



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

1

**ATA DA DUCENTÉSIMA OCTOGÉSIMA SÉTIMA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO
NACIONAL DE SAÚDE - CNS**

5 Aos dez e onze dias do mês de novembro de dois mil e dezesseis, no Plenário do Conselho Nacional
6 de Saúde “Omílio Visconde” – Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º
7 andar – Brasília/DF, realizou-se a Ducentésima Octogésima Sétima Reunião Ordinária do Conselho
8 Nacional de Saúde – CNS. A mesa de abertura foi composta pelo conselheiro **Ronald Ferreira dos**
9 **Santos**, Presidente do CNS e conselheiro **André Luiz de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. O
10 Presidente do CNS procedeu à abertura dos trabalhos, cumprimentando os presentes e os que
11 acompanhavam a reunião em tempo. Em seguida, apresentou os objetivos da 287ª RO: **1)** Apreciar,
12 debater e deliberar sobre as Conferências, 2ª CNSMu e 1ª CNVS, e eventos preparatórios às etapas
13 nacionais. **2)** Apreciar e deliberar sobre as demandas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa –
14 CONEP. **3)** Discutir e deliberar sobre as particularidades da Segurança do Paciente. **4)** Debater sobre
15 os impactos da Proposta de Emenda Constitucional 241. **5)** Apreciar e debater sobre as ações de
16 enfrentamento ao Aedes Aegypti (dengue, zika vírus e chikungunya). Em seguida, procedeu ao
17 expediente com apresentação da pauta da reunião. **ITEM 1 – EXPEDIENTE - Aprovação da pauta da**
18 **287ª Reunião Ordinária e da Ata da 285ª Reunião Ordinária do CNS. Justificativas de ausência.** –
19 Primeiro, o Presidente do CNS procedeu à leitura da pauta e o Plenário apresentou as seguintes
20 propostas: incluir informe sobre o novo edital do Programa Mais Médicos; antecipar o máximo os itens
21 do segundo dia de reunião para o primeiro, haja vista a iminência de greve geral; e antecipar, para o
22 primeiro dia, o debate sobre a 2ª Conferência de Saúde da Mulher e o item da CONEP, por conta da
23 agenda do coordenador da Comissão. **Deliberação: a pauta da 287ª RO foi aprovada com as**
24 **sugestões dos conselheiros.** Na sequência, o Presidente do CNS submeteu à apreciação do Pleno a
25 ata da 285ª RO, enviada previamente aos conselheiros. **Deliberação: a ata da 285ª RO foi aprovada,**
26 **por unanimidade, com o adendo do conselheiro Nelson Mussolini e da conselheira Oriana**
27 **Bezerra.** Em seguida, apresentou as justificativas de ausência: **Carlos de Souza Andrade; Cleoneide**
28 **Paulo Oliveira Pinheiro; Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá; Gilene José dos Santos; João**
29 **Paulo dos Reis Neto; José Vanilson Torres da Silva; Lorena Baia de Oliveira Alencar; Semiramis**
30 **Maria Amorim Vedovatto; e Wilen Heil e Silva.** Enquanto se aguardava a presença do Ministro de
31 Estado da Saúde, **Ricardo Barros**, e os demais convidados para o item 2, a mesa antecipou o item 10.
32 **ITEM 10 – CONFERÊNCIAS - 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres – 2ª CNSMu** -
33 Conselheira **Carmem Lúcia Luiz** fez um informe sobre o Seminário Nacional de Saúde das Mulheres,
34 realizado nos dias 4 e 5 de novembro de 2016, com o tema: “Histórias e Lutas Inscritas em Nossos
35 Corpos e Expressas em Nossa Saúde - Nenhum Direito a Menos”. O objetivo do seminário foi preparar
36 o CNS e os conselhos estaduais de saúde para a 2ª Conferência. Também apresentou as propostas do
37 Fórum dos Usuários para a Conferência: **a)** delegação: 1.500 delegados e delegadas mais 10% de
38 convidados e 5% de participantes livres, sendo 40% distribuídos igualitariamente nos estados e 60%
39 proporcionais à população; **b)** percentual de homens e mulheres: no mínimo, 60% de mulheres em
40 todos os segmentos. Neste ponto, a coordenação dos trabalhos anunciou a presença do Ministro de
41 Estado da Saúde, **Ricardo Barros**, e a conselheira perguntou quando seria assinada a resolução de
42 convocação da 2ª CNSMu. O Ministro de Estado da Saúde, Ricardo Barros, informou que recebera
43 quatro sugestões de alterações no texto anteontem e, por isso, não assinara antes. Disse que as
44 propostas apresentadas foram acatadas e a resolução assinada. Conselheiro **Neilton Araújo de**
45 **Oliveira** explicou que as sugestões de alteração foram encaminhadas pela Mesa Diretora do CNS ao
46 Ministério da Saúde e uma delas refere-se ao prazo para realização das conferências regionais.
47 Ressaltou que as propostas foram acatadas pelo Ministro de Estado da Saúde e a nova redação
48 elaborada, sendo necessária a homologação do Plenário. O Ministro de Estado da Saúde informou que
49 assinaria naquele momento também a resolução de convocação da 1ª Conferência de Vigilância em
50 Saúde. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, acrescentou que aguardavam
51 homologação ainda as resoluções: 515 - posiciona-se contrário à autorização de todo e qualquer curso
52 de graduação da área da saúde, ministrado na modalidade Educação a Distância (EaD) e a minuta

53 relativa às diretrizes curriculares nacionais. Após a assinatura da resolução que convoca a 1ª
54 Conferência de Vigilância em Saúde, a mesa procedeu ao item 2 da pauta. **ITEM 2 – DINAMIZAÇÃO**
55 **DO PLANO DE ENFRENTAMENTO AO AEDES AEGYPTI E AS SUAS CONSEQUÊNCIAS –**
56 **Apresentação:** **Ricardo Barros**, Ministro de Estado da Saúde. **Coordenação:** conselheiro **Ronald**
57 **Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS. O Ministro de Estado da Saúde iniciou cumprimentando os
58 presentes e explicando que a partir de 20 de novembro será lançada campanha de conscientização nos
59 meios de comunicação para sensibilização da sociedade quanto às ações de combate ao mosquito e
60 prevenção. Explicou que o Dia Nacional de Mobilização está marcado para 25 de novembro, com a
61 intenção de ampliar a visibilidade ao esforço integrado e convocar os brasileiros a participar do
62 processo. Depois dessa data, haverá ações de mobilização a cada sexta-feira para eliminação dos
63 criadouros do mosquito. Destacou que a mobilização nacional contará também com o apoio das
64 escolas sob a coordenação do Ministério da Educação. As instituições de ensino serão orientadas a
65 reservar dez minutos todas as sextas-feiras para uma ação de conscientização com os alunos, para
66 que estes multipliquem as ações de prevenção para as famílias e comunidades em todo o território
67 nacional. Considerando que o ciclo do mosquito é de uma semana, os alunos são mobilizados a
68 realizarem vistoria nas suas casas para eliminação de focos. Nas empresas, formar grupos de
69 voluntários para mobilizar a eliminação de focos no ambiente da empresa. Disse que a ideia é motivar
70 toda a população uma vez que o sucesso das ações de eliminação depende do envolvimento de cada
71 brasileiro. Destacou que o mote da campanha é “Um simples mosquito pode marcar uma vida – um
72 simples gesto pode salvar” e a iniciativa visa conscientizar a população sobre as consequências das
73 doenças (chikungunya, zika e dengue) e fortalecer a mensagem que é melhor cuidar do foco do
74 mosquito do que sofrer as consequências depois. Feitas essas considerações iniciais, passou à
75 apresentação que fizera anteriormente à presidência da república: “Um país em movimento contra o
76 *Aedes aegypti*”. Explicou que o Plano Nacional de Enfrentamento ao Aedes e suas consequências
77 possui três eixos de ação: Eixo 1 - Mobilização e combate ao vetor; Eixo 2 – Cuidado; e Eixo 3 -
78 Desenvolvimento tecnológico, educação e pesquisa. No que se refere ao Eixo 1, destacou redução
79 superior a 80% dos casos de zika e microcefalia, com queda do número de bebês com microcefalia ou
80 alteração do sistema nervoso central. Em setembro/outubro foram identificados 100 casos por semana:
81 queda superior a 80% em relação a janeiro. Além disso, nas olimpíadas do Rio de Janeiro, nenhum
82 atleta com zika. Citou a distribuição de larvicida suficiente para 67,5 milhões de caixas d’água;
83 equipamentos: R\$ 17.640.809,00 para aquisição de 250 veículos e 650 equipamentos de nebulização;
84 R\$ 69.483.997,80 para aquisição de inseticidas/larvicidas (135 mil Kg de Piriproxyfen suficiente para o
85 tratamento de 67,5 bilhões de litros de água (27 mil piscinas olímpicas) e 1.650.000 litros de Malathion
86 dariam para pulverizar uma área de 1.941.176KM, o que equivale a ir e voltar 232 vezes do Oiapoque
87 ao Chuí). Além disso, rede preparada para diagnóstico em todo o país: 27 laboratórios, além das
88 unidades da Fiocruz e Evandro Chagas; e R\$ 12,5 milhões utilizados na aquisição de exames
89 laboratoriais. Ressaltou ainda atualização de diretrizes e protocolos, além de reunião com especialistas.
90 Falou sobre o monitoramento em tempo real das ações em todo o país, com ações setoriais: 27 Salas
91 Estaduais; 1.867 Salas Municipais (dados de 31/10/16); 1 Sala binacional entre Tabatinga (AM) e
92 Letícia (Colômbia); 1 Sala Inter federativa entre Distrito Federal e Goiás. Sobre as visitas a imóveis no
93 país para eliminação dos focos do mosquito, informou que foram 275 milhões realizadas, atingindo 80%
94 dos imóveis em todo o Brasil em 2016. Destacou que um novo ciclo começou em 1º de novembro e
95 segue até o final do ano. Detalhou a força de trabalho envolvida: 266,3 mil Agentes Comunitários de
96 Saúde; 46,8 mil Agentes de Controle de Endemias (ACE); 5 mil militares treinados das Forças
97 Armadas; e profissionais da Defesa Civil e Corpo de Bombeiros dos estados e municípios. Foi feito
98 repasse de R\$ 283.529.407,20 para pagamento de ACE. Segundo, disse que a campanha nacional
99 trará depoimentos reais para incentivar mobilização e o mote é: “Um simples mosquito pode marcar
100 uma vida. Um simples gesto pode salvar.” Além disso, será mantida agenda permanente de
101 mobilização: proposta “Sexta-feira contra o Aedes aegypti” (a ideia é ter uma mobilização permanente
102 contra a proliferação do mosquito). Disse que o Levantamento Rápido do Índice de Infestação do Aedes
103 aegypti (LIRAA) permite identificar onde estão concentrados os focos do mosquito e os principais tipos
104 de criadouros. Os dados serão divulgados em novembro de 2016 e as principais preocupações
105 referem-se a resíduos sólidos (lixo) e abastecimento de água. Salientou que também serão definidas
106 parcerias com a sociedade civil para mobilização da população e mutirões. Também destacou as
107 seguintes iniciativas: dia nacional sem Aedes: 25 de novembro - proposta: realização de mutirão
108 nacional nos órgãos da administração pública direta e indireta, unidades de saúde e estatais, marcando
109 a intensificação das ações de combate; natal sem Aedes - proposta: Aproveitar as festas para
110 mobilização geral em torno do tema. Alertando a população sobre o descarte correto de embalagens de
111 alimentos e brinquedos, papéis...; parcerias possíveis com associações comerciais, de catadores, de
112 reciclagem...; réveillon sem Aedes - dando continuidade e visibilidade às ações, aproveitar os festejos
113 de ano novo para chamar a atenção ao descarte correto de garrafas e latinhas de bebidas, copos e
114 embalagens e até mesmo os rojões utilizados. Parcerias possíveis: fabricantes de bebidas, Ministério

do Turismo e das Cidades...; férias sem Aedes - lembrar os alunos antes do início das férias, que o combate continua. Devem ter atenção às casas fechadas. Parcerias possíveis: MEC, sindicato das escolas, entidades estudantis... Destacou ainda o envolvimento de diversas estruturas do governo federal (Ministério da Defesa: participação de militares para ação em municípios de todo o país; Ministério da Educação: Pacto da Educação Brasileira contra o Zika: envolvendo das escolas e universidades do país (Potencial de cerca de 200 mil instituições); Ministério do Planejamento: mobilização das empresas públicas (Potencial de 150 instituições)) e envolvimento de diversas estruturas do governo federal (Ministério da Justiça e das Cidades: Leilão de carros a realização de leilões e esvaziar os pátios abarrotados; Ministério do Meio Ambiente: mobilização Nacional de coleta de pneus: promoção de mutirões nos estados para recolher os produtos guardados ou descartados de forma inadequada em todo o país). A respeito do Eixo 2 – cuidado, disse que 88% das crianças com microcefalia são acompanhadas pela atenção especializada. Detalhou o percentual de crianças com microcefalia ou alteração no Sistema Nervoso Central: notificados: 9.953 (100%); confirmados: 2.079 (20,9%); descartados: 4.797 (48,2%); e em investigação: 3.077 (30,9%). Destacou ainda que são R\$ 12,5 milhões de incentivo (R\$ 2.200 por criança investigada) para acelerar os diagnósticos, dentro da Estratégia de Ação Rápida. Salientou ainda a diminuição dos gargalos de diagnóstico e atendimento às crianças e citou os próximos passos: ampliação de atendimento a crianças com microcefalia, definição de regiões prioritárias e organização da rede assistencial e lançamento de guias e manuais para a Vigilância em Saúde e atenção aos pacientes. Explicou que são cerca de 160 mil profissionais capacitados para diagnóstico e atenção especializada. Falou também da atenção conjunta de outros órgãos do governo federal. Em estratégia conjunta do Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário - MDSA, INSS e Casa Civil, são 1.430 concessões do Benefício de Prestação Continuada para as crianças com Microcefalia. No caso do Ministério das Cidades e MDSA, citou a inclusão sem sorteio no programa Minha Casa Minha Vida para candidatos que possuam membro da família com microcefalia instituída pela portaria 163 do Ministério das Cidades. No eixo 3, Desenvolvimento Tecnológico, Educação e Pesquisa, falou da aquisição do teste sorológico da Zika: 3,5 milhões de testes rápido de Zika da Bahiafarmácia foram adquiridos em 25 de outubro de 2016, com investimento de R\$ 119 milhões pelo Ministério da Saúde. Explicou ainda que o investimento em novas tecnologias somam quase R\$ 200 milhões e cientistas brasileiros são pioneiros nesta área: R\$ 10 milhões para a vacina contra Zika em desenvolvimento pelo Instituto Evandro Chagas (IEC), em parceria com Universidade Medical Branch do Texas; os testes pré-clínicos (em primatas e camundongos) foram antecipados e serão realizados já em novembro deste ano; R\$ 100 milhões para a última fase da pesquisa clínica da vacina da dengue que está sendo desenvolvida pelo Instituto Butantan; R\$ 11,6 milhões para o desenvolvimento de vacina contra o vírus Zika pela Fiocruz. Do total, cerca de R\$ 6 milhões para cooperação bilateral (NIH); e R\$ 12 milhões para pesquisa Wolbachia: bactéria que torna o mosquito *Aedes aegypti* incapaz de transmitir doença. Salientou que investimento em novas tecnologias somam quase R\$ 200 milhões, 530 projetos inscritos e 69 projetos selecionados; R\$ 65 milhões: R\$ 30 milhões da CAPES/MEC, R\$ 20 milhões do Decit/SCTIE/MS e R\$ 15 milhões do CNPq/MCTI. Falou ainda das ações conjuntas que oferecem cuidado às gestantes, destacando a compra de repelentes para mulheres grávidas do Programa Bolsa Família: serão adquiridos três bilhões de horas de proteção, via repasse (TED) de R\$ 300 milhões do Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário, 484 mil gestantes do Bolsa Família deverão ser beneficiadas e pregão está previsto para o dia 1º de dezembro após audiência pública de 26 de outubro. Por fim, informou a realização de reunião com especialista para buscar respostas mais atuais contra a epidemia e convocação de oficina de Prioridades de Pesquisa em Arboviroses. Grupos de Trabalho: Entomologia/controle de vetor; Virologia/imunologia; Diagnóstico/laboratório; Epidemiologia/vigilância em saúde; e Fisiopatologia/clínica. Por fim, falou sobre a RENEZIKA: rede nacional de pesquisas relacionados ao Zika e doenças correlatas, com participação de 129 especialistas e instituições. Concluída a apresentação foi aberta a palavra aos conselheiros. As breves questões foram respondidas pontualmente pelo Ministro da Saúde. **Não houve deliberação neste ponto.**

ITEM 3 – IMPACTO NO FINANCIAMENTO DA SAÚDE COM A APROVAÇÃO DA PROPOSTA DE EMENDA À CONSTITUIÇÃO 241 - Apresentação: **Marcos José Mendes**, representante do Ministério da Fazenda; **Grazielle David**, Assessora Política do INESC e Diretora do CEBES, integrante da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento – COFIN/CNS. Coordenação: conselheiro **André Luiz de Oliveira**, coordenador adjunto da COFIN/CNS. Iniciando, conselheiro **André Luiz de Oliveira** agradeceu a presença do representante do Ministério da Fazenda para debater o tema no CNS, saudou a integrante da COFIN/CNS, **Grazielle David**, e justificou a ausência do consultor da COFIN/CNS, Francisco Funcia, que estava doente. Dito isso, abriu a palavra ao expositor. O representante do Ministério da Fazenda, **Marcos José Mendes**, iniciou explicando que na sua apresentação colocaria argumentos para comprovar que a mudança do regime fiscal brasileiro, com maior controle das despesas, é uma boa opção para o setor saúde. Primeiro, afirmou que a saúde tem perdido no atual regime fiscal, ou seja, o setor não pode se beneficiar com o modelo de forte expansão dos gastos públicos. O segundo 2º ponto é que a vinculação do piso da saúde à receita foi

feita na hora equivocada, prejudicando bastante o setor, e precisa ser revista. Em terceiro lugar, afirmou que a recuperação da economia é essencial para o setor da saúde. Explicou que a PEC de controle de gasto foi proposta porque a situação financeira do país é muito grave e há um problema estrutural nos últimos 30 anos. Ou seja, os gastos públicos têm crescido acima da capacidade de pagamento do Estado brasileiro e isso se agravou nos últimos 5 anos. Uma aceleração ainda maior dessa despesa de forma inconsistente com a manutenção do equilíbrio macro econômico. Se essa situação persistir, não será possível evitar inflação alta, estagnação do crescimento e total perda da perspectiva de crescimento econômico para os próximos anos. Assim, é preciso recuperar a economia para que o setor saúde possa sustentar-se. O 4º ponto é que a PEC propõe um realismo orçamentário que vai fortalecer a saúde. No Brasil, é preciso apenas equilibrar receita e despesa e, para incluir mais despesas no orçamento, a receita é superestima. Assim, na execução do orçamento, não há dinheiro para tudo, daí resulta contingenciamento de despesa e incerteza em relação à interação das verbas. A partir do novo regime fiscal o orçamento deverá obedecer ao limite de despesas, assim, não adiantará mais superestimar a receita, porque não abrirá espaço para incluir mais despesa no orçamento. Assim, o que estiver no orçamento vai ser efetivamente executado e acabará com contingenciamento. Em quinto lugar, afirmou que não se sustentam muitos pressupostos dos estudos que apontam que haverá grandes perdas para saúde e educação com a PEC. Destacou, inclusive, que pode haver ganhos substanciais à medida que se consiga conter outros gastos do orçamento que estão crescendo muito rapidamente. Salientou que é preciso rever onde tem sido gasto o orçamento da saúde, pois o setor, por vezes, tem sido usado para objetivos secundários como, por exemplo, fazer política industrial e proteger setores da indústria brasileira. Feita essa contextualização, passou a aprofundar sobre o tema. Em relação à PEC 241 e o **novo regime fiscal**, destacou que a expansão das despesas primárias da União nos próximos 20 anos não pode ser superior à inflação e no décimo ano o Presidente da República pode propor ao Congresso alteração da taxa de correção do limite. Destacou que há limite individual para Executivo, Legislativo, Judiciário, Ministério Público e Defensoria Pública e o realismo orçamentário é fim dos orçamentos inchados. No caso da saúde na PEC 241, explicou que não há teto específico para despesa com o setor, pois o teto é para o global das despesas do Poder Executivo. Ressaltou que a PEC propõe para a saúde que o mínimo seja 15% da receita corrente líquida, antecipando o percentual de 2020 (a partir de 2018 corrigido pelo IPCA do ano anterior). Acrescentou que essa regra de antecipação elevou o gasto mínimo em saúde de aproximadamente R\$ 104 bilhões para R\$ 114 bilhões em 2017. Além disso, destacou que a regra vale por 10 anos repactuando a partir do 10º ano e a PEC só se aplica aos gastos do governo federal, não alcançando o financiamento da saúde que utiliza recursos oriundos dos orçamentos de Estados e Municípios. Seguindo, explanou sobre cada um dos cinco pontos citados no início da apresentação. Mostrou gráfico sobre a participação dos principais itens da despesa primária na despesa da União 2015 para explicar que a saúde não é beneficiária do modelo atual. Detalhou que 48% das despesas referem-se a benefício previdenciário, seja para o regime geral da previdência, seja para o regime do funcionário público; 10% gasto com benefícios assistenciais (quer dizer, quase 60% do orçamento público é consumido por benefícios assistenciais e previdenciários e essa parcela está crescendo ano a ano espremendo os outros gastos, inclusive o gasto com saúde). Apresentou outro gráfico sobre o crescimento real das despesas entre 2004 e 2015, destacando que as despesas primárias totais da União cresceram 102% e a saúde cresceu 65%, ou seja, o setor saúde não é beneficiada no modelo atual. Um dos motivos é que a forma de cálculo da despesa mínima resultou em trava para o crescimento da despesa em saúde, ou seja, garantiu o mínimo, mas não um avanço. Além disso, salientou que a PEC corrige a questão da correção do piso para a saúde ao definir que a base será fixa – a de 2017. Salientou que houve pressão para mudar o indexador - do PIB para receita corrente líquida – o que é compreensível ao observar o período de 1998 a 2010: a receita crescia 6,8% ao ano acima da inflação e o crescimento real do PIB era de 3,2. Todavia, ao longo desse período houve grande aumento da carga tributária (de 20% do PIB para 32% do PIB). Por conta do aumento da despesa, o governo aumentou imposto para pagá-la, mas se chegou ao teto da carga tributária. Além disso, durante esse período, houve aumento no número de empregos formais, resultando em aumento da contribuição previdenciária dos trabalhadores, todavia, esse número também se esgotou e está chegando ao mínimo esperado na formalização da mão-de-obra e a situação começou a voltar ao normal - receita crescendo junto com o PIB. Salientou que, à medida que a economia cresce, os impostos crescem no mesmo ritmo, a receita tributária, que é a receita de impostos, cresce no mesmo ritmo da economia, então, foi uma situação atípica. Assim, a receita voltou a crescer junto com o PIB e, por conta do grande desajuste das contas públicas e outros erros de política econômica cometidos em um passado recente, a economia entrou em forte recessão. Com isso, o PIB começou a cair e a receita acompanhou essa queda; desse modo, a saúde, que começou a ser corrigida pela receita, sofreu prejuízos. Como saída, o governo manteve o gasto acima do mínimo para evitar queda ainda maior no financiamento. Mostrou gráfico para explicar que a regra da vinculação da despesa da saúde à receita seria positiva no período de forte crescimento econômico, mas muito ruim no período de recessão econômica como no momento atual. Além disso,

