privadas; o valor de sobra da Farmácia Popular, por conta de redução de custo e não de
641 medicamentos, serviu de crédito para suplementação de "Vacinas" (R\$ 315 milhões); o valor destinado
642 a UPAS destina-se a concluir as Unidades que estão em andamento; não há previsão de ampliar ou
643 restringir o escopo da Farmácia Popular; SAMU – dos R\$ 1,190 bi, R\$ 90 milhões destina-se à
644 ampliação da manutenção do Serviço em 2017 e o valor de R\$ 300 milhões em investimento destina-se
645 à compra de ambulância e unidades; atenção básica não deve ser restrita a PAB Fixo e Variável,
646 devendo ser incluídos: vacinas, saneamento, entre outras ações. Conselheira **Maria Laura Carvalho**
647 **Bicca** solicitou informações sobre a implantação de UPAS no período eleitoral. Conselheiro **Anibal**
648 **Machado** avaliou que o orçamento apresentado está bem distante do que se esperava e disse estar
649 contemplado em alguns pontos. Sobre o SAMU, disse que muitos municípios não dispõem de recursos
650 para colocar o serviço em funcionamento, inclusive pagar os profissionais. A respeito das UPAS,
651 perguntou se haverá aumento dos recursos repassados aos municípios. Conselheiro **Ronald Ferreira**
652 **dos Santos**, considerando que a COFIN se reuniria na próxima semana, sugeriu que os coordenadores
653 das comissões fizessem análise mais aprofundada do PLOA 2017 e enviassem dúvidas, propostas e
654 perguntas até quarta-feira da próxima semana. A partir das questões encaminhadas, a COFIN
655 elaboraria material. O assessor técnico da COFIN, **Francisco Funcia**, destacou a importância do
656 encaminhamento sugerido pelo Presidente do CNS, lembrando que muitos conselheiros eram novos e
657 ainda não possuíram acúmulo de debate. Também comentou aspectos pontuais da fala do
658 Subsecretário, destacando que: a inflação é um parâmetro que se considera para debate da
659 manutenção do poder aquisitivo; para definição do orçamento, a equipe segue o definido na legislação
660 e os parâmetros estabelecidos pela área de governo; a área econômica do governo não tem
661 flexibilidade na discussão sobre parâmetros; apesar do aumento da base de 2016, por conta de
662 despesa de 2015, a despesa não entrou na base de 2015; e compete ao CNS denunciar o
663 subfinanciamento e lutar para fortalecer o financiamento do SUS, independente do pacto de governo e
664 da gestão do Ministério da Saúde. O Subsecretário de Orçamento e Financiamento /SPO/MS
665 agradeceu a oportunidade de participar do debate e pelo aprendizado e salientou, ainda, que é preciso
666 conhecer conceitos básicos para debater orçamento. Sobre as UPAS, explicou que a maioria das obras
667 iniciou-se antes dos 90 dias antecedendo o pleito eleitoral (3 de julho). Também informou que o MAC
668 irá custear, no que cabe ao MS, 99 UPAS que estão em funcionamento (R\$ 18 milhões/mês). Com
669 essa fala, o coordenador da mesa procedeu aos encaminhamentos. Conselheira **Liu Leal** propôs que,
670 na próxima reunião, o CNS avalie, para além do aspecto econômico, o impacto do orçamento na
671 política pública de saúde (que SUS teremos em 2017 a partir do Orçamento proposto?), com convite a
672 especialistas. O Presidente do CNS explicou que a proposta é delegar às coordenações das comissões
673 a avaliação do impacto do orçamento nas políticas públicas. **Deliberação: o Plenário decidiu, com**
674 **um voto contrário e uma abstenção, que as coordenações das comissões e os demais**

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

737 HFCF - total de leitos instalados: 201; tempo médio de permanência: 10,8; cirurgias (média mensal):
738 251; consultas (média mensal): 6.054; **d)** HFI - total de leitos instalados: 150; tempo médio de
739 permanência: 6,2; cirurgias (média mensal): 547; consultas (média mensal): 7.341; **e)** HFL: total de
740 leitos instalados: 199; tempo médio de permanência: 7,6; cirurgias (média mensal): 543; consultas
741 (média mensal): 11.114; **f)** HFSE - total de leitos instalados: 532; tempo médio de permanência: 9,8;
742 cirurgias (média mensal): 952; consultas (média mensal): 20.188. Detalhou os leitos por esfera
743 administrativa – município do Rio de Janeiro: 36% municipal; 29% estadual; 16% HFRJ; 9% Institutos
744 federais; e 10% demais federais. Ainda em relação aos leitos por esfera administrativa, explicou que
745 são nove estabelecimentos ligados à Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Instituto de
746 Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira, Instituto de Psiquiatria, Instituto de Ginecologia, Instituto de
747 Neurologia Deolindo Couto, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Instituto do Coração Edson
748 Saad, Instituto de Doenças do Tórax, Hospital-Escola São Francisco de Assis e a Maternidade Escola).
749 Uma unidade pertencente à Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Hospital Universitário
750 Gaffrée e Guinle). Duas instituições da Fundação Oswaldo Cruz (Instituto Fernandes Figueira e Instituto
751 Nacional de Infectologia Evandro Chagas). Nove instituições do Ministério da Saúde, sendo três
752 especializadas e seis gerais, a saber: Instituto Nacional de Cardiologia - INC; Instituto Nacional de
753 Traumatologia e Ortopedia - INTO, Instituto Nacional do Câncer - INCA com quatro unidades; e os seis
754 Hospitais Federais no Rio de Janeiro - HFRJ. Sobre a força de trabalho (2016), detalhou que são:
755 Servidor Efetivo MS: 10.377; Servidor outros vínculos: 790; Somente DAS: 92; CTU: 3.217; Fundação
756 Saúde: 371; CLT/FIOTEC: 54; Bolsa UERJ: 45; Terceirizados: 4.637; Residentes: 1.021; Estagiários
757 Nível Médio: 335; Estagiários Nível Superior: 819; total: 21.758. Por fim, chamou a atenção para o alto
758 número de trabalhadores, principalmente da área assistencial, com contratos temporários (Lei nº.
759 8.745). No caso do HFA, em relação aos médicos, representa 40% da força de trabalho; no HFB,
760 24,7%. Em relação aos enfermeiros e auxiliares de enfermagem, disse que o percentual é menor, mas
761 importante. Também fez um destaque para a quantidade de profissionais de abono de permanência, o
762 que também é preciso administrar no dia a dia da rede. Em seguida, o Advogado do Grupo Hospitalar
763 Conceição - GHC, **Benôni Rossi**, explanou sobre o Grupo, explicando, inicialmente, que a situação é
764 distinta daquela apresentada pelo primeiro expositor. Explicou que o GHC e outros hospitais federais
765 possuem em seus quadros empregados públicos, com princípios do direito do trabalho e princípios do
766 direito público. Destacou situações de conflito que decorrem da relação de trabalho - relação de
767 emprego público e privado: ingresso via concurso; limitação nas promoções; plano de cargos e salários;
768 remanejo; teto remuneratório; motivação para rescisão; PAD; raio-x móvel; e cumulação dos adicionais.
769 Enfocou também a questão da jornada de trabalho dos empregados, por entender ser a mais relevante
770 a ser feita em relação aos hospitais. Explicou que no GHC a situação da jornada de trabalho é a
771 seguinte: jornada noturna em regime de plantões; e área assistencial: 7-13, 13-19, 19-7. No que se
772 refere à CLT, disse que a limitação é 8 diárias, 44 horas semanais. Destacou que o regime 12x36 é
773 previsto em norma coletiva, mas a adoção de regime de compensação em ambiente insalubre
774 necessita de autorização da autoridade competente. Fez a leitura do art. 60 DA CLT: "Art. 60 - Nas
775 atividades insalubres, assim consideradas as constantes dos quadros mencionados no capítulo "Da
776 Segurança e da Medicina do Trabalho", ou que neles venham a ser incluídas por ato do Ministro do
777 Trabalho, Indústria e Comércio, quaisquer prorrogações só poderão ser acordadas mediante licença
778 prévia das autoridades competentes em matéria de higiene do trabalho, as quais, para esse efeito,
779 procederão aos necessários exames locais e à verificação dos métodos e processos de trabalho, quer
780 diretamente, quer por intermédio de autoridades sanitárias federais, estaduais e municipais, com quem
781 entrarão em entendimento para tal fim". Disse que o TST mudou o entendimento histórico e alterou
782 jurisprudência (edição da Súmula nº 85 do TST Compensação de Jornada (inserido o item VI) - Res.
