



MINISTÉRIO DA SAÚDE CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

ATA DA DUCENTÉSIMA OCTAGÉSIMA NONA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - CNS

Aos vinte e seis e vinte e sete dias do mês de janeiro de dois mil e dezessete, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde “Omlton Visconde”, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar, Brasília-DF, realizou-se a Ducentésima Octogésima Nona Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS. A mesa de abertura foi composta pelos integrantes da Mesa Diretora do CNS: conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS; **Cleoneide Paulo; Francisca Rego**; e **Geordeci Menezes de Souza**. O Presidente do CNS, **Ronald Ferreira dos Santos**, procedeu à abertura dos trabalhos, cumprimentado os presentes e os internautas que acompanhavam a reunião em tempo real. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** também saudou os presentes e desejou um feliz ano novo. Todavia, ponderou que 2017 será um ano de desafios ainda maiores principalmente no campo da saúde pública e os conselheiros terão papel importante na defesa do SUS diante de ataques. Na sequência, conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo** registrou os aniversariantes dos meses de dezembro de 2016 e janeiro de 2017. Em seguida, o Presidente do CNS apresentou os objetivos da 289ª RO: **1)** Apresentar o balanço da atuação do CNS no 1º ano do triênio 2015/2018. **2)** Assistir, debater e deliberar sobre os itens do Radar. **3)** Debater, refletir e deliberar sobre a 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde e 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres. **4)** Apreçar e aprovar os informes e indicações. **5)** Prestar homenagem aos médicos (as) intercambistas participantes da Cooperação OPAS/OMS com Cuba. **6)** Avaliar os impactos pós aprovação da PEC 55 e propor ações de enfrentamento dos desafios pelo controle social. **7)** Possibilitar o debate e a reflexão acerca de temáticas de interesse do controle social e estimular a capacitação dos conselheiros e servidores. **8)** Compreender a nova regra proposta pela Medida Provisória 754/2016 e avaliar as consequências para o acesso aos medicamentos. **ITEM 1 – EXPEDIENTE - Aprovação da pauta da R.O. 289ª e da Ata da 288ª Reunião Ordinária do CNS. Justificativas de ausência. Apresentação:** conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS. **JUSTIFICATIVAS DE AUSÊNCIA –** Enviaram justificativas previamente: **Adriano Félix; André Luiz de Oliveira; Heliana Neves Hemeterio dos Santos; Jani Betânia Souza Capiberibe; Maria Zenó Soares da Silva; Nilton Pereira Junior; e Shirley Marshal Diaz Morales. Aprovação da pauta da R.O. 289ª –** O Presidente do CNS fez a leitura da pauta da reunião e foram apresentadas as seguintes solicitações: incluir informe no Radar sobre o “Dia Mundial de Luta Contra a Hanseníase 2017; e incluir informe sobre o dia de visibilidade trans. **Deliberação: a pauta foi aprovada com inclusão de informe sobre o “Dia Mundial de Luta Contra a Hanseníase 2017.** Conselheiro **Willen Heil e Silva** sugeriu ampliar a homenagem aos profissionais intercambistas como um todo e não restringir apenas aos médicos. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** explicou que naquela reunião seria feita homenagem à Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS e à Embaixada de Cuba pela cooperação no Programa, mas futuramente poderia ser feita homenagem aos profissionais intercambistas. **Aprovação da Ata da 288ª Reunião Ordinária do CNS.** O Presidente do CNS colocou em apreciação da ata da 288ª RO enviada com antecedência aos conselheiros. **Deliberação: a ata da 288ª RO foi aprovada por unanimidade. ITEM 2 – BALANÇO DA ATUAÇÃO DO CNS NO 1º ANO DO TRIÊNIO 2015/2018 –** A mesa foi composta pelos seguintes integrantes da Mesa Diretora do CNS: conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**; conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**; conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**; conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS; e conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**. O Presidente do CNS fez uma apresentação do balanço da atuação do CNS no 1º ano do mandato (triênio 2015/2016). Iniciou explicando que em 2016 foram realizadas doze reuniões ordinárias e uma extraordinária com destaque para os debates dos seguintes temas: **a)** pauta permanente: Combate à Dengue/*Aedes aegypti*; **b)** Diretrizes Curriculares Nacionais; **c)** Sistema de Justiça Brasileiro e o Direito à Saúde; **d)** Eleições Municipais 2016; **e)** Deliberação sobre a realização das Conferências Nacionais de Saúde das Mulheres e Vigilância em Saúde; e **f)** Crise Política e as ameaças do SUS, a Democracia participativa e ao estado de direito. Em relação às deliberações, destacou: a aprovação das Diretrizes, Propostas e Moções deliberadas pelas Delegadas e Delegados

da 15ª Conferência Nacional de Saúde; a reestruturação e recomposição de comissões intersetoriais (45 Reuniões realizadas em 2016); entrega da Resolução CNS nº 507/2016 à Presidência da República; aprovação do Manifesto em Defesa do SUS; realização da 286ª Reunião Ordinária do CNS na Câmara dos Deputados (primeira vez) - ocupação desse espaço em defesa do SUS; convocação da 2ª Conferência de Saúde da Mulher, da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde e da 1ª Conferência Livre de Comunicação em Saúde; e aprovação do Plano Nacional de Saúde – 2106-2019. Explicou que os debates em 2016 resultaram na aprovação de 33 resoluções com destaque para as seguintes: 534, de 19 de agosto de 2016, em que o CNS se posiciona contrário à PEC 241 e demais medidas que visem reduzir os investimentos públicos em saúde e contrário a qualquer proposta de criação de planos de saúde acessível; 515, de 7 de outubro de 2016, em que o CNS se posiciona contrário à autorização de todo e qualquer curso de graduação da área da saúde, ministrado na modalidade Educação a Distância (EaD); 510, de 7 de abril de 2016, que define normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais; 509, de 7 de abril de 2016, que define prioridades do Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias para 2017 da União; 507, de 16 de março de 2016, que publica as propostas, diretrizes e moções aprovadas pelas Delegadas e Delegados na 15ª Conferência Nacional de Saúde. Além disso, explicou que foram aprovadas dezoito recomendações, com destaque para as seguintes: nº 8, de 16 de setembro de 2016, que recomenda ao Presidente da Câmara dos Deputados e à Presidência da Comissão Especial destinada a proferir parecer ao Projeto de Lei nº 6299 de 2002 - regula defensivos fitossanitários; 7, de 19 de agosto de 2016, que recomenda ao Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário - MDSA que não interrompa a entrega de alimentos às comunidades indígenas em situação de insegurança alimentar, em especial as situações relacionadas à violação do Direito Humano à Alimentação Adequada, como os acampamentos indígenas predominantes nos estados do Mato Grosso do Sul, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul; situações de grave estiagem e seca como algumas regiões do Nordeste; e em outras onde há grave situação de vulnerabilidade alimentar, como em Minas Gerais entre os Maxacalis; e nº. 5, de 19 de agosto de 2016, que recomenda ao Presidente da República a adoção de medidas corretivas pelos Ministérios responsáveis, com o objetivo de aprimorar o desenvolvimento das ações e serviços públicos de saúde no âmbito federal. Acrescentou que o Plenário do CNS aprovou onze moções em 2016 e destacou duas delas: nº. 10 – em que o CNS manifesta apoio e o mais profundo agradecimento aos mais de 11 mil médicos e médicas cubanas, que até o momento prestaram atendimento à saúde da população brasileira, nos mais longínquos lugares deste Brasil ainda tão desigual; e nº. 8, em que o CNS externa repúdio a qualquer iniciativa que tenha como objetivo derramar ainda mais veneno no ar, no solo, na água e nas nossas mesas. Lembrou que as moções aprovadas se converteram em ações importantes do Conselho no ano anterior. Também citou as seguintes ações/atividades: debate no CNS sobre trabalho decente e suas relações com a saúde; abraço “simbólico” no prédio do Ministério da Saúde pelo Dia Mundial da Saúde; realização do São João do SUS; Marcha em defesa do SUS (mais de 5.000 pessoas marcharam em Brasília no dia 6 de julho, em defesa da saúde, da seguridade e da democracia); 20ª Plenária Nacional de Conselhos de Saúde (entidades e movimentos sociais e populares, dias 24 e 25 de agosto de 2016); seminário nacional de saúde das mulheres; 7º Encontro Nacional das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT); reunião da Comissão Intersectorial de Saúde Indígena em São Gabriel da Cachoeira-AM; oficinas regionais de orçamento e financiamento - Região Nordeste 1 e Região Nordeste 2; Semana de vigília em defesa do SUS; e debates *on line*. Também apresentou outros destaques: audiência pública na Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa; acompanhamento de políticas governamentais da Casa Civil, Drª. Esther Dweck, PL 200, no dia 14 de abril de 2016; audiência Pública da Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara dos Deputados no dia 18 de maio de 2016; audiência pública sobre o financiamento do SUS – Defesa do SUS no dia 5 de julho de 2016; 64º CONEG da UNE no dia 15 de julho de 2015; audiência pública “Saúde Pública – Acesso e Financiamento”, no dia 9 de agosto de 2016; reunião com o Presidente do Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil - CFOAB nos dias 16 e 23 de agosto de 2016; reunião com a Secretária Gerlane Baccarin - SGEF no dia 5 de outubro de 2016; debate sobre a Portaria MS nº 1.482/2016 (institui grupo de trabalho para discutir Projeto de Plano de Saúde Acessível) na Câmara dos Deputados no dia 18 de outubro de 2016; audiência pública “Controle Social e a participação popular na Previdência Social, no SUS e no Sistema Único de Assistência Social - SUAS”, no dia 10 de novembro de 2016; e reunião com os presidentes de Entidades, Sindicatos e Federações. Também disse que esteve presente, representando o CNS, em mais de 35 atividades externas: visita à Mariana – MG; Fórum Social Mundial – Porto Alegre/RS; 7º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde; 12º Congresso Internacional da Rede Unida; Sala de convidados do Canal Saúde; I Encontro Nacional do Complexo Industrial e Inovação em Saúde; 22ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde - 22/05 - Oficina sobre a Incorporação de Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF-OMS); XXXII Congresso Nacional das Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS, Fortaleza/CE; 7º Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária - O SUS e seu Sistema Nacional de vigilância Sanitária, de 26 a 30 de novembro de

2016 – Salvador/BA; Seminário - 30 anos da 8ª Conferência Nacional de Saúde de Onde Participamos e pra Onde Vamos; e 14º Congresso Latino Americano de Medicina Social e Saúde Coletiva. Também citou as seguintes publicações na área de comunicação: Manual do Orçamento; Cartilha Saúde do Trabalhador; e Revista on line – CNS contra a PEC da Morte - Set/Out. Também destacou o twitter do CNS e o site, que está em construção. Fez um destaque ao Facebook do Conselho, salientando que a página saltou de 15.999 fãs, em 1º de janeiro, para 43.150 em 31 de dezembro de 2016, aumento de 274% e foram 663 postagens em 2016, entre fotos, cards, vídeos, links e transmissão ao vivo. Acrescentou que o próximo passo é o desenvolvimento do canal do CNS no Youtube. Também mostrou um gráfico com a estrutura da Secretaria Executiva do CNS explicando que é composta por apoio administrativo, assessoria de comunicação e assessoria técnica. Informou ainda que foi constituída estrutura de governança composta por Secretária-Adjunta; ponto focal na Assessoria de Comunicação; ponto focal na Assessoria Técnica; ponto focal no Apoio Administrativo; e ponto focal na Assessoria de Comunicação. Detalhou que o CNS conta com 46 funcionários, sendo: a) 27 assessores técnicos para atender: demandas legislativas (1); demandas de órgãos de controle (2); acompanhamento da execução orçamentária e financeira (1); Mesa Diretora (1); elaboração de Atas (1); Pleno e Comissões Intersetoriais (15); b) comunicação e informação (6); e c) Apoio Administrativo/Logístico/Passagem e Prestação de Contas (16). Finalizando, disse que a ideia é realizar reunião extraordinária no mês de fevereiro (indicativo: dia 15) para revisar o Planejamento do CNS para o período de 2016-2018.

Manifestações. Conselheiro **Willen Heil e Silva** saudou o Presidente do CNS pela apresentação que demonstrou a amplitude do trabalho do Colegiado e o tamanho da estrutura do Conselho. Avaliou que é preciso definir estrutura no CNS para acompanhar a execução do Plano Nacional de Saúde, a Lei Orçamentária e as interfaces do que está sendo implementado para atender o Plano. Além disso, salientou que é preciso instrumentalizar os Conselhos para realizarem acompanhamento nesse sentido. Conselheira **Clarice Baldotto** saudou os conselheiros e a Mesa Diretora do CNS pelo trabalho realizado em 2016, todavia, ressaltou que é preciso acompanhar o produto das ações (como essas ações interferem nos aspectos que se deseja modificar). Nesse sentido, solicitou que os conselheiros assumam a responsabilidade de acompanhar o Planejamento do CNS 2016-2018 para verificar se os produtos estão sendo materializados. Por fim, solicitou que a Mesa Diretora do CNS cumpra o art. 12, incisos III e IV (Competência da Mesa Diretora do CNS: “III - elaborar e encaminhar ao Plenário do CNS relatórios mensais sucintos das suas atividades, assim como submeter, anualmente, ao Plenário, relatório de gestão; e IV - responsabilizar-se pelo acompanhamento da execução orçamentária do CNS e sua prestação de contas ao Plenário”). Conselheira **Juliana Acosta Santorum** ressaltou que a atuação do CNS foi intensa em 2016, um ano marcado pelo processo de ruptura da democracia. A propósito, recordou que o Conselho foi chamado por vezes para debate no Congresso Nacional sobre os impactos das políticas na saúde. Lembrou a participação do CNS no Seminário Saúde e Ambiente e destacou a importância de retomar o debate sobre promoção da equidade e ampliação do acesso, com foco nas populações negligenciadas. Também salientou que é preciso pautar debate na Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde - CIVS e no Plenário do CNS sobre o Plano Nacional de Saneamento Rural que está em elaboração. Por fim, avaliou que é preciso debater no planejamento, previsto para fevereiro de 2017, formas para diminuir ou evitar a alienação do trabalho. O Presidente do CNS interveio neste ponto para solicitar mais brevidade nas falas, pois o expositor que iria tratar sobre o Programa Mais Médicos também faria apresentação sobre o tema na reunião da Comissão Intergestores Tripartite que acontecia naquele momento. Conselheiro **Geraldo Adão Santos**, primeiro, reconheceu a importância da produção em 2016 e salientou que em 2017 o Conselho precisa ter maior interação com os CES e CMS e abrir espaço nos meios oficiais de comunicação (Canal SUS, Voz do Brasil, emissoras de rádio e televisão estaduais) para o CNS. Conselheiro **João Donizeti Scaboli** cumprimentou o CNS pelas ações em 2016 e fez um destaque às conferências temáticas que irão ocorrer em 2017 (2ª Conferência Nacional de Saúde da Mulher e 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde). Também informou sobre a 22ª edição do Projeto Verão sem AIDS – Valorizando a Vida, em 2017, que iniciará com audiência pública na Assembleia Legislativa de São Paulo, no dia 20 de fevereiro de 2017. Destacou que nesta edição os esforços serão voltados à Recomendação 200 da OIT – sobre o HIV e a AIDS e o Mundo do Trabalho e convidou todos a participar deste evento. Conselheira **Sônia Aparecida Pinheiro Pereira** solicitou que CNS e Ministério da Saúde realizem levantamento sobre a implementação da Política de Saúde da População Negra, considerando, entre outros aspectos, o índice de mortes de pacientes por anemia falciforme. Também solicitou atenção para a Política do Povo de Axé. Conselheiro **Moyses Toniolo** saudou a Mesa Diretora do CNS pela apresentação e recordou que o CNS também participou do XIV Congresso Latino-americano de Medicina Social e Saúde Coletiva, realizado em Assunção/Paraguai. A propósito, disse que é preciso resgatar a Carta de Asunción, apresentada no Congresso, que defende os sistemas universais de saúde. Também lembrou que representara o CNS na 21ª Conferência Internacional de Aids, em Durban/África do Sul, em julho de 2016 e, na ocasião, fez uma defesa dos sistemas universais de saúde. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, informou que a Carta de