239 salientou que a recuperação da economia brasileira será lenta e não haverá taxa de crescimento muito
240 forte como aconteceu no passado recente. Ressaltou que o limite mínimo da saúde caiu de 2015 para
241 2016, mas se manteve o empenho em uma trajetória crescente para que a despesa da saúde ficasse
242 próxima do mínimo. No caso de 2017, sem a aprovação da PEC o mínimo será de R\$ 102 bilhões e ,
243 no máximo, R\$ 112 bilhões; com a PEC, o mínimo será de R\$ 114 bilhões. Segundo, reiterou que não
244 há garantia de financiamento para o setor saúde em país em grave crise econômica e que o Brasil está
245 em uma crise econômica, que, inclusive, causou a maior queda do PIB (7% em dois anos). Salientou
246 que o momento é de grande desestruturação econômica e não será possível resolver a situação
247 apenas com o ajuste fiscal. Para ilustrar o que o acontece com a saúde quando a economia entra em
248 crise grave, citou os casos da Venezuela e Argentina. A Venezuela, até 2010, era um exemplo de
249 política de atenção à saúde, com grandes ganhos e reformulação na organização da atenção a saúde.
250 Todavia, o país entrou em grave crise, com escassez de dinheiro, resultando em hospitais sucateados.
251 Fez referência à matéria que relata um hospital venezuelano que substitui as incubadoras por caixas de
252 papelão. No caso da Argentina, disse que a taxa de inflação é de 40% ao ano e os gastos per capita da
253 saúde que vinha crescendo nos últimos anos começaram a cair por conta da crise. Por outro lado, o
254 Chile, um país que sempre manteve as contas em ordem, não teve problema macroeconômico maior e
255 tem controle de suas contas públicas. Nessa linha traçada, tem conseguido aumentar ano após ano seu
256 gasto em saúde porque está com a economia organizada e as finanças públicas no lugar. Portanto,
257 frisou que se não houver organização da economia, a pressão sobre o setor saúde é muito grande.
258 Também mostrou gráfico sobre a variação do número de pessoas com plano privado de saúde no
259 Brasil, para destacar que, de 2014 a setembro de 2016, quase 2 milhões de pessoas deixaram de ter
260 plano de saúde porque perderam o emprego. Com isso, há forte pressão de serviço sobre o SUS que já
261 enfrenta dificuldades financeiras. Sobre o realismo orçamentário, destacou que a PEC acaba com
262 orçamento irreal e espaço para grupos de pressão incluírem novos gastos, assim, reais prioridades
263 sociais ganham força. Segundo, falou sobre estudos que afirmam que saúde ou a educação terá
264 perdas. O primeiro é “Se a PEC tivesse sido aplicada a partir do ano 2000: a Saúde teria perdido com a
265 vinculação do gasto mínimo pela inflação.” Disse que esse tipo de raciocínio não se justifica porque a
266 aplicação da PEC não seria apenas sobre a saúde, mas sobre a despesa total, portanto, controlaria a
267 despesa com a previdência, com a folha de pagamento, com pagamento de subsídios, etc. Salientou
268 que a situação fiscal era melhor e o ajuste teria sido mais suave. Entre janeiro de 2005 e dezembro de
269 2008 houve um crescimento excepcional das receitas da União, da ordem de 8,9% ao ano. Esse
270 crescimento foi mais que o dobro do crescimento do PIB e foi uma situação atípica, que não voltará a
271 acontecer. Outras despesas teriam sido controladas, abrindo espaço para a saúde, a economia teria
272 crescido mais, garantindo mais receita e mais recursos para a saúde. Também questionou estudo que
273 projeta o futuro em bases irreais. Discordou que, “projetando para o futuro, há perdas para a saúde”,
274 uma vez que não faz sentido fazer projeções para o futuro em cenário sem a aprovação da PEC
275 usando estimativas otimistas para a receita e para a inflação. Segundo argumentou, sem a PEC, a
276 receita seria baixa e a inflação alta. Mostrou quadro ilustrando três hipóteses: sem a PEC, a receita
277 cresceria acima da inflação em termos reais entre zero e 1,5%, com melhorias de 2018 a 2026 (receita
278 crescendo 1,5% acima da inflação todo o ano); com a aprovação da PEC, com ajuste fiscal e
279 recuperação do crescimento - a receita cresceria acima da inflação entre 1 e 3%, com a receita corrente
280 líquida ao fim de 2026 de R\$ 87 bilhões, o que é muito significativo. Segundo, mostrou três cenários:
281 baixo crescimento da receita – sem PEC - entre zero e 1,1% acima da inflação e com o PEC com a
282 receita crescendo entre 1 e 3 %. No primeiro cenário, sem a PEC: início em 2017, com gasto mínimo de
283 R\$ 104 bilhões (com a PEC, inicia-se com R\$ 114 bilhões). Então, no 1º ano, com a PEC, mais R\$ 10
284 bilhões. No 1º ano com a PEC, a diferença é acumulada, então, com a PEC, a saúde tem mais R\$ 10
285 bi; no 2º ano, com a PEC, essa diferença cai para R\$ 7bi; e no 3º ano a diferença de R\$ 7 bi cai para
286 R\$ 3 em termos acumulados. Nesse cenário, a opção sem a PEC ficaria melhor para a saúde a partir
287 de 2024. Portanto, não se deve afirmar que a PEC vai prejudicar a saúde, uma vez que é preciso olhar
288 alguns aspectos. Último cenário: se houver controle de despesas e não apenas a despesa em saúde,
289 reforma da previdência que controle a expansão da despesa da previdência, controle da folha de
290 pagamento, redução dos subsídios pagos ao BNDES e muitas outras despesas, será possível abrir
291 espaço fiscal no orçamento. Salientou que ao acabar com a regra que obriga que cada adicional
292 colocado na saúde vire piso do gasto mínimo, como era a regra do PIB, há liberdade para alocar mais
293 recurso na saúde sem risco de congelar. Com isso, será possível um crescimento com a PEC, sempre
294 superior ao cenário sem a Proposta. Também disse que não encontrou evidências nos índices de
295 preços que comprovem o argumento utilizado que “não se pode corrigir o mínimo da saúde pelo IPCA
296 porque o índice de preços da saúde é maior que o índice de preços geral”. Também disse que é preciso
297 refletir se os recursos da saúde devem ser usados para outra coisa que não saúde. Lembrou que, nos
298 últimos anos, os recursos da saúde têm sido destinados para finalidades que não me parecem as mais
299 essenciais. Questionou, por exemplo, se vale a pena usar recursos da saúde para fazer política
300 industrial e citou, por exemplo, a criação da HEMOBRÁS, que consumiu do setor R\$ 683,7 bilhões.

301 Salientou que é preciso avaliar custo benefício desse tipo de iniciativa e se gera os resultados
302 esperados e o benefício final que se espera para o usuário da saúde. Encaminhando-se para o final da
303 apresentação, citou a frase do especialista em economia e financiamento da saúde André Cesar
304 Médici: “É necessário que se façam medidas de contenção de gastos públicos para que esses possam
305 ser priorizados e reorientados, e a PEC 241 poderá ser um dos caminhos para resolver esse problema.
306 Afinal de contas sem retomar o crescimento não serão gerados recursos públicos para financiar
307 políticas de saúde sustentáveis e equitativas”. Disse, finalizando, disse que é preciso controlar a
308 despesa pública e definir claramente as prioridades do gasto público. Acrescentou que gastar muito não
309 significa gastar bem e citou, por exemplo, que o MS, com procedimentos e racionalização de gestão,
310 alcançou a economia próxima de R\$ 1 bilhão/por ano. Frisou que o país passa pela maior crise
311 econômica desde o começo do século 21, com risco de longos anos de recessão e depressão
312 econômica, alta inflação, gerando baixa perspectiva de progresso social. Para se tornar um país
313 desenvolvido com nível de renda adequado para todas as pessoas e capacidade de financiar uma
314 saúde pública decente, o Brasil precisa, em primeiro lugar, recuperar a economia. Concluída a fala do
315 primeiro expositor, o coordenador da mesa passou a palavra à assessora Política do INESC e Diretora
316 do CEBES, **Graziele David**, integrante da COFIN/CNS, que iniciou agradecendo o convite para debater
317 o tema e desejando melhorias para o assessor da COFIN/CNS. Disse que colocaria visão de outros
318 grupos sobre os efeitos da PEC 55 na saúde. Primeiro, falou sobre o material “Austeridade e
319 Retrocasso”, elaborado por um grupo de diversos economistas, com prospecção da evolução dos
320 gastos com as despesas primárias a partir da PEC 55. Explicou que as projeções apontam que, ao
321 contrário do afirmado, a PEC 55 não possibilitaria priorizar despesas para áreas específicas como
322 saúde e educação, por exemplo. Ao avaliar a percentagem do PIB aplicada nas despesas primárias ao
323 longo dos anos, percebe-se que a percentagem do PIB fica cada vez menor para as despesas
324 primárias como transporte, gestão ambiental, agricultura, segurança pública. Explicou que, por emenda
325 à PEC 55, Saúde e Educação terão um piso, um valor mínimo obrigatório a ser aplicado, o que não
326 ocorrerá com outras áreas. Assim, para mais investimento em saúde e educação, outras políticas
327 públicas e investimentos deverão ser cortados, dada a existência do teto global. Detalhou que foi
328 definido o valor a ser aplicado na saúde em 2017 - 15% da receita corrente líquida - e que a partir de
329 2018 será o que foi em 2017 mais a correção do IPCA ao longo dos anos. Disse que, em 2017, o valor
330 aplicado em saúde será maior do que o valor anteriormente previsto de forma escalonada pela EC
331 86/2015. Porém, como a RCL em 2017 ainda estará baixa, o congelamento da PEC 55 será feito sobre
332 um dos valores mais baixos aplicados em saúde nos últimos anos. Em si, isso já representa imensa
333 perda para a saúde. Além disso, a saúde sofre de subfinanciamento crônico, o que resulta em estrutura
334 inferior às necessidades da sociedade brasileira e congelar por 20 anos os gastos, implicará em nunca
335 sair dessa situação. Como ao longo dos anos o PIB crescerá e as despesas primárias ficarão
336 congeladas, haverá redução da percentagem do PIB e da RCL para os gastos sociais e de investimento
337 – desrespeito ao princípio do uso máximo de recursos disponíveis para a realização de direitos
338 humanos, constante em Tratado do qual o Brasil é signatário. Ao longo dos anos, com a retomada da
339 economia, a regra da PEC 55 é bem pior que a da EC 86, em vigor atualmente. Acrescentou que, com
340 o limite (teto) dos gastos com despesas primárias cada vez mais baixo, ao longo dos anos em
341 percentual do PIB, ocorrerá uma inviabilização, mesmo que haja interesse, de aumentar os recursos
342 financeiros para saúde e educação (não haverá disponibilidade/espaço para isso). Pela regra anterior, o
343 gasto em saúde aumentaria com o aumento da RCL, isso não ocorrerá com a PEC 55. Como ao longo
344 dos 20 anos haverá aumento da RCL cuja percentagem não será convertida para a saúde, deixarão de
345 ser gastos em saúde R\$ 417 bilhões. Além disso, como haverá aumento da demanda de recursos
346 financeiros em decorrência do fato de que em 20 anos a população brasileira crescerá 9% e dobrará a
347 população idosa (IBGE), e mesmo assim os gastos em saúde estarão congelados, sem aumento real, o
348 resultado será uma aplicação per capita menor em saúde. Afirmou que isso significa desrespeito ao
349 princípio do não retrocesso social. Lembrou que as despesas sociais possuem efeito multiplicador e
350 citou, por exemplo, que a cada R\$ 1 gasto em saúde é preciso aumentar R\$ 1,70 no PIB, portanto,
351 gasto em saúde ajuda a economia. Apresentou uma projeção em cenário retrospectivo, de 2003 a
352 2015, da situação caso a PEC tivesse sido aprovada. De 2012 a 2015, a saúde teria perdido R\$ 134
353 bilhões e teria tido uma redução da porcentagem do PIB dos gastos federais aplicados em saúde.
354 Considerando que muito dos gastos em saúde são vinculados a políticas e programas específicos,
355 destacou que as despesas discricionárias seriam as mais afetadas, sendo: PAB (Piso da Atenção
356 Básica) variável, medicamentos, exames complexos, cirurgias eletivas e vigilâncias (sanitária,
357 epidemiológica e em saúde). Em relação a medicamentos, destacou que os principais gastos são
358 relativos a medicamentos do Programa Farmácia Popular e essa política que atende a toda a
359 população será atingida, mas prejudicando principalmente aqueles que necessitam de medicamentos
360 para hipertensão, diabetes. Rebateu o discurso no cenário econômico que as despesas primárias estão
361 fora de controle e que a única forma de melhorar a economia seria controlar essas despesas primárias.
362 Mostrou dados do FMI sobre o processo de variação tanto das despesas totais e primárias e receitas

363 primárias e totais. Do governo FHC, 1995, até o governo Dilma, em 2014, as despesas primárias não
364 variaram de forma descontrolada. Por outro lado, ao avaliar as receitas, observa-se queda
365 considerável. Nessa linha, afirmou que a crise fiscal é de falta de receitas e não de excesso de
366 despesas primárias. Nesse cenário, apresentou alternativas à PEC 55, sendo a primeira delas, a
367 reforma tributária com Justiça Fiscal: produziria efeitos mais imediatos para lidar com a crise fiscal e
368 ainda reduzindo desigualdades. Com isso, revogar lei que isenta a tributação de lucros e dividendos no
369 Imposto de Renda (aumento estimado de arrecadação de R\$ 43 bilhões). Se somado a redistribuição e
370 aumento das alíquotas, chegaria a R\$ 80 bilhões. Além disso, tributar IPVA para aeronaves e
371 embarcações; ITR: baixa participação na arrecadação, apesar dos grandes territórios rurais. A segunda
372 seria "Receitas em Potencial": aprimorar os mecanismos de controle da sonegação fiscal: R\$ 500
373 bilhões/ano em 2015; aprimorar os mecanismos de cobrança da dívida ativa: montante de R\$ 1,5 trilhão
374 e R\$ 252 bilhões transitados em julgado; aprimorar a regulação dos mecanismos de elisão fiscal: R\$ 1
375 trilhão em paraísos fiscais, somente de brasileiros. A Lei de Repatriação demonstra como muito desse
376 dinheiro não foi tributado de forma adequada; rever as desonerações tributárias: R\$ 450 bilhões em
377 2015; controlar as despesas financeiras: apesar de representar 30% do Orçamento Federal para 2017,
378 sendo 13% para juros e 17% para amortização da dívida, as despesas financeiras estão excluídas do
379 teto da PEC 55; e rever a alta taxa de juros: taxa Selic 13,9% em novembro/2016; uma das mais altas
380 do mundo, inclusive em período de demanda baixa e baixa da inflação. Detalhou como é o limite de
381 gastos nos outros países: já existe estrutura consolidada de prestação de serviços públicos; não é
382 mudança de texto constitucional e sim acordo político; os prazos são curtos e não de 20 anos; há
383 flexibilidade para aumento de gastos públicos em tempos de recessão; não é vinculado à variação
384 inflacionária e sim à taxa de crescimento de longo prazo do PIB – existe crescimento real do gasto,
385 diferente da PEC 55. Também explicou que, apesar da exceção das transferências constitucionais da
386 PEC 55, os estados e municípios ainda serão fortemente afetados, uma vez que muito dos repasses
387 são feitos via transferências fundo a fundo, dentro da política pública como Atenção Básica em Saúde.
388 Lembrou que os municípios são os executores, as obrigações permanecerão, mas os recursos
389 financeiros estarão extremamente diminuídos, especialmente com os cortes no PAB variável. Disse que
390 o PLOA 2017 revela que de 2016 para 2017 haverá redução do gasto com pessoal, com as despesas
391 correntes (onde se encontra a saúde) e com investimentos (infraestrutura). Enquanto isso, os gastos
392 com juros e amortização da dívida corresponderão a 30% do gasto do orçamento federal. Salientou que
393 as políticas tributárias regressivas e o corte de programas sociais dos quais milhares de pessoas
394 dependem para que tenham uma vida digna resultam em discriminação por parte do governo de uma
395 importante parcela vulnerável da sociedade. Frisou que cabe aos governos manter políticas de
396 igualdade e não discriminação, em compromisso com a promoção de direitos humanos. Sendo assim,
397 os países devem pensar em políticas fiscais que não reduzam direitos da população. No mais, salientou
398 que responsabilidade fiscal não deve ser baseada em cortes de programas sociais, assim como a
399 proteção dos direitos humanos não pode depender da situação econômica de um país. Em tempos de
400 dificuldades, os governantes têm o dever de proteger seus cidadãos, especialmente os mais
401 vulneráveis. Concluídas as exposições, o coordenador da mesa abriu a palavra para manifestações.
402 Conselheira **Andrea Karolina Bento** agradeceu os expositores e colocou, primeiramente, que é
403 preciso discutir a inconstitucionalidade da PEC 241/55, pois a proposta afeta cláusula pétreia garantida
404 no artigo 5º da Constituição Federal. Lembrou que cláusula pétreia impede a extinção de direitos
405 fundamentais - direito à vida, à saúde e à educação. Frisou que o CNS debate e defende a aprovação
406 da PEC 01, resultado do Movimento Saúde mais 10, dada a necessidade de mais recursos para
407 garantir o direito à saúde. Considerando a possibilidade de aprovação da PEC, perguntou como o
408 Ministério da Saúde irá enfrentar a expansão demográfica de idoso nos países de idosos e, por exemplo,
409 os casos de câncer, doença grave com tratamento caro (pesquisas apontam que 2029, o câncer será a
410 maior causa de morte no Brasil). Por fim, lembrou o alto índice de pessoas desempregadas que
411 deixaram ou deixarão a saúde suplementar e buscarão o SUS em um contexto de congelamento de
412 recursos. Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, primeiro, cumprimentou os expositores e
413 destacou a importância desse debate no Conselho. Destacou que não houve aumento de despesa
414 pública, ao contrário, houve queda nos últimos tempos e que o desequilíbrio financeiro das contas
415 públicas foi causado por brutal queda da receita, fruto de duas causas básicas - enorme desoneração e
416 taxa de juros fora do padrão internacional. Fez um destaque ainda à queda na indústria e comércio,
417 com fechamento de lojas - 12 milhões de desempregados e ao aumento lucro dos bancos (em 2015,
418 cresceu 40%). Citou dados do expositor para demonstrar os "prejuízos da PEC: previsão de aumento
419 da receita com a PEC de R\$ 758 bilhões, em 2017, para R\$ 924 bilhões, em 2026, ou seja, aumento
420 de R\$ 166 bilhões na receita corrente líquida; ao comparar o acumulado nesses 10 anos de aumento,
421 haveria aumento de R\$ 737 bilhões na receita corrente líquida ao longo desses 10 anos e desse total
422 nada viria para a saúde. Por fim, salientou que usar despesas pessoais como indicador para comparar
423 com a inflação geral é um artifício estatístico que não tem eficiência em termos reais na prática.
424 Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** salientou que essa medida proposta pelo governo é uma

