



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

1

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 “Omilton 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, cumprimentando 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 **Zaíra 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

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

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

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

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

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

práticas e estágios, conforme preconizam as DCNs e a Resolução CNS/MS Nº 350/2005; 2) amplie a carga-horária total do curso (diurno) que, inclusive, apresenta divergências nos diversos documentos apresentados, de forma a contemplar maior número de horas para atividades práticas em estágios na rede instalada de saúde do SUS, a fim de formar profissionais mais alinhados ao sistema público de saúde, o que é extremamente importante para a região; e 3) explicite em seu PPC como se dará a inserção dos alunos na rede de saúde do SUS, física e numericamente, desde o início do curso, conforme preconizam as DCNs e a Resolução CNS/MS nº 350/2005. **2) Referência: Processo Nº 201418318. Interessado: Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ).** Campus Centro-Oeste (CCO). Dona Lindu - Divinópolis/MG. Curso: Renovação do Reconhecimento do curso de Bacharelado em Medicina. Parecer: satisfatório com recomendações. Recomenda-se, para o próximo ciclo avaliativo, que a IES: 1) apesar de o curso apresentar articulação da IES com a rede de saúde do SUS e o Relatório de Avaliação da visita in loco do INEP afirmar que a IES mantém vários convênios hospitalares, nenhum Termo de Convênio/Cooperação Técnica e/ou COAPES foi disponibilizado via Sistema e-MEC. Recomenda-se à instituição, para os próximos ciclos avaliativos, anexar ao processo Termos de Convênio/Cooperação Técnica e/ou COAPES, via Sistema e-Mec; 2) Apesar de o PPC do curso demonstrar compromisso com o diálogo entre docentes, estudantes e sociedade, recomenda-se à IES, para os próximos ciclos avaliativos, estruturar melhor seu Núcleo Docente Estruturante – NDE, incluindo a participação dos estudantes nas discussões; 3) A carga horária do Internato em Medicina de Família (440 horas) e do Internato em Traumatologia (374 horas) corresponde a 25,6% da carga horária prevista para o internato médico. Recomenda-se que no mínimo 30% (trinta por cento) da carga horária prevista para o internato médico da Graduação em Medicina seja desenvolvida na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS conforme Art. 25 § 3º das Diretrizes Curriculares Nacionais de Medicina de 2014. Essa e outras adequações curriculares devem ser implantadas até 31 de dezembro de 2018 conforme determinam as DCNs de 2014. 4) O curso de graduação em medicina conta atualmente com 54 docentes, número inferior ao verificado na renovação de reconhecimento do curso em 2014, quando o curso possuía 76 docentes. Recomenda-se atenção ao quantitativo do corpo docente de forma a garantir a implementação do PPC, a adequação às Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014 e a supervisão dos estudantes em campos de prática fora da sede do curso. 5) Recomenda-se estímulo ao fortalecimento da produção científica socialmente relevante, voltada para as necessidades da população e para o desenvolvimento tecnológico da região, conforme determina a Resolução CNS/MS nº. 350/2005. 6) Recomenda-se desenvolvimento pleno das competências do NAPE (Núcleo de Apoio Pedagógico) de forma a cobrir todas as áreas temáticas do curso. 7) Recomenda-se a adequação da infraestrutura da sala da coordenação do curso de forma a garantir a necessária privacidade para o atendimento individual, tanto de discentes como de docentes e/ou de serviços técnico-administrativos. **Deliberação: aprovados os dois pareceres satisfatórios com recomendações, elaborados pela CIRHRT.** Em seguida, a coordenadora-adjunta apresentou os seguintes informes: 1) a assessoria técnica da CIRHRT agendará uma reunião com o CNE, em que participarão integrantes da Mesa Diretora e Coordenadores da CIRHRT, para buscar aproximação/interlocução, inclusive na temática das DCNs da saúde; 2) a assessoria de comunicação do CNS publicará no site CNS nota sobre o início dos trabalhos do GT das DCNs; 3) será enviado Ofício-Circular às Associações de Ensino das profissões da saúde informando a publicação da Resolução nº. 515/2016, que cria o GT das DCNs, e o início dos trabalhos do Grupo, solicitando divulgação às instituições de ensino; e 4) o CNS recebeu, para análise, via Sistema e-Mec, processos de dois cursos de Autorização de Enfermagem. Além desses informes, a coordenadora informou que há 24 processos para análise da CIRH, portanto, será necessário realizar duas reuniões da Comissão. **Deliberação: o Plenário aprovou as datas das duas primeiras reuniões ordinárias da CIRHRT de 2017, em função dos prazos para análise e apresentação dos pareceres de processos de autorização e reconhecimento de cursos (24 em lista de espera até aquele momento), sendo: 173ª RO/CIRHRT em 1º e 2 de fevereiro (12 processos) e 174ª RO/CIRHRT em 6 e 7 de março (12 processos).** Além disso, o Pleno definiu que: a assessoria técnica da CIRHRT agendará uma reunião com o Conselho Nacional de Educação, da qual participarão integrantes da Mesa Diretora do CNS e coordenação da CIRHRT, para buscar aproximação/interlocução, inclusive na temática das DCNs da saúde; a assessoria de comunicação do CNS publicará no site CNS nota informando o início dos trabalhos do GT das DCNs; será enviado ofício-circular às 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 Omoré**, 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 de  
1264 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 **Wilen 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 Omoré** 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 vazio deixado pela FUNAI em algumas questões sobrecarregava 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** salentou 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 CASAIS 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 **Intersetorial 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 Intersetorial 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 Intersetorial 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 providências. **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 Conferencia: 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; **Arionaldo 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 Atenção Básica de Saúde. FNS/SCTIE: PLOA 2017 x dotação atualizada 2016 (31/08) – variações negativas: 211V - Implantação de Unidades da Rede Própria do Programa Farmácia Popular do Brasil; 20YS - Manutenção e Funcionamento do Programa Farmácia Popular do Brasil pelo Sistema de Copagamento; 20YR - Manutenção e Funcionamento do Programa Farmácia Popular do Brasil pelo Sistema de Gratuidade; 20K5 - Apoio ao Uso de Plantas Medicinais e Fitoterápicos no SUS; e 20AE - Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos na Atenção Básica em Saúde. FNS/SCTIE: PLOA 2017 x dotação atualizada 2016 (31/08) - variações nulas – 20YQ - Apoio Institucional para Aprimoramento do SUS; 2B42 - Cooperação Técnica Nacional e Internacional em Ciência e Tecnologia em Saúde; 4368 - Promoção da Assistência Farmacêutica por Meio da Aquisição de Medicamentos do Componente Estratégico; 20K3 - Avaliação e Incorporação de Tecnologias de Saúde no âmbito do SUS. FNS/SCTIE: PLOA 2017 x dotação atualizada 2016 (31/08) - variações positivas: 20AH - Organização dos Serviços de Assistência Farmacêutica no SUS; 4705 - Apoio Financeiro para Aquisição e Distribuição de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; 6146 - Pesquisa em Saúde e Avaliação de Novas Tecnologias para o SUS; 20K4 - Apoio ao Sistema de Ética em Pesquisa com Seres Humanos; 8636 - Inovação e Produção de Insumos Estratégicos para a Saúde; e 20K7 - Apoio à Modernização do Parque Produtivo Industrial da Saúde. FNS/SGTES: PLOA 2017 x dotação atualizada 2016 (31/08) - variações negativas e positivas. Negativas: 212H - Pesquisa e Desenvolvimento nas Organizações Sociais; e 20YQ - Apoio Institucional para Aprimoramento do SUS; Positivos: 20YD - Educação e Formação em Saúde; e 214U - Implementação do Programa Mais Médicos. FNS/SE: PLOA 2017 x dotação atualizada 2016 (31/08) – variações negativas – 2000 - Administração da Unidade - ASPS - Discricionária – SAA; 216H - Ajuda de Custo para Moradia ou Auxílio-Moradia a Agentes Públicos - não ASPS - Discricionária - SAA/CGESP; 7666 - Investimento para a Qualificação da Atenção à Saúde e Gestão do SUS - ASPS - Discricionária – SE; 8715 - Preservação, Organização, Disseminação e Acesso ao Conhecimento e ao Patrimônio Cultural da Saúde - ASPS - Discricionária – SAA. FNS/SE: PLOA 2017 x dotação atualizada 2016 (31/08) - variações nulas - 20AB - Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios para Execução de Ações de Vigilância Sanitária - ASPS - Obrigatória – ANVISA; 20QG - Atuação Internacional do Ministério da Saúde - ASPS - Discricionária – AISA; 4572 - Capacitação de Servidores Públicos Federais em Processo de Qualificação e Requalificação - ASPS - Discricionária - SAA/CGESP; 4641 - Publicidade de Utilidade Pública - ASPS - Discricionária - GM/ASCOM; e 8753 - Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS - ASPS - Discricionária - SE/DEMAS. FNS/SE: PLOA 2017 x dotação atualizada 2016 (31/08) - variações positivas: 2B52 - Desenvolvimento Institucional da Gestão Orçamentária, Financeira e Contábil do Fundo Nacional de Saúde e dos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde - ASPS - Discricionária – FNS; 20YN - Sistemas de Tecnologia de Informação e Comunicação para a Saúde (e-Saúde) - ASPS - Discricionária – DATASUS; e 8648 - Desenvolvimento e Fortalecimento da Economia da Saúde e Programas de Cooperação Técnica para o Aperfeiçoamento do SUS - ASPS - Discricionária - SE/DESID. FNS/SGEP: PLOA 2017 x dotação atualizada 2016 (31/08) - variações negativas e positivas – negativas: 20YM - Ampliação das Práticas de Gestão Participativa, de Controle Social, de Educação Popular em Saúde e Implementação de Políticas de Promoção da Equidade - ASPS – Discricionária; 6182 - Fortalecimento da Ouvidoria Geral do Sistema Único de Saúde - ASPS – Discricionária; e 8708 - Fortalecimento da Auditoria do Sistema de Saúde - ASPS – Discricionária. Positivas - 2016 - Funcionamento do Conselho Nacional de Saúde - ASPS – Discricionária; e 8287 - Qualificação da Integração das Ações e Serviços de Saúde dos Entes Federativos - ASPS – Discricionária. FNS/SESAI: PLOA 2017 X dotação atualizada 2016 (31/08) - variações nulas – Negativos: 20YP - Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde Índigena - ASPS – Discricionária; e 7684 - Saneamento Básico em Aldeias Índigenas para Prevenção e Controle de Agravos - ASPS – Discricionária. FNS/SVS: PLOA 2017 x dotação atualizada 2016 (31/08) - variações negativas e nulas – Negativas: 20YJ - Fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde; e 0000 - Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios para a Vigilância em Saúde - Despesas Diversas. Nulas: 00NK - Doação à Aliança Global para Vacinas e Imunização – GAVI; 4370 - Atendimento à População com Medicamentos para Tratamento dos Portadores de HIV/AIDS e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis; 20AC - Incentivo Financeiro às Ações de Vigilância, Prevenção e Controle das DST/AIDS e Hepatites Virais; e 20YQ - Apoio Institucional para Aprimoramento do SUS. Também fez destaque de 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 oferecidos 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, **Arionaldo 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, **Arionaldo**  
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 Arionaldo 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 nº. 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, **Arionaldo 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 2016 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 **Wilen 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, **Arionaldo 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: 289<sup>a</sup> RO: 26 e 27 de janeiro; 290<sup>a</sup> RO: 16 e 17 de fevereiro; 291<sup>a</sup> RO: 9 e 10 de  
2035 março; 292<sup>a</sup> RO: 6 e 7 de abril; 293<sup>a</sup> RO: 11 e 12 de maio; 294<sup>a</sup> RO: 8 e 9 de junho; 295<sup>a</sup> RO: 6  
2036 e 7 de julho; 296<sup>a</sup> RO: 10 e 11 de agosto; 297<sup>a</sup> RO: 14 e 15 de setembro; 298<sup>a</sup> RO: 5 e 6 de  
2037 outubro; 299<sup>a</sup> RO: 9 e 10 de novembro; 300<sup>a</sup> 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: 120<sup>a</sup> RO: 24 e 25 de janeiro; 121<sup>a</sup> RO: 9 de fevereiro; 122<sup>a</sup> RO: 2 de  
2041 março; 123<sup>a</sup> RO: 30 de março; 124<sup>a</sup> RO: 4 de maio; 125<sup>a</sup> RO: 1º de junho; 126<sup>a</sup> RO: 29 de  
2042 junho; 127<sup>a</sup> RO: 27 de julho; 128<sup>a</sup> RO: 5 de setembro; 129<sup>a</sup> RO: 28 de setembro; 130<sup>a</sup> RO: 1º  
2043 de novembro; 131<sup>a</sup> RO: 30 de novembro; 132<sup>a</sup> 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 26 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 nº 7508/2011 e nº.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 15<sup>a</sup> 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 nº 2.446, de 11 de novembro de 2014; Considerando a  
2111 Portaria nº 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 saudável 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 nº 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 nº 1.755/2007, que trata da proibição de  
2133 venda de refrigerantes em escolas de educação básica; ao Projeto de Lei nº 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 nº 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 de 2016,  
2147 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 **Georaci 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 conseguiam 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, Rosangela 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 Omore**, 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 Catanoce**, 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 **Wilen 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 das Graças Silva Gervásio**, Conferência Nacional  
2403 dos Bispos do Brasil – CNBB; **Mariana Carvalho Pinheiro**, Ministério da Saúde; **Paulo de**  
2404 **Tarso Ribeiro de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Semiramis Maria Amorim Vedovatto**,  
2405 Conselho Federal de Psicologia (CFP); e **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da Criança.  
2406