



MINISTÉRIO DA SAÚDE

1 **CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

2 **ATA DA DUCENTÉSIMA OCTAGÉSIMA OITAVA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO**
3 **NACIONAL DE SAÚDE - CNS**
4

5 Aos oito e nove dias do mês de dezembro de dois mil e dezesseis, no Plenário do Conselho
6 Nacional de Saúde “Omiton Visconde”, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco
7 G, Anexo B, 1º andar, Brasília-DF, realizou-se a Ducentésima Octogésima Oitava Reunião
8 Ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS. O Presidente do CNS, **Ronald Ferreira dos**
9 **Santos**, procedeu à abertura dos trabalhos, cumprimentado os presentes e os internautas que
10 acompanhavam a reunião em tempo real. Em seguida, apresentou os objetivos da 288ª RO: **1)**
11 **Acompanhar, debater e rever encaminhamentos sobre os pontos do RADAR; 2)** Apresentar,
12 debater e deliberar sobre as demandas da COFIN; **3)** Apresentar, debater e deliberar sobre as
13 demandas da CIRHRT; **4)** Conhecer, refletir, debater e definir sobre possíveis
14 encaminhamentos referentes ao trabalho decente preconizado pela Organização Internacional
15 do Trabalho - OIT e suas relações com a Saúde; **5)** Acompanhar, refletir e rever possíveis
16 encaminhamentos referentes as temáticas da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde
17 e da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres; e **6)** Conhecer e refletir sobre o atual
18 contexto da saúde indígena brasileira. **ITEM 1 – EXPEDIENTE - Aprovação da pauta da 288ª**
19 **RO e da Ata da 286ª Reunião Ordinária do CNS. Justificativas de ausência. Apresentação:**
20 **conselheiro Ronald Ferreira dos Santos, Presidente do CNS. Primeiro, submeteu à**
21 **apreciação do Plenário a pauta da 288ª Reunião Ordinária, que foi aprovada, por**
22 **unanimidade, com inclusão de informe sobre atualização das ações de combate à AIDS.**
23 Na sequência, colocou em votação a ata da 286ª Reunião Ordinária que foi enviada
24 previamente aos conselheiros. **Deliberação: a ata da 286ª RO foi aprovada com três**
25 **abstenções.** Seguindo, apresentou as justificativas de ausência na 288ª RO do CNS:
26 **Alexandre Frederico de Marca; Andreia de Oliveira; Carlos de Souza Andrade; Heliana**
27 **Neves Hemeterio dos Santos; José Vanilson Torres da Silva; Maria Thereza Ferreira**
28 **Teixeira; Maria Zenó Soares da Silva; Nelcy Ferreira da Silva; Oriana Bezerra Lima; e**
29 **Zaira Maria Tronco Salerno. ITEM 2 – RADAR - Relatório de Adesão dos Municípios ao**
30 **Prontuário Eletrônico. Edital do Programa Mais Médicos. Resultado do Grupo de**
31 **Trabalho sobre Planos de Saúde Acessíveis. Combate ao Aedes Aegypti (dengue, zika**
32 **vírus e chikungunya) e as suas consequências. Coordenação: conselheiro Ronald Ferreira**
33 **dos Santos, Presidente do CNS. Iniciando, o Presidente compôs a mesa com os**
34 **representantes do Ministério da Saúde que iriam expor sobre o tema. Combate ao Aedes**
35 **Aegypti (dengue, zika vírus e chikungunya) e as suas consequências. Apresentação:**
36 **Mariana Leal, assessora da Secretaria de Vigilância em Saúde/MS; Cássia Fernandes,**
37 **Tecnologista em Gestão de Políticas Públicas/MS; e Betânia Meireles, representando a**
38 **diretora do DEGES/MS. Antes de abrir para as expositoras, conselheiro Ronald Ferreira dos**
39 **Santos, Presidente do CNS, interveio para apresentar a proposta da Mesa Diretora do CNS de**
40 **realizar debate on-line com os conselhos estaduais e municipais de saúde sobre o combate ao**
41 **Aedes na ordinária do CNS do mês de janeiro de 2017. Conselheiro Neilton Araújo de**
42 **Oliveira acrescentou que a intenção é mobilizar o controle social para participar das ações de**
43 **combate ao mosquito, especialmente nos meses de dezembro de 2016 e janeiro de 2017. A**
44 **assessora da Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, Mariana Leal, começou a sua exposição**
45 **explicando que representantes das Secretarias foram convidados para apresentar as últimas**
46 **ações de combate ao Aedes nos três componentes – atenção/cuidado, educação e pesquisa.**
47 **No que se refere à atenção/cuidado, informou que foi lançado novo Protocolo “Orientações**
48 **Integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de**
49 **Importância Nacional”, documento único focado nas infecções congênitas. Acrescentou que**
50 **houve mudança na definição de casos de Síndrome Congênita Associada à infecção pelo vírus**

51 Zika, com inclusão de novos critérios e procedimentos para definição das ações de vigilância e
52 de atenção às crianças suspeitas de síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika:
53 circunferência craniana/perímetro cefálico; sinais e sintomas; notificação tardia; teste rápido de
54 zika; 2º Ultrassom Obstétrico; transmissão sexual e sanguínea; e orientações sobre o registro
55 no RESP, SINASC, SIM, SINAN. Também destacou que foi adotada a recomendação da OMS
56 para a medida do perímetro cefálico e agora será levado em consideração o período
57 gestacional, idade e sexo da criança, sendo: 1) Sexo: Meninos, Medida PC Atual: 31,9 cm;
58 Nova medida PC (37 semanas): 30,5 cm; Diferença: 1,4 cm; 2) Sexo: Meninas Medida PC
59 Atual: 31,5 cm; Nova medida PC (37 semanas): 30,2 cm; Diferença: 1,3 cm. Também explicou
60 que o novo Protocolo apresenta novas definições para casos inconclusivos e excluídos.
61 Também destacou a revisão dos critérios de notificação, investigação e classificação dos
62 casos: a) Notificação de Casos: Crianças com até 48 horas de vida (InteGrowth); Crianças com
63 mais de 48 horas de vida (InteGrowth ou OMS); Feto; e b) Notificação de Óbitos: Óbito
64 Neonatal Precoce; Natimorto ou óbito fetal; Aborto. Acrescentou que o Protocolo apresenta
65 novas orientações sobre o acompanhamento dos casos: encaminhamento assistencial e
66 registro dos dados, revisão das orientações relativas ao cuidado com integração dos fluxos e
67 procedimentos de investigação e traz recomendações sobre sistemas de informação,
68 educação, comunicação, aspectos éticos e intersectorialidade. Também explicou que foram
69 definidas alterações mais comuns identificadas durante o pré-natal, no primeiro mês de vida e
70 após o primeiro mês de vida. Finalizando, destacou a situação do momento atual: envio do
71 documento preliminar para todos os Estados para análise; realização de webconferência com
72 todos os Estados para tirar dúvidas e acolher sugestões; elaboração dos algoritmos e
73 fluxogramas que sintetizam as orientações; elaboração e envio de Nota Informativa Conjunta
74 SAS e SVS referente às mudanças nos protocolos vigentes e regras de transição; finalização
75 da edição para publicização; informe Epidemiológico agora quinzenal; e informe Integrado de
76 atenção e vigilância a partir de janeiro de 2017. Seguindo, a representante do Departamento de
77 Ciência e Tecnologia/SCT/MS, **Cássia Fernandes**, explanou sobre as ações relativas ao Eixo
78 3 - Desenvolvimento Tecnológico, Educação e Pesquisa do Plano Nacional de Enfrentamento
79 ao Aedes e suas consequências. Explicou que o Eixo 3 apresenta sete Ações, 52 Sub-ações e
80 226 Atividades, desenvolvido de forma articulada por SCTIE/MS, SGTES/MS, SVS/MS,
81 CNPq/MCTIC e Capes/MEC. Detalhou que o Eixo 3 contempla: **1) Ações de Diagnóstico:**
82 desenvolver tecnologias laboratoriais para o diagnóstico da infecção pelo vírus Zika; **2) Ações**
83 **de controle vetorial:** ampliar e avaliar os resultados da utilização de novas tecnologias de
84 controle vetorial em complemento à atividade de rotina; **3) Pesquisas sobre vírus Zika:** ações
85 para desenvolvimento de pesquisas sobre vírus Zika e relação com doenças e agravos; **4)**
86 **Ações de desenvolvimento de vacinas;** **5) Ações de tratamento:** desenvolver tratamentos para
87 a infecção por Zika e suas consequências; **6) Criação de rede de especialistas:** criar e
88 Implementar a Rede Nacional de Especialistas em Zika e Doenças Correlatas (Renezika); e **7)**
89 **Ações de Educação:** capacitar profissionais de saúde, educação, assistência social, defesa civil
90 e militares. Para elaboração das ações, explicou que foram definidas prioridades. Informou que
91 foi realizada reunião internacional para implementação de alternativas para o controle do
92 *Aedes aegypti* no Brasil, em fevereiro de 2016. No mês seguinte, foi realizada oficina de
93 prioridades de pesquisa em arboviroses, organizada pelo DECIT/SCTIE, com o objetivo de
94 discutir as principais lacunas de conhecimento e definir prioridades de pesquisa. Ainda na linha
95 de definição de prioridades, salientou o fomento descentralizado (pesquisas nos Estados) e,
96 como resultado, destacou a recomendação para que todos os editais da VI edição do PPSUS
97 incluíssem uma linha de pesquisa relacionada à prevenção e combate ao vírus zika: Estudos
98 envolvendo arboviroses (com ênfase em zika vírus). Seguindo, detalhou o panorama das
99 contratações realizadas nas diferentes modalidades de fomento. No que se refere à
100 contratação direta, explicou que, em situações com características específicas, podem ser
101 encomendados projetos diretamente a instituições de reconhecida competência. Explicou que
102 DECIT/SCTIE e SVS contrataram 25 pesquisas (R\$ 154 milhões); CAPES/MEC contratou doze
103 pesquisas (R\$ 6 milhões); e CNPq/MCTIC quinze pesquisas contratadas (R\$ 5 milhões).
104 Acrescentou que essas contratações visaram: desenvolvimento de vacina (zika e fase 3
105 dengue); Controle Vetorial; Vírus zika e relação com doenças e agravos; e tecnologias
106 laboratoriais para diagnóstico. Detalhou o desenvolvimento de Vacinas – zika, destacando: **a)**
107 Vacina Biomanguinhos – coordenador: Marcos Freire; Instituição: Fiocruz Biomanguinhos e
108 Fiocruz Pernambuco; Abordagens utilizadas: **1) Vacina inativada, 2) Vacina recombinante, 3)**
109 **Vacina de DNA;** Recursos: R\$ 5.615.000,00; **b) Vacina IEC/Texas – coordenador: Pedro**
110 **Vasconcelos;** Instituições: Instituto Evandro Chagas e Universidade do Texas; Abordagens

111 utilizadas: Vacina atenuada e Subunidade vacinal; Recursos US\$ 1.944.000,00
112 (R\$ 6.318.000,00). Destacou ainda a pesquisa de controle vetorial com uso da infecção da
113 *Wolbachia* em mosquitos para controlar a transmissão de dengue. Explicou que, de 2011 a
114 2015, foram investidos R\$ 5,7 milhões (DECIT/SCTIE/MS e Fundação Gates). Detalhou as
115 áreas de soltura: Tubiacanga (Ilha do Governador), Vila Valqueire e Urca no Rio de Janeiro, e
116 Jurujuba, em Niterói. Em 2016, foram investidos R\$ 12 milhões (Ministério da Saúde) e R\$ 10
117 milhões (Gates). Disse que a fase atual é de ampliação do Projeto para bloqueio da
118 transmissão da Dengue, Zika e Chikungunya em municípios dos estados do Rio de Janeiro,
119 Minas Gerais e estados da Região Nordeste. Salientou que testes realizados em laboratório
120 demonstram que *Wolbachia* também pode reduzir a transmissão pelo mosquito dos vírus
121 chikungunya e zika. Destacou outras pesquisas de controle vetorial, contratadas pela SVS/MS,
122 resultado da reunião com especialistas realizada em fevereiro de 2016: Controle de *Aedes* spp.
123 com estações disseminadoras de larvicidas; Proposta metodológica de estratificação de áreas
124 de risco para o dengue, chikungunya e zika em cidades endêmicas brasileiras; Uso da
125 estratégia Eco bio social para o controle de vetores da dengue, chikungunya e vírus Zika";
126 Monitoramento da resistência de *Aedes aegypti* a inseticidas; Avaliação da efetividade das
127 novas alternativas de controle do vetor de dengue, chikungunya e Zika: Monitoramento de
128 rumores sobre dengue, chikungunya e Zika nas redes sociais; e Estudos clínico-epidemiológico
129 para o entendimento de importantes aspectos da historia natural das infecções produzidas pelo
130 vírus zika e sua inter-relação com o vírus dengue, chikungunya no mesmo ambiente urbano.
131 No que se refere ao fomento descentralizado (PPSUS), explicou que são Editais multitemáticos
132 lançados por UF, envolvendo a concorrência livre de projetos de pesquisa de todas as
133 instituições do próprio estado. Detalhou que dos 102 projetos de pesquisa, dezoito estão
134 relacionados a zika. Sobre o fomento nacional, disse que foi publicada chamada Pública nº 14 -
135 Prevenção e Combate ao vírus Zika com 529 projetos inscritos e 71 projetos selecionados nas
136 linhas temáticas do Projeto. Destacou o número de projetos expressivos na Região Nordeste
137 (21 projetos), com média de R\$ 900 mil por projeto. Falou também do Seminário Marco Zero,
138 previsto na Chamada Pública nº 14 - Prevenção e Combate ao vírus Zika, com 130
139 participantes, tendo por resultado: proposta de criação de consórcio entre coortes; troca de
140 experiências entre projetos de soroprevalência; e exportação de material biológico humano
141 (vácuo legislativo). Dos projetos do edital relacionados ao controle de vetor, destacou, por
142 exemplo, vacina contra o *Aedes* (vacina para imunizar o mosquito – a intenção é impedir que o
143 mosquito se contamine com o vírus). Também detalhou outras iniciativas para enfrentamento
144 da infecção pelo vírus zika e doenças correlatas: Criação de rede de especialistas –
145 RENEZIKA (Portaria GM nº 1.046 de 20 de maio de 2016). Detalhou que o objetivo é integrar
146 gestores, pesquisadores e representantes da sociedade civil, facilitando a formulação e a
147 implantação de ações e políticas para o enfrentamento da infecção pelo vírus Zika e doenças
148 correlatas no âmbito local, regional e nacional. Destacou que são 129 integrantes -
149 especialistas e representantes de instituições e a Secretaria Executiva é composta pelas sete
150 Secretarias do MS. Citou ainda a realização do 1º Encontro da Rede que discutiu Plano de
151 trabalho dos GT: Assistência às Crianças e suas Famílias, Monitoramento das Anomalias
152 Congênitas, Diagnóstico Laboratorial, Inovações em Controle Vetorial; Pesquisa, Tradução e
153 Disseminação do conhecimento; Encontro com representantes do setor privado que será
154 realizado no dia 14/12 durante Prêmio de Incentivo em Ciência e Tecnologia para o SUS (o
155 objetivo é mapear as áreas de investimento da indústria e o conhecer as iniciativas
156 relacionadas à Emergência da Zika, com vistas a traçar novas estratégias para o
157 desenvolvimento de tecnologias). Na sequência, **Betânia Meireles**, representando a diretora
158 do DEGES/MS, apresentou resumo das ações de educação na saúde realizadas pela SGTES.
159 Iniciou explicando que desde o início do evento de Emergência de Saúde Pública de
160 Importância Internacional (ESP II) relacionado ao vírus Zika e as doenças correlatas, a SGTES
161 vem implementando ações de educação na saúde para a qualificação dos profissionais de
162 saúde e da sociedade civil sobre o tema. Acrescentou que o conjunto de ofertas educacionais é
163 elaborado em parceria com as áreas técnicas do Ministério da Saúde (SAS/SVS) e com os
164 Núcleos de Telessaúde dos territórios. Os módulos educacionais são disponibilizados, em sua
165 maior parte, na modalidade de educação a distância (EaD). Explicou que as ofertas
166 educacionais e dispositivos orientadores para a qualificação sobre o combate ao *Aedes* e suas
167 consequências, entre elas o vírus Zika e doenças correlatas, atualmente estão disponibilizados
168 na Universidade Aberta do SUS – UNASUS, no Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS –
169 AVASUS, nos Núcleos de Telessaúde, no Portal Saúde Baseada em Evidências e na
170 Comunidade de Práticas. Disse que atualmente há sete cursos disponíveis no Sistema

171 UNASUS e no AVASUS, com aproximadamente 170 mil matriculados, entre gestores,
172 profissionais de saúde, docentes, estudantes, população em geral. O curso “Zika abordagem
173 clínica na Atenção Básica” apresenta maior número de matriculados (47mil). Detalhou que os
174 cursos são: Atualização no combate vetorial ao *Aedes aegypti*, Estimulação precoce, manejo
175 clínico da chikungunya, manejo clínico da dengue, Zika: abordagem clínica na Atenção Básica,
176 Qualificação e triagem ocular neonatal e Importância do Brincar e da participação familiar para
177 o desenvolvimento infantil. No tocante às ações do Programa Nacional Tele Saúde Brasil
178 Rede, disse que há atividades de Teleconsultorias e Tele-educação. Salientou que de
179 novembro de 2015 a novembro de 2016 foram realizadas aproximadamente 31 mil ações de
180 Teleconsultorias e Tele-educação na temática da Zika, Chikungunya e Dengue. Também
181 apresentou resumo das ações realizadas pela SGTES em relação ao Plano Nacional de
182 Enfrentamento ao Aedes e suas consequências: Portal Saúde Baseada em Evidências - 585
183 conteúdos disponíveis em bases científicas sobre o tema do Vírus Zika e doenças correlatas
184 (inclui Dengue, Chikungunya e microcefalia); e Comunidade de Práticas - chamada de
185 postagem de Relatos de Experiência do trabalhador no combate ao Aedes: 188 relatos
186 publicados; criação de Comunidade específica: “Conversando sobre o Aedes”: 2.331
187 visualizações da página. Por fim, detalhou as ações previstas para 2017: **1)** Articulação
188 interministerial: elaboração de oferta educacional voltada à integração das ações de saúde e
189 assistência social; **2)** Ações em parceria com o Programa de Apoio ao Desenvolvimento
190 Institucional do Sistema Único de Saúde – Hospital do Coração: Curso na modalidade de
191 Educação a Distância (EAD): qualificação de profissionais no atendimento de crianças de 0 a 3
192 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, Aula prática (presencial):
193 Disponibilização de 410 vagas para profissionais que atuam em territórios considerados
194 prioritários pela SAS/MS; **3)** Atualização e lançamento de novas ofertas educacionais: ocorrerá
195 a partir da publicação do documento com Orientações integradas SAS e SVS (em elaboração);
196 e está em processo de atualização o Curso de Manejo Clínico da Dengue; **4)** Telessaúde: os
197 Núcleos de Telessaúde promoverão ações com abordagens mais ativas nos municípios com
198 número elevado de casos relacionados à Emergência em Saúde. Ações em parceria com a
199 Vigilância em Saúde; e **5)** Comunidade de Práticas: Fóruns on-line para mobilizar debates com
200 gestores e profissionais de saúde sobre temas relacionados ao enfrentamento do Aedes; e
201 abertura de novas Chamadas de Relatos de Experiências. Conselheiro **Neilton Araújo de**
202 **Oliveira** acrescentou que as explanações visaram apresentar as ações relativas aos três eixos
203 do Plano de Enfrentamento da Dengue, Zika e Chikungunya. **Manifestações.** Conselheiro
204 **André Luiz de Oliveira** saudou as expositoras pelas apresentações e agradeceu as
205 informações que permitiram atualizar a situação de enfrentamento da Dengue, Zika e
206 Chikungunya. Também perguntou à primeira expositora que medida será adotada para rastrear
207 crianças com perímetro encefálico menor que 33 cm nascidas antes da adoção do novo
208 parâmetro, considerando o risco de não investigar crianças afetadas pelo vírus Zika.
209 Conselheiro **Adriano Macedo Félix** manifestou preocupação com a possibilidade de
210 descontinuidade das ações de enfrentamento ao Aedes por conta da mudança na gestão dos
211 municípios e por falta de recursos na área da saúde. Também perguntou como serão feitos os
212 cursos on-line considerando a inexistência de infraestrutura para realização. Conselheira
213 **Carmem Lúcia Luiz** solicitou informações à segunda expositora sobre o número de infecções
214 antes e depois da pesquisa de Controle Vetorial com uso da infecção da *Wolbachia* em
215 mosquitos nos municípios do Rio de Janeiro e demais Estados. Conselheira **Juliana Santorum**
216 saudou as expositoras pela apresentação, mas sentiu falta de ações relacionadas ao
217 saneamento básico, considerando ser esta uma das condições estruturantes para proliferação
218 do mosquito. Também solicitou maiores informações sobre o impacto do uso da infecção da
219 *Wolbachia* em mosquitos no ambiente e os testes realizados e perguntou se o projeto de
220 pesquisa foi aprovado pela CONEP/CNS. Conselheira **Semiramis Maria Amorim Vedovatto**
221 agradeceu as apresentações das expositoras, todavia, sentiu falta de ações em longo prazo.
222 Lembrou que pesquisas demandam avanços tecnológicos e recursos, assim, perguntou como
223 fazer o enfrentamento do Aedes com o cenário de cortes de recursos na saúde. Conselheiro
224 **Artur Custódio Moreira de Souza** salientou que é preciso preparar as equipes de vigilância
225 para fazer papel investigativo, utilizando as tecnologias disponíveis. Conselheiro **Nilton Pereira**
226 **Junior** saudou as expositoras e destacou que o aumento da transparência e publicação dos
227 critérios de contratação de pesquisas traz avanços. Nessa linha, destacou que a seleção e a
228 contratação de projetos devem ser públicas e transparentes e deve-se garantir acesso ao
229 resultado das pesquisas contratadas de forma direta (sem editais). Além disso, salientou que,
230 para além dos cursos a distancia, é preciso garantir formação mais permanente em relação a

231 dengue, zika e chikungunya, com ações voltadas às graduações na área da saúde e às
232 residências médicas e multiprofissionais. A representante da Rede Nacional Lai Lai Apejo,
233 **Michele Ribeiro**, salientou que as mulheres negras estão mais expostas a infecções
234 congênitas da síndrome, principalmente por habitarem regiões onde não há saneamento
235 básico e o armazenamento de água potável é necessário. Perguntou se foi considerado o
236 quesito raça/cor nas pesquisas a serem realizadas considerando que dados não oficiais
237 apontam que 70% das crianças com microcefalia são filhos de mulheres negras. Nessa linha,
238 salientou a importância de dados desagregados por raça/cor nos boletins epidemiológicos.
239 Também perguntou como a população pode ter acesso a informações nos locais onde não é
240 possível acessar a internet e solicitou maiores considerações sobre a pesquisa de vacina para
241 imunizar o mosquito. Conselheiro **Moyses Toniolo de Souza** também cumprimentou as
242 convidadas pelas explicações e saudou as iniciativas do portal saúde baseado em evidências
243 e a criação da ação de Comunidade “Conversando sobre o *Aedes*”. Também perguntou quais
244 são as outras infecções relacionadas à síndrome do vírus Zika. Finalizou salientando a
245 necessidade de pautar no radar a apresentação de dados sobre a sífilis congênita, uma
246 emergência de saúde pública. Conselheira **Elionice Conceição Sacramento** perguntou se há
247 pesquisas sobre o processo de adoecimento da população que vive e trabalha nas águas e se
248 existe ações específicas para esse público. Avaliou que o Nordeste precisa ser priorizado haja
249 vista a maior incidência de casos em relação a outras regiões. Também perguntou qual a
250 posição sobre os levantamentos da Universidade Federal da Bahia que apontam a
251 necessidade de incluir os pescadores e pescadoras como público prioritário para receber a
252 vacina contra o zika vírus. Também sugeriu que o CNS recomende à FUNASA que a temática
253 de combate ao *Aedes* seja debatida nos seminários regionais que serão realizados para
254 consolidar o Plano Nacional de Saneamento Rural. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**,
255 Presidente do CNS, avaliou que as comissões devem debater os temas levantados durante o
256 debate (pesquisas de contratação direta, por exemplo) e levantar subsídios para definição de
257 propostas de encaminhamentos concretos para enfrentar essa situação. Conselheiro **Neilton**
258 **Araújo de Oliveira** informou que o representante do Ministério da Saúde indicado para
259 apresentar os dados epidemiológicos estava presente e a apresentação dele fora
260 disponibilizada aos conselheiros. Como encaminhamento, sugeriu que os conselheiros
261 analisassem a apresentação e, se fosse o caso, fizessem considerações após as respostas
262 das convidadas. Também disse que há um esforço do Ministério da Saúde com a FUNASA e
263 associações na área de saneamento e frisou que representantes do Ministério poderiam ser
264 convidados para levar discussão mais abrangente às comissões. **Retorno da mesa.** A
265 assessora da Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, **Mariana Leal**, respondeu aos
266 questionamentos dos conselheiros explicando que: 1) as ações estão conectadas à orientação
267 atual da OMS; foi feito estudo das ocorrências no RESP com as novas medições e o
268 comportamento das curvas é estável (ou seja, crianças com microcefalia não deixam de ser
269 incluídas, por outro lado, estão sendo incluídas não somente aquelas com microcefalia, mas
270 também outras que apresentam alterações nos exames – com isso, garante-se mais precisão
271 para a entrada das crianças, com ampliação dos critérios, não só pela medição do perímetro
272 encefálico. Não haverá grande aumento ou diminuição de casos porque a epidemia está
273 estabilizada e a melhor precisão possibilitará diagnóstico mais preciso; o MS está trabalhando
274 com parceiros na perspectiva de recuperação de dados anteriores para reclassificação do
275 ponto de vista da pesquisa (série histórica); 30% dos casos acompanhados pela atenção não
276 estão notificados na vigilância; o novo protocolo recomenda a investigação de outras doenças
277 – sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, entre outras, possibilitando associação com
278 as anomalias congênitas; está sendo debatida a possibilidade de monitoramento e vigilância
279 mais ampliada das anomalias congênitas; é preciso qualificar o diagnóstico, até mesmo porque
280 há tratamento; a intenção é qualificar a capacidade e monitoramento dessas doenças; e está
281 sendo feita busca ativa das crianças. A Tecnologista em Gestão de Políticas Públicas/MS,
282 **Cássia Fernandes**, respondeu às perguntas esclarecendo: 1) Projeto *Wolbachia* - a *Wolbachia*
283 é uma bactéria natural da natureza e não se trata de mosquito transgênico; a nova ampliação
284 do projeto foi aprovada pela CONEP e foi autorizada pelo IBAMA; foi feita consulta a órgãos
285 mesmo não sendo necessário por não ter impacto; 2) Dados epidemiológicos para
286 continuidade da pesquisa – de 2011 a 2015, foram criados os mosquitos e feito estudo da
287 tecnologia, em seguida, foram soltos; primeiro, a soltura ocorreu em áreas restritas para
288 garantir o monitoramento; a perspectiva do projeto, de 2012-2019, é a soltura em grandes
289 centros urbanos e chegará ao Nordeste; há estudos internacionais demonstrando a eficiência
290 em relação à dengue; 3) Recursos - além dos recursos do Brasil, há perspectiva de recursos