783 209/2016, DEJT divulgado em 1º, 2 e 3 de junho de 2016 – "VI - Não é válido acordo de compensação
784 de jornada em atividade insalubre, ainda que estipulado em norma coletiva, sem a necessária inspeção
785 prévia e permissão da autoridade competente, na forma do art. 60 da CLT"). Assim, para adotar regime
786 compensatório para extinção de plantão, é preciso autorização do Ministério". Todavia, em raras
787 exceções, não há autorização do Ministério do Trabalho e Emprego para a instituição do regime de
788 compensação. Explicou que isso se dá por várias razões, entre elas, os termos da Portaria MTE nº 702,
789 de 28 de maio de 2015, que define requisitos para concessão da autorização. Desses requisitos, citou o
790 item a "a) inexistência de infrações às Normas Regulamentadoras que possam comprometer a saúde
791 ou a integridade física dos trabalhadores;". Assim, a autorização instituída pela jurisprudência e art. 60
792 da CLT não é concedida pelo MTE. Salientou que há uma insegurança jurídica permanente e os
793 gestores são autuados constantemente pelo MTE por conta de regimes de compensação. Além disso,
794 ocorrem inquéritos civis no Ministério Público do Trabalho. Nessa linha, perguntou qual a solução para
795 esta situação sem previsão legal, sem autorização do Ministério do Trabalho e Emprego; a
796 jurisprudência é contrária ao término da jornada 12x36 e aos plantões. Disse que no passado houve
797 tentativa de acabar com a jornada compensatória a fim de evitar infringir as normas e os princípios da
798 administração pública, mas houve reação contrária dos trabalhadores, problemas com infraestrutura e

799 falta de mão-de-obra. Salientou que é necessária a regulamentação imediata da jornada de 12hs para
800 realização de plantões como jornada ordinária e não compensatória, com respeito aos limites semanal
801 e mensal previstos em lei, assim como ocorre em outras categorias (bombeiros, motoristas,
802 empregados domésticos). Por fim, informou que o Supremo Tribunal Federal - STF julgou constitucional
803 dispositivo da Lei 11.901/2009 que estipula a jornada de trabalho de bombeiro civil em 12 horas para
804 cada 36 horas de descanso. A norma estabelece, ainda, a jornada máxima de 36 horas semanais. Por
805 nove votos a dois, os ministros julgaram improcedente a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI)
806 4842, por entenderem que a norma não viola preceitos constitucionais, pois, além de não ser lesiva à
807 sua saúde ou a regras de medicina e segurança do trabalho, é mais favorável ao trabalhador. Na
808 sequência, explanou sobre o tema o coordenador de educação da FASUBRA, **Mário Costa de Paiva**
809 **Guimarães Júnior**, com enfoque na gestão dos hospitais universitários e nas relações de trabalho
810 nessas instituições. Começou enfocando falando sobre a Empresa Brasileira de Serviços
811 Hospitalares –EBSERH, destacando que, no entendimento da FASUBRA, representa processo de
812 privatização. Afirmou que a EBSERH não cumpriu o objetivo de atender as exigências do acórdão
813 1.520/16 do TCU, que propôs uniformizar as relações de trabalho, substituindo a terceirização.
814 Salientou que, para atender esse objetivo, seria necessário realizar concurso RJU. Disse que a Lei nº.
815 12.550/11, que cria a EBSERH, é rebuscada, de difícil leitura, e define que a Empresa é 100%
816 vinculada ao SUS. Todavia, o Decreto 7.661/11, que cria o Estatuto Social da EBSERH, define a
817 Empresa como Sociedade Anônima. Passou a discorrer sobre o Estatuto da Empresa. O art. 5º define
818 que a Empresa sujeitar-se-á ao regime jurídico próprio das empresas privadas, inclusive quanto aos
819 direitos e obrigações civis, comerciais, trabalhistas e tributários. O art. 13 define como competência do
820 Conselho de Administração: “opinar e submeter à aprovação do Ministro de Estado da Fazenda, por
821 intermédio do Ministro de Estado da Educação” (VIII); “deliberar sobre alteração do capital e do estatuto
822 social da EBSERH” (IX); e dirimir questões em que não haja previsão estatutária, aplicando,
823 subsidiariamente, a Lei nº 6.404, de 15 de dezembro de 1976 (XIV). O artigo 23 define que o Conselho
824 Consultivo é órgão permanente da EBSERH que tem as finalidades de consulta, controle social e apoio
825 à Diretoria Executiva e ao Conselho de Administração, e é constituído pelos seguintes membros (...).
826 No entendimento da FASUBRA, o conselho deveria ser deliberativo. Citou ainda o Capítulo IX, que trata
827 do exercício social, das demonstrações financeiras e dos lucros e o art. 30 do capítulo X que define
828 “Aplica-se ao pessoal da EBSERH o regime jurídico estabelecido pela legislação vigente para as
829 relações de emprego privado”. Salientou que, ao relacionar a Lei 12.550/11 com outros dispositivos
830 jurídicos, comprehende-se que a EBSERH é privatização. Sobre a gestão e autonomia administrativa
831 dos hospitais universitários e a EBSERH, citou o caso do hospital universitário da Universidade Federal
832 de Uberlândia que, apesar de não ser vinculado à Empresa, boa parte da gestão se submete a
833 intervenções da Empresa. No caso do Espírito Santo, a gestão do hospital universitário da UFS não
834 dialoga com a gestão administrativa da universidade. Citou documento do Tribunal de Contas da União
835 que apresenta provas de que a EBSERH não tem competência e condições para gerir os hospitais
836 universitários. No último relatório, o TCU aponta, entre outros aspectos: falta de publicidade sobre o
837 processo de regulação dos hospitais às redes de atenção à saúde, por parte dos gestores do SUS; não
838 há transparência dos instrumentos de contratualização nem em relação aos repasses financeiros
839 efetuados aos hospitais; e desperdício de recursos públicos utilizados na construção, reforma e
840 manutenção da instituição. Em suma, afirmou que a gestão da EBSERH nos hospitais universitários é
841 ruim, com grande fracasso. Salientou que entidades, conselhos e instituições alertaram para o perigo
842 da EBSERH. Finalizando, disse que o relatório do TCU apontou ainda que nos hospitais com gestão da
843 Empresa mantém-se profissionais terceirizados em situação irregular no quadro de hospitais filiados à
844 EBSERH. Disse que há graves problemas nas relações de trabalho, manutenção da precarização das
845 condições de trabalho, surgimento de novos problemas e conflitos. Por último, informou que o atual
846 governo lançou pacote de medidas de desestatização de várias empresas, sendo uma delas a
847 EBSERH. Avaliou que essa medida acarretará em piora na situação da gestão dos HUs. Concluídas as
848 explanações dos convidados, foi aberta a palavra para considerações do Plenário. Conselheiro **Ronald**
849 **Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, reiterou que a Secretaria Executiva e a Mesa Diretora
850 insistiram no convite à direção da EBSERH, mas não houve indicação e avaliou que será necessário
851 aprofundar o debate com a participação de representante da Empresa. Disse que o CNS não pode se
852 omitir do debate sobre os direitos dos trabalhadores, especialmente sobre a jornada de trabalho.