425 forma de reduzir a população do país, desconsiderando conquistas e avanços sociais alcançados nos
426 últimos doze anos de governo democrático popular. Salientou que a PEC preocupa pelo teor, que
427 retarda e congela recursos e prejudica a classe trabalhadora, e principalmente por surgir e tramitar
428 durante este governo e parlamento não eleitos. Disse que é preciso considerar nesse debate propostas
429 como taxação das grandes fortunas, que poderia trazer bastante recurso para o País, ao invés de taxar
430 cada vez mais a população menos favorecida e a classe média. Além disso, é importante debater o
431 aumento exorbitante dos salários do Parlamento, do Judiciário e outros gastos do governo. Conselheiro
432 **Wanderlei Gomes da Silva** começou ressaltando que, ao contrário do apresentado, a PEC 241 não é
433 a solução para todos os problemas do Brasil, porque o ajuste fiscal que propõe representa retirada de
434 direitos sociais. Pontou dois cenários a serem observados: contratual - de 2013 a 2015, se a PEC
435 tivesse em vigência, haveria prejuízo de investimento na saúde de R\$ 135 bilhões; e cenário
436 prospectivo - com a aprovação da PEC, em 20 anos, R\$ 434 bilhões deixariam de ser investidos na
437 saúde pública. Ressaltou que a PEC trouxe redução de investimentos em saúde e políticas sociais e o
438 governo utiliza esse argumento para alegar que os gastos serão apenas congelados. Entretanto, no
439 âmbito econômico, a avaliação é que, além do congelamento de recursos, haverá redução drástica dos
440 investimentos em serviços essenciais ao povo brasileiro como saúde e educação, além de redução
441 considerável do Estado da economia dos atuais 20% do PIB para algo em torno de 12% no período de
442 vigência da PEC. Tal fato fere frontalmente os objetivos da Constituição do país que garante o pleno
443 atendimento nas áreas de saúde e educação. Por fim, frisou que os cortes de gastos primários
444 somados ao aumento das taxas de juros só estimulam os investidores especulativos que faturam no
445 mercado financeiro e não gera emprego. Portanto, a PEC também serve muito aos interesses do capital
446 financeiro internacional, contra qualquer possibilidade de recuperar a economia do país, gerar emprego,
447 distribuir renda e melhorar a qualidade de vida do povo. Conselheiro **Nelson Mussolini** salientou que a
448 posição das entidades que representava, e sua também, é que o Brasil precisa de uma solução e a
449 colocada neste momento é a PEC 241 (55). Também esclareceu à expositora que o Programa
450 Farmácia Popular não é a maior despesa de medicamentos do Ministério da Saúde. Além disso,
451 ponderou que o Programa é um problema, porque trata os desiguais de forma igual e enfrenta muita
452 fraude. Falou ainda que não é possível tributar dividendos, porque este já está tributado e não seria
453 possível o lucro (se pudesse, seria bitributação, o que é proibido pela Constituição). Por fim, perguntou
454 ao expositor em que momento as receitas líquidas brasileiras serão maiores que a inflação, caso nada
455 fosse feito para modificar a situação. Conselheiro **Arilson Cardoso**, enquanto gestor municipal de
456 saúde, manifestou-se contrário à proposta de controle/limitação dos gastos com saúde porque o
457 orçamento precisa crescer, inclusive, para ampliar a cobertura da atenção básica e da média e alta
458 complexidade. Além disso, salientou que o envelhecimento da população determina a necessidade de
459 investir mais recurso na atenção à saúde, assim, não é possível concordar que o investimento em
460 saúde daqui há 10 anos será o mesmo de 2017. Concordou que é preciso otimizar o recurso investido
461 nas políticas e trazer resultados para população, todavia, é preciso controlar o gasto e também a
462 arrecadação (não permitir a evasão fiscal, a sonegação). Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**
463 salientou que as exposições, mesmo com posições diferentes, ajuda na discussão da temática e
464 saudou a Mesa Diretora por esta pauta. Avaliou que a proposta poderia ter sido colocada para debate,
465 possibilitando contribuições de diversos setores, com possibilidade de ser um instrumento mais potente
466 de enfrentamento da crise. Salientou que, para um problema complexo, a solução também será
467 complexa e manifestou preocupação com diagnóstico equivocado porque pode levar a um tratamento
468 inadequado, fadado ao insucesso. Esclareceu, inclusive, que o Programa Farmácia Popular não é a
469 maior despesa com medicamento do SUS, nem do Ministério da Saúde. Fez referência à fala do
470 expositor "não há garantia para saúde nos momentos de crise" e perguntou em que dimensão não há
471 garantia. Citou também os exemplos do Chile e da Argentina, que apresentam políticas econômicas
472 diferenciadas, mas estão sob o mesmo contexto mundial. Assim, perguntou se ao priorizar
473 determinados valores políticos há mais condições de amenizar os impactos naturais decorrentes da
474 questão financeira. Além disso, rebateu o argumento de que a proposta é inconstitucional, pois, em
475 sendo aprovada, passa a ser constitucional. Disse que no âmbito do Ministério há diferentes posições
476 acerca da proposta e, na sua visão, é um equívoco de origem da PEC propor restrição apenas para
477 despesas primárias e isso precisa ser corrigido. Salientou que é preciso aprofundar o debate nos
478 diferentes espaços para contribuir na definição dos encaminhamentos e no aprimoramento da proposta.
479 Por último, disse que não é possível separar a discussão econômica do debate do modelo assistencial,
480 da qualidade da gestão e da força do controle social. Conselheira **Oriana Bezerra** salientou que o
481 município investe muito para assegurar uma saúde de qualidade aos seus municípios e avaliou que a
482 proposta é preocupante porque haverá perca significativa para a população brasileira. Salientou que a
483 proposta irá interferir no financiamento da saúde e apelou ao governo que repense porque está em jogo
484 a vida de milhares de brasileiros. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** saudou os debatedores e
485 afirmou convicto que o povo derrubará a PEC e não permitirá mudança nas cláusulas pétreas da
486 Constituição. Explicou que as posições e análises técnicas trazidas pela integrante da COFIN são

487 objeto da construção de muitos anos do CNS e serviram de subsídios para construção e defesa da
488 regulamentação da EC nº 29, do montante necessário para garantir minimamente os recursos para
489 saúde, entre outras bandeiras. Disse que esse debate, para além de técnico-econômico, é político em
490 relação à natureza de Estado que estará à disposição do povo e as comparações ideológicas com
491 Venezuela, Argentina, Chile provam isso. Afirmou que o CNS defenderá o modelo de Estado
492 Democrático de Direito, contrato na Constituição Federal de 1988. Nessa linha, sugeriu, além de ação
493 concreta no Senado Federal para reafirmar o posicionamento, o Conselho convoque a 3ª marcha
494 nacional em defesa da saúde, da democracia e da seguridade social, dia 7 de dezembro, inclusive em
495 comemoração há um ano da 15ª CNS. Finalizando, disse que para além da análise de posicionamento
496 econômico, é necessária a presença do CNS em diversos espaços para fazer as disputas políticas.
497 Nessa linha, convidou os conselheiros para participarem, às 14h30, na Comissão de Seguridade Social,
498 do debate sobre democracia participativa, papel dos conselhos e os efeitos da PEC 241. Por fim,
499 agradeceu o expositor pela presença porque pode conhecer a posição da maioria do CNS a respeito da
500 PEC 55 e reafirmou que o Colegiado não aceitará nenhum direito a menos. **Retorno da mesa.** A
501 integrante da COFIN/CNS, **Graziele David**, respondeu aos questionamentos dos conselheiros,
502 contemplando os seguintes aspectos: foi publicada nota, assinada pela Associação dos magistrados do
503 Brasil, Associação dos magistrados do trabalho, Associação do Ministério Público, ANPR, AANMP,
504 AJUFE, FEBRAFIT, declarando que a PEC 55 é inconstitucional; controle das despesas primárias - é
505 necessário considerar o IPCA em relação a gastos individuais e incorporação de novas tecnologias; a
506 taxação das grandes fortunas é uma alternativa, inclusive prevista na Constituição Federal; estudo do
507 INESC apontou que, em 2015, um dos mais importantes gastos foi com farmácia popular; é importante
508 garantir a participação social de forma adequada no debate de propostas como essa que causam
509 profunda alteração do pacto social; e é preciso unir os defensores da saúde para derrubar a PEC. O
510 representante do Ministério da Fazenda, **Marcos José Mendes**, em relação às questões que
511 emergiram das intervenções, destacou: sobre os dados apresentados pela expositora: a regra da PEC
512 é a correção pela inflação até 2026 por 10 anos e repactuação em 2026, assim, as projeções devem
513 ser feitas até 2026; o parâmetro da inflação e o PIB da projeção mostrada pela expositora não são
514 realistas; as perspectivas e hipóteses da reforma da previdência são as mostradas na sua
515 apresentação e garantem espaço fiscal; a PEC visa controlar a despesa primária total e, hoje, a saúde
516 perde no processo de partilha; a possibilidade de mudar o modelo de gestão fiscal, de formulação de
517 despesa pública abre uma perspectiva favorável à saúde; o Brasil paga juros elevados porque possui
518 déficit grande na sua despesa primária; a auditoria da dívida é feita todo o dia pelos órgãos de controle
519 - CGU, TCU - e pelo congresso nacional e uma auditoria séria mostraria que a dívida do Brasil é grande
520 porque ao longo de muitos anos gasta-se mais do que é arrecadado e paga-se juros muito alto porque
521 o governo possui finança muito desequilibrada; a Proposta visa defender o futuro porque a dívida
522 pública que se acumula sem parar irá ser paga pelas gerações futuras; é preciso considerar que, além
523 do direito constitucional à saúde, há o direito constitucional ao emprego e à renda (hoje há 12 milhões
524 de desempregados e 10 milhões de pessoas que procuram emprego, mas não conseguem); se tivesse
525 sido feito ajuste no passado a regra seria aplicada sobre todo o gasto público, portanto, haveria espaço
526 maior para o financiamento da saúde, a situação econômica hoje seria muito melhor e a capacidade de
527 financiamento das políticas públicas também; é favorável à reforma tributária com justiça fiscal para
528 aumentar a tributação patrimonial, de herança; desafio a ser enfrentado: trabalhar no âmbito do CNS
529 para excluir isenções do tratamento privado na saúde; o debate da equidade e da progressividade não
530 vai gerar receita para equilibrar as contas públicas seja pelo montante de receita, seja porque a
531 despesa continua a crescer; é preciso equilibrar as finanças públicas para não chegar à situação
532 semelhante a do Rio de Janeiro; a situação demográfica brasileira aponta para o crescimento dos
533 gastos com saúde, portanto, é preciso fazer uma reforma da previdência para que as pessoas que
534 estão vivendo mais, trabalhe mais tempo e represente menor gasto para a previdência, liberando mais
535 recurso para a saúde social; a trajetória da despesa da previdência social é insustentável (o modelo de
536 previdência social do Brasil não existe em nenhum outro país do mundo); é preciso controlar o gasto
537 público, racionalizar a despesa e focar o gasto na população mais pobre; o índice do IPCA da saúde
538 considera despesas com medicamentos, equipamentos hospitalares, cesta típica de atenção à saúde,
539 tanto privada quanto hospitalar; o IPCA é suficiente, mas é possível discutir outros índices, se for o
540 caso; a eleição do novo presidente dos Estados Unidos trará incerteza para a economia mundial e
541 afetará, de fato, a economia brasileira, portanto, será necessário esforço adicional para recuperar a
542 economia senão os indigentes virão pelo desemprego, virão desses desalentados que já desistiram de
543 procurar emprego. Conselheiro **Nilton Pereira Júnior** avaliou que a proposta, assim como outras
544 apresentadas pelo governo, faz parte de uma narrativa hegemônica na sociedade brasileira que vem se
545 construindo que possui três vieses: o da austeridade, o da redução de direitos e o da força
546 bruta/repressão do Estado Brasileiro contra as minorias e os movimentos sociais. Na sua visão, o
547 representante do Ministério da Fazenda desconhece o SUS ao tentar comparar o Brasil com três países
548 que sequer possuem sistemas universais de saúde. Também discordou da afirmação do palestrante

que a culpa da crise econômica e da recessão está no gasto público. Explicou que o gasto público dos países mais desenvolvidos do mundo corresponde a 40% do PIB e, no Brasil, os gastos públicos correspondem a 20% e a proposta da PEC é chegar, em 20 anos, a 14% do PIB, que é o montante correspondente aos países mais pobres do mundo. Também discordou da afirmação que o Brasil paga muito juros porque a dívida brasileira é alta, porque países do mundo com dívidas maiores que a brasileira pagam as menores taxas de juros do mundo. Fez referência ao estudo de economistas de universidades importantes do Brasil com crítica ao discurso hegemônico que vai para a mídia. Salientou que o Brasil é o único país que fará ajuste fiscal na Constituição e durante tanto tempo como está se propondo (20 anos). Concordou com a afirmação de que não haverá contingenciamento nos próximos orçamentos, porque esse contingenciamento será constitucional nos próximos 20 anos. Frisou que, além de inconstitucional, a proposta representa um retrocesso do ponto de vista político. Também colocou que professores da Oxford, que não são socialistas, também mostraram recentemente que não é crise econômica que faz a população morrer ou adoecer, pelo contrário, a austeridade econômica faz com que as pessoas adoeçam e morram; as taxas de mortalidade infantil e materna, a expectativa de vida, todos os índices em países que fizeram a austeridade fiscal pioraram porque retirar dinheiro das políticas públicas resulta na piora do nível de vida das pessoas e reflete na saúde. Salientou que há alternativas, para além do pagamento abusivo de juros ou do calote da dívida. Finalizando, disse que investir no social não é gasto, mas sim investimento e o que está sendo feito nesse momento não é ajuste fiscal, mas sim ajuste social, com impacto na política para diminuir investimento social e aumentar os investimentos de juros, de amortização de dívida pública. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** salientou a importância das iniciativas que o CNS tem tomado na defesa do financiamento para concretizar o SUS e garantir saúde universal. Lembrou que o CNS é composto por várias entidades e manifestou preocupação com o sacrifício que a população deverá fazer diante desta proposta e pagar contas geradas pelo governo. Perguntou em que medida o governo vai repensar e dialogar com setores e entidades, inclusive que discordam da proposta. Conselheira **Francisca Valda da Silva** salientou que a saúde foi discutida aqui sob duas lógicas, a da economia e a do direito humano e social. No caso da lógica da economia, salientou que é o pensamento hegemônico no Brasil, nos três entes da federação. Salientou que o capitalismo possui crises cíclicas que, em geral, são enfrentadas com o debate econômico e esta condução tem levado muitos países a problemas sérios. Nessa linha, perguntou se o novo governo estava colocando um marco de término da chamada Nova República e quis saber o que virá depois disso. Do ponto de vista da economia, salientou que esse novo regime fiscal é inconstitucional e frisou que o atual Congresso não possui legitimidade, nem credibilidade por parte da população, sendo dominado por pessoas que respondem a investigação. Salientou que Congresso não é Constituinte, portanto, não pode mudar a Constituição. Acrescentou que o governo não desempenha o papel de fazer o equilíbrio entre a lógica da economia perversa e a lógica do direito social, não é estadista e não considera o direito público. Disse que o CNS luta **contra o** subfinanciamento e o governo, ao contrário, propõe a institucionalização do desfinanciamento da saúde. Nessa linha, reiterou que o Conselho defende a PEC 01 e o equilíbrio fiscal com justiça fiscal. No mais, ressaltou que é preciso desarquivar a CPI da dívida pública e realizar auditoria dos custos para o contribuinte, dos desperdícios da gestão do SUS, dos desvios de recursos dos fundos públicos, dos contratos dos SUS. Com isso, avaliou, será possível gerar mais recursos para as ações de saúde. Conselheiro **José Arnaldo Diniz** sentiu-se contemplado nas falas que o antecederam e salientou a preocupação com os retrocessos que a PEC causará em todas as políticas sociais. Considerando a afirmação do expositor que a crise econômica afetará a saúde privada, avaliou que a saúde pública também será afetada. Além disso, lembrou que as pessoas que deixaram de ter planos de saúde serão atendidas pela saúde pública, com a educação essa mudança já está acontecendo e o mesmo ocorrerá com a previdência social. Frisou ainda a afirmação de economista que não se faz ajuste econômico em recessão ainda mais na magnitude da proposta (por 20 anos). Salientou que um provável ajuste irá afetar os direitos sociais, assim, perguntou como será possível diminuir os gastos e não afetar os investimentos em saúde e educação conforme afirmado. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** agradeceu os expositores pelas apresentações que contribuiu para esclarecer ainda mais a proposta. Salientou que a PEC tenta trazer o equilíbrio da economia, mas terá alto custo social para todas as conquistas da sociedade. Por fim, esclareceu que o economista André Medici aponta que a PEC pode ser um caminho, mas afirma a necessidade de examinar com mais cuidado o que fazer para não colapsar e reduzir os gastos em saúde “reduzir os gastos em saúde a médio e longo prazo comprometendo as políticas de cobertura de saúde, isso deve começar a ser pensado desde já”. Conselheira **Carmem Lúcia Luiz** somou-se aos posicionamentos contrários à PEC 241 e fez a seguinte indagação: quando o governo adotará a taxação das grandes fortunas e enfrentará os grandes empresários, que são os maiores sonegadores de imposto no país? Conselheira **Juliana Acosta Santorum** salientou que o debate econômico da PEC é carregado de conteúdo político ideológico e frisou que a proposta de Emenda não é uma medida para recuperação da economia do país, mas sim um projeto de sociedade vindo de um governo não eleito, nem legitimado. Utilizou as palavras do

611 professor José Geraldo que definiu a PEC como “a constituinte do golpe”, uma estratégia para mudar a
612 política social e não a econômica. Salientou que nesse momento de recessão econômica do país a
613 população necessitará que o Estado cumpra o seu papel e os desalentados e desalentadas precisarão
614 cada vez mais de proteção social. Nessa linha, perguntou como garantir essa proteção retirando ainda
615 mais recursos das políticas sociais que são historicamente desfinanciadas. Salientou ainda que investir
616 em assistência social, previdência e educação é investir em saúde e em desenvolvimento social,
617 resultando em qualidade de vida da população, com impactos positivos na saúde. Finalizando,
618 salientou que é preciso investir cada vez mais no Sistema, uma vez que boa parte da população, como
619 os trabalhadores do campo, depende exclusivamente do Sistema para ter acesso a ações de saúde.
620 Nessa linha, reiterou que gasto em políticas sociais é investimento. Conselheiro **André Luiz de**
621 **Oliveira** deixou a coordenação da mesa para também se manifestar a respeito do tema. Sentiu-se
622 contemplado nas falas que o antecederam e reiterou que o Conselho acredita e defende o SUS como
623 patrimônio do povo brasileiro. Salientou que é preciso pensar, além dos 12 milhões de desempregados
624 e dos 10 milhões de desalentados, nos 150 milhões de brasileiros que depende único e exclusivamente
625 desse sistema público funcionando 24 horas, 7 dias por semana. Lembrou que, seis horas após a
626 definição sobre a necessidade de cortar gastos, foi aprovado ajuste salarial de mais de 45% para
627 servidores do judiciário e, nessa linha, perguntou se há setores privilegiados e outros não. Também
628 ressaltou que o atual Congresso não foi convocado para modificar cláusula pétreia da Constituição.
629 Frisou ainda o problema do subfinanciamento que também precisa ser enfrentado. Salientou, no que se
630 refere à diferença do tivesse sido aplicado a PEC em relação à inflação dos últimos 3 anos - 2014, 2015
631 e 2016 – haveria um déficit a ser corrigido na ordem de 19% e essa correção deveria ser feita. Também
632 destacou que a comparação do Brasil com Chile e Argentina não serve porque são países com
633 realidades distintas. Além disso, salientou que, se houver congelamento de recursos, será necessário
634 tornar o índice de fecundidade zero, porque não poderá nascer mais ninguém e o índice de vida das
635 pessoas idosas não poderá continuar a aumentar como vem ocorrendo, porque não será possível
636 absorver essas pessoas na rede pública de saúde. Finalizando, utilizando um dos slides do expositor
637 destacou que a apresentação dele utiliza “comparações que não fazem sentido” e é preciso olhar para
638 o passado. Por fim, disse que a área econômica do governo precisa entender que o Conselho luta e
639 defende o povo brasileiro, que necessita do SUS cada vez mais forte para assegurar atendimentos de
640 qualidade. **Retorno da mesa.** O representante do Ministério da Fazenda, **Marcos José Mendes**,
641 respondeu aos questionamentos dos conselheiros, destacando os seguintes aspectos: não é adequada
642 a comparação de gastos públicos nos países mais desenvolvidos do mundo, 40% do PIB, e no Brasil só
643 20% do PIB porque o conceito não é o mesmo; os países mais desenvolvidos pagam os menores juros
644 do mundo e possuem a dívida mais alta do mundo porque pagam juros mais baixos; de fato, há vários
645 países desenvolvidos no mundo que possuem dívidas superior a 100% do PIB, mas esses: possuem
646 uma riqueza privada muito maior que a do Brasil e são capazes de financiar essa dívida, emitem moeda
647 de curso internacional (o real não possui curso internacional, então, investidores estrangeiros podem
648 comprar dívidas desses países), têm credibilidade e segurança jurídica para manter um nível de dívida
649 mais alta (ao contrário do Brasil, não deixaram de pagar a dívida no passado) e pagam juros muito
650 baixo pela dívida; o Brasil possui uma dívida mais baixa e paga juros mais altos – a dívida bruta no
651 Brasil possui 70% do PIB e a média dos países emergentes, com os quais se quer comparar, está em
652 44% do PIB; o FMI, Banco Mundial e Instituições com economistas que estudam comparações
653 internacionais, afirmam que o limite do nível para dívida de países emergentes é 45 a 50% do PIB,
654 acima desse percentual, há problema porque são países mais pobres, com menos capacidade fiscal
655 para pagar suas dívidas; o modelo de gasto público do Brasil foi definido na Constituição, diferente de
656 outros países que o tema é determinado em lei, assim, para fazer ajuste fiscal será necessário
657 modificar o texto constitucional; o ajuste será em 20 anos, um prazo longo que permite fazer ajuste
658 gradual, preservando as políticas públicas; os juros decorrem de dívida adquirida no passado (grande
659 déficit público), portanto, é preciso conter o déficit para pagar menos juros e impedir o crescimento da
660 dívida; sobre a necessidade de fazer despesas públicas para recuperar a economia - a maioria dos
661 países desenvolvidos realmente precisa do aumento de despesas públicas como Canadá, Estados
662 Unidos, Alemanha, mas eles possuem inflação baixa, juros baixos, alta capacidade produtiva, assim,
663 podem aumentar o gasto público e reduzir à frente, mas, no Brasil, a situação é diferente: economia
664 estrangulada pelo lado da oferta, problemas na capacidade de produzir, inseguranças jurídicas; a
665 capacidade produtiva da economia do Brasil é pequena e, ao mesmo tempo, há uma dívida em
666 trajetória explosiva, então, hoje o maior efeito do aumento do gasto público será negativo para o país -
667 a dívida pública vai subir muito mais rápido, os juros vão aumentar muito mais rápido, queda do
668 investimento e do consumo vai ser muito maior; não é possível fazer uma política anticíclica no Brasil,
669 porque a condição financeira do país não permite; é insustentável a conta da previdência social no
670 Brasil e se não for equilibrada as gerações futuras não terão aposentadoria - a despesa da previdência
671 comprimirá todos os outros gastos do orçamento público; pessoas que utilizam plano de saúde privado
672 estão perdendo o emprego e irão aumentar, de forma muito acelerada, a pressão por atendimento