Asunción estava disponível no site do Conselho. Conselheiro **José Vanilson Torres da Silva** elogiou o trabalho do Conselho em 2016 e solicitou que o CNS provoque os órgãos de gestão para elaboração de política nacional de saúde para população de rua, lembrando a fragilidade desse segmento. Também informou que seria realizada audiência pública no Ministério Público Federal sobre as demandas da população em situação de rua e as definições seriam trazidas ao Conselho. Concluídas as intervenções, o Presidente do CNS passou aos encaminhamentos. **Deliberação: o Plenário decidiu que as propostas e os apontamentos feitos neste ponto de pauta servirão de subsídio para debate na reunião extraordinária, convocada para o dia 15 de fevereiro de 2017, que irá revisitar o Planejamento do CNS para o período de 2016-2018.** Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** informou que o calendário de reuniões da Comissão Intergestores Tripartite foi revisto e não mais coincidiria com as datas das reuniões do CNS. Também solicitou que as entidades integrantes do Conselho incluam nas suas páginas informe sobre a transmissão da reunião em tempo real e estimule a participação de internautas. **ITEM 3 – RADAR - Informes sobre o Programa Mais Médicos. Combate ao Aedes Aegypti (dengue, zika vírus, chikungunya e febre amarela) e as suas consequências. Novas regras para o funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento – UPAS.** *Coordenação:* conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**, da Mesa Diretora do CNS. **INFORMES SOBRE O PROGRAMA MAIS MÉDICOS - Apresentação: Wellington Mendes Carvalho**, diretor substituto do DEPREPS/SGTES/MS. O diretor iniciou sua explanação explicando que a manutenção do Programa Mais Médicos garante assistência a 63 milhões de brasileiros, com 18.240 médicos em 4.058 municípios e 34 Distritos Indígenas, sendo 72,8% dos municípios brasileiros atendidos. Detalhou que, em municípios menores, a estratégia assegura assistência na atenção básica. Nas cidades com até 10 mil habitantes, 48% das equipes de atenção básica são de médicos do Programa. Em 1.100 municípios, o Programa é responsável por 100% da cobertura de atenção básica. Dos 14.100 usuários entrevistados pela Universidade Federal de Minas Gerais, 81% possui baixa renda e 95% afirmaram estar satisfeitos. De 0 a 10, deram nota 8,4. Entre os indígenas, a média foi 8,7. Entre os 227 gestores entrevistados, 91% avaliaram que o Programa melhorou o serviço de saúde. Sobre a substituição dos médicos da Cooperação OPAS, explicou que, após completarem três anos, os médicos da cooperação estão sendo substituídos. Disse que 713 médicos constituíram família no Brasil e foram autorizados pelo Governo Cubano a ficarem por mais três anos. Os demais que completam três anos entre 2016 e 2017 saíram/saem do país e seus substitutos estão sendo repostos de duas formas: reposição direta da Cooperação e edital para reposição com brasileiros. Informou que brasileiros terão novas oportunidades em locais antes ocupados por cubanos, com publicação de editais de 3 em 3 meses com ofertas a brasileiros formados no Brasil ou em instituições de qualquer país. Destacou que cerca de 4 mil vagas da cooperação serão oferecidas para substituições por brasileiros em 2017 e a cooperação está mantida enquanto houver vagas que brasileiros não se interessem em ocupar. Detalhou que foram 1.390 oportunidades para brasileiros no 1º edital de substituição dos cubanos. A prioridade é para brasileiros, formados no Brasil ou com registro para atuar no Brasil: 956 locais ocupados por cubanos que já encerraram o prazo de 3 anos e com potencial para atrair brasileiros e outras 434 vagas de desistentes nos últimos dois meses. Falou sobre a fase de validação dos médicos que utilizaram as vagas, destacando que foram apenas 12 vagas remanescentes e que os brasileiros devem iniciar as atividades nos municípios até o dia 1º de fevereiro. Após o balanço, será feita segunda convocação e, em seguida, serão convocados médicos brasileiros formados no exterior. Explicou que o salário é compatível com mercado e é garantida ajuda de custo para instalação no local escolhido e especialização. Detalhou que a Bolsa-formação mensal é R\$ 11.520,00, com ajuda de custo para o médico que optar por uma vaga longe da cidade onde reside e garantia de auxílios moradia e alimentação pelos municípios mensalmente. Além disso, é oferecida especialização em Saúde da Família por uma universidade pública do Sistema UNA-SUS. Sobre a participação dos profissionais brasileiros no Programa, destacou os seguintes aspectos: a participação de profissionais brasileiros aumentou a partir de 2015, mas os resultados de 2016 apontam para um “teto” na atração de brasileiros; os dois últimos Editais ficaram com preenchimento de vagas no perfil CRM Brasil em torno de 70%; Edital de São Paulo: edital específico para o município de São Paulo, realizado em junho de 2016, com 160 vagas ocupadas por médicos com CRM: apenas 20 profissionais com CRM Brasil assumiram os postos de trabalho; e a grande diferença entre o número de inscritos e número de médicos que ocupam as vagas mostra a desistência dos médicos durante o processo de seleção, ao descobrirem em quais municípios irão atuar. Mostrou quadro com análise do perfil de migração dos médicos brasileiros do Projeto Mais Médicos para o Brasil, explicando que estudo apontou que a distância mediana é de 63 km. Da análise de 4.746 médicos com CRM das seleções de 2015, observou-se que 28% atua nos mesmos municípios onde já moravam e 14% em municípios conurbados ao da sua residência. Assim, a conclusão preliminar é: embora o Programa consiga promover o deslocamento do profissional brasileiro, este deslocamento é limitado, pois os médicos não se afastam muito das regiões metropolitanas. Falou sobre as residências em saúde, explicando que

houve aumento de 900% na oferta de bolsas de residência médica pelo Ministério da Saúde. Acrescentou que o objetivo do Pró-residência é apoiar a formação de especialistas em regiões e especialidades prioritárias para o SUS por meio da Expansão de Programas de Residência Médica (PRMs) e Multiprofissionais (PRMS). Detalhou os dois editais para o Pró-Residência: Multiprofissional - (previsão de financiamento para 600 novas bolsas); Edital nº 17 em andamento; 1.263 bolsas solicitadas; e previsão de financiamento para 600 novas bolsas; e Médica (previsão de financiamento para 400 novas bolsas). Edital encerrado; 472 bolsas solicitadas em 162 propostas; 244 aprovadas para início em 2017; e 173 vagas em análise pela CNRM. **Manifestações.** Conselheira **Juliana Santorum** solicitou maiores informações sobre a reformulação do Programa, uma vez que este processo não foi discutido no CNS. Também registrou que o Conselho defende a presença de médicos cubanos no Programa, dada a contribuição desses profissionais na assistência à saúde da população. Conselheira **Marisa Furia Silva** perguntou qual o valor da remuneração que permanece com o médico cubano e quanto é destinado ao governo de Cuba. Conselheiro **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá** perguntou sobre dois pontos: formação e expansão de universidades de medicina; e engavetamento do Programa mais Especialidades. Conselheira **Liu Leal** perguntou qual será a mudança no Programa e solicitou dados detalhados sobre a substituição dos profissionais para as equipes de atenção básica nas especificidades assentados e quilombolas. Também perguntou se a modificação está ocorrendo de modo a não ter desassistência à população. Reafirmou a importância do Programa nos três eixos e solicitou informações sobre a residência na linha da universalização e o processo de graduação. Na questão do provimento, disse que é fundamental trazer mais elementos em relação à residência multiprofissional, pois a quantidade de vagas disponibilizada é insuficiente para qualificar profissionais em condição de equipe para atuar no SUS. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** lembrou que no radar são apresentados dados gerais e informações específicas podem ser solicitadas, inclusive por escrito, às áreas do Ministério da Saúde. Conselheiro **Luiz Aníbal Vieira Machado** reafirmou a importância do Programa e fez os seguintes questionamentos: há contrato com município? Foram definidos valores? Serão enviados mais médicos para os municípios? Conselheiro **José Arnaldo Pereira Diniz** manifestou preocupação com novas oportunidades no Programa e perguntou se será feito estudo (dentro das 4 mil vagas que serão oferecidas). Manifestou preocupação com a substituição dos profissionais e quis saber se será feito estudo sobre quanto tempo esse médico permanecerá no local, haja vista a preocupação com a perda de vínculo da comunidade com o profissional. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** salientou que o Radar provoca reflexão sobre o problema e sugeriu pautar debate sobre o impacto e as mudanças que estão ocorrendo, em termos de indicadores e qualidades com a presença desses médicos nos municípios. Também perguntou se será pensado programa que contemple outros profissionais de saúde para regiões longínquas. Conselheiro **Arilson da Silva Cardoso** disse que o Conasems considera vitoriosa a implantação do Programa mais Médicos no país e fez referência ao dado que 91% dos gestores municipais consideraram positiva a implantação (é preciso, inclusive, fazer análise do percentual que não considera a iniciativa positiva). Como desafio, disse que é preciso rever o intervalo entre a saída do médico e a chegada de outro (média 60 dias), dado o prejuízo para a comunidade. A esse respeito, sugeriu a troca gradual dos profissionais e não todos ao mesmo tempo. Também manifestou preocupação com o passo seguinte do Programa que é “as especialidades”. Conselheiro **Danilo Aquino Amorim** ponderou que a participação de brasileiros no Programa tem aumentado, mas ainda há críticas à transparência dos editais, segundo o entendimento que a pontuação não é um processo transparente. Também destacou a mudança no mercado de trabalho dos médicos e frisou que é preciso debater as questões relativas às condições de trabalho e a precarização. Além desse tema, salientou que a importância de debater a necessidade de estruturação de política de recursos humanos na área da saúde, pois o Programa se propõe a provimento emergencial. Ressaltou também a importância de estimular a residência médica, haja vista o descompasso entre o número de médicos formados e a oferta de residência. Acrescentou que a expansão das escolas médicas é um ponto importante e precisa ser debatido, com foco na expansão das escolas privadas e impacto em dois pontos: perfil das escolas ligadas aos complexos de educação internacional, gerando processo de mercantilização; e o público dessas instituições (formam-se aqueles que podem pagar em média R\$ 7 mil de mensalidade). **Retorno da mesa.** O diretor substituto do DEPREPS/SGTES/MS, **Wellington Mendes Carvalho**, respondeu aos questionamentos do Plenário, destacando os seguintes aspectos: está em debate na CIT, para pactuação, a revisão da Portaria nº. 30, que trata de valores de contrapartida de Estados e Municípios no que se refere ao Programa mais Médicos e acolhimento dos médicos da cooperação pelos Estados; ao longo dos três anos do Programa, houve expansão de 5.600 vagas de graduação em Medicina, maior parte nas universidades públicas e uma parte direcionada a instituições privadas. No caso das instituições privadas, houve mudança da lógica - o MS e MEC passaram a direcionar onde se quer a abertura de novas vagas de medicina em instituições privadas (houve atraso nesse processo, por conta de contestação, mas já foi liberado); a expansão direcionada (onde é prioritário para o SUS considera prioritário) da residência médica e multiprofissional é uma prioridade, sem esquecer que financiamento é uma responsabilidade

compartilhada entre Estados e Municípios; pode ser apresentado estudo a respeito das populações específicas no Programa; o Ministério da Saúde financia estudos sobre o Programa e pode ser apresentado resultado no próximo radar; os critérios de seleção, pontuação, desempate estão contemplados no edital publicado no Diário Oficial da União, sendo asseguradas instâncias de recurso e são consideradas as determinações da Lei de Acesso à informação. Será feita melhoria sobre a forma como os dados são disponibilizados no Sistema; e o processo seletivo demanda tempo, todavia, 60 dias para seleção nacional não é um prazo longo, mas há esforços para tentar diminuir. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** destacou que poderia ser feita apresentação, em um ponto fora do Radar, com a presença de representantes da SGTES e da SAS, sobre as mudanças que estão ocorrendo, em termos de indicadores, com o Programa mais Médicos. Conselheiro **Arilson da Silva Cardoso** interveio para explicar que o município, ao aderir ao Programa, deve cumprir a portaria específica que disciplina o auxílio moradia e alimentação. Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** explicou que a pactuação na CIT visa fazer reajuste de 10% no valor definido na portaria. Conselheira **Marisa Furia Silva** perguntou qual o valor recebido pelo médico cubano. O diretor substituto do DEPREPS/SGTES/MS, **Wellington Mendes Carvalho**, explicou que o Brasil fez convênio com o governo de Cuba e o médico cubano possui vínculos trabalhistas com o governo do seu país. Sendo assim, o governo brasileiro não interfere nesta relação. Conselheiro **Moysés Toniolo** explicou que o MEC possui análise sobre o Programa – avanços e desafios e sugeriu pautar no CNS. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** explicou que foi realizada reunião entre o MS e MEC e foram definidas várias ações no sentido de aprimorar interlocução entre MEC e MS, além de ação de realinhamento.

COMBATE AO AEDES AEGYPTI (DENGUE, ZIKA VÍRUS, CHIKUNGUNYA E FEBRE AMARELA) E AS SUAS CONSEQUÊNCIAS - Apresentação: **Tatiana Azara**, tecnóloga do MS, da Coordenação e Controle para o Enfrentamento da Dengue, Chikungunya e Zika /SVS/MS; **Júnia Queiroga**, SAS/MS; e **Renato Alves**, Unidade Técnica de Vigilância das Doenças de Transmissão Vetorial - UVTV/CGDT/SVS/MS. A tecnóloga do MS, da Coordenação e Controle para o Enfrentamento da Dengue, Chikungunya e Zika /SVS/MS, **Tatiana Azara**, fez uma explanação sobre a situação epidemiológica e enfrentamento da Dengue, Chikungunya e Zika. Começou com dados sobre a situação epidemiológica da dengue: 2015: 51.177 casos prováveis (SE 1 a 3); 2016: 149.386 casos prováveis (SE 1 a 3); e 2017: 12.738 casos prováveis (SE 1 a 3). Além da queda no número casos, houve diminuição no número de óbitos em 2017, em comparação a 2016 (SE 1 a 3). Sobre a situação epidemiológica de Chikungunya, Brasil, SE 1 a 3, destacou: 2015 = 1.216 casos prováveis (SE 1 a 3); 2016 = 10.636 casos prováveis (SE 1 a 3); e 2017 = 1.915 casos prováveis (SE 1 a 3). Destacou os materiais produzidos: Guia de Manejo Clínico - 2015/1ª edição; o início do processo do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) em outubro de 2016; a 2ª edição do Guia de Manejo Clínico de Chikungunya em novembro de 2016; e o Curso à distância (EaD/UNA-SUS) sobre manejo clínico da Chikungunya. Destacou a situação epidemiológica de Zika, Brasil, SE 50, explicando que em 2016 foram 214.193 casos prováveis (até a SE 50). Frisou que a transmissão não foi interrompida em nenhum momento, mesmo com condições não tão favoráveis ao vetor (zika, dengue, chikungunya). Salientou os casos notificados de recém-nascidos e crianças, da Semana Epidemiológica 01/2015 até a Semana Epidemiológica 52/2016, Brasil, 2015-2016, com destaque para a Região Sudeste: 2.111 casos. Sobre notificações de recém-nascidos e crianças por mês de nascimento, da Semana Epidemiológica 01/2015 até a Semana Epidemiológica 52/2016, Brasil, 2015-2016, destacou a queda no nascimento de criança com malformação. Também destacou redução do número de casos de crianças notificadas desde janeiro de 2017. Na avaliação de 2016, explicou que foram realizadas 328.297.460 visitas domiciliares por ciclo (ciclos 2 e 3 mensais). Dos imóveis visitados, explicou que 2,49% estavam com focos (houve queda nesse percentual, mas a meta é de menos de 1% das residências com foco). Também destacou o percentual de imóveis recuperados (14,08%) e a recuperar (85,92%), sendo o último caso um desafio a enfrentar. Apresentou dados preliminares da avaliação 2017, destacando que, dos 78.023.361 imóveis no Brasil, 6% foram visitados no primeiro ciclo. Lembrou que a Sala Nacional de Coordenação e controle foi constituída no final de 2015 e a partir daí foram instituídas salas estaduais; salas municipais (2.029); e uma Sala Inter federativa. Sobre a situação de distribuição dos Inseticidas, explicou que o estoque centralizado do MS está regularizado e a distribuição aos estados normalizada. Por fim, mostrou quadro com a situação dos Kits de Diagnóstico de Dengue, Chikungunya e Zika. A representante da SAS/MS, **Júnia Queiroga**, fez uma explanação sobre o componente da assistência. Começou explicando que foi feita integração das informações de notificação e atenção às crianças. Detalhou que a integração dos dados de atenção e vigilância permitirá a unificação de informações epidemiológicas e de atenção. Apresentou as atividades: fusão entre Registro de Eventos de Saúde Pública - RESP e Sistema de Registro de Atendimento às Crianças com Microcefalia - SIRAM/planilha de monitoramento da Estratégia de Ação Rápida – EAR (em desenvolvimento); coleta de informações de atenção à saúde a respeito das crianças notificadas por meio de planilha de monitoramento (em curso); e disseminação integrada: Boletim integrado de vigilância e atenção (quinzenal) e outros formatos. Divulgação do 1º boletim