291 internacionais porque outros países estão interessados em pesquisas para evitar que a
292 epidemia se alastre; um dos objetivos da RENEZIKA é a identificação de fontes de
293 financiamento; 4) Resultados – o edital começou agora e há previsão de resultados em curto,
294 médio e longo prazo; a partir dos resultados, serão definidas prioridades; 5) Transparência –
295 dos R\$ 154 milhões do Ministério da Saúde para contratação, R\$ 100 milhões foram
296 destinados para vacina fase 3 da dengue sob a responsabilidade do Butantã, R\$ 12 milhões
297 para o projeto *Wolbachia*; e R\$ 30 milhões para as outras pesquisas; muitas das pesquisas de
298 contratação direta dão continuidade a estudos que já estavam começando; os projetos
299 possuem controle; o edital tem prazo de 4 anos para resposta e será feito monitoramento
300 quadrimestral das pesquisas do edital; 6) uma das pesquisas na região Nordeste visa
301 identificar a população e o Ministério da Saúde tem o cuidado de dar peso maior a pesquisas
302 que tratam de aspectos específicos. A representante da diretora do DEGES/MS, **Betânia**
303 **Meireles**, respondeu aos questionamentos destacando que: é preciso reconhecer e valorizar
304 as práticas realizadas pelos profissionais nos territórios e investir ainda mais na estratégia de
305 divulgação dos espaços nos territórios para maior acesso dos profissionais a estes espaços; foi
306 definida parceria com a OPAS, com investimento para aprimoramento do Portal (é um espaço
307 voltado para profissionais de saúde); questões de longo prazo – o Ministério da Saúde
308 compartilha e debate com as SES e SMS para atingir as populações específicas; o momento é
309 de planejamento, com revisão do que foi feito no período de novembro de 2015 a novembro a
310 2016 e definição de ações permanentes; foi publicado edital da residência e está incluída a
311 temática do combate ao *Aedes* e suas consequências. O Presidente do CNS elogiou as
312 expositoras pelas apresentações e reiterou que as informações da SVS foram disponibilizadas
313 aos conselheiros. **Relatório de Adesão dos Municípios ao Prontuário Eletrônico** – O diretor
314 do Departamento de Atenção Básica – DAB, **Alan Nuno**, iniciou sua exposição informando que
315 o Ministro da Saúde lançou, no dia 6 de outubro, a versão 2.1 do E-SUS AB. A atualização traz
316 melhorias significativas, tanto na Coleta de Dados Simplificada (CDS), quanto no Prontuário
317 Eletrônico do Cidadão (PEC). Além disso, traz o aplicativo e-SUS AB Território, que foi
318 desenvolvido pelo Ministério da Saúde para ser utilizado no processo de trabalho dos agentes
319 de saúde (ACS/ACE/AAS). Explicou que os municípios brasileiros têm 60 dias para adotarem o
320 prontuário eletrônico no atendimento ao cidadão ou justificarem os motivos da não implantação
321 do prontuário. O pagamento do PAB Variável fica condicionado ao envio de informação por
322 meio do prontuário eletrônico. Disse que na última reunião da CIT, realizada no dia 24 de
323 novembro de 2016, foi pactuada a Resolução nº. 7, publicada no dia 28, que define o uso do
324 prontuário e conjunto de regras. Explicou que 1.959 municípios (até o final de novembro de
325 2016) utilizam solução de prontuário eletrônico (35,2%), em 10.835 unidades básicas de saúde,
326 representando 26,1% das unidades do país. Em relação às justificativas, explicou que, até 6 de
327 dezembro de 2016, 4.487 municípios justificaram (80,6%) os motivos da não implantação do
328 prontuário (por problema de equipamento, por problema de conectividade, falta de capacitação
329 ou treinamento dos profissionais, capacidade institucional do município em dar suporte na área
330 de TI). O Ministério da Saúde está contatando os municípios que não justificaram para fazê-lo,
331 a fim de não serem prejudicados. De posse desses dados, o MS apresentará relatório no dia
332 14 de dezembro detalhando os motivos apresentados no formulário de justificativas. A partir
333 das informações, em janeiro de 2017, será apresentado plano de apoio à implantação do
334 prontuário. Explicou que a intenção do MS é distribuir computadores às unidades que não
335 possuem e implantar programa de apoio à conectividade nos municípios. Também informou
336 que foi realizado pregão eletrônico para aquisição do repositório nacional para o registro
337 eletrônico de saúde que permitirá, a partir de fevereiro de 2017, prontuários compartilhados
338 entre os serviços da atenção básica. Detalhou que essa é a primeira etapa da implantação do
339 registro eletrônico de saúde e a intenção é expandir aos serviços de saúde. Finalizou
340 destacando que a intenção é ampliar a capacidade dos profissionais de saber as condições de
341 saúde dos usuários, e possibilitar a adoção de planos terapêuticos mais apropriados. E, no
342 caso da atenção básica, possibilitar a troca de informações para garantir a coordenação do
343 cuidado e aumentar a capacidade de resolutividade das unidades. **Manifestações.**
344 Conselheiro **Artur Custódio M. de Souza** pontou os seguintes aspectos na sua fala: 1) é
345 preciso solicitar documento detalhando a documentação do sistema e do fluxo das
346 informações, porque, até então, tem circulado texto genérico. 2) "informatizar" sem intenso e
347 contínuo processo de capacitação (não apenas treinamento) das equipes, é perda de recursos
348 públicos como aconteceu com os milhões de reais desperdiçados na implantação do Sistema
349 do cartão SUS; 3) obrigatoriedade de total transparência nos valores envolvidos e não só no
350 sistema (recursos dos municípios, aquisição de equipamentos, conectividade); 4) não há

351 justificativa, fundamentação e estudo que expliquem a necessidade de adoção de identificação
352 biométrica digital; 5) o cartão/prontuário não pode funcionar como barreiras que impeçam o
353 atendimento dos usuários. Por fim, disse que defende a incorporação da TI em saúde, mas é
354 preciso cuidado na implantação sob pena de repetir erros do passado que prejudicaram o SUS.
355 Conselheiro **Adriano Félix** saudou a iniciativa, mas manifestou preocupação com a viabilidade
356 de implantação, uma vez que muitas unidades de saúde não possuem, sequer, computador.
357 Também manifestou preocupação com o acesso ao prontuário eletrônico e perguntou o que
358 está previsto para assegurar o sigilo e a confidencialidade dos dados dos usuários. Conselheiro
359 **Moyses Toniolo de Souza** disse que é preciso assegurar prazo maior aos gestores que
360 assumirão em janeiro de 2017 para tomar conhecimento da situação e não serem prejudicados
361 com suspensão de recursos pela não justificativa do gestor anterior. Também manifestou
362 preocupação com sigilo e confidencialidade dos dados do Prontuário Eletrônico, especialmente
363 dos pacientes com doenças crônicas, principalmente infectocontagiosas, que sofrem
364 preconceitos. Conselheira **Juliana Acosta Santorum** perguntou como o gestor municipal irá
365 priorizar o investimento em informatização diante da escassez de recursos na área da saúde.
366 Conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo** perguntou qual o prazo para viabilizar a
367 infraestrutura necessária à implantação do Prontuário e destacou preocupação com a
368 possibilidade dessa ferramenta ser uma barreira para o acesso do usuário (inviabilizar o
369 atendimento dos usuários nos casos de falta de energia, por exemplo). Conselheiro **Nilton**
370 **Pereira Júnior** perguntou se houve perda de dados dos municípios do E-SUS e como está o
371 contrato de banda larga para os municípios. Conselheira **Francisca Valda da Silva** perguntou
372 que estratégia será adotada para apoiar os municípios na implantação do Prontuário a fim de
373 não sejam penalizados com suspensão de recursos. **Retorno da mesa.** O diretor do DAB/MS,
374 **Alan Nuno**, em resposta às intervenções, disse que: é importante debater o fluxo do sistema
375 porque afeta o processo de trabalho e colocou-se à disposição para apresentar o modelo que
376 se defende; há vários estudos que demonstram a importância do prontuário eletrônico -
377 sugestão: convidar profissionais que utilizam prontuário para falar sobre o impacto no
378 atendimento em saúde; a ferramenta potencializa o atendimento e não se trata de barreira do
379 acesso; o tema do sigilo e da confidencialidade é central no debate do compartilhamento de
380 informações dos usuários e há protocolos a esse respeito; com o registro eletrônico, o
381 prontuário ficará de posse do usuário e este definirá quem e qual informação poderá ser
382 acessada; o prazo para justificar a não implantação é 10 de dezembro de 2016 e os novos
383 gestores de municípios que não justificaram serão contatados; os investimentos em
384 informatização não concorrerão com a atenção aos usuários; é preciso realizar capacitação
385 para qualificar o uso adequado do prontuário eletrônico; o MS fará investimento importante em
386 2017 para informatizar as unidades de saúde; nenhum município informou perda de dados com
387 a nova versão do sistema; o contrato de banda larga foi encerrado por conta do alto custo e da
388 dificuldade de gestão por parte do Ministério da Saúde (4 mil unidades possuíam conectividade
389 e hoje estão sem) - a intenção deste Ministério é estabelecer custeio mensal para os
390 municípios contratarem banda larga e fazerem a gestão. Feitos esses esclarecimentos, o
391 Presidente do CNS passou aos encaminhamentos que emergiram do debate. **Deliberação: o**
392 **Plenário decidiu que o tema deverá ser debatido no Grupo de Trabalho do CNS sobre**
393 **Atenção Básica, que será constituído; e que as Comissões Intersectoriais de Ciência,**
394 **Tecnologia e Assistência Farmacêutica – CICTAF e de Recursos Humanos e Relação de**
395 **Trabalho – CIRHRT promoverão debate sobre o impacto das forças produtivas nos**
396 **processos de trabalho. Edital do Programa Mais Médicos –** A Coordenadora de atividades,
397 da equipe de Planejamento e Dimensionamento da SGTES/MS, **Grasiela Damasceno de**
398 **Araújo**, atualizou as informações sobre o Programa mais Médicos, nos termos do Edital nº 14
399 de 2016. Explicou que o Edital prevê 1.178 vagas, mas esse número poderá variar porque
400 foram abertas vagas preferencialmente aos médicos brasileiros que estão no PROBAB para
401 que continuem no Programa na modalidade do Projeto mais Médicos (por mais três). Detalhou
402 que essa é uma estratégia que visa estabelecer vínculo maior entre os médicos e as
403 comunidades que atendem. Destacou que as 1.178 vagas deverão ser confirmadas pelos
404 gestores de 15 de dezembro de 2016 a 5 de janeiro de 2017. Acrescentou que o edital prevê a
405 participação de médicos brasileiros formados no exterior. No mais, comunicou que os médicos
406 brasileiros participantes do Programa poderão solicitar a renovação do prazo de permanência
407 no Programa (3 anos). **Manifestações.** Conselheiro **Adriano Félix** perguntou como substituir
408 os médicos estrangeiros do Programa considerando que os brasileiros não querem ir para o
409 interior. Conselheira **Semiramis Maria Amorim Vedovatto** também questionou como ficará a
410 situação dos pequenos municípios e dos distantes quando os médicos brasileiros não querem

411 ir para áreas longínquas. Salientou que os médicos estrangeiros contribuíram para melhorar a
412 qualidade de vida das populações – redução da mortalidade materna, por exemplo – em locais
413 antes esquecidos. Portanto, manifestou preocupação com as novas regras do Programa.
414 Conselheiro **Nilton Pereira Júnior** destacou que a intenção do Edital é repor as 1100 vagas
415 (substituição de médicos cubanos e preenchimento de vagas ociosas). Todavia, a mudança no
416 tempo de permanência no Programa (antes, os médicos teriam que participar um ano para
417 receber os 10% de bônus na prova da residência médica, agora, são três anos) dificultará a
418 fixação do médico na Região. Conselheira **Juliana Santorum** falou sobre a Nota lançada pela
419 CONTAG sobre o Programa Mais Médicos. Lembrou que de 2013 para cá, o programa Mais
420 Médicos para o Brasil contratou 18.240 médicas e médicos, beneficiando 63 milhões de
421 pessoas em 4.058 municípios de todo o País. Aproximadamente 13 mil médicos estrangeiros
422 participam do programa e, dentre estes, cerca de 11 mil são cubanos, devido à baixa procura
423 pelos profissionais formados no Brasil. O programa foi criado a partir de reivindicações da
424 população por ampliação do acesso às ações e serviços de saúde. A realidade no Brasil era de
425 alta concentração de médicos nas capitais e grandes cidades, principalmente nas regiões
426 Sudeste e Sul. Desde o primeiro edital, é baixo o interesse dos médicos brasileiros, e são estes
427 profissionais que mais evadem do programa. Em curto prazo, o Mais Médicos vem cumprindo
428 com o papel de ampliação de acesso ao SUS, com a superação gradativa dos vazios
429 assistenciais e ampliação da Atenção Básica. Nestes três anos, o programa tem levado
430 profissionais médicos para as periferias das grandes cidades, comunidades rurais e indígenas,
431 municípios do interior do País, lugares estes que não conseguiam fixar médicos brasileiros. Em
432 médio e longo prazo, o programa pretendia criar novos parâmetros para a formação médica,
433 superando a concentração de cursos em grandes centros urbanos, que atendem mais a lógica
434 de mercado do que as necessidades sociais, não considerando se o local tem condições, ou se
435 já existem muitos médicos na região. Modifica, também, o formato de acesso à residência
436 médica, priorizando a Saúde da Família. O programa prevê, ainda, ações voltadas ao
437 investimento em infraestrutura e expansão de serviços e unidades de saúde. Mas, o programa
438 Mais Médicos está ameaçado. Uma Comissão Mista no Senado está avaliando 28 emendas ao
439 texto original da Medida Provisória 723/16, que prorrogou por mais três anos o programa. As
440 emendas dizem respeito, principalmente, à formação médica brasileira e à permanência de
441 médicos estrangeiros no programa. O atual ministro da Saúde, Ricardo Barros, anunciou
442 mudanças significativas para o próximo edital do programa: substituir cubanos por brasileiros e
443 as vagas serão para capitais, regiões metropolitanas e municípios com mais de 250 mil
444 habitantes. Este novo formato que o governo pretende adotar mantém a mesma lógica de
445 antes: concentrar médicos brasileiros nas grandes cidades, atendendo os interesses da
446 corporação médica, que desde o início foi contra o Mais Médicos. O que estamos vendo é uma
447 desconfiguração total do programa Mais Médicos para o Brasil. Com as ameaças apontadas,
448 características do programa se perdem totalmente e só restará o seu nome. A participação de
449 profissionais estrangeiros é essencial para o atendimento nas regiões mais vulnerabilizadas do
450 País, onde médicos brasileiros não querem ir. A prioridade deve continuar sendo os municípios
451 do interior, as periferias e as áreas mais remotas. Os sujeitos que vivem no campo, na floresta
452 e nas águas também têm seus direitos. Disse que a CONTAG se manifesta contrária às
453 condições do novo edital e as emendas parlamentares que visam deturpar as características
454 originais do Mais Médicos. Para ter saúde no campo, um SUS do tamanho do Brasil!. Por fim,
455 disse que é preciso pautar apresentação no CNS sobre os resultados do Programa, sobretudo
456 dos eixos da formação e infraestrutura. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** defendeu a
457 manutenção do Programa na forma como foi pensado originalmente e sugeriu a elaboração de
458 moção do CNS agradecendo os médicos cubanos que participaram do Programa mais Médicos
459 e prestaram atendimento à saúde da população brasileira. Conselheira **Francisca Valda da**
460 **Silva** também manifestou preocupação com a possibilidade de desfiguração do Programa mais
461 Médicos e lembrou que o CNS defendeu que este fosse uma etapa de um “programa mais
462 saúde”, com equipe multiprofissional. Perguntou se há estudo do Ministério acerca das 28
463 emendas ao texto original da Medida provisória 723 que desfigura o Programa em relação à ida
464 de médicos para municípios com baixo IDH, mudança no perfil dos profissionais médicos.
465 Também perguntou o significado da extinção de 300 cargos no âmbito do Programa.
466 Conselheira **Liu Leal** manifestou preocupação com a possibilidade de desassistência a várias
467 populações por conta da mudança no Programa, configurando-se em agravante da
468 universalização da saúde e do acesso. Também sugeriu incluir no item “radar” o
469 monitoramento da alocação dos médicos do Programa. Por fim, perguntou sobre os outros dois
470 eixos do Programa: residência e graduação e solicitou informações sobre a precedência acerca

471 da alocação do PAB. Conselheiro **Rildo Mendes** destacou que os médicos cubanos
472 participantes do Programa foram a locais onde os médicos brasileiros não quiseram ir como as
473 aldeias indígenas. Assim, manifestou preocupação com a situação das comunidades indígenas
474 diante da nova proposta para o Programa. Conselheira **Carmem Lúcia Luiz** defendeu a
475 manutenção do Programa no formato original, por entender que a nova proposta, apresentada
476 pelo governo, significa “menos médicos”. Conselheira **Jani Betânia Souza Capiberibe** também
477 defendeu a manutenção do Programa no formato original, a fim de garantir a permanência de
478 médicos nos estados que antes não tinham esse profissional. Conselheira **Maria das Graças**
479 **Silva Gervásio** perguntou qual a perspectiva de retomar o Programa na forma original.
480 Retorno da mesa. A coordenadora de atividades/SGTES/MS, **Grasiela Damasceno de**
481 **Araújo**, comentou as falas dos conselheiros destacando, inicialmente, a importância de
482 monitoramento do Programa mais Médicos. Sobre o processo de reposição de vagas, explicou
483 que a meta do Programa, já cumprida, é de 18 mil médicos. Destacou que a reposição de
484 vagas é um processo constante e acontece por meio de dois mecanismos: editais de
485 provimento; e cooperação Brasil/OPAS/Cuba. No início de 2016, foi realizado estudo sobre a
486 atratividade das vagas para os médicos brasileiros e a conclusão foi que as 18 mil não
487 poderiam ser ocupadas por médicos brasileiros, em sua plenitude, sendo necessário manter a
488 cooperação, no mínimo, por mais 3 anos. Assim, o governo brasileiro, governo Cubano e
489 OPAS definiram manter mais de 9 mil vagas por cooperação. Todavia, essas vagas não serão
490 substituídas de uma vez. Assim, o processo atual de substituição se iniciará pelos médicos do
491 primeiro ciclo e, em 2017, os médicos dos próximos ciclos. Destacou que os editais visam a
492 reposição de vaga de médicos brasileiros e intercambistas individuais. Explicou que será
493 verificado, por meio dos editais, se as vagas oriundas da cooperação serão ocupadas, de fato,
494 por brasileiros. Se não, a decisão será revista com a possibilidade de serem ocupadas por
495 meio da cooperação. Destacou que, paralelamente à reposição das vagas de médicos
496 brasileiros e intercambistas individuais, está sendo feita reposição das vagas pela cooperação.
497 A previsão é a seguinte: 1.384 de novos médicos da cooperação, em dezembro de 2016; 1.000
498 em janeiro de 2017; e 1.000 em fevereiro de 2017. Também informou que será realizada nova
499 reunião tripartite - governo brasileiro, governo Cubano e OPAS - em Cuba, para definir o
500 planejamento da reposição das vagas em 2017, a partir de março de 2017. Explicou que o
501 processo de transição não é rápido, mas não deve ultrapassar o período de 90 dias para que o
502 município não fique sem o PAB e seja prejudicado. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**
503 propôs que o tema seja pauta permanente da CIRHRT/CNS, para debate e monitoramento
504 (chamar representantes do Ministério da Saúde para aprofundar debate); e pautar informes
505 permanentes sobre o Programa mais Médicos nas reuniões do Conselho (item do Radar).
506 Devido à exiguidade do tempo nas reuniões do CNS, propôs que fossem debatidas em plenário
507 as questões macro e estratégica e os temas fossem aprofundados nas comissões afins.
508 Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, lembrou que é papel das
509 comissões aprofundar debate e trazer subsídios para deliberação do CNS. Disse que não há
510 contradição acerca do encaminhamento apresentado: definir o tema como pauta permanente
511 da CIRHRT/CNS, para debate e monitoramento; e pautar informes permanentes sobre o
512 Programa mais Médicos nas reuniões do Conselho (item do Radar). As demais comissões
513 devem aprofundar o debate sobre os temas afins. Conselheiro **Moyses Toniolo de Souza**
514 solicitou ao Ministério da Saúde que apresente, por escrito, as informações sobre os itens
515 pautados no Conselho para facilitar a análise dos dados. O assessor técnico da CIRHRT/CNS,
516 **Americo Yuiti Mori**, interveio para informar que o CNS solicitou acesso ao sistema de
517 gerenciamento de Programas, responsável pela gestão dos dados do Programa Mais Médicos,
518 e a Comissão iniciou processo de monitoramento da alocação dos médicos do Programa. A
519 coordenadora de atividades, da equipe de Planejamento e Dimensionamento da SGTES/MS,
520 **Grasiela Damasceno de Araújo**, respondeu às demais intervenções destacando que
521 disponibilizará a senha de sistema, para monitoramento. Informou ainda que é realizada
522 formação dos médicos cubanos por meio dos módulos de acolhimento (módulos de
523 acolhimento em Cuba – formados 1.500 médicos em outubro; mais 1.500 em formação no mês
524 de novembro e esse processo continuará de janeiro a maio de 2017). Após esse módulo de
525 acolhimento, os médicos realizam a especialização. Acrescentou que nesse processo de
526 planejamento está sendo feita atualização para especialização a fim de ser ofertada aos
527 médicos que irão chegar. Além disso, está disponível outros módulos educacionais de
528 assuntos diversos de interesse do SUS. Também explicou que o PROVAB está suspenso
529 temporariamente, por isso, não foi ofertado neste edital. Disse que aguarda as informações
530 sobre a oferta nos próximos editais. A respeito das residências, disse que foram lançados 3

531 editais – nº 5, medicina de família e comunidade; nº. 16 – residência médica; e nº. 17 –
532 financiamento de bolsas das residências em área profissional. Acrescentou que o foco dos
533 editais da área médica e profissional é o enfrentamento da zika, dengue e chikungunya.
534 Acrescentou que a previsão é iniciar a publicação das portarias de resultado a partir de 20 de
535 dezembro de 2016. Conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** solicitou a representante
536 do MS informações sobre a abertura de cursos de medicina em municípios distantes como
537 parte do Programa. O Presidente do CNS solicitou que a SGTES/MS solicite as informações
538 sobre os componentes do Programa. **Deliberação: neste item, o Plenário decidiu redigir**
539 **moção agradecendo os médicos cubanos que participaram do Programa mais Médicos e**
540 **prestaram atendimento à saúde da população brasileira. O texto da moção seria**
541 **apresentado posteriormente. Indicadas para redigir o texto: Maria Laura Carvalho Bicca,**
542 **Juliana Santorum e Cleoneide Paulo Oliveira. Além disso, o Pleno decidiu: solicitar à**
543 **SGTES o envio de informações detalhadas sobre o Programa, para serem distribuídas**
544 **aos conselheiros; definir o tema como pauta permanente da CIRHRT/CNS, para debate e**
545 **monitoramento; e pautar informes permanentes sobre o Programa mais Médicos nas**
546 **reuniões do Conselho (item do Radar). Deliberação geral do item “Radar”: solicitar ao**
547 **Ministério da Saúde que apresente por escrito as informações sobre os itens pautados**
548 **para facilitar a análise dos dados. Resultado do Grupo de Trabalho sobre Planos de**
549 **Saúde Acessíveis. Apresentação: conselheira Karla Larica Wanderley, representando o**
550 **Ministério da Saúde. Conselheiro Neilton Araújo de Oliveira justificou que o Secretário de**
551 **Atenção à Saúde – SAS, Francisco de Assis Figueiredo, não pôde estar presente para**
552 **apresentar informe sobre o tema, por conta da reunião da Tripartite, mas enviou dados para**
553 **serem apresentados ao CNS. Além disso, informou que o Ministro de Estado da Saúde estava**
554 **na reunião da Tripartite e estaria presente à reunião do CNS às 16h. Em seguida, apresentou a**
555 **nova conselheira Karla Larica Wanderley, representante do MS, e abriu a palavra a ela para**
556 **informe. Segundo relato da conselheira, 21 entidades relacionadas ao tema foram convidadas**
557 **para debate do tema e até aquele momento foram realizadas cinco reuniões. Destacou que os**
558 **resultados do debate serão encaminhados à ANS para análise e manifestação. Após a**
559 **manifestação da Agência, será marcada nova reunião para elaboração de proposta a ser**
560 **apresentada. Conselheiro Moyses Toniolo de Souza lamentou a ausência do secretário da**
561 **SAS/MS para informe mais detalhado e a falta de informações mais concretas sobre os**
562 **debates feitos até aquele momento. Conselheiro Nilton Pereira Junior solicitou à**
563 **representante do MS que detalhe as 21 entidades convidadas para debater o tema. Além**
564 **disso, solicitou que as reuniões da CIT não coincidam com as reuniões do CNS, a fim de evitar**
565 **prejuízos aos debates deste Colegiado. Lembrou que a Portaria nº 1.482/2016, assinada pelo**
566 **Ministro da Saúde, definiu que o GT encerraria os seus trabalhos no dia 4 de dezembro de**
567 **2016 e apresentaria relatório final. Além disso, recordou que o Ministro da Saúde não**
568 **homologou a Resolução CNS n.º 534/2016 contrária a qualquer proposta de criação de Planos**
569 **de Saúde não foi assinada a Resolução do CNS e que solicita a revogação da Portaria nº**
570 **1.482/2016. Como encaminhamento, sugeriu que o CNS aprovasse moção de repúdio ao**
571 **descumprimento dessa Portaria, caso o relatório não fosse apresentado até o dia seguinte.**
572 **Atendendo à solicitação, conselheira Karla Larica Wanderley listou as 21 entidades**
573 **convidadas para debater o tema: Confederação Nacional de Saúde – CNS; ANAB; Unidas;**
574 **AMB; ABRANGE; CNSEG; IDEC; UNIMED; APM; IESS; CMB; ANS; CONASS; CONASEMS;**
575 **SENACON; ANAHP; PROTESTE; SINOG; SIBEM; HUMANITAS; e FENASAÚDE. Conselheiro**
576 **Neilton Araujo de Oliveira informou não será possível apresentar relatório final no dia**
577 **seguinte, porque as proposições seriam apreciadas pela ANS e retornariam ao GT para**
578 **finalização da proposta. Diante desse esclarecimento, conselheiro Nilton Pereira Júnior**
579 **sugeriu que o CNS elaborasse moção de repúdio ao Ministério da Saúde pelo descumprimento**
580 **do prazo de entrega do Relatório Final do grupo de Trabalho sobre Planos Acessíveis definido**
581 **na Portaria nº 1.482/2016; pela não homologação da Resolução CNS n.º 534, de 19 de agosto**
582 **de 2016. O Presidente do CNS sintetizou os encaminhamentos oriundos do debate.**
583 **Deliberação: o Plenário decidiu elaborar moção de repúdio ao Ministério da Saúde pelo**
584 **descumprimento do prazo de entrega do Relatório Final do grupo de Trabalho sobre**
585 **Planos Acessíveis definido na Portaria nº 1.482/2016; pela não homologação da**
586 **Resolução CNS n.º 534, de 19 de agosto de 2016, que se posiciona contrário a qualquer**
587 **proposta de criação de Planos de Saúde a exemplo do Grupo de Trabalho para**
588 **discussão e elaboração de projeto de Plano de Saúde Acessível; e repúdio à Agência**
589 **Nacional de Saúde Suplementar - ANS pela ausência de discussão sobre o projeto de**
590 **Planos Acessíveis de Saúde na Câmara de Saúde Suplementar - CAMSS, mesmo após**