público – há duas possíveis solução para essa situação: recuperar a economia com ajuste fiscal e outras medidas econômicas que permita às pessoas voltar a ter emprego e renda ou aumentar ainda mais a despesa com o SUS; o país precisa sair da crise econômica o mais rápido possível para viabilizar o financiamento de todas as políticas públicas; a intenção não foi comparar o sistema de saúde do Brasil com o da Argentina e do Chile, mas sim ilustrar o que acontece com despesas públicas em saúde em qualquer sistema quando a economia entra em crise rigorosa: a consequência é a queda na despesa na saúde e em várias outras áreas de política social; quem paga imposto de renda é a massa de assalariado que está nos 10% menos pobres da população brasileira; os grandes reajustes salariais para carreiras privilegiadas do funcionalismo público indicam a necessidade definir restrição no gasto total, para, neste âmbito, decidir o que é mais importante para a população em geral; subfinanciamento da saúde - há 30 anos luta-se contra o subfinanciamento da saúde, o que aponta a necessidade de mudar o modelo; a saúde não se beneficia do atual modelo de gasto público e de gestão orçamentária. Por fim, agradeceu o convite e despediu-se do Plenário. A assessora política do INESC e Diretora do CEBES, da COFIN/CNS, **Graziele David**, também dialogou com os conselheiros sobre os pontos levantados nas falas e rebateu alguns dos argumentos utilizados pelo representante do Ministério da Saúde para justificar a PEC. Após as ponderações, houve uma rodada de intervenções e emergiram as seguintes propostas: **1)** realizar a 3ª Marcha em Defesa da Democracia e do SUS, no dia 7 de dezembro, com mobilização das entidades; **2)** convocar vigília nacional, de 21 a 25 de novembro, envolvendo os Conselhos Estaduais, Municipais em defesa da Democracia e do SUS; **3)** chamar os CONDISIS para participar da semana de vigília nacional, de 21 a 25 de novembro e da 3ª Marcha em Defesa da Democracia e do SUS; **4)** mobilizar os CES para que apoiem as estudantes que estão ocupando as escolas, e fortaleçam o debate contra a PEC nº 55; **5)** mobilizar os CES para que “ocupem” as unidades de saúde com o intuito de esclarecer a população sobre os riscos da PEC 55; **6)** apoiar a “Marcha para Brasília” que será realizada nos dias 28 e 29, contra a votação da PEC; **7)** Realizar diálogos temáticos, semanais (*on line*) com o objetivo de esclarecer os impactos da PEC 55 na saúde; **8)** pautar debate no CNS sobre cenário das desigualdades econômicas e sociais (remeter à Mesa Diretora do CNS). Feitas as propostas, foram apresentados dois encaminhamentos em relação à dinâmica da votação: votar as propostas em bloco; ou votar uma a uma. **Não havendo consenso, a mesa colocou em votação os dois encaminhamentos: a) votar as propostas em bloco; e b) votar as propostas uma a uma.** Houve empate na votação, as propostas receberam, cada uma, quatorze votos favoráveis. Diante do resultado da votação e do avançado da hora, a mesa sugeriu suspender para o almoço e refazer a votação posteriormente. A proposta foi acatada. Retomando, a mesa foi composta para o item 4 da pauta. **ITEM 4 – RADAR - Revisão dos benefícios previdenciários por incapacidade. Atual contexto da saúde indígena. Combate ao Aedes Aegypti (dengue, zika vírus e chikungunya) e as suas consequências.** Coordenação: conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. A representante da SAS/MS, **Mariana Leal**, fez uma explanação sobre o Plano Nacional de Enfrentamento à microcefalia, destacando mobilização dos agentes comunitários de Saúde e dos agentes de combate a endemias para prestar orientação à população e reforçar o controle do vetor nas residências; de professores, alunos e familiares vinculados ao Programa Saúde na Escola; de professores ligados às universidades públicas e privadas e institutos federais; e de profissionais e usuários dos Centros de Referência de Assistência Social, da rede de segurança alimentar e beneficiários do Bolsa Família. Citou as ações específicas: reforço das ações da EAB e ACS no combate ao vetor (Portaria nº 2.121/18/12/15); Membro permanente da SNCC – Sala Nacional de Coordenação e Controle; Criação do portal do DAB sobre o PNEM e campanhas; Criação da Comunidade de Práticas; Lançamento de campanhas (“UBS não é lugar de Aedes”, vários posts no FB e Twitter); Lançamento dos serviços de 0800 (telessaúde) para enfermagem e ACS/ACE e militares – Ações e mandamento no DAB: PM, e-SUS AB, PSE – Outras ferramentas de apoio e educação permanente. Salientou reforço das ações da EAB/ACS no combate ao vetor: Portaria GM/MS nº. 2.121, de 18 de dezembro de 2015, altera o Anexo I da Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, para reforçar as ações voltadas ao controle e redução dos riscos em saúde pelas Equipes de Atenção Básica; Reforço das ações da EAB/ACS no combate ao vetor – Nota Técnica – 23 de dezembro de 2015 – Ações da Atenção Básica visando ao enfrentamento do Aedes aegypti: Portaria nº 2.121 de 18 de dezembro de 2015: reforça a necessidade das equipes concentrarem esforços nas ações voltadas ao controle e redução dos riscos epidemiológicos e ambientais em saúde; Caderno de Atenção Básica nº 21(2008) - Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose: importante oferta de fortalecimento da Atenção Básica e da sua capacidade em dar respostas às doenças emergentes e às endemias; Registro nos Sistemas de Informação para o monitoramento e avaliação: possibilita aos gestores condições de adotar de forma ágil medidas de controle das doenças; Anexo I da Nota técnica: Ações do Agente Comunitário de Saúde (ACS) visando ao enfrentamento do Aedes aegypti. Também destacou as ações da atenção básica visando ao enfrentamento do Aedes aegypti (Nota Técnica – 23 de dezembro de 2015): 1. Orientar a população sobre o agente transmissor, as doenças transmitidas e as formas de evitar e eliminar locais que

735 possam oferecer risco para a formação de criadouros do Aedes aegypti; 2. Mobilizar a comunidade
736 para desenvolver ações de prevenção e controle no combate Aedes aegypti; 3. Visitar os domicílios
737 para informar a seus moradores sobre o agente transmissor e as doenças transmitidas; a) Vistoriar
738 cômodos da casa, acompanhado pelo morador, para identificar locais de existência de larvas ou
739 mosquitos; b) Orientar e acompanhar o morador na remoção, destruição ou vedação de objetos que
740 possam se transformar em criadouros de mosquitos; c) Realizar a remoção mecânica dos ovos e larvas
741 do mosquito, ou outras ações de manejo integrado de vetores definidas pelo gestor municipal; d)
742 Articular com a equipe de Atenção Básica e acionar o Agente de Combate de Endemias (ACE) e/ou
743 equipe de vigilância quando houver a necessidade de outras ações no controle vetorial; 4. Notificar os
744 casos suspeitos de dengue, chikungunya e zika vírus, em ficha específica do Sistema de Informação
745 de Agravos de Notificação (SINAN) e/ou outros sistemas similares, e informar a equipe de Atenção
746 Básica; 5. Planejar as ações de controle vetorial em conjunto com a equipe de vigilância, em espaços
747 que favoreçam a integração entre ACS e ACE. Reforço das ações da EAB/ACS no combate ao vetor.
748 Nota Técnica – 23 de dezembro de 2015; Ações da Atenção Básica visando ao enfrentamento do
749 Aedes aegypti; e criação do portal do DAB sobre ações de combate ao Aedes aegypti na Atenção
750 básica. Detalhou as ações em andamento: PMAQ - 1. Reforçar as ações de vigilância por meio dos
751 indicadores; 2. Considerar na avaliação externa as ações de combate ao Aedes aegypti desenvolvidas
752 pelas equipes; 3. Durante o eixo estratégico de desenvolvimento, fomentar com as equipes e gestores
753 o processo de avaliação e monitoramento das ações de vigilância em saúde. E-SUS: 1. A partir do uso
754 da informação em saúde, desenvolver o cuidado voltado para a real necessidade do território; 2.
755 Integração das ações no território entre as equipes de vigilância e atenção básica; 3. Produzir análise
756 epidemiológica a partir do e-SUS e dos demais sistemas de informação; 4. No âmbito da gestão,
757 pactuar as ações em conjunto (metas, indicadores). PSE 1. Semana Saúde na Escola: com peças
758 publicitárias referentes ao Tema “Comunidade Escolar mobilizada contra o Aedes Aegypti”; 2.
759 Publicação de portaria interministerial de adesão ao PSE: aguardando a assinatura do MEC; 3.
760 Publicação do Guia da Semana Saúde na Escola: Combate ao mosquito e cuidados com a saúde; 4.
761 PSE Ciclo 2014/2015 – dados do Programa Saúde na Escola: 18.313.214 Educandos pactuados;
762 78.934 escolas pactuadas; 32.317 Equipes de saúde; 4.787 Municípios aderidos. Apresentou também
763 as ações no âmbito do cuidado. Estratégia de ação rápida: 4.976 crianças notificadas com suspeita de
764 microcefalia ou com diagnóstico confirmado; 745 casos confirmados. Portaria Interministerial nº. 405,
765 de 15 de março de 2016. Objetivo: Identificar todas as crianças com suspeita de microcefalia;
766 esclarecer, no mais curto prazo e na forma mais confortável para as crianças e suas famílias, o
767 diagnóstico de todos os casos suspeitos; Garantir o acesso ao cuidado e a proteção social de todas as
768 crianças com suspeita de microcefalia e suas famílias; repasse de R\$12,6 milhões para apoiar estados
769 e municípios no transporte e hospedagem. 6 estados do NE, 1 do CO, 1 SE e 1 do Norte ampliaram a
770 sua rede de referência para diagnóstico, reabilitação e estimulação precoce. Busca-ativa das crianças
771 suspeitas; Acesso aos serviços, diagnósticos, com transporte e hospedagem quando necessário;
772 Organização do serviço para diagnóstico – Centro de Referência; Articulação entre a Saúde e a
773 Assistência Social, para o acesso aos serviços socioassistenciais. Resultado de 69,2% de
774 esclarecimento de diagnóstico das crianças a partir da EAR. Não foi alcançado o percentual de 100%
775 por conta da fragilidade de dados do sistema de informação. Estratégia de Ação Rápida voltada a
776 diminuir os gargalos no atendimento das crianças facilitando o diagnóstico, exames e reabilitação estão
777 entre os principais desafios do cuidado às famílias. Destacou que 19 Centros Especializados em
778 Reabilitação (CER) foram habilitados (desde dezembro de 2015). Ampliação do repasse para Rede da
779 Pessoa com Deficiência em R\$ 25,7 milhões/ano (desde dezembro de 2015); 13 obras concluídas
780 (desde 2011); 7 CER, & NASF e 2 CAPS priorizados em regiões com vazios assistenciais e casos
781 confirmados de microcefalia serão habilitados até o final de 2016. Ação rápida: repasse para os estados
782 de R\$ 2,2mil por criança com suspeita ou diagnóstico de microcefalia para busca ativa, diagnóstico e
783 encaminhamento para os serviços de saúde. Até outubro, foram investigados 69,2% dos bebês
784 suspeitos (10.039), deste total 2.106 casos confirmados de microcefalia. Apresentou documentos
785 voltados à qualificação e apoio: 1) Protocolo de Atenção à Saúde (3 versões); 2) Diretrizes de
786 Estimulação Precoce: Crianças de zero a 3 anos com atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor
787 Decorrente de Alterações Congênitas (2 versões); 3) Elaboração da “Instruções Operacionais Conjunta
788 nº 1 e nº 2 com MDS; 4) Publicação da caderneta da gestante atualizada; 5) Guia “A Estimulação
789 Precoce na Atenção Básica: Guia para abordagem do desenvolvimento neuropsicomotor pelas equipes
790 de Atenção Básica, Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família(NASF), no contexto da
791 síndrome congênita por Zika”; 6) Cartilha para famílias: O cuidado às crianças em desenvolvimento:
792 orientações para as famílias e cuidadores”; 7) Novo Protocolo: “Orientações Integradas de vigilância e
793 atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII)”; 8)
794 RENEZIKA-SIG “Enfrentamento ao Aedes Aegypti e Doenças Causadas pelo Vetor” 9) Série de nove
795 vídeos sobre estimulação e desenvolvimento infantil. Apresentou o panorama dos registros nos
796 Informes Epidemiológicos e acompanhamento das crianças – Brasil, destacando: 10.039 crianças

notificadas, 2106 confirmados, 4842 em investigação, 1413 acompanhadas pela assistência social, 501 óbitos. Apontou os resultados das Ações Rápidas de Atenção à Saúde: percentual de crianças com microcefalia ou alteração SNC acompanhadas: notificados: 10.039 (100%); confirmados: 2.106 - 20,9%; Puericultura: 75%; Estimulação precoce: 67%; Atenção especializada: 84%; Assistência Social: 40%; Óbitos: 5%; Descartados: 4.842 - 48,2%; em Investigação: 3.091 - 30,8%. Em relação aos benefícios concedidos, citou: agenda permanente de interlocução com MDS, INSS e Casa Civil para acompanhamento das agendas intersetoriais, incluindo o aumento significativo da concessão do benefício de Prestação Continuada para as crianças com Microcefalia. Percentual: 1.430 concedidos em 2016; 607 indeferidos; 92 agendadas para primeiro atendimento administrativo; 202 aguardando documentos/realização de perícia/avaliação social. Enumerou as ações educacionais: 1. Atualização no Combate Vetorial ao Aedes aegypti: 29.483. 2. Estimulação Precoce: 13.990; 3. Manejo Clínico Chikungunya: 35.182; 4. Manejo Clínico da Dengue: 34.444; 5. Zika Abordagem Clínica na Atenção Básica: 43.251; 6. Qualificação em triagem ocular neonatal: 961; 7. A importância do brincar e da participação familiar para o desenvolvimento infantil: 1.876. Total: 159.187. 1. Ofertas Educacionais: 2.1. Chamada de Relatos: Experiência do trabalhador no combate ao Aedes. 188 relatos publicados 2.2 Comunidade Conversando sobre o Aedes. 2.331 visualizações na Comunidade Online "Conversando sobre o Aedes". 2. Comunidade de práticas: Plataforma colaborativa que tem como propósito a participação e diálogo entre trabalhadores do SUS, buscando valorizar a prática e a aprendizagem no trabalho. Telessaúde Atividades de Teleconsultorias realizadas. Telessaúde Participações em ações de Tele-Educação. Detalhou as ações educacionais: elaboração do manual e do edital de Programas de Residência Médica e em Área Profissional da Saúde com ênfase na "tríplice epidemia": Zika, Dengue e Chikungunya e no cuidado às pessoas e familiares acometidos pela Microcefalia e utrasafecções a partir dos seguintes eixos prioritários: Cuidados Básicos e de Urgência; Saúde da Mulher e do Neonato; Acompanhamento Mãe-Bebê e desenvolvimento Infantil; Apresentação ao MEC e Casa Civil da necessidade de expansão de novas vagas neste contexto–ainda em negociação. Falou sobre a Vigilância e Atenção no acompanhamento das crianças e famílias: Sistema de Registro de Atendimento de Crianças com Microcefalia–SIRAM; Portaria nº 779, de 20 de abril de 2016: Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Sistema de Registro de Atendimento às Crianças com Microcefalia. Agenda com ANS e EBSERH para ampliar o processo de implantação. Disponibilizado o Sistema e realizada capacitação dos profissionais de saúde para o registro das informações de atendimento dos casos de microcefalia através de treinamento aos gestores e trabalhadores (Treinamento realizado em: MA, PI, SE, AL, PB, RN, CE, AC, RR, AM, PE, BA, TO e SP). RESP versão 2.0: inclusão de novos critérios e trabalho junto aos estados para melhor utilização do sistema e dos dados • Agenda de integração das duas interfaces num Portal Único Integrado (em construção). Falou sobre o Plano de Ação Estratégico – regiões prioritárias: promover ações de Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva que possibilitem maiores conhecimentos dos cuidados em saúde para mulheres e homens em todos os ciclos de vida, na prevenção de novos casos de transmissão do vírus Zika, suas consequências e doenças correlatas; Promover a qualificação do cuidado às crianças e suas famílias; Ampliar o cuidado psicossocial no território; Ampliar o acesso ao diagnóstico completo, tratamento e reabilitação das crianças com microcefalia e com sequelas da síndrome congênita associada ao vírus Zika; Apoiar os estados/municípios na organização da rede de saúde e proteção social para garantia do acesso aos serviços socioassistenciais e de saúde. Esse Plano será implementado prioritariamente nas Regiões Prioritárias com ações de apoio à organização da rede e atenção e assistência social em parceria com MDSA. Com base no IE, nº 44: 66 municípios registraram mais de quatro casos com microcefalia confirmados, compreendendo 1.061 crianças; nesse total de municípios, houve prevalência nos Estados de PE (16), BA (8) e RN (6). Número de municípios com mais de 4 casos de microcefalia confirmados, segundo Unidade da Federação: 44. Por fim, apresentou as próximas ações: lançamento das Orientações Integradas da Atenção e Vigilância em Saúde referente a Síndrome Congênita do vírus Zika-novembro de 2016: Unificação dos protocolos de atenção e vigilância no cuidado às doenças correlatas ao vírus Zika - Modificação dos critérios de notificação de casos a serem acompanhados possibilitando uma vigilância ampliada das crianças com malformações, qualificando o diagnóstico e cuidado integral, independente da confirmação da relação com o vírus Zika (consenso com especialistas); Recomendação da segunda ultrassonografia obstétrica em torno da 30ª semana gestacional (7º mês de gravidez) para a detecção de calcificações cerebrais que evidenciam anomalias congênitas, incluindo a possível infecção da gestante pelo vírus Zika; Inclusão do teste rápido do vírus Zika para gestantes e bebês, a partir de critérios clínicos definidos e recomendados, no âmbito da Atenção Básica; Revisão do PCDT sobre Chikungunya integrando as ações de atenção e vigilância e outras ações em conjunto com a SVS e SCTIE; RENEZIKA – encontro nacional com especialistas e sociedades de especialistas – trabalho dos GT. Concluída a apresentação, foi aberta a palavra aos conselheiros para esclarecimentos. **Manifestações.** Conselheira **Oriana Bezerra** perguntou qual o objetivo do tira-dúvidas aos profissionais, ACS e exército e ponderou sobre a centralização das informações não inseridas nos contextos locais, o que poderia ser mais eficiente.

859 Conselheira **Liu Leal** fez os seguintes questionamentos: qual o impacto da Zilka e Chikungunya e o
860 monitoramento dos agravos decorrentes dessas doenças? Estão em uma curva crescente ? Como está
861 a questão das mudanças na PNAB, tendo em vista a previsão de diminuição de ACS e ACE? Qual
862 seria o impacto com o congelamento dos recursos propostos pela PEC 55? No caso do atendimento,
863 como está a questão da Estratégia Saúde da Família e por que não é priorizada a atenção às pessoas
864 na idade adulta e idosa, que são as maiores vítimas da Chikungunya? Qual a previsão de vagas da
865 residência multiprofissional e se está prevista adequação dada essa situação da tríplice epidemia?
866 Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** parabenizou a explanação e perguntou sobre as ações
867 relacionadas com movimentos de pais de crianças com microcefalia. Conselheira **Carmem Lúcia Luiz**
868 salientou que 67% das pessoas atingidas por Zika eram mulheres, destas 63% são mulheres negras
869 pardas e, provavelmente de periferia, 66% tem entre 15 a 29 anos. Salientou que a Zika traz menos
870 qualidade de vida para essas mulheres, assim, é necessário ações direcionadas para esse público que
871 deixam tudo para cuidar das crianças. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** perguntou se serão
872 realizadas capacitação em Mato Grosso, considerando ser o Estado mais atingido com casos de
873 chikungunya. Também manifestou preocupação com nova doença transmitida pelo Aedes: febre do
874 Mayaro. Conselheira **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira** demonstrou preocupação com os dados de
875 descarte de casos com índice de 50%, pois pode ocorrer outras alterações de ordem física e biológica.
876 Assim, questionou como estão sendo trabalhadas essas situações nos protocolos. Concluídas as falas,
877 foi aberta à expositora para respostas. Na sua fala, contemplou os seguintes aspectos: Zika em
878 gestantes – fragilidade nos dados; o tira dúvidas visa esclarecer como lidar com o vetor, as informações
879 têm sido integradas junto com Estados e Municípios; reconhece o cenário das mulheres atingidas e que
880 isso tem implicado em novos indicadores; Chikungunya – amplo debate sobre protocolo para avançar
881 no cuidado com outras formas de tratamento que não somente as medicamentosas - desafio porque
882 não se conhece muito e por conta da fragilidade na informação; 47 novos NASFS habilitados, mais sete
883 serão habilitados até o fim de 2016 para o cuidado das famílias; está sendo realizado trabalho com a
884 rede saúde mental e outros CAPS serão habilitados e trabalho com a assistência social; residências e
885 vagas – projeção de ampliação de vagas; residência médica e multiprofissional – prioridade: tríplice
886 epidemia; Estados estão treinados para utilização do sistema; ampliar vigilância das doenças
887 congênitas – mais respostas, mais capacidade de dados - intenção é dar mais respostas;
888 acompanhamento – crianças de até 3 anos podem ser notificadas; marcador – 3 anos de idade, mas
889 alterações estão em debate e serão feitas no documento para orientar melhor gestores e profissionais;
890 e febre do Mayaro – circulação no Brasil, comportamento mais silvestre, aproxima-se da dengue.
891 Concluída a fala, conselheiro André Luiz agradeceu a expositora e encerrou o debate. **Não houve**
892 **deliberação neste ponto.** Segundo, conselheiro **André Luiz de Oliveira** retomou, para deliberação,
893 os encaminhamentos do item 3 da pauta. Lembrou que na primeira votação houve empate e seria
894 preciso retomar o tema para definição. Colocou em votação um a um os pontos que precisavam de
895 deliberação. **1) realizar a 3ª Marcha em Defesa da Democracia e do SUS, no dia 7 de dezembro, com**
896 **mobilização das entidades. Aprovada por maioria. Quatro votos contrários e três abstenções.** **2)**
897 **convocar vigília nacional, de 21 a 25 de novembro, envolvendo os Conselhos Estaduais, Municipais em**
898 **defesa da Democracia e do SUS. Aprovada por maioria. Um voto contrário e quatro abstenções.** **3)**
899 **chamar os CONDISIS para participar da semana de vigília nacional, de 21 a 25 de novembro e da 3ª**
900 **Marcha em Defesa da Democracia e do SUS. Aprovada por maioria. Um voto contrário e uma**
901 **abstenção. 4) mobilizar os CES para que apoiem as estudantes que estão ocupando as escolas, e**
902 **fortaleçam o debate contra a PEC nº 55. Aprovado por maioria. Dois votos contrários e uma**
903 **abstenção. 5) mobilizar os CES para que realizem atividades nas unidades de saúde com o intuito de**
904 **esclarecer a população sobre os riscos da PEC nº. 55. Aprovada por maioria. Um voto contrário e três**
905 **abstenções. 6) apoiar a "Marcha para Brasília" que será realizada nos dias 28 e 29, contra a votação da**
906 **PEC. Aprovada por maioria. Dois votos contrários e três abstenções. 7) Realizar diálogos**
907 **temáticos, semanais, (on line) com o objetivo de esclarecer os impactos da PEC 55 na saúde.**
908 **Aprovada por unanimidade. 8) pautar debate no CNS sobre cenário das desigualdades econômicas e**
909 **sociais (remeter à Mesa Diretora do CNS). Aprovada.** Definido esse ponto, acordou-se que o edital do
910 Programa mais Médicos será pauta na próxima reunião do CNS. **Debate sobre revisão da atenção**
911 **básica. Apresentação: Allan Nuno**, diretor de Atenção Básica/MS. O expositor começou explicando
912 que há um ano e meio está sendo realizada agenda de debate sobre a revisão da Política Nacional da
913 Atenção Básica, vigente desde 2011. Nessa perspectiva, em outubro, foi realizado o 7º Fórum para
914 debate do tema na perspectiva de acumular e construir consenso a respeito de necessidades de
915 aperfeiçoamento da Política. Disse que o Brasil avançou de maneira expressiva na cobertura da
916 atenção básica, considerando que 73% da população brasileira está coberta pela atenção básica,
917 sendo 63% pela Estratégia da Saúde da Família (modelo prioritário, na visão do Ministério, que deve
918 continuar assim). Todavia, lembrou que 10% da população, cerca de 20 milhões de brasileiros, está
919 coberta por modelos que não são da saúde da família e é preciso conhecer essa realidade. Explicou
920 que o foco é analisar os avanços, os problemas, as necessidades de ajuste na Política na perspectiva