prevista para 27 de janeiro. Falou sobre as mudanças na planilha de monitoramento da atenção a partir da integração: objeto em monitoramento foi uniformizado ao RESP (alterações congênitas de causa infecciosa e não mais microcefalia); periodicidade quinzenal (e não mais semanal); será gerada com base no RESP ao final da última semana epidemiológica relativamente a cada envio (e não mais informada com casos da atenção identificados pelas UF's); colunas da nova planilha contêm: dados do RESP suficientes para a identificação das crianças em questão (incluindo casos: confirmados, em investigação, provável e sem classificação). Tais dados estarão pré-preenchidos e bloqueados para edição; colunas pré-preenchidas relativas às informações de cuidado prestadas na vigência da EAR; e colunas vazias, de preenchimento obrigatório, relativas ao cuidado e atenção à saúde das crianças com o objetivo de qualificar melhor a informação coletada (por exemplo: tipo de serviço em que o atendimento está sendo prestado; município; etc). Sobre o envio da planilha de/para UF's e Ministério da Saúde, disse que a planilha será gerada com base no RESP ao final da semana epidemiológica relativamente à data do envio. O envio da planilha será realizado pelo Ministério da Saúde à Secretaria Estadual de Saúde a cada quinze dias e deverá ser devolvido por essa, com igual periodicidade, para o endereço eletrônico < dapes.microcefalia@saude.gov.br >. Para conhecimento, apresentou o Sumário de conteúdos do Boletim Integrado: 1º boletim (em editoração, previsão de disponibilização: 27 de janeiro de 2017) – Notificações de recém-nascidos e crianças (balanço 2015-16, 1ª quinzena 2017); Notificações de fetos, abortos espontâneos e natimortos (balanço 2015-16, 1ª quinzena 2017); Óbito fetal e neonatal (balanço 2015-16, 1ª quinzena 2017); Casos e óbitos por município (balanço 2015-16, 1ª quinzena 2017); Balanço da Estratégia de Ação Rápida (março a outubro de 2016); e Atividades desenvolvidas pelo Ministério da Saúde (2015/2016/1ª quinzena 2017); e 2º boletim (formato padrão para as seguintes quinzenas) - Notificações de recém-nascidos e crianças (2ª quinzena 2017); Notificações de fetos, abortos espontâneos e natimortos (2ª quinzena 2017); Óbito fetal e neonatal (2ª quinzena 2017); Casos e óbitos por município (2ª quinzena 2017); Atendimento em puericultura, estimulação precoce e atenção especializada (1ª quinzena 2017); e Atividades desenvolvidas pelo Ministério da Saúde (2ª quinzena 2017). Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** destacou que a articulação entre vigilância e assistência atende à solicitação do Conselho. Também solicitou aos expositores que enviem aos conselheiros nacionais os boletins que serão preparados, porque permitirá acompanhamento das ações. Em seguida, o representante da UVTV/CGDT/SVS/MS, **Renato Alves**, fez um informe sobre a situação epidemiológica de Febre Amarela Silvestre. Começou explicando que a febre amarela é uma doença febril aguda, não contagiosa, de curta duração (no máximo 12 dias), cuja letalidade varia de 5 a 10% nos casos oligossintomáticos, podendo chegar a 50% nos casos graves (aqueles que evoluem com icterícia e hemorragias). Destacou que no Brasil há uma ocorrência endêmica, principalmente na Região Amazônica e surtos da doença são registrados esporadicamente quando o vírus encontra um bolsão de susceptíveis (pessoas não vacinadas). Detalhou que os maiores surtos foram: Goiás (2000/2001), Minas Gerais (2003), 9 estados (2008/2009). Entre julho de 2014 e dezembro de 2016, foram confirmados 16 casos humanos de febre amarela no Brasil com LPI em: GO, PA, MS, SP e AM e, concomitante, - 51 epizootias em PNH confirmadas para febre amarela, sendo 18 em SP, 12 em GO, 8 no DF, 7 em TO, 5 em MG e 1 no PA. Explicou que, de 1º de dezembro de 2016 a 24 de janeiro de 2017, foram notificados 438 casos suspeitos, sendo 364 (83,1%) em investigação, 70 (16,0%) casos confirmados e 04 (0,9%). Nesse período, foram 40 óbitos confirmados (letalidade - 57,0%). No que se refere a epizootias de Primatas não Humanos (PNH), até 24 de janeiro de 2017, 247 epizootias em PNH foram notificadas ao Ministério da Saúde. Destas, três foram confirmadas no Estado de São Paulo. O Estado do Espírito Santo informou ao Ministério da Saúde a morte de 367 PNH. Sobre imunização, explicou que foram enviadas 5.522.000 a Estados prioritários e há 11,5 mi doses disponíveis (estoque Biomanguinhos 5.500.000). Acrescentou que a recomendação vacinal é: Estados da Região Norte, Centro-Oeste, além de Maranhão, Paraná e Santa Catarina. Além da área de recomendação, estados limítrofes entre Minas Gerais e Espírito Santo estão vacinando a população. Detalhou as ações realizadas e em andamento: envio de equipes da FN-SUS em campo - duas equipes na regional de Teófilo Otoni (MG) - Equipe 1 no período de 23/01 a 29/01 e a Equipe 2 no período de 24/01 a 30/01. Previsão de envio de equipes no período de 28/01 a 03/02 e 02/02 a 08/02; envio de equipe de Referência Nacional Para Investigação de Arboviroses em 22/01 a SP (São José do Rio Preto e região); envio de equipe de Referência Nacional para Investigação de Arboviroses e do Instituto Evandro Chagas a MG de 11 a 21/01; envio de equipe do EpiSus em 10/01 para as regiões de Teófilo Otoni, Caratinga (MG); envio de equipe do EpiSus e CIEVS para Belo Horizonte entre 17 e 23/01, para colaboração de monitoramento; envio de equipe do PNI a Belo Horizonte em 10/01; e a SAS está apoiando localmente em Minas Gerais. Destacou que as recomendações são as seguintes: notificação imediata de casos suspeitos de febres hemorrágicas; notificação imediata de epizootias em primatas não humanos; intensificação da vacinação, segundo critérios técnicos, na área de abrangência; intensificação das ações de controle vetorial urbano; e organização da assistência para atendimento dos casos suspeitos. E as recomendações do Ministério da Saúde são: os estados devem incentivar os municípios a reforçar as medidas voltadas à eliminação de criadouros; atividades de educação e

mobilização da população; controle larvário para reduzir a população do mosquito; e ações intersetoriais relacionadas aos determinantes de infestação vetorial (abastecimento de água e coleta de lixo). Neste ponto, a instalação da Sala Nacional e as Salas Estaduais podem auxiliar no processo.

Manifestações. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** explicou que o Ministério da Saúde utiliza duas doses e a OMS recomenda uma dose, sendo assim, é importante garantir informações claras e seguras para a população. Inclusive, informou que o Ministro da Saúde fez um pronunciamento sobre as medidas adotadas. Conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** explicou que o Ceará realizou oficina de capacitação para o combate ao Aedes e perguntou quais são as ações nacionais de controle, envolvendo a sociedade. Conselheiro **José Vanilson Torres da Silva** lembrou que a Região Centro-oeste é área de risco, assim, perguntou se a população do DF precisa vacinar-se contra a febre amarela. Também indagou se há previsão de entrega do kit contra zika, dengue e chikungunya à população e quais são as ações do Ministério da Saúde voltadas a incentivar os municípios a investirem em saneamento básico. Conselheiro **Moysés Toniolo** perguntou como foi a cobertura vacinal para febre amarela nos últimos anos e salientou que é preciso investir nas ações de controle do vetor. Lembrou que pacientes soropositivos e imunossuprimidos – AIDS, hepatites virais, - não podem vacinar-se, assim, perguntou como essa população pode se proteger. Conselheiro **Anderson Teixeira** lembrou as alterações visuais permanentes de recém-nascidos por conta do zika vírus e salientou a importância de realizar exame de fundo de olho nessas crianças. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** perguntou quantos casos foram diagnosticados com microcefalia e se houve confirmação do agente causador (Aedes). Conselheiro **Wanderley Gomes da Silva**, considerando a concentração de casos na região de Minas Gerais e Santa Catarina, perguntou qual a relação com o acidente em Mariana. Lembrou a recomendação do CNS sobre Mariana (criação de força tarefa intersetorial) e salientou que essa definição deve ser seguida para enfrentar o problema. Conselheira **Oriana Bezerra Lima** pontuou na sua fala as seguintes questões: kit de diagnóstico do zika – tem reação cruzada com outras arboviroses?; visita a imóveis – ficha de trabalho dos ACS - é preciso uniformizar as informações; sugestão de, no caso de diagnóstico negativo para raiva, fazer teste para outras arboviroses a fim de saber se há circulação do vírus da febre amarela. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** cumprimentou o MS e sua equipe técnica pela resposta dada à situação. No que se refere ao combate ao mosquito, sugeriu disponibilizar material sobre criadouros, dialogar com os Conselhos para saber ação de todos e de cada cidadão. Avaliou que o CNS, por meio da CIVS, deve impulsionar ações para ampliar discussão com Ministério das Cidades e FUNASA sobre saneamento. Também salientou que é preciso levar em conta o efeito colateral das vacinas. Conselheira **Marisa Furia Silva** lembrou que as geladeiras antigas possuem bandejas que acumulam água e podem tornar-se criadouro do mosquito. Assim, é preciso orientar a população a limpar esses locais. Também sugeriu orientar a população sobre percentual de cloro a ser utilizado para eliminar larvas do mosquito da dengue. Conselheira **Sônia Aparecida Pinheiro Pereira** solicitou que na próxima apresentação seja feito detalhamento considerando também o quesito raça/cor. Conselheira **Liu Leal** cumprimentou os expositores, mas avaliou que o Radar precisa trazer questões novas. Nessa linha, perguntou o que está sendo feito em termos de apoio à rede de atenção acerca dessas doenças. Também sugeriu avaliar o impacto sobre febre amarela e acidente em Mariana e realizar conferência livre de vigilância em saúde naquela região. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** explicou que, por determinação da Mesa Diretora do CNS, na reunião ordinária de fevereiro, será realizada teleconferência com os conselhos de saúde para debater ações estratégicas de prevenção, combate e controle das doenças causadas por arbovírus. Assim, solicitou às entidades e aos movimentos que mobilizem suas entidades para participar dessa estratégia. Também sugeriu que os conselheiros busquem informações também em documentos oficiais do MS, como boletins.

Retorno da mesa. O representante da UVTV/CGDT/SVS/MS, **Renato Alves**, respondeu aos questionamentos do Plenário destacando que: Brasília é área de recomendação de vacina; é preciso fazer trabalho permanente sobre a cobertura vacinal contra a febre amarela; a indicação de vacina para imunodeprimidos deve ser avaliada caso a caso; ainda não há subsídios para afirmar relação entre o acidente em Mariana com casos de febre amarela; há circulação de casos em São Paulo, por exemplo, que não é área afetada pelo acidente; a rede de vigilância de primatas capta animais para vigilância de febre amarela, mas a integração é essencial. A representante da SAS/MS, **Júnia Queiroga**, respondeu aos questionamentos destacando que: todos os recém-nascidos devem fazer triagem auditiva e oftalmológica (é parte do protocolo); o sistema foi disponibilizado, mas os estados estão se adequando para utilizá-lo; as informações sobre quesito raça/cor constam no RESP, mas não na planilha (é possível fazer levantamento para trazer informações); microcefalia é uma anomalia está associada a várias causas, uma delas está vinculada a consequência de infecção pelo zika vírus; houve aumento (pico) de casos por conta do vírus zika e esse monitoramento refere-se a esse grupo de crianças; foram publicados protocolos – vigilância, atenção – e ao longo de 2016 as orientações foram sintetizadas em linha de cuidado. A representante da SVS/MS, **Tatiana Azara**, respondeu às perguntas feitas salientando que: reforçar o papel da sociedade nesse processo é o maior desafio, pois o protagonismo do cidadão é fundamental para a redução de casos; as ações,

inclusive via sala nacional, foram definidas nesse sentido de sensibilização; foi definida diretriz sobre saneamento básico – houve diversas conversas com entidades e órgãos relacionados para debater o tema; criadouros – o balanço do Lira Nacional traz dados a respeito e pode ser divulgado aos conselheiros; teste rápido para zika é ferramenta de triagem para ser utilizado em grupos específicos, principalmente grávidas, crianças e idosos; controle vetorial é trabalhado há anos e as ações adotadas não estavam sendo suficientes; em 2016, foi realizado encontro internacional de especialistas para pensar novas alternativas de controle vetorial e diversos esforços têm sido adotados para identificar propostas a serem inseridas no programa para controle; em 2016, foi constituído grupo condutor de combate ao Aedes, no âmbito do MS, que planeja ação de combate e ações educativas; a força tarefa nos municípios utilizaram ACS e ACES; as informações inseridas no sistema vinham das fichas dos ACS e está sendo pensada nova forma de reportar os dados (a intenção é melhorar o sistema para disponibilizar dados). Conselheira **Oriana Bezerra** sugeriu a inserção de campo no sistema utilizado pelos ACSs no controle vetorial para inclusão das ações desenvolvidas pelos agentes. **A coordenadora da mesa sintetizou as propostas que emergiram do debate: 1) solicitar à SVS e à SAS que encaminhem os Boletins Epidemiológicos do MS atualizados (Dengue, Zika e Chikungunya) para envio aos conselheiros; 2) ampliar debate sobre saneamento básico e combate ao Aedes aegypti, em pauta específica na CIVS e no Pleno do CNS, com convite a representantes dos Ministérios das Cidades e do Meio Ambiente e da FUNASA; 3) detalhar melhor os Manuais Educativos, revendo métodos e meios de comunicação destes manuais, em especial sobre criadouros do Aedes aegypti; 4) pensar estratégias para (re) estruturação da Rede no combate ao Aedes e as doenças transmitidas por este vetor; 5) avaliar o impacto da febre amarela em Mariana/MG; 6) realizar Conferências Livres na região de Mariana/MG para discutir os impactos do “acidente” à saúde, pelos danos ao meio ambiente, antecedendo a 1ª Conferência de Vigilância em Saúde; 7) rever/tornar mais evidentes os protocolos que cuidam das arboviroses; 8) solicitar ao MS o envio ao CNS do Relatório Executivo das ações da SAS e da SVS; e 9) solicitar aos conselheiros que mobilizem suas entidades e movimentos para o combate ao Aedes aegypti, multiplicando informações e estratégias. Não houve manifestações contrárias a essas propostas.** Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** salientou que é preciso garantir maior espaço para o radar ou redefinir o formato deste ponto de pauta. Com essa fala, a mesa interrompeu para o almoço. O último ponto do radar seria retomado após o intervalo. Retomando, a mesa foi recomposta para o item 3 da pauta. **NOVAS REGRAS PARA O FUNCIONAMENTO DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO – UPAS** – O coordenador geral de Urgência e Emergência/DAHU/MS e diretor substituto do DAHU/MS, **Marcelo Barbosa**, fez uma explanação sobre as modificações que constam da nova Portaria que define as diretrizes das UPAs 24 horas. Iniciou explicando que o gestor definirá capacidade de atendimento das UPAs 24h. No país, 165 UPAs estão concluídas e sem funcionar, 525 UPA 24h em funcionamento em todo país e 272 obras em execução. Explicou que novas regras devem incentivar a conclusão das obras e entrada em funcionamento das concluídas. Atualmente, unidades levam atendimento a 104 milhões de brasileiros. Detalhou que as 525 UPAs 24h em funcionamento no país realizam 130 mil atendimentos diários. Aproximadamente 4 milhões de atendimentos mensais, com capacidade de atendimento estimada em 104 milhões de habitantes e cobertura de aproximadamente 50% da população. Outras 275 UPAS estão em obras e precisarão ser custeadas para funcionar e a capacidade praticamente dobrará em todo o país (962 UPA 24h) quando todas as Unidades estiverem em funcionamento. Esclareceu que, do total de R\$ 1,8 bilhão previsto em obras, o governo federal já repassou R\$ 1,6 bilhão (são 80 unidades com obras entre 90% e 100% concluídas, ou seja, são 165 unidades concluídas sem funcionar e mais oitenta estarão nessa condição). Salientou que, após amplo esforço, foi possível habilitar, no final de 2016, 124 UPAs, representando aumento de R\$ 229 milhões de custeio do teto MAC. Também destacou a construção de 849 UPAs 24h e outras 113 construídas com recursos locais (SES e SMS). Detalhou a evolução do custeio anual do Ministério da Saúde para as UPAs, de R\$ 359 milhões, em 2011, para R\$ 1,6 bilhão, em 2016. Apresentado esse cenário, detalhou as mudanças na habilitação: gestores poderão escolher oito tipos de composição da equipe de atendimento; composição da equipe e carga horária dos Médicos: 8 opções para que o gestor organize o funcionamento da unidade a partir da sua capacidade operacional; flexibilização e compartilhamento do uso de equipamentos em rede; os valores para habilitação e qualificação são estabelecidos de acordo com as opções da composição das equipes; e monitoramento do funcionamento da UPA 24h será periódico. Finalizando, mostrou quadro com fluxo para aprovação e publicação de portaria de custeio (a mudança refere-se ao planejamento de recursos de investimento e custeio entre os entes federais - será necessária pactuação entre os entes envolvidos (beneficiário e transferidor) para que o equipamento de saúde possa ter seu funcionamento). Por fim, apresentou tabela com valores de custeio que serão definidos pela composição das equipes (proporção de médico por turno poderá ser adequada de acordo com a necessidade do gestor, obrigatório, no mínimo, um médico por turno). **Manifestações.** Conselheiro **Artur Custódio M. de Souza** perguntou quantas UPAs estão sob administração de OSCIPs e qual o volume de recurso envolvido. Conselheira

Maria das Graças Gervásio, considerando a informação que apenas 50% da população é atendida por UPAs, perguntou como avançar no sentido de ampliar esse atendimento. Conselheira **Ivone Martini de Oliveira** quis saber se esse modelo novo irá funcionar somente com profissionais médicos. Conselheira **Clarice Baldotto** perguntou em que municípios estão localizadas as 99 UPAs que irão receber os R\$ 182 milhões, conforme anunciado pelo Ministro de Estado da Saúde. Também quis saber como será feito o monitoramento do funcionamento das UPAs e se há fiscalização na construção das Unidades. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** manifestou satisfação com as novas medidas anunciadas e destacou a importância da inauguração de 162 UPAs. Também salientou que as Unidades não podem prescindir de instrumentos essenciais para o atendimento da população, ou seja, nesse aspecto, não se deve flexibilizar. Conselheira **Juliana Santorum** também manifestou preocupação com a flexibilização para permanência de médicos por entender que acarretará diminuição do número de atendimentos e aumento do tempo de espera. Conselheiro **Arlison da Silva Cardoso** explicou que a flexibilização atende à solicitação dos municípios e foi debatida com CONASS e CONASEMS. Lembrou que em alguns locais a demanda não é tão grande, assim, optou-se por flexibilizar o número de profissionais para garantir o funcionamento da Unidade. **Retorno da mesa.** O coordenador geral de Urgência e Emergência/DAHU/MS e diretor substituto do DAHU/MS, **Marcelo Barbosa**, explicou que o MS não possui levantamento sobre OS e OSCIPS porque essa é uma questão de responsabilidade de Estados e Municípios. Também esclareceu que o atendimento refere-se à cobertura populacional (preconizado pela Portaria). Acrescentou que há capítulo específico sobre monitoramento na Portaria, o que possibilitará ter números reais sobre atendimento nos municípios. Explicou que a portaria trata da flexibilização para o custeio relacionado ao número de médicos da UPA. Sobre as 99 UPAs, disse que é possível entregar relação dos municípios contemplados pelas unidades (foi possível habilitar 124 e não apenas 99). **Deliberação: solicitar ao Ministério a Saúde a disponibilização de dados atualizados sobre a existência e cobertura das UPAs.** Na sequência, conselheiro **Artur Custódio M. de Souza**, Vice-coordenador do MORHAN, fez um breve informe sobre o “Dia Mundial de Luta Contra a Hanseníase”, apresentou panorama da doença e apontou avanços e desafios. Começou lembrando que o Brasil ocupa o primeiro lugar do mundo em incidência (meta de menos de um caso para 10 mil habitantes). Explicou que o MORHAN foi constituído em 1981 e luta por um país sem hanseníase e sem preconceito em relação à doença. Citou a frase utilizada por Alice Tibiriça Miranda, militante feminista na luta contra hanseníase e tuberculose “Com o governo, se preciso; sem o governo, se possível; e até mesmo, contra o governo, se assim for necessário”. Destacou que o Movimento possui representantes em todos os estados, em mais de 300 cidades. Mostrou mapa que demonstra a concentração da hanseníase: 10 clusters, 1.173 municípios, 53,5% dos casos novos e 17,5% da população. Salientou que o coeficiente está próximo à eliminação e talvez a meta precise ser repensada. Todavia, os Estados de Mato Grosso, Tocantins e Maranhão apresentam hiper endemia e dez Estados com alta endemia (Rio Grande do Sul é o único Estado com baixa endemia). Salientou que o país tem avançado na eliminação da hanseníase, mas de forma lenta. Nessa linha, apelou ao Ministério da Saúde que faça campanha publicitária sobre hanseníase nas redes televisivas (último domingo de janeiro é o dia nacional e mundial de eliminação da hanseníase). Frisou que é possível eliminar a hanseníase e estudo científico, que comprova a posição do movimento social, aponta que o Brasil não conseguiu eliminar a doença por conta do preconceito e estigma. Apresentou fotos mostrando o envolvimento de atores na causa em prol da eliminação da hanseníase e frisou que as estratégias precisam envolver outros segmentos da sociedade. Finalizando, salientou que é preciso fazer trabalho de preservação histórica da hanseníase e sugeriu que o Grupo do Ministério “Memória da Saúde” contribua para recuperar o patrimônio. Além disso, apelou às entidades que utilizem seus meios de comunicação para somar esforços na eliminação da hanseníase e ao MS que priorize as doenças negligenciadas, entre elas, hanseníase. Por fim, cumprimentou o MS pela escolha da coordenadora da área, mas lembrou que é preciso vontade política para fazer. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** explicou que foi indicada nova coordenadora da área e a ideia é convidar entidades como MORHAN para dialogar e dar visibilidade a esse tema. **Dada a importância do tema, o Plenário decidiu reservar espaço na pauta da reunião para debate.** Neste momento, o Ministro de Estado da Saúde, **Ricardo Barros**, esteve na reunião do CNS e fez apresentação sobre ações de gestão realizadas pelo Ministério da Saúde nos últimos 200 dias. O Ministro de Estado da Saúde, **Ricardo Barros**, iniciou saudando os conselheiros e demais presentes e desejando votos de um feliz ano. Também aproveitou para informar que foi aprovado na reunião da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, realizada no período da manhã daquele dia, o instrutivo da resolução aprovada pela Comissão em dezembro de 2016, determinando que todos os novos serviços de saúde devem ser aprovados na CIT para ter financiamento do SUS. Solicitou o apoio do CNS a essa medida, que seria submetida ao Plenário do Conselho, e a outras medidas que torna obrigatório o envio de informações ao MS imprescindíveis à gestão e à política pública. Feito esse registro, passou à apresentação das ações de gestão realizadas pelo Ministério da Saúde nos últimos 200 dias. Explicou que em dezembro de 2016 foram empenhados R\$ 5,5 bilhões para serviços de saúde e os 27 estados do país receberão R\$ 5,5 bilhões para investir