591 requerimentos feitos pela representante do Conselho Nacional de Saúde e pela Mesa
592 Diretora do CNS. Além disso, o Plenário decidiu que: o tema será permanente no item
593 “Radar” das reuniões do Conselho para monitoramento deste Colegiado; e a Comissão
594 Intersetorial de Saúde Suplementar acompanhará o debate deste tema no âmbito do
595 Ministério da Saúde, inclusive requisitando informações à SAS/MS. Definido esse ponto, a
596 mesa encerrou a manhã do primeiro dia de reunião e suspendeu para o almoço. Retomando, a
597 mesa foi composta para o item 3 da pauta. **ITEM 3 – PLANO DE AÇÃO NACIONAL PARA A**
598 **PREVENÇÃO E CONTROLE DA RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS - Apresentação:**
599 **Synara Cordeiro**, representando o Diretor do Departamento de Vigilância das Doenças
600 Transmissíveis – DEVIT/SVS/MS. *Coordenação:* conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**, da
601 Mesa Diretora do CNS. A expositora inicialmente cumprimentou o Colegiado e justificou a
602 ausência do Diretor do Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis – DEVIT/SVS.
603 Começando a explanação explicou que a resistência antimicrobiana (RAM) não é um
604 fenômeno recente, mas um problema crítico de saúde pública hoje em dia. Durante várias
605 décadas e em diferentes níveis, as bactérias responsáveis pelas infecções comuns
606 desenvolveram resistência a cada novo antibiótico criado e a RAM evoluiu, tornando-se uma
607 ameaça à saúde mundial. Com a escassez de novos antibióticos no mercado, a necessidade
608 de medidas para evitar uma crise global na área da saúde é cada vez mais urgente. Salientou
609 que a resistência aos antimicrobianos (RAM) é considerada, atualmente, um dos maiores
610 problemas na saúde global. Desde 2014, cientistas comentam sobre uma era pós-antibióticos.
611 Destacou que, apesar de ocorrer naturalmente, o problema tem se acelerado e agravado a
612 partir de: uso impróprio de medicamentos antimicrobianos; de programas de prevenção e
613 controle de infecções inadequados ou inexistentes; da má qualidade dos medicamentos; da
614 baixa capacidade analítica dos laboratórios; da vigilância e monitoramento inadequados ou
615 inexistentes; e da regulação insuficiente do uso de antimicrobianos. Esclareceu que as
616 infecções já não são suscetíveis aos medicamentos comuns utilizados no seu tratamento.
617 Dados provenientes de todo o mundo confirmam que a RAM, incluindo a resistência a múltiplos
618 agentes, tem aumentado para vários patógenos responsáveis por infecções em unidades de
619 saúde e na comunidade. Detalhou que são consequências diretas da RAM: prolongamento da
620 doença; aumento da mortalidade; aumento da permanência hospitalar; ineficácia de
621 tratamentos preventivos para procedimentos médicos: muitos dos avanços médicos dos
622 últimos anos, tais como a quimioterapia para o tratamento do câncer e o transplante de
623 órgãos, dependem da disponibilidade de medicamentos antimicrobianos; aumento dos custos
624 de diagnósticos e de tratamento: consultas, infraestrutura, rastreamento, custo de
625 equipamentos, medicamentos. Além dessas, disse que existem consequências indiretas da
626 RAM como as perdas econômicas por queda de produtividade provocada pela doença e perda
627 da produtividade: perda do rendimento, diminuição da produtividade do trabalhador, tempo
628 gasto pela família. Fez um destaque à publicação “Tackling drug-resistant infections globally:
629 final report and recommendations”, de Jim O’Neill, economista inglês conhecido por ter criado
630 o termo BRICS para se referir as economias do Brasil, Índia, Rússia, China e a África do Sul.
631 O livro fala do impacto da RAM destacando, entre outros aspectos, os óbitos anuais atribuídos
632 à RAM e o custo para a economia global de USD (100 trilhões). No contexto mundial, explicou
633 que, em 2011, a OMS introduziu um pacote de políticas para combater a AMR, listando ações
634 críticas para cada *stakeholder* com o intuito de estimular a mudança. Em 2013, a Organização
635 iniciou uma análise situacional de 133 países para conhecer a extensão das práticas efetivas e
636 das estruturas para o combate à AMR. Em 2014, na 67ª Assembleia Mundial de Saúde - AMS,
637 reconheceu-se a necessidade de se elaborar um plano de ação global para conter o problema
638 e de se aplicar a abordagem multissetorial; e foi firmado compromisso de submeter à 68ª AMS
639 (2015) um *draft* do plano de ação global. Em novembro de 2015, foi publicado Plano de Ação
640 Global em RAM. Ainda no contexto mundial, detalhou que em fevereiro de 2016 foi publicado o
641 Manual para elaboração dos planos de ação nacionais em RAM; em maio de 2016, foi feito
642 informe sobre a elaboração dos planos nacionais na 69ª AMS; em setembro de 2016, foi
643 realizada reunião de Ato Nível sobre RAM na Assembleia Geral da ONU - adesão de 193
644 países (21/09/2016); e maio de 2017: prazo para elaboração dos planos nacionais. Detalhou os
645 países que possuem plano nacional de AMR: África: África do Sul e Etiópia; América: Canadá e
646 Estados Unidos, Argentina e Chile; Ásia: Austrália, Camboja, Filipinas, República das Fiji,
647 Vietnã; Europa: Alemanha, Espanha, Holanda, Noruega, Reino Unido, Macedônia e República
648 Tcheca. Disse que abril de 2015 foi publicado o resultado da análise situacional dos países –
649 133 países com destaque para os seguintes aspectos: poucos países possuíam planos
650 nacionais multissetoriais de combate à AMR; o monitoramento da RAM é infrequente; há

651 países onde a má qualidade de medicamentos/falsificação está relacionada à ausência de
652 padrões ou autoridades regulatórias; poucos países realizam controle do acesso a
653 antimicrobianos; as populações estão pouco alertas ao problema; e há países sem um
654 programa de prevenção e controle de infecções. Seguindo, falou sobre o Plano de Ação Global
655 em Resistência a Antimicrobianos, publicado em novembro de 2015 que prevê o **engajamento**
656 dos Estados-Membros no desenvolvimento de seus planos de ação nacionais até maio de
657 2017. O objetivo é assegurar a continuidade da capacidade de tratar e prevenir doenças
658 infecciosas com medicamentos efetivos, seguros e de qualidade, utilizados de forma
659 responsável e acessíveis a todos que deles necessitem. Escopo: resistência aos
660 antimicrobianos. Enumerou os princípios do Plano: 1) Engajamento de toda a sociedade,
661 incluindo a abordagem *One Health* (Slid; 2) Primeiro a prevenção; 3) Garantir o acesso e ao
662 mesmo tempo evitar o excesso; 4) Sustentabilidade das intervenções; e 5) Metas incrementais
663 de implementação. **Explicou que foi constituído** Grupo de Trabalho, **em outubro de 2016**,
664 para elaboração do Plano de Ação Nacional de Prevenção e Controle da Resistência aos
665 Antimicrobianos (PAN-BR). Detalhou que o Grupo é uma instância colegiada composta por
666 representantes, 2 (dois) titulares e 2 (dois) suplentes, dos seguintes órgãos e entidades: I -
667 Ministério da Saúde, que coordenará o Grupo de Trabalho; II - Casa Civil da Presidência da
668 República; III - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); IV - Ministério da Agricultura,
669 Pecuária e Abastecimento; V - Ministério do Meio Ambiente; VI - Ministério da Educação; VII -
670 Ministério de Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações; VIII - Ministério da Defesa; IX -
671 Ministério da Justiça e Cidadania; e X - Ministério das Relações Exteriores. Ainda sobre o
672 Plano de Ação Global, detalhou que os princípios são: engajamento de toda a sociedade,
673 incluindo a abordagem *One Health*); Primeiro a prevenção; Garantir o acesso e ao mesmo
674 tempo evitar o excesso; Sustentabilidade das intervenções; e Metas incrementais de
675 implementação. São objetivos estratégicos do Plano: melhorar a conscientização e a
676 compreensão a respeito da resistência aos antimicrobianos por meio de comunicação,
677 educação e formação efetivas; reforçar os conhecimentos e a base científica por meio da
678 vigilância e da investigação; reduzir a incidência de infecções com medidas eficazes de
679 saneamento, higiene e prevenção de infecções; utilizar de forma racional/prudente os
680 medicamentos antimicrobianos na saúde humana e animal; e preparar argumentos econômicos
681 voltados para um investimento sustentável e aumentar os investimentos em novos
682 medicamentos, meios diagnósticos e vacinas e em outras intervenções. Também falou sobre o
683 Manual para elaboração dos planos nacionais. Ressaltou que, para trabalhar os objetivos
684 estratégicos diante de um tema tão transversal, foram definidas as seguintes ações: melhorar a
685 conscientização e a compreensão a respeito da resistência aos antimicrobianos por meio de
686 comunicação, educação e formação efetivas; reforçar os conhecimentos e a base científica por
687 meio da vigilância e da investigação; reduzir a incidência de infecções com medidas eficazes
688 de saneamento, higiene e prevenção de infecções; utilizar de forma racional/prudente os
689 medicamentos antimicrobianos na saúde humana e animal; e preparar argumentos econômicos
690 voltados para um investimento sustentável e aumentar os investimentos em novos
691 medicamentos, meios diagnósticos e vacinas e em outras intervenções. Assim, para trabalhar a
692 resistência a antimicrobianos foi adotado o método dos “5 porquês” para identificar causas
693 raízes e definição de objetivos específicos, intervenções e atividades, com estabelecimento do
694 mecanismo de governança, diagnóstico e problematização, elaboração do plano de ação e
695 alinhamento ao Plano de Ação Nacional. Explicou que foram identificados oito problemas
696 principais com 74 causas raízes identificadas e associadas a diferentes setores. Detalhou os
697 problemas principais da resistência aos antimicrobianos: há um mecanismo natural de
698 adaptação do microrganismo; a inovação em tecnologias de saúde não acompanha a
699 velocidade da adaptação dos microrganismos; há uso indevido de antimicrobianos em
700 humanos; uso terapêutico indevido de antimicrobianos em animais; há uso de antimicrobianos
701 para fins não-terapêuticos em animais; há exposição humana e animal a resíduo de
702 antimicrobianos e aos microrganismos resistentes presentes no meio ambiente; as medidas de
703 prevenção e controle de infecções não são adotadas adequadamente; e há antimicrobianos
704 com desvio de qualidade. Por fim, solicitou o apoio do CNS na divulgação do ciclo de estudos
705 sobre o plano de ação que ocorrerá no dia 9 de dezembro de 2016. **Manifestações.**
706 Conselheira **Elionice Conceição Sacramento** saudou a expositora e destacou que, nesse
707 debate, é preciso responder a pergunta: “para atender a qual interesse foi criada a raiz do
708 problema?”. No objetivo estratégico 3, sentiu falta de investimento em medicina tradicional,
709 entendendo que é preciso fazer o caminho inverso. Por fim, perguntou qual é o papel do
710 Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento - MAPA no Plano de Ação. Conselheiro

711 **Moyses Toniolo de Souza** explicou que as pessoas que vivem com HIV AIDS enfrentam
712 dificuldade de acessar medicamentos para infecções oportunistas e muitas morrem por falta de
713 tratamento. Também perguntou sobre o fomento a pesquisas para novos fármacos.
714 Conselheiro **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá** avaliou que falta vontade para
715 pesquisar novos fármacos para doenças negligenciadas. Também falou sobre o problema do
716 descarte de medicamentos que contaminam o solo e as águas. Sobre a revolução verde,
717 chamou a atenção para o uso de agrotóxico na agricultura e de antibióticos na agropecuária
718 que causa prejuízo para a sociedade. Conselheira **Carmem Lúcia Luiz** perguntou quais os
719 malefícios/prejuízos do uso de produtos antes utilizados para a desinfecção em centros
720 cirúrgicos e hoje vendidos em supermercados sem fiscalização da vigilância quanto ao uso.
721 Conselheiro **Artur Custódio M. Souza** cumprimentou a expositora e destacou que o CNS
722 possui entidades que podem contribuir com esse debate, para além da disseminação da
723 informação, como o Movimento de Luta contra a AIDS, MORHAN. Salientou que há 8 anos o
724 MORHAN trouxe ao CNS um protocolo da OMS de vigilância à multirresistência do bacilo de
725 hanseníase nas antigas colônias e nada foi feito em nível federal. Na esfera estadual, o
726 Movimento, junto com o governo de Minas Gerais, desenvolveu protocolo de vigilância do
727 bacilo multirresistente. Salientou que o bacilo da hanseníase é um dos mais antigos e os
728 fármacos utilizados para tratá-lo são antigos (da década de 80), porque não houve pesquisas
729 específicas. Ressaltou que o sucesso de estratégias como o Plano depende do envolvimento
730 de entidades e movimentos, se possível, desde a elaboração. Nessa linha, recomendou a
731 participação desses atores nessa iniciativa, considerando a expertise de cada um. Conselheira
732 **Lorena Baía** destacou que a resistência antimicrobiana é um grave problema de saúde pública
733 que requer intervenções em diversas frentes. Salientou que se trata de uma questão complexa
734 dada as diversas causas a serem enfrentadas. Destacou, por exemplo, a falta de acesso ao
735 medicamento ou a oferta sem orientação farmacêutica para o uso racional de medicamentos.
736 Sugeriu que seja priorizada a participação popular no GT de elaboração do plano de ação,
737 lembrando que o CNS e os conselhos de classe não foram convidados a participar desse
738 debate. Destacou como iniciativas positivas a realização do congresso do uso racional de
739 medicamentos, o controle da dispensação (RDC nº. 20/2011), o registro por meio do sistema
740 nacional de gerenciamento de produtos controlados. No caso do sistema, disse que é preciso
741 controlar também a dispensação nas unidades de saúde pública. Conselheira **Ivone Martini de**
742 **Oliveira** saudou a expositora e também manifestou preocupação com a venda livre de
743 saneantes. Conselheiro **Willen Heil e Silva** cumprimentou a expositora, mas manifestou
744 preocupação com o não envolvimento do CNS na construção das ações do MS, entendendo
745 que o Conselho pode trazer grandes contribuições. Salientou ainda a importância de investir
746 nas práticas integrativas e complementares que trazem benefícios e são de baixo custo.
747 Conselheiro **André Luiz de Oliveira** avaliou que o CNS pode contribuir com o debate dessa
748 temática e defendeu a participação de representante deste Conselho no GT. Além disso,
749 perguntou o impacto do setor agropecuário para essa resistência e o que é “não terapêuticos
750 em animais”. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, salientou que é
751 preciso levar o debate desse tema para as conferências temáticas de saúde da mulher e de
752 vigilância em saúde, dada a sua relevância. Sugeriu que o GT reforce a necessidade de debate
753 dessa temática nas conferências no sentido de produzir documentos. Conselheira **Maria do**
754 **Socorro Bezerra Mateus** manifestou satisfação com o debate desse tema no CNS e destacou
755 a importância de atuação da Anvisa, do DAF, da CGLAB/SVS no sentido de trazer benefícios
756 para os usuários do SUS. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** destacou que o tema foi
757 pautado por conta da importância e para levantar contribuições nesse debate. **Retorno da**
758 **mesa. Rosangela Benevides**, especialista em Regulação e Vigilância Sanitária na Anvisa e
759 coordenadora do grupo que colabora com a elaboração do Plano, agradeceu as manifestações
760 de apoio e destacou que as entidades podem contribuir nesse processo. Explicou que é
761 possível rever aspectos do Plano e a proposta foi apresentada nessa perspectiva. Destacou
762 que o problema da resistência é de interesse de todos os países porque atinge todas as
763 economias do mundo. Sobre a medicina tradicional, disse que países tem trabalho esse tema
764 nos planos e lembrou que a OMS estimula a utilização de alternativas de prevenção e não a
765 terapia medicamentosa. Salientou que esse tema foi incluído na pauta de dois grandes grupos
766 econômicos (G20 e G77), com perspectiva de fomento. Lembrou, inclusive, que um dos cinco
767 objetivos é fomento a pesquisas e desenvolvimento de outros medicamentos. Também
768 destacou três programas com cuidado especial da OMS - programas de tratamento do HIV, da
769 tuberculose e malária – por conta dos relatos de resistência aos protocolos de tratamento.
770 Sobre o SNGPC, explicou que foi criado com o objetivo de controlar o acesso livre aos

771 antimicrobianos, mas ainda estão em debate aspectos da medida regulatória que não
772 restrinjam o acesso e evitem o excesso. Reconheceu que o Sistema possui limitação porque só
773 atende a drogarias. Disse o MS está estruturando uma área para monitorar o Sistema e
774 integrar dados. A respeito do descarte, lembrou que é um dos problemas identificados e está
775 em debate. Explicou que o MAPA está debatendo o tema e países discutem o uso de
776 promotores de crescimento (a orientação é não utilização de moléculas importantes).
777 Acrescentou que o Ministério retirou uma molécula dos promotores de crescimento, por conta
778 do risco de tornar-se crítica. Sobre o uso de bactericidas, disse que o Brasil não dispõe de
779 marco regulatório que impeça a utilização, mas outros países começaram a tratar essa questão
780 como problema. Assim, a tendência é definir medida de restrição do uso sob o risco de não ter
781 nenhum saneante hospitalar que funcione. Destacou que a participação do CNS e de outros
782 conselhos é importante nesse processo e sugeriu a definição de estratégia para trabalho
783 conjunto. Também disse que o fracionamento foi identificado como um problema e a MP não
784 teve o efeito esperado. Assim, estão em definição ações com as áreas de registro e
785 fiscalização a esse respeito. A representante do DEVIT/SVS/MS, **Synara Cordeiro**, respondeu
786 que a questão do descarte dos antimicrobianos está sendo debatida com a CGVAN. Salientou
787 que há lacuna de conhecimento sobre o impacto desses resíduos na saúde humana e animal e
788 o objetivo 5 aponta a necessidade de estudos e pesquisas a esse respeito. Por fim, destacou
789 que essa primeira versão do Plano foi submetida à apreciação do CNS para receber
790 contribuição. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** sintetizou os encaminhamentos que
791 emergiram do debate: solicitar ao Grupo de Trabalho responsável pela elaboração do Plano o
792 envio do material já produzido ao CNS; garantir a participação do CNS no GT (será definida
793 Comissão ou representante do CNS para essa participação); assegurar a participação do GT
794 no processo de preparação da 1ª Conferência de Vigilância em Saúde. Conselheiro **Artur**
795 **Custódio Moreira de Souza** acrescentou a seguinte proposta: delegar à Comissão de
796 Vigilância em Saúde que acompanhe esse debate, incluindo o tema como pauta permanente.
797 Conselheiro **Willen Heil e Silva** solicitou que o GT se comunique com o departamento que
798 trata da política de práticas integrativas e complementares. Conselheiro **Neilton Araújo de**
799 **Oliveira** informou que já mapeou os setores específicos que irão contribuir com a construção
800 do Plano. **Deliberação: neste item, o Plenário decidiu: solicitar ao Grupo de Trabalho**
801 **responsável pela elaboração do Plano o envio do material já produzido ao CNS; garantir**
802 **a participação do CNS no GT (será definida Comissão ou representante do CNS para**
803 **essa participação); delegar à Comissão de Vigilância em Saúde que acompanhe esse**
804 **debate, incluindo o tema como pauta permanente; assegurar a participação do GT no**
805 **processo de preparação da 1ª Conferência de Vigilância em Saúde. O Grupo poderá levar**
806 **o tema às Comissões do CNS para contribuições, sem prejuízo de debate com as**
807 **entidades que compõem o CNS.** Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** reiterou o
808 compromisso do governo de dar conta dessa tarefa e solicitou o apoio para mobilizar mais
809 setores sobre essa questão. Inversão de pauta. **ITEM 5 – TRABALHO DECENTE**
810 **PRECONIZADO PELA ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO - OIT E SUAS**
811 **RELAÇÕES COM A SAÚDE -** **Guilherme Guimarães Feliciano**, Vice-Presidente da
812 Associação Nacional dos Magistrados da Justiça do Trabalho – ANAMATRA; **Joílson Antônio**
813 **Cardoso do Nascimento**, Vice-Presidente Nacional da Central dos Trabalhadores e
814 Trabalhadoras do Brasil – CTB; **Renata Coelho Vieira**, Procuradora do Trabalho – MPT.
815 **Coordenação:** conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, da Mesa Diretora do CNS; e
816 conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS. Conselheiro **Ronald Ferreira**
817 **dos Santos**, Presidente do CNS, contextualizou que o tema foi pautado atendendo a
818 solicitação da CIRHRT, considerando o contexto de ataque à proteção do trabalho. A primeira
819 expositora foi a Procuradora do Trabalho – MPT, **Renata Coelho Vieira**, que iniciou a sua fala
820 falando da sua trajetória como procuradora do trabalho há dezesseis anos e sua atuação na
821 temática “saúde mental no trabalho, discriminação e inclusão”. Salientou que países da Europa
822 são precursores de estudos sobre saúde mental no trabalho (a França possui estudo desde a
823 década de 50) e no Brasil ainda há pouca doutrina e pesquisa a respeito. Salientou que é
824 impossível falar em trabalho decente sem tratar de saúde mental no trabalho. Feitas essas
825 considerações, reproduziu um vídeo com imagens que ilustram a atuação do MPT. Salientou
826 que se evoluiu muito em regulação, mas ainda não foi possível cumprir as metas da
827 Organização Internacional do Trabalho - OIT para o trabalho decente. Salientou que essas
828 metas podem se resumir a dois grandes eixos - igualdade e dignidade no trabalho - e
829 acrescentou que o SUS e o Ministério da Saúde têm tudo a ver com o trabalho decente.
830 Explicou que, segundo estudiosos, o trabalho ocupa a pessoa como um todo; o trabalho é o

831 eixo central da vida das pessoas; e as pessoas se reconhecem e se identificam pelo que
832 fazem. Tanto assim, o índice de adoecimento e de suicídio na aposentadoria é crescente e os
833 problemas do trabalho repercutem em todas as esferas da vida. Salientou que a virada do
834 capitalismo é “o trabalho remunerado que libertou, hoje aprisiona”. Citou, por exemplo, que no
835 Brasil um bancário se mata a cada três dias e outros três tentam e não conseguem (dados da
836 tese “Patologia da Solidão”, de Marcelo Finase Santos). Disse que, ao contrário do ideal dos
837 utópicos do início do capitalismo, as pessoas trabalham cada vez mais, em ritmo cada vez mais
838 alucinante (“intensificação do trabalho”). Hoje, os setores de serviço possuem nível de
839 demandas e exigências que a saúde humana não é capaz de suportar. Essas demandas não
840 conseguem ser cumpridas nas oito horas de trabalho. Assim, o trabalhador leva o trabalho para
841 outros espaços e, com isso, as pessoas abandonaram espaços comunitários, trabalho
842 voluntário, hobby, religião e o lazer hoje é comercial (“ida aos shopping centers”). Salientou que
843 o trabalhador de hoje precisa ser versátil, flexível e isso tem um preço na saúde mental das
844 pessoas. Não à toa, o rivotril é o segundo medicamento mais distribuído no SUS. Destacou o
845 alto número de doentes na sociedade brasileira hoje, grande parte por causa do trabalho. Por
846 essa razão, disse que os acontecimentos nos ambientes de trabalho precisam ser avaliados e
847 analisados pelo SUS. Todavia, o Sistema não está preparado para atender o adoecimento
848 decorrente do trabalho. Assim, solicitou, em nome do Ministério Público, que a saúde debata o
849 tema “saúde no trabalho”, considerando que está englobado no direito à saúde. E, no caso da
850 mulher, é preciso debater em grau maior porque esta sofre assédio sexual e moral em maior
851 número, mais prolongado e mais grave em comparação ao homem. Além disso, a mulher sofre
852 violência doméstica e citou que, em 2015, 405 mulheres/dia buscaram o sistema por conta de
853 violência doméstica. Nessa situação, perguntou qual tratamento a mulher recebe do Sistema e
854 do seu empregador quando justifica a sua falta. Salientou que dados de adoecimento mental
855 são subnotificados por conta da complexidade da situação e do papel que o SUS precisa
856 exercer nessa rede. Reiterou que saúde mental do trabalho tem relação estreita com trabalho
857 decente. Por isso, saudou a iniciativa de pautar esse tema no Conselho. O segundo expositor
858 foi o Vice-Presidente da ANAMATRA, **Guilherme Guimarães Feliciano**, que iniciou a sua fala
859 cumprimentando os presentes em nome do Presidente da Associação que não pode estar
860 presente. Fez uma abordagem sobre trabalho decente na perspectiva da OIT, a relação com a
861 saúde pública e o SUS e o que o CNS pode contribuir. Começou destacando que, na visão da
862 OIT, trabalho decente é uma noção que desenvolve tal qual os direitos humanos, que são
863 históricos e evoluem. Esta ideia de trabalho decente envolve cinco elementos: 1) direito ao
864 trabalho – está definido na Constituição Federal – art. 170; 2) liberdade de trabalho - discussão
865 da escravidão ou neoescravidão ou direito de não ser escravizado; 3) trabalho com
866 remuneração equânime e justa; 4) trabalho em condições justas – associa-se às discussões
867 ligadas à saúde e segurança no trabalho, conceito de meio ambiente do trabalho (o SUS está
868 inserido por determinação legal); e 5) direito à associação – direitos sindicais. Salientou que a
869 ideia contrária ao trabalho decente, no que diz respeito à saúde pública, é o trabalho
870 degradante. Assim, as políticas públicas de saúde no ambiente do trabalho devem voltar-se à
871 erradicação do trabalho degradante, que no Brasil é criminalizado (art. 149, Código Penal).
872 Explicou que, no caso do trabalho degradante, diferente do conceito de trabalho forçado, não
873 há restrição explícita de liberdade, mas, da mesma maneira, há um atentado à dignidade do
874 trabalhador. Destacou que a Carta Aberta à Sociedade Civil da Comissão Nacional para a
875 Erradicação do Trabalho Escravo – CONATRAE, publicada em janeiro de 2016, entre outros
876 aspectos, define que “b) pela definitiva assimilação, por autoridades constituídas e atores
877 sociais, de que o trabalho degradante compõe o núcleo essencial do conceito contemporâneo
878 de escravidão, envolvendo todo e qualquer trabalho desenvolvido sob intensas violações à
879 dignidade/integridade do trabalhador, notadamente em matéria de saúde e segurança do
880 trabalho, de modo a representar, em seu conjunto, a configuração de condições labor-
881 ambientais que impliquem a privação ou a negação do reconhecimento da dignidade humana”
882 (o documento foi assinado por mais de 40 entidades). Destacou que o foco da saúde no
883 trabalho para o século XXI deve ser ergonomia e risco psicossocial. Salientou que, na condição
884 de juiz do trabalho, recebe na jurisdição reclamações de trabalhadores afirmando que
885 desenvolveram doenças de natureza psicológica ou psiquiátrica relacionadas ao trabalho.
886 Assim, é designada perícia, mas os peritos enfrentam dificuldade para identificar nexos causais
887 nesse particular. Em muitos casos, sequer seria o caso de discutir nexos causais, porque a
888 imputação é normativa. Finalizando, salientou que conceitos de saúde no trabalho, trabalho
889 decente, dignidade da pessoa humana estão intrinsicamente ligados e propõem, em nome da
890 ANAMATRA, que se envide esforços para pensar legislação ou normativa administrativa que

891 construa a ideia de meio ambiente do trabalho de modo sistemático (envolvendo saúde e
892 segurança do trabalhador). Inclusive, colocou a Associação à disposição do Ministério da
893 Saúde para contribuir nesse sentido. Concluída a explanação, o Presidente do CNS registrou a
894 presença do Ministro de Estado da Saúde na reunião. O Ministro de Estado da Saúde, **Ricardo**
895 **Barros**, enquanto conselheiro nacional de saúde, saudou a todos, desejando boas festas e
896 agradeceu a convivência no Conselho, espaço de manifestação da diversidade da sociedade
897 que contribui para aperfeiçoamento das políticas sociais e de saúde. Disse que espera estar
898 junto com o CNS no próximo ano buscando avançar no diálogo e na convergência da visão
899 diferenciada de cada segmento em busca de consenso na condução das decisões do
900 Ministério da Saúde. Reiterou que, junto com a equipe do Ministério da Saúde, estava à
901 disposição para continuar a parceria com o CNS. Na sequência, explanou sobre o tema o Vice-
902 Presidente Nacional da CTB, **Joilson Antônio Cardoso do Nascimento**, que iniciou
903 manifestando satisfação por participar do debate deste tema tão essencial para o país. Disse
904 que o conceito de trabalho decente, criado pela OIT, se aplica à realidade de cada país. A
905 dimensão trazida pela Organização relaciona-se com oportunidade de emprego; rendimento
906 adequado e trabalho produtivo; jornada de trabalho decente; conciliação entre trabalho, vida
907 pessoal e familiar; trabalho a ser abolido; estabilidade e segurança no trabalho; igualdade de
908 oportunidades e de tratamento no emprego; ambiente de trabalho seguro; seguridade social;
909 diálogo social e representação dos trabalhadores e empregadores. Nessa visão, a OIT chama
910 o tema para debate em uma visão tripartite – trabalhadores, empregadores e Estado (governo).
911 Destacou que em agosto de 2012, em Brasília, foi realizada a I *Conferência Nacional de*
912 *Emprego e Trabalho Decente - I CNETD*, e a expectativa era de avanço em questões
913 importantes. Todavia, não foi possível aprovar todas as propostas sobre as quais houve
914 consenso entre trabalhadores, empregadores, governo e sociedade civil nos grupos de
915 trabalho da Conferência porque a representação dos empregadores decidiu não participar do
916 último momento da Conferência. Explicou que o governo brasileiro assinou memorando com a
917 OIT e desde então tenta-se desenvolver e fortalecer o diálogo social sobre o trabalho decente
918 no Brasil. Disse que a agenda no Brasil continua a ser trabalhada de forma setorial e contínua
919 e aponta caminho rumo ao trabalho decente. Destacou que o primeiro aspecto para o trabalho
920 decente é o pleno emprego, hoje está ameaçado (apenas 51% da mão-de-obra
921 economicamente ativa no país com os direitos mínimos). Disse que a Consolidação das Leis
922 do Trabalho - CLT, que traz direitos mínimos, também está ameaçada e os trabalhadores
923 defendem a negociação para ampliar ainda mais os direitos. Destacou que a realidade
924 brasileira é permeada por ambiente de desconstrução de direitos conquistados com referência
925 aos 12 milhões de brasileiros chamados “terceirizados”. São trabalhadores que exercem as
926 mesmas funções que os demais, mas enfrentam discriminações – redução de salário, assédio
927 moral – com alto índice de acidente de trabalho (a cada 10 acidentes fatais, 8 são de
928 trabalhadores terceirizados). Fez menção ao problema da rotatividade que faz mal à saúde
929 mental dos trabalhadores e, para ilustrar a situação, disse que a previsão é de R\$ 40 bilhões
930 no orçamento do Fundo de Amparo ao Trabalhador - FAT, em 2017, para pagamento de
931 seguro desemprego. Ainda sobre a terceirização, destacou que se busca a negação do
932 conceito da atividade fim e atividade meio. Nessa linha, destacou a luta contra o PL n.º. 4.330,
933 aprovado pela Câmara dos Deputados e em tramitação do Senado, que permite a terceirização
934 da atividade-fim e estende regras para empresas públicas. Ainda sobre a estabilidade, lembrou
935 que o Brasil é signatário da Convenção 158 da OIT, “denunciada” de forma ilegal e hoje
936 paralisada. Também depõe contra o trabalho decente o trabalho escravo – de 1995 a 2013
937 foram libertados 50 mil trabalhadores e os setores do trabalho que defendem a proteção dos
938 trabalhadores lutam pela aprovação do PL conta o trabalho escravo. Saliu que há uma
939 pandemia no mundo em termos de acidentes de trabalho, com mortes e lesões, e os números
940 do Brasil são extremamente altos. Destacou que são mais atingidos pela rotatividade/demissão
941 imotivada: mulheres, população negra, pessoas com deficiência e por conta da opção sexual.
942 Também fez alusão à luta pela redução da jornada de trabalho. Sobre a governança, disse que
943 é preciso investir para que o pacto social ocorra de forma digna. Por fim, destacou que é
944 preciso lutar por um trabalho decente, que significa, entre outros, dignidade para os
945 trabalhadores e trabalhadoras, fim da discriminação, abolição do trabalho escravo.
946 **Manifestações.** Conselheiro **João Donizeti Scaboli** cumprimentou a Mesa Diretora por pautar
947 o tema e os expositores pelas explanações. Manifestou preocupação com o número de
948 desempregados no país - 12 milhões de pessoas - e frisou que é preciso gerar empregos com
949 qualidade. Fez um destaque às doenças do trabalho e frisou que é preciso buscar as causas,
950 encontrar soluções para o problema e priorizar a prevenção. Reconheceu que houve avanços