921 de torná-la mais qualificada e garantir mais resolutividade na atenção básica. Lembrou, inclusive, que
922 estudos mundiais demostram que o bom funcionamento da atenção básica resolve, no mínimo, 80%
923 das necessidades de saúde. Salientou ainda a necessidade de reforçar o Programa de Requalificação
924 das UBS, assegurando infraestrutura e ambiência para que trabalhadores tenham espaço adequado de
925 trabalho e os usuários disponham de local adequado para atendimento na atenção básica. Além disso,
926 frisou é preciso qualificar o Sistema de Informação com implantação do prontuário eletrônico para
927 garantir, entre outros aspectos, que a atenção básica coordene o cuidado. Também destacou a
928 importância de reforçar o Programa Nacional da Melhoria do Acesso com qualidade, com esforço para
929 garantir atenção básica mais qualificada aos usuários, e a necessidade de integração da vigilância em
930 saúde. Finalizando, destacou que o processo de revisão da Política está ocorrendo de forma a garantir
931 a participação do máximo de pessoas, sem atropelos, reconhecendo os avanços e apontando os
932 pontos que precisam avançar. Aberta a palavra aos conselheiros, foram levantadas as seguintes
933 questões: é importante aperfeiçoar a Política de Atenção Básica; sugestão de constituição de GT do
934 CNS para debater a atenção básica e apresentar diretrizes para o processo de revisão da atenção
935 básica – indicativo: contemplar um representante do comitê de políticas de equidade; é necessário
936 singularizar a Política, mas sem reduzi-la, especialmente neste momento de dificuldade orçamentária
937 nas três esferas de gestão; não se deve ter uma política nacional única para todo o país, tendo em vista
938 as desigualdades e as realidades locorregionais do Brasil; no processo de revisão da Política, é preciso
939 considerar os seguintes pontos (alguns estão no Relatório do Fórum de Atenção Básica): território da
940 área de abrangência da equipe da saúde da família - tamanho da população adstrita neste território,
941 composição das equipes – incorporação da saúde bucal, função dos agentes comunitários de saúde e
942 dos agentes comunitários de endemias (funções distintas), carga horária e vínculos na atenção básica
943 (mais de 70% dos trabalhadores da atenção básica no Brasil possui vínculos precários); recomendação
944 à Comissão Intergestores Tripartite que aguarde o debate no CNS antes da definição; o cuidado à
945 pessoa com diabetes deve ser uma das principais funções da atenção básica; é preciso monitorar o
946 envio dos formulários eletrônicos, pois o não envio implica, inclusive, na suspensão de recursos, o que
947 pode prejudicar a oferta de serviços de saúde à população; e é fundamental pensar a revisão da
948 Política de Atenção Básica sem retrocessos na gestão participativa e no modelo de atenção à saúde.
949 Concluídas as intervenções, o diretor do DAB/MS, **Allan Nuno**, manifestou-se focando a sua fala nos
950 seguintes aspectos: é importante criar GT no CNS para debater o tema e o DAB está à disposição para
951 contribuir com as informações necessárias e construir proposições coletivas; é essencial ampliar o
952 debate com outros fóruns e construir consenso, dado o impacto da Política na vida da população; a
953 nova PNAB deve também avançar na direção de aumentar a capacidade de respeitar as
954 singularidades, com flexibilização desde que não represente redução ou enfraquecimento da atenção
955 básica ou Estratégia da Saúde da Família, com equipe formada por médico, enfermeiro, técnicos,
956 agentes comunitários de saúde e equipes ampliadas com apoio Núcleos de Apoio à Saúde da Família,
957 saúde bucal; é preciso debater a qualidade da atenção básica e do conjunto das políticas da saúde e
958 apontar as possíveis saídas; o cuidado à pessoa com doenças crônicas, como o diabetes, é um dos
959 principais temas da atenção básica; os municípios devem implantar o Prontuário Eletrônico até o dia 10
960 de dezembro de 2016, aqueles que tiveram dificuldades, deverão reportar-se ao Ministério da Saúde –
961 será suspenso o recurso daqueles municípios que não implantar ou não justificar os motivos da não
962 implantação ao Ministério da Saúde; e a partir das informações/dificuldades apresentadas pelos
963 municípios, será elaborado, em conjunto com Estados e Municípios, plano nacional para implantação e
964 uso qualificado do prontuário eletrônico. Concluída a fala, o coordenador da mesa procedeu ao
965 encaminhamento. **Deliberação: o Plenário aprovou, por unanimidade, a constituição de GT do**
966 **CNS para debater a atenção básica e apresentar diretrizes para o processo de revisão.**
967 **Indicativo: contemplar um representante do comitê de políticas de equidade.** ITEM 6 –
968 **SEGURANÇA DO PACIENTE** - *Apresentação: Luciana Yume*, Ministério da Saúde; e *Júlia Souza*
969 *Vidal*, COPES/ANVISA. *Coordenação: conselheiro Neilton Araújo de Oliveira*, da Mesa Diretora do
970 CNS. A representante do Ministério da Saúde, *Luciana*, fez uma explanação sobre o Programa
971 Nacional de Segurança do Paciente, instituído em 2013. Começou explicando que segurança do
972 Paciente (OMS) é a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de
973 saúde, para um mínimo aceitável. A segurança é entendida como uma das dimensões da qualidade em
974 saúde. Por segurança do paciente, entende-se todo conhecimento que é aplicado na prática para que
975 os riscos desses danos desnecessários diminuam a um nível aceitável. O cerne dessa questão é
976 expandir a filosofia hipocrática a fim de que seja praticada, produzindo uma assistência em saúde que
977 não cause mal ao paciente. Fez referência ao caso de uma mãe, cuja filha foi internada em um dos
978 melhores hospitais pediátricos do mundo, para cuidado de queimadura, e morreu por desidratação para
979 explicar que a partir desse ocorrido se iniciou movimento voltado à segurança do paciente. Detalhou
980 que são competências de segurança: contribuir para uma cultura de segurança do paciente; trabalhar
981 em equipe pela segurança do paciente; comunicar-se de modo eficiente para a segurança do paciente;
982 gerenciar os riscos de segurança; otimizar fatores humanos e ambientais; e reconhecer, responder e

983 revelar eventos adversos. Sobre a literatura, destacou dados do Estudo Latino-Americano de Eventos
984 Adversos (IBEAS): em qualquer dia, 10% dos pacientes internados ou que estavam em tratamento em
985 hospitais participantes estavam sofrendo evento adverso relacionado à assistência; 20% dos pacientes
986 internados experimentaram pelo menos um incidente prejudicial durante a internação; e mais da
987 metade desses incidentes nocivos poderia ter sido evitado. Para ilustrar, apresentou a seguinte
988 estimativa em relação a 2014: internações no SUS = 11.318.684; eventos adversos (10%) = 1.131.868;
989 e eventos adversos evitáveis (50%) = 565.934. Mostrou o impacto financeiro dos eventos adversos,
990 destacando que no estudo do Canadá (1999), 4,8% das despesas com cuidados em saúde são
991 atribuídas aos eventos adversos; e estudo do Reino Unido (2001) apontou 8,5 dias adicionais de
992 internação. Salientou que os dois maiores erros estão ligados à comunicação e à administração de
993 medicamento. Destacou que em 2013 o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Segurança
994 do Paciente, por meio da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. O objetivo geral é contribuir para a
995 qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional e os
996 objetivos específicos são: implantar a gestão de risco e os Núcleos de Segurança do Paciente nos
997 estabelecimentos de saúde; envolver os pacientes e familiares nas ações; ampliar o acesso da
998 sociedade às informações; produzir, sistematizar e difundir conhecimentos; e fomentar a inclusão do
999 tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde.
1000 Também detalhou as estratégias de implementação do PNSP: elaboração e apoio à implementação de
1001 protocolos, guias e manuais; promoção de processos de capacitação de gerentes, profissionais e
1002 equipes de saúde; inclusão da segurança do paciente nos processos de contratualização e avaliação
1003 de serviços; campanha de comunicação social; vigilância e monitoramento de incidentes na assistência
1004 à saúde; promoção da cultura de segurança; e articulação com o MEC e o CNE para inclusão do tema
1005 nos currículos. No que se refere à participação coletiva, citou o Comitê de Implementação do Programa
1006 Nacional de Segurança do Paciente - CIPNSP. Finalizando, apontou como desafios: integrar o PNSP a
1007 outros programas e políticas de saúde; aprimorar a participação e o envolvimento do usuário do
1008 sistema; incluir a segurança do paciente no ensino; mudar o olhar sobre o incidente: profissional x visão
1009 sistêmica das barreiras; e induzir a inovação no campo do setor produtivo/ serviços. Por fim, colocou as
1010 seguintes questões para reflexão: Como o CNS pode apoiar a implementação do PNSP? A instituição
1011 que eu represento tem alguma relação com a segurança do paciente? De que forma a minha instituição
1012 pode fortalecer e apoiar a construção da segurança do paciente dentro do escopo de trabalho? Na
1013 sequência, a representante do COPES/ANVISA, **Júlia Souza Vidal**, interveio para explicar que a
1014 Anvisa é parceira do MS e responsável por coordenar o Comitê de Implementação do Programa
1015 Nacional de Segurança do Paciente – CIPNSP. Explicou que a regulamentação sanitária é responsável
1016 pela definição de requisitos mínimos para a segurança do paciente e critérios para adesão à Rede
1017 Sentinel; avaliação e monitoramento dos serviços de saúde quanto às práticas seguras, com ênfase
1018 não punitiva; monitoramento da ocorrência de eventos adversos; aprimoramento da regulação a partir
1019 de notificações (ex: erros de medicação); e capacitação de profissionais e gestores. Concluída a
1020 apresentação, foi aberta a palavra aos conselheiros. Das falas, emergiram as seguintes questões: essa
1021 é uma questão complexa e é necessário avaliar caso a caso para não ter injustiças; a segurança do
1022 paciente está liga à qualificação profissional, portanto, é preciso definir forma de melhorar a formação e
1023 as condições de trabalho; para segurança dos pacientes de diabetes, a ANVISA deve regulamentar os
1024 glicosímetros; é preciso cumprir normativas e protocolos a fim de aumentar a segurança do paciente; os
1025 profissionais de saúde precisam ser sensibilizados acerca do problema e, para isso, podem ser
1026 realizadas capacitações on-line. Concluídas as falas, foi aberta a palavra aos conselheiros. Nas falas,
1027 os conselheiros reconheceram a importância do tema e destacaram os seguintes aspectos: é preciso
1028 capacitar os profissionais para evitar eventos adversos no atendimento nos hospitais e também
1029 domiciliar; é necessário adotar ações para diminuir, ao máximo, os erros nas condutas, porque podem
1030 resultar em morte e sequelas permanentes; a segurança ao paciente está ligada à qualificação
1031 profissional, compromisso do profissional, condições de trabalho e o que fazer para melhorar essas
1032 questões; jornadas excessivas podem levar ao erro em condutas; solicitação à ANVISA que regularize
1033 os glicosímetros, utilizados na medição da taxa de glicemia, e envie ao IMETRO para garantir a
1034 segurança dos pacientes com diabetes no uso do equipamento; a maioria dos acidentes é evitável,
1035 porque decorrem de erros que poderiam ser evitados nas condutas; é preciso regulamentar a jornada
1036 de trabalho dos profissionais da enfermagem, bem como plano de cargos e carreiras, entendendo que
1037 contribuirá para evitar equívocos nas condutas; 60% dos profissionais de saúde são enfermeiros,
1038 assim, ao fazer comparativo com outras profissionais, o índice de erro dos enfermeiros é semelhante
1039 aos demais profissionais; é preciso considerar que não existe risco zero e focar na capacitação e
1040 treinamento (vídeos curtos, cursos on line, etc); para minimizar erros, é preciso garantir formação de
1041 qualidade; os conselhos profissionais devem adotar sistemática mais educativas e menos punitivas; os
1042 conselhos de saúde devem exercer o seu papel de fiscalização; é importante realizar atividade conjunta
1043 do comitê nacional de segurança de pacientes e dos conselhos profissionais. Concluídas as falas, as
1044 convidadas teceram comentários gerais sobre os pontos levantados. A representante do Ministério da

1045 Saúde, **Luciana Yume**, destacou os seguintes aspectos na sua fala: primeiro, a temática foi abordada
1046 nos hospitais, mas se aplica a qualquer estabelecimento (ao cuidador e ao cuidado); foi elaborado
1047 material voltado ao atendimento domiciliar; qualificação profissional – os profissionais devem conhecer
1048 os riscos do exercício profissional; todos os conselhos devem contribuir na revisão das Diretrizes
1049 Curriculares Nacionais e apresentar contribuições nesse sentido; as condições de trabalho interferem
1050 na segurança do paciente e devem ser avaliadas; capacitação dos profissionais – preocupação do
1051 Programa relacionada ao conhecimento: manuais publicados, seis protocolos de segurança do paciente
1052 disponíveis; e capacitações realizadas (escolas técnicas do SUS). A representante do COPES/ANVISA,
1053 **Júlia Souza Vidal**, pontuou as seguintes questões na sua fala: foi definido grupo prioritário para
1054 implantar o Programa, mas será expandido; e levará debate à ANVISA sobre glicosímetros.
1055 Conselheiro Neilton Araújo de Oliveira agradeceu e registrou que a mesa cumpriu o seu objetivo de
1056 estabelecer vínculos com as entidades acerca do tema. Também informou que até o momento foram
1057 218 acessos à página do CNS e saudou os 139 internautas que acompanhavam a reunião naquele
1058 momento, sendo dois dos EUA. **Atual contexto da saúde indígena.** Apresentação: **Regina Célia**
1059 **Resende**, diretora do departamento de atenção primária/MS. Coordenação: conselheiro **Neilton Araújo**
1060 **de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. A diretora **Regina Célia Resende** iniciou registrando que a
1061 semana foi marcada por atividades com representações indígenas para discutir a situação da saúde
1062 indígena. Explicou que, no dia 17 de outubro, foi publicada a Portaria do MS nº 1.907, que revogou a nº
1063 475, de 16 de março de 2011. Essa medida retirou da direção da Secretaria Especial de Saúde
1064 Indígena - SESAI competências quanto à gestão orçamentária e financeira relativa à política pública de
1065 atenção à saúde dos povos indígenas. Em consequência, os coordenadores dos 34 Distritos Sanitários
1066 Especiais Indígenas - DESEIs ficam impedidos de praticar atos de gestão. Ou seja, não poderiam mais,
1067 por exemplo, ordenar despesas, fazer contratos e licitações, sequer autorizar diárias e requisitar serviço
1068 de passagens e transporte por qualquer via ou meio, de pessoas e bagagens. Diante das
1069 consequências, o Ministro da Saúde revogou a Portaria e publicou a nº. 2.141/2016, que retoma
1070 algumas das atribuições dos coordenadores dos DSEIs, retiradas pela Portaria 1.907, publicada no dia
1071 17/10, que reestabelece a autonomia financeira e orçamentária dos Distritos. Por outro lado, essa
1072 revogação impactou na autonomia da SESAI. Com isso, a segunda portaria também foi revogada,
1073 assegurando a autonomia da Secretaria. Disse que o Ministro da Saúde convidou representações dos
1074 conselhos distritais indígenas para tratar sobre a execução das ações de saúde nos territórios
1075 indígenas. Desse debate, acordou-se que os convênios serão renovados da forma como é hoje e serão
1076 realizados cinco seminários regionais para discutir a situação atual na área de prestação de serviços e
1077 melhorias da atenção à saúde indígena. Conselheiro **Edmundo Omore** fez um informe sobre a 93^a
1078 Reunião da Comissão Intersetorial da Saúde Indígena – CISI/CNS, realizada nos dias 24 e 15 de
1079 outubro de 2016, em São Gabriel da Cachoeira, no Amazonas, que debateu o tema “Saúde Indígena e
1080 o Controle Social no Rio Negro”. Na sequência, conselheira **Vânia Lúcia Leite** fez a leitura de duas
1081 minutas de recomendação elaboradas pela CISI/CNS. O texto é o seguinte: “**1)** Recomendação nº XXX
1082 de 04 de novembro de 2016. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima
1083 Octogésima Sétima Reunião Ordinária, realizada nos dias 06 e 07 de outubro de 2016, no uso de suas
1084 competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela
1085 Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e cumprindo
1086 as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira
1087 correlata; e considerando as propostas da 5^a Conferência Nacional de Saúde Indígena e a 15^a
1088 Conferência Nacional de Saúde no sentido de que sejam feitos processos de formação para os
1089 conselheiros de saúde; considerando o que dispõe a Política Nacional de Educação Permanente para o
1090 Controle Social no SUS; considerando as demandas recorrentes sobre capacitação de conselheiros
1091 indígenas para que se qualifiquem e exerçam com competência suas funções legais e legítimas nos
1092 conselhos de saúde indígenas. Recomenda: A Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o
1093 Controle Social no SUS – CIEPCSS incorpore, em seu planejamento, ações de capacitação para os
1094 conselheiros de saúde indígenas. **2)** Recomendação nº xxx de 04 de novembro de 2016. O Plenário do
1095 Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Octogésima Sétima Reunião Ordinária, realizada
1096 nos dias 06 e 07 de outubro de 2016, no uso de suas competências regimentais e atribuições
1097 conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de
1098 1990, pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e cumprindo as disposições da Constituição da
1099 República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e considerando as
1100 denúncias da Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro - FOIRN sobre as precárias
1101 condições de saúde da população indígena, ausência de infraestrutura e insumos nas aldeias, falta de
1102 condições da gestão do Distrito Especial de Saúde Indígena/DSEI para gerir um serviço de saúde que
1103 agrupa diferentes etnias e desarticulação com os demais serviços do SUS; considerando a realização
1104 da 93^a Reunião da CISI, em São Gabriel da Cachoeira, quando houve denúncias sobre a situação
1105 caótica da saúde no Distrito Sanitário Especiais Indígenas/DSEI (falta medicamentos, falta equipe em
1106 área, falta transporte, falta água potável, carência de saneamento básico, alto índice de suicídio e

1107 controle social fragilizado); considerando a complexidade da saúde indígena na região, a necessidade
1108 de fortalecer o diálogo entre as partes responsáveis pelo atendimento e a expressa solicitação para que
1109 o CNS ajudasse nesse processo; considerando a precariedade na prestação de serviço relacionado ao
1110 funcionamento das unidades e à comunicação entre usuário, profissionais e serviço de saúde; carência
1111 na estrutura dos serviços; rotatividade dos profissionais, atenção centrada na doença e
1112 descontinuidade de contrarreferência; considerando que o perfil de atuação da Equipe Multiprofissional
1113 de Saúde Indígena é marcado pelo modelo assistencial curativo, com atendimento fragmentário à
1114 demanda espontânea, contrapondo os componentes de vigilância à saúde, tal como previsto nas
1115 normas dos programas nacionais de saúde. Recomenda: à Comissão Intersetorial de Saúde Indígena
1116 para que acompanhe e monitore a reestruturação do DSEI Alto Rio Negro, em São Gabriel da
1117 Cachoeira-AM." Conselheiro **Rildo Mendes** fez a leitura da terceira minuta de recomendação,
1118 elaborada pela CISI. O texto é o seguinte: "Recomendação nº xxx de 04 de novembro de 2016. O
1119 Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Octogésima Sétima Reunião Ordinária,
1120 realizada nos dias 06 e 07 de outubro de 2016, no uso de suas competências regimentais e atribuições
1121 conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de
1122 1990, pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e cumprindo as disposições da Constituição da
1123 República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e considerando que a
1124 Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas – PNASPI, aprovada pela Portaria
1125 Ministerial nº 254, de 31 de janeiro de 2002, encontra-se defasada em relação às propostas da 5ª
1126 Conferência Nacional de Saúde Indígena e não se observa a existência de monitoramento e avaliação
1127 sistemática das ações de saúde ofertadas aos povos indígenas; considerando que os programas, os
1128 projetos e as atividades realizadas pela Gestão e que tenham a ver com a saúde das populações
1129 indígenas, devem se referenciar na PNASPI; considerando que a PNASPI deve tratar: da organização
1130 dos serviços de atenção dos povos indígenas; da preparação dos recursos humanos, do
1131 monitoramento das ações e serviços; da articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde; da
1132 promoção do uso adequado e racional de medicamentos; da promoção de ações específicas em
1133 situações especiais na promoção ética das pesquisas e das ações à saúde, envolvendo as
1134 comunidades indígenas; da promoção de ambientes saudáveis e proteção à saúde indígena; do
1135 fortalecimento do controle social no Subsistema de Saúde Indígena; considerando a necessidade de
1136 constante avaliação da PNASPI no que se refere ao modelo de atenção ofertada, bem como sua
1137 articulação com os sistemas municipais de saúde, e de que formas esses pressupostos da atenção
1138 diferenciada e do modelo de atenção básica se desenvolvem no cotidiano dos povos indígenas;
1139 considerando as prioridades da Agenda Nacional de Pesquisa em Saúde que aponta a necessidade de
1140 avaliação da política de atenção à saúde do índio, levando em conta o cenário atual de transição
1141 desses modelos; considerando que o Grupo de Trabalho, instituído pela Portaria Ministerial nº 25, de 26
1142 de agosto de 2015, com o objetivo de discutir e revisar a PNASPI, não avançou na produção de
1143 resultados durante o período de vigência da referida portaria. Recomenda: Ao Ministério da Saúde que
1144 reinstale imediatamente o Grupo de Trabalho para atualização da Política Nacional de Atenção à Saúde
1145 dos Povos Indígenas." Concluída a leitura, a mesa colocou em votação as recomendação.
1146 **Deliberação: aprovadas, em bloco, as três recomendações.** Na sequência, o coordenador da mesa
1147 abriu a palavra aos inscritos. Nas falas, os conselheiros e conselheiras pontuaram os seguintes
1148 aspectos: quais são os alimentos produzidos na região? Quem compra os alimentos para
1149 abastecimento da CASAI? São utilizados os alimentos produzidos na região para abastecer a CASAI?
1150 A cesta básica já foi adaptada aos hábitos indígenas?; A organização do SUS é dramática e a Rede de
1151 saúde precária; não existe sistema de saúde por conta da fragmentação da assistência e não há
1152 controle social na região; o CNS precisa conhecer com maior profundidade a saúde indígena e o
1153 Subsistema de Saúde Indígena; a realidade complexa de São Gabriel da Cachoeira é comum a outras
1154 regiões indígenas do país; é preciso considerar os problemas na SESAI e as dificuldades inclusive de
1155 acesso às terras indígenas; e a disputa política no âmbito da SESAI está interferindo na assistência à
1156 população. Após breves considerações da mesa, o coordenador passou aos encaminhamentos.
1157 **Deliberação: o Plenário definiu que: a SESAI/MS deverá elaborar informe sobre temas relevantes**
1158 **e prioritários a ser encaminhado à SE/CNS para envio aos conselheiros; e o tema será pauta da**
1159 **próxima reunião do CNS.** Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** justificou a ausência no segundo
1160 dia de reunião. **Lançamento da publicação "Subsídios para o Cuidado à Saúde do Povo Cigano".**
1161 **Composição da mesa:** **Esdras Daniel Pereira**, diretor do DAGEP/CNS; e **Elisa Costa**, presidente da
1162 AMSK Brasil. A cartilha é voltada aos gestores e trabalhadores de saúde sobre as especificidade e
1163 cuidados no atendimento da população de etnia cigana nos serviços do Sistema Único de Saúde
1164 (SUS). A propósito, foi solicitada a publicação da cartilha em Braille. Inversão de pauta. **ITEM 9 –**
1165 **COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA – CONEP - Apresentação:** conselheiro **Jorge**
1166 **Alves de Almeida Venâncio**, coordenador da CONEP/CNS; e conselheira **Francisca Valda**,
1167 coordenadora adjunta da CONEP/CNS. **Coordenação:** conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**,
1168 Presidente do CNS. Iniciando, o coordenador da CONEP/CNS, conselheiro **Jorge Alves de Almeida**