na ampliação da assistência, sendo R\$ 4,2 bilhões de Emendas Parlamentares (para investimento na Academia da Saúde, incremento de Teto MAC, ampliação e reforma de UBS, entre outros) e R\$ 1,3 bilhão Custeio de serviços (Leitos, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Saúde Bucal, SAMU, entre outros). Disse que municípios de todo o país serão beneficiados com repasse de R\$ 1,3 bilhão para garantir o atendimento da população em serviços que estavam funcionando sem contrapartida federal, sobrecarregando estados e municípios. Detalhou que os 27 estados receberão um total de R\$ 4,2 bilhões para custeio, totalizando 14.521 emendas aprovadas. Além disso, salientou que o governo federal renovou frota de ambulâncias do SAMU 192 e o Serviço leva atendimento móvel para 157,2 milhões de pessoas em todo território nacional (quase R\$ 1 bilhão investido em custeio do SAMU em 2016). Também mostrou balanço das ações de gestão realizadas pelo Ministério da Saúde nos últimos 200 dias, salientando que é possível fazer mais com os recursos disponíveis: R\$ 1,9 bi de eficiência e mais 5.933 serviços de saúde. Destacou a eficiência de R\$ 1,3 bilhão na compra de medicamentos e medidas de gestão: mais de R\$ 1 bilhão de eficiência na compra de medicamentos; economia de R\$ 52,5 milhões em despesas com serviços gerais; R\$ 166,1 milhões economizados na redução de contratos de informática; R\$ 26 milhões em reforma administrativa; e R\$ 17 milhões com substituição da Carta SUS por meio eletrônico. Também salientou a redução de 70% no preço para o melhor tratamento de AIDS do mundo: 100 mil pacientes devem iniciar uso do Dolutegravir; 40 milhões de comprimidos adquiridos; incorporação não altera orçamento para aquisição de antirretrovirais, que é de R\$ 1,1 bilhão; e certificação aos municípios que eliminarem transmissão do HIV de mãe para filho. Destacou que as compras estão na internet, de modo que ofereçam o melhor preço e as informações disponíveis a todos os que desejarem. Salientou que tem negociado com os laboratórios de forma permanente para que ofereçam soluções mais baratas ou de mais qualidade pelo mesmo preço. Destacou que o resultado da eficiência total em 200 dias de gestão possibilitou maior eficiência dos gastos públicos; recursos reinvestidos no atendimento ao cidadão; e oferta de mais medicamentos e mais serviços para a população. A meta é de R\$ 3 bilhões de economia em um ano de gestão, aplicando esse montante em mais serviços de saúde. Salientou que o Ministério da Saúde habilitou UPAs em todo Brasil e serão repassados R\$ 229,6 milhões por ano para custeio dessas unidades. Assim, 100% das UPAs em funcionamento passam a receber custeio federal e o gestor definirá capacidade de atendimento das Unidades 24 horas. Além disso, salientou que há controle da produção das UPAs e o Ministério da Saúde recebe informações fundamentais para planejamento das ações de saúde. Salientou que essa medida possibilitará a abertura de 340 UPAs no Brasil que estão prontas e fechadas. Disse que no país há 8.003 obras em execução que juntas somam R\$ 2,5 bilhões em empenhos. Detalhou as ações de gestão realizadas em 200 dias: **a)** entrega do primeiro de 80 aceleradores lineares - mais de 20 equipamentos para 2017. Em 2014, o Ministério da Saúde licitou compra de 80 aceleradores no valor US\$ 600 mil, com economia superior a 50% com o cancelamento de aceleradores por meio de convênios. O primeiro foi em Campina Grande (PB) e os próximos a serem entregues: Feira de Santana (BA); Maceió (AL); Curitiba (PR). O objetivo é oferecer atendimento mais próximo do paciente. **b)** Presidente da República pessoalmente comandou lançamento da Campanha Sexta sem Mosquito. Mutirão em órgãos públicos, estatais, unidades de saúde, escolas, residências, canteiros de obras e outros locais, marcando a intensificação das ações de combate. 2.284 municípios realizaram o LIRAA e 37,4% (855) dos municípios em situação de alerta ou de risco. Ministros visitaram capitais do país para conscientizar sobre a importância do engajamento de todos para avançar. Ministros envolvidos ativamente nesta grande mobilização de combate ao mosquito. **c)** Incorporação de seis novos medicamentos de alto custo para ampliar assistência à população. Medicamentos de tecnologia de ponta: Dolutegravir (AIDS); Rivastigmina (adesivo para Alzheimer); Paracalcitol (hiperparatireoidismo); Cinacalcete (hiperparatireoidismo); Tobramicina (antibiótico inalatório); e 4 em 1 (Veruprevir, Ritonavir, Ombitasvir e Dasabuvir) – Hepatite C. Na CONITEC, foi aprovado tratamento para varizes com espuma e cirurgias por laparoscopia. **d)** Investimento na compra medicamentos para atendimento a população: R\$ 1,8 bilhão repassado pelo Ministério da Saúde ao Estado e R\$ 6,4 bilhões para compra centralizada pelo Ministério da Saúde de medicamentos que são enviados ao Estado. **e)** Nova Política de Inovação - trará R\$ 6,4 bilhões de investimentos privados: recurso será investido na produção nacional de medicamentos, insumos e tecnologias; 7.400 empregos qualificados; 450 pesquisadores brasileiros. **f)** Medida Provisória permite adequar oferta da penicilina para o combate à sífilis - Medida Provisória permite reajuste de medicamentos; Epidemia de sífilis será controlada. Além da penicilina, medicamentos essenciais para o SUS, como Benzonidazol, L-asparaginase, Dactinomicina e Lipiodol. **g)** Compra de 3,5 milhões de testes rápidos para zika. **h)** Avanço nas pesquisas relativas ao combate ao vírus zika. **i)** Medidas ampliam assistência a mães e bebês afetados pelo zika - ampliação da definição de casos além da microcefalia; acompanhamento de crianças até os três anos cujas mães tiveram Zika; adoção da recomendação da OMS para a medida do perímetro cefálico; e recomendação de segunda ultrassonografia. **j)** Programa Mais Médicos - 18.240 médicos atuam pelo Programa em 4.058 municípios - preferência a médicos brasileiros; R\$ 2,9 bilhões previstos para 2017 em bolsa-formação para o país; Novo edital (novembro de 2016): 1.390 vagas em 644

localidades; 8.787 inscritos no edital em curso, lançado em novembro de 2016 (CRM do Brasil); 99% (1.337) das vagas do edital em curso preenchidas em 1ª chamada. O Programa possui 18.240 médicos presentes em todos os estados brasileiros e Distritos Indígenas; **k)** Gestão: atendimento humanizado à população - 100% dos brasileiros terão prontuário eletrônico. As unidades tiveram prazo de 60 dias (outubro a dezembro de 2016) para adotar plataforma digital ou justificar motivos para não adoção; O Brasil possui 41,6 mil UBS em funcionamento, em 5.506 municípios; e R\$ 67 milhões investidos na aquisição de três servidores que aumentam em 10 vezes a capacidade de armazenamento e processamento de dados. **l)** Prontuário Eletrônico chega a 57 milhões de brasileiros. 98,3% dos municípios responderam a chamada do E-SUS AB - 11.112 UBS com Prontuário Eletrônico. 5.474 municípios com informações on-line; e 96 municípios ainda não justificaram. **m)** Cidadão será fiscal do SUS: avaliará todos os atendimentos que receber do SUS. Cidadão poderá acompanhar o que está sendo lançado em seu nome; Informatização permite melhor atendimento ao cidadão e a correta aplicação dos recursos; redução de custos, evitando, por exemplo, duplicidades de exames. **n)** Aumento de 89% no orçamento da FUNASA para 2017. **o)** Inclusão de meninos para vacinação contra HPV e ampliação da cobertura contra Meningite C. **p)** Acordo com CNJ para reduzir judicialização, que gera impacto superior a R\$ 7 bilhões no SUS. **q)** Aumento de 3.000% no número de transporte de órgãos realizados pela FAB. **r)** Linha de crédito para reestruturação financeira das santas casas e entidades filantrópicas. **s)** Promoção à saúde e prevenção é a segunda prioridade de gestão - redução de 14,8 mil toneladas sódio nos alimentos processados e início da discussão sobre redução de açúcar (MS/Abia); Brasil sediou reunião internacional para discutir nutrição na infância, com presença da OMS; Portaria que disciplina os investimentos do Ministério da Saúde em alimentação saudável; e avanço na negociação sobre rotulagem de alimentos na Reunião de Ministros do Mercosul. **t)** Empenho de R\$ 4,1 bilhões em dezembro - 95% de emendas parlamentares empenhadas (64% a mais que em 2015). Pela primeira vez foi pago mais de 50% das emendas apresentadas no mesmo exercício, totalizando R\$ 2,3 bilhões. Em 2015, foram empenhadas 56% das emendas apresentadas. Recursos serão destinados aos estados e municípios para ampliar o atendimento nos serviços de saúde. **u)** Destinação de R\$ 1,7 bilhão para completar pagamento da Média e Alta Complexidade da Saúde em 2016. **v)** 429 equipamentos apreendidos pela receita federal serão aproveitados. Na sequência, falou sobre o orçamento do setor saúde, explicando que em 2013, os gastos públicos responderam por 45% do financiamento da saúde e o setor privado por 55%. Detalhou o financiamento público: R\$ 232 bilhões em 2015 pelos três entes da federação, sendo R\$ 100,1 bilhões da União (43%), R\$ 71,8 bilhões dos municípios (31%) e R\$ 60,2 bilhões dos Estados (26%). Destacou que irá trabalhar para garantir o percentual de investimento da União (50%), definido em lei. Ressaltou os princípios da transparência e eficiência salientando que permitem uma gestão objetiva e com qualidade. Citou ainda o Art. 37 da Constituição Federal "A administração pública direta e indireta obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência". Finalizando, solicitou apoio do CNS às resoluções que obrigam parceiros do SUS a devolverem informações sobre onde aplicaram recursos públicos da saúde, o que permitirá planejamento adequado dos serviços. Por fim, desculpou-se por ter vindo à reunião sem programar, mas justificou que a reunião da CIT terminou antes do previsto e aproveitou para dar felicitações e apresentar o resultado da gestão ao CNS. Concluída a fala, conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, entregou ao Ministro de Estado da Saúde a agenda do CNS 2017 e agradeceu as informações trazidas. O Ministro de Estado da Saúde interveio novamente para informar que, por determinação, as reuniões da CIT não mais coincidirão com as do CNS. Também disse que serão disponibilizados R\$ 340 milhões para mutirões e mais R\$ 200 milhões para doenças negligenciadas. **ITEM 4 – CENÁRIO DO FINANCIAMENTO DO SUS PÓS EC 95 – Apresentação:** **Élida Graziane Pinto**, Procuradora do Ministério Público de Contas do Estado de São Paulo – MPCSP; **Francisco Rozsa Funcia**, Consultor da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento – COFIN/CNS. **Coordenação:** conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS. O consultor da COFIN/CNS, **Francisco Rozsa Funcia**, fez uma explanação sobre a nova fase de financiamento do Sistema Único de Saúde à luz da Emenda Constitucional nº. 95. Começou destacando o processo de descentralização restringida do SUS diante da centralização da competência de tributar mesmo após a CF-88: instabilidade do financiamento na União, nos Estados e Distrito Federal e nos Municípios. Assim, desde a sua origem, o Sistema passa por um processo de subfinanciamento crônico. Ao analisar o financiamento das políticas públicas, é preciso considerar a competência de tributar. Em termos de arrecadação, 69% de competência da União, 24% dos Estados e 6% de Municípios. Também destacou a luta histórica pela redução da instabilidade de financiamento do SUS. 1988: CF/ADCT (art. 55) estabeleceu 30% do Orçamento da Seguridade Social da União para o financiamento federal das ações e serviços públicos de saúde – nunca foi cumprido. 1993: a Contribuição de Empregados e Empregadores deixou de ser uma importante fonte de financiamento - responsável por cerca de 1/3 do orçamento do Ministério da Saúde nesse ano – perda de financiamento. Várias PECs: 1993: 30% do OSS da União e 10% das Receitas de Impostos da União, dos Estados, do DF e dos Municípios – não; 1995: Instituição da COFINS e da CSLL – OK; e 1997:

Instituição do Imposto sobre Movimentação Financeira, transformado em Contribuição (CPMF): 2007 foi o último ano de vigência; 2000: A Emenda Constitucional nº 29 foi promulgada com as seguintes vinculações para o financiamento do SUS: União: despesa empenhada no ano anterior acrescida da variação nominal do PIB, Estados e DF: 12% da Receita de Impostos e Transferências, Municípios e DF: 15% da Receita de Impostos e Transferências; 2003: O PLC 1/2003 tratava da regulamentação da EC 29 e propunha para o financiamento do SUS: União: 10% das Receitas Correntes Brutas (que integravam o Orçamento Fiscal e o Orçamento da Seguridade Social), Estados e DF: 12% das Receitas de Impostos e de Transferências de Impostos e Municípios e DF: 15% das Receitas de Impostos e de Transferências de Impostos; 2003-2011: outros projetos de lei tramitaram conjuntamente com o anterior, com propostas de mudanças à aplicação mínima pela União dos 10% das RCB, inclusive com a proposta de criação da Contribuição Social para Saúde (alíquota de 0,1% sobre a movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira, ou seja, a mesma base de incidência da CPMF extinta anteriormente); 2012: A Lei Complementar nº 141/2012 foi promulgada sem a inclusão dos 10% das RCB, mas estabeleceu claramente o que pode e o que não pode ser considerado como ASPS e aumentou a importância dos Conselhos de Saúde no papel propositivo e fiscalizador do SUS; 2012/2013: PLP 321 - Projeto de Lei de Iniciativa Popular – 10% das RCB (2,2 milhões de assinaturas); 2013: Aprovada a Lei do Pré-Sal – 25% da Receita para Saúde; Março 2015: Aprovada a EC 86/2015, derrotando o PLP 321 e reduzindo o financiamento do SUS em relação à EC 29 e aos valores aplicados em 2014 e 2015; e Março 2016: Aprovada a PEC 01/2015 em 1º Turno na Câmara dos Deputados. Sobre a PEC 01/2015, Câmara Federal (aprovada em 1º turno), fez um comparativo do Empenhado 2015 X PEC-01/2015 X EC 86/2015: PEC 01/2015 - 2017: 14,80%; 2018: 15,50%; 2019: 16,20%; 2020: 16,90%; 2021: 17,60%; 2022: 18,30%; e 2023: 19,40%; e Empenhado 2015 E EC 86/2015 a partir de 2016: 2015: 14,80%; 2016: 13,20%; 2017: 13,70%; 2018: 14,10%; 2019: 14,50%; 2020: 15,00%; 2021: 15,00%; 2022: 15,00%. Falou sobre emendas constitucionais recentes e seus efeitos para a redução do financiamento das políticas sociais e do SUS. EC 86 2015: *redução da aplicação mínima em ASPS comparado à EC 29/2000 - de 13,2% (2016) a 15% (2020 e após); fim da aplicação adicional dos recursos do PRÉ-SAL; sem prazo para revisar a metodologia de cálculo; e execução orçamentária obrigatória das emendas parlamentares individuais; EC 93 2016: DRU, DRE, DRM: 30%; retira recursos para pagamento juros da dívida e “socorro” ao caixa dos estados e municípios; EC 95: redução da aplicação mínima em ASPS comparado à EC 86 e à EC 29; e ajuste fiscal e novo regime fiscal: “teto” de despesas primárias (2017-2036); Saúde 2017: regra da EC 86 de 2020 (15% da RCL); e 2018 a 2036: correção IPCA (deverá cair para 11% da RCL). Sobre a EC 95, destacou: do subfinanciamento crônico ao desfinanciamento explícito do SUS: esgotamento da capacidade de alocação de recursos por Estados e Municípios; regra do piso SUS em 2017: percentual da RCL, mas antecipando a adoção dos 15% de 2020 - semelhante ao que representou a aplicação de 2015 e 2016; SUS-Piso 2017: 15,0% da Receita Corrente Líquida (RCL): R\$ 113,7 bilhões; empenhado 2014 + Despesa 2014 empenhada em 2015 (corrigido pelo IPCA para 2017): R\$ 119,2 bilhões = perda de R\$ 5,5 bilhões; Regra do piso do SUS corrigido pela inflação (IPCA): início em 2018 e término em 2036 – representará perdas anuais crescentes; Cenário Contrafactual (2003-2015): perda acumulada de R\$ 135 bilhões a preços de 2015 (1,35 vezes maior que a aplicação federal de 2015); e Cenário Prospectivo (2017-2036): perda acumulada acima de R\$ 400 bilhões. Acrescentou que a EC 95 desconsidera: o crescimento demográfico (entre 0,8% e 1% ao ano); a mudança do perfil demográfico – aumento mais que proporcional da população idosa; custos crescentes da incorporação técnica e tecnológica do setor saúde; os efeitos positivos dos gastos sociais para o crescimento econômico (inclusive a redução dos custos da reprodução da força de trabalho e o aumento da produtividade do trabalho); e as lições da história econômica e da Teoria Keynesiana: em tempos de recessão econômica, os gastos públicos devem compensar a queda dos gastos privados em consumo e investimento. Além disso, a Emenda garante mais recursos para juros e amortização da dívida pública por 20 anos e menos para saúde, educação, moradia, entre outras áreas. Ressaltou ainda que a EC 95/2016 propicia o aprofundamento e a aceleração do processo entrega da gestão e da organização da política pública para a iniciativa privada e a apropriação de fatias crescentes dos fundos públicos pelo setor privado. Além disso: o aprofundamento e a aceleração do processo de terceirização dos serviços públicos com a diminuição da transparência e da participação e controle social no processo de formulação e execução das políticas públicas; precarização do trabalho e da própria qualidade dos serviços prestados a população; o enfraquecimento do papel do Estado e da própria Constituição-Cidadã na garantia dos direitos sociais; e um impacto negativo para o financiamento das políticas de saúde municipais e estaduais pela redução dos recursos federais até 2036. Salientou ainda que o gasto em saúde da União em relação ao PIB está congelado, assim, disse que não é verdadeira a afirmação de que a saúde é responsável pelo problema fiscal do Brasil. Por outro lado, aumentou a participação de Estados e Municípios em relação ao PIB. Todavia, a EC 95 causará queda (perto de 3% do PIB). Salientou que Estados e Municípios não conseguem alocar mais recursos porque estão no limite de utilização dos recursos. Apresentou referências internacionais: Brasil – efeito da EC 95 sobre o gasto