853 Conselheiro **Georaci Menezes de Souza** saudou os expositores e manifestou preocupação com a
854 fala do advogado do GHC no que diz respeito à regulamentação da jornada de trabalho. Salientou que
855 regulamentar jornada de 12 horas na saúde é prejudicial para os trabalhadores e lembrou que os
856 trabalhadores realizam várias jornadas de trabalho por conta dos baixos salários e as péssimas
857 condições de trabalho. Encerrou dizendo que o maior problema da situação dos trabalhadores
858 brasileiros está no modelo econômico e é preciso lutar contra essa lógica. Conselheira **Lorena Baía**
859 cumprimentou os convidados e reiterou a preocupação com a proposta de flexibilização da jornada de
860 trabalho de 12 x 36. Salientou que, na prática, o trabalhador não descansa durante as 36 horas de folga

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

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

1047 aos beneficiários informações de como proceder em caso de dificuldades de atendimento e caso não
1048 tenha a dificuldade solucionada, orientando o contato com a operadora e de procura à ANS; a inserção
1049 dos contatos das operadoras e da ANS nos cartões beneficiários, bem como dias e horários de
1050 atendimento; disponibilização de adesivos informativos, em locais visíveis dos prestadores; e
1051 orientação às operadoras para que elaborem e disponibilizem cartilhas contendo orientação de como
1052 agir em casos de problemas com atendimento. **Deliberação: o Plenário aprovou, por unanimidade,**
1053 **recomendação elaborada pela Comissão.** 3) Conselheira **Carmem Lúcia Luiz**, coordenadora da
1054 CISMU/CNS, fez informe sobre as reuniões da Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher – CISMU,
1055 com destaque para o debate acerca da preparação da 2^a Conferência Nacional de Saúde da Mulher e
1056 do Seminário Nacional de Saúde das Mulheres, nos dias 4 e 5 de novembro de 2016 com o tema:
1057 “Histórias e Lutas Inscritas em Nossos Corpos e Expressas em Nossa Saúde - Nenhum Direito a
1058 Menos”. O objetivo do seminário é preparar o CNS e os conselhos estaduais de saúde para a 2^a
1059 Conferência. Convidados: conselheiros nacionais de saúde; conselhos estaduais de saúde (dois
1060 representantes de cada conselho e um do COSEMS); 65 convidados externos; e entidades do
1061 movimento social, dos trabalhadores da saúde e do movimento de mulheres. Solicitação: que a
1062 Secretaria-Executiva solicite ao Ministério da Saúde os pareceres sobre projetos de lei relativos à
1063 saúde da mulher que tramitam no Congresso Nacional. 4) **Minutas de Recomendação – a)**
1064 Conselheira **Juliana Acosta Santorum** fez a leitura da proposta de recomendação, elaborada
1065 virtualmente pelas coordenações das Comissões de Alimentação e Nutrição, Saúde do Trabalhador e
1066 da Trabalhadora e de Vigilância em Saúde, sobre o uso de agrotóxicos (encaminhamento definido na
1067 284^a Reunião Ordinária do CNS). O texto é o seguinte: “Minuta de recomendação nº 000, de 16 de
1068 setembro de 2016. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Octogésima
1069 Quinta Reunião Ordinária, realizada nos dias 15 e 16 de setembro de 2016, no uso de suas
1070 competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela
1071 Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e
1072 considerando que o mercado de agrotóxicos no Brasil teve crescimento de 190% em 10 anos;
1073 considerando que, desde 2008, o Brasil ocupa o lugar de maior consumidor de agrotóxicos no mundo e
1074 que na safra de 2011 foram pulverizados aproximadamente 12 litros de agrotóxicos por hectare,
1075 proporcionalmente, 7,3 litros de agrotóxicos por habitante/ano; considerando que, de acordo com a
1076 Organização Mundial da Saúde (OMS), para cada caso notificado, há 50 casos subnotificados de
1077 intoxicação exógena por agrotóxicos, portanto, onde há maior índice de notificação pode não ser o local
1078 onde há maior exposição, e sim onde há maior empenho para notificar os casos; considerando que,
1079 segundo o Ministério da Saúde, de 2011 a 2015 foram registrados 56.823 casos de intoxicação por
1080 agrotóxicos e que os estados com maior número de casos notificados neste período foram: São
1081 Paulo (17,7%), Minas Gerais (16,7%), Paraná (12,7%), Pernambuco (7,8%) e Goiás (5,47%);
1082 considerando que o Instituto Nacional do Câncer (INCA), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a
1083 Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), entre outras reconhecidas entidades acadêmicas e
1084 também da sociedade civil, já se posicionaram contrárias à utilização indiscriminada de agrotóxicos
1085 devido aos impactos na saúde da população e do ambiente; considerando que o Projeto de Lei nº
1086 6.299/2002 e seus apensados, propõe não só mudar o nome de agrotóxico para produto defensivo
1087 fitossanitário, como prevê a instituição de uma Comissão Técnica Nacional de Fitossanitários
1088 (CTNFIto), no âmbito do Mapa, a qual ficará responsável pela avaliação de pedidos de registro de
1089 novos produtos, composta por 23 membros efetivos e suplentes indicados pelo Ministério da
1090 Agricultura, Pecuária e Abastecimento, excluindo a análise do Ministério da Saúde e do Meio Ambiente,
1091 como acontece até o momento; Considerando que o Ministério Público Federal já se posicionou
1092 contrário ao Projeto de Lei nº 3.200/2015 (apensado ao PL nº 6.299), por compreender que amplia o
1093 uso e consumo dos agroquímicos no território nacional, altera nomenclatura e retira a denominação que
1094 transparece a exata noção do produto, ferindo princípios da transparência e da informação e
1095 dissimulando efeitos deletérios dos agrotóxicos, mediante a utilização de um termo mais brando, assim
1096 como pela proposta de criação da comissão de avaliação, que deixa de fora representantes dos
1097 consumidores e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Recomenda: 1) A rejeição do
1098 Projeto de Lei nº 6.299/2002 e seus apensados; e 2) Promover amplo debate nas 05 (cinco) regiões do
1099 país, por meio de audiências públicas, com o objetivo de divulgar e esclarecer sobre os impactos e
1100 riscos que estas proposições podem acarretar na saúde da população. Conselheira **Oriana Bezerra**
1101 **Lima** disse que não é contra o uso racional de agrotóxicos, mas entende que, quanto menos contato
1102 com agrotóxicos, melhor. Explicou que discorda do encaminhamento, entendendo ser necessário
1103 aprofundar o debate, considerando que o país é exportador de alimentos e é preciso pensar novas
1104 formas de produção de alimentos. Também fez a leitura de propostas sobre o tema: garantir aos
1105 integrantes do CTNFIto autonomia para análise das propostas de registro de produto; incluir
1106 representação da ANVISA no Comitê; definir proposta de reestruturação dos órgãos de assistência
1107 técnica do Brasil para garantir ao pequeno produtor orientação correta quanto ao manejo conforme