951 com destaque para convenções estaduais, nacionais e internacionais, realização de
952 conferências, definição de plano de ação que envolve trabalhadores, empregadores, mas frisou
953 que ainda há muito a avançar. Conselheira **Elionice Conceição Sacramento** disse que os
954 povos tradicionais não terão bom natal, nem ano bom pelo contexto que se enfrenta, com
955 destaque para reforma da previdência que retira direitos dos trabalhadores. Falou sobre os
956 Decretos nº 8.424, de 31 de março de 2015, que regulamenta a concessão do benefício de
957 seguro-desemprego, durante o período de defeso, ao pescador profissional artesanal e nº
958 8.425, de 31 de março de 2015, que regulamenta os critérios para inscrição no Registro Geral
959 da Atividade Pesqueira, explicando que essas normas prejudicam pescadores e pescadoras.
960 Solicitou que o CNS se posicionasse sobre esses decretos que contribuem para o adoecimento
961 dos pescadores e oneram o SUS. Conselheiro **José Arnaldo Diniz** cumprimentou os
962 expositores e destacou o alto número de suicídios de servidores da área da saúde no Distrito
963 Federal, principalmente em 2015. Também solicitou comentários sobre o assédio moral e
964 trabalho degradante dos trabalhadores da área da saúde. Chamou a atenção aos ataques à
965 justiça do trabalho e perguntou se isso ocorre há muito tempo ou se acirrou nos últimos
966 tempos. Conselheiro **Moyses Toniolo de Souza** destacou sua atuação no Movimento de Luta
967 contra a AIDS no tema “Aids no mundo do trabalho” e sua participação em duas conferências
968 que debateram a recomendação 200 da OIT. Destacou que a discriminação em ambiente do
969 trabalho por conta de doença infectocontagiosa e à população LGBTT é uma realidade e
970 precisa ser combatida. Nessa linha, informou que o Movimento criou manual de combate a
971 homofobia em ambiente de trabalho servindo de referência para América Latina e
972 para o mundo. Também falou sobre a questão do adoecimento e da relação com a seguridade
973 social, destacando que a reabilitação não existe. Frisou ainda que o momento é de perda de
974 direitos – revisão de benefícios, PL 739/16, nova proposta de previdência – e o movimento
975 precisa lutar contra esse retrocesso. Por fim, agradeceu a abordagem sobre a questão da
976 saúde mental no ambiente do trabalho. Conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo** solicitou
977 o posicionamento dos expositores sobre a situação dos profissionais da área da saúde - não
978 possuem plano de carreira, cargos e salários, enfrentam atraso nos salários e dias
979 descontados – e perguntou onde esses profissionais podem buscar apoio para garantir os seus
980 direitos. Ressaltou que uma das maiores causas de adoecimento refere-se à saúde mental e
981 frisou que a saúde pública não cuida dos seus trabalhadores. Conselheiro **Aníbal Vieira**
982 **Machado** manifestou preocupação com decisões do MP que prejudicam os usuários como
983 solicitação de levantamento de preços de procedimentos. Sobre as questões trabalhistas,
984 destacou que é preciso debater as doenças não transmissíveis que causam mortes no país.
985 Também disse que o Ministério do Trabalho não tem dado o retorno necessário aos
986 trabalhadores. Conselheiro **Willen Heil e Silva** manifestou preocupação com o contexto de
987 flexibilização de normas sobre a justificativa de proteger o trabalhador e a trabalhadora como o
988 debate da NR 12. Também discordou da flexibilização da maioria para a aposentadoria,
989 destacando ter dúvidas se a saúde ofertada ao povo brasileiro possibilitará às pessoas chegar
990 à idade com as condições necessárias para o trabalho. Lembrou, inclusive, que o maior
991 impacto da previdência é com afastamento – R\$ 4 bilhões – e o governo debate o valor pago a
992 essas pessoas. Disse que, ao invés de rever o valor recebido por essas pessoas, é preciso
993 debater política para recuperar a saúde delas e possibilitar o retorno às atividades. Ressaltou
994 que o país não investe em práticas alternativas, ao contrário, prioriza recursos para compra de
995 medicamentos, por exemplo, que onera o Sistema e possibilita desvio de recursos. Por fim,
996 disse que, para mudança efetiva, é preciso quebrar paradigmas e não retirar direitos.
997 Conselheira **Carmem Lúcia Luiz** disse que muitas mulheres não têm noção das violências
998 machistas e misóginas às quais são submetidas no ambiente do trabalho e fora dele e essas
999 “agressões” se materializam em agravos à saúde física e mental delas. Frisou que a Política
1000 Nacional de Saúde Mental não possui olhar de gênero acerca desses agravos (mais de 70%
1001 da medicação psiquiátrica utilizada na atenção é dispensada a mulheres, ou seja, as angústias
1002 das mulheres são “silenciadas” com psicofármacos). Cumprimentou a procuradora pelo olhar
1003 de gênero na saúde mental e a explicitação dessa posição e solicitou que esse olhar se
1004 estenda para o trabalho das mulheres pescadoras. Conselheira **Liu Leal** manifestou satisfação
1005 com a oportunidade de debater o tema do trabalho de forma ampla e, nessa discussão,
1006 salientou que é necessário abordar questões importantes como “tempo livre”, diminuição da
1007 carga horário de trabalho. Também manifestou preocupação com o trabalho precarizado,
1008 alienado, indigno e explorador da sociedade. Destacou que outras questões precisam aparecer
1009 e lembrou que o serviço de saúde é um espaço importante de desvelamento de problemas.
1010 Além dessas temáticas, disse que é preciso tratar de outras como emprego, condições de

1011 trabalho, processos de organização do trabalho. Por fim, solicitou que os convidados tratassem
1012 sobre a decisão do Supremo Tribunal Federal - STF acerca do direito à greve, considerando
1013 que um dos princípios do trabalho decente é a liberdade e o direito à associação. Conselheira
1014 **Semiramis Maria Amorim Vedovatto** saudou os expositores pelas abordagens especialmente
1015 a procuradora do trabalho pela explanação sobre as questões de saúde mental. Destacou que
1016 “as condições de trabalho como fator de sofrimento mental” foi tema de debate em atividade do
1017 Conselho federal de Psicologia e lembrou que a depressão é a segunda causa de afastamento
1018 de trabalhadores. Inclusive, lembrou que o Brasil é campeão no consumo de
1019 clonazepam/rivotril que aponta para questões relativas ao trabalho. Também disse que é
1020 preciso ter atenção, além das mulheres, para profissionais como bancários, vendedores,
1021 professores, agentes penitenciários e profissionais de saúde. Frisou a necessidade de
1022 enfrentar a precarização nas áreas de trabalho, inclusive no Ministério da Saúde e lembrou os
1023 protocolos 6 e 7, que tratam, respectivamente, das diretrizes nacionais para instrumentalização
1024 de PCCS no SUS e diretrizes para desprecarização no SUS. Nesse debate, disse que é
1025 preciso lembrar populações vulneráveis como a trans, que têm direito a trabalho com carteira
1026 assinada e a de rua que não tem direito a trabalho decente e continua marginalizada.
1027 Conselheira **Sônia Aparecida Pinheiro Pereira** saudou os expositores, mas sentiu falta de
1028 abordagem sobre o trabalho infantil. Também frisou que é preciso reconhecer o racismo como
1029 determinante nas políticas, inclusive no SUS. Conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**
1030 explicou que este tema foi debatido na CIRHRT/CNS e, dada a importância, a Comissão
1031 sugeriu pautá-lo no Plenário do Conselho. Também perguntou como o trabalhador da saúde
1032 pode denunciar violências no trabalho (assédio moral e sexual, racismo, violência no trabalho,
1033 preconceito). **Jane Aurelina Temóteo de Queiroz Elias**, integrante da CIRHRT, apresentou as
1034 propostas da CIRHRT/CNS oriundas do debate do tema na Comissão: cobrar do MS a
1035 promoção do trabalho decente por meio de uma discussão qualificada para conscientização e
1036 empoderamento do trabalhador; solicitar ao MS que disponibilize, por meio da ouvidoria do
1037 SUS – 136, canal para denúncia qualificada de assédio moral, aos moldes dos registros de
1038 racismo implantado em 2015, utilizando o modelo da Ouvidoria Geral da União; e solicitar a
1039 ampliação de estudos sobre as questões de trabalho decente capazes de abarcar os riscos
1040 psicossociais do trabalho degradante à luz de casos concretos (trazendo as causas e
1041 consequências para o trabalhar, organização e sociedade) para embasar a decisão
1042 governamental por meio de evidências científicas. Conselheira **Juliana Santorum** solicitou aos
1043 expositores abordagem sobre a mudança no cálculo do fator acidentário de prevenção.
1044 Conselheira **Maria das Graças Gervásio** registrou que a Pastoral da Terra desenvolve ações
1045 importantes de prevenção e combate ao trabalho escravo no país. Também perguntou como é
1046 feito o acompanhamento e o tratamento das sequelas dos trabalhadores escravos resgatados.
1047 Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** perguntou em que medida o CNS pode contar com a
1048 ajuda da ANAMATRA para efetivar as ações definidas inclusive na 4ª Conferência Nacional de
1049 Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** salientou
1050 que as mazelas relativas ao trabalho têm relação com o modelo de desenvolvimento
1051 econômico do país e solicitou que os expositores tratassem sobre forma de convivência entre o
1052 modelo econômico e o trabalho decente. Também falou sobre os ataques às convenções
1053 coletivas do trabalho e citou a decisão do STF que tornou sem efeito a decisão do Superior
1054 Tribunal do Trabalho sobre as convenções coletivas. **Retorno da mesa. Renata Coelho**
1055 **Vieira**, Procuradora do Trabalho – MPT, destacou que a conjuntura afeta também o Ministério
1056 Público. Concordou que é preciso agravar as condenações da justiça do trabalho e avaliou que
1057 o empregador precisa de estímulos para cumprir a lei e isso passa pelas consequências.
1058 Todavia, em relação à saúde, é preciso falar em prevenção. Comprometeu-se a analisar os
1059 Decretos nº 8.424/15 e nº 8.425/15 e verificar o que é possível fazer na esfera de atribuição do
1060 Ministério Público do Trabalho. Também salientou que não se pode falar em trabalho sem falar
1061 de trabalho da mulher. Lembrou que as mulheres são tão ou mais qualificadas que os homens
1062 e ainda assim recebem menos e trabalham mais horas. Frisou que o país precisa dar atenção
1063 para o trabalho produtivo e reprodutivo da mulher. Sobre o assédio na saúde, propôs que o
1064 Ministério da Saúde adote políticas internas para garantir decência e dignidade no trabalho da
1065 saúde. Salientou que é preciso estabelecer canal com aqueles que estão na ponta, com
1066 realização de campanhas, treinamento permanente por conta do rodízio de profissionais.
1067 Também explicou que os ataques à justiça do trabalho não são de hoje, mas foram
1068 intensificados na década de 90 (nessa época foi sugerida, inclusive, a extinção da justiça do
1069 trabalho). Salientou que é recorrente o discurso “os encargos trabalhistas oneram as
1070 empresas”, mas análises econômicas provam o contrário. Nos países onde a legislação

1071 trabalhista se intensificou houve crescimento econômico. Explicou que abordou a questão de
1072 saúde mental lembrando que está ligada à vulnerabilidade sexual e de gênero. Disse que o
1073 MPT recebeu, em 2015, 5.295 novas denúncias de assédio moral, as vítimas eram mulheres
1074 em quase 90% dos casos. Salientou que a identidade de gênero deve ser uma bandeira no
1075 âmbito da saúde e a discriminação das pessoas LGBT no mercado do trabalho precisa ser
1076 combatida, lembrando que muitas vezes esta discriminação começa na própria família. A
1077 respeito da reabilitação, reconheceu que houve desaparecimento, mas solicitou que o CNS
1078 tivesse como bandeira a Lei Brasileira de Inclusão, em vigor desde julho de 2016, que define a
1079 reabilitação como direito fundamental. Sobre a seguridade social, reconheceu que há ataque a
1080 esse direito (de solidariedade) e frisou que não se deve retroceder. A respeito das denúncias,
1081 disse que podem ser feitas à ouvidoria e é preciso estabelecer um meio de conhecer e punir as
1082 violências ao servidor público. Frisou ainda que não há quem cuide de saúde sem saúde.
1083 Também solicitou que não se confunda MP do Trabalho com Ministério Público Estadual e
1084 Ministério do Trabalho, tendo em vista que as funções são distintas. Como propostas,
1085 apresentou: incluir saúde mental nos planos de saúde do trabalhador; e fortalecer os
1086 CERESTS, com defesa da competência dos Centros em vigilância em saúde do trabalhador.
1087 Por fim, colocou-se à disposição para participar de novo encontro para aprofundar o debate. O
1088 Vice-Presidente Nacional da CTB, **Joílson Antônio Cardoso do Nascimento**, salientou que o
1089 capitalismo é uma escolha de projeto nacional que está condenado a se exaurir, porque não
1090 tem sustentabilidade. Destacou que o Brasil não conseguirá caminhar para o trabalho decente
1091 se não combater a discriminação vigente e o trabalho escravo no país. Também frisou que a
1092 terceirização é negação de direito e precisa ser combatida. Salientou que há problema com o
1093 Ministério Público porque cada procurador é uma entidade em si mesmo – “nuvem no mosaico
1094 do Estado Brasileiro”. Salientou dois princípios claros do trabalho decente: seguridade social e
1095 diálogo social e o MP, ao não garantir o direito de representação, quebra o diálogo social.
1096 Também falou sobre o direito à greve destacando que, no serviço público, beneficia a quem
1097 não quer negociar. Por fim, apontou os seguintes eixos a serem considerados pelo CNS: 1)
1098 proteção social, direito previdenciário, redução da jornada de trabalho, setores da sociedade
1099 discriminados; 2) diálogo social - não há diálogo social com negação do direito do outro.
1100 Finalizando, manifestou satisfação com o debate no CNS e com a posição deste Colegiado que
1101 aponta para futuro soberano, sustentável, com respeito aos direitos humanos. Também se
1102 colocou à disposição para participar de outros debates. O Presidente do CNS agradeceu a
1103 presença dos expositores e os convidou para participar dos debates das conferências
1104 temáticas que serão realizadas em 2017. **Guilherme Guimarães Feliciano**, Vice-Presidente
1105 da ANAMATRA, fez comentários gerais sobre as falas dos conselheiros destacando,
1106 inicialmente, ter dúvidas sobre a possibilidade de trabalho decente no contexto da
1107 terceirização. Explicou que a terceirização de serviços é a única estratégia econômica de
1108 intermediação em que o produto final, a despeito do atravessador, é mais barato do que na
1109 origem – isso se explica por sonegação de direitos sociais. Explicou que hoje a preocupação é
1110 com “qualquer emprego” do que propriamente com empregos decentes, sobretudo no contexto
1111 de quase 13 milhões de desempregados no país. Solicitou o apoio do CNS para a aprovação,
1112 no Senado Federal, do PLS 220/2014, que altera a Consolidação das Leis do Trabalho para
1113 regular aspectos do meio ambiente do trabalho e ditar a competência para os litígios
1114 correspondentes. O projeto surgiu de sugestão apresentada pela Anamatra ao Senado e
1115 prioriza a prevenção. Sobre os Decretos n.ºs 824/15 e 825/15, disse que podem ser objeto de
1116 questionamento jurídico porque violam o direito de desconexão (direito a repouso). Também
1117 explicou que suicídio no trabalho e morte por exaustão configura-se em problema no Brasil,
1118 inclusive no meio rural (“cortadores de cana”) e merece atenção (admite judicialização).
1119 Destacou que o ataque à justiça do trabalho está acontecendo novamente com base na falsa
1120 ideia de que a Justiça do Trabalho estimula a litigiosidade laboral. Ressaltou que, ao contrário,
1121 reflete com isenção cultura de sonegação de direitos sociais que se estabeleceu no país.
1122 Salientou que direitos humanos são irrenunciáveis, intransigíveis, inalienáveis e têm de ser
1123 universais. Acrescentou que lidar com direitos sociais é lidar com direitos humanos; portanto,
1124 flexibilizar direitos sociais é flexibilizar direitos humanos. Assim, na negociação, se a regra visar
1125 a diminuição do nível de proteção acerca da lei é o mesmo dizer que é possível coletivamente
1126 negociar para baixar a proteção contra o direito à vida, à proteção, entre outros. Isto é
1127 inadmissível e deve ser assim em relação aos direitos sociais. Salientou que o discurso hoje é
1128 negociar a lei para reduzir garantias, inclusive em matéria de saúde do trabalhador, o que é
1129 inadmissível. Por fim, colocou a ANAMATA à disposição para participar de outros debates,
1130 lembrando que a Associação tem compromissos com a dimensão da magistratura, com o

1131 estado social, direitos humanos e a cidadania. Após essa fala, o coordenador da mesa
1132 procedeu aos encaminhamentos. **Deliberação: o Plenário decidiu: 1) que a CISTT/CNS e a**
1133 **CIRHRT/CNS promoverão debate sobre políticas internas do Ministério da Saúde**
1134 **voltadas à saúde do trabalhador (como resultado, elaborar instrumento com indicativos**
1135 **para atender a essa demanda, a ser submetido à apreciação do Pleno); 2) tornar mais**
1136 **evidentes as questões relativas à saúde mental no Plano Nacional de Saúde do**
1137 **Trabalhador (a CISTT verificará como esta questão está contemplada no Plano para 2017**
1138 **e verificará se é possível fazer inclusão. Se não for possível, a Comissão apresentará**
1139 **iniciativas para serem trabalhadas em 2017); 3) reiterar a necessidade de fortalecer os**
1140 **CERESTS (ações nesse sentido já estão em andamento); e 4) solicitar à Assessoria**
1141 **Parlamentar do CNS que faça levantamento sobre os Decretos nº 8.424, de 31 de março**
1142 **de 2015, que regulamenta a concessão do benefício de seguro-desemprego, durante o**
1143 **período de defeso, ao pescador profissional artesanal e nº 8.425, de 31 de março de**
1144 **2015, que regulamenta os critérios para inscrição no Registro Geral da Atividade**
1145 **Pesqueira e para a concessão de autorização, permissão ou licença para o exercício da**
1146 **atividade pesqueira, a fim de subsidiar à CISTT na proposição de instrumento sobre o**
1147 **tema. Além disso, o Plenário aprovou os encaminhamentos oriundos da CIRHRT/CNS:**
1148 **cobrar do MS a promoção do trabalho decente por meio de uma discussão qualificada**
1149 **para conscientização e empoderamento do trabalhador; solicitar ao MS que**
1150 **disponibilize, por meio da ouvidoria do SUS – 136, canal para denúncia qualificada de**
1151 **assédio moral, aos moldes dos registros de racismo implantado em 2015, utilizando o**
1152 **modelo da Ouvidoria Geral da União; e solicitar a ampliação de estudos sobre as**
1153 **questões de trabalho decente capazes de abarcar os riscos psicossociais do trabalho**
1154 **degradante à luz de casos concretos (trazendo as causas e consequências para o**
1155 **trabalhar, organização e sociedade) para embasar a decisão governamental por meio de**
1156 **evidências científicas. Com esses encaminhamentos, a mesa encerrou este item de pauta.**
1157 **Conselheira Carmem Lúcia Luiz** solicitou que o item de pauta relativo à 2ª Conferência de
1158 **Saúde da Mulher** fosse adiado para a próxima reunião do CNS porque a convidada (ex-
1159 **presidente do CNS, Maria do Socorro de Souza)** não pode comparecer por motivo de doença.
1160 De todo modo, entregou ao conselheiro **Neilton Araújo** documento da Comissão Intersetorial
1161 **de Saúde da Mulher** solicitando as notas técnicas e pareceres já elaborados pelo MS sobre os
1162 **projetos relativos à saúde da mulher em tramitação na Câmara dos Deputados. ITEM 8 –**
1163 **COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS E RELAÇÕES DE TRABALHO –**
1164 **CIRHRT - Coordenação: conselheira Francisca Rêgo Oliveira Araújo, da Mesa Diretora do**
1165 **CNS. Apresentação: conselheira Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro, coordenadora-adjunta**
1166 **da CIRHRT/CNS. A coordenadora-adjunta da Comissão começou explicando que durante a**
1167 **172ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 22 e 23 de novembro de 2016, a CIRHRT analisou**
1168 **seis processos – cinco de Autorização (três de Psicologia e dois de Odontologia) e o resultado**
1169 **da análise foi o seguinte: quatro pareceres insatisfatórios e dois pareceres satisfatórios com**
1170 **recomendações. Feita essa contextualização, procedeu à apresentação dos pareceres**
1171 **iniciando pelos insatisfatórios: 1) Referência: Processo nº 201205118. Interessado:**
1172 **Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas (FACISA). Tangará da Serra/MT. Curso:**
1173 **Autorização do curso de Bacharelado em Psicologia. Parecer: insatisfatório. 2) Referência:**
1174 **Processo nº 201500145. Interessado: Faculdade Sul Americana – FASAM. Goiânia/GO.**
1175 **Curso: Autorização do curso de Bacharelado em Odontologia. Parecer: insatisfatório. 3)**
1176 **Referência: Processo nº 201506624. Interessado: Faculdade Paraíso do Ceará – FAP.**
1177 **Juazeiro do Norte/CE. Curso: Autorização do curso de Bacharelado em Psicologia. Parecer:**
1178 **insatisfatório. 4) Referência: Processo nº 201505491. Interessado: Centro Universitário**
1179 **Ritter dos Reis – UniRitter. Porto Alegre/RS. Curso: Autorização do curso de Bacharelado em**
1180 **Psicologia. Parecer: insatisfatório. Concluída a apresentação, não houve manifestações a**
1181 **respeito. Sendo assim, a coordenadora colocou em votação os pareceres. Deliberação:**
1182 **aprovados os quatro pareceres insatisfatórios, elaborados pela CIRHRT. Em seguida, a**
1183 **coordenadora procedeu à apresentação dos pareceres satisfatórios com recomendações: 1)**
1184 **Referência: Processo Nº 201501177. Interessado: Faculdades Integradas do Tapajós –**
1185 **FIT. Santarém/PA. Curso: Autorização do curso de Bacharelado em Odontologia. Parecer:**
1186 **satisfatório com recomendações. Recomenda-se, para o próximo ciclo avaliativo, que a IES: 1)**
1187 **considere este parecer favorável apenas à abertura do curso no período diurno, com redução**
1188 **para 120 vagas anuais, com entrada semestral de 60 vagas, uma vez que se considera**
1189 **excessivo o número de alunos proposto para o período noturno (120 vagas), havendo**
1190 **impossibilidade de absorção destes alunos na rede de saúde neste turno, para atividades**

1191 práticas e estágios, conforme preconizam as DCNs e a Resolução CNS/MS Nº 350/2005; 2)
1192 amplie a carga-horária total do curso (diurno) que, inclusive, apresenta divergências nos
1193 diversos documentos apresentados, de forma a contemplar maior número de horas para
1194 atividades práticas em estágios na rede instalada de saúde do SUS, a fim de formar
1195 profissionais mais alinhados ao sistema público de saúde, o que é extremamente importante
1196 para a região; e 3) explicita em seu PPC como se dará a inserção dos alunos na rede de saúde
1197 do SUS, física e numericamente, desde o início do curso, conforme preconizam as DCNs e a
1198 Resolução CNS/MS nº 350/2005. **2) Referência: Processo Nº 201418318. Interessado:**
1199 **Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ).** Campus Centro-Oeste (CCO). Dona
1200 Lindu - Divinópolis/MG. Curso: Renovação do Reconhecimento do curso de Bacharelado em
1201 Medicina. Parecer: satisfatório com recomendações. Recomenda-se, para o próximo ciclo
1202 avaliativo, que a IES: 1) apesar de o curso apresentar articulação da IES com a rede de saúde
1203 do SUS e o Relatório de Avaliação da visita in loco do INEP afirmar que a IES mantém vários
1204 convênios hospitalares, nenhum Termo de Convênio/Cooperação Técnica e/ou COAPES foi
1205 disponibilizado via Sistema e-MEC. Recomenda-se à instituição, para os próximos ciclos
1206 avaliativos, anexar ao processo Termos de Convênio/Cooperação Técnica e/ou COAPES, via
1207 Sistema e-Mec; 2) Apesar de o PPC do curso demonstrar compromisso com o diálogo entre
1208 docentes, estudantes e sociedade, recomenda-se à IES, para os próximos ciclos avaliativos,
1209 estruturar melhor seu Núcleo Docente Estruturante – NDE, incluindo a participação dos
1210 estudantes nas discussões; 3) A carga horária do Internato em Medicina de Família (440 horas)
1211 e do Internato em Traumatologia (374 horas) corresponde a 25,6% da carga horária prevista
1212 para o internato médico. Recomenda-se que no mínimo 30% (trinta por cento) da carga horária
1213 prevista para o internato médico da Graduação em Medicina seja desenvolvida na Atenção
1214 Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS conforme Art. 25 § 3º das Diretrizes
1215 Curriculares Nacionais de Medicina de 2014. Essa e outras adequações curriculares devem ser
1216 implantadas até 31 de dezembro de 2018 conforme determinam as DCNs de 2014. 4) O curso
1217 de graduação em medicina conta atualmente com 54 docentes, número inferior ao verificado
1218 na renovação de reconhecimento do curso em 2014, quando o curso possuía 76 docentes.
1219 Recomenda-se atenção ao quantitativo do corpo docente de forma a garantir a implementação
1220 do PPC, a adequação às Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014 e a supervisão dos
1221 estudantes em campos de prática fora da sede do curso. 5) Recomenda-se estímulo ao
1222 fortalecimento da produção científica socialmente relevante, voltada para as necessidades da
1223 população e para o desenvolvimento tecnológico da região, conforme determina a Resolução
1224 CNS/MS nº. 350/2005. 6) Recomenda-se desenvolvimento pleno das competências do NAPE
1225 (Núcleo de Apoio Pedagógico) de forma a cobrir todas as áreas temáticas do curso. 7)
1226 Recomenda-se a adequação da infraestrutura da sala da coordenação do curso de forma a
1227 garantir a necessária privacidade para o atendimento individual, tanto de discentes como de
1228 docentes e/ou de serviços técnico-administrativos. **Deliberação: aprovados os dois**
1229 **pareceres satisfatórios com recomendações, elaborados pela CIRHRT.** Em seguida, a
1230 coordenadora-adjunta apresentou os seguintes informes: **1)** a assessoria técnica da CIRHRT
1231 agendará uma reunião com o CNE, em que participarão integrantes da Mesa Diretora e
1232 Coordenadores da CIRHRT, para buscar aproximação/interlocução, inclusive na temática das
1233 DCNs da saúde; **2)** a assessoria de comunicação do CNS publicará no site CNS nota sobre o
1234 início dos trabalhos do GT das DCNs; **3)** será enviado Ofício-Circular às Associações de
1235 Ensino das profissões da saúde informando a publicação da Resolução nº. 515/2016, que cria
1236 o GT das DCNs, e o início dos trabalho do Grupo, solicitando divulgação às instituições de
1237 ensino; e **4)** o CNS recebeu, para análise, via Sistema e-Mec, processos de dois cursos de
1238 Autorização de Enfermagem. Além desses informes, a coordenadora informou que há 24
1239 processos para análise da CIRH, portanto, será necessário realizar duas reuniões da
1240 Comissão. **Deliberação: o Plenário aprovou as datas das duas primeiras reuniões**
1241 **ordinárias da CIRHRT de 2017, em função dos prazos para análise e apresentação dos**
1242 **pareceres de processos de autorização e reconhecimento de cursos (24 em lista de**
1243 **espera até aquele momento), sendo: 173ª RO/CIRHRT em 1º e 2 de fevereiro (12**
1244 **processos) e 174ª RO/CIRHRT em 6 e 7 de março (12 processos). Além disso, o Pleno**
1245 **definiu que: a assessoria técnica da CIRHRT agendará uma reunião com o Conselho**
1246 **Nacional de Educação, da qual participarão integrantes da Mesa Diretora do CNS e**
1247 **coordenação da CIRHRT, para buscar aproximação/interlocução, inclusive na temática**
1248 **das DCNs da saúde; a assessoria de comunicação do CNS publicará no site CNS nota**
1249 **informando o início dos trabalhos do GT das DCNs; será enviado ofício-circular às**
1250 **Associações de Ensino das profissões da saúde informando a publicação da Resolução**

