



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

público – há duas possíveis soluções 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 de 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 avanço 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

possam oferecer risco para a formação de criadouros do *Aedes aegypti*; 2. Mobilizar a comunidade para desenvolver ações de prevenção e controle no combate *Aedes aegypti*; 3. Visitar os domicílios para informar a seus moradores sobre o agente transmissor e as doenças transmitidas; a) Vistoriar cômodos da casa, acompanhado pelo morador, para identificar locais de existência de larvas ou mosquitos; b) Orientar e acompanhar o morador na remoção, destruição ou vedação de objetos que possam se transformar em criadouros de mosquitos; c) Realizar a remoção mecânica dos ovos e larvas do mosquito, ou outras ações de manejo integrado de vetores definidas pelo gestor municipal; d) Articular com a equipe de Atenção Básica e acionar o Agente de Combate de Endemias (ACE) e/ou equipe de vigilância quando houver a necessidade de outras ações no controle vetorial; 4. Notificar os casos suspeitos de dengue, chikungunya e zika vírus, em ficha específica do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e/ou outros sistemas similares, e informar a equipe de Atenção Básica; 5. Planejar as ações de controle vetorial em conjunto com a equipe de vigilância, em espaços que favoreçam a integração entre ACS e ACE. 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*; e criação do portal do DAB sobre ações de combate ao *Aedes aegypti* na Atenção básica. Detalhou as ações em andamento: PMAQ - 1. Reforçar as ações de vigilância por meio dos indicadores; 2. Considerar na avaliação externa as ações de combate ao *Aedes aegypti* desenvolvidas pelas equipes; 3. Durante o eixo estratégico de desenvolvimento, fomentar com as equipes e gestores o processo de avaliação e monitoramento das ações de vigilância em saúde. E-SUS: 1. A partir do uso da informação em saúde, desenvolver o cuidado voltado para a real necessidade do território; 2. Integração das ações no território entre as equipes de vigilância e atenção básica; 3. Produzir análise epidemiológica a partir do e-SUS e dos demais sistemas de informação; 4. No âmbito da gestão, pactuar as ações em conjunto (metas, indicadores).

PSE 1. Semana Saúde na Escola: com peças publicitárias referentes ao Tema “Comunidade Escolar mobilizada contra o *Aedes Aegypti*”; 2. Publicação de portaria interministerial de adesão ao PSE: aguardando a assinatura do MEC; 3. Publicação do Guia da Semana Saúde na Escola: Combate ao mosquito e cuidados com a saúde; 4. PSE Ciclo 2014/2015 – dados do Programa Saúde na Escola: 18.313.214 Educandos pactuados; 78.934 escolas pactuadas; 32.317 Equipes de saúde; 4.787 Municípios aderidos. Apresentou também as ações no âmbito do cuidado. Estratégia de ação rápida: 4.976 crianças notificadas com suspeita de microcefalia ou com diagnóstico confirmado; 745 casos confirmados. Portaria Interministerial nº. 405, de 15 de março de 2016. Objetivo: Identificar todas as crianças com suspeita de microcefalia; esclarecer, no mais curto prazo e na forma mais confortável para as crianças e suas famílias, o diagnóstico de todos os casos suspeitos; Garantir o acesso ao cuidado e a proteção social de todas as crianças com suspeita de microcefalia e suas famílias; repasse de R\$12,6 milhões para apoiar estados e municípios no transporte e hospedagem. 6 estados do NE, 1 do CO, 1 SE e 1 do Norte ampliaram a sua rede de referência para diagnóstico, reabilitação e estimulação precoce. Busca-ativa das crianças suspeitas; Acesso aos serviços, diagnósticos, com transporte e hospedagem quando necessário; Organização do serviço para diagnóstico – Centro de Referência; Articulação entre a Saúde e a Assistência Social, para o acesso aos serviços socioassistenciais. Resultado de 69,2% de esclarecimento de diagnóstico das crianças a partir da EAR. Não foi alcançado o percentual de 100% por conta da fragilidade de dados do sistema de informação. Estratégia de Ação Rápida voltada a diminuir os gargalos no atendimento das crianças facilitando o diagnóstico, exames e reabilitação estão entre os principais desafios do cuidado às famílias. Destacou que 19 Centros Especializados em Reabilitação (CER) foram habilitados (desde dezembro de 2015). Ampliação do repasse para Rede da Pessoa com Deficiência em R\$ 25,7 milhões/ano (desde dezembro de 2015); 13 obras concluídas (desde 2011); 7 CER, & NASF e 2 CAPS priorizados em regiões com vazios assistenciais e casos confirmados de microcefalia serão habilitados até o final de 2016. Ação rápida: repasse para os estados de R\$ 2,2mil por criança com suspeita ou diagnóstico de microcefalia para busca ativa, diagnóstico e encaminhamento para os serviços de saúde. Até outubro, foram investigados 69,2% dos bebês suspeitos (10.039), deste total 2.106 casos confirmados de microcefalia. Apresentou documentos voltados à qualificação e apoio: 1) Protocolo de Atenção à Saúde (3 versões); 2) Diretrizes de Estimulação Precoce: Crianças de zero a 3 anos com atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor Decorrente de Alterações Congênitas (2 versões); 3) Elaboração da “Instruções Operacionais Conjunta nº 1 e nº 2 com MDS; 4) Publicação da caderneta da gestante atualizada; 5) Guia “A Estimulação Precoce na Atenção Básica: Guia para abordagem do desenvolvimento neuropsicomotor pelas equipes de Atenção Básica, Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família(NASF), no contexto da síndrome congênita por Zika”; 6) Cartilha para famílias: O cuidado às crianças em desenvolvimento: orientações para as famílias e cuidadores”; 7) Novo Protocolo: “Orientações Integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII)”; 8) RENEZIKA–SIG “Enfrentamento ao *Aedes Aegypti* e Doenças Causadas pelo Vetor” 9) Série de nove vídeos sobre estimulação e desenvolvimento infantil. Apresentou o panorama dos registros nos 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 outras afecções 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 as 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; RENEZIK – 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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. Habilitados: 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. Seguindo, 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 xxxxxx 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 quadrimestralmente (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

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

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

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 **Dzuiwi Omere**, 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 Catanoe**, 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 Faciliformes - 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 **Zaíra 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 Brasi; e **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da Criança.