1108 necessidade de uso; atribuir penalidade aos lojistas que descumprirem a legislação quanto à exigência

1109 do receituário agronômico para venda de agrotóxicos e envio de denúncias aos conselhos profissionais
1110 para abertura de processos éticos contra os responsáveis técnicos; MAPA e os órgãos de defesa
1111 sanitária animal e vegetal fiscalizem os distribuidores varejistas quanto à venda de agrotóxicos como
1112 também a proibição da venda a granel. Como encaminhamento, sugeriu pautar o tema no Pleno,
1113 convidando representantes do Ministério da Saúde e da Agricultura, ANVISA, entre outros setores para,
1114 em seguida, elaborar documento. Conselheiro **Nelson Mussolini** concordou com a fala da conselheira
1115 Oriana Bezerra, tendo em vista a necessidade de esclarecer informações distorcidas. Salientou que o
1116 Brasil está se tornando um celeiro mundial de alimentos para o mundo, sendo este um ponto importante
1117 da economia do país. Ratificou a proposta de aprofundar o debate, com convite também ao setor
1118 produtivo de alimentos, para, em seguida, se for o caso, elaborar documento. Conselheira **Juliana**
1119 **Acosta Santorum** clarificou as propostas de encaminhamento: aprovar Recomendação: pela rejeição
1120 do Projeto de Lei nº 6.299/2002 e seus apensados, principalmente o PL 3200/2015; e pela ampliação
1121 do debate e realização de audiências públicas nas regiões; fazer articulação com o GT da Câmara que
1122 discute a legislação sobre agrotóxicos para propor audiência pública; e, após aprofundar debate nas
1123 Comissões de Nutrição e Vigilância em Saúde, pautar debate no Pleno CNS. Na sequência, o Plenário
1124 promoveu debate sobre as propostas, mas não houve consenso a respeito. Sendo assim, a mesa
1125 colocou em votação as propostas: **1) aprovar a minuta de recomendação e continuar o debate;** e **2)**
1126 não aprovar a minuta de recomendação e aprofundar o debate. **A proposta 1 foi aprovada por**
1127 **maioria. b)** Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** informou que a CIST/CNS reuniu-se e elaborou
1128 minuta de recomendação sobre a pulverização aérea de agrotóxicos para *Aedes aegypti*. O texto é o
1129 seguinte: "Minuta de recomendação. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima
1130 Octogésima Quinta Reunião Ordinária, realizada nos dias 15 e 16 de setembro de 2016, no uso de
1131 suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990,
1132 pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e
1133 considerando o a sanção da lei 13.301 de 27 de junho de 2016 que dispõe sobre medidas de controle
1134 do mosquito *Aedes aegypti* e permite a "incorporação de mecanismos de controle vetorial por meio de
1135 dispersão por aeronaves mediante aprovação das autoridades sanitárias e da comprovação científica
1136 da eficácia da medida; considerando que a responsabilidade sanitária nos estados cabe ao Chefe do
1137 Poder Executivo e os dirigentes da saúde, que devem assumir compromisso público com a saúde
1138 pública no âmbito do Sistema Único de Saúde; considerando que, baseado em estudos e evidências
1139 sobre os malefícios dos agrotóxicos na saúde ambiental e na saúde humana, em sua reunião ordinária
1140 nos dias 05 e 06 de maio de 2016, o Conselho Nacional de Saúde deliberou por "Externar repúdio à
1141 qualquer iniciativa que tenha como objetivo derramar ainda mais veneno no ar, no solo, na água e nas
1142 nossas mesas. A preocupação internacional em torno das doenças transmitidas pelo mosquito *Aedes*
1143 *aegypti* não pode servir de pretexto para interesses econômicos de determinados grupos". Recomenda:
1144 Que as Comissões Intergestores Bipartite dos estados promovam o debate e deliberem pela não
1145 autorização da pulverização aérea de agrotóxicos como medida para controle do mosquito vetor da
1146 Dengue, Zika e Chikungunha." Aberta a palavra, os conselheiros fizeram considerações sobre a
1147 proposta. Foram apresentadas as seguintes sugestões: recomendar aos conselhos estaduais de saúde
1148 e demais conselhos que promovam debate a respeito; e não votar a minuta porque o Ministério da
1149 Saúde está debatendo o tema. O coordenador da mesa colocou em votação a minuta de
1150 recomendação. **Deliberação: aprovada a recomendação com três abstenções e um adendo**
1151 **(recomendar aos conselhos estaduais de saúde e demais conselhos que promovam debate a**
1152 **respeito).** Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** declarou que se absteve da votação porque GT do
1153 Ministério da Saúde está debatendo o assunto, com levantamento de evidências científicas, para
1154 regulamentar a proposta. **5)** Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** Informou sobre a realização do
1155 Encontro Nacional da CISTT, em São Luiz/MA, nos dias 17 e 18 de novembro de 2016. O evento
1156 contará com a participação dos membros da CISTT Nacional e representantes dos CERESTS
1157 estaduais e municipais. Conselheiro **Nelson Mussolini** solicitou a revisão do cadastro dos
1158 conselheiros, tendo em vista em que conselheiros suplentes não recebem a comunicação das
1159 comissões. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** solicitou que os coordenadores das comissões
1160 solicitem à assessoria técnica a cópia da comunicação aos membros da comissão, a fim de garantir
1161 que todos os membros das comissões sejam comunicados. Neste ponto, a mesa interrompeu para dar
1162 início ao item da CIRHRT, tendo em vista o horário do voo do coordenador da Comissão. **ITEM 8 –**
1163 **COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS E RELAÇÕES DE TRABALHO –**
1164 **CIRHRT** - Coordenação: conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, da Mesa Diretora do CNS; e
1165 conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. Apresentação: conselheiro **Danilo**
1166 **Aquino Amorim**, Coordenador-Adjunto da CIRHRT. Iniciando, o coordenador adjunto da CIRHRT
1167 explicou que, na última reunião, a Comissão analisou sete processos, cinco de autorização e dois de
1168 renovação de reconhecimento. Dito isso, procedeu à apresentação dos pareceres, iniciando pelos
1169 insatisfatórios: **1) Universidade Camilo Castelo Branco/UNICASTELO. Local: Descalvado/SP.**
1170 **Autorização. Odontologia. Parecer insatisfatório. Justificativas:** trata-se de proposta de abertura de

1171 curso com 100 vagas noturnas na cidade de Descalvado/SP, que possui uma população estimada em
1172 32.980 habitantes (IBGE/2014) e 7 Equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica. O curso apresenta
1173 baixa relevância social haja vista que já são ofertadas 936 vagas anuais do curso por outras instituições
1174 na região, em distâncias menores que 180 km. A Instituição de Ensino não apresentou documento(s)
1175 assinado(s) com a gestão local/regional ou com outras instituições que comprovem Convênio ou