1251 **515/2016, da criação do GT das DCNs e o início dos seus trabalhos, solicitando**
1252 **divulgação às instituições de ensino superior. A primeira reunião do GT das DCNs SE**
1253 **será realizada no dia 31 de janeiro de 2017, para estudo das DCNs da Saúde Coletiva e**
1254 **Farmácia.** Definido esse ponto, a mesa encerrou o primeiro dia de reunião. Estiveram
1255 presentes os seguintes conselheiros e conselheiras: *Titulares* – **André Luiz de Oliveira,**
1256 Conferência Nacional dos Bispos do Brasil- CNBB; **Antônio Pitol,** Pastoral da Saúde Nacional;
1257 **Artur Custódio Moreira de Sousa,** Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela
1258 Hanseníase (MORHAN); **Carmen Lucia Luiz,** União Brasileira de Mulheres – UBM; **Cleoneide**
1259 **Paulo Oliveira Pinheiro,** Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil –
1260 FENACELBRA; **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá,** Associação Nacional de Pós-
1261 Graduandos – ANPG; **Edmundo Dzuaiwi Omore,** Coordenação das Organizações indígenas
1262 da Amazônia Brasileira (COIAB); **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo,** Associação Brasileira
1263 de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO; **Francisca Valda da Silva,** Associação Brasileira
1264 de Enfermagem – ABEn; **Geordecí M. Souza,** Central Única dos Trabalhadores; **Jani Betânia**
1265 **Souza Capiberibe,** Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **João Donizeti Scaboli,** Força
1266 Sindical; **Juliana Acosta Santorum,** Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura
1267 – CONTAG; **Lenir Santos,** Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down –
1268 FBASD; **Lorena Baía de Oliveira Alencar,** Conselho Federal de Farmácia (CFF); **Luiz Alberto**
1269 **Catanoce,** Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical –
1270 SINDNAPI; **Luiz Aníbal Vieira Machado,** Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST;
1271 **Maria Laura Carvalho Bicca,** Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Moyses**
1272 **Toniolo de Souza,** Articulação Nacional de Luta Contra a Aids – ANAIDS; **Neilton Araújo de**
1273 **Oliveira,** Ministério da Saúde; **Nelson Augusto Mussolini,** Confederação Nacional da
1274 Indústria (CNI); **Nilton Pereira Júnior,** Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO;
1275 **Rildo Mendes,** Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul – ARPINSUL; **Ronald Ferreira**
1276 **dos Santos,** Federação Nacional dos Farmacêuticos – Fenafar; **Sônia Aparecida Pereira,**
1277 Rede Nacional Lai Lai Apejo; **Wanderley Gomes da Silva,** Confederação Nacional das
1278 Associações de Moradores – CONAM; e **Wilên Heil e Silva,** Conselho Federal de Fisioterapia
1279 e Terapia Ocupacional (COFFITO). *Suplentes* – **Adriano Macedo Félix,** Associação Nacional
1280 de Grupos de Pacientes Reumáticos – ANAPAR; **Agleilde Arichele Leal de Queirós (Liu**
1281 **Leal),** Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES; **Alessandra Ribeiro de Sousa,**
1282 Conselho Federal de Serviço Social – CFESS; **Alexandre Fonseca Santos,** Ministério da
1283 Saúde; **Cláudia Vieira Carnevalle,** Nova Central Sindical dos Trabalhadores – NCST; **Cleusa**
1284 **Rodrigues da Silveira Bernardo,** Ministério da Saúde (MS); **Deise Araújo Souza,**
1285 Confederação Nacional do Comércio – CNC; **Dulcilene Silva Tiné,** Confederação Nacional de
1286 Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS); **Elionice Conceição Sacramento,**
1287 Movimento dos Trabalhadores Sem Terra – MST; **Fernando Zasso Pigatto,** Confederação
1288 Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Gilene José dos Santos,** Sindicato
1289 Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical – Sindnapi; **Ivone Martini**
1290 **de Oliveira,** Conselho Federal de Enfermagem – COFEN; **Joana Batista Oliveira Lopes,**
1291 Federação Nacional dos Odontologistas - FNO; **Jorge Alves de Almeida Venâncio,** Central
1292 Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB; **José Arnaldo Pereira Diniz,** Federação
1293 Interestadual dos Odontologistas – FIO; **José Eri de Medeiros,** Conselho Nacional de
1294 Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS; **José Felipe dos Santos,** Articulação
1295 Brasileira de Gays – ARTGAY; **Jupiara Gonçalves de Castro,** Federação de Sindicatos de
1296 Trabalhadores Técnicos Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil
1297 – FASUBRA; **Karla Larica Wanderley,** Ministério da Saúde; **Maria Ângela Dantas Lira,**
1298 Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **Maria Angélica Zollin de Almeida,** Federação
1299 Nacional dos Médicos Veterinários – FENAMEV; **Maria das Graças Silva Gervásio,**
1300 Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Mariana Carvalho Pinheiro,** Ministério da
1301 Saúde; **Rodrigo Gomes Marques Silvestre,** Ministério da Saúde; **Semiramis Maria Amorim**
1302 **Vedovatto,** Conselho Federal de Psicologia (CFP); **Simone Maria Leite Batista,** Articulação
1303 Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS; e **Vânia Lúcia**
1304 **Ferreira Leite,** Pastoral da Criança. Iniciando o segundo dia de reunião, a mesa foi composta
1305 para o item 7 da pauta. **ITEM 7 – ATUAL CONTEXTO DA SAÚDE INDÍGENA BRASILEIRA -**
1306 **Apresentação:** **Rodrigo Sérgio Garcia Rodrigues,** Secretário Especial de Saúde Indígena –
1307 SESAI/MS; **Patrícia Chagas Neves,** Coordenadora-Geral de Promoção dos Direitos Sociais –
1308 CGPDS/FUNAI; e conselheiro **Rildo Mendes,** representando a Articulação dos Povos
1309 Indígenas da Região Sul – ARPINSUL. *Coordenação:* conselheiro **Edmundo Dzuawi Omoré,**
1310 da Mesa Diretora do CNS e coordenador da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena –

1311 CISI/CNS; e conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, coordenador adjunto da
1312 CISI/CNS. O primeiro expositor foi o conselheiro **Rildo Mendes**, representante da ARPINSUL,
1313 que iniciou a sua explanação destacando que a saúde dos povos indígenas passa por um dos
1314 momentos mais difíceis desde a Constituição Federal de 1988. Salientou que os problemas
1315 estão relacionados à aniquilação da demarcação das terras indígenas, com exploração de
1316 minerais nas terras desses povos. Disse que a FUNAI, responsável por políticas de
1317 demarcação de terras indígenas, está em processo de extinção, com enfraquecimento ao longo
1318 dos últimos anos. Inclusive, disse que a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil - APIB
1319 publicou carta denunciando as atrocidades cometidas pelo governo como banalização da
1320 demarcação das terras indígenas; enfraquecimento do Subsistema de Saúde Indígena; e a
1321 fragilidade do estado da FUNAI. Além dessas questões, destacou a ausência de política de
1322 Estado voltada ao estímulo à produção de alimentos para os povos indígenas. Explicou que o
1323 Ministério da Saúde publicou duas portarias que enfraqueciam a SESAI e os povos indígenas
1324 realizaram mobilização nacional contra esses instrumentos. Com isso, o Ministério revogou as
1325 duas normas. Também salientou que o Ministério da Saúde publicou portaria de reestruturação
1326 que inviabilizou o funcionamento de seis Distritos Sanitários da Amazônia (a reestruturação
1327 determina que os cargos comissionados devem ser ocupados por servidores e nestes distritos
1328 não há servidores do governo). Além disso, o concurso aberto pelo governo para ocupar vagas
1329 nos DSEIS (três vagas para cada distrito) não é atrativo nesse caso. Também informou que a
1330 CISI/CNS esteve no Distrito de São Gabriel da Cachoeira e encontrou situação caótica no
1331 local. Destacou que, para resolver o problema de gestão nos Distritos, que é a principal
1332 dificuldade da saúde indígena, seria necessário resolver o problema da área meio. Também
1333 frisou que os dados da execução orçamentária da SESAI são preocupantes – baixa execução
1334 dos recursos para saneamento (apenas 57% até 22 de novembro) e de emendas. Frisou que o
1335 movimento deseja fortalecer a SESAI, mas a Secretaria precisa ouvir a posição do movimento.
1336 Destacou que foi aberto diálogo com o Ministro da Saúde e chegou-se à proposta de criação
1337 de GT para elaborar nova proposta de contratação de pessoal na saúde indígena. Finalizando,
1338 disse que o cenário atual é complexo e é preciso continuar a luta. Na sequência, explanou a
1339 coordenadora da CGPDS/FUNAI, **Patrícia Chagas Neves**, que iniciou cumprimentando os
1340 presentes e manifestando satisfação por debater esse tema no CNS. Explicou que é impossível
1341 falar de saúde sem falar da terra e, nessa linha, afirmou que o processo de demarcação das
1342 terras indígenas é essencial para melhorar a situação da saúde indígena. Nas suas palavras,
1343 “sem terra não há saúde”, uma vez que essas questões estão diretamente ligadas. Destacou
1344 que a FUNAI, enquanto órgão indigenista, visa trabalhar de forma conjunta com a SESAI, mas
1345 há barreiras na ponta ao tentar encaminhar o trabalho de forma efetiva. Destacou que se
1346 enfrenta dificuldade de execução tanto da saúde quanto dos coordenadores regionais da
1347 Fundação – dificuldade de fixar servidores, realizar as licitações – e é preciso pensar em
1348 saídas para enfrentar as dificuldades de forma conjunta – FUNAI e SESAI. Também falou
1349 sobre o corte de recursos da FUNAI (a previsão para 2017 é R\$ 110 milhões, o que não é
1350 suficiente para cobrir sequer as despesas da área meio) e manifestou preocupação com a
1351 repercussão na saúde indígena. Salientou que, além da rede de saúde na ponta, é preciso
1352 considerar a rede de assistência social, que não trabalha com povos indígenas e não
1353 reconhece a especificidade dessa população, o que contribui para a situação atual. Explicou
1354 que a FUNAI pleiteou assento no Conselho Nacional de Assistência Social para fazer trabalho
1355 análogo ao que é feito na CISI/CNS, entendendo que pode contribuir para melhorar a saúde
1356 indígena. Disse que é preciso debater questões multidimensionais para fazer avançar a saúde
1357 indígena. Informou ainda que será realizado encontro sobre o processo de alcoolização dos
1358 povos indígenas, uma iniciativa da FUNAI, SESAI, CGNMAT/MS, FIOCRUZ/MS e o GT,
1359 formado para tratar da saúde mental dos povos indígenas, apresentará diretrizes para trabalhar
1360 o processo de alcoolização nos povos indígenas. Salientou que o CNS, a CISI, o FPCONDISI
1361 possuem papel importante na definição de formas de trazer as questões interculturais para a
1362 gestão. Por fim, disse que a Fundação tem recebido manifestações das comunidades contra a
1363 municipalização da saúde indígena e encaminhou cópia destes documentos à SESAI e ao
1364 CNS. Conselheiro **Edmundo Omoro** registrou a presença de representantes indígenas na
1365 reunião. Na sequência, falou o Secretário da SESAI/MS, **Rodrigo Sérgio Garcia Rodrigues**,
1366 que saudou o Colegiado do CNS e manifestou satisfação por participar da primeira reunião do
1367 Conselho. Cumprimentou o conselheiro Rildo Mendes pela fala principalmente no que diz
1368 respeito à falta de política indigenista no país. Explicou que a ausência dessa política gerou um
1369 vazio e os movimentos precisam mobilizar-se no sentido de discutir política indigenista ampla.
1370 Disse que o vácuo deixado pela FUNAI em algumas questões sobrecarrega a SESAI e esta

1371 Secretaria precisa desempenhar outras ações para além da atenção à saúde dos povos
1372 indígenas. Destacou como marcos históricos da saúde indígena e conquistas do movimento
1373 indígena: Lei Sérgio Arouca; criação da SESAI (resultado da luta do movimento); e criação GT
1374 para discutir o modelo a ser adotado pela saúde indígena. Explicou que, após ser nomeado,
1375 recebeu a visita do conselheiro Edmundo Omore e, atendendo a solicitação dele, chamou as
1376 representações indígenas para o diálogo. Destacou que essa representação está presente às
1377 reuniões dos conselhos distritais, o que fortaleceu o CONDISI e a política de saúde indígena.
1378 Além disso, disse que indígenas foram chamados a trabalhar na Secretaria pela competência.
1379 Afirmou que não há risco de municipalização da saúde, conforme compromisso do Ministro da
1380 Saúde, e prevalecerá o que for consenso nos grupos de trabalho. Lembrou que há uma ação
1381 transitada e julgada com prazo para que o Ministério da Saúde realize concurso para ocupar 16
1382 mil vagas para a saúde indígena, o que é inviável. Destacou que São Gabriel da Cachoeira é a
1383 maior área indígena do país, uma área de difícil acesso, com sérios problemas como alto
1384 índice de alcoolismo. Informou, inclusive, que o MS iniciou ação no Distrito por conta da inércia
1385 da gestora do local. Por fim, disse que disponibilizou apresentação sobre indicadores da saúde
1386 indígena e ações da SESAI/CNS. Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes**, coordenador
1387 adjunto da CISI/CNS, destacou a importância do debate desse tema no CNS, dada a gravidade
1388 da situação da saúde indígena – mortes, assassinatos, alcoolismo, suicídio - e a possibilidade
1389 de os conselheiros conhecerem melhor o subsistema de saúde indígena. Ratificou que a
1390 SESAI é uma conquista do movimento indígena, mas é preciso considerar as fragilidades da
1391 Secretaria como falta de pessoal, problema de atuação nos DSEIs, orçamento insuficiente e
1392 baixa execução orçamentária. Lembrou que a CISI visitou o DSEI do Alto Rio Negro a partir de
1393 grave denúncia e elaborou relatório da visita. Destacou que a Comissão identificou grave
1394 problema de gestão e a denúncia envolve a direção e a presidência do controle social (DSEI).
1395 Como resultado dessa atividade, recordou que o CNS aprovou, na última reunião, três
1396 recomendações elaboradas pela Comissão que estão sendo encaminhadas. Explicou que, na
1397 próxima reunião da CISI/CNS, está pautado debate sobre saúde mental e municipalização
1398 (sobre este último tema, sugeriu retomar o debate no CNS, se necessário). Disse que a
1399 Comissão definirá calendário na próxima reunião, mantendo debate descentralizado e a
1400 intenção é convidar outros conselheiros para acompanhar a reunião da CISI. Além disso, frisou
1401 que é preciso maior interlocução entre o controle social da saúde e o controle social indígena.
1402 Por fim, explicou que a Comissão não dispõe de representação do segmento dos usuários na
1403 suplência, portanto, solicitou que o CNS defina novo prazo para apresentação de pleitos de
1404 entidades para ocupar essas vagas. **Manifestações.** Conselheiro **Nelson Mussolini** saudou o
1405 Secretário por reconhecer as falhas, entendendo que esse é primeiro passo para consertar o
1406 rumo e avançar. Destacou a importância de pautar esse tema no Conselho para dar
1407 conhecimento da situação da saúde indígena. Conselheiro **Moyses Toniolo de Souza**,
1408 primeiro, manifestou satisfação com a presença de indígenas na SESAI/MS. Ressaltou a
1409 importância de debater a situação de AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis na
1410 população indígena e a violência e discriminação causadas por isso. Também solicitou dados
1411 sobre a saúde indígena - número de unidades, relação com as unidades de saúde dos
1412 municípios próximos às aldeias, oferta de serviços de média e alta complexidade, principais
1413 problemas da saúde indígena – para que o CNS se aproprie da situação e possa contribuir.
1414 Conselheira **Elionice Conceição Sacramento** explicou que os povos tradicionais entendem
1415 que sem território não existe saúde. Falou sobre a CPI da FUNAI que, no seu modo de ver,
1416 visa barrar o avanço da regularização dos territórios, com reflexos na saúde indígena e na
1417 situação dos povos de comunidades tradicionais. Também falou sobre o PL que disponibiliza
1418 as terras dos povos e comunidades tradicionais para fins de compra por estrangeiros e frisou
1419 que esse Projeto aumenta o processo de adoecimento mental dos povos e das comunidades
1420 tradicionais. Ressaltou que pensar saúde dos povos indígenas e dos povos tradicionais
1421 significa enfrentar o modelo de desenvolvimento que expulsa os povos de seus territórios e
1422 inviabiliza a vida destes. Por fim, apelou ao CNS para que saia da condição de conforto porque
1423 é sério o que está em curso no país. Conselheiro **Artur Custódio M. de Souza** concordou com
1424 a intervenção do conselheiro Haroldo Ponte e frisou que o CNS precisa entender a
1425 complexidade do subsistema de saúde indígena. Para subsidiar as discussões e a definição de
1426 encaminhamentos, solicitou que fossem disponibilizados indicadores, por escrito, sobre
1427 doenças negligenciadas (hanseníase, oncocercose, entre outras), situação das CASAIS,
1428 assistência farmacêutica, síndrome de alcoolismo fetal. Conselheira **Maria Laura Carvalho**
1429 **Bicca** lembrou que o relatório da última Conferência Temática de Saúde Indígena apresenta
1430 dados importantes que podem servir de subsídio para debate e definição de políticas.

1431 Conselheiro **Nilton Pereira Junior** manifestou insatisfação com a condução da política de
1432 saúde indígena e contestou aspectos da fala do Secretário. Ao contrário da afirmação “a
1433 gestão da SESAI visa o diálogo”, destacou que o Ministro da Saúde editou portaria que
1434 desestruturou os DESEIS e revogou este instrumento somente após ocupação dos povos
1435 indígenas. Citou pontos não abordados que precisam ser debatidos: modelo de atenção à
1436 saúde indígena no Brasil (calamidade da assistência indígena – altos índices de mortalidade
1437 infantil indígena – 140 mortes/1000 crianças; e altos índices de mortalidade materna, de
1438 homicídio, suicídio, acidentes – maiores em comparação a população brasileira em geral. Disse
1439 que é preciso pensar no modelo de atenção desejável que considere as especificidades dessa
1440 população. Também destacou que é necessário debater a gestão, lembrando que a saúde
1441 indígena é terceirizada. A SESAI, apesar de ser um avanço, tem pouca capacidade de
1442 controle, fiscalização e definição da formulação da política de saúde. Avaliou que é possível
1443 estruturar, do ponto de vista público, uma rede de atenção à saúde indígena. Por fim,
1444 manifestou preocupação com a diminuição de recursos destinados à prevenção e promoção à
1445 saúde indígena e ao saneamento básico. Conselheira **Semiramis Maria Amorim Vedovatto**
1446 citou a experiência de Curitiba que possui uma casa para atender as populações indígenas que
1447 migram de um local para outro. Também falou da preocupação com a problemática de álcool e
1448 outras drogas nas populações indígenas e destacou a importância de ações para enfrentar
1449 essa situação. Conselheiro **Antônio Pitol** perguntou os motivos da posição contrária dos povos
1450 indígenas à municipalização da saúde indígena. Conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite**,
1451 integrante do GT do CNS que esteve em São Gabriel da Cachoeira, explicou que o Grupo
1452 identificou diversos e graves problemas no local, com destaque para falta de saneamento de
1453 básico e de água potável. Também chamou a atenção para o estoque de alimento
1454 industrializados nas CASAIS para distribuição às aldeias e, nesse sentido, perguntou o que
1455 está sendo feito do ponto de vista da segurança alimentar e nutricional para os povos
1456 indígenas. Conselheiro **Willen Heil e Silva** lembrou que o CNS debateu o tema por várias
1457 vezes, constituiu GTs que foram às aldeias e identificaram irregularidades, mas esse trabalho
1458 não foi utilizado para melhoria da saúde indígena. Perguntou o que está sendo feito para que o
1459 indígena resgaste a produção dos seus alimentos e os saberes de saúde na linha da política de
1460 práticas integrativas e complementares. Salientou que é preciso formar/capacitar os indígenas
1461 para realizar ações nas aldeias. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** destacou que a saúde
1462 indígena é complexa e a solução, portanto, não será simples. Assim, a SESAI ou GT não dará
1463 conta dessa complexidade, apesar de entender que o grupo pode ser um instrumento potente
1464 de interlocução e articulação. Nesse sentido, solicitou que a CISI integre o GT de modo a
1465 contribuir com o debate e trazer informes/subsídios de forma permanente que possibilitem a
1466 definição de ações capazes de operar mudanças. Conselheiro **José Arnaldo Diniz** agradeceu
1467 a presença do movimento indígena na Comissão Intersetorial de Saúde Bucal e manifestou
1468 satisfação com a inserção da saúde bucal na equipe base da saúde indígena. Também
1469 perguntou qual a perspectiva de incremento para atendimento em saúde bucal diante da
1470 sinalização de redução de investimentos na saúde indígena. Conselheiro **Neilton Araújo de**
1471 **Oliveira** salientou que a questão é tão complexa que os resultados alcançados ainda são
1472 pequenos diante dos desafios enormes. Portanto, é preciso comprometimento e envolvimento
1473 cada vez maior sem nenhum demérito ao que já foi feito. Conselheira **Maria das Graças**
1474 **Gervásio** salientou que o trabalho solidário das igrejas e outras instituições é importante e os
1475 indicadores podem ser utilizados para melhoria das condições de saúde dos povos indígenas.
1476 Citou, por exemplo, que a Pastoral trabalha há 33 anos com voluntariado inclusive na saúde
1477 indígena e há 389 pessoas capacitadas pelo manual “Guia do Líder”. No total, são 677 pessoas
1478 nas comunidades indígenas acompanhando mais de 4 mil famílias, envolvendo 6.098 crianças.
1479 Desse total, 42% das crianças indígenas são levadas aos serviços de saúde. Com base no
1480 peso e idade das crianças, observou-se diminuição da desnutrição, de um lado, e aumento do
1481 sobrepeso, do outro (são 68 municípios que envolvem 145 comunidades indígenas).
1482 Conselheiro **André Luiz de Oliveira** explicou que sua pergunta seria direcionada ao Secretário
1483 da SESAI/MS, mas ele não estava mais presente. Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes**
1484 informou que o Secretário da SESAI/MS sentiu-se mal durante o debate e retirou-se para
1485 atendimento. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** deixou registrada a sua indagação: qual o
1486 real motivo da baixa execução orçamentária da SESAI/MS? Também cumprimentou os
1487 representantes indígenas pela luta em prol da causa e manifestou apoio. Conselheiro **José Eri**
1488 **de Medeiros** recuperou que, em 2007, o CNS junto com outras entidades, inclusive o
1489 CONASEMS, esteve no Vale do Javari e apresentou relatório que, após aprovado, foi enviado
1490 ao governo. Avaliou, inclusive, que o Conselho teve importância vital na criação da SESAI/MS.