1169 **Venâncio**, informou ao Plenário que no dia 26 de outubro de 2016 foi apresentada nova versão ao
1170 substitutivo do Projeto de Lei nº 200/2015, em tramitação no Senado Federal, que regulamenta a
1171 atividade de pesquisa clínica no Brasil e essa versão apresenta três mudanças principais: **a)** desvincula
1172 a instância nacional de ética em pesquisa da ANVISA, como anteriormente proposto pelo substitutivo, e
1173 vincula ao Ministério da Saúde, sob a coordenação da Secretaria de Ciência de Tecnologia e Insumos
1174 Estratégicos, sob a justificativa de que as pesquisas em saúde extrapolam o campo dos produtos
1175 sujeitos ao controle sanitário (com isso, não deixa margem para vinculação à CONEP/CNS); **b)**
1176 possibilita a interrupção do fornecimento do medicamento experimental utilizado na pesquisa quando
1177 houver reação adversa que, a critério do médico assistente, inviabilize a continuidade do tratamento,
1178 mesmo diante de eventuais benefícios; e **c)** garante que o participante da pesquisa, quando receber
1179 tratamento comparativo entre um placebo e outro método de profilaxia, diagnóstico ou tratamento,
1180 tenha direito ao tratamento ou procedimento que seria habitualmente realizado na prática clínica. Disse
1181 que esteve no Senado Federal e espera a marcação do debate na Comissão de Assuntos Sociais –
1182 situação bem encaminhada no momento. Ainda no campo do campo do PL, lembrou que o Plenário
1183 aprovou, no início do ano, a Resolução nº. 506 que trata do processo de acreditação de Comitês de
1184 Ética em Pesquisa (CEP) que compõem o Sistema CEP/CONEP. Informou que a CONEP elaborou
1185 edital de chamada para a apresentação de propostas com vistas à acreditação de Comitês de Ética em
1186 Pesquisa, composto por três etapas (chamada, seleção dos Comitês que participação do processo de
1187 pré-creditarão e escolha dos Comitês). A proposta é realizar a primeira chamada pública na região
1188 metropolitana de São Paulo, que corresponde a 25% das pesquisas do país. Nessa região, serão
1189 acreditados quatro CEPS, mas seis serão selecionados para garantir reserva técnica. Destacou que o
1190 critério mais importante para seleção será o número total de pareceres consubstanciados emitidos,
1191 cujos protocolos foram encaminhados à análise da CONEP, referentes aos três anos anteriores à data
1192 de publicação da Chamada Pública. Seguindo, falou sobre a composição do GT para debater a
1193 proposta de tipificação de risco, a saber: 1) Gabriela Marodin (CONEP); 2) Sergio Surugi de Siqueira
1194 (CONEP); 3) José Humberto T. Guerreiro Fregnani (CONEP); 4) Um representante
1195 CONEP/SCTIE/DECIT/MS; 5) Alfredo José Mansur (Ind. CEP HC de São Paulo); 6) Sergio Luis
1196 Amantéa (Ind. CEP Moinhos de Vento/RS); 7) Marisa Palácios (Ex-membro CONEP); 8) Mercedes
1197 Bendati /CONEP (GT SUS); 9) João Fernando Monteiro Ferreira/CONEP (GT PB); 10) Iara Coelho Zito
1198 Guerriero/CONEP/ (GT CHS) (Psicóloga); 11) Adriane Spindola Mota Campos Azeredo (CONEP)/CHS
1199 (Advogada); 12) Aline Winter Sudbrak (CONEP) CHS (Antropóloga); 13) Suely Gandolfi Dallari (Ex-
1200 membro CONEP) CHS (Advogada); 14) Edemilson Antunes de Campos/Livre Docente da Univ. Fed.de
1201 São Carlos (Rep. CHS ind. pelo CEP); 15) Martinho Braga Batista e Silva/UERJ (Rep. CHS Ind. CEP);
1202 16) Eudes Quintino de Oliveira Junior/CONEP. Disse que não foram incluídas representações de
1203 associações de pesquisadores no GT, o que não significa que haverá diálogo com esse segmento.
1204 Também lembrou que a Resolução 510 prevê a criação de uma instância para discutir a aplicação da
1205 Resolução, assim, os nomes foram indicados e a primeira reunião será realizada em dezembro. A
1206 respeito do GT SUS, informou que está dialogando com MS, CONASS e CONASEMS para construir
1207 consenso sobre a resolução e trazer ao Conselho. Também disse que foi constituído GT para tratar
1208 sobre doenças raras e será realizado seminário, com convite a associações da área, para aprofundar
1209 debate e trazer os resultados ao CNS. O Presidente do CNS frisou a importância de construir diálogo e
1210 acordos com os segmentos que atuam no sistema CEP/CONEP, especialmente das ciências sociais e
1211 humanas. Conselheira **Francisca Valda da Silva**, coordenadora adjunta da CONEP, lembrou que a
1212 regulação da pesquisa e produção da ciência tecnologia é um tema que mexe com interesses e
1213 ressaltou a importância do trabalho realizado pela Comissão, sob a gestão do conselheiro Jorge
1214 Venâncio. Também disse que é preciso recuperar a agenda nacional de prioridades resultante da II
1215 Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia. Conselheira **Francisca Rego** destacou a importância da
1216 pauta da CONEP e a necessidade de o Pleno apropriar-se dos debates da Comissão. Conselheiro
1217 **Jorge Alves de Almeida Venâncio** disse que o principal problema do PLS é retirar a CONEP sob a
1218 égide do Conselho e frisou que a Comissão está empenhada para manter como está, considerando o
1219 importante trabalho realizado pelo sistema CEP/CONEP nos últimos anos, com melhorias inclusive no
1220 processo. Também disse que a Comissão está determinada a aplicar medidas certas para cada
1221 questão. **ITEM 10 – CONFERÊNCIAS** – Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, coordenador da
1222 Conferência, informou que foi realizada a I reunião da comissão organizadora no mês de outubro que
1223 debateu a metodologia da Conferência – objetivo, diretrizes gerais. Também comunicou que seria
1224 publicada no dia seguinte a convocação da 2ª CNSMu. Conselheira **Carmem Lúcia Luiz**,
1225 coordenadora da CISMU/CNS, apresentou as propostas relacionadas à realização da 2ª Conferência
1226 Nacional de Saúde das Mulheres, para deliberação do Pleno: **a)** delegação: 1.500 delegados e
1227 delegadas mais 10% de convidados e 5% de participantes livres, sendo 40% distribuídos
1228 igualitariamente nos estados e 60% proporcionais à população; e **b)** percentual de homens e mulheres:
1229 no mínimo, 70% de mulheres em todos os segmentos. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**
1230 apresentou a proposta de cronograma e de participantes, elaborada pela Mesa Diretora do CNS: **a)**

1231 Cronograma: 1º de janeiro a 21 de maio de 2017: etapa municipal; 22 de maio a 20 de junho: etapa
1232 estadual; e 1º a 4 de agosto de 2017: etapa nacional; **b)** percentual de homens e mulheres: no mínimo,
1233 60% de mulheres no segmento dos usuários; e **c)** participantes: 1.352 delegados eleitos nos estados;
1234 148 delegados nacionais; 10% de convidados – 148; 5% de participantes livres - 75; e total: 1.723.
1235 Também disse que será feita conversa com CONASS e CONASEMS sobre deliberação da CIT acerca
1236 da realização das três conferências temáticas previstas para 2017. A seguir, houve algumas
1237 manifestações. **Deliberação:** como resultado, o Plenário aprovou, por unanimidade, os seguintes
1238 aspectos relativos à realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres: a)
1239 delegação: 1.500 delegados e delegadas mais 10% de convidados e 5% de participantes livres,
1240 sendo 40% distribuídos igualitariamente nos estados e 60% proporcionais à população; b)
1241 percentual de homens e mulheres: no mínimo, 60% de mulheres em todos os segmentos;
1242 Cronograma: 1º de janeiro a 21 de maio de 2017: etapa municipal; 22 de maio a 20 de junho:
1243 etapa estadual; e 1º a 4 de agosto de 2017: etapa nacional. A metodologia da 2ª CNSM será
1244 apreciada pelo Pleno do CNS na próxima reunião ordinária. Definido esse ponto, a mesa encerrou
1245 o primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros. Estiveram presentes os
1246 seguintes conselheiros: **Titulares** – **Ana Cláudia Martins**, Organização Nacional de Entidades de
1247 Deficientes Físicos – ONEDEF; **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil-
1248 CNBB; **Antônio Muniz da Silva**, Organização Nacional dos Cegos do Brasil – ONCB; **Antonio Pitol**,
1249 Pastoral da Saúde Nacional; **Arilson da Silva Cardoso**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais
1250 de Saúde – CONASEMS; **Carmen Lucia Luiz**, União Brasileira de Mulheres – UBM; **Edmundo**
1251 **Dzuaiwi Omore**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Edvaldo**
1252 **Furtado Apolinário**, Federação Nacional de Associações e Entidades de Diabetes – FENAD;
1253 **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO;
1254 **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; **Geordeci M. Souza**, Central
1255 Única dos Trabalhadores; **Jani Betânia Souza Capiberibe**, Associação Brasileira de Autismo – ABRA;
1256 **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos
1257 Trabalhadores na Saúde – CNTS; **José Arnaldo Pereira Diniz**, Federação Interestadual dos
1258 Odontologistas – FIO; **José Fernando Uchôa Costa Neto**, Ministério da Educação (MEC); **Juliana**
1259 **Acosta Santorum**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG; **Luiz Alberto**
1260 **Catanoce**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical – SINDNAPI;
1261 **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Maria Laura Carvalho**
1262 **Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Maria Zenó Soares da Silva**, Federação
1263 Nacional das Associações de Pessoas com Doenças Faciformes - FENAFAL; **Nelcy Ferreira da Silva**,
1264 Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Nelson**
1265 **Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Nilton Pereira Júnior**, Associação
1266 Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO; **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina
1267 Veterinária (CFMV); **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul – ARPINSUL;
1268 **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos – Fenafar; **Sônia Pereira**, Rede
1269 Nacional Lai Lai Apejo; **Wanderley Gomes da Silva**, Confederação Nacional das Associações de
1270 Moradores – CONAM; e **Zaíra Tronco Salerno**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN).
1271 **Suplentes** – **Agleildes Arichele Leal de Queirós (“Liu Leal”)**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
– CEBES; **Andréa Karolina Bento**, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia – ABRALE; **Antonio**
1272 **de Souza Amaral**, Associação Brasileira de Ostomizados – ABRASO; **Clarice Baldotto**, Associação
1273 de Fisioterapeutas do Brasil (AFB); **Cleuza de Carvalho Miguel**, Movimento dos Portadores de
1274 Esclerose Múltipla – MOPEM; **Cleusa Rodrigues da Silveira Bernardo**, Ministério da Saúde (MS);
1275 **Danilo Aquino Amorim**, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM; **Deise**
1276 **Araújo Souza**, Confederação Nacional do Comércio – CNC; **Denise Torreão Corrêa da Silva**,
1277 Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFA; **Dulcilene Silva Tiné**, Confederação Nacional de Saúde,
1278 Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS); **Elcyana Bezerra de Carvalho**, Associação Brasileira
1279 de Alzheimer – ABRAz; **Elgiane de Fatima Machado Lago**, Central dos Trabalhadores e
1280 Trabalhadoras do Brasil – CTB; **Gislei Siqueira**, Movimento dos Trabalhadores Sem Terra – MST;
1281 **Ivone Martini de Oliveira**, Conselho Federal de Enfermagem – COFEN; **Joana Batista Oliveira**
1282 **Lopes**, Federação Nacional dos Odontologistas - FNO; **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central
1283 Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB; **Jupiara Gonçalves de Castro**, Federação de Sindicatos
1284 de Trabalhadores Técnicos Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil –
1285 FASUBRA; **Maria Aparecida Braga**, União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde –
1286 UNIDAS; **Maria das Graças Silva Gervásio**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB;
1287 **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira**, Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais – ABRATO;
1288 **Simone Maria Leite Batista**, Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em
1289 Saúde – ANEPS; **Sueli Terezinha Goi Barrios**, Associação Brasileira da Rede Unida – REDE UNIDA;
1290 **Tathiane Aquino de Araújo**, Rede Nacional de Pessoas Trans- Rede Trans Brasil; e **Vânia Lúcia**
1291 **Ferreira Leite**, Pastoral da Criança. Iniciando o segundo dia de reunião, a mesa foi composta para o

item 8 da pauta. **ITEM 8 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS E RELAÇÕES DE TRABALHO – CIRHRT** - Apresentação: conselheiro **Danilo Amorim**, coordenador adjunto da CIRHRT/CNS. Coordenação: conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando, o coordenador adjunto da CIRHRT/CNS, conselheiro **Danilo Amorim**, explicou que a Comissão analisou oito processos, todos de Autorização, sendo sete de Psicologia e um de Odontologia. O resultado da análise foi o seguinte: cinco pareceres insatisfatórios e três pareceres satisfatórios com recomendações. Primeiro, apresentou os pareceres insatisfatórios: **1)** Instituto de Educação Superior da Paraíba (João Pessoa/PB): autorização Psicologia – 100 vagas (50 matutino e 50 noturno). Parecer: insatisfatório. **2)** Centro Universitário Monte Serrat (Santos/SP). Autorização Psicologia - 180 vagas (60 matutino e 120 noturno. Parecer: insatisfatório. **3)** Faculdade Mauá de Brasília (Brasília/DF). Autorização Psicologia – 200 vagas (100 matutino e 100 noturno. Parecer: insatisfatório. **4)** Faculdade Montes Belos (São Luís de Montes Belos/GO). Autorização Psicologia – 100 vagas (período integral). **5)** Faculdade Integrada Brasil Amazônia – FIBRA (Belém/PA). Autorização Odontologia – 100 vagas (50 matutino e 50 vespertino). Concluída a apresentação, a coordenadora da mesa consultou o Plenário e, não havendo destaques, colocou em votação os cinco pareceres. **Deliberação: aprovados, em bloco, os cinco pareceres insatisfatórios.** Em seguida, o coordenador adjunto da CIRHRT/CNS apresentou os pareceres satisfatórios com recomendação que foram votados um a um: **1)** Faculdade novo tempo de Itapipoca (Itapipoca/CE). Autorização Odontologia – 150 vagas (50 matutino; 50 vespertino; 50 noturno). Parecer: satisfatório com recomendações para o próximo ciclo avaliativo: **a)** discriminar no PPC e na Matriz Curricular quanto aos cursos diurno e noturno, no que se refere à forma como o aluno do curso noturno irá se inserir nos estágios, e como será o uso da rede de serviços do SUS para esse turno; **b)** explicitar como se dará a inserção dos estudantes na comunidade desde o início do curso, conforme recomendação da Resolução CNS Nº 350/2005; e **c)** definir claramente o corpo docente e seus respectivos regimes de trabalho, uma vez que, segundo avaliadores do INEP, do total de 16 docentes com termo de compromisso assinado, alguns não estavam cadastrados no sistema e-MEC e alguns professores que estavam cadastrados no sistema e-MEC não irão mais fazer parte do corpo docente da IES. **Deliberação: aprovado, com uma abstenção, o parecer relativo à Faculdade Novo Tempo de Itapipoca/Ceará.** **2)** Faculdade Ateneu (Fortaleza/CE). Autorização Psicologia – 120 vagas (60 matutino; 60 noturno). Parecer satisfatório com as seguintes recomendações para o próximo ciclo avaliativo: **a)** Apresentar, por meio de Termo de Compromisso/COAPES, como se dá a articulação com a gestão local do SUS e sua participação/comprometimento com o desenvolvimento do PPC do curso, conforme exigido no item 04, subitem b, da Resolução CNS Nº350/2005; **b)** Descrever o funcionamento do Serviço de Psicologia conforme solicitado nas DCNs/2011 do curso de Psicologia, objetivando desenvolver no aluno as competências que o curso pretende; e **c)** Discriminar no PPC e na Matriz Curricular quanto aos cursos diurno e noturno, no que se refere à forma como o aluno do curso noturno irá se inserir nos estágios, e como será o uso da rede de serviços do SUS para esse turno. **Deliberação: aprovado, com uma abstenção, o parecer relativo à Faculdade Ateneu – Fortaleza/CE.** **3)** Universidade Católica de Salvador (Salvador/BA). Autorização Psicologia – 120 vagas (matutino). Parecer satisfatório com as seguintes recomendações para o próximo ciclo avaliativo: **a)** Descrever no PPC como se dará a inserção dos estudantes na comunidade, desde o início do curso, conforme Artigo 27 da Lei Nº 8.080/90; e **b)** Considerando a divergência existente no processo quanto ao número de vagas solicitadas, ressalta-se que o corpo docente apresentado atende somente as 120 vagas solicitadas para o período matutino, de acordo com o que foi constatado na visita *in loco* dos avaliadores do INEP. Caso contrário, o número de professores poderá não ser suficiente para atender à demanda de alunos já nos dois primeiros anos de funcionamento do curso, comprometendo a capacidade didático-pedagógica (item 04, subitem a, da Resolução CNS nº. 350/2005). **Deliberação: aprovado, com uma abstenção, o parecer relativo à Universidade Católica de Salvador – Salvador/BA.** Segundo, apresentou a proposta de composição, sugerida pela CIRHRT/CNS, do Grupo de Trabalho das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação na Área da Saúde: *Conselheiros* – **1)** Francisca Valda da Silva – ABEn; **2)** Francisca Rêgo Oliveira Araújo – ABENFISIO; **3)** Danilo Aquino Amorim – DENEM; **4)** Marisa Furia Silva – ABRA; e **5)** José Eri de Medeiros – CONASEMS. *Convidados* - Cláudia Brandão - DEGES/SGTES; Rede Unida; Vera Garcia - Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia; UFPB - Alexandre Medeiros; UFRJ - Ivone Cabral. Após a apresentação, foi aberta a palavra aos conselheiros e emergiram as seguintes questões: o tema é complexo e demanda o envolvimento de vários segmentos; ampliar o GT, incluindo: representação das Associações de Ensino em Saúde e do CNS como convidados permanente e representante do CFMV, das Executivas de cursos da área da saúde relacionadas às DCNs e um representante sindical; preocupação com numero grande de participantes. **Deliberação: aprovada composição do GT das DCNs com conselheiros nacionais de Saúde e convidados sugeridos pela CIRHRT, acrescentando os convidados sugeridos pelo Pleno/CNS. Serão pactuados na 172ª RO/CIRHRT, em 22 e 23 de novembro, objetivos, metas e cronograma do GT, a serem apresentados no Pleno/CNS de dezembro.** A