1176 Cooperação Técnica para a disponibilização de campos de prática para a formação dos estudantes.
1177 Não está evidente na proposta do curso o desenvolvimento da integração ensino-serviço-comunidade
1178 para o desenvolvimento local/regional e sua articulação com o SUS. A não explicitação de como se
1179 dará a inserção nos campos de prática e sua articulação com SUS é ainda mais significativa por tratar-
1180 se de curso noturno. **2) Faculdade Maurício de Nassau de Fortaleza. Local: Fortaleza/CE.**
1181 **Autorização. Psicologia. Parecer insatisfatório. Justificativas:** Trata-se de proposta de abertura de
1182 curso com 240 vagas anuais para os turnos matutino e noturno, com entrada semestral de 120 vagas
1183 (60 matutino e 60 noturno), em Fortaleza/CE, onde já existem 14 IES, que juntas já ofertam 2.145
1184 vagas anuais, para uma população estimada em 2.571.896 habitantes (IBGE/2014). A IES não
1185 apresentou documento(s) que comprovem Convênio e/ou Cooperação Técnica com a gestão
1186 local/regional do SUS, para disponibilização de campos de prática para a formação dos estudantes. O
1187 Projeto Pedagógico do Curso não demonstra como se dará a integração ensino-serviço-comunidade
1188 para o desenvolvimento local/regional e sua articulação com o SUS. O acervo bibliográfico básico e
1189 complementar foi considerado insuficiente pela comissão avaliadora do INEP e o número de
1190 professores poderá ser insuficiente já para os dois primeiros anos do curso, o que deverá comprometer
1191 a capacidade didático-pedagógica considerando o número de vagas pretendidas. **3) Faculdade**
1192 **Diocesana de Mossoró. Mossoró/RN. Autorização. Psicologia.** Parecer insatisfatório. Justificativas:
1193 trata-se de solicitação de autorização abertura de curso com 150 vagas anuais no período noturno, no
1194 município de Mossoró/RN, que possui uma população estimada em 288.162 habitantes (IBGE/2014),
1195 64 Equipes de Saúde da Família, com cobertura populacional de 76,62% e 5 CAPS. O município,
1196 atualmente, possui uma IES privada que oferta 120 vagas para o curso. O novo curso é curso isolado
1197 na área da saúde e não demonstra comprometimento para a utilização da rede de serviços instalada do
1198 SUS e/ou de outros equipamentos sociais existentes na região. Apesar de fazer referencia a futuros
1199 Convênios, não apresenta Termos de Convênio e/ou Cooperação Técnica assinados. A solicitação de
1200 vagas não é coerente com a capacidade didático-pedagógica instalada (laboratório de práticas e
1201 docentes contratados). Não houve, de forma clara, a demonstração do compromisso de uma formação
1202 com metodologias ativas/innovadoras, articulada com a gestão local/regional e com formação no SUS e
1203 para o SUS. Em seguida, apresentou os pareceres satisfatórios com recomendações: **4) Faculdade**
1204 **de Tecnologia e Ciências do Norte do Paraná (Paranavaí/PR). Autorização. Psicologia. Parecer:**
1205 **satisfatório com recomendações.** Recomenda-se à IES para o próximo ciclo avaliativo: a) Anexar ao
1206 processo Termos de Convênio/Cooperação Técnica e/ou COAPES, via Sistema e-Mec; b)
1207 Demonstrar/apresentar plano de inserção dos alunos na rede de serviços instalada do município/região;
1208 c) Demonstrar dotação orçamentária para a instalação da rede ou ampliação da capacidade instalada
1209 na saúde; d) Reduzir o número de vagas noturnas de 100 para 50 vagas, tendo em vista, a
1210 infraestrutura do curso em tela e a capacidade instalada de serviços de saúde; e) Construir em seu
1211 PPC plano de enfrentamento para agravos relacionados à saúde mental e ao desenvolvimento escolar
1212 de crianças e adolescentes; f) Desenvolver mecanismos sólidos que favoreçam a interiorização e a
1213 fixação de profissionais, incluindo compromisso com a educação permanente dos docentes e dos
1214 profissionais dos serviços de saúde em coerência com a construção do SUS; g) Aprimorar seus
1215 métodos de ensino de modo a fortalecer a inovação curricular utilizando métodos de ensino-
1216 aprendizagem centrados no estudante, na prática profissional e na realidade de saúde da população,
1217 possibilitando a mobilização do estudante a partir da prática para a reflexão e ação transformadora da
1218 realidade; h) Desenvolver e explicitar as parcerias e relações com a sociedade civil organizada, em
1219 especial com movimentos sociais ligados ao desenvolvimento comunitário; Estruturar melhor seu
1220 Núcleo Docente Estruturante – NDE, incluindo a participação dos estudantes nas discussões; e j) Criar
1221 mais canais de participação da sociedade. **5) Universidade do Extremo Sul Catarinense**
1222 **(CRICIÚMA/SC). Renovação de Reconhecimento. Psicologia. Satisfatório com recomendações.**
1223 Recomenda-se à IES para o próximo ciclo avaliativo: **a)** Explicitar a diferença na aplicação da matriz
1224 curricular entre as turmas matutina e noturna; **b)** Documentar o compromisso da gestão do SUS com o
1225 desenvolvimento do PPC. Na documentação analisada há subsídios que indicam a interação da IES
1226 com a gestão local e regional do SUS, porém não está explicitado o comprometimento de ambos no
1227 desenvolvimento do curso de Psicologia; **c)** Explicitar a inserção do estudante de Psicologia nos
1228 campos de prática desde o início do curso, considerando a capacidade de atendimento e disposição
1229 dos alunos, física e numericamente, visando assegurar a absorção nos espaços previstos e,
1230 principalmente, na rede do SUS; e **d)** Apresentar um projeto pedagógico complementar e diferenciado
1231 sobre a formação de professores de Psicologia, bem como explicitar a oferta das ênfases curriculares,
1232 conforme preconizam as DCNs da Psicologia. **6) Universidade Santa Úrsula (Rio de Janeiro/RJ).**

1233 **Renovação de reconhecimento. Psicologia. Satisfatório com recomendações.** Recomenda-se à
1234 IES para o próximo ciclo avaliativo: **a)** Anexar ao processo os Termos de Convênio/Cooperação
1235 Técnica e/ou COAPES, via Sistema e-Mec; **b)** Detalhar no PPC o plano de inserção dos alunos desde o
1236 início do curso na rede de serviços instalada do município/região; **c)** Corrigir as fragilidades verificadas
1237 in loco pelos avaliadores do INEP em relação aos laboratórios especializados; e **d)** Apesar do PPC do
1238 curso demonstrar compromisso com a promoção do conhecimento sobre a realidade local, seus
1239 saberes e práticas e com o desenvolvimento de responsabilidades entre instituição, estudantes,
1240 profissionais e realidade local, recomenda-se à IES buscar a inserção em programas de residência
1241 multiprofissional e/ou especialização. Concluída a apresentação, a mesa colocou em votação os
1242 pareceres. **Deliberação: os seis pareceres foram aprovados. O último com uma abstenção.**
1243 Concluída a apreciação dos pareceres, o coordenador adjunto da CIRHRT/CNS fez os seguintes
1244 informes: **a)** Publicação da Portaria MEC Nº 1.053, de 12 de setembro de 2016, que revoga instrumento
1245 de avaliação dos cursos de graduação, sendo que a CIRHRT avaliará os impactos; e **b)** a CIRHRT
1246 apresentará seu Plano de Trabalho na próxima reunião do CNS, que também contemplará discussão
1247 sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais - DCNs dos cursos da saúde. **6)** Conselheira **Semiramis**
1248 **Maria Amorim Vedovatto** fez informe sobre a reunião no CNMP referente à judicialização da saúde,
1249 no dia 6 de setembro de 2016, e solicitou que o relatório fosse disponibilizado aos conselheiros.
1250 Também disse que a CISM/CNS se reuniria na semana seguinte para debater, entre outros aspectos, o
1251 descumprimento da Portaria 3.796/2010. Também agradeceu o retorno do Ministério da Saúde sobre a
1252 suspensão do pagamento do benefício do Programa de Volta para Casa e pela nota técnica
1253 esclarecendo o ocorrido que foi enviado aos coordenadores estaduais e municipais (o pagamento está
1254 regularizado, mas preocupa a possibilidade de novo bloqueio da conta por conta do volume de
1255 processos judiciais.). Por fim, comunicou que foram distribuídos dois livros, um sobre suicídio
1256 ("setembro amarelo", mês de prevenção ao suicídio; aumento do índice de suicídio e automutilação
1257 entre os jovens de 15 a 29 anos) e cartilha sobre medicalização e patologização da vida. **7)** Conselheiro
1258 **Renato Almeida de Barros** comunicou que o Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais o indicou
1259 para representar este Conselho e a Mesa Diretora nas reuniões ordinárias do CNS. Disse que, em
1260 novembro de 2016, será realizada plenária com os 853 conselhos de Minas Gerais em defesa do SUS.
1261 **8)** Conselheira **Elciana Bezerra de Carvalho** fez informe sobre o mês Mundial da Conscientização
1262 sobre a doença de Alzheimer (Setembro) e sobre o Dia Mundial da Doença de Alzheimer (dia 21).