1491 Disse que o CONASEMS, apesar não estar presente na CISI, é solidário à causa indígena.
1492 **Lúcio Flores**, do povo Terena, assessor da SESAI/CNS, manifestou satisfação com a
1493 possibilidade de diálogo entre o movimento indígena, SESAI e controle social com vistas à
1494 melhoria da saúde indígena. Salientou que a discussão sobre as terras indígenas é essencial
1495 para assegurar boa qualidade de vida aos povos indígenas, uma vez que a “terra” é base da
1496 existência dos povos indígenas. Salientou que o alcoolismo é um sério problema nas aldeias e
1497 manifestou interesse em participar do GT que irá debater este tema. Sobre a municipalização,
1498 avaliou que a intenção não é excluir os municípios, uma vez que esses entes estão próximos
1499 aos territórios indígenas. Todavia, os povos indígenas enfrentam dificuldades em acessar o
1500 atendimento na atenção básica prestado nos municípios e enfrentam rejeição e discriminação
1501 nos municípios. Também falou sobre os grandes empreendimentos e o trabalho exaustivo de
1502 indígenas nesses locais e destacou que os povos indígenas não participam da discussão sobre
1503 as grandes obras. Por fim, salientou que é preciso entrosamento de diferentes setores do país
1504 e esforço do CNS para que as representações indígenas participem das discussões que
1505 envolvem seus interesses. A coordenadora-geral de Atenção Primária à Saúde Indígena, **Vera**
1506 **Bacelar**, explicou que a Coordenação é responsável por estabelecer diálogo do ponto de vista
1507 da organização da atenção primária à saúde indígena com diversos setores do MS e com
1508 outros órgãos. Comprometeu-se a apresentar documento com os indicadores sobre as ações
1509 realizadas pela Secretaria e citou, por exemplo, articulação de trabalho com o Departamento
1510 de DST/AIDS. Salientou que há um conjunto de interlocuções em curso para qualificar o
1511 trabalho da atenção primária à saúde indígena. Salientou que houve expansão da força de
1512 trabalho com a criação da SESAI, mas é preciso qualificar os trabalhadores que atuam na
1513 saúde indígena, especialmente por meio das conveniadas. Também reconheceu a
1514 necessidade de qualificar as equipes de saúde indígena e frisou que esse é o desafio que a
1515 SESAI está enfrentando. Explicou que, dos 20 mil trabalhadores (aproximadamente), 7 mil são
1516 agentes indígenas de saúde ou agentes indígenas de saneamento. Disse que a coordenação
1517 acompanhou a visita da CISI/CNS ao distrito de São Gabriel da Cachoeira e está sendo
1518 realizada força tarefa no local, junto com o movimento social local e com o apoio do Exército,
1519 desde julho de 2016, por conta da gravidade da situação. Disse também que está sendo feito
1520 trabalho de análise de compra de alimentos para CASAI inclusive com base no Guia de
1521 Alimentação da População Brasileira. Também informou que foi lançada agenda com a
1522 SAS/MS para enfrentamento da mortalidade infantil indígena, com foco nos DSEIS com altos
1523 índices. Disse que a Secretaria disponibilizará as informações solicitadas pelos conselheiros e
1524 colocou a área à disposição do CNS e da CISI para apresentação detalhada sobre os DSEIS.
1525 **Patrícia Chagas Neves**, Coordenadora da CGPDS/FUNAI, solicitou à SESAI/MS que
1526 disponibilize dados sobre DSTs nas áreas com empreendimentos como Belo Monte. Disse que
1527 a CPI do INCRA e da FUNAI traz prejuízos aos povos indígenas e aos servidores e gestores à
1528 frente desses órgãos. Salientou que a intenção é retirar a demarcação de terras do âmbito do
1529 Executivo e essa é uma preocupação. Explicou que a CPI tem feito visitas às terras indígenas
1530 sem informar os órgãos indigenistas, acuado os indígenas nas terras e não se sabe o
1531 resultado deste processo. Explicou que os povos indígenas discordam do atendimento direto
1532 pelo município (“municipalização da saúde”), entre outros aspectos, pelo preconceito
1533 institucional dos municípios. Também salientou que é preciso melhorar a prestação de serviços
1534 na média e alta complexidade, ofertada aos povos indígenas. Explicou que a Política Nacional
1535 de Gestão Ambiental e Territorial de Terras Indígenas dialoga com a gestão territorial que
1536 perpassa várias dimensões: saúde, plantação, etnomapeamento. Disse que todos são
1537 responsáveis pela política indigenista e sugeriu que a CISI dialogue com o CNPI. Conselheiro
1538 **Rildo Mendes**, primeiro, ressaltou que é preciso criar GT para revisão da política nacional de
1539 saúde indígena. Sobre os dados da saúde indígena, manifestou preocupação com a
1540 confiabilidade das informações apresentadas pelos DSEIS, entendendo que não refletem a
1541 realidade. Sobre alcoolismo, disse que não há profissional qualificado para tratar dessa
1542 temática nas aldeias. Para tratar desse tema, o profissional precisa conhecer a especificidade
1543 cultural e a realidade epidemiológica da região, além de conhecer o histórico da comunidade.
1544 Sobre a assistência farmacêutica, disse que é preciso definir política para valorizar o saber
1545 indígena. Por fim, disse que os povos indígenas estão sozinhos na luta e é preciso somar
1546 forças em busca de política social para essa população. Conselheiro **Haroldo de Carvalho**
1547 **Pontes** sintetizou os encaminhamentos oriundos do debate: **definir** novo prazo para inscrição
1548 de entidades do segmento dos usuários para ocupar as vagas de suplência na Comissão de
1549 Saúde Indígena – CISI; e **delegar** à SE/CNS a definição de prazo para candidatura, entre
1550 outros aspectos. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** sugeriu que também fosse aberto

1551 novo prazo para inscrição de entidades do segmento dos usuários para ocupar as vagas de
1552 suplência na Comissão de Saúde Bucal – CISB, pois o número de entidades de usuários não
1553 foi suficiente para ocupar as vagas. Conselheiro **Moyses Toniolo de Souza** explicou que o
1554 Fórum de Usuários definiu que deveriam ser indicados para CISI/CNS representantes das
1555 cinco regiões de saúde indígena. Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** explicou que a
1556 intenção é contemplar outras entidades representantes dos usuários para além das lideranças
1557 indígenas. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** sugeriu que a SE/CNS faça o
1558 levantamento de outras comissões que estejam na mesma situação. **Deliberação: o Plenário**
1559 **decidiu abrir novo prazo para inscrição de entidades do segmento dos usuários para**
1560 **ocupar as vagas de suplência na Comissão de Saúde Indígena – CISI e na Comissão**
1561 **Intersectorial de Saúde Bucal, pois as duas não possuem representantes de usuários na**
1562 **suplência. A SE/CNS definirá os aspectos para viabilizar a candidatura das entidades**
1563 **como prazos e fará o levantamento, com a contribuição da Mesa Diretora do CNS, de**
1564 **outras comissões que estejam na mesma situação. Não houve manifestações contrárias**
1565 **à proposta de garantir a participação da CISI/CNS no Grupo de Trabalho, instituído pela**
1566 **Portaria nº 2.445/2016, para apresentar proposta de modelo de contratação da força de**
1567 **trabalho e melhoria da atenção à saúde indígena.** Finalizando, conselheiro Edmundo
1568 Omore agradeceu os convidados e encerrou o debate deste item. Antes de proceder ao
1569 próximo item da pauta, conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** registrou, com pesar, o
1570 falecimento de Anderson Soares, filho do presidente do CES de Rondônia, Raimundo Nonato;
1571 e a perda do filho da conselheira Patrícia Novo. **ITEM 6 – CONFERÊNCIAS - 1ª Conferência**
1572 **Nacional de Vigilância em Saúde. 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres.**
1573 *Coordenação:* conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, da Mesa Diretora do CNS. **1ª**
1574 **Conferência Nacional de Vigilância em Saúde – 1ª CNSVS - Conselheiro Fernando Pigato,**
1575 **coordenador adjunto da comissão organizada da Conferência e coordenador da CIVS/CNS,**
1576 **submeteu à apreciação do Pleno a proposta de composição das comissões de Comunicação e**
1577 **Mobilização e de Formulação e Relatoria, para deliberação do Pleno. 1) Comissão de**
1578 **Comunicação e Mobilização.** Membro da Comissão Executiva da Conferência: **Fernando**
1579 **Zasso Pigatto.** Membros da Comissão Intersectorial de Vigilância em Saúde: **Maria Laura**
1580 **Carvalho Bicca – FENAS; Artur Custódio Moreira de Sousa – MORHAN; Marcelo Eliseu**
1581 **Sipioni – ASBRAN; Vanja Andréia Reis dos Santos – UBM; Jose Vanilson Torres da Silva**
1582 **– MNPR; Etieno de Sousa Pereira – CTB; Edson Antônio Donagema – Anvisa.** Demais
1583 Instituições/Entidades: Força Sindical – **Gilson Silva;** SVS/ASCOM – Indicar; CONASS –
1584 Indicar; CONASEMS – Indicar; CONAM – **Wanderley Gomes da Silva;** Fórum das Centrais –
1585 Indicar; CNBB – Indicar. Conselheiros Nacionais: **Nelcy Ferreira da Silva;** e **Geordeci**
1586 **Menezes de Souza.** *Núcleo de Comunicação:* **Nelcy Ferreira da Silva;** **Geordeci Menezes de**
1587 **Souza;** SVS/ASCOM – Indicar; Anvisa - **Edson Antônio Donagema.** **2) Comissão de**
1588 **Formulação e Relatoria.** Membros da Comissão Intersectorial de Vigilância em Saúde: **Davi**
1589 **Vital do Rosário – FENAFAL; Ivo Ferreira Brito – SVS; Rilke Novato Público – FENAFAR.**
1590 Demais Instituições/Entidades: ANVISA – Trajano; CONASEMS – Indicar; CONASS – Indicar;
1591 Dieese – Indicar; Fiocruz – Indicar; ABRASCO – Indicar; CEBES – Indicar. Conselheira **Ivone**
1592 **Martini de Oliveira** solicitou que fossem contemplados mais representantes do segmento dos
1593 trabalhadores e o conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** lembrou, tradicionalmente, que a
1594 comissão de relatoria é acrescida de participantes das comissões estaduais de relatoria.
1595 **Deliberação: aprovadas as composições das Comissões de Comunicação e Mobilização**
1596 **e de Formulação e Relatoria por unanimidade.** Em seguida, conselheiro **Fernando Pigato**
1597 fez a leitura da minuta de resolução do cronograma da 1ª CNVS. O texto é o seguinte: “O
1598 Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Octogésima Oitava Reunião
1599 Ordinária, realizada nos dias 08 e 09 de dezembro de 2016, no uso de suas competências
1600 regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº.
1601 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e pelo Decreto nº. 5.839, de 11 de julho de 2006, resolve:
1602 Aprovar o Cronograma e publica o Anexo I previsto no artigo 22 do Regimento da 1ª
1603 Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (1ª CNVS) e dá outras providencias. **CAPÍTULO**
1604 **I. DOS OBJETIVOS.** Art. 1º. A 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde – 1ª CNVS tem
1605 por objetivos: I - Propor diretrizes para a Formulação da Política Nacional de Vigilância em
1606 Saúde e o fortalecimento dos programas e ações de vigilância em saúde; II – Reafirmar,
1607 impulsionar e efetivar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito da
1608 formulação da Política Nacional de Vigilância em Saúde, centrada no direito à Proteção da
1609 Saúde, e alicerçada num SUS público e de qualidade; III – Definir o papel da Vigilância em
1610 Saúde na integralidade do cuidado individual e coletivo em toda a Rede de Atenção à Saúde;

1611 IV - Fortalecer o território como espaço fundamental para a implementação da política e das
1612 práticas da Vigilância em Saúde; V - Fortalecer os programas e as ações de Vigilância em
1613 Saúde considerando: a) o acesso e a integração das práticas e processos de trabalho das
1614 vigilâncias epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental e do trabalhador e dos laboratórios
1615 de saúde pública; b) o acesso e a integração dos saberes e tecnologias das vigilâncias:
1616 epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental, do trabalhador e dos laboratórios de saúde
1617 pública; c) a gestão de risco como estratégia para a identificação, planejamento, intervenção,
1618 regulação, ações intersetoriais, comunicação e monitoramento de riscos, doenças e agravos à
1619 população; d) o monitoramento de vetores e de agentes causadores de doenças e agravos,
1620 inclusive as negligenciadas; VI – Fortalecer as políticas intersetoriais para promoção da saúde
1621 e redução de doenças e agravos, inclusive as negligenciadas; VII – Fortalecer a participação
1622 social na Vigilância em Saúde; VIII – Discutir as responsabilidades do Estado e dos governos
1623 com a Vigilância em Saúde. **CAPÍTULO II - DO CRONOGRAMA.** Art. 2º. A 1ª Conferência
1624 Nacional de Vigilância em Saúde – 1ª CNVS terá abrangência nacional, mediante a realização
1625 das Etapas Preparatórias; Municipais e/ou Macrorregionais; Estaduais/Distrito Federal;
1626 Nacional, assim como as Conferências Livres, observando-se o seguinte cronograma: I -
1627 Etapas Municipais e/ou Macrorregionais - de 22 de junho de 2017 até 31 de agosto de 2017; II -
1628 Etapa Estadual – de 01 de setembro de 2017 até 21 de outubro de 2017; III - Etapa Nacional -
1629 de 21 a 24 de novembro de 2017; IV - Etapas Preparatórias às Conferências Municipais e/ou
1630 Macrorregionais e Estaduais/Distrito Federal e Nacional como: Conferências Livres, Plenárias,
1631 Oficinas e outras poderão ser realizadas até o início das referidas etapas. **Parágrafo Único.** As
1632 unidades federativas poderão em acordo com os municípios, antecipar a realização da etapa
1633 Estadual/Distrito Federal, desde que comunique a Comissão Organizadora Nacional da 1ª
1634 Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. **CAPÍTULO III - DOS PARTICIPANTES.** Art. 3.
1635 Publicação do Anexo I, previsto no artigo 22 do Regimento da 1ª Conferência Nacional de
1636 Vigilância em Saúde, com a disposição dos participantes (Delegados por Estados e Delegados
1637 Nacionais, observando-se a paridade constante Resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional
1638 de Saúde e ainda dos Convidados e Participantes Livres). Estado/Região. Total Delegados.
1639 Região Norte: 220. Acre: 24; Amapá: 24; Amazonas: 36; Pará: 52; Rondônia: 32; Roraima: 24;
1640 Tocantins: 28; Região Nordeste: 412; Alagoas: 36; Bahia: 76; Ceará: 56; Maranhão: 48;
1641 Paraíba: 36; Pernambuco: 56; Piauí: 36; Rio Grande do Norte: 36; Sergipe: 32. Região
1642 Centro-Oeste: 152. Distrito Federal: 36; Goiás: 48; Mato Grosso: 36; Mato Grosso do Sul: 32;
1643 Região Sudeste: 392. Espírito Santo: 36; Minas Gerais: 96; Rio de Janeiro: 80; São Paulo: 180.
1644 Região Sul: 176. Paraná: 64; Rio Grande do Sul: 64; Santa Catarina: 48. Total de Delegados
1645 dos Estados: 1.352. Total de Delegados Nacionais - 10%: 148. Total de Delegados na
1646 Conferência: 1.500. Total de Convidados - 10%: 148. Total de Participantes Livres - 5%: 75.
1647 Total de Participantes na Conferência: 1.723. Art. 4. As dúvidas quanto à aplicação desta
1648 Resolução nas Etapas Municipais e/ou Macrorregionais, Estaduais/Distrito Federal e Nacional
1649 serão esclarecidas pela Comissão Organizadora da 1ª CNVS.” Conselheiro **Neilton Araújo de**
1650 **Oliveira** ressaltou que não é possível ampliar o número de participantes da Conferência para
1651 além do já definido. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** sugeriu a identificação de
1652 municípios que possuem trabalho de relevância em vigilância em saúde para subsidiar os
1653 debates. Conselheiro **João Donizeti Scaboli** salientou a importância de realizar seminário
1654 preparatório para a Conferência e o conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** respondeu que
1655 a Mesa Diretora está analisando essa possibilidade. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**,
1656 dado o número de atividades previstas para 2017, disse que a CIVS e a CISMU deverão
1657 realizar oficina interna para, inclusive, elaborar plano de trabalho para 2017. **Deliberação:**
1658 **aprovada a minuta de resolução, por unanimidade.** Finalizando, Conselheiro **Fernando**
1659 **Pigatto** informou que será realizada reunião da CIVS nos dias 12 e 13 de dezembro de 2016
1660 para elaborar plano de trabalho. Definido esse ponto, a mesa interrompeu para o almoço.
1661 Retomando, a mesa foi composta para o item 4 da pauta. **ITEM 4 – COMISSÃO**
1662 **INTERSETORIAL DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO – COFIN.** *Apresentação:* **Francisco**
1663 **Funcia**, assessor da COFIN/CNS; conselheiro **Wanderley Gomes da Silva**, coordenador da
1664 COFIN; **Arinaldo Bonfim**, Subsecretário de Orçamento e Financiamento – SPO/MS.
1665 *Coordenação:* conselheiro **André Luiz de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando, o
1666 coordenador da mesa explicou que o assessor da COFIN/CNS abordaria na sua explanação:
1667 Execução Orçamentária e Financeira do Ministério da Saúde de janeiro a outubro de 2016;
1668 PLOA 2017 – MS - análise e comparações;; e subsídios para debate da PEC 55/16 (antiga
1669 241). O assessor da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, começou sua explanação pela execução
1670 orçamentária e financeira do Ministério da Saúde de janeiro a outubro de 2016, destacando os

1671 seguintes aspectos: **1)** Níveis de empenhamento e liquidação: Total – nível de empenho
1672 adequado, nível de liquidação regular; OCC – nível de empenho adequado, nível de liquidação
1673 regular; Pessoal – nível de empenho adequado, nível de liquidação adequado; **2)** Itens com
1674 nível de liquidação regular: Atenção à Saúde Bucal, INCa, Hospitais próprios, Vigilância
1675 Sanitária – PAB, Farmácia Básica – PAB, Qualificação Profissional do SUS, DATASUS,
1676 Manutenção administrativa, Programa de prevenção de DST/AIDS, Aquisição e distribuição de
1677 Medicamentos DST/AIDS, Farmácia Popular, Medicamentos Excepcionais, Saúde Indígena e
1678 PROESF; **3)** Itens com nível de liquidação inadequado: Vacinas e vacinação, REHUF, Sangue
1679 e Hemoderivados, Incentivo Financeiro – vigilância em saúde; Publicidade de Utilidade Pública,
1680 Aquisição e Distribuição de Medicamentos Estratégicos, Manutenção de Unidades
1681 Operacionais. **4)** Nível de Liquidação Intolerável e Inaceitável: **a)** Fundo Nacional de Saúde:
1682 Outros Programas, Vigilância Epidemiológica, Saúde da Mulher, Criança e Adolescente,
1683 Reaparelhamento de Unidades do Ministério, Fomento à Pesquisa em Ciência e Tecnologia,
1684 Combate às Carências Nutricionais, Emendas Parlamentares. **b)** Agência Nacional de
1685 Vigilância Sanitária – Nível de Liquidação Inadequado: destaque para Vigilância Sanitária de
1686 Produtos e Serviços; **c)** Fundação Nacional de Saúde - Nível de Liquidação Inadequado:
1687 Manutenção Administrativa, Nível de Liquidação Intolerável e Inaceitável: Programa de
1688 Aceleração do Crescimento - PAC, Saneamento Básico (demais ações), Outros Programas,
1689 Saneamento Básico (Demais Ações), Emendas Parlamentares; nível de execução da FUNASA
1690 é muito baixo (22%). **c)** Fundação Oswaldo Cruz – Nível de liquidação preocupante: Estudos e
1691 Pesquisas; nível de liquidação inadequado: Farmácias Populares; nível de liquidação
1692 intolerável : Vacina e Vacinação, Nível de liquidação inaceitável: Emendas. **d)** Agência
1693 Nacional de Saúde Suplementar (não faz parte da computo da aplicação em ASS). O nível de
1694 execução, em maior parte, é inadequado, intolerável e inaceitável. **e)** Grupo Hospitalar
1695 Conceição - nível de execução regular: atenção hospitalar da unidade; emendas parlamentares
1696 – nível de execução inaceitável (não houve empenho); **5)** Itens de despesa com liquidação
1697 acima de R\$ 600 milhões, que 94% do gasto do MS com OCC ASPS: Média e Alta
1698 Complexidade (nível de empenho preocupante e liquidação regular); Programa Saúde da
1699 Família (nível de liquidação adequado); Medicamentos Excepcionais (nível liquidação regular);
1700 Piso da Atenção Básica – PAB Fixo (nível liquidação preocupante); Vacina e Vacinação (nível
1701 liquidação inadequado); Farmácias Populares (nível liquidação regular); Incentivo Financeiro –
1702 Vigilância em saúde ((nível de liquidação e empenho inadequados); Saúde Indígena (nível de
1703 empenho e liquidação regular); Farmácia Básica (nível liquidação regular); Programa Sangue e
1704 Hemoderivados (nível liquidação inadequado); Serviço de Atendimento Móvel de Urgência –
1705 SAMU (nível liquidação adequado); Aquisição e Distribuição de Medicamentos DST AIDS (nível
1706 liquidação regular); Pioneiras Sociais (nível liquidação adequado); Qualificação Profissional do
1707 SUS (nível liquidação regular); Hospitais Próprios (nível liquidação regular). **6)** Execução
1708 Financeira dos Restos a Pagar (até 23 de novembro de 2016): R\$ 7,155 bi do total de
1709 R\$ 15,800 bi; R\$ 879 mi cancelados; concentração em 2013, 2014 e 2015; maior concentração
1710 no FNS e FUNASA. Seguindo, fez uma breve explanação sobre subsídios para debater com os
1711 defensores da PEC 55: haverá perdas para o SUS. Destacou que a PEC 55/2016 (antiga PEC
1712 241): ajuste fiscal com retirada de direitos sociais. Explicou que propõe “teto” para despesas
1713 primárias (e não para as financeiras); despesas federais com saúde e educação (mínimo de
1714 2017 será congelado até 2036 corrigido apenas pela variação anual do IPCA). SUS-PISO
1715 2017: 15,0% da Receita Corrente Líquida (RCL):R\$ 113,7 bilhões. Mesmo com essa
1716 antecipação dos 15%, valor ainda menor que empenhado 2014 + Despesa 2014 empenhada
1717 em 2015 (corrigido pelo IPCA para 2017): R\$ 119,2 bilhões = perda de R\$ 5,5 bilhões e depois
1718 queda continuada de 2018 a 2036. Ressaltou que a PEC 55 reduzirá o piso do SUS no período
1719 2018-2036: o valor mínimo de 2017 será corrigido somente pela variação anual da inflação
1720 medida pelo IPCA/IBGE nesse período, com quedas da despesa per capita e em relação ao
1721 PIB. Considerando a série histórica (despesa empenhada x despesa autorizada na Lei
1722 Orçamentária – 2008 a 2015), o aplicado é equivalente ao PIB. Assim, a história demonstra
1723 que o piso se transforma em teto. Explicou que o Congresso Nacional pode colocar recursos
1724 além do piso, mas a série histórica mostra que não se transforma em recurso liberado pela
1725 área econômica para empenho para ASPS. Salientou que a defesa de melhoria da gestão não
1726 significa que sobra recursos no SUS e que o desperdício corresponda a R\$ 210 bi. Também
1727 mostrou quadro com as principais despesas empenhadas em 2015 e corte PEC 55 de 30% e
1728 salientou que cabe aos gestores se os valores serão suficientes ou não (possivelmente não).
1729 Além disso, mostrou quadro com principais despesas empenhadas em 2015 e corte PEC 55
1730 exceto MAC, destacando que o corte é de 55% em todos os itens. Seguindo, fez uma breve

1731 explanação sobre o Projeto de Lei Orçamentária Anual - PLOA 2017 – MS - análise e
1732 comparações. Explicou que os parâmetros do PLOA 2017 são: R\$ 758 bi de receita; PIB de
1733 R\$ 6,6 tri; IPCA acumulado de 4,8%/ano. Assim, o valor de ASPS em relação à receita corrente
1734 e mais as emendas parlamentares seria de R\$ 110 bi. Em comparação ao empenhado em
1735 2015, em termos nominais, R\$ 10 bi a mais; e o disponível para 2016 é R\$ 106,9, assim seria
1736 R\$ 3 bi a mais. Disse que esses números referem-se a primeira apresentação, pois o MS
1737 encaminhou a programação original sem emendas com R\$ 105 bi, acrescentando as emendas
1738 chegava a R\$ 110 bi; na tramitação no Congresso Nacional, está em R\$ 115 bi. Fez os
1739 seguintes destaques da análise da alocação de recursos orçamentários por ação (queda de
1740 valores alocados no Orçamento: 0220 - Contribuição à União Internacional Contra o Câncer -
1741 UICC (MS); 125H - Construção do Complexo Integrado do Instituto Nacional de Câncer – INCa;
1742 12L4 - Implantação, Construção e Ampliação de Unidades de Pronto Atendimento – UPA; 12L5
1743 - Construção e Ampliação de Unidades Básicas de Saúde – UBS; 20AD - Piso de Atenção
1744 Básica Variável - Saúde da Família; e 8577 - Piso de Atenção Básica Fixo. Itens do FNS/SAS:
1745 PLOA 2017 x dotação atualizada 2016 (31/08) - variações nulas (não cobre a inflação): 15EG -
1746 Implantação da Nova Sede do Instituto Nacional de Cardiologia – INC; 20YQ - Apoio
1747 Institucional para Aprimoramento do SUS; 6148 - Assistência Médica Qualificada e Gratuita a
1748 Todos os Níveis da População e Desenvolvimento de Atividades Educacionais e de Pesquisa
1749 no Campo da Saúde - Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais – SARAH;
1750 6233 - Implantação e Implementação de Políticas de Atenção à Saúde Mental; 8721 -
1751 Implementação da Regulação, Controle e Avaliação da Atenção à Saúde; 8735 -
1752 Implementação de Ações Voltadas à Alimentação e Nutrição para a Saúde; e 8739 -
1753 Implementação da Política Nacional de Humanização – PNH. Itens do FNS/SAS: PLOA 2017 x
1754 dotação atualizada 2016 (31/08) com variações abaixo do IPCA de 4,8% para 2017 (0% A
1755 1,0%): 4324 - Atenção à Saúde das Populações Ribeirinhas da Região Amazônica mediante
1756 Cooperação com a Marinha do Brasil; 6217 - Atenção à Saúde nos Serviços Ambulatoriais e
1757 Hospitalares do Ministério da Saúde; 6217.6506 - Hospital Geral dos Servidores – HGS;
1758 6217.6507 - Hospital Geral de Bonsucesso – HGB; 6217.6508 - Hospital Geral de Jacarepaguá
1759 – HGJ; 6217.6511 - Hospital Geral da Lagoa – HGL; 8573 - Implementação, Acompanhamento
1760 e Avaliação da Política Nacional de Atenção Básica – PNAB; e 8759 - Aperfeiçoamento,
1761 Avaliação e Desenvolvimento de Ações e Serviços Especializados em Traumatologia e
1762 Ortopedia – INTO. Itens do FNS/SAS: PLOA 2017 X dotação atualizada 2016 (31/08) -
1763 variações abaixo do IPCA de 4,8% para 2017 (e acima de 1,0%): 20AI - Auxílio-Reabilitação
1764 Psicossocial aos Egressos de Longas Internações Psiquiátricas no Sistema Único de Saúde
1765 (De Volta Pra Casa); 6217.6509 - Hospital Geral de Ipanema – HGI; 6217.6510 - Hospital Geral
1766 do Andaraí – HGA; 8755 - Aperfeiçoamento, Avaliação e Desenvolvimento de Ações e Serviços
1767 Especializados em Cardiologia-INC; 8758 - Aperfeiçoamento, Avaliação e Desenvolvimento de
1768 Ações e Serviços Especializados em Oncologia – INCA; 20SP - Operacionalização do Sistema
1769 Nacional de Transplantes; e 8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em
1770 Média e Alta Complexidade. FNS/SAS: PLOA 2017 X dotação atualizada 2016 (31/08) -
1771 variações acima do IPCA de 4,8% para 2017 (e até 7,5%): 20QH - Implantação da Segurança
1772 Alimentar e Nutricional na Saúde; 20QI - Implantação e Manutenção da Força Nacional de
1773 Saúde; 20YI - Implementação de Políticas de Atenção à Saúde - ASPS - Discricionária (#);
1774 4295 - Atenção aos Pacientes Portadores de Doenças Hematológicas; e 8730 - Ampliação da
1775 Resolutividade da Saúde Bucal na Atenção Básica e Especializada - ASPS – Discricionária.
1776 FNS/SAS: PLOA 2017 x dotação atualizada 2016 (31/08) - variações acima do IPCA de 4,8%
1777 para 2017 (de 7,5% a 10%): 20G8 - Reestruturação dos Serviços Ambulatoriais e Hospitalares
1778 Prestados pelos Hospitais Universitários Federais (Financiamento Partilhado - REHUF); 20R4 -
1779 Apoio à Implementação da Rede Cegonha; 6516 - Aperfeiçoamento e Avaliação dos Serviços
1780 de Hemoterapia e Hematologia; e 8761 - Custeio do Serviço de Atendimento Móvel de
1781 Urgência - SAMU 192. FNS/SAS: PLOA 2017 x dotação atualizada 2016 (31/08) - variações
1782 acima do IPCA de 4,8% para 2017 (de 10% a 50%): 09LP - Participação da União no Capital
1783 Social - Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia – HEMOBRÁS; 20B0 -
1784 Estruturação da Atenção Especializada em Saúde Mental - ASPS – Discricionária; 7690 -
1785 Estruturação dos Serviços de Hematologia e Hemoterapia; e 8933 - Estruturação de Serviços
1786 de Atenção às Urgências e Emergências na Rede Assistencial. FNS/SAS: PLOA 2017 x
1787 dotação atualizada 2016 (31/08) - variações acima do IPCA de 4,8% para 2017 (acima de
1788 50%): 216O - Apoio à Gestão das Santas Casas de Misericórdia Outras Entidades sem Fins
1789 Econômicos (#); 217K - Atenção à Saúde das Populações Residentes em Áreas Remotas da
1790 Região Amazônica, mediante Cooperação com o Exército Brasileiro (#); 8535 - Estruturação de