1355 seguir, o coordenador adjunto da CIRHRT fez os seguintes informes: **a)** Processos referentes a cursos
1356 de graduação em Enfermagem – o MEC ainda não enviou nenhum processo referente aos cursos de
1357 graduação em enfermagem para apreciação do CNS (Decreto nº 8.754, de 10 de maio de 2016).
1358 **Encaminhamento: oficiar o MEC a respeito.** **b)** Representação do MEC para compor a CIRHRT/CNS.
1359 - não houve indicação, até o momento, de representante do MEC para compor a CIRHRT/CNS.
1360 **Encaminhamento: formalizar a demanda ao Gabinete do MS.** Por fim, apresentou a Ordem de
1361 Suplência na CIRHRT, conforme encaminhado pelos fóruns de trabalhadores e usuários: *trabalhadores*:
1362 1 - Adilson Luiz Szymanski - CNTS; 2 - Crizolda Assis de Araújo - FASUBRA; 3 - Francisco Batista
1363 Júnior - CFF; 4 - Jefferson de Souza Bernardes - CFP; 5 - Rogério Roberte - CFFa. Observação: a
1364 sexta suplência é ocupada por Jane Aurelina Temóteo de Queiroz Elias, que reside em Brasília e não
1365 precisa de passagens nem diárias para participar das reuniões, por isto, fica fora da lista; *usuários*: 1 -
1366 Hercília Melo do Nascimento - ANPG; 2 - Edmundo Dzuaiwi Omore - COIAB; 3 - Leidjane Ferreira de
1367 Melo - NCST; 4 - Maria Guilhermina Cunha Salasário - ABGLT; 5 - Gilene José dos Santos -
1368 SINTAPI/CUT. **Deliberação:** aprovada a Ordem de Suplência na CIRHRT/CNS. **ITEM 7 –**
1369 **INDICADORES E DIRETRIZES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO**
1370 **NEGRA** – Apresentação: **Esdras Daniel dos Santos Pereira**, diretor do Departamento de Apoio à
1371 Gestão Participativa – DAGEP/SGEP/MS; conselheira **Jupiara Gonçalves de Castro**, representando a
1372 Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos Administrativos em Instituições de Ensino
1373 Superior Públicas do Brasil – FASUBRA; e conselheira **Sônia Pereira**, representando a Rede Nacional
1374 Lai Lai Apejo. Coordenação: conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS. Iniciando, o
1375 Presidente do CNS explicou que a Mesa Diretora do CNS pautou debate sobre os indicadores e
1376 diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, para refletir sobre as conquistas
1377 e desafios dessa política que comemora, em 2016, dez anos de sua institucionalização, em alusão
1378 ainda ao mês da consciência negra. O diretor do DAGEP/SGEP/MS, **Esdras Daniel dos Santos**
1379 **Pereira**, fez uma explanação sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra –
1380 PNSIPN. Começou pela evolução dos marcos legais: 2003 – Criação da Secretaria Especial de
1381 Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR); 2004 – Criação do Comitê Técnico de Saúde da
1382 População Negra (CTSPN); 2005 – Inclusão da ação específica de Atenção à Saúde das Populações
1383 Quilombolas no âmbito do Programa Brasil Quilombola (PBQ); 2006 – Aprovação da PNSIPN no
1384 Conselho Nacional de Saúde; 2009 – Portaria 992/2009, que instituiu a PNSIPN; e 2010 – Estatuto da
1385 Igualdade Racial/Título II – Dos Direitos Fundamentais/Capítulo I – Do Direito à Saúde. Falou também
1386 sobre a Década Internacional de Afrodescendentes (2015-2024), destacando: a Assembleia Geral da
1387 ONU proclamou o período entre 2015 e 2024 como a Década Internacional de Afrodescendentes
1388 (resolução 68/237); o tema para a Década Internacional de Afrodescendentes é “reconhecimento,
1389 justiça e desenvolvimento”; Um dos objetivos da Década é assegurar a plena e efetiva implementação
1390 da Declaração e Programa de Ação de Durban e da Convenção Internacional sobre a Eliminação de
1391 Todas as Formas de Discriminação Racial; 27 de outubro: Dia Nacional de Mobilização Pró-Saúde da
1392 População Negra; e 20 de novembro: Dia Nacional de Zumbi dos Palmares e da Consciência Negra.
1393 Detalhou que a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PNSIPN possui como marca
1394 o Reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como
1395 determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde e o
1396 objetivo geral de promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das
1397 desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e nos serviços
1398 do SUS. Explicou que o II Plano Operativo da PNSIPN (2013-2015) estabeleceu os eixos e ações de
1399 estratégicas de aplicação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, a
1400 responsabilização das três esferas de gestão do SUS e definiu 56 diretrizes e ações de
1401 responsabilidade direta do Ministério da Saúde, na vigência de 2013-2015, inseridas com destaque
1402 (etiqueta) no Sistema de Controle, acompanhamento e Avaliação de Resultados do MS - E-
1403 CAR/DEMAS/SE/MS. Enumerou os eixos do II Plano Operativo da PNSIPN (2013-2015): Eixo 1:
1404 Acesso da População Negra nas redes de atenção à saúde; Eixo 2: Promoção e Vigilância em Saúde;
1405 Eixo 3: Educação Permanente em Saúde e Produção do Conhecimento em Saúde da População
1406 Negra; Eixo 4: Fortalecimento da participação e do controle social; e Eixo 5: Monitoramento e avaliação
1407 das ações de saúde para a população negra. Disse que a Revista Painel de Indicadores do SUS nº 10
1408 teve como temático “Saúde da População Negra” e apontou os seguintes dados: 53,1% da população
1409 brasileira se autodeclara negra, enquanto 46,1% se declara branca; do total de 1.583 mortes maternas
1410 em 2012, 60% eram de mulheres negras e 34% de brancas; em 2012, a taxa específica (por 100mil
1411 hab.) de homicídios de jovens negros foi mais de três vezes maior que a referida taxa de jovens
1412 brancos; dos 39.123 óbitos infantis notificados em 2012, 45% foram de crianças negras e 41% de
1413 brancas; esta diferença é maior entre as mortes que ocorrem na primeira semana de vida, donde 47%
1414 são de crianças negras e 38% de branca; para hipertensão arterial, a prevalência na população total foi
1415 de 24,3%, sendo 27% maior em pretos e 6% maior em pardos quando comparados aos brancos; de
1416 2000 para 2012, a taxa de mortalidade pela doença falciforme dobrou no país, sendo praticamente

1417 influenciada pelas tendências das cor/raças pretas e pardas; e em 2012, as maiores taxas de
1418 mortalidade por diabetes ocorreu na população negra (pretas e pardas). Sobre indicadores para a
1419 saúde da população negra, destacou a relevância de práticas de monitoramento e avaliação para
1420 apurar o quanto a política tem contribuído para a melhoria das condições da saúde da população negra.
1421 Uma das pautas mais reivindicadas pelo Comitê Técnico de Saúde da População Negra tem sido a
1422 devolutiva sobre o monitoramento e a avaliação qualificada dos planos operativos da PNSIPN.
1423 Salientou que é necessário institucionalizar indicadores para acompanhar as ações, resultados e
1424 impactos da PNSIPN. Falou sobre a mortalidade materna, explicando que foram notificadas no SIM,
1425 1.583 mortes maternas em 2012, 60% delas de mulheres negras e 34% de brancas. (MS/SVS/CGIAE).
1426 Sobre a mortalidade materna de mulheres negras, destacou os seguintes aspectos: o Brasil não
1427 conseguiu atingir o Objetivo do Milênio – ODM5: Reduzir em três quartos a taxa de mortalidade
1428 materna, entre 1990 e 2015; estima-se que 90% das mortes maternas são evitáveis, muitos deles por
1429 ações dos serviços de saúde; e os números mais alarmantes, mais uma vez, estão entre as mortes de
1430 mães negras e pardas, 60% do total. Salientou que esta realidade não será modificada enquanto não
1431 se alterarem o racismo institucional e as más práticas de atenção ao parto e nascimento. Detalhou as
1432 principais causas da morte materna entre mulheres negras: não reconhecimento do racismo e da falta
1433 de acesso à informação como determinantes sociais em saúde; ausência de acompanhamento pré-
1434 natal, e baixo acesso à educação e ao cuidado em saúde motivado por condição racial e social; e falta
1435 de atendimento humanizado, motivado pela prioridade de acolhimento e tratamento dado às mulheres
1436 não negras. Falou também sobre a taxa de mortalidade de mulheres negras (indicador a ser pactuado
1437 na CIT), explicando que a taxa é o número de óbitos de mulheres negras por causas maternas, por 100
1438 mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. O
1439 Objetivo é monitorar e avaliar o acesso à saúde das mulheres negras em todo ciclo gravídico e
1440 puerperal, pois o indicador reflete a qualidade da assistência à saúde dessas mulheres, além de
1441 subsidiar os processos de planejamento, implementação e avaliação de políticas e ações direcionadas
1442 para a saúde da mulher negra, no intuito de reduzir as disparidades nas taxas de mortalidade entre
1443 mulheres brancas e negras. Detalhou indicadores para monitoramento da PNSIPN: proposta de
1444 indicadores de monitoramento da PNSIPN no âmbito dos estados e municípios – Trabalho de Pesquisa
1445 do Prof. Luis Eduardo Batista; processo de construção de indicadores institucionais com a colaboração
1446 do Comitê Técnico de Saúde da População Negra – CTSPN. Também apresentou os eixos do Painel
1447 de Monitoramento da PNSIPN, com detalhamento: Eixo I: Indicadores Sociodemográficos - População
1448 segundo sexo e raça/cor: distribuição de rendimentos renda familiar per capita/ segundo sexo e
1449 raça/cor; Trabalho, Emprego, ocupação segundo sexo e raça/cor. Eixo II: Indicadores Morbimortalidade:
1450 Taxa de internação por transtorno mental (exceto por uso de álcool e outras substâncias psicoativas)
1451 segundo sexo e raça/cor: Taxa de mortalidade por transtorno mental (exceto por uso de álcool e outras
1452 substâncias psicoativas) segundo sexo e raça/cor; número de percentual de óbitos por Doença
1453 Falciforme na faixa etária 0-24 anos segundo sexo e raça/cor; Taxa de mortalidade por agressão/
1454 homicídios segundo sexo e raça/cor; Taxa de mortalidade por acidentes de transporte terrestre,
1455 segundo sexo e raça/cor; Taxa padronizada (por 100.000 hab) de mortalidade por Diabetes mellitus
1456 segundo sexo e raça/cor; Taxa padronizada (por 100.000 hab) de mortalidade por Hipertensão segundo
1457 sexo e raça/cor; Taxa padronizada (por 100.000 hab) de mortalidade por Aids segundo sexo e raça/cor;
1458 Proporção de Nascidos Vivos com 6 ou mais consultas de pré-natal segundo raça/cor; Taxa de
1459 mortalidade infantil segundo raça/cor; e Razão Morte materna segundo raça/cor. Eixo III: Indicadores de
1460 Gestão: Lócus da Política na SMS/SES; Inclusão do quesito raça/cor nos sistemas de informação;
1461 PNSIPN esta nos instrumentos de planejamento de gestão (PPA, PNS, PES, PMS, etc.) e PNSIPN
1462 incluída no Relatório de Gestão. Por fim, apontou os principais desafios a serem enfrentados:
1463 institucionalização de mecanismos de apoio à implementação da Política Nacional de Saúde Integral da
1464 População Negra, especialmente em nível municipal; prática de corresponsabilidade das áreas técnicas
1465 do MS, áreas de governo – federal/estadual/municipal - e movimentos sociais no tocante à
1466 implementação da PNSIPN; inclusão do Quesito Raça/Cor em todos os sistemas de informação do
1467 SUS; preenchimento do Quesito Raça/Cor como prática condicionante e obrigatória – ação prevê
1468 capacitação e sensibilização; estabelecimento de metodologia de monitoramento e avaliação para
1469 efetivar a implementação da PNSIPN no âmbito federal, estadual e municipal – Construção de
1470 Indicadores; criar rotina de desagregação, análises e sistematização de dados para o processo de
1471 monitoramento e avaliação permanente da PNSIPN; estimular a inserção de representações da
1472 população negra nos conselhos – nacional/estadual/municipal - de saúde e demais instâncias de
1473 participação social; fortalecimento das Instâncias de Promoção da Igualdade Racial; estimular a
1474 inclusão da PNSIPN nos instrumentos de planejamento de gestão nas esferas federal, estadual e
1475 municipal (PPA, Plano Nacional de Saúde, Plano Estadual de Saúde, Plano Municipal de Saúde, etc.);
1476 e estabelecer comunicação permanente, divulgando e visibilizando ações relacionadas à saúde da
1477 população negra. Na sequência, foi aberta a palavra para manifestações. Conselheira **Jupiara**
1478 **Gonçalves de Castro** manifestou satisfação com essa pauta no CNS e frisou que é essencial dar

1479 continuidade ao debate sobre a situação de saúde da população negra e sua relação com racismo na
1480 sociedade. Salientou que esse debate não deve se restringir a datas específicas, como o 20 de
1481 novembro (dia da consciência negra). Ressaltou que os conselheiros e conselheiras precisam conhecer
1482 os indicadores de saúde da população negra e refletir sobre eles continuamente, a fim de formular
1483 proposta e induzir políticas que possam fazer o enfrentamento do racismo e promover mudanças na
1484 vida e na saúde da população negra. Conselheira **Sônia Pereira**, representando a Rede Nacional Lai
1485 Lai Apejo, fez um relato emocionado da sua história de militante e frisou que é preciso fazer valer a
1486 política de saúde da população negra. Salientou que é preciso assegurar **políticas públicas** de ações
1487 afirmativas e **cotas** raciais, entendendo ser um direito da população negra. Por fim, sugeriu a
1488 realização de conferência de saúde da mulher negra, na Bahia. Aberta a palavra aos conselheiros,
1489 foram levantados os seguintes aspectos nas falas: o desafio da Política é avançar na construção
1490 participativa, com envolvimento de espaço com acúmulo de debate, a exemplo do comitê das políticas
1491 de equidade; proposta: realizar reunião de representantes de populações vulneráveis com o DAGEP
1492 para ter cenário geral; as políticas de promoção da equidade devem ser prioridades, com previsão
1493 orçamentária; Conasems debaterá os indicadores e pontuação; evolução da Política nos dez anos e é
1494 preciso continuar as ações para vencer o racismo; é preciso ter atenção à doença falciforme, patologia
1495 que atinge principalmente a população negra e assegurar à possibilidade de transplante como opção
1496 para o tratamento; preocupação com conservadorismo – controle social deve estar preparado para
1497 enfrentar essa onda. **Retorno da mesa.** Conselheira **Sônia Pereira**, representando a Rede Nacional
1498 Lai Lai Apejo, agradeceu as falas e salientou a importância do exercício de reeducação profissional, a
1499 fim de vencer o racismo e buscar uma sociedade mais justa. Conselheira **Jipiara Gonçalves de**
1500 **Castro**, representando a FASUBRA, salientou que o CNS é o espaço de formulação e formação,
1501 portanto, possui papel importante na luta contra o racismo e outras formas de discriminação. Reiterou
1502 ainda que é preciso cuidado com a onda de retrocessos e conservadorismo no país, a fim de não
1503 prejudicar direitos já alcançados. O diretor do DAGEP/SGEP/MS, **Esdras Daniel dos Santos Pereira**,
1504 agradeceu a oportunidade e salientou que é preciso voltar o olhar para o impacto do racismo nas
1505 condições de saúde da população negra brasileira. Também disse que a perspectiva é avaliar o plano
1506 operativo da Política e repactuar, na CIT, os pontos que precisam avançar. Também disse que é
1507 preciso olhar para anemia falciforme e transplante, com fomento às pesquisas sobre esses dois pontos.
1508 O Presidente do CNS salientou que é preciso dar visibilidade às demandas dos movimentos nas
1509 Conferências Temáticas e debater os recortes nas comissões do Conselho. Também destacou que a
1510 Mesa Diretora do CNS e a Comissão Intersetorial de Políticas de Promoção da Equidade –CIPPE/CNS
1511 definirão estratégias para ampliar o debate sobre saúde da população negra na pauta do CNS e nas
1512 comissões. **Deliberação: neste ponto de pauta, o Plenário definiu que a Mesa Diretora e a**
1513 **Comissão Intersetorial de Políticas de Promoção da Equidade – CIPPE/CNS deverão construir**
1514 **estratégias para ampliar o debate sobre saúde da população negra na pauta do CNS; e que o**
1515 **tema deverá ser debatido na 2ª Conferência de Saúde da Mulher e na 1ª Conferência Nacional de**
1516 **Vigilância em Saúde, bem como em eventos como a EXPOEPI que acontecerão em 2017.** ITEM
1517 **5 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO – COFIN - Composição da**
1518 **mesa:** conselheiro **André Luiz de Oliveira**; conselheiro **Wanderley Gomes da Silva**, coordenador da
1519 COFIN/CNS; e **José Menezes Neto**, Coordenador Geral de Orçamento e Finanças/MS. Conselheiro
1520 **André Luiz de Oliveira** apresentou a análise preliminar ao Relatório de Prestação de Contas
1521 Quadrimestral (RQPC) 2º Quadrimestre/2016 do MS, com base nas planilhas de execução
1522 orçamentária recebidas em setembro de 2016 e no RQPC/2º/2016/MS recebido no início de
1523 outubro/2016. Começou falando sobre a disponibilidade e execução orçamentária do 2º
1524 quadrimestre/2016, com destaque para os valores destinados a Ações e Serviços Públicos de Saúde -
1525 ASPS: dotação atualizada: R\$ 109.148,90 e disponibilizada para empenho: R\$ 107.007,00. Detalhou a
1526 aplicação em ASPS em 2016 se 100% do orçamento disponível for empenhado: Receita Corrente
1527 Líquida reestimada para 2016: R\$ 694,5 bilhões; ASPS 2016 – Orçamento disponível para empenho:
1528 R\$ 107,0 bilhões; e Percentual projetado de aplicação em 2016: 15,4% (Observação: somente se 100%
1529 do orçamento disponível for empenhado). Mostrou um comparativo entre os valores destinados para
1530 ASPS em 2016, 2015 e 2014, para mostrar que a ASPS 2016 é menor que ASPS 2015 que é menor
1531 que ASPS 2014. Sobre a execução orçamentária e financeira (agosto/2016), destacou os seguintes
1532 itens: **1)** Fundo Nacional de Saúde: **a)** liquidação inadequada dos seguintes itens: Farmácias
1533 Populares, Instituto Nacional do Câncer – INCa; Farmácia Básica – PAB; Vacinas e vacinação;
1534 Reestruturação de Hospitais Universitários Federais – REHUF; **b)** Nível de liquidação inaceitável:
1535 Aquisição e Distribuição de Medicamentos Estratégicos; PROESF; **c)** Nível baixo de empenho e
1536 liquidação: Manutenção de Unidades Operacionais; Incentivo Financeiro - vigilância em saúde; Atenção
1537 à Saúde da Mulher, Criança, Adolescente e Jovem; Ações de Vigilância Epidemiológica; **2)** Agência
1538 Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – empenho intollerável e liquidação inaceitável; **3)** Fundação
1539 Nacional de Saúde – FUNASA – empenho e liquidação inaceitáveis; **4)** Fundação Oswaldo Cruz –
1540 FIOCRUZ – liquidação e empenho inadequáveis; **5)** Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS-

1541
1542
1543
1544
1545
1546
1547
1548
1549
1550
1551
1552
1553
1554
1555
1556
1557
1558
1559
1560
1561
1562
1563
1564
1565
1566
1567
1568
1569
1570
1571
1572
1573
1574
1575
1576
1577
1578
1579
1580
1581
1582
1583
1584
1585
1586
1587
1588
1589
1590
1591
1592
1593
1594
1595
1596
1597
1598
1599
1600
1601
1602

liquidação e empenho inaceitáveis; **6)** Grupo Hospitalar Conceição – GHC: empenho regular e liquidação intolerável. Também mostrou uma planilha com execução Financeira dos Restos a Pagar 2º Quadrimestre/2016: início de 2016: R\$ 15,8 bilhões de inscritos e reinscritos; R\$ 512 milhões cancelados; R\$ 6,8 bi pagos; restam R\$ 8,4 bi para serem pagos. Sobre transferências para estados e municípios - 1º quadrimestre/2016, explicou que até agosto de 2016 foram transferidos R\$ 15,3 bilhões para Estados e R\$ 43,4 bi para Municípios. Falou sobre a análise dos indicadores, com destaque para os seguintes aspectos: Número absoluto de casos autóctones de malária no Brasil - 75.225 - baixo (proporcional); Número de Unidades da Federação com pelo menos 90% de óbitos maternos investigados – 8: baixo (proporcional); Percentual de municípios com dados de monitoramento da qualidade da água para consumo humano realizado pelo setor saúde - 74,78: meta não atingida; Número de testes de sífilis realizados em gestantes - 1.235.604 (baixo) considerando a meta de 2.140.000. Também apresentou resultados qualitativos do Objetivo 1 da PAS 2º Quadrimestre/2016 (páginas 44 a 46) (metas – realização abaixo da previsão), com destaque para alguns itens. Entre eles: Objetivo 1 - Meta: Aumentar de 18 para 20,7 milhões o número de educandos cobertos pelo Programa Saúde na Escola (PSE). Produto PAS 2016: número de educandos coberto pelo PSE. Meta: 18.912.000. Realizada: 0. Objetivo 2 – Meta: ampliar o acesso à Triagem Auditiva Neonatal por meio da equipagem de 737 maternidades no país, passando de 75 para 812 maternidades equipadas em funcionamento, no âmbito do Programa Viver sem Limites. Número de maternidades equipadas: 100. Realizada: 0. Habilitar 140 novos serviços como Maternidade de Referência para Atenção à Gestação de Alto Risco (GAR). Número de serviços de maternidade. Meta: 35. Habilidos: 0. Realizar 15 milhões de mamografias bilaterais para rastreamento do câncer de mama em mulheres de 50-69 anos. Número de mamografias realizadas. Meta: 3.000.000. Realizada: 1.402.566. Implantar 80 soluções de radioterapia contempladas no Plano de Expansão da Radioterapia. Número de soluções de radioterapia implantadas: 25. Realizada: 0. Objetivo 3. Ampliar o número das equipes de saúde de referência no atendimento a adolescentes em conflito com a lei, passando de 65 para 110 equipes implantadas. Número de Equipe de Saúde implantada: 10. Realizada: não houve implantação no período. Implantar 80 serviços de referência para atenção integral às pessoas em situação de violência sexual em hospitais de referência do SUS, para a realização do registro de informações e da coleta de vestígios. Número de serviços implantados: 20. Realizada: não houve implantação no período. Objetivo 4 – 1. Ampliar para, no mínimo, 70% o percentual de municípios com cobertura vacinal adequada (95%) da vacina Pentavalente (DTP+HB+Hib) em menores de 1 ano. Percentual de municípios com 95% de cobertura vacinal pentavalente. Meta: 62,5. Realizada: 30,48%. Reduzir para, no máximo, 100.000 o número de casos autóctones de malária no Brasil. Número de casos autóctones de malária registrados: 131.000. Realizada: 75.225. Objetivo 5 - 3. Alcançar 70% das crianças indígenas menores de 1 ano com acesso às consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento Percentual de crianças com acesso às consultas. Meta: 50. Realizada: 0; Reformar e/ou ampliar 26 Casas de Saúde Indígena (CASAI). Número de Casai com obras de reforma/ampliação concluída. Meta: 3. Realizada: 0. Objetivo 6. Implantar o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (Qualifar-SUS) em 70% dos municípios brasileiros. Percentual de municípios com programa implantado: 35%. Realizada: 0. Mostrou um quadro com classificação das constatações das ações de controle (Auditoria e Fiscalização), destacando que, de 11.923 auditorias realizadas, foram 6.253 não conforme e 5.670 conforme. Finalizando, disse que a proposta da COFIN é, considerando a reincidência da maioria dos apontamentos feitos na análise do RQPC 1º quadrimestre/2016, a COFIN/CNS sugere que os apontamentos deste 2º quadrimestre sejam feitos diretamente (sem consulta preliminar ao MS para obtenção de esclarecimentos) como indicação de medidas corretivas para encaminhamento ao Chefe do Poder Executivo Federal nos termos da LC 141/2012. Segundo, o coordenador da COFIN explicou que esse tema não se encerraria naquela reunião, visto que retornaria no debate do RAG. Também destacou dois aspectos preocupantes apresentados na explanação do conselheiro André Luiz: conjunto de metas físicas não cumpridas, com destaque para vacina e vacinação, equipes de saúde da família e saúde indígena; e número pequeno de Estados que elaboraram plano de saúde (apenas 16). O Coordenador Geral de Orçamento e Finanças/MS, **José Menezes Neto**, comentou os seguintes pontos da apresentação: demonstrativo dos limites – já foi atendido; todos os itens sinalizados como preocupantes possuem cobertura orçamentária, ou seja, não há problema orçamentário para manutenção das ações do MS; as emendas impositivas possuem conformidade com o Plano Nacional de Saúde; a respeito dos Restos a Pagar, serão pagos aqueles que estiverem aptos; e sobre os itens inaceitáveis – algumas despesas do Ministério da Saúde dependem de trâmites, o que significa que não serão executadas. Por fim, destacou que a SPO/MS estava à disposição do CNS para os esclarecimentos necessários. Após essas falas, a mesa suspendeu para o almoço devido o avançado da hora. Retomando, foi aberta a palavra aos conselheiros. Nas falas, foram pontuados os seguintes aspectos: dificuldade orçamentária do Ministério da Saúde impacta na assistência à saúde; crianças e mulheres não são prioridades e a dificuldade está no conjunto das áreas do Ministério; apoio ao parecer da COFIN; Mesa Diretora do CNS debaterá formas para dar condições técnicas e materiais para que as