público consolidado (U+E+M): redução de R\$ 240 bilhões para cerca de R\$ 200 bilhões no vigésimo ano. Referências para comparação: Parâmetro internacional para sistemas de cobertura universal (6% do PIB, estimando o PIB do Brasil em R\$ 6,0 trilhões) – valor da aplicação: 360,0; e Parâmetro mínimo internacional de aplicação para países com sistemas públicos de saúde de acesso universal (7% do PIB, estimando o PIB do Brasil em R\$ 6,0 trilhões) – valor da aplicação: 420,0. Sobre a (falsa) questão “O SUS precisa de mais recursos ou mais gestão?”, frisou que o SUS precisa de mais recursos para aprimorar a gestão e melhorar a qualidade do atendimento. Sobre a teoria “Gestão pública ineficiente e gestão privada eficiente: mito ou verdade?”, perguntou como generalizar que o problema do SUS está na gestão, se com apenas (aproximadamente) R\$ 3,00 pessoa/dia, R\$ 90,00 pessoa/mês e R\$ 1.100,00 pessoa/ano ofereceu vacinas para pessoas e animais, consultas, exames, medicamentos, transplantes, fiscalização aos estabelecimentos que produzem e vendem alimentos, entre outros? Frisou que é preciso continuar a luta em defesa da PEC 01. Finalizando, apresentou as seguintes considerações finais acerca do desmonte do SUS no contexto da redução dos direitos sociais: Crise econômica + recessão = queda das receitas públicas; contas públicas federais: déficit primário desde 2014 (e ampliado em 2016 e 2017); A EC 95/2016 agravará a crise das finanças públicas (continuidade da recessão) e inviabilizará o funcionamento do SUS; não há nenhuma proposta específica para reduzir a renúncia de receita ou os “gastos tributários” (total de cerca de R\$ 280 bilhões na PLDO 2017; Saúde R\$ 25 bilhões conforme estudo do IPEA); O SUS precisa de novas fontes de receitas permanentes, estáveis e exclusivas (com previsão legal de proibição de desvinculação e respeito ao princípio da capacidade contributiva ou progressividade); Tributar: as grandes fortunas, as heranças (rever o ITCMD estadual), as grandes movimentações financeiras, dividendos; criar alíquotas mais elevadas no IR para os altos rendimentos e para produtos como tabaco, álcool, etc; a luta em defesa do SUS não pode ser setorial, mas integrada à luta em defesa da seguridade social e dos direitos de cidadania inscritos na CF: conceito ampliado de saúde da OMS; e Objetivos do desenvolvimento sustentável da ONU (agenda 2030): Brasil não cumprirá com as regras da EC 95/2016. A Procuradora do MPC/SP, **Élida Graziane Pinto**, começou a sua fala destacando que, a despeito da perspectiva de que se perdeu muito com a EC nº. 95, é impossível incidir o teto tal como se pretende, porque o piso será transformado em precatório. Explicou que esta Emenda não irá assegurar a proporcionalidade do comportamento do gasto em face da receita, mas não se pode obstar que usuários continuem a demandar em juízo a efetividade do direito à saúde. Assim, em um cenário próximo, haverá avanço de demandas judiciais, não apenas por medicamentos e procedimentos individuais, mas no âmbito da tutela coletiva. Ressaltou que haverá demanda coletiva cada vez maior para exigir, por exemplo, o cumprimento das pactuações na CIT. Frisou que os pisos da saúde e da educação serão paulatinamente algo de disputa judicial. Citou, por exemplo, que na educação existe o FUNDEB e este não está submetido ao teto, tampouco as despesas financeiras como as suportadas no âmbito do FIES. Assim, a área sofrerá constrangimento fiscal no que se refere às universidades federais (onde a maior despesa é com quadro de pessoal – despesa obrigatória não comprimível em curto prazo). No caso da saúde, o quadro de pessoal não é efetivo e o fluxo de terceirização é um problema em relação ao desmonte da estrutura estatal. Assim, o cenário é de expansão de precatórios na área da saúde e o governo será constrangido a abrir créditos adicionais extraordinários. Lembrou, nessa perspectiva, que é possível impactar para além do teto por meio de créditos adicionais extraordinários. Frisou que a EC nº. 95 precisa ser declarada inconstitucional no Supremo Tribunal Federal. Na falta desse reconhecimento de inconstitucionalidade, destacou que as alternativas seriam: trabalhar com a ideia de judicialização em sede de tutela coletiva; e pensar em Fundo, equivalente ao Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação - FUNDEB, para a saúde. Todavia, este fundo não pode servir para financiar plano de saúde acessível. Lembrou, inclusive, que a saúde suplementar, por definição constitucional, não pode substituir a regra geral do SUS. Salientou que trabalhar no cenário de contenção de danos não deve ser o caminho, mas é preciso conhecê-lo. Também chamou a atenção para o fato de o Plano Nacional de Saúde não criar vinculação para leis orçamentárias. Esclareceu que, para mudar o fluxo da judicialização na saúde, é preciso municiar os operadores do direito de uma linha de médio prazo do que precisa ser concebido como a boa política da saúde. Salientou que o CNS pode exigir do Ministério da Saúde as justificativas do porquê do distanciamento do planejado e executado (art. 74 da CF exige que o controle interno avalie o executado à luz do planejado). Além disso, propôs que o Conselho solicite à Advocacia da União o estoque de demandas judiciais, pois este é, no mínimo, diagnóstico de déficit de cobertura de direitos. De acordo com seu ponto vista, é preciso retroalimentar o planejamento, pois, se o planejamento setorial não se vincula ao planejamento, cada ministro que toma posse se sente no direito de discricionariamente desconstruir o diagnóstico já feito, inclusive desconhecendo as ressalvas do CNS. Sendo assim, registrou que não há uma série histórica interpretativa que permita ao Judiciário questionar o gestor sobre o porquê do não cumprimento do planejado. Com isso, há várias demandas judiciais que desarranjam a política pública. Também chamou a atenção para a falta de consolidação e homologação da pactuação na CIT, vez que precisam ser homologadas pelo CNS, em cumprimento ao art. 17 da LC

141, e publicadas para que os gestores conheçam o pactuado. Salientou que se vive um cenário de guerra fiscal de despesa e a saúde possivelmente é a política pública mais fragilizada. Em relação à EC 95, disse que não é possível mitigar os pisos de custeio da saúde e da educação tal como posto no art. 110 do ADCT, e que suspender a eficácia de um mecanismo de garantia de custeio por 20 anos, via ADCT, seria um estado de “sítio fiscal”, da mesma forma que é inconstitucional a ideia de mitigar o piso, por meio do dispositivo da ADCT, porque o piso configura cláusula pétrea. Fez uma analogia entre a ideia do piso e o *habeas corpus*, lembrando que o direito fundamental, dada a sua relevância, por vezes se faz acompanhado de uma garantia fundamental (meio processual, estabelecido na Constituição, de forma a assegurá-lo). Lembrou que a CF definiu “liberdade de ir e vir” como direito fundamental e para resguardá-lo estabeleceu o *habeas corpus*, que é ação prioritária no texto constitucional (não precisa de advogado, não possui formalidades). Na mesma ótica, aparece o direito à saúde que, na jurisprudência do STF, é um direito fundamental equiparado aos direitos do artigo 5º. Nestes termos, o direito à saúde possui, na dimensão protetiva de um piso de custeio, uma garantia fundamental. Lembrou que a Constituição autoriza alterações, via Emendas, para aprimoramento do direito, sendo assim, é possível emenda que molde regime jurídico do piso referido a indicadores qualitativos. Concordeu que financiamento e gestão não competem entre si, uma vez que são agendas que devem alimentar-se reciprocamente. Por essa razão, o ministro Barroso não fez reflexão sobre a incidência das PEC sob os pisos. Na verdade a sua fundamentação foi genérica. Considerando o contexto, importará em uma demanda cada vez mais volumosa de precatórios, porque não se pode dizer à população que ela não tem mais direito à saúde. Ou seja, as pessoas continuarão a demandar em juízo a máxima eficácia do seu direito fundamental. Em decorrência, pontuou a seguinte questão que resume o grande debate a ser feito: “A forma de custear será aquela dada regularmente de ofício na política pública por meio do orçamento ou apenas posteriormente na forma de precatórios?” Ainda sobre a EC nº 95, ressaltou que o cenário no STF não é tão desfavorável quanto parecia. Por quanto, na condição de membro do MP, reconheceu que, na agenda de defesa do direito fundamental à saúde, os gestores municipais estão sobrecarregados e que uma forma de pensar o problema do custeio da saúde, é tentar proteger o gestor municipal do assédio fiscal que sofre em relação à descentralização das políticas públicas. Por isso, reiterou a solicitação de reflexão sobre créditos extraordinários que, certamente, o governo federal começará a abrir ao longo de 2017 e o cuidado com a ideia de que, para viabilizar plano de saúde acessível, será necessário criar algo análogo ao FIES na saúde. Também, disse que a ADI 5.595, de setembro de 2016, define que o piso da saúde não pode sofrer retrocesso (princípio da vedação de retrocesso). Se houver avanço na receita governamental, a saúde precisa ter comportamento proporcional, porque não é legal o Estado se ausentar da execução da saúde. Fez referência, ainda, à ADPF nº. 45, de 2004, do ministro Celso de Melo, com destaque para o seguinte trecho “(...) É vedada a manipulação da atividade financeira do Estado para frustrar os direitos fundamentais que integram o núcleo chamado “mínimo existencial”. Posto isso, salientou que não há dúvidas de que a saúde compõe esse mínimo existencial, e que a forma como o banco central gere a política monetária deve ser tratado, no mínimo, como risco fiscal. Aproveitou, ainda, para informar que a Associação dos Tribunais de Contas divulgou resolução para orientar o controle das renúncias fiscais. Disse que lutou contra a Emenda em referência, mas entende que o dispositivo possibilita o debate sobre o custo do serviço da dívida, destacando que a ADI nº 5.595 é uma esperança e a ADPF nº 45/2004 é relevante nesse processo. Por fim, disse que o orçamento só é legítimo à luz da Constituição e não o contrário. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, explicou que a COFIN tem trazido a Programação Anual de Saúde para debate no CNS. Também informou que seriam disponibilizadas as normativas citadas pela procuradora durante a exposição. **Manifestações.** Conselheiro **Moysés Toniolo de Souza** cumprimentou os expositores pelas explanações e manifestou preocupação com o cenário posto. Também destacou a insegurança jurídica das deliberações das instâncias de pactuação e ressaltou a preocupação se haverá recursos para cumprir as pactuações feitas. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** salientou que é preciso levar em conta que a restrição orçamentária/limitação ao atendimento de direitos não é propriedade de governo ou partido específico. Lembrou que a área econômica do governo colocou-se a favor da preservação dos recursos necessários na linha de evitar retrocesso. No seu ponto de vista, a luta para mudar a situação é menos jurídica e financeira e mais política e o equívoco nesse debate é a indefinição de argumentos sobre o onde centrar maior energia. Destacou que mais recursos para a saúde estariam disponíveis se o pagamento da dívida fosse resolvido e se a renúncia fiscal acabasse. Salientou que é preciso aproveitar essa discussão para levantar medidas a serem adotadas e, nesse sentido, solicitou à procuradora que discorresse sobre o caminho a ser seguido para enfrentar essa questão. Conselheiro **Arilson Cardoso da Silva** interveio para chamar a atenção para o comprometimento dos recursos municipais com as ações de saúde. Salientou que há luta política importante a travar para modificar o quadro, mas também é preciso buscar medidas jurídicas, atuando em todas as frentes. Conselheira **Carolina Abad** cumprimentou os expositores, especialmente a procuradora que era uma parceira para ABRALE e da FEMAMA e fez referência às demandas de judicialização coletiva. Reiterou a importância

de homologação das decisões pelo CNS, instância máxima de deliberação do SUS. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** agradeceu aos expositores pelas exposições esclarecedoras e perguntou como pode ser feito questionamento ao STF e a partir de que órgão poderia ser iniciado esse movimento. Conselheiro **Geordecio Menezes de Souza** salientou que há uma lacuna entre a definição da Lei e o praticado no país e, em regra, o gestor desrespeita o controle social. Nessa linha, perguntou o que pode ser feito para assegurar que as decisões da CIT sejam submetidas à apreciação do CNS. Lembrou que o controle social não possui personalidade jurídica, portanto, é preciso estreitar os laços com MP para que seja ponte para buscar a justiça. Conselheira **Marisa Furia Silva** chamou a atenção para o volume de recursos que o governo das três esferas paga por planos privados de saúde para os funcionários e defendeu que funcionários paguem por seus planos, por entender que traria economia e os recursos seriam investidos para a melhoria do SUS. Conselheiro **Wanderley Gomes da Silva** saudou o assessor da COFIN e a procuradora pelas informações elucidativas e perguntou à expositora se algum país do mundo incluiu na sua Constituição a proibição de aumentar gastos com políticas públicas, uma vez que a Emenda 95, em suma, proíbe que o Estado aumente o gasto nessa área. Avaliou que, além de debates nos diversos fóruns, é preciso definir ação política contra esta Emenda que, no seu modo de ver, é um instrumento para legitimar o enfraquecimento do Estado perante as políticas públicas e consolidar a regulamentação do mercado, em especial do capital financeiro, sobre essas políticas, especialmente a de saúde. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, avaliou que ocorre no país a negativa do direito constitucional à saúde e a ruptura do que foi contratado do ponto de vista do bem estar social “viver mais e melhor”. Ressaltou que a principal ação neste momento deve ser resistir, ou seja, defender o conquistado e buscar todos os espaços possíveis para fortalecer essa luta. Também frisou a importância de colocar em operação o sistema nacional de conselhos e pactuar atuação acerca das três responsabilidades do controle social asseguradas em lei: controle/fiscalização, formulação e mobilização. **Retorno da mesa.** A Procuradora do Ministério Público de Contas do Estado de São Paulo – MPCSP, **Élida Graziane Pinto**, respondeu aos questionamentos feitos durante o debate, destacando os seguintes aspectos: é preciso conhecer os limites do Direito – “o Direito não é vara de condão que resolve tudo de uma vez só e de uma vez por todas, mas bengala de cego que vai tateando a cada passo”; na ADI 4048, o STF aceitou debater que cabe controle de constitucionalidade sobre matéria orçamentária; segundo o Ministro Carlos Aires Brito, na ADI 4048, a lei orçamentária é a segunda lei mais importante; há carência de compreensão sobre orçamento tanto para fins de controle judicial quanto para apropriação do debate pela sociedade organizada - as faculdades de Direito, por exemplo, não oferecem a disciplina “Direito Financeiro”; a judicialização deve ser, no mínimo, diagnóstico de déficit de cobertura para retroalimentar o planejamento; o fórum legal para apresentar demandas por medicamentos não incorporados/não registrados na ANVISA é a justiça federal e os municípios possuem direito de regresso nesses casos; no âmbito municipal, é preciso voltar o foco para inclusive qualificar as demandas judiciais de tutela coletiva no descumprimento das obrigações legais de fazer; o pactuado na CIB e na CIT é obrigação legal de fazer; no caso de ajuste fiscal que priorize o essencial, plano de saúde privado para servidor não deveria ser considerado como gasto público; é preciso retomar o debate sobre eficácia do direito fundamental à saúde; no seu entendimento, a agenda de proteção do direito fundamental à saúde não deveria ser personalizada no MS, mas sim no Ministério da Fazenda; o CNS não possui personalidade jurídica, salvo para defender suas prerrogativas; o inadimplemento da obrigação legal de fazer, previsto no Plano Nacional de Saúde, deve gerar consequência; o debate sobre o teto foi incluído na Constituição porque foram incluídos outros temas; a Emenda foi incluída na Constituição para criar hipótese de contingenciamento de despesa primária obrigatória; a política é a solução, o ramo jurídico não substitui a política e é na Constituição que Direito e política encontram a possibilidade do diálogo de convivência; é preciso considerar no debate que a Constituição possui três conteúdos do Poder: exercício do poder, organização do estado, direitos fundamentais; e não é o orçamento público que limita a Constituição, pois é esta Carta que define as receitas que o Estado pode arrecadar e onde pode aplicá-las; e o momento é importante para exercer o contraditório. O consultor da COFIN/CNS, **Francisco Rozsa Funcia**, comentou os seguintes aspectos das falas: é importante não perder a oportunidade histórica e o momento para fazer o contraditório inclusive do ponto de vista da construção de teses até então aceitas; a questão política é fundamental nesse debate e o conjunto das decisões tomadas na esfera pública passa pela mediação política, todavia, nenhuma das áreas econômicas do governo pós-redemocratização do país se submeteu à “vontade da sociedade”; o subfinanciamento crônico do SUS decorre, entre outros aspectos, da restrição de recursos de uma parte da área econômica – vale a política de defesa dos interesses econômicos do capital; a equipe econômica recente, junto com o Congresso Nacional, aumentou o déficit primário para R\$ 173 bilhões e foi por isso que o MS conseguiu realizar despesas em 2016 no nível que realizou; a intenção do governo e da equipe foi aliviar 2016 e 2017, mas o problema aparecerá a partir de 2018; é preciso focar na EC, uma vez que traz reflexo por 20 anos; é fundamental incluir na agenda de debate a reforma tributária e da auditoria cidadã da dívida; é preciso dar sequência ao que está sendo feito e ampliar as ações na linha do colocado no debate; é