1263 Tema: "Quanto antes souber, mais tempo você terá para lembrar". A Associação Brasileira de
1264 Alzheimer realizará mobilização para sensibilizar a sociedade, entidades e profissionais sobre a doença
1265 e solicitou a divulgação. **9)** Conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite** fez os seguintes informes: **a)**
1266 Elaboração de minuta de resolução (proposta de encaminhamento que saiu do GT, do qual faz parte o
1267 CNS "Criança e Adolescente em Situação de Rua" do CONANDA). Seguindo a deliberação do Plenário,
1268 a minuta foi elaborada e enviada às coordenações da Comissão Ciclos de Vida e Equidade que já
1269 enviaram contribuições. Desse modo, a proposta será apresentada na próxima reunião do CNS; **b)**
1270 Parceria da Pastoral da Criança com o Ministério da Saúde para o lançamento da campanha
1271 "Antibiótico Primeira Dose Imediata", cujo objetivo é orientar os setores municipais de saúde e
1272 principalmente a sociedade sobre a necessidade de ministrar a primeira dose do medicamento nas
1273 Unidades Básicas de Saúde, logo após a consulta, em especial nos casos de crianças com suspeita de
1274 pneumonia; e **c)** Os 1.043 articuladores da Pastoral da Criança e Conselhos Municipais e Estaduais
1275 que visitaram mensalmente 1.485 UBS em 2015, em 807 municípios. Nestas, 64% tinham antibiótico
1276 em estoque, mas somente 39% declararam dar a primeira dose na própria UBS. Foi solicitado ajuda ao
1277 CNS, em especial ao CONASS e CONASEMS para mudança do quadro. Conselheiro **Neilton Araújo**
1278 **de Oliveira** solicitou o envio dos dados apresentados porque o Ministério da Saúde definiu comissão
1279 interdisciplinar para elaborar plano de ação nacional de combate à resistência antimicrobiana. **10)**
1280 Conselheira **Cleuza Maria Faustino do Nascimento** informou sobre carta convite para o 2º Congresso
1281 Interamericano de Doenças Raras, a ser realizado nos dias 21 e 22 de outubro de 2016, no Centro de
1282 Convenções em Brasília-DF. **Encaminhamento: o Plenário aprovou a participação do conselheiro**
1283 **Adriano Félix, representante da CONEP; coordenação da 1ª Conferência de Vigilância em Saúde;**
1284 **e coordenação da 2ª Conferência Nacional de Saúde da Mulher.** **11)** Conselheiro **Moyses Toniolo**
1285 **de Souza** fez informe da Associação de Diabetes Juvenil - ADJ: parecer negativo na CONITEC sobre a
1286 incorporação das insulinas análogas, importante medicamento para pessoas com diabetes. Disse que
1287 reencaminhou à SE/CNS, para envio aos conselheiros, relatório sobre a XXI Conferência Internacional
1288 de AIDS, realizada na África do Sul. **12)** conselheiro **Wanderley Gomes da Silva** comunicou: **a)** a
1289 realização do Fórum Paralelo Social, em outubro de 2016, e participação da CONAM na atividade; **b)** 3ª
1290 Oficina da COFIN, realizada nos dias 1º e 2 de setembro de 2016; e **c)** participação em atividade em
1291 defesa do SUS na Assembleia Legislativa do Acre (definido que serão realizadas atividades de massa
1292 nos Estados em comemoração à Lei nº. 8.080/90). **11)** Conselheiro **Liu Leal** comunicou que o CEBES
1293 representa a Associação Latino-americana no Brasil e será realizado XIV Congresso Latino-americano
1294 de Medicina Social e Saúde Coletiva, de 24 a 28 de outubro, que terá como tema "Radicalizar a

1295 democracia com o poder popular para a defesa da mãe terra e ao direito à saúde como boa vida".
1296 Também serão realizados mais dois encontros, XIX Congresso Internacional de Políticas de Saúde e II
1297 Encontro Latino-Americano de Movimentos Sociais pelo Direito à Saúde, de 24 a 29 de outubro de
1298 2016, em Asunción, Paraguai. Lembrou que o I Encontro foi realizado no Brasil, como atividade pré 15ª
1299 Conferência Nacional de Saúde e solicitou a presença do Conselho no II Encontro e no congresso da
1300 ALAMIS. A Secretaria Executiva do CNS, **Neide Rodrigues**, explicou que verificará como se dará
1301 participação, considerando o número limitado de vagas e o fato de a atividade ser realizada em outro
1302 país. **Encaminhamento: a Mesa Diretora se manifestará a respeito dessa demanda.** 12) Conselheira
1303 **Simone Leite** informou que estava aberto edital de curso de formação em educação
1304 popular em saúde para dez estados (até o dia 20) e posteriormente seria aberto para mais três. O curso
1305 terá a duração de quatro meses, começando em dezembro de 2016. 13) A Secretaria-Executiva do
1306 CNS, **Neide Rodrigues**, informou que não seria possível cumprir o prazo de envio da ata, por conta do
1307 espaço entre esta e a próxima reunião. Além disso, comunicou que nos dias 29 e 30 de setembro seria
1308 realizada oficina de planejamento da Secretaria-Executiva do CNS, com o objetivo de melhor atender
1309 as demandas do CNS. 14) Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** fez um informe sobre o
1310 acompanhamento da transmissão das reuniões em tempo real (apenas 149 internautas acompanhando
1311 a reunião) e necessidade de maior divulgar da transmissão pelos representantes das entidades.
1312 **Encaminhamento: cada conselheiro deverá comunicar a sua entidade, órgão, movimento sobre**
1313 **a realização da reunião e os temas a serem pautados. À oportunidade, foi sugerido que em**
1314 **propagandas governamentais fosse informado que as reuniões do Conselho Nacional de Saúde**
1315 **são transmitidas em tempo real.** Também falou sobre o debate na Reunião da Mesa Diretora a
1316 respeito do Planejamento Ascendente do SUS. Proposta: pautar o referido tema na próxima reunião do
1317 Pleno. **Encaminhamento: aprofundar o tema do Planejamento Ascendente do SUS nas reuniões**
1318 **das Comissões Intersetoriais do CNS de modo a propiciar que o CNS estabeleça, a partir do**
1319 **atual Plano Nacional de Saúde, das diretrizes da 15ª CNS, um conjunto de diretrizes nacionais de**
1320 **saúde que, ao lado das estaduais e municipais de saúde (incluindo aquelas apresentadas no**
1321 **processo eleitoral municipal) sejam utilizadas na elaboração dos Planos Municipais de Saúde,**
1322 **possibilitando a discussão e preparação ascendente dos Planos Estaduais e Nacional de**
1323 **Saúde.** 15) Conselheiro **Artur Custódio de Souza** comunicou que o MORHAN participará dos
1324 seguintes eventos: Encontro de Associações de Doentes de Hanseníase da Colômbia, dias 6 e 7 de
1325 outubro, na Colômbia, para debate sobre sistema universal de saúde, da experiência do Movimento,
1326 entre outros temas; e de Encontro na Coréia do Sul, de 1º a 3 de novembro de 2016, sobre o tema.
1327 **INDICAÇÕES – 1) Agência Nacional de Saúde – Câmara de Saúde Suplementar:** Indicação:
1328 manutenção das conselheiras que já participam: **Denise Torreão Corrêa da Silva** e **Marisa Fúria Silva**
1329 (no início de 2017, retomar o debate, para indicação de nomes para o próximo mandato). 2) **Comitê**
1330 **Nacional do Programa de Segurança do Paciente – ANVISA.** Indicação: conselheira **Andréa**
1331 **Karolina Bento** (Titular) e **João Rodrigues Filho** (Suplente). 3) **Conselho Consultivo da ANVISA -**
1332 **Indicação:** Conselheira **Lorena Baia de Oliveira** (Titular) e Conselheiro **Jorge Alves de Almeida**
1333 **Venâncio** (suplente). 4) **ANVISA - Portaria nº. 1.346/2014** – Normas para agricultura familiar e
1334 vigilância sanitária. Indicação: Conselheira **Paula Jonhs**. 5) **Ministério da Educação. Comitê**
1335 **Nacional dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino/Saúde.** Indicação: Conselheira
1336 **Francisca Valda da Silva** (titular) e Conselheira **Simone Maria Leite Batista** (suplente). 6) **Ministério**
1337 **da Justiça – Comitê Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas - CONATRAP.** Indicação:
1338 Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** (Titular) e Conselheira **Carmen Lúcia Luiz** (Suplente). 7)
1339 **Ministério da Saúde – Comitê Gestor do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica.**