comissões do CNS aprofundem o debate sobre orçamento e financiamento; é importante assegurar a suplementação de R\$ 1,2 bi para aplicar na MAC; preocupação com a execução irregular dos itens relativos à atenção básica e pessoal. Na sequência, conselheiro **André Luiz de Oliveira** procedeu à leitura da minuta de recomendação, elaborada pela COFIN/CNS. O texto é o seguinte: “Recomendação nº xxx, de 10 de novembro de 2016. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua xxxxxxx Reunião Ordinária, realizada nos dias 10 e 11 de novembro de 2016, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e considerando o disposto no artigo 41 da Lei Complementar nº 141/2012, da qual deriva a competência do Conselho Nacional de Saúde para encaminhar as indicações de medidas corretivas decorrentes da análise do Relatório de Prestação de Contas Quadrimestral do Ministério da Saúde (no presente caso, do 2º Quadrimestre/2015) à Presidente da República; considerando os demais dispositivos da Lei Complementar nº 141/2012, em especial os artigos 14 e 24; considerando o processo de “asfixia” orçamentária a que foi submetido o Ministério da Saúde como consequência da obrigatoriedade da execução orçamentária das emendas parlamentares individuais, nos termos estabelecidos pela Emenda Constitucional nº 86/2015, sem a incorporação de recursos adicionais ao orçamento do Ministério da Saúde; considerando que os baixos valores alocados no orçamento federal para atender a aplicação mínima constitucional não são mais suficientes para cumprir com as despesas compromissadas ou pactuadas com Estados e Municípios nos padrões que já não garantiam plenamente este direito constitucional para a população; considerando os elevados valores de saldos a pagar dos Restos a Pagar de exercícios anteriores a 2015, especialmente os não processados, que caracterizam despesas não liquidadas e, portanto, ainda não efetivadas como ações e serviços públicos de saúde para o atendimento das necessidades da população; considerando que o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) pelas três esferas de governo está abaixo de 4% do Produto Interno Bruto (PIB), muito abaixo do mínimo de 7% do PIB dos padrões internacionais para sistemas públicos de saúde de caráter universal e gratuito; considerando que, além das Emendas Parlamentares, houve contingenciamento nas despesas discricionárias, não obrigatórias e realizadas desde que existam recursos orçamentários, atingindo vários programas e projetos do Ministério da Saúde; e considerando que várias metas previstas no Plano Nacional de Saúde 2016-2019 e incorporadas na Programação Anual de Saúde de 2016 não foram cumpridas proporcionalmente até o 2º quadrimestre, algumas com o índice “zero”. **Recomenda à Presidente da República a adoção das seguintes medidas corretivas pelos Ministérios responsáveis, com o objetivo de aprimorar o desenvolvimento das ações e serviços públicos de saúde no âmbito federal:**

1) Que os valores do orçamento do Ministério da Saúde que estão contingenciados sejam imediatamente liberados para empenhamento em ações e serviços públicos de saúde para garantir a prestação de serviços à população, especialmente para as transferências fundo a fundo para Estados e Municípios.

2) Que a movimentação financeira das despesas do MS (Administração Direta) seja feita exclusivamente por meio do Fundo Nacional de Saúde, inclusive com a transferência de recursos financeiros compatíveis com os saldos de empenhos a pagar e com os saldos dos restos a pagar existentes nesta data, cumprindo assim a exigência da Lei Complementar nº 141/2012, especialmente os artigos 14 (unidade orçamentária e gestora) e 24 (comprovação da aplicação em Ações e Serviços Públicos em Saúde).

3) Que os valores orçamentários disponibilizados para cada item de despesa da planilha de execução orçamentária e financeira no formato “COFIN/CNS” a partir dos limites estabelecidos pela área econômica por meio do(s) Decreto(s) presidenciais sejam informados mensalmente pelo Ministério da Saúde ao Conselho Nacional de Saúde.

4) Que o Ministério da Saúde esclareça mensalmente ao Conselho Nacional de Saúde sobre todos os itens de despesas classificados com níveis inadequados, intoleráveis e inaceitáveis durante as reuniões da COFIN/CNS em que são analisadas as planilhas de execução orçamentária e financeira do MS. Observação: o esclarecimento deve abranger também as consequências negativas para os serviços prestados à população decorrentes dessa baixa execução orçamentária e/ou financeira.

5) Que o Ministério da Saúde esclareça mensalmente ao Conselho Nacional de Saúde sobre todos os itens de despesas classificados com nível preocupante durante as reuniões da COFIN/CNS em que são analisadas as planilhas de execução orçamentária e financeira do MS, uma vez que, para esses casos, a despesa projetada anualizada com base na execução orçamentária é maior que o valor da dotação atualizada.

6) Que o Ministério da Saúde apresente quadrimensalmente (nos Relatórios Quadrimestrais de Prestação de Contas do 1º e 2º Quadrimestres) os critérios técnicos que serão utilizados para a avaliação da possibilidade de atendimento das emendas parlamentares individuais de execução orçamentária obrigatória previsto pela EC 86/2015, à luz das diretrizes para o estabelecimento de prioridades do respectivo ano definidas pelo Conselho Nacional de Saúde conforme determina a LC 141/2012.

7) Que o Ministério da Saúde informe ao Conselho Nacional de Saúde na reunião ordinária de dezembro/2016, considerando os baixos níveis de pagamento de Restos a Pagar observado no período: Quanto é a previsão de pagamento até 31/12/2016? Qual é a previsão de cancelamento dos restos a pagar até 31/12/2016 e os impactos

1665 desse cancelamento para as condições de saúde da população? Quais ações de saúde cujas despesas
1666 estão inscritas em restos a pagar não serão realizadas até o final de 2016 (ações orçamentárias) e os
1667 impactos dessa não realização para as condições de saúde da população?. **8)** Que a área econômica
1668 do governo federal cumpra a Lei Complementar nº 141/2012: o valor total dos restos a pagar
1669 cancelados em 2015 deverão ser compensados como aplicação adicional em 2016, bem como o que
1670 ainda falta compensar dos restos a pagar cancelados a partir de 2012; além disso, definir a adoção
1671 desse procedimento de compensação de forma regular nos primeiros meses de cada ano a partir de
1672 2017, com a inclusão das respectivas dotações orçamentárias para esse fim. **9)** Que a área econômica
1673 do governo federal disponibilize nas contas do Fundo Nacional de Saúde e das unidades da
1674 administração indireta do Ministério da Saúde, nos termos da LC 141/2012, os valores referentes aos
1675 empenhos não pagos no respectivo ano e dos restos a pagar não pagos até o final do ano da
1676 inscrição/reinscrição: se houver o entendimento de que o princípio do caixa único se aplicaria para
1677 esses recursos no último dia de cada ano, esses valores deverão ficar disponíveis a partir do primeiro
1678 dia útil de cada ano subsequente ao do encerramento da execução orçamentária e financeira do ano
1679 anterior. **10)** Que o Ministério da Saúde esclareça ao CNS na reunião ordinária de dezembro/2016 as
1680 razões do não cumprimento das metas do PNS/PAS 2016 até o 2º quadrimestre/2016 e as
1681 consequências para as condições de saúde da população, bem como oriente a área econômica para
1682 alocar recursos adicionais no orçamento 2017 para a realização das metas pendentes de 2016. **11)**
1683 Que o Ministério da Saúde esclareça ao CNS as principais não conformidades detectadas nas
1684 auditorias realizadas e as providências adotadas para a regularização dos problemas. **Deliberação:** o
1685 **Plenário aprovou a recomendação com um voto contrário e três abstenções.** **ITEM 10 –**
1686 **CONFERÊNCIAS – 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde – Conselheiro Ronald Ferreira**
1687 **dos Santos**, Presidente do CNS, informou que foi publicada resolução com o Regimento Interno da 1ª
1688 CNVS e a Comissão de Vigilância em Saúde se reunirá durante o Simbravisa. Conselheira **Oriana**
1689 **Bezerra Lima** informou que a CIVS/CNS reuniu-se e definiu a composição da comissão organizadora
1690 da Conferência. Também comunicou a realização do seminário preparatório para a 1ª conferência livre
1691 de comunicação, no dia 1º de dezembro de 2016, em São Paulo e da reunião do CNS com a direção
1692 das entidades com sedes em São Paulo (41), no dia 21 de novembro de 2016, para contribuir no
1693 direcionamento da agenda das entidades. **7º Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária - 7º**
1694 **SIMBRAVISA**. Data: 26 a 30 de novembro de 2016. Local: Salvador/Bahia. Tema central “Sistema
1695 Único de Saúde - SUS e seu Sistema Nacional de Vigilância Sanitária – SNVS”. O assessor do CNS,
1696 **Marco Aurélio**, informou que o Simpósio é evento preparatório da conferência e na oportunidade será
1697 realizada a primeira reunião da comissão organizadora da Conferência. Destacou que as entidades
1698 poderão disponibilizar material no stand do CNS no Simpósio. **VII Encontro Nacional das Comissões**
1699 **Intersetoriais de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Conselheiro **Geordeci Menezes de**
1700 **Souza** informou que o Encontro será realizado de 16 a 18 de novembro, em São Luís/MA, com o tema
1701 “O SUS do tamanho da necessidade do povo brasileiro”. A atividade reunirá cerca de 400 pessoas,
1702 entre membros das CISTTs nacional, estaduais e municipais, e demais atores que integram os serviços
1703 do Sistema Único de Saúde (SUS), voltados à assistência e à vigilância para garantia da Saúde do
1704 Trabalhador, de acordo com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Portaria
1705 1.823/12), e as leis Orgânicas da Saúde: Lei 8.080/90 e 8.142/90. A programação contará com
1706 apresentações e discussões em diálogos participativos, abordando temas relevantes para a área,
1707 como: “Saúde mental no trabalho”, “Atuação dos Cerest”, “Ações de Vigilância em Saúde do
1708 Trabalhador”, “Participação social”, “Intersetorialidade”, “Dados de acidentes graves, fatais e doenças
1709 relacionadas à saúde do trabalhador e da trabalhadora”, “Precarização do trabalho”, “Desenvolvimentos
1710 socioeconômicos e impactos na Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora”, dentre outros. O VII
1711 Encontro contribuirá também para a qualificação dos trabalhadores na participação da ‘2ª Conferência
1712 Nacional da Saúde das Mulheres’ e da ‘1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde’. **Para**
1713 **conhecimento. Não houve deliberação**. Conselheira **Sônia Aparecida Pinheiro Pereira** solicitou a
1714 realização de seminário, em 2017, para tratar sobre saúde da população negra. Conselheira **Maria**
1715 **Laura Carvalho Bicca** solicitou que seja pautado debate sobre migrantes no Brasil.
1716 **Encaminhamento: a proposta de realização de seminário foi aprovada e será enviada à Mesa**
1717 **Diretora do CNS, bem como a solicitação de pauta para tratar sobre migrantes no Brasil.** **ITEM**
1718 **11 – INFORMES GERAIS - INFORMES SOBRE AS REUNIÕES DAS COMISSÕES INTERSETORIAIS**
1719 **- INDICAÇÕES.** Coordenação: conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**; e **Neide Rodrigues dos**
1720 **Santos**, Secretária-Executiva do Conselho Nacional de Saúde. **A) INFORMES SOBRE AS REUNIÕES**
1721 **DAS COMISSÕES INTERSETORIAIS.** Conselheira **Zaira Maria Tronco Salerno** fez informe sobre a
1722 reunião da Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição – CIAN/CNS, realizada nos dias 19 e 20
1723 de outubro, com destaque para as seguintes questões: mudança na composição da Comissão; palestra
1724 “Direitos humanos de alimentação adequada”, realizada pela FIAN; estudo “O Direito Humano à
1725 Alimentação Adequada e à Nutrição do povo Guarani e Kaiowá – um enfoque holístico”: sugestão à
1726 CISI/CNS que paute este tema; recomendação ao CNS sobre informes legislativos – PL 1.755/07, que

1727 proíbe venda de refrigerantes nas escolas de educação básica, PL 4.910/16, que visa regular a
1728 publicidade de bebidas açucaradas; PL 2.389/11, que institui diretrizes para promoção de alimentação
1729 adequada e saudável nas escolas de educação infantil, fundamental, ensino médio e das redes
1730 públicas e privadas; debate sobre uso de agrotóxicos e o PL nº. 3.200 - a Comissão reiterou a
1731 recomendação do CNS nº. 08/16. Conselheira **Vânia Lúcia Costa Leite** informou sobre a reunião da
1732 Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde nos Ciclos de Vida, realizada nos dias 17 e 18 de outubro,
1733 com destaque para: elaboração do planejamento das ações da Comissão; apresentações sobre a
1734 implementação da Política Nacional da Atenção Integral à Saúde da Criança; apresentação e debate
1735 sobre acompanhamento das ações de saúde do adolescente e do jovem; treinamento da REDE
1736 CorpSUS; apresentação e debate sobre a Política Nacional da Pessoa Idosa; e acompanhamento das
1737 proposições relativas à saúde da criança, adolescente e jovem em tramitação no Legislativo.
1738 Conselheiro **Antônio Pitol**, coordenador adjunto da Comissão Intersetorial de Saúde Mental –
1739 CISM/CNS, fez um informe sobre a última reunião da Comissão, destacando, inicialmente, que a Área
1740 Técnica de Saúde Mental estava sem coordenação e a CISM/CNS sugere que o nome a ser indicado
1741 esteja afinado com as deliberações das Conferências de Saúde Mental. Também falou sobre o
1742 Colegiado Nacional de Saúde Mental, instituído por decreto, que se reúne duas vezes ao ano, para
1743 informar que a última reunião ocorreu no final de 2015. Disse que o MS suspendeu a reunião prevista
1744 para 2016, alegando falta de recursos, mas é essencial que a reunião aconteça porque equipamentos
1745 prontos aguardam habilitação e projetos aprovados não recebem recurso. Sobre a Portaria de
1746 habilitação das comunidades terapêuticas, disse que não foi discutida com os coordenadores estaduais
1747 e municipais, nem com o Pleno do CNS. Assim, a Comissão sugere que o Pleno aprove recomendação
1748 ou moção contrária a esta Portaria. **Encaminhamento: a Comissão deverá elaborar recomendação**
1749 **sobre a portaria de habilitação das comunidades terapêuticas e apresentar na próxima reunião.**
1750 Conselheiro **José Arnaldo Diniz**, coordenador da Comissão Intersetorial de Saúde Bucal – CISB/CNS,
1751 informou que a comissão reuniu-se nos dias 13 e 14 de outubro de 2016 e destacou os resultados:
1752 planejamento de ações; treinamento da REDE CorpSUS; pendência – indicação de usuários para
1753 suplência; proposta da Comissão: convocação da 4ª CNSB – indicativo: março de 2018 (será trazida
1754 para debate no CNS); e é necessária portaria para regulamentar o Plano Nacional de Saúde Bucal
1755 ('Brasil Soridente'). Conselheira **Sônia Pereira** fez um informe sobre a reunião da Comissão
1756 Intersetorial de Políticas de Promoção da Equidade – CIPPE, realizada no dia 8 de novembro de 2017,
1757 com a seguinte pauta: debate de análise de conjuntura; definição do calendário de reuniões para 2017;
1758 debate das diretrizes e propostas relativas à equidade, aprovadas na 15ª Conferência Nacional de
1759 Saúde e no Plano Nacional de Saúde 2016/2018; e apresentação sobre regras e andamento dos
1760 comitês técnicos. Por fim, informou que será realizada a 7ª conferência de conselheiros no Paraná, dia
1761 30 de novembro de 2017. **O calendário de reunião das comissões será debatido em janeiro de**
1762 **2017, após a aprovação do calendário das reuniões plenárias do Conselho.** Conselheiro **Nilton**
1763 **Pereira Júnior** reiterou a solicitação ao Ministério da Saúde que disponibilize o relatório do GT sobre
1764 planos de saúde acessíveis. **INDICAÇÕES - Coordenação:** conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**,
1765 da Mesa Diretora do CNS. **Apresentação:** **Neide Rodrigues dos Santos**, Secretária-Executiva do CNS.
1766 **1) Fórum Atores da Saúde.** Até seis vagas para o Conselho Nacional de Saúde, sendo um desses
1767 indicados para representar o Presidente Ronald na mesa de abertura da atividade. Obs.: As passagens
1768 serão custeadas pelo organizador do evento. Data: 7 de dezembro de 2016. Local: São Paulo/SP.
1769 *Indicação:* conselheira **Heliana Neves Hemeterio dos Santos**; conselheiro **Antônio de Souza**
1770 **Amaral**; e conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca**. **2) Audiência Pública sobre “A reforma da**
1771 **política de drogas e as possibilidades de atuação do Ministério Público”.** Data: 17 de novembro
1772 de 2016. Local: Brasília/DF. *Não houve indicação.* **3) V Plenária Estadual de Conselhos de Saúde do**
1773 **Pará.** Data: 23 de novembro de 2016. Local: Belém/PA. *Não houve indicação.* **4) Audiência Pública**
1774 **sobre educação a distância na Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo (Alesp).** Data: 29
1775 de novembro de 2016. Local: São Paulo – SP. *Indicação:* conselheiro **Antônio Muniz da Silva**. **5) Grupo de Assessoramento Estratégico (GAE) – Sistema Nacional de Transplante.** Conselheira
1776 **Ivone Martins de Oliveira** foi indicada para suplência. Solicita indicação de conselheiro (a) do
1777 segmento dos usuários para titularidade. *Indicação:* conselheira **Maria Zenó Soares da Silva**. **6) PRONON e PRONAS/PCD - A indicação atual é de somente uma vaga (sendo um titular e um**
1778 **suplente) e não duas, como constava anteriormente.** Na 285ª RO foram indicados os seguintes
1779 nomes: Comitê Gestor do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica. Indicação: conselheira
1780 Andréa Karolina Bento (Titular) e conselheira Valdelice Teodoro (Suplente); e Comitê Gestor do
1781 Programa Nacional de Atenção à Pessoa com Deficiência. Indicação: conselheira Marisa Fúria Silva
1782 (Titular) e conselheira Priscila Veiga (Suplente). *Indicação:* titular – conselheira **Carolina Abad**; e
1783 suplente - conselheiro **Antônio Muniz**. **ENCERRAMENTO –** Nada mais havendo a tratar, a mesa
1784 encerrou a 287ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os seguintes conselheiros no
1785 segundo dia de reunião: **Titulares – Ana Cláudia Martins**, Organização Nacional de Entidades de
1786 Deficientes Físicos – ONEDEF; **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil-
1788

1789 CNBB; **Antônio Muniz da Silva**, Organização Nacional dos Cegos do Brasil – ONCB; **Antonio Pitol**,
1790 Pastoral da Saúde Nacional; **Arilson da Silva Cardoso**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais
1791 de Saúde – CONASEMS; **Carmen Lucia Luiz**, União Brasileira de Mulheres – UBM; **Edmundo**
1792 **Dzuaiwi Omore**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Edvaldo**
1793 **Furtado Apolinário**, Federação Nacional de Associações e Entidades de Diabetes – FENAD;
1794 **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO;
1795 **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; **Geordeci M. Souza**, Central
1796 Única dos Trabalhadores; **Jani Betânia Souza Capiberibe**, Associação Brasileira de Autismo – ABRA;
1797 **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos
1798 Trabalhadores na Saúde – CNTS; **José Arnaldo Pereira Diniz**, Federação Interestadual dos
1799 Odontologistas – FIO; **Juliana Acosta Santorum**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na
1800 Agricultura – CONTAG; **Luiz Alberto Catanoce**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e
1801 Idosos da Força Sindical – SINDNAPI; **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de
1802 Trabalhadores – NCST; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais
1803 (FENAS); **Maria Zenó Soares da Silva**, Federação Nacional das Associações de Pessoas com
1804 Doenças Faciformes - FENAFAL; **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria
1805 (CNI); **Nilton Pereira Júnior**, Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO; **Oriana Bezerra**
1806 **Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV); **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos
1807 Indígenas da Região Sul – ARPINSUL; **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos
1808 Farmacêuticos – Fenafar; **Sônia Pereira**, Rede Nacional Lai Lai Apejo; **Wanderley Gomes da Silva**,
1809 Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; e **Záira Tronco Salerno**,
1810 Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN). *Suplentes* – **Agleildes Arichele Leal de Queirós** (“**Liu**
1811 **Leal**”), Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES; **Alexandre Fonseca Santos**, Ministério da
1812 Saúde; **Antonio de Souza Amaral**, Associação Brasileira de Ostomizados – ABRASO; **Clarice**
1813 **Baldotto**, Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB); **Cleuza de Carvalho Miguel**, Movimento dos
1814 Portadores de Esclerose Múltipla – MOPEM; **Cleusa Rodrigues da Silveira Bernardo**, Ministério da
1815 Saúde (MS); **Danilo Aquino Amorim**, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina –
1816 DENEM; **Deise Araújo Souza**, Confederação Nacional do Comércio – CNC; **Elcyana Bezerra de**
1817 **Carvalho**, Associação Brasileira de Alzheimer – ABRAZ; **Elgiane de Fatima Machado Lago**, Central
1818 dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil – CTB; **Ivone Martini de Oliveira**, Conselho Federal de
1819 Enfermagem – COFEN; **Joana Batista Oliveira Lopes**, Federação Nacional dos Odontologistas - FNO;
1820 **Jupiara Gonçalves de Castro**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos Administrativos
1821 em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil – FASUBRA; **Maria Aparecida Braga**, União
1822 Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS; **Maria das Graças Silva Gervásio**,
1823 Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira**, Associação
1824 Brasileira de Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Simone Maria Leite Batista**, Articulação Nacional
1825 de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS; **Sueli Terezinha Goi Barrios**,
1826 Associação Brasileira da Rede Unida – REDE UNIDA; **Tathiane Aquino de Araújo**, Rede Nacional de
1827 Pessoas Trans- Rede Trans Brasil; e **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da Criança.