essencial acompanhar o retorno do MS às ressalvas do CNS ao RAG; a COFIN analisará a PAS na próxima reunião e apresentará avaliação para debate no CNS (o documento será distribuído aos conselheiros para avaliação e contribuições); informações mais detalhadas devem ser feitas nas comissões; e é prerrogativa do Conselho o debate e homologação das Resoluções da CIT. O Presidente do CNS procedeu aos encaminhamentos e foram apresentadas outras propostas. **Deliberação: como resultado final deste ponto de pauta, o Plenário decidiu: 1) delegar à COFIN a atualização do Manifesto do CNS aprovado em agosto de 2015, que trata das principais teses do Conselho sobre o orçamento e financiamento do SUS; 2) enviar a Programação Anual de Saúde - PAS 201 do MS aos conselheiros para debate nas comissões e apresentação de contribuições para a COFIN até 2 de fevereiro ou antes da próxima Reunião Ordinária do Pleno CNS; 3) encaminhar aos conselheiros, para conhecimento, a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental - ADPF 45 e a Ação Direta de Inconstitucionalidade - ADIN 5.595/2016 (a ADPF e a ADIN foram citadas na exposição); 4) buscar articulação com as entidades que defendem a auditoria cidadã da dívida e a reforma tributária; 5) realizar ações no Congresso Nacional para aprovação do PL que trata da criação do tributo sobre grandes fortunas com vinculação para o financiamento das Ações e Serviços Públicos de Saúde; 6) solicitar informações ao MS sobre o encaminhamento das ressalvas do RAG 2015, especialmente em relação aos aspectos orçamentários e financeiros de responsabilidade do Ministério da Fazenda e do Ministério Planejamento; e 7) disponibilizar aos conselheiros uma síntese da exposição feita pela procuradora Elida Graziane. ITEM 5 – 2ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DAS MULHERES** - *Apresentação:* conselheira **Francisca Valda**, coordenadora da comissão de formulação e relatoria da 2ª CNSMu; e conselheira **Carmem Lúcia Luiz**, coordenadora da CISMU/CNS e coordenadora da 2ª CNSMu. *Coordenação:* conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando, conselheira **Carmem Lúcia Luiz**, coordenadora da CISMU/CNS, explicou que a elaboração do documento orientador da 2ª CNSMu coube à Comissão de Formulação e Relatoria da 2ª CNSMu, composta por Adelaide Suely de Oliveira, Elaine Maria Silva das Neves, Francisca Rego Oliveira Araújo, Francisca Valda da Silva, Heliana Neves Hemeterio dos Santos, Kátia Maria Barreto Souto, Lenise Aparecida Martins Garcia, Madalena Margarida da Silva, Maria Esther de Albuquerque Vilela e Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca. Explicou que o texto, em fase de finalização, considerou como subsídios, além dos debates e posicionamentos do CNS, os debates do Seminário de Saúde da Mulher, realizado nos dias 4 e 5 de novembro de 2016. Disse que o documento será finalizado após a reunião da comissão organizadora, que ocorreria na próxima semana, e enviado aos conselheiros. Considerando tratar-se de um texto em construção, solicitou que os conselheiros não o divulgassem até a conclusão. Ressaltou ainda que outros documentos de apoio estão em elaboração e poderiam ser enviados à comissão organizadora. Conselheira **Francisca Valda**, coordenadora da Comissão de Formulação e Relatoria da 2ª CNSMu, explicou que a intenção do documento orientador é contribuir com o debate dos temas da 2ª CNSMu, sem prejuízo de outros que sejam apensados a este. Salientou que o documento consolida produções e posicionamentos do CNS sobre os eixos temáticos da 2ª CNSMu e apresenta, em cada eixo temático, questões que podem incentivar debates nas conferências livres, rodas de conversa, fóruns, grupos de discussão e nas etapas deliberativas municipais, estaduais, do Distrito Federal e nacional. Feitas essas considerações, discorreu sobre o conteúdo do documento, destacando trechos do texto de cada um dos eixos. Eixo I - O papel do Estado no desenvolvimento socioeconômico e ambiental e seus reflexos na vida e na saúde das mulheres - Falar do papel do Estado no desenvolvimento socioeconômico e ambiental e impactos na vida e na saúde das mulheres na atualidade é um exercício de análise das complexas relações de disputa de poder entre as forças econômicas, sociais e políticas do âmbito do Estado, do Mercado e da Sociedade Civil. O Estado da República Federativa do Brasil é atravessado por disputas de interesses travadas entre atores do mercado e da sociedade civil, com impactos na sua construção em cada momento, principalmente, por se tratar de uma economia periférica aos países do centro do capitalismo no mundo. A Participação Social na Saúde expressa, especialmente, nas Conferências Nacionais de Saúde e nos Conselhos de Saúde (municipais, estaduais, Distrito Federal e nacional), que é a instância e autoridade máxima na “formulação e controle da execução da Política Nacional de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, avaliação no âmbito da saúde pública e dos subsistemas privados do Brasil” como prescreve a Constituição tem se posicionado com coerência e organizado ação coletiva e lutas em relação às seguintes prioridades: Defesa da PEC 01/2015 que regulamentava a vinculação de receita da CF 1988 (projeto de lei de iniciativa popular fruto da mobilização “Saúde +10” com cerca de dois milhões de assinaturas); Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) da Emenda Constitucional nº 95 junto ao STF, continuidade da luta contra a PEC 241/55-2016 que foi aprovada na Câmara Federal e Senado que institui o Novo Regime Fiscal (EC-95/2016) com teto para realização de despesas primárias até 2036 e torna sem efeito vinculações constitucionais orçamentárias de receita para as áreas da saúde e educação a partir de 2018, e que representa retrocesso na aplicação de recursos por 20 anos com impacto na redução da oferta de “Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU,

1047 cirurgias oncológicas, Programa Saúde da Família, leitos de UTI, etc.". Revogação do Art. 142 da Lei nº
1048 13.016/2015, que permite a entrada de capital estrangeiro nos serviços de assistência à saúde.
1049 Combate sem tréguas ao PL nº 1.330/2014, que permite a terceirização sem limites, inclusive, de
1050 atividades fins. Fiscalização do Subsistema de Saúde Suplementar: 1) Posição contrária à PEC
1051 451/2014 que propõe a regulamentação de planos de saúde para o trabalhador do mercado formal e
1052 contra os planos acessíveis; 2) Instalação de Comissão Parlamentar de Inquérito para investigar os
1053 Planos de Saúde; 3) Aperfeiçoamento do sistema de comunicação entre prestadores, usuários e
1054 operadoras de planos; inserção dos contatos das operadoras e da ANS nos cartões beneficiários, dias
1055 e horários de atendimento; disponibilização de adesivos informativos, em locais visíveis dos
1056 prestadores dos serviços de saúde; orienta às operadoras a disponibilizarem cartilhas com instruções
1057 de como agir em casos de problemas com atendimento (Recomendação CNS nº 10 /2016). Destacam-
1058 se ainda, na agenda do Estado Nacional Brasileiro, as questões ambientais, econômicas e sociais que
1059 são estruturantes da qualidade de vida e da saúde de mulheres e homens. Mas que dependem de
1060 investimentos elevados por parte do Estado que, agora, estão fora da agenda nesta conjuntura de
1061 congelamento de recursos da saúde. Entre outras, destacam-se as seguintes questões prioritárias ao
1062 debate da saúde das mulheres nas etapas das Conferências Municipais, Estaduais, Distrito Federal e
1063 Nacional: as desigualdades sociais, raça/etnia, gênero, orientação sexual, geração e as políticas de
1064 desenvolvimento saudável, promoção da saúde e de prevenção de doenças. A Conferência Rio +20
1065 afirma "a convicção de que é importante concentrar a ação sobre os determinantes sociais e ambientais
1066 da saúde, tanto para os pobres e os vulneráveis como para toda a população, para criar sociedades
1067 inclusivas, justas, produtivas e saudáveis". Neste contexto propõe-se como questões ativadoras do
1068 debate: 1. Qual o impacto dos grandes empreendimentos, barragens, agronegócio, etc., ou seja, o
1069 modelo de desenvolvimento econômico atual na saúde das mulheres? 2. Qual a relação entre
1070 agrotóxicos, produtos industrializados e cânceres?; 3. Qual a situação da água potável e do
1071 saneamento básico na sua região e qual o impacto na saúde das mulheres? 4. Como atacar na raiz o
1072 problema das arboviroses, especialmente, em face ao diagnóstico e tratamento das doenças
1073 transmitidas pelo *Aedes aegypti*? Quais os principais impactos na saúde das mulheres? 5. Como
1074 resgatar o financiamento da saúde considerando de um lado a vinculação de receitas da CF 1988 e de
1075 outro o estabelecimento de teto como disposição transitória pela Emenda Constitucional 95? 6. E a
1076 reforma do Estado? Qual a principal ameaça às políticas sociais e como superá-la? Como a saúde das
1077 mulheres pode ser afetada?. Eixo II - O mundo do trabalho e suas consequências na vida e na saúde
1078 das mulheres. A reestruturação do trabalho no mundo contemporâneo segue a cartilha da flexibilização
1079 das relações de narrativa esconde a armadilha da reforma trabalhista, que pretende implantar uma
1080 nova institucionalidade trabalho apresentada pelo mercado como estratégia para gerar emprego e
1081 renda. Esta do negociado sobre o legislado, que produz modificações nos processos organizacionais,
1082 nas formas de trabalho e de gestão. Estas precarizam as relações de trabalho e afetam a saúde e a
1083 vida das/os trabalhadoras/es. Flexibilização significa contratação de mão-de-obra em tempo parcial,
1084 trabalho informal, ampliação das jornadas de trabalho, desemprego, entre outras retiradas de direitos.
1085 Seus efeitos são mais perniciosos quando analisadas sob o recorte de raça/etnia, geração e gênero.
1086 Dados estatísticos em diferentes setores do trabalho mostram que as mulheres são as principais
1087 vítimas do trabalho precarizado. A mulher secundariza sua identidade profissional e se coloca no
1088 mundo do trabalho com base na sua posição na família. Mulheres dedicam duas vezes mais tempo que
1089 os homens às atividades domésticas, trabalham cinco horas a mais que eles, por semana, e estão
1090 inseridas em trabalhos precários e invisíveis ou profissões vinculadas socialmente ao cuidado. As
1091 mulheres enfrentam barreiras para o acesso e permanência no mercado de trabalho, recebem salários
1092 inferiores aos homens, se deparam com entraves à sua qualificação e progressão profissional, sofrem
1093 com a ausência de creche e escolas em período integral para deixar filhos e filhas. Os empregos
1094 tipicamente femininos são percebidos como os que necessitam de menos habilidades, menos
1095 valorizados no mundo do trabalho e, na maioria das vezes, com menor remuneração. As atividades
1096 econômicas relacionadas ao meio ambiente que impactam diretamente na saúde e as empresas
1097 precisam garantir práticas, normas e condutas sustentáveis que respeitem os direitos humanos, e o
1098 Estado deve se responsabilizar por uma legislação que garanta a proteção dos trabalhadores e das
1099 trabalhadoras. As mulheres do campo, florestas e das águas, correspondem a 14 milhões de mulheres,
1100 na sua maioria, vivem e trabalham em condições precárias, agravadas pela distância das áreas
1101 urbanas e dos serviços públicos. Além disso, estão expostas a acidentes e agravos à saúde
1102 relacionados aos processos de trabalho no campo, e particularmente o adoecimento decorrente do uso
1103 de agrotóxicos, mercúrio e exposição contínua aos raios ultravioletas, além de situações geradas pelos
1104 grandes empreendimentos de hidroelétricas/barragens, ocasionando processos de desestruturação
1105 social e familiar. Na busca pela melhoria da qualidade de vida e de saúde dessa população, é
1106 importante que as políticas públicas atuem de forma intersetorial, envolvendo ações de saneamento e
1107 meio ambiente, reconhecendo e valorizando os saberes e as práticas tradicionais de saúde dessas
1108 populações. O emprego doméstico ainda é o nicho feminino por excelência. O IBGE (2011) apontou

diversas formas de declaração da ocupação de trabalhador doméstico, destacando-se com maior frequência: empregada doméstica, faxineira, diarista, babá, cozinheira, lavadeira, passadeira, arrumadeira, acompanhante de idoso, acompanhante de doente e de criança à escola. (IBGE, 2011, p. 3). As mulheres adoecem com mais frequência, em face das precárias condições de inserção no mercado de trabalho e das formas recentes de intensificação do trabalho impostas pelas novas tecnologias e processos produtivos. Porém, estas doenças são tratadas como doença de mulheres, sem nexo causal epidemiológico com o trabalho. Embora as mulheres tenham uma incidência menor de acidentes, afastamentos, aposentadorias e mortes relacionadas ao trabalho, quando comparadas aos homens, a maioria das mulheres sofrem sintomas e doenças causadas pelas condições de trabalho que se tornam crônicas, acompanhando-as até o fim da vida. Muitas trabalhadoras têm varizes, inchaço nas pernas, cansaço, fadiga, hérnia de disco, abortamento espontâneo, parto prematuro, bebê de baixo peso ao nascer em função do grande esforço físico que realizam. Aquelas que trabalham em ambientes com muitos ruídos e com produtos químicos, como o agrotóxico, com frequência apresentam perda auditiva, estresse, esterilidade, distúrbios hormonais, dermatose, asma ocupacional, alergia, câncer, angústia, depressão, insônia, medo de perder o emprego, aumento da tensão pré-menstrual, displasia mamária, distúrbios digestivos, sensação de incapacidade. As mulheres também apresentam LER (Lesão por Esforços Repetitivos) DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), burnout, suicídios no trabalho, os distúrbios psicossociais, o envelhecimento prematuro, a síndrome do esgotamento profissional, os conflitos éticos, o alcoolismo entre outros, que implicam no adoecimento e consequente incapacidade para a vida e para o trabalho. As mulheres adoecem também, em função da violência de gênero. As mulheres adoecem em função do assédio moral e sexual nas relações de trabalho, que ocorre regularmente, tanto na iniciativa privada quanto nas instituições públicas. Sem proteção social, as mulheres que adoecerem e não puderem trabalhar, não receberão qualquer tipo de auxílio doença por parte do estado. Se der à luz, não terá licença maternidade remunerada, se ficar inválida, não receberá pensão por invalidez e, se morrer não deixará pensão para os filhos menores. Neste contexto propõe-se como questões ativadoras do debate: 1. Refletir sobre a condição de inserção das mulheres no mundo do trabalho e suas implicações na condição de vida e de saúde. 2. Ações que possibilitem a promoção da saúde das mulheres no campo e na cidade, considerando as dimensões de raça e etnia, orientação sexual e geração. Eixo III - Vulnerabilidades nos ciclos de vida das mulheres na Política Nacional de Atenção Integral a Saúde das Mulheres. A abordagem de gênero é fundamental para pensarmos as diferentes vulnerabilidades a que as mulheres estão sujeitas nesse cenário social, cultural, econômico e político. Partindo desse lugar da desigualdade de gênero, faz-se necessário aportar outras vulnerabilidades sociais e culturais como classe social, raça, etnia, geração, orientação sexual, deficiência, crescidas de outras como processo de saúde/adoecimento como HIV/AIDS, hanseníase, violência de gênero, e outras como condições de vida, mulheres urbanas, rurais, da floresta e águas, em situação de rua, em situação de conflitos de terra, de fronteira, de guerra, entre outros. A formação patriarcal da sociedade brasileira gera uma série de desigualdades nas decisões de poder entre homens e mulheres. Levando em consideração as especificidades de raça/etnia, classe, orientação sexual, geracional, oportunizando desigualdades que se tornam consequências e incidem diretamente sobre a saúde das mulheres, sendo necessárias ações específicas para esse segmento no SUS, reconhecendo a multiplicidade das mulheres que são as principais usuárias do SUS, de acordo com o Plano Nacional de Políticas para Mulheres 2013-2015 (BRASIL, 2013, p. 30). A política de saúde das mulheres necessita considerar a diversidade das mulheres na sociedade brasileira e suas diferentes condições de saúde, reconhecendo as segmentações étnica e racial, geracional, mulheres em situação de rua, orientação sexual e identidade de gênero, moradoras das periferias e meio rural, assim como de povos e comunidades tradicionais. As condições de violência de gênero, em especial a violência doméstica e sexual, transtornos mentais, o uso abusivo de álcool e outras drogas, incidem de forma significativa nos indicadores de saúde das mulheres, muitas vezes, levando-as às ruas - 45% da população em situação de rua é feminina. No meio rural, elas representam 48%. Em seus diferentes modos de vida relacionados predominantemente com a terra, temos uma diversidade entre as que habitam as florestas ou são extrativistas, mulheres das águas, pescadoras, marisqueiras, ou camponesas, sejam elas agricultoras familiares, trabalhadoras rurais assentadas ou acampadas e as trabalhadoras assalariadas e temporárias que residem ou não no campo. Dentre esses grupos podem-se destacar as populações ribeirinhas, aquelas atingidas por barragens, e outras comunidades tradicionais, como quilombolas e indígenas. É preciso considerar as dinâmicas geracionais principalmente voltadas às jovens e idosas na sua saúde integral e com respeito a estes ciclos de vida. Há ainda as dinâmicas raciais que incidem de forma significativa nos indicadores de saúde, servindo como agravante e condicionante de saúde. A orientação sexual e identidade de gênero, em função da construção heteronormativa e binária da sociedade, têm múltiplas representações identificando nas lésbicas, mulheres bissexuais, travestis e transexuais (LBT), dificuldades que reiteram cotidianamente as vulnerabilidades para essa população, devido à dificuldade de diálogo entre os profissionais de saúde para atender e compreender as necessidades dessas