1340 Indicação: conselheira **Andréa Karolina Bento** (Titular) e conselheira **Valdelice Teodoro** (Suplente).
1341 8) **Ministério da Saúde - Comitê Gestor do Programa Nacional de Atenção à Pessoa com**
1342 **Deficiência.** Indicação: conselheira **Marisa Fúria Silva** (Titular) e conselheira **Priscila Veiga**
1343 (Suplente). 9) **Ministério da Saúde - Comitê técnico de saúde integral às pessoas celíacas.**
1344 Indicação: conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** (titular). 10) **Ministério da Saúde - Grupo**
1345 **de Assessoramento Estratégico – Sistema Nacional de Transplante.** Indicação: o segmento dos
1346 usuários fará a indicação da titularidade até a próxima reunião; e conselheira **Ivone Martins de**
1347 **Oliveira** (Suplente). 11) **Ministério da Saúde - Comitê técnico de saúde integral de saúde LGBT.**
1348 Indicação: o Plenário decidiu não indicar representante até a conclusão do processo de recomposição
1349 do comitê. 12) **Ministério da Saúde - Comitê técnico de saúde da população negra.** Indicação:
1350 conselheira **Sônia Aparecida Pinheiro Pereira** (Titular). 13) **Ministério da Saúde - PROAD SUS.**
1351 Indicação: conselheiro **Wanderley Gomes da Silva** (Titular) e conselheira **Sueli Goe Barros**
1352 (Suplente). 14) **Comissão Intergestores Tripartite.** Indicação: membros da Mesa Diretora do CNS. 15)
1353 **Ministério da Saúde - Comitê Permanente de Assuntos Internacionais de Saúde.** Indicação:
1354 conselheiro **Moyses Toniolo de Souza** (Titular) e conselheira **Maria Angélica Zolin de Almeida**
1355 (Suplente). 16) **Ministério da Saúde - Comitê Uso Racional de Medicamentos.** Indicação:
1356 Conselheiro **Geraldo Adão Santos** (Titular). 17) **Ministério da Saúde - Comissão Nacional de**

1357 **Incorporação de Tecnologia no SUS.** *Indicação:* conselheira Cleuza de Carvalho Miguel (Titular),
1358 conselheiro Nelson Augusto Mussolini (1º Suplente) e conselheira Lorena Baía de Oliveira (2ª
1359 suplente). **18) Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República – Comissão**
1360 **Nacional de População e Desenvolvimento.** *Indicação:* conselheira Carmen Lucia Luiz. **19) GT da**
1361 **ANVISA para estimular o uso racional de medicamentos.** Portaria nº. 668/2013. *Indicação:*
1362 conselheira Lorena Baía. O Grupo nunca se reuniu, por isso, é preciso verificar com a ANVISA. **20)**
1363 **Ministério das Cidades – Grupo de Trabalho (GTI) Plano Nacional de Saneamento – PLANSAB.**
1364 *Indicação:* conselheiro Fernando Pigatto. (Na impossibilidade, conselheiro João Rodrigues Filho. A
1365 SE/CNS verificará se o conselheiro comunicou oficialmente seu afastamento para concorrer à eleição
1366 municipal). Conselheiro Adriano Félix lembrou que o Plenário deliberou pela participação de um
1367 conselheiro representante da patologia reumática na câmara técnica de reumatologia do Ministério da
1368 Saúde. **Encaminhamento: a Secretaria-Executiva verificará e assim que receber a solicitação de**
1369 **indicação o tema retornará.** Conselheiro Nelson Mussolini solicitou que o Plenário debatesse e se
1370 posicionasse sobre a proposta de assegurar que os representantes dos CNS em espaços externos
1371 tenham direito a voz e voto. **Como encaminhamento, acordou-se que será feito levantamento nas**
1372 **atas das reuniões para retomar a decisão do Conselho a respeito e a Mesa Diretora pautará essa**
1373 **questão para debate no Pleno.** Conselheiro Neiton Araújo disse que é preciso fazer instrução
1374 normativa sobre a participação de conselheiros em fóruns externos. **21) Comissão Nacional de**
1375 **Residência Multiprofissional.** *Indicação provisória:* conselheira Maria Angélica Zolin (Titular) e
1376 conselheira Liu Leal (Suplente). O Plenário decidiu indicar esses dois nomes provisoriamente,
1377 considerando a republicação da Portaria de recomposição da Comissão. Essa questão será retomada
1378 posteriormente, após debate no Fórum de Usuários. A Secretaria-Executiva verificará essa indicação
1379 com o MEC. Conselheiro Geordeci Menezes de Souza explicou que a intenção é elaborar, até
1380 dezembro, documento para influenciar a elaboração dos planos de governo dos novos gestores.
1381 Definido esse ponto, a mesa encerrou os trabalhos da manhã do primeiro dia de reunião. Retomando, a
1382 mesa deu continuidade aos itens das indicações. **INDICAÇÕES DA SEGUNDA COORDENAÇÃO**
1383 **ADJUNTA DAS COMISSÕES COM MAIS DE 30 MEMBROS** – Conselheiro Geordeci Menezes de
1384 Souza explicou que, conforme definido na 284ª Reunião Ordinária, as comissões com mais de 30
1385 membros poderão indicar uma segunda coordenação adjunta que deverá ser exercida por membro
1386 titular da respectiva comissão. Detalhou as nove comissões nessa condição: **1) Comissão Intersetorial**
1387 **de Políticas de Promoção da Equidade.** **2) Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de**
1388 **Trabalho.** **3) Comissão Intersetorial Saúde do Trabalhador e Trabalhadora.** **4) Comissão Intersetorial de**
1389 **Vigilância em Saúde.** **5) Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde de Pessoas com Patologias.** **6)**
1390 **Comissão Intersetorial de Promoção, Proteção e Práticas Integrativas e Complementares de Saúde.**
1391 **7) Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento.** **8) Comissão Intersetorial de Ciência,**
1392 **Tecnologia e Assistência Farmacêutica.** **9) Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde nos Ciclos de**
1393 **Vida.** **Deliberação: das nove comissões nessa condição, o Plenário aprovou, por unanimidade, a**
1394 **indicação da segunda coordenação adjunta para as seguintes:** **1) Comissão Intersetorial de**
1395 **Políticas de Promoção da Equidade.** *Indicação:* conselheira Sônia Aparecida Pinheiro Pereira. **2)**
1396 **Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho.** *Indicação:* conselheira
1397 Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro. **3) Comissão Intersetorial Saúde do Trabalhador e**
1398 **Trabalhadora.** *Indicação:* conselheira Denise Torreão Corrêa da Silva. **4) Comissão Intersetorial de**
1399 **Vigilância em Saúde.** *Indicação:* conselheiro Arthur Custódio Moreira de Sousa. Em relação às
1400 demais, a situação é a seguinte: **Comissão Intersetorial de Promoção, Proteção e Práticas**
1401 **Integrativas e Complementares de Saúde.** Não houve indicação. **Comissão Intersetorial de**
1402 **Atenção à Saúde de Pessoas com Patologias.** *Indicação:* aguardar a próxima reunião do CNS.