1791 Unidades de Atenção Especializada em Saúde; e 8581 - Estruturação da Rede de Serviços de
1792 Atenção Básica de Saúde. FNS/SCTIE: PLOA 2017 x dotação atualizada 2016 (31/08) –
1793 variações negativas: 211V - Implantação de Unidades da Rede Própria do Programa Farmácia
1794 Popular do Brasil; 20YS - Manutenção e Funcionamento do Programa Farmácia Popular do
1795 Brasil pelo Sistema de Copagamento; 20YR - Manutenção e Funcionamento do Programa
1796 Farmácia Popular do Brasil pelo Sistema de Gratuidade; 20K5 - Apoio ao Uso de Plantas
1797 Medicinais e Fitoterápicos no SUS; e 20AE - Promoção da Assistência Farmacêutica e
1798 Insumos Estratégicos na Atenção Básica em Saúde. FNS/SCTIE: PLOA 2017 x dotação
1799 atualizada 2016 (31/08) - variações nulas – 20YQ - Apoio Institucional para Aprimoramento do
1800 SUS; 2B42 - Cooperação Técnica Nacional e Internacional em Ciência e Tecnologia em Saúde;
1801 4368 - Promoção da Assistência Farmacêutica por Meio da Aquisição de Medicamentos do
1802 Componente Estratégico; 20K3 - Avaliação e Incorporação de Tecnologias de Saúde no âmbito
1803 do SUS. FNS/SCTIE: PLOA 2017 x dotação atualizada 2016 (31/08) - variações positivas:
1804 20AH - Organização dos Serviços de Assistência Farmacêutica no SUS; 4705 - Apoio
1805 Financeiro para Aquisição e Distribuição de Medicamentos do Componente Especializado da
1806 Assistência Farmacêutica; 6146 - Pesquisa em Saúde e Avaliação de Novas Tecnologias para
1807 o SUS; 20K4 - Apoio ao Sistema de Ética em Pesquisa com Seres Humanos; 8636 - Inovação
1808 e Produção de Insumos Estratégicos para a Saúde; e 20K7 - Apoio à Modernização do Parque
1809 Produtivo Industrial da Saúde. FNS/SGTES: PLOA 2017 x dotação atualizada 2016 (31/08) -
1810 variações negativas e positivas. Negativas: 212H - Pesquisa e Desenvolvimento nas
1811 Organizações Sociais; e 20YQ - Apoio Institucional para Aprimoramento do SUS; Positivos:
1812 20YD - Educação e Formação em Saúde; e 214U - Implementação do Programa Mais
1813 Médicos. FNS/SE: PLOA 2017 x dotação atualizada 2016 (31/08) – variações negativas – 2000
1814 - Administração da Unidade - ASPS -Discricionária – SAA; 216H - Ajuda de Custo para Moradia
1815 ou Auxílio-Moradia a Agentes Públicos - não ASPS - Discricionária - SAA/CGESP; 7666 -
1816 Investimento para a Qualificação da Atenção à Saúde e Gestão do SUS - ASPS - Discricionária
1817 – SE; 8715 - Preservação, Organização, Disseminação e Acesso ao Conhecimento e ao
1818 Patrimônio Cultural da Saúde - ASPS - Discricionária – SAA. FNS/SE: PLOA 2017 x dotação
1819 atualizada 2016 (31/08) - variações nulas - 20AB - Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito
1820 Federal e Municípios para Execução de Ações de Vigilância Sanitária - ASPS - Obrigatória –
1821 ANVISA; 20QG - Atuação Internacional do Ministério da Saúde - ASPS - Discricionária – AISA;
1822 4572 - Capacitação de Servidores Públicos Federais em Processo de Qualificação e
1823 Requalificação - ASPS - Discricionária - SAA/CGESP; 4641 - Publicidade de Utilidade Pública -
1824 ASPS - Discricionária - GM/ASCOM; e 8753 - Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS -
1825 ASPS - Discricionária - SE/DEMAS. FNS/SE: PLOA 2017 x dotação atualizada 2016 (31/08) -
1826 variações positivas: 2B52 - Desenvolvimento Institucional da Gestão Orçamentária, Financeira
1827 e Contábil do Fundo Nacional de Saúde e dos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde -
1828 ASPS - Discricionária – FNS; 20YN - Sistemas de Tecnologia de Informação e Comunicação
1829 para a Saúde (e-Saúde) - ASPS - Discricionária – DATASUS; e 8648 - Desenvolvimento e
1830 Fortalecimento da Economia da Saúde e Programas de Cooperação Técnica para o
1831 Aperfeiçoamento do SUS - ASPS - Discricionária - SE/DESID. FNS/SGEP: PLOA 2017 x
1832 dotação atualizada 2016 (31/08) - variações negativas e positivas – negativas: 20YM -
1833 Ampliação das Práticas de Gestão Participativa, de Controle Social, de Educação Popular em
1834 Saúde e Implementação de Políticas de Promoção da Equidade - ASPS – Discricionária; 6182 -
1835 Fortalecimento da Ouvidoria Geral do Sistema Único de Saúde - ASPS – Discricionária; e 8708
1836 - Fortalecimento da Auditoria do Sistema de Saúde - ASPS – Discricionária. Positivas - 2016 -
1837 Funcionamento do Conselho Nacional de Saúde - ASPS – Discricionária; e 8287 - Qualificação
1838 da Integração das Ações e Serviços de Saúde dos Entes Federativos - ASPS – Discricionária.
1839 FNS/SESAI: PLOA 2017 X dotação atualizada 2016 (31/08) - variações nulas – Negativos:
1840 20YP - Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde Indígena - ASPS – Discricionária; e
1841 7684 - Saneamento Básico em Aldeias Indígenas para Prevenção e Controle de Agravos -
1842 ASPS – Discricionária. FNS/SVS: PLOA 2017 x dotação atualizada 2016 (31/08) - variações
1843 negativas e nulas – Negativas: 20YJ - Fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância em
1844 Saúde; e 0000 - Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios para a
1845 Vigilância em Saúde - Despesas Diversas. Nulas: 00NK - Doação à Aliança Global para
1846 Vacinas e Imunização – GAVI; 4370 - Atendimento à População com Medicamentos para
1847 Tratamento dos Portadores de HIV/AIDS e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis; 20AC
1848 - Incentivo Financeiro às Ações de Vigilância, Prevenção e Controle das DST/AIDS e Hepatites
1849 Virais; e 20YQ - Apoio Institucional para Aprimoramento do SUS. Também fez destaques de
1850 algumas ações anteriormente apresentadas: FNS/SAS: PLOA 2017 x dotação atualizada 2016

1851 - (31/08) - investimentos – total e ações: 8535 - Estruturação de Unidades de Atenção
1852 Especializada em Saúde – 114% a mais de recursos em relação a 2016; 8581 - Estruturação
1853 da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde – 71% a mais de recursos em relação a
1854 2016; e 8933 - Estruturação de Serviços de Atenção às Urgências e Emergências na Rede
1855 Assistencial: 20% a mais de recursos em relação a 2016. Também apresentou quadros sobre
1856 PLOA 2017 x dotação atualizada 2016 (31/08) relativa relação a investimentos no que se refere
1857 a planos orçamentários. Por fim, apresentou os comentários/questionamentos das Comissões
1858 e/ou conselheiros do CNS encaminhadas à COFIN: 1. Assistência Farmacêutica Básica/SCTIE
1859 - Houve redução de R\$ 19.570.000,00. Qual o motivo? Se houve redução do valor pago pelo
1860 MS para as farmácias e drogarias do Programa Aqui Tem Farmácia Popular, não seria possível
1861 ampliar o investimento na assistência farmacêutica básica, considerando que o repasse per
1862 capita permanece o mesmo no último período? 2. Fitoterápicos/SCTIE. Houve redução de
1863 R\$ 1.000.000,00. Qual o motivo? 3. Auditoria/SGEP. Houve redução de R\$ 1.600.000,00. Qual
1864 o motivo? Qual o impacto no número de auditorias feito anualmente? 4. Secretaria de Gestão
1865 Estratégica e Participativa – SGEP. Orçamento: 2016 = 220.000.000 - 2017 = 177.120.000.
1866 Houve redução de R\$ 42.880.000. Qual o motivo? 5. SECRETARIA DE GESTÃO
1867 ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA – SGEP. AÇÃO: 20YM - Ampliação das Práticas de Gestão
1868 Participativa, de Controle Social, de Educação Popular em Saúde e Implementação de
1869 Políticas de Promoção da Equidade. VALOR: 43.500.000 – Meta física: 15.000 Atores sociais.
1870 Redução da meta anual: A meta que consta no PNS é de capacitar 80 mil pessoas no período
1871 de 4 anos, o que daria 20 mil/ano, número superior a previsão de 2017 que seria de 15 atores
1872 sociais/ano, totalizando nos 4 anos, 60 mil pessoas. Por que? Quais as atividades que serão
1873 desenvolvidas nesta ação e para qual público exatamente? Referem-se a todos os projetos da
1874 SGEP – quais?. 6. O que está previsto para a “Manutenção do Conselho Nacional de Saúde”?
1875 É a programação que o CNS encaminhou ou houve redução?. 7. Muitas ações foram
1876 programadas com valores abaixo da variação anual do IPCA. Houve redução de programação
1877 em relação a 2016? O que explica essa redução em termos reais? **Manifestações.**
1878 Conselheiro **Moyses Toniolo de Souza** fez um destaque à execução orçamentária das
1879 unidades especializadas de saúde e destacou que a maior parte da média e alta complexidade
1880 está na iniciativa privada. Perguntou os motivos da execução irregular do orçamento destinado
1881 a ações de DST/AIDS, com destaque para os itens “Programa de Prevenção DST AIDS” e
1882 “Aquisição e Distribuição de Medicamentos para DST/AIDS”, considerando os índices de
1883 infecção por HIV (a cada ano, mais de 40 mil pessoas se infectam por HIV) e os casos de sífilis
1884 congênita. Manifestou preocupação com a lógica da PLOA que prioriza o investimento na
1885 “promoção da doença”. Conselheiro **Artur Custódio M. de Souza** agradeceu o assessor da
1886 Comissão pelos dados e solicitou informações mais detalhadas sobre o orçamento destinado à
1887 eliminação da Hanseníase, inclusive para subsidiar as ações do MORHAN. Conselheira
1888 **Semiramis Maria Amorim Vedovatto** explicou que a CISM/CNS encaminhou documento para
1889 a COFIN/CNS, destacando os seguintes aspectos: os recursos alocados para saúde mental
1890 estão adequados para a rede atual, mas não para o planejamento constante no Plano Nacional
1891 de Saúde; Ação 8535 – rubrica sem recursos; diminuição do aporte financeira na rubrica PO
1892 007; proposta de inclusão das ações da RAPS no PAB e MAC; não há previsão de recursos
1893 para os centros de convivência, um dos componentes da RAPS; e diminuição dos recursos
1894 para os NAFs. Conselheiro **Willen Heil e Silva** saudou o assessor da COFIN pela explanação
1895 e solicitou que este ponto de pauta seja apresentado no primeiro dia de reunião, com maior
1896 tempo. Sugeriu a elaboração de planilha dinâmica que gere impacto sobre o antes e o depois
1897 da PLOA 2017. Registrou sua angústia com diretrizes aprovadas em conferências e incluídas
1898 no Plano Nacional de Saúde que não são contempladas na PLOA, a exemplo das diretrizes da
1899 Política de Práticas Integrativas e Complementares. Sobre a PEC 55/16, disse que, ao
1900 contrário da afirmação de setores, haverá perda de recursos para a saúde. Conselheiro
1901 **Adriano Félix** destacou que a judicialização não se refere apenas a medicamentos para
1902 doenças raras e negligenciadas, pois contempla outros medicamentos, procedimentos não
1903 ofertados pelo Sistema, acesso não universal, entre outros aspectos. Também destacou que os
1904 municípios sofrem com a não liberação de recursos e com o não pagamento dos restos a
1905 pagar, prejudicando a população. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** perguntou como é
1906 destinado recursos para as pioneiras sociais. Conselheira **Francisca Valda da Silva** frisou que
1907 os municípios não têm condições de arcar com mais gastos na saúde e perguntou se é real a
1908 perda de R\$ 11 milhões no orçamento de 2017. Destacou que o cenário com base nas
1909 projeções apresentadas é devastador, portanto, é preciso definir ações para sensibilizar a
1910 população sobre a gravidade da situação. Conselheiro **Nilton Pereira Junior** afirmou que a

1911 PEC 55 reduzirá o orçamento da saúde e frisou que a PLOA 2017 está abaixo da projeção da
1912 PEC (MAC aumentará, em comparação a 2016, apenas 2,6%, abaixo da inflação; e o PAB
1913 apresenta decréscimo real – redução de 1% no PAB fixo e 1,1% no PAB Variável; redução de
1914 44% do orçamento da Ouvidoria do SUS; diminuição de 9,5% dos recursos da auditoria;
1915 redução de 2 a 4% dos recursos da SESAI; não ampliação dos recursos para medicamentos
1916 de DST/AIDS; redução de 29% do incentivo financeiro da vigilância em saúde para estados e
1917 municípios). Além da redução de recursos, manifestou preocupação com criação de ação que
1918 destina recursos para apoio da gestão das santas casas e perguntou qual o objetivo desse
1919 item. Por fim, sentiu falta de representantes da SPO/MS nesse debate tão importante.
1920 Conselheiro **André Luiz de Oliveira** recordou que o item da COFIN estava pautado no primeiro
1921 dia de reunião, à tarde, e os representantes da SPO/MS estiveram presentes à reunião durante
1922 três momentos. Todavia, o Plenário decidiu adiar o tema para o segundo dia de reunião, mas a
1923 SPO/MS foi informada dessa mudança. Conselheira **Gerlane Baccarin** frisou que é interesse
1924 do Ministério da Saúde debater esse tema no Conselho e os representantes da SPO/MS estão
1925 se dirigindo ao CNS. Reiterou que houve mudança na pauta (o tema estava pautado no dia
1926 anterior) e a SPO/MS não foi informada que o tema seria debatido naquele momento.
1927 Conselheiro **André Luiz de Oliveira** explicou que o Subsecretário de Orçamento e
1928 Financiamento – SPO/MS, **Arinaldo Bonfim**, foi informado que o tema seria pautado na tarde
1929 do segundo dia de reunião. Conselheiro **Moyses Toniolo de Souza**, em que pese a mudança
1930 na pauta, lembrou que o Ministério da Saúde assumiu compromisso de garantir a presença de
1931 representantes nos debates do Conselho. Conselheiro **Wanderley Gomes da Silva** reforçou a
1932 preocupação do Pleno acerca do orçamento da saúde e destacou dois aspectos centrais da
1933 apresentação do assessor técnico da COFIN: prioridade de investimento público no setor
1934 privado e fragilização do SUS e da política de prevenção. Conselheiro **André Luiz de Oliveira**
1935 registrou a presença do Subsecretário de Orçamento e Financiamento – SPO/MS, **Arinaldo**
1936 **Bonfim**. Conselheiro **Artur Custódio M. de Souza** disse que orçamento aponta mudança
1937 política e ideológica, assim, sugeriu análise política dos dados orçamentários. **Retorno da**
1938 **mesa**. O assessor técnico da COFIN, **Francisco Funcia**, primeiro, disse que não havia
1939 divergência de fundo entre o seu posicionamento e o do Subsecretário Arinaldo Bonfim, mas
1940 sim diferenças pontuais. Ressaltou que a pauta da COFIN, pela natureza e pelo volume de
1941 informações, precisa de espaço maior na pauta da reunião do CNS. Sobre os itens “Programa
1942 de Prevenção DST AIDS” e “Aquisição e Distribuição de Medicamentos para DST/AIDS”,
1943 explicou que o nível de liquidação é regular e o nível de empenho de um deles é adequado.
1944 Disse que é possível detalhar, com o apoio da SPO, os itens de interesse específico dos
1945 conselheiros. Nessa linha, a leitura da execução orçamentária deve ser associada à análise
1946 dos dados pelas comissões do Conselho (interface entre COFIN e demais comissões).
1947 Ressaltou que é positiva a interlocução da COFIN/CNS com a SPO/MS, lembrando que a
1948 Secretaria, sempre que solicitada, disponibiliza as informações ao CNS. Sugeriu, em relação a
1949 políticas específicas, convidar a área técnica para participar do debate. Solicitou à conselheira
1950 Semiramis Amorim que encaminhe os apontamentos feitos pela CISM para serem enviados à
1951 SPO. Nessa linha, sugeriu que as comissões do CNS identifiquem as ações orçamentárias que
1952 desejam acompanhar a execução orçamentária e comuniquem à COFIN/CNS. Ressaltou que a
1953 “cortina de fumaça” criada pelo relator da PEC 241 foi antecipar para 2017 os 15% da receita
1954 corrente líquida, percentual que, pela EC n°. 86, somente chegaria em 2020 (como piso).
1955 Porém, desde 2014, vem se aplicando 14,3% da receita corrente líquida; 14,8% em 2015; 15%
1956 em 2016; e 15% em 2017 (projeção). A PEC determina que a partir de 2018, será o piso de
1957 2017 corrigido pela variação da inflação. Assim, considerar que corrigir pela inflação protege o
1958 valor aplicado é esquecer o crescimento da população (0,8 a 1% ao ano), os gastos com a
1959 incorporação tecnológica, envelhecimento da população, entre outros aspectos. Concordou
1960 que os municípios não têm condições de arcar com mais gastos na saúde. Explicou que na sua
1961 apresentação fez uma simulação da aplicação se a PEC estivesse em vigor. Concordou que é
1962 possível quantificar o quanto da judicialização é medicamento e o quanto se refere a outras
1963 questões. Disse que os recursos dos Restos a Pagar, enquanto estão abertos, podem ser
1964 executados. Por fim, destacou que, na prática, o orçamento de 2017 seria de R\$ 108 bi (em
1965 2016, R\$ 104 bi) e R\$ 115 bi com as emendas. Assim, ressaltou que é preciso verificar como
1966 ficou a programação orçamentária originalmente encaminhada ao Congresso Nacional. O
1967 Subsecretário de Orçamento e Financiamento – SPO/MS, **Arinaldo Bonfim**, cumprimentou
1968 os conselheiros e reiterou o seu compromisso e da equipe da SPO com os debates do
1969 Conselho. Fez breves considerações sobre as questões colocadas: **1)** o dia 2 de dezembro de
1970 1016 foi o último dia de empenho do MS e até essa data a saúde estava com R\$ 15 bilhões

1971 acima do mínimo estabelecido pela Emenda nº. 86; e, com a última reestimativa, o valor foi
1972 para R\$ 11 bilhões – desse total, foram empenhados R\$ 3 bi; **b)** diferente dos anos anteriores,
1973 o MS pagará integralmente o MAC em 2016 (só depende de aprovação de crédito pelo
1974 Congresso Nacional); **c)** até 5 de dezembro de 2016, foi pago o PAB fixo dos 5.550 municípios;
1975 **d)** todas as despesas do MS até o mês de novembro estão pagas, diferente de anos
1976 anteriores; **e)** Restos a Pagar – R\$ 15,8 bilhões inscritos em Restos a Pagar; até 9 de
1977 dezembro de 2016 foram pagos R\$ 8 bi de inscritos e reinscritos; R\$ 850 milhões cancelados
1978 (reposição de R\$ 432 mi em 2016); dos R\$ 6,9 bi de Restos a Pagar, há possibilidade de pagar
1979 de R\$ 1 a R\$ 2 bi neste exercício; **f)** Rede Sara – unidade mantida única e exclusivamente com
1980 orçamento do MS; há contrato de gestão administrado por um grupo de trabalho, coordenador
1981 pela SAS/MS, que estabelece metas a cada exercício; ao quantificar as metas, é repassado
1982 custo para repasse de recursos pelo MS – valor repassado hoje é R\$ 79 milhões/mês; **g)**
1983 Santas Casas – a SAS/MS tem compromisso com os prestadores de serviços nos estados e
1984 municípios e portarias estabelecem repasse de recursos para essas instituições – foi definido
1985 pagamento de dívida com as Santas Casas em duas parcelas - novembro e dezembro de
1986 2016; **h)** Proposta orçamentária 2017 – destaques: R\$ 1,5 bilhões de emendas impositivas e
1987 R\$ 4,6 bilhões de emendas individuais; o relator teve que acatar emendas de bancadas não
1988 impositivas e, para isso, foi feito corte de R\$ 520 milhões no orçamento da saúde que recai
1989 sobre despesas de investimento – a ideia é recompor esse valor; proposta orçamentária 2017
1990 encaminhada de R\$ 104 bilhões foi para R\$ 115 bilhões por conta da PEC; **i)** valor estimado do
1991 MAC é de R\$ 5 bilhões//ano para dar conta de serviços em andamento ou não e que ainda não
1992 são devidamente custeados pelo MS; e **j)** ação nova “Apoio à gestão das santas casas” –
1993 desde a criação do Timemania foi destinado recurso às santas casas para melhoria da gestão,
1994 principalmente capacitação; assim, foi incluída uma ação para essa finalidade a fim de dar
1995 transparência. Conselheiro **Wanderley Gomes da Silva** informou que nos dias 23 e 24 de
1996 novembro de 2016, em Recife, foi realizada oficina da COFIN, Nordeste 2, que contemplou os
1997 Estados da Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe e Bahia. Lembrou o objetivo da atividade:
1998 formar multiplicadores para a atuação do controle social no planejamento, monitoramento,
1999 avaliação e fiscalização dos recursos para a saúde, além de fortalecer as Comissões de
2000 Orçamento e Financiamento nos Conselhos de Saúde. **Deliberação: incluir o ponto de pauta**
2001 **da COFIN no primeiro dia, com prazo maior.** Conselheiro **Wilén Heil e Silva** perguntou como
2002 encaminhar a proposta de incluir rubrica relativa à Política das Práticas Integrativas e
2003 Complementares na PLOA 2017. Conselheiro **Adriano Félix**, em relação às sentenças
2004 judiciais, sugeriu separar o que é gasto com medicamentos e outros procedimentos.
2005 Conselheiro **Artur Custódio M. de Souza** sugeriu informar os convidados sobre a
2006 possibilidade de mudanças na pauta das reuniões, a fim de evitar constrangimentos no caso de
2007 modificações. O Subsecretário de Orçamento e Financiamento – SPO/MS, **Aronaldo Bonfim**,
2008 explicou que a SAS/MS pode levar a demanda sobre ação relativa a práticas integrativas e
2009 complementares e não há problema para criar essa ação no orçamento. Sobre as sentenças
2010 judiciais, disse que não é possível criar ação no orçamento para pagamento de sentença. O
2011 assessor da COFIN esclareceu que a proposta não é criar ação para sentenças judiciais, mas
2012 sim separar os gastos com medicamentos e os com outros procedimentos. O Subsecretário de
2013 Orçamento e Financiamento – SPO/MS esclareceu que o MS gasta com despesas no exterior,
2014 doenças raras, cerca de R\$ 10 milhões/mês e com medicamentos de alto custo R\$ 1,3 bilhão
2015 em 2016, com tendência de crescimento para 2017. Com esses esclarecimentos, a mesa
2016 agradeceu os convidados e encerrou o debate deste item. **ITEM 9 – INFORMES GERAIS -**
2017 **CALENDÁRIO DE REUNIÕES 2017 – INFORMES DAS COMISSÕES DO CNS –**
2018 **INDICAÇÕES.** *Coordenação:* conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, da Mesa Diretora do
2019 CNS; e **Neide Rodrigues dos Santos**, Secretária-Executiva do CNS. **CALENDÁRIO DE**
2020 **REUNIÕES DO CNS 2017 –** Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, considerando o
2021 avançado da hora, sugeriu ao Plenário a aprovação das datas das reuniões de janeiro e
2022 fevereiro de 2017 e a apreciação das demais datas na próxima reunião do Conselho. Explicou,
2023 rapidamente, que a proposta é realizar as reuniões às quartas e quintas ao invés de quintas e
2024 sextas, como é hoje, considerando que o levantamento da SE/CNS apontou que o custo é
2025 menor e facilita os encaminhamentos aprovados nas reuniões. Apresentada a proposta, houve
2026 algumas manifestações, mas não houve consenso sobre os dias da semana para realização
2027 das reuniões. Sendo assim, a mesa procedeu à votação. Primeiro, colocou em apreciação as
2028 propostas: **1) definir o calendário de 2017 naquela reunião;** ou 2) definir o calendário na
2029 primeira reunião de 2017. **Proposta 1 recebeu 17 votos.** Proposta 2 recebeu 2 votos. 3
2030 abstenções. Diante desse resultado, a mesa colocou em votação as propostas: 1) realizar as

2031 reuniões às quartas e quintas. 2) **manter a reunião às quintas e sextas**. Proposta 1 nove
2032 votos. **Proposta 2, 13 votos**. 5 abstenções. Diante desse resultado, o coordenador da mesa
2033 apresentou a seguinte proposta de calendário, mantendo as reuniões do CNS às quintas e
2034 sextas-feiras: 289ª RO: 26 e 27 de janeiro; 290ª RO: 16 e 17 de fevereiro; 291ª RO: 9 e 10 de
2035 março; 292ª RO: 6 e 7 de abril; 293ª RO: 11 e 12 de maio; 294ª RO: 8 e 9 de junho; 295ª RO: 6
2036 e 7 de julho; 296ª RO: 10 e 11 de agosto; 297ª RO: 14 e 15 de setembro; 298ª RO: 5 e 6 de
2037 outubro; 299ª RO: 9 e 10 de novembro; 300ª RO: 7 e 8 de dezembro. **Deliberação: o Plenário**
2038 **aprovou o calendário de reuniões ordinárias do CNS de 2017**. O calendário de reuniões da
2039 Mesa Diretora do CNS em 2017, definido a partir do calendário das reuniões plenárias do
2040 Conselho, é o seguinte: 120ª RO: 24 e 25 de janeiro; 121ª RO: 9 de fevereiro; 122ª RO: 2 de
2041 março; 123ª RO: 30 de março; 124ª RO: 4 de maio; 125ª RO: 1º de junho; 126ª RO: 29 de
2042 junho; 127ª RO: 27 de julho; 128ª RO: 5 de setembro; 129ª RO: 28 de setembro; 130ª RO: 1º
2043 de novembro; 131ª RO: 30 de novembro; 132ª RO: 14 de dezembro. **INFORMES SOBRE AS**
2044 **REUNIÕES DAS COMISSÕES INTERSETORIAIS**. Conselheira **Semiramis Amorim**
2045 **Vedovatto**, coordenadora da CISM/CNS, informou a realização da reunião da Comissão
2046 Intersetorial nos dias 25 e 25 de novembro de 2017, destacando como resultados: *definição do*
2047 *calendário de reuniões* para 2017, com indicativo de reunião descentralizada; envio de
2048 questões para manifestação da assessoria jurídica; e elaboração de minuta de recomendação
2049 acerca da coordenação da área de saúde mental. Feito esse breve informe, fez a leitura da
2050 recomendação ao Ministério da Saúde. O texto é o seguinte: “Recomendação nº xxxx, DE 10
2051 DE DEZEMBRO DE 2015. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima
2052 Octogésima Oitava Reunião Ordinária, realizada nos dias 8 e 9 de dezembro de 2016, no uso
2053 de suas atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela nº 8.142, de
2054 28 de dezembro de 1990 e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, face as dificuldades
2055 enfrentadas no últimos 12 meses e das análises realizadas pela Comissão Intersetorial de
2056 Saúde Mental sobre as dificuldades enfrentadas no âmbito da política de saúde mental para a
2057 Reforma Psiquiátrica no Brasil enfrentadas desde o movimento “Fora Valencius” que completa
2058 um ano e da ausência de Coordenador Nacional de Saúde Mental desde 6 de maio de 2016
2059 que tem dificultado a orientação as coordenações estaduais e municipais; Considerando que
2060 os últimos anos têm sido marcados por vários retrocessos no âmbito da política de saúde
2061 mental com a disseminação de internações compulsórias, retrocesso de investimentos nos
2062 serviços substitutivos, aprovação do marco regulatório das comunidades terapêuticas pelo
2063 CONAD, da edição recente da Portaria 1484, de 25 de Outubro de 2016 que reconhece as
2064 chamadas comunidades terapêuticas como estabelecimentos de saúde no CNES
2065 possibilitando o cadastramento e a identificação das entidades de promoção à saúde e das
2066 comunidades terapêuticas no CNES e o não credenciamento de cerca de 300 equipamentos
2067 relacionados a Rede de Atenção Psicossocial desde janeiro/2016 em diversos municípios
2068 brasileiros, demonstrando um desalinhamento da à política de saúde mental construída nesse
2069 país; Considerando que desde a exoneração do Valencius Wurch em 6 de maio de 2016, a
2070 coordenação nacional de saúde mental tem sido exercida de forma interina, sem portaria de
2071 nomeação, por profissional experiente na área da Saúde Mental, concursada e do quadro do
2072 Ministério da Saúde, o que causa dificuldades de acesso e de orientação quanto ao
2073 enfrentamento das questões relacionadas a área de Saúde Mental e de Álcool e outras Drogas,
2074 financiamento, credenciamento de equipamentos e da realização de ações como a suspensão
2075 da reunião do Colegiado; Considerando que este Plenário defende que as indicações para as
2076 Secretarias, Coordenações e Programas estratégicos do Ministério da Saúde, devem estar
2077 alinhadas à atual Política de Saúde Mental e a todos os consensos internacionais sobre a
2078 reestruturação da atenção em saúde mental para além do caráter hegemônico e centrado no
2079 modelo hospitalocêntrico e ambulatorial, devendo ser de base territorial, articulado em rede,
2080 com ênfase no cuidar em liberdade, e nos princípios e valores que norteiam o SUS.
2081 **Recomenda ao Ministério da Saúde:** A efetivação no cargo de Coordenação Nacional de
2082 Saúde Mental da atual servidora para que possa ter maior capilaridade e resolutividade no
2083 cumprimento e respeito a uma política pública de Estado, aplicado ao campo da Saúde Mental,
2084 garantindo a plena implementação e investimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de
2085 acordo com os Decretos n.º 7508/2011 e n.º 3088/2011 (decreto da RAPS), bem como o
2086 compromisso do governo federal com a manutenção e continuidade da Política Nacional de
2087 Saúde Mental, Álcool e outras Drogas dentro dos princípios estabelecidos e ratificados pelas
2088 deliberações da 15ª Conferência Nacional de Saúde, no Relatório Final e Moções da XVIII
2089 Reunião do Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental e as deliberações das Conferências
2090 Nacionais de Saúde Mental. Além disso, o Pleno do CNS convoca todo o controle social a se

2091 manifestar pela Reforma Psiquiátrica, “nenhum passo atrás, manicômio nunca mais!”.