mulheres e seus modos de vida. Historicamente, a população negra apresenta indicadores sociais piores quando comparados aos da população branca. As mulheres negras são vítimas recorrentes do racismo e do sexismo na sociedade, o que leva à dificuldade no acesso aos serviços de saúde do SUS. Estes cenários necessitam de intervenção, diagnóstico e acolhimento no SUS, pois segundo a pesquisa da FLACSO, diminuiu a violência entre mulheres brancas em 9,8% e aumentou em 54,2% a morte entre meninas e mulheres negras (Waiselfisz, 2015, p. 30). Entre estas violências estão os estupros, que também atingem, em sua maioria, as mulheres negras, em função do mito de sexualidade acerca do corpo das mulheres negras, agravando-se também a situação de violência obstétrica. O perfil de causas prioritárias de mortalidade materna praticamente não mudou na última década: hipertensão, infecção puerperal, aborto e hemorragia continuam como principais causas. As mulheres negras são as principais vítimas. De acordo com dados notificados no SIM, do total de 1.583 mortes maternas em 2012, 60% eram de mulheres negras e 34% de brancas. (MS/SVS/CGIAE). A mortalidade materna ganha contornos ainda mais graves quando se percebe que cerca de 90% dos óbitos poderiam ser evitados, muitos deles por ações dos serviços de saúde. O número mínimo de consultas de pré-natal preconizado pelo Ministério da Saúde é de 6 (seis). A proporção de mulheres que declararam realizar seis ou mais consultas de pré-natal foi maior na população branca (85,8%), seguida da amarela (80,7%), parda (71,8%), preta (71,2%) e indígena (39,7%) em 2012. É nesse cenário que acontece o contexto da Síndrome Congênita do Zika Vírus, evidenciando as vulnerabilidades do sistema e saúde, apresentando as dificuldades de acessar as populações rurais, sobretudo aquelas que necessitam armazenar água, na maioria povos e comunidades tradicionais, sobretudo aquelas que dependem da água para seu sustento, populações periféricas dos centros urbanos, impactando de forma significativa sobre as mulheres negras, assim como as situações de intolerância religiosa. Portanto, precisamos debater sobre essas iniquidades e desigualdades sociais que acabam por vulnerabilizar as mulheres negras, indígenas, lésbicas, bissexuais, transexuais, jovens e idosas, do campo e da cidade de forma diferenciada e que exigem ações e estratégias específicas. Frente a essas iniquidades, as Políticas de Promoção de Equidade vigentes no SUS como: Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, incluindo o Processo Transexualizador (Portaria GM/MS nº 2.803, de 19 de novembro de 2013 e da Portaria SAS/MS nº 457, de 19 de agosto de 2008); Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas; a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e as ações de saúde do Plano da Política Nacional da População em Situação de Rua são normativas que deram visibilidade às vulnerabilidades dessas populações e reconheceram todos os segmentos como sujeitos de direitos, em especial, colocando a equidade como imprescindível para garantir os princípios da integralidade e da universalidade no SUS. Para intervir neste contexto propõem-se questões ativadoras do debate: 1. Refletir sobre: Quem são essas mulheres? Como vivem e como se relacionam? Quais suas vulnerabilidades individuais e sociais? 2. Que estratégias e ações podem possibilitar a superação dessas vulnerabilidades e como articular no SUS a sua promoção e garantia? 3. E as mulheres que sofrem violências? Como enfrentar o racismo institucional? Como enfrentar a lesbofobia e transfobia? 4. Como garantir os direitos sexuais e direitos reprodutivos considerando a autonomia das mulheres e sua diversidade? 5. O que falta, na sua região, para o efetivo cumprimento da legislação vigente do atendimento em 60 dias dos casos de cânceres? Eixo IV – Políticas Públicas para Mulheres e Participação Social. A 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres – CNSMu acontece em um momento especial de luta democrática e de resistência, e ainda sob os ecos do processo de mobilização da 15ª Conferência Nacional de Saúde, fazendo valer a trajetória de conquistas das mulheres para o avanço da democracia participativa, reafirmando o SUS como impulsionador de direitos e cidadania, de acesso às ações de saúde, educação, seguridade social, essencialmente constituído por valores promotores de relações mais humanizadas, com mais vínculo e afeto. Contudo, em meio a esse cenário de desafios inerentes ao processo de organização de uma conferência, a vivência nos mostra hoje um cenário de deslegitimação do legislado constitucional com a Emenda à Constituição do teto dos gastos públicos, que tente a aprofundar a atual política econômica recessiva, o desemprego, a queda de renda e o sucateamento das políticas sociais, dentre outras, que só agrega valor e peso para a limitação do crescimento/desenvolvimento do país, da inclusão social e da maximização das desigualdades sociais e regionais. (SANTOS, FUNCIA, 2016). E a 2ª CNSMu pode ser uma oportunidade para a construção de políticas que expressem as necessidades das mulheres, além de reafirmar os princípios orientadores do SUS e da Política Nacional de Atenção Integral para as Mulheres, fazendo valer: a autonomia das mulheres em todas as dimensões da vida; a busca da igualdade efetiva entre mulheres e homens, em todos os âmbitos; o respeito à diversidade e combate a todas as formas de discriminação; o caráter laico do Estado; a universalidade dos serviços e benefícios ofertados pelo Estado; a participação ativa das mulheres na vida social e política do país; e a transversalidade e abordagem de gênero em todas as políticas públicas. O enfrentamento das desigualdades de gênero em todos os aspectos e ciclos de vida é a busca permanente pela igualdade no cotidiano cidadão. (BRASIL, 2013). Vários são os espaços e ferramentas de manifestações das pessoas e das populações. As ouvidorias, as audiências públicas,

os plebiscitos, os referendos populares, mobilizações por projetos de lei de iniciativa popular entre diversos e distintos movimentos coletivos que configuram um leque de possibilidades e se multiplicam no fortalecimento do protagonismo das mulheres visando a garantia dos direitos civis, sociais e políticos. Neste contexto propõe-se como questões ativadoras do debate: 1. Que ações intersetoriais podem ser desenvolvidas para garantir os direitos das mulheres à saúde, educação e seguridade social, com observância aos ciclos de vida, gênero, orientação sexual, raça, etnia, cultura? 2. Como garantir o acesso e acessibilidade das mulheres à integralidade da atenção à saúde e seguridade social e em defesa do SUS, público, integral, equânime e universal, com observância às necessidades das mulheres em seus distintos territórios? 3. Como fortalecer a articulação entre os espaços de participação social em todas as políticas públicas, com vistas ao desenvolvimento de ações intersetoriais que garantam os direitos das mulheres (trabalhadoras, desempregadas...) por meio da atuação do controle social, em especial dos conselhos de saúde em seu município/estado/Distrito Federal e dos movimentos sociais? 4. Que estratégias podem ser desenvolvidas para promover a inclusão nos espaços dos conselhos de saúde de representações femininas que buscam o enfrentamento das iniquidades em saúde, considerando as diversidades como geração, identidade de gênero, orientação sexual, raça/etnia, rural, urbano, deficiência, mulheres em situação de rua, entre outras? 5. Como fortalecer as instâncias de controle social e garantir o caráter deliberativo dos conselhos de saúde, ampliando os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã? 6. Que estratégias e ferramentas de mobilização social e política podem ser utilizadas para o fortalecimento da participação da mulher nos distintos territórios?. Finalizando, disse que o documento é extenso, mas não deu conta de todas as especificidades. Reiterou que vários documentos estão sendo elaborados para contribuir com o debate. Concluída a apresentação, foi aberta a palavra ao Plenário para manifestação. Nas intervenções, foram apresentadas as seguintes questões ao texto do documento: eixo da mulher trabalhadora: resgatar no documento as conquistas das trabalhadoras domésticas; Eixo 4 - o termo “saúde e seguridade social” é redundante, pois a saúde é parte da seguridade; traduzir a sigla “SIM” (“De acordo com dados notificados no “SIM””); contemplar no documento o tema “ideologia do machismo e patriarcalismo” e formas de superação; incluir os temas no documento: mulher na saúde mental, mulher encarcerada, mulher em situação de rua, misoginia e machismo; contemplar no texto questões relativas ao processo legislativo e judiciário que afetam os direitos das mulheres (PLs em curso como criminalização do aborto), morte por abortamento, histerectomia de mulheres negras quilombolas; e dar destaque às múltiplas violências. Além das sugestões ao texto, foram levantadas as seguintes questões acerca da temática: enviar documentos e informes da comissão para os movimentos e entidades a fim de serem socializados; as conferências preparatórias devem trazer denúncias sobre a pluralidade – buscar fontes de financiamento para virar documentário; pensar estratégia para trazer agenda internacional na conferência; o documento orientador cumpre o papel de mobilizar o debate; destaque para abordagem sobre as iniquidades sociais – como contemplar a diversidade no processo de mobilização?; é preciso fazer a ligação entre o que está sendo proposto e a conferência de vigilância em saúde; sugestão de elaborar documento sobre as principais questões para debate; o debate da Conferência não é restrito às mulheres e um dos desafios é sensibilizar os homens para a importância do tema; dúvida: qual a fonte sobre as mulheres em situação de rua utilizada no documento - preocupação com o dado: 45% de mulheres em situação de rua; o movimento LGBT sente-se contemplado no documento e é preciso garantir direito à diversidade; destaque para o esforço da construção coletiva do documento; o documento visa inaugurar o processo de debate já iniciado com a convocação da conferência; e os conselheiros devem iniciar debate nos seus movimentos e entidades. Finalizando, conselheira **Carmem Lúcia Luiz**, coordenadora da CISMU/CNS, explicou que a intenção do documento não foi esgotar o temário, mas sim suscitar debates e ressaltou que as conferências livres apresentarão contribuições. Como encaminhamento, sugeriu que as entidades e os movimentos que compõem o CNS elaborassem documentos de apoio com temas que não foram contemplados no documento orientador e definissem estratégias de mobilização para a conferência. **Deliberação: as entidades e movimentos deverão elaborar documentos de apoio com temas que não foram contemplados no documento orientador e definir estratégias de mobilização para a conferência.** Finalizado esse ponto, a mesa encerrou o primeiro dia de reunião. O item 6 da pauta foi transferido para a manhã do segundo dia. Estiveram presentes os seguintes conselheiros no primeiro dia de reunião: *Titulares* – **Antônio Muniz da Silva**, Organização Nacional dos Cegos do Brasil – ONCB; **Antonio Pitol**, Pastoral da Saúde Nacional; **Arlison da Silva Cardoso**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS; **Artur Custódio Moreira de Sousa**, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase - MORHAN; **Breno de Figueiredo Monteiro**, Confederação Nacional de Saúde – CNS; **Carmen Lucia Luiz**, União Brasileira de Mulheres – UBM; **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA; **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá**, Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG; **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira - COIAB; **Francisca Rêgo**

Oliveira de Araújo, Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO; **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; **Gerdo Bezerra de Faria**, Conselho Federal de Odontologia – CFO; **Geordec M. Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; **José Fernando Uchôa Costa Neto**, Ministério da Educação - MEC; **Juliana Acosta Santorum**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG; **Carolina Abad**, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama – FEMAMA; **Luiz Alberto Catanoce**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical – SINDNAPI; **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais - FENAS; **Marisa Furia Silva**, Associação Brasileira de Autismo - ABRA; **Moysés Toniolo de Souza**, Articulação Nacional de Luta Contra a Aids – ANAIDS; **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas - CFN; **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV); **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul – ARPINSUL; **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos – Fenafar; **Sônia Pereira**, Rede Nacional Lai Lai Apejo; **Wanderley Gomes da Silva**, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Wilen Heil e Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); e **Zaíra Tronco Salerno**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN). *Suplentes* – **Alessandra Ribeiro de Sousa**, Conselho Federal de Serviço Social – CFESS; **Liu Leal Agleildes Arichele Leal de Queirós (“Liu Leal”)**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES; **Alexandre Fonseca Santos**, Ministério da Saúde; **Alexandre Frederico de Marca**, Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC); **Anderson Teixeira**, Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência – SBPC; **Andréa Karolina Bento**, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia – ABRALE; **Antonio César Silva Mallet**, Ministério da Saúde - MS; **Clarice Baldotto**, Associação de Fisioterapeutas do Brasil - AFB; **Cláudia Vieira Carnevalle**, Nova Central Sindical dos Trabalhadores – NCST; **Danilo Aquino Amorim**, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM; **Denise Torreão Corrêa da Silva**, Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFa; **Dulcilene Silva Tiné**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços – CNS; **Elgiane de Fatima Machado Lago**, Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil – CTB; **Geraldo Adão Santos**, Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas – COBAP; **Gilene José dos Santos**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical – Sindnapi; **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; **Ivone Martini de Oliveira**, Conselho Federal de Enfermagem – COFEN; **Joana Batista Oliveira Lopes**, Federação Nacional dos Odontologistas - FNO; **José Arnaldo Pereira Diniz**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **José Vanilson Torres da Silva**, Movimento Nacional de População de Rua – MNPR; **José Felipe dos Santos**, Articulação Brasileira de Gays – ARTGAY; **Karla Larica Wanderley**, Ministério da Saúde; **Márcia Patrício de Araújo**, Associação Brasileira dos Ostomizados - ABRASO; **Maria Angélica Zollin de Almeida**, Federação Nacional dos Médicos Veterinários – FENAMEV; **Maria das Graças Silva Gervásio**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Mariana Carvalho Pinheiro**, Ministério da Saúde; **Paula Johns**, Associação de Controle do Tabagismo, Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos - ACT/Aliança de Controle do Tabagismo; **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira**, Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; e **Paulo Roberto Vanderlei Rebello Filho**, Ministério da Saúde. Iniciando o segundo dia de reunião, a mesa foi composta pelos conselheiros **Geordec Menezes de Souza**, da Mesa Diretora do CNS e **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS. De imediato, a coordenação passou ao item 6 da pauta, conforme definido no dia anterior.

ITEM 6 – INFORMES E INDICAÇÕES - *Coordenação*: conselheiro **Geordec Menezes de Souza**, da Mesa Diretora do CNS; e **Neide Rodrigues dos Santos**, Secretária-Executiva do CNS. **Homenagem a Ex-Conselheira Rosângela Santos**. Em homenagem à ex-conselheira, foi exibido vídeo mostrando a atuação dela no CNS (2008 a 2012 Coordenadora da Comissão Intersetorial de Pessoa com Patologias – CIPP; 2008 a 2013 - membro da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento – COFIN; Externos: Comitê de Implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente – CIPNSP; Grupo de Assessoramento Estratégico (GAE) do Sistema Nacional de Transplantes (SNT); e Comitê Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS – CONITEC). Além disso, a homenagem falou da atuação da ex-conselheira como presidente da Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil – FARBRA e na defesa do Controle Social, representando os usuários do SUS no CNS, com competência e comprometimento. **Não houve encaminhamentos**. Diante da presença dos convidados, a mesa interrompeu os informes e indicações e procedeu ao item 7.