1403 **Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde nos Ciclos de Vida.** *Indicação:* aguardar a próxima
1404 reunião do CNS. **Comissão Intersetorial de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica.**
1405 *Indicação:* aguardar a próxima reunião do CNS. **Comissão Intersetorial de Orçamento e**
1406 **Financiamento.** *Indicação:* aguardar a próxima reunião do CNS. Conselheira Maria das Graças
1407 Gervásio explicou que não consta na ata da 284ª RO a informação de que a segunda coordenação
1408 adjunta deverá ser exercida por membro titular da respectiva comissão. Conselheiro Geordeci
1409 Menezes de Souza explicou que faria a retificação na ata da 284ª RO, porque essa foi a definição do
1410 Pleno. **Além dessas comissões, o Pleno fez as seguintes indicações de coordenação adjunta**
1411 **para as comissões que ainda estavam pendentes:** **1) Comissão Intersetorial de Saúde Mental.**
1412 *Indicação:* conselheiro Antônio Pitol. **2) Comissão Intersetorial de Ética e Pesquisa.** *Indicação:*
1413 conselheira Francisca Valda da Silva. **VAGAS REMANESCENTES NAS COMISSÕES DO CNS** –
1414 Conselheiro Geordeci Menezes de Souza recuperou que o Plenário debateu esse tema na última
1415 reunião e definiu novo prazo para que as entidades fizessem a indicação de representantes (até 31 de
1416 agosto de 2016). Detalhou que são 32 vagas pendentes para indicação e passou a detalhá-las.
1417 Lembrou que o Plenário decidiu analisar o quantitativo e definir o que será feito em relação às vagas
1418 remanescentes. No caso das comissões, o número de pleitos foi menor que o número de vagas. Feitas

1419 essas considerações, os conselheiros apresentassem encaminhamentos a respeito: definir as
1420 vacâncias nos Fóruns de Segmento; na próxima reunião dos fóruns, verificar as comissões com vagas
1421 remanescentes a fim de identificar se as entidades que se inscreveram foram contempladas; definir no
1422 Plenário critério para o preenchimento de vagas, considerando o pleito inicial das entidades; reabrir a
1423 possibilidade de preenchimento das vagas que não foram ocupadas por falta de pleito; nas comissões
1424 com vagas remanescentes, verificar se entidades que se inscreveram não foram contempladas, a fim
1425 de priorizá-las; possibilitar a apresentação de pleitos daquelas entidades que compõem o CNS e não
1426 enviaram os nomes; garantir a entidades que não compõem o CNS que possam se inscrever para
1427 ocupar as vagas remanescentes (prioridade àquelas entidades que não compõem o CNS; se houver
1428 vaga remanescente, abrir para as entidades que compõem o Conselho). **Encaminhamento: neste**
1429 **ponto, o Plenário decidiu, por maioria e uma abstenção, que:** 1) o Fórum verificará se as
1430 entidades indicadas para as comissões que não enviaram os nomes até o dia 31 de agosto
1431 realmente não fizeram a indicação no prazo definido; se a entidade provar que indicou os nomes
1432 no prazo, a vaga será mantida, devendo ser indicado representante até a próxima reunião do
1433 CNS. Se não provar que indicou, a vaga será considerada remanescente, portanto, será
1434 substituída; 2) as vagas remanescentes serão inicialmente ocupadas pelas entidades que
1435 apresentaram os pleitos nas datas e não conseguiram se eleger nas comissões; 3) no próximo
1436 Pleno será definido prazo para indicação de representantes para as vagas que ainda
1437 permanecerem como remanescentes; 4) a Secretaria Executiva do CNS fará levantamento sobre
1438 a participação de cada entidade nas comissões – titularidade e suplência - e enviará o mais
1439 breve possível aos conselheiros. Esse documento servirá de subsídio para definição das vagas
1440 remanescentes, com exceção do segmento de gestor/prestador de serviço. **INDICAÇÃO PARA A**
1441 **COMISSÃO ORGANIZADORA DAS CONFERÊNCIAS** - a) **Vigilância em Saúde:** conselheiros **Gilson**
1442 **Silva** e **Wanderley Gomes da Silva**. A Mesa Diretora do CNS indicou os conselheiros **Geordeci**
1443 **Menezes de Souza** e **André Luiz de Oliveira** para também compor a comissão. O segmento dos
1444 *trabalhadores* fará a indicação na próxima semana. b) **Saúde das Mulheres:** conselheiras **Sônia**
1445 **Aparecida Pinheiro Pereira** e **Maria Zenó Soares da Silva**. A Mesa Diretora do CNS indicou as
1446 conselheiras **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** e **Francisca Rego Oliveira Araújo** para também
1447 compor a Comissão. O segmento dos *trabalhadores* fará a indicação na próxima semana. **ITEM 7 –**
1448 **RADAR - Informe sobre o combate ao Aedes Aegypti (dengue, Zika vírus e Chikungunya) –**
1449 **Coordenação:** conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**. **Apresentação:** **Ana Karolina**, coordenadora do
1450 Programa Nacional da Situação Epidemiológica da Dengue/MS. A coordenadora fez um informe sobre
1451 a situação epidemiológica e enfrentamento da Dengue, Chikungunya e Zika e os casos notificados de
1452 microcefalia e/ou malformações do sistema nervoso central. Sobre a situação Epidemiológica da
1453 Dengue, Brasil, semana 1 a 32 de 2016, disse que foram 1.426.005 casos prováveis (em 2014, 500.991
1454 casos prováveis; e, em 2015, 1.479.950 casos prováveis). A respeito dos óbitos por dengue
1455 confirmados no Brasil, de 2014 a 2016, detalhou: 2014 – 397; 2015 – 814; e 2016 – 509 (SE 1 a 32 de
1456 2016). Sobre a situação epidemiológica de chikungunya e zika (Brasil, SE 1 a 32 de 2016), destacou:
1457 a) número de casos de febre Chikungunya, segundo critério de confirmação e semana epidemiológica:
1458 casos prováveis: 216.102 (105,7/100.000 hab.); óbitos confirmados: 2016: 91 óbitos; e óbitos
1459 confirmados: 2015: 6 óbitos. b) Número de casos de **Zika** segundo critério de confirmação e semana
1460 epidemiológica - casos prováveis: 196.976 (96,3/100.000 hab.); óbitos confirmados: 2015*: 3 óbitos
1461 (MA, RN e PA); e óbitos confirmados: 2016: 3 óbitos (02 RJ / 01 ES); c) Número de casos de **Zika** em
1462 gestantes segundo critério de confirmação e semana epidemiológica - casos prováveis: 16.264; e casos
1463 confirmados: 8.904 (3.498 laboratório). d) Casos notificados de Microcefalia e/ou malformações do
1464 Sistema Nervoso Central e/ou alteração no SNC que evoluíram para óbito (Brasil e Regiões, até SE
1465 35/2016) – 9.289; e) Salas Municipais de Coordenação e Controle - total de SMCC: 1.735; 1 Sala
1466 Binacional; e 1 Sala Interfederativa; e f) Ciclos de visitas a imóveis urbanos - 1º Ciclo - (01/01 a 29/02):
1467 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
1468 (01/07 a 31/08): 67,9%. Concluída a apresentação, foi aberta a palavra para debate. Da discussão,
1469 emergiram as seguintes questões: que o MS encaminhe às Secretarias Municipais de Saúde as
1470 recomendações em relação ao controle do Votor; é preciso envolver todos no processo de combate ao
1471 votor, a fim de evitar aumento de casos a partir de novembro; que a Sala Nacional de Controle oriente
1472 as salas estaduais a procurar os conselhos estaduais com o intuito de orientação sobre o controle do
1473 votor; estão sendo trabalhadas ações relativas a saneamento. **Comemoração aos 26 anos da Lei nº.**
1474 **8.080/90** – A Secretaria-Executiva do CNS, **Neide Rodrigues**, informou que a assessoria parlamentar
1475 tentou espaço no Legislativo para realizar ato em comemoração à data. Assim, a proposta é
1476 potencializar a campanha de comunicação acerca da data. Além disso, comunicou que serão
1477 realizados atos públicos nos estados e municípios, de 19 a 26 de setembro de 2016, em comemoração
1478 aos 26 anos da Lei nº 8.080/90. Conselheiro **Renato Barros** fez informe sobre as atividades que serão
1479 realizadas pelo no Estado de Minas Gerais e sugeriu que Estados e Municípios também realizem
1480 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 **Geordeci 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; **Geordeci 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 Catanoce**, 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 ABRALE; **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.