2092 **Deliberação: não havendo destaques, a recomendação foi aprovada por unanimidade.**

2093 **Comissão Intersetorial de Saúde Mental – CISI** - Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes**

2094 registrou que a Comissão Intersetorial de Saúde Mental – CISI reuniu-se nos dias 1º e 2 de

2095 dezembro de 2016 e definiu uma série de encaminhamentos. **Comissão Intersetorial de**

2096 **Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - CISTT** - Conselheiro **Geordeci Menezes de**

2097 **Souza** informou que a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora -

2098 CISTT realizou reunião virtual no dia 5 de dezembro de 2016. **Comissão Intersetorial de**

2099 **Alimentação e Nutrição – CIAN** – Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** fez a leitura da

2100 minuta de moção elaborada pela CIAN. O texto é o seguinte: **“MOÇÃO XXX, DE XXX DE 2016.**

2101 O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Octogésima Oitava Reunião

2102 Ordinária, realizada nos dias 8 e 9 de dezembro de 2016, no uso de suas competências

2103 regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº

2104 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e

2105 Considerando a necessidade de deter e prevenir o aumento da prevalência de obesidade e

2106 sobrepeso na população brasileira e a necessidade de enfrentar os obstáculos para a

2107 implementação e efetividade da Guia Alimentar para População Brasileira enquanto

2108 instrumento para contribuir com a garantia do direito humano à alimentação adequada e

2109 saudável (Lei nº 11.346/2006 - LOSAN); Considerando a Política Nacional de Promoção da

2110 Saúde (PNPS), redefinida pela Portaria n.º 2.446, de 11 de novembro de 2014; Considerando a

2111 Portaria n.º 2.715, de 17 de novembro 2011, que atualiza a Política Nacional de Alimentação e

2112 Nutrição (PNAN); Considerando que no Brasil o consumo de açúcar por crianças e

2113 adolescentes passa de 17% do valor diário de calorias e que o máximo recomendado pela

2114 Organização Mundial de Saúde (OMS), não deveria passar de 5% do valor diário de calorias,

2115 sendo aceitável um consumo de até 10%; Considerando que o número de crianças e

2116 adolescentes com excesso de peso e obesas no mundo aumentou mais de 30% entre 1990 e

2117 2013 (OMS) e considerando que 23,7% dos escolares brasileiros de 13 a 17 anos estão com

2118 excesso de peso e 7,8% obesos (PENSE 2015); considerando que cabe ao Estado adotar

2119 medidas que garantam a tutela dos direitos à vida, saúde e alimentação das crianças e dos

2120 adolescentes, permitindo-lhes o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, o que

2121 passa, necessariamente, pela implementação de medidas que garantam o acesso a uma

2122 alimentação adequada e saudável no ambiente escolar; Considerando que produtos

2123 ultraprocessados são desbalanceados nutricionalmente, tendem a ser consumidos em excesso

2124 e seu consumo deve ser evitado; Considerando que a oferta de bebidas açucaradas é um fator

2125 relevante para o aumento da obesidade e que para se prevenir doenças crônicas não

2126 transmissíveis, como diabetes e doenças cardiovasculares, há que se promover medidas aptas

2127 a restringir a sua oferta; e Considerando que é vedada e considerada abusiva toda publicidade

2128 que se aproveite da deficiência de julgamento e experiência da criança (art.37 do Código de

2129 Defesa do Consumidor) e que o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente

2130 (CONANDA) aprovou a Resolução n.º 163/2014, que dispõe sobre a abusividade do

2131 direcionamento de publicidade e de comunicação mercadológica à criança e ao adolescente.

2132 Vem a público: Manifestar apoio ao Projeto de Lei n.º 1.755/2007, que trata da proibição de

2133 venda de refrigerantes em escolas de educação básica; ao Projeto de Lei n.º 2.389/2011, que

2134 trata da instituição de diretrizes para a promoção de alimentação adequada e saudável nas

2135 escolas de educação infantil, ensino fundamental e ensino médio das redes pública e privada,

2136 em âmbito nacional; e ao Projeto de Lei n.º 4.910/2016, que trata da regulamentação da

2137 publicidade de bebidas açucaradas.” **Deliberação: a moção foi aprovada por unanimidade.**

2138 **Informe sobre o Encontro Nacional das Comissões Intersetoriais de Saúde do**

2139 **Trabalhador e da Trabalhadora, realizado nos dias 16 e 18 de novembro de 2016 na**

2140 **cidade de São Luís, Maranhão** – Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** informou que no

2141 Encontro os participantes promoveram debate sobre os desafios da atual conjuntura para a

2142 atuação do controle social e ações para implementação da Política Nacional de Saúde do

2143 Trabalhador e da Trabalhadora. Feito esse breve informe, apresentou moção de repúdio e

2144 recomendação oriundas dessa atividade. O texto é o seguinte: **“MOÇÃO DE REPÚDIO Nº 008,**

2145 **09 DE DEZEMBRO DE 2016.** O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua

2146 Ducentésima Octogésima Oitava Reunião Ordinária, realizada nos dias 08 e 09 de dezembro

2147 de 2016, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990,

2148 pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006,

2149 cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da

2150 legislação brasileira correlata; e Considerando que os participantes do VII Encontro Nacional

2151 das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, realizado nos dias
2152 16 e 18 de novembro de 2016 na cidade de São Luís, Maranhão, em função da conjuntura que
2153 o país atravessa, se manifestaram contra toda e qualquer retirada de direitos da classe
2154 trabalhadora; Considerando que a PEC 241, votada e aprovada na Câmara dos Deputados,
2155 atual PEC 55, que tramita no Senado Federal, congela por 20 anos os investimentos nas
2156 políticas públicas como saúde, educação, previdência e outras áreas de promoção de direitos;
2157 Considerando que a Reforma da Previdência penaliza os trabalhadores e as trabalhadoras do
2158 campo e da cidade, ao aumentar os requisitos para aposentadoria e pensões, e redução dos
2159 benefícios; Considerando que a proposta de Reforma Trabalhista visa flexibilizar direitos dos
2160 trabalhadores e das trabalhadoras o que fere o princípio da proibição de retrocessos sociais;
2161 Considerando que a terceirização precariza as relações e as condições de trabalho, com
2162 impactos sobre a saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras; Considerando que está
2163 havendo retrocessos nas Normas Regulamentadoras – NRs, a exemplo na sustação da NR 12
2164 – Máquinas e Equipamentos, proposta pelo Senador Cássio Cunha Lima (PSDB-PB) através
2165 do PDL nº 43/2015, o qual recebeu parecer favorável do Senador Armando Monteiro (PTB-PE);
2166 Considerando que as alterações nas regras dos benefícios previdenciários com revisão e
2167 cortes de benefícios, já pagos, por doença e acidentes de trabalho são prejudiciais à saúde do
2168 trabalhador e da trabalhadora; Considerando que há retrocessos nas medidas aprovados pela
2169 bancada patronal e governo no Conselho Nacional de Previdência Social, que alteram as
2170 regras do Fator Acidentário de Prevenção em detrimento das políticas de prevenção de
2171 doenças e acidentes de trabalho; Considerando o uso indiscriminado de agrotóxicos e
2172 pulverização aérea de veneno; e Considerando a perseguição e criminalização da luta dos
2173 movimentos sociais e sindicais. **Vem a público:** repudiar as investidas do Governo Michel
2174 Temer, do Congresso Nacional e do Supremo Tribunal Federal que têm, sistematicamente,
2175 atacado os direitos dos trabalhadores e das trabalhadoras numa afronta aos direitos básicos
2176 previstos na Declaração Universal dos Direitos Humanos e na Constituição Federal de 1988.”
2177 **Deliberação: o Plenário aprovou, com dois votos contrários, a moção de repúdio.** Em
2178 seguida, fez a leitura da minuta de recomendação. O texto é o seguinte: **“RECOMENDAÇÃO**
2179 **Nº 016, 09 DE DEZEMBRO DE 2016.** O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua
2180 Ducentésima Octogésima Oitava Reunião Ordinária, realizada nos dias 08 e 09 de dezembro
2181 de 2016, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990,
2182 pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006,
2183 cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da
2184 legislação brasileira correlata; e Considerando que os participantes do VII Encontro Nacional
2185 das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, realizado nos dias
2186 16 e 18 de novembro de 2016 na cidade de São Luís, Maranhão, apresentaram manifestação
2187 sobre o acidente de trabalho ampliado ocorrido em 05 de novembro de 2015, com o
2188 rompimento da barragem de Fundão da Mineradora Samarco S.A, no Distrito de Bento
2189 Rodrigues, localizado na cidade de Mariana, Minas Gerais; Considerando que esse acidente se
2190 originou no processo de trabalho e extrapolou os limites físicos da mineradora, causando
2191 danos humanos, sociais, culturais, econômicos e ambientais com consequências à saúde física
2192 e mental tanto para trabalhadores e trabalhadoras quanto para a população em geral, de forma
2193 imediata, a médio e longo prazo; Considerando que a tragédia ocupacional foi construída a
2194 partir do acúmulo de problemas técnicos e organizacionais que interagiram e contribuíram de
2195 múltiplas formas para ocorrência do acidente do trabalho e do maior desastre ambiental
2196 brasileiro; Considerando que os rejeitos de minério de ferro do rompimento da barragem
2197 ocasionaram e continuam causando impactos humanos, sociais, culturais, econômicos e
2198 ambientais para a população em geral, e em especial os trabalhadores e as trabalhadoras, ao
2199 longo de toda a Bacia Hidrográfica do Rio Doce; Considerando que milhares de pessoas, após
2200 um ano do rompimento da barragem, continuam sem água potável ou em contato com os
2201 rejeitos e que muitas pessoas, inclusive crianças e idosos, continuam com problemas de
2202 acesso a água de qualidade e ou estão adoecendo devido o contato com a lama e ou consumo
2203 de água contaminada; Considerando que entre as vítimas que sofreram e continuam sofrendo
2204 danos por causa do rompimento da barragem estão trabalhadores da Samarco e das empresas
2205 terceirizadas, incluindo os que estão atuando nas obras de recuperação; Considerando que
2206 ademais, foram afetados os trabalhadores envolvidos no resgate, salvamento, assistência e
2207 atendimento às vítimas, além de artesãos, envolvidos com o turismo regional, agricultores
2208 familiares, pequenos produtores, fazendeiros, pescadores artesanais, faiscadores e
2209 trabalhadores das comunidades tradicionais e dos povos indígenas; Considerando que o
2210 Decreto de Requisição Administrativa do Governo de Minas Gerais, que dispõe sobre a

2211 concessão de terrenos em Bento Rodrigues para que a mineradora Samarco construa o Dique
2212 4 e alagar o distrito; Considerando que o acordo firmado pelos Governos Federal, do estado de
2213 Minas Gerais e do estado do Espírito Santo com a Samarco, que cria a Fundação da Renova e
2214 dá às mineradoras o poder de definir quem são, como indenizar os atingidos e como e onde
2215 serão feitas as medidas reparadoras; Considerando a inobservância dos direitos humanos
2216 básicos e a criminalização dos movimentos sociais que lutam para que a Samarco respeite os
2217 direitos dos atingidos e das atingidas; Considerando a remoção dos três promotores da Força
2218 Tarefa do Ministério Público de Minas Gerais que estavam investigando o rompimento da
2219 barragem de Fundão, com atuação positiva em defesa dos direitos dos atingidos e das
2220 atingidas; Considerando que o fornecimento de água para a população das áreas atingidas
2221 pelo acidente é impróprio para consumo humano. **Recomenda ao Governo Federal, ao**
2222 **Governo do Estado de Minas Gerais, ao Ministério Público Federal, a Justiça Federal, ao**
2223 **Governo do Estado do Espírito Santo, ao Governo Municipal da Cidade de Mariana e os**
2224 **Ministérios Públicos de Minas Gerais e do Espírito Santo que adote as medidas cabíveis**
2225 **para: 1) Paralisar imediatamente a construção do Dique 4 em Bento Rodrigues, visto que o**
2226 **mesmo visa garantir a expansão minerária e não a contenção de lama da barragem; 2) Tombar**
2227 **a cidade de Bento Rodrigues como monumento histórico nacional; 3) Proibir permanentemente**
2228 **a construção de novas barragens de rejeitos a montante, inclusive as já aprovadas pelos**
2229 **órgãos governamentais; 4) Criar uma Força Tarefa Intersetorial, incluindo o SUS com toda a**
2230 **sua complexidade, como a saúde do trabalhador, o meio ambiente e a atenção primária, além**
2231 **de universidades, representantes dos trabalhadores, controle social e outros representantes da**
2232 **sociedade civil; 5) Articular com instituições de fiscalização e inspeção de barragens, com**
2233 **interdição de todas com riscos e/ou falta de documentos; 6) Garantir a responsabilização cível**
2234 **e penal dos proprietários de barragens abandonadas; 7) Proibir ou restringir a construção de**
2235 **barragens de rejeitos, caso exista povoamento em um raio mínimo de 10 quilômetros à jusante**
2236 **(abaixo); 8) Acompanhar a população exposta à lama com análise prospectiva da situação de**
2237 **saúde e trabalho dos municípios afetados.” Deliberação: o Plenário aprovou, com adendo**
2238 **(“envolver também MP de MG e MP do ES e justiça federal”) e uma abstenção, a**
2239 **recomendação. Por fim, conselheiro Geordeci Menezes de Souza informou que durante do**
2240 **Encontro foi lançada a cartilha da CISTT. Conselheira Maria Laura Carvalho Bicca**
2241 **cumprimentou a CISTT pela realização do encontro e sugeriu a elaboração de nota de**
2242 **agradecimento ao governo do Estado do Maranhão e ao CEREST Estadual pela realização do**
2243 **Encontro. Deliberação: o Plenário decidiu que deverá ser redigida nota de agradecimento**
2244 **ao governo do Estado do Maranhão e ao CEREST Estadual pela realização do Encontro.**
2245 **Na sequência, o coordenador da mesa fez a leitura do texto da minuta de moção repúdio**
2246 **relativa à proposta de planos acessíveis de saúde. A proposta foi elaborada conforme**
2247 **deliberação no item “Radar”. O texto é o seguinte: “O Plenário do Conselho Nacional de Saúde,**
2248 **na sua Ducentésima Octogésima Oitava Reunião Ordinária, realizada nos dias 08 e 09 de**
2249 **dezembro de 2016, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro**
2250 **de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho**
2251 **de 2006, cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988,**
2252 **da legislação brasileira correlata; e Considerando que a saúde é um direito fundamental do ser**
2253 **humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício,**
2254 **conforme prevê o art. 196 da Constituição Federal de 1988; Considerando que a Lei nº**
2255 **8.142/1990 dispõe que o CNS, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado**
2256 **composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e**
2257 **usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na**
2258 **instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões**
2259 **serão homologadas pelo chefe do poder legitimamente constituído em dada esfera do governo;**
2260 **Considerando que a Lei nº 8.080/1990 determina a participação do sistema privado de forma**
2261 **complementar e define como princípios norteadores do SUS a universalidade, a integralidade,**
2262 **a igualdade da assistência à saúde e a organização dos serviços públicos de modo a evitar**
2263 **duplicidade de meios para fins idênticos; Considerando que não cabe ao Estado brasileiro**
2264 **promover o setor privado mas sim regular o mercado a partir da Agência Nacional de Saúde e**
2265 **demais dispositivos do controle social; Considerando que os recursos públicos da Seguridade**
2266 **Social têm sido constantemente retirados por medidas como isenções fiscais aos serviços e**
2267 **planos privados de saúde e pela desvinculação de Receitas da União, o que tem sucateado o**
2268 **SUS e fortalecido o sistema financeiro; Considerando que os recursos para o financiamento do**
2269 **SUS são insuficientes e há previsão de perdas ainda mais elevadas por meio da PEC 241/PEC**
2270 **55, que trata da desvinculação de receitas e estabelecimento de tetos orçamentários;**

2271 Considerando que a Portaria nº 1.482, de agosto de 2016, que prevê a discussão e elaboração
2272 de projeto de Plano de Saúde Acessível, fere os princípios constitucionais da política de saúde
2273 brasileira e reforça o setor privado; Considerando a Resolução CNS n.º 534, de 19 de agosto
2274 de 2016, que se posiciona contrário a qualquer proposta de criação de Planos de Saúde a
2275 exemplo do Grupo de Trabalho para discussão e elaboração de projeto de Plano de Saúde
2276 Acessível. Vem a público: Externar repúdio ao Ministério da Saúde: Pelo não cumprimento dos
2277 prazos e responsabilidades constantes na Portaria Ministerial n.º 1.482, de 04 de agosto de
2278 2016, que instituiu Grupo de Trabalho para discutir projeto de Plano Acessível de Saúde, já
2279 que, conforme o artigo 4º da referida Portaria, este Grupo de Trabalho “teria prazo máximo de
2280 duração de 60 (sessenta) dias, podendo ser prorrogado uma única vez por igual período”.
2281 Neste sentido, o Grupo de Trabalho deveria apresentar seu Relatório Final até dia 04 de
2282 dezembro de 2016, o que não ocorreu até a presente data; Pela não homologação da
2283 Resolução CNS n.º 534, de 19 de agosto de 2016, que se posiciona contrário a qualquer
2284 proposta de criação de Planos de Saúde a exemplo do Grupo de Trabalho para discussão e
2285 elaboração de projeto de Plano de Saúde Acessível; e Externar repúdio à Agência Nacional de
2286 Saúde Suplementar (ANS) pela ausência de discussão sobre o projeto de Planos Acessíveis
2287 de Saúde na Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS), mesmo após requerimentos feitos pela
2288 representante do Conselho Nacional de Saúde e pela Mesa Diretora.” **Deliberação: a moção
2289 de repúdio foi aprovada com um voto contrário.** Em seguida, foi feita a leitura da minuta de
2290 moção de apoio à Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS, SGETS/MS e Embaixada
2291 Cubana. A proposta foi elaborada conforme deliberação no item 3 da pauta – Radar. O texto é
2292 o seguinte: “O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua XXXX Reunião Ordinária,
2293 realizada nos dias 08 e 09 de dezembro de 2016, no uso de suas competências regimentais e
2294 atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28
2295 de dezembro de 1990 e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, considerando que: De
2296 2013 até hoje, o Programa Mais Médicos para o Brasil vem cumprindo um importante papel
2297 para implementação do Sistema Único de Saúde - SUS com seus eixos de provisão, formação
2298 e infra estrutura. Com este programa foi possível contratar até o momento 18.240 médicas e
2299 médicos, beneficiando 63 milhões de pessoas em 4.058 municípios de todo o país. Destes
2300 profissionais, mais de 60% são médicos oriundos da cooperação entre Brasil e Cuba, mediado
2301 pela Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS. O Mais Médicos vem possibilitando a
2302 democratização do acesso ao SUS, a ampliação da Atenção Básica, a superação gradativa
2303 dos vazios assistenciais e da concentração de médicos nas capitais e grandes cidades. O
2304 programa tem levado profissionais médicos para as periferias das grandes cidades,
2305 comunidades rurais e indígenas, municípios do interior do país, lugares estes que não
2306 conseguem fixar médicos brasileiros. No momento em que encerra o período de 3 anos de
2307 permanência no país dos primeiros médicos cooperados, e que estes médicos e médicas de
2308 Cuba voltam ao seu país, o Conselho Nacional de Saúde manifesta-se pelo apoio ao Programa
2309 Mais Médicos, no formato em que foi concebido e vem sendo implementado, principalmente
2310 por meio da cooperação entre os governos Brasileiro e Cubano, mediado pela OPAS, no
2311 sentido de: 1) expressar o mais profundo agradecimento aos mais de 11 (onze) mil médicos e
2312 médicas cubanas, que até o momento prestaram atendimento à saúde da população brasileira,
2313 nos mais longínquos lugares deste Brasil ainda tão desigual; 2) solicitar aos responsáveis pela
2314 cooperação Brasil – Cuba nos termos do Programa Mais Médicos, que seja assegurada a
2315 permanência de médicos e médica cubanas no Brasil”. Após a leitura, foram apresentadas as
2316 seguintes considerações: o texto deve dialogar com a denúncia feita e acrescentar questões
2317 que tratem do Programa como um todo e não provimento emergencial; elaborar outro
2318 documento com agradecimento à Embaixada Cubana e à OPAS e fazer a entrega em reunião
2319 do CNS; e elaborar documento sobre o programa como um todo. **Deliberação: o Plenário
2320 aprovou, com um voto contrário, o mérito da minuta apresentada e decidiu que o texto
2321 servirá de subsídio para elaboração da redação final. Entrega de documentos da
2322 Articulação Nacional de Luta contra a AIDS ao Ministério da Saúde - Conselheiro Moysés
2323 Toniolo entregou formalmente ao Conselho três documentos da Articulação de luta contra a
2324 AIDS. Deliberação: pautar no item “Radar” da reunião ordinária do mês de janeiro de
2325 2017 informe sobre a situação da epidemia de AIDS no Brasil e ações para 2017
2326 (convidar representante do Departamento de Doenças Transmissíveis do MS). Os
2327 conselheiros também fizeram homenagem à conselheira Semiramis Maria Amorim Vedovatto
2328 que não mais comporia o Conselho. **INDICAÇÕES - 1)** Conforme Portaria nº 2.837, de 1º de
2329 dezembro de 2011, proceder indicação de 02 (dois) novos representantes - titular e suplente -
2330 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), prioritariamente do segmento LGBT para composição**

2331 do Comitê Técnico de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
2332 (Comitê Técnico LGBT). O Comitê custeará as passagens e tem diárias no valor atual de
2333 R\$ 224,20 (duzentos e vinte quatro reais e vinte centavos) para as suas reuniões. **a) Titular:**
2334 conselheira **Heliana Neves Hemetério dos Santos**; e **b) Suplente: Tathiane Aquino de**
2335 **Araújo.** **2)** A Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa, em parceria com OPAS/OMS e
2336 ICICT/FIOCRUZ realiza o XI Colegiado de Coordenadores de Saúde da Pessoa Idosa,
2337 Seminário Nacional do IV Mapeamento de Experiências Exitosas de Gestão Pública no Campo
2338 do Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa e I Mapeamento de Experiências de Excelência
2339 no Cuidado à Pessoa Idosa no Contexto domiciliar e convida o Conselho Nacional de Saúde
2340 para participar da Mesa de Abertura e nas discussões com os gestores durante as atividades.
2341 Data: 12 a 14 de dezembro de 2016. Local: Brasília/DF. Não houve indicação. **3) Fórum Social**
2342 **das Resistências.** Data: 17 a 21 de janeiro de 2017. Local: Porto Alegre/RS. **Indicação:**
2343 coordenadoras da CISMU (**Carmem Lúcia e Alessandra Ribeiro**) e coordenadores da CISV
2344 (**Fernando Pigatto, Oriana Bezerra e Artur Custódio**) e membros da Mesa Diretora do CNS.
2345 **REPRESENTAÇÕES EXTERNAS DO CNS – 1) PRONON e PRONAS/PCD. Deliberação:**
2346 **confirmada a indicação provisória do conselheiro Antonio Muniz da Silva. 2) COMITÊ**
2347 **NACIONAL DE ENFRENTAMENTO AO TRÁFICO DE PESSOAS - CONATRAP -** O Comitê
2348 Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas agradeceu as indicações das conselheiras
2349 Maria Laura e Carmem Lucia, entretanto, solicitou que os representantes do CNS sejam do
2350 segmento do governo. Dessa forma, orienta uma nova indicação para permitir que seja mantida
2351 a paridade no referido Comitê. **Encaminhamento: a SE/CNS verificará como se dá a**
2352 **composição do Comitê e informará no próximo Pleno do CNS, para definição a respeito.**
2353 **ITENS EXTRAS - GT do CNS para debater a atenção básica e apresentar diretrizes para o**
2354 **processo de revisão da atenção básica. Encaminhamento: o Plenário decidiu que o GT**
2355 **será composto na reunião ordinária do mês de janeiro de 2017. Informe -** Falecimento da
2356 ex-conselheira nacional de saúde, Rosângela Santos, representante da FARBRA. O Plenário
2357 fez um minuto de silêncio em memória ao trabalho da conselheira no controle social e decidiu
2358 que será enviada nota de pesar aos familiares e à entidade que ela representava.
2359 **ENCERRAMENTO –** Nada mais havendo a tratar, conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**,
2360 da Mesa Diretora do CNS, encerrou a 288ª Reunião Ordinária desejando boas festas a todos.
2361 Estiveram presentes os seguintes conselheiros e conselheiras no segundo dia de reunião:
2362 *Titulares – André Luiz de Oliveira*, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil- CNBB;
2363 **Antônio Pitol**, Pastoral da Saúde Nacional; **Artur Custódio Moreira de Sousa**, Movimento de
2364 Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN); **Carmen Lucia Luiz**, União
2365 Brasileira de Mulheres – UBM; **Carolina Abad**, Federação Brasileira de Instituições
2366 Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama – FEMAMA; **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**,
2367 Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA; **Dalmare**
2368 **Anderson Bezerra de Oliveira Sá**, Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG;
2369 **Edmundo Dzuaiwi Omere**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira
2370 (COIAB); **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Ensino em
2371 Fisioterapia – ABENFISIO; **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem –
2372 ABEn; **Geordeci M. Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **Jani Betânia Souza**
2373 **Capiberibe**, Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical;
2374 **Juliana Acosta Santorum**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura –
2375 CONTAG; **Luiz Alberto Catanocce**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos
2376 da Força Sindical – SINDNAPI; **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de
2377 Trabalhadores – NCST; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes
2378 Sociais (FENAS); **Moyses Toniolo de Souza**, Articulação Nacional de Luta Contra a Aids –
2379 ANAIDS; **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Nelson Augusto Mussolini**,
2380 Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Nilton Pereira Júnior**, Associação Brasileira de
2381 Saúde Coletiva – ABRASCO; **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul –
2382 ARPINSUL; **Sônia Aparecida Pereira**, Rede Nacional Lai Lai Apejo; **Wanderley Gomes da**
2383 **Silva**, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; e **Wilén Heil e Silva**,
2384 Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). *Suplentes - Adriano*
2385 **Macedo Félix**, Associação Nacional de Grupos de Pacientes Reumáticos – ANAPAR; **Agleilde**
2386 **Arichele Leal de Queirós** (Liu Leal), Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES;
2387 **Alexandre Fonseca Santos**, Ministério da Saúde; **Antonio César Silva Mallet**, Ministério da
2388 Saúde (MS); **Cláudia Vieira Carnevalle**, Nova Central Sindical dos Trabalhadores – NCST;
2389 **Deise Araújo Souza**, Confederação Nacional do Comércio – CNC; **Elionice Conceição**
2390 **Sacramento**, Movimento dos Trabalhadores Sem Terra – MST; **Fernando Zasso Pigatto**,

2391 Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Gerlane Baccarin**,
2392 Ministério da Saúde; **Gilene José dos Santos**, Sindicato Nacional dos Aposentados,
2393 Pensionistas e Idosos da Força Sindical – Sindnapi; **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**,
2394 Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; **Ivone Martini de Oliveira**, Conselho
2395 Federal de Enfermagem – COFEN; **Joana Batista Oliveira Lopes**, Federação Nacional dos
2396 Odontologistas - FNO; **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores
2397 do Brasil – CGTB; **José Arnaldo Pereira Diniz**, Federação Interestadual dos Odontologistas –
2398 FIO; **José Eri de Medeiros**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde –
2399 CONASEMS; **Jupiara Gonçalves de Castro**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores
2400 Técnicos Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil – FASUBRA;
2401 **Karla Larica Wanderley**, Ministério da Saúde; **Maria Ângela Dantas Lira**, Associação
2402 Brasileira de Autismo – ABRA; **Maria Angélica Zollin de Almeida**, Federação Nacional dos
2403 Médicos Veterinários – FENAMEV; **Maria das Graças Silva Gervásio**, Conferência Nacional
2404 dos Bispos do Brasil – CNBB; **Mariana Carvalho Pinheiro**, Ministério da Saúde; **Paulo de**
2405 **Tarso Ribeiro de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Semiramis Maria Amorim Vedovatto**,
2406 Conselho Federal de Psicologia (CFP); e **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da Criança.