ITEM 7 – HOMENAGEM AOS MÉDICOS INTERCAMBISTAS PARTICIPANTES DA COOPERAÇÃO OPAS/OMS COM CUBA - *Convidados*: **José Emílio Caballero**, Médico Cubano da Embaixada de Cuba; **Hector Daniel Perdomo Hernandez**, Médico Cubano da OPAS; **Renato Tasca**, Coordenador Técnico do Programa Mais Médicos no Brasil da OPAS; **Glauco Oliveira**, coordenador Regional do

Programa Mais Médicos no Brasil da OPAS; e **Rogério Luiz Zeraik Abdalla**, Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde – SGTES/MS. *Coordenação:* conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS. Iniciando, o Presidente do CNS, em nome do Plenário do Conselho, manifestou satisfação em prestar homenagem aos médicos intercambistas participantes da cooperação OPAS/OMS com Cuba, dada a importância das ações prestadas por esses profissionais. O Secretário da SGTES/MS, **Rogério Luiz Zeraik Abdalla**, somou-se à homenagem aos médicos intercambistas participantes da cooperação OPAS/OMS com Cuba, lembrando que os médicos cubanos foram aonde os médicos brasileiros não foram. Reiterou a importância de valorizar os médicos brasileiros e cubanos e, nessa integração, garantir atendimento à população brasileira. O coordenador Regional do Programa Mais Médicos no Brasil da OPAS, **Glauco Oliveira**, salientou que os médicos cubanos contribuíram para o povo brasileiro encontrar-se com sua cidadania e o trabalho desenvolvido vai além do cuidado em saúde. Agradeceu, em nome da Organização, a possibilidade de participar dessa importante iniciativa. O Coordenador Técnico do Programa Mais Médicos no Brasil da OPAS, **Renato Tasca**, também destacou a importância do Programa e a participação expressiva de mulheres na iniciativa (o Programa conta com a participação de mais médicas que médicos). Manifestou satisfação por participar da homenagem no Conselho, órgão máximo do controle social e lembrou que os médicos conseguiram estabelecer vínculo forte com a comunidade, o que, na sua avaliação, foi um dos principais ganhos do Programa. O médico cubano da OPAS, **Hector Daniel Perdomo Hernandez**, lembrou que o reconhecimento faz crescer e contribui para ampliar o comprometimento com a causa e aproveitou para frisar o compromisso dos médicos cubanos de contribuir para melhoria da saúde do povo brasileiro. O médico cubano da Embaixada de Cuba, **José Emílio Caballero**, representando Cristina Luna Morales, coordenadora nacional de Cuba na Cooperação entre o Brasil e a OPAS/OMS para a contratação de médicos cubanos, lembrou que a cooperação com Cuba existe há mais de 50 décadas em vários locais do mundo e, no Brasil, é onde se tem mais médicos cubanos. Ressaltou que os médicos, onde trabalham, são os embaixadores de Cuba. Conselheiro **Arlison Cardoso da Silva**, representando o CONASEMS, ressaltou que 700 municípios não possuíam médicos e as pessoas estavam afastadas da integralidade da saúde e o Programa contribuiu para garantir assistência às pessoas desassistidas. Assim, registrou agradecimento por esse trabalho, lembrando que são profissionais com vontade de ajudar o povo. Avaliou que é justa a homenagem aos médicos cubanos e destacou gratidão aos médicos cubanos que contribuem para melhoria das condições de vida do povo brasileiro. Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes**, representando o CONASS, salientou que os resultados do Programa são evidentes e citou os testemunhos de participação com a comunidade. Lembrou, inclusive, que não há conflito sobre a forma de pagamento dos médicos. Salientou que esses profissionais possuem outra noção de solidariedade e vivência com as pessoas. Manifestou apoio ao Programa e à outra noção de atendimento que esses profissionais trazem para o país. Conselheiro **Rildo Mendes** destacou a importância dos médicos cubanos para os povos indígenas e lembrou que esses profissionais foram aonde os médicos brasileiros não foram. Nesse sentido, agradeceu os médicos cubanos por humanizar a saúde indígena. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** destacou que a homenagem é justa pelo trabalho que os médicos cubanos desempenham, mas ponderou que é preciso ampliar essa iniciativa para outros profissionais de saúde. Conselheira **Liu Leal** cumprimentou a ousadia do governo brasileiro por buscar saída à situação da população desassistida pelo cuidado em saúde e reconheceu o importante trabalho desempenhado pelos profissionais cubanos. Conselheiro **Artur Custódio M. de Souza** destacou que a presença dos médicos cubanos contribuiu para identificar casos de hanseníase no país, o que contribuiu para modificar o quadro. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** cumprimentou o CNS por essa sessão e lembrou que os 5.570 municípios ainda estão carentes de recursos da sociedade. Lembrou que os voluntários aceitaram ir a locais onde não havia médicos e garantiram assistência a populações antes desassistidas. Conselheira **Juliana Santorum** destacou que a partir do Programa as populações do campo, floresta e água tiveram oportunidade de ter atendimento nos seus locais de residência e trabalho. Lembrou que o SUS ainda não é o definido na Constituição Federal por conta do interesse do mercado. Também manifestou preocupação com o rumo do Programa e defendeu a inclusão dos médicos brasileiros com a permanência dos médicos cubanos. Conselheira **Marisa Fúria Silva** manifestou satisfação com o Programa, mas entende que é preciso melhorar o valor repassado pelo governo cubano aos médicos cubanos por conta do alto custo de vida no Brasil. Conselheiro **Moysés Toniolo** destacou que é preciso ressignificar o “fazer saúde”, com mudança de cultura, priorizando a prevenção e o olhar para o usuário. Feitas essas considerações, foram entregues placas de homenagem ao Médico Cubano da Embaixada de Cuba, **José Emílio Caballero** e ao Médico Cubano da OPAS, **Hector Daniel Perdomo Hernandez**, simbolizando a retribuição pelo exemplar trabalho prestado por esses profissionais. **ITEM 8 – MEDIDA PROVISÓRIA 754/2016 QUE DEFINE NORMAS PARA O SETOR FARMACÊUTICO** - *Apresentação:* **Leandro Pinheiro Safatle**, Secretário Executivo da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos – CMED. *Coordenação:* conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS. O Presidente do CNS explicou que seria feito informe sobre a Medida Provisória e, posteriormente, o tema seria pautado para aprofundamento do

debate. Pontuou que a publicação da Medida trouxe preocupação e uma das justificativas para esta iniciativa é enfrentar o problema do mercado que resulta no desabastecimento. Explicou que no entendimento de setores, inclusive que compõem o CNS, é possível definir outros mecanismos para regulação que não tragam insegurança jurídica ao processo regulatório. O Secretário Executivo da CMED, **Leandro Pinheiro Safatle**, iniciou explicando que a CMED regula o mercado e estabelece critérios para definição e ajuste de preços de medicamentos. Desde a criação, a CMED trouxe resultados positivos para o país, inclusive redução de preços de medicamentos. Explicou que a Medida Provisória nº 754, de 19 de dezembro de 2016, altera a Lei nº 10.742, de 6 de outubro de 2003, que define normas de regulação para o setor farmacêutico. Destacou que o setor está crescendo, mas a regulação possibilitou a estabilização dos preços dos medicamentos. Clarificou que o foco dessa norma é resolver problemas pontuais sobre abastecimento de produtos antigos, que entraram no mercado antes da regulação. Citou, por exemplo, que a Medida permitiu à Comissão ajustar o preço da Benzilpenicilina na linha de resolver o problema do desabastecimento. **Manifestações.** Conselheiro **Nelson Mussolini** disse que a indústria farmacêutica recebeu com preocupação a notícia da publicação da Medida nº 754/16 e rebateu a informação, veiculada na imprensa, que esta Medida seria um presente para a indústria farmacêutica, uma vez que possibilitaria aumento de preços de medicamentos, desconhecendo o papel regulador da CMED nesse processo. Explicou que no conjunto de nove países o Brasil possui o preço menor de medicamentos, o que dificulta a rentabilidade que a indústria necessita para desenvolver novos produtos. Esclareceu que o produto novo paga o produto que está sendo desenvolvido até o vencimento da patente. Disse que a Medida Provisória traz insegurança para o mercado, pois não define como irá aumentar ou diminuir, o que reflete na produção local. Avaliou que o Brasil está no caminho certo para trazer segurança ao mercado e manter o abastecimento e, nessa linha, elogiou o trabalho do Secretário à frente da CMED e agradeceu, em nome da indústria farmacêutica. Conselheiro **Carlos de Souza Andrade** registrou preocupação com a falta da penicilina benzatina e salientou a importância de definir ações para manter o abastecimento, reconhecendo que o preço está defasado. Conselheiro **Moyses Toniolo** avaliou que houve ruptura na integralidade da assistência farmacêutica em DST/AIDS pela falta da penicilina benzatina. Ressaltou, inclusive, que os usuários precisam, muitas vezes, comprar medicamento na rede privada, por conta do desabastecimento. Conselheiro **Alexandre Fonseca Santos** destacou que o papel da regulação é importante e precisa considerar o preço, a sustentabilidade do processo da cadeia produtiva e o acesso à população. Do ponto de vista global, explicou que há desabastecimento geral dos antibióticos e a falta da penicilina é apenas uma pequena parte do problema. Destacou que o CNS possui papel importante na fiscalização e no processo fiscalizatório para garantir o acesso e a sustentabilidade da cadeia produtiva como um todo. Conselheira **Andrea Karolina Bento** propôs reflexão sobre medicamentos que, por falta de interesse comercial deixaram de ser produtivos, a exemplo de melfalano injetável, bussulfano oral, Clorambucil, essenciais para tratar leucemia e mieloma. Assim, perguntou o que pode ser feito para garantir a continuidade da produção desses medicamentos. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, na condição de presidente da FENAFAR, ressaltou que é preciso promover debate e garantir o que já foi conquistado nos últimos anos, assegurando o medicamento como insumo garantidor do direito à saúde. Lembrou que o CNS contribuiu com esse processo ao aprovar a Política Nacional de Assistência Farmacêutica que articula todo o ciclo de produção, pesquisa, acesso, regulação. Destacou que foi firmada parceria para o desenvolvimento produtivo de mais de medicamentos, boa parte deles medicamentos negligenciados, para garantir o abastecimento. Alertou que a Medida pode suscitar debate no Congresso Nacional e, sob pressão do mercado, pode haver desconstrução do que já foi conquistado. Sinalizou que a lógica dos anos 90 está de volta inclusive em administrações municipais, ao retirar das unidades básicas a responsabilidade do acesso aos medicamentos e colocar no mercado, como é o caso de São Paulo e Belo Horizonte. Salientou que a partir deste informe é preciso aprofundar o debate interno no CNS sobre assistência farmacêutica. **Retorno da mesa.** O Secretário Executivo da CMED, **Leandro Pinheiro Safatle**, salientou que a CMED é resultado do trabalho desenvolvido nos últimos anos, inclusive dos debates do Conselho e trouxe resultados positivos para o país. Apontou que estudo sobre os vinte medicamentos mais vendidos no mundo concluiu que: nos Estados Unidos, o preço de medicamentos é o maior do mundo; na Inglaterra, o preço é três vezes mais barato; e, no Brasil, seis vezes mais barato que o preço americano. Salientou que essa situação do Brasil é fruto de um conjunto de políticas e do trabalho da CMED. Sobre a benzilpenicilina, explicou que foi feito estudo sobre o preço e na reunião da CMED de ontem foi definido reajuste. Mesmo com esse ajuste, o preço do medicamento, sugerido pela empresa e aprovado, é três vezes menor que o praticado em outros países. Além disso, foi resolvida situação de outros medicamentos que estavam com problema. Após essa fala, o Presidente do CNS passou aos encaminhamentos. **Deliberação: o Plenário decidiu: aprofundar o debate sobre modelo de assistência farmacêutica; e garantir a participação de integrante da CIAF/CNS na oficina nacional sobre assistência farmacêutica no SUS, de 8 a 10 de fevereiro de 2017, para apresentar entendimento do CNS a respeito do tema (“medicamento deve ser tratado como insumo**

garantidor do direito à saúde”. Com essa definição, o Presidente do CNS agradeceu o convidado e encerrou este ponto. **ITEM 6 – INFORMES E INDICAÇÕES** - Comissões Intersetoriais. Referendar as Recomendações CNS nº 018/2016 e nº 001/2017. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS. *Coordenação:* conselheiro **Geordecí Menezes de Souza**, da Mesa Diretora do CNS; e **Neide Rodrigues dos Santos**, Secretária-Executiva do CNS. Conselheira **Denise Torreão Corrêa da Silva** solicitou esclarecimentos sobre o GT de planos acessíveis. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** recuperou que, na última reunião, foi informado ao Plenário do Conselho que o assunto fora encaminhado à ANS, para debate e manifestação. Disse que o Ministro de Estado da Saúde comprometeu-se a encaminhar os resultados dos estudos ao CNS. Conselheira **Liu Leal** disse que esse tipo de resposta não atende ao anseio do Conselho e reiterou que o Conselho se manifestou contra a proposta. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** disse que não há acordo entre a proposta do MS e do CNS e o Ministério irá fazer a discussão, inclusive envolvendo a ANS. Reiterou que o MS encaminhou à ANS o resultado do trabalho do Grupo e aguarda a resposta da Agência. Conselheiro **Geordecí Menezes de Souza** sugeriu pautar o tema na próxima reunião do CNS para encaminhamentos. Conselheira **Denise Torreão Corrêa da Silva** solicitou que o MS apresente o teor do ofício encaminhado à ANS. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** manifestou-se contrário ao encaminhamento da Mesa, porque a proposta ainda não foi definida. Conselheira **Juliana Acosta Santorum** salientou que o CNS deseja acompanhar o debate, apesar de ter decidido não participar do GT. Como encaminhamento, a mesa colocou em votação a proposta: pautar o tema na próxima reunião do CNS. **Deliberação: o Plenário decidiu, por maioria, com três votos contrários, pautar debate na próxima reunião do CNS sobre a Proposta de planos de saúde acessível. Também foi definido que o Conselho solicitará ao Ministério da Saúde cópia do ofício enviado à ANS, com síntese dos debates do GT que tratou do tema, para conhecimento do teor do documento.** **INFORMES - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS** – Conselheiro **Arilson da Silva Cardoso** explicou que os secretários municipais apoiam a realização das conferências, mas entendem que é preciso debater o controle social. Nessa linha, solicitou ponto de pauta na reunião de março para debater “fortalecimento do controle social no âmbito municipal”. Também informou que estão sendo realizados seminários de acolhimento dos novos secretários municipais de saúde, uma vez que a maioria são gestores novos, sem vivência no SUS. Além disso, foi publicado o Manual do Gestor Municipal do SUS que visa abrir processo permanente de diálogo para a qualificação gerencial das secretarias municipais de saúde. Entregou um exemplar do Manual ao coordenador da mesa e solicitou aos conselheiros que visitem o site do CONASEMS. **Recomendações CNS nº 018/2016 e nº 001/2017** – Conselheiro **Geordecí Menezes de Souza** fez a leitura das recomendações publicadas *ad referendum* do Plenário do CNS para referendo. O texto é o seguinte: “Recomendação nº. 018, 19 de dezembro de 2016 é a seguinte: O Presidente do Conselho Nacional de Saúde - CNS, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pelo Regimento Interno do CNS e garantidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e considerando que Emenda Constitucional (EC) nº95 foi promulgada em 15 de dezembro de 2016, estabelecendo o teto para realização de despesas primárias até 2036; considerando que a EC 95/2016 retirou as vinculações orçamentárias à receita das despesas das áreas da saúde e educação a partir de 2018, estabelecendo tão somente a variação anual pelo IPCA/IBGE para corrigir os valores da aplicação mínima ou piso de 2017, de modo que o crescimento da receita no período 2018-2036 não será mais considerado para o estabelecimento dos valores dessa aplicação mínima ou piso; considerando que essa nova regra imposta pela EC 95/2016 representa um retrocesso de recursos para o setor saúde nos próximos 20 anos por retirar a possibilidade de incorporar proporcionalmente à participação das despesas com saúde no orçamento federal, o crescimento de receita que ocorrerá no período 2018-2036, como previa a EC 86/2015; considerando que os estudos realizados pelo Grupo Técnico Interinstitucional de Discussão sobre o Financiamento do SUS, do qual o CNS é integrante, apontam para uma perda de R \$ 415 bilhões de recursos para o SUS projetada para o período de vigência da EC 95/2016, em comparação ao que seria o piso calculado pelas regras da EC 86/2015 para o mesmo período; considerando a recente posição da Procuradoria Geral da República em propor a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI 5.595, de 20/09/2016) em relação à EC 86/2015, fundamentada no princípio da vedação de retrocesso, diante da comprovada redução do piso para saúde decorrente de sua vigência em 2016 (percentuais aplicados em 2014 e 2015 da Receita Corrente Líquida foram maiores que os pisos proposto pela EC 86 para 2016, 2017, 2018 e 2019); considerando que pesquisa recentemente divulgada apurou que a população não aprova a Proposta de Emenda Constitucional nº 55, que foi aprovada pelo Senado Federal e promulgada como EC 95; e considerando as atribuições do Presidente do CNS, previstas no artigo 13, VI, da Resolução CNS nº 407/2010. *Recomenda ad referendum* do Pleno: Que todas as entidades com prerrogativa de ingressar com pedido de ação direta de inconstitucionalidade, nos termos do artigo 103 da Constituição Federal, em relação ao artigo 105 da Emenda Constitucional nº

95, especialmente as entidades com representação no Conselho Nacional de Saúde, bem como os governadores dos Estados e Distrito Federal, adotem essa providência ainda no presente exercício, de modo a evitar a redução dos valores da aplicação mínima com ações e serviços públicos de saúde no período 2018-2036, nos termos da nova regra estabelecida por essa Emenda Constitucional recém-promulgada.” A segunda, nº 001/2017, recomenda à Presidência da República que retorne à Fonte 100 a parte dos recursos de CT&I que foram alocados na Fonte 900, conforme publicado na Lei nº 13.414, de 10 de janeiro de 2017. **Deliberação: as recomendações foram aprovadas com um voto contrário e uma abstenção. Informe “Fórum Social das Resistências”, realizado entre os dias 17 a 21 de janeiro de 2017, em Porto Alegre – RS.** *Apresentação:* conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS. Neste ponto, foi feita uma breve avaliação do evento, com destaque para os seguintes aspectos: avaliação positiva do Fórum; Relatório sobre a atividade está em elaboração e será disponibilizado tão logo concluído; agradecimento à FENAFAR, CTB e prefeitura de PA pela estrutura disponibilizada; no evento, foi registrada posição contrária às mudanças no SUS que significam perda de direitos; além das oficinas do Fórum, foram realizadas outras pelo CNS com destaque para a oficina de saúde da mulher. Conselheiro **Moysés Toniolo** apresentou os seguintes informes: duas notas de manifestação sobre indicadores da tuberculose; Nota do Fórum de ONGs Aids do Estado de São Paulo - FOAESP sobre as declarações do Ministro da Saúde, em dezembro de 2016, a respeito da epidemia de AIDS; e Nota sobre a negativa do Instituto Nacional de Propriedade Industrial - INPI em registrar o medicamento ARV TRUVADA, abrindo possibilidade de aquisições mais acessíveis. Conselheira **Ana Sandra Fernandes Arcoverde** fez um informe sobre a posse do XVII Plenário do Conselho Federal de Psicologia, para a gestão 2016-2019. Conselheiro **José Felipe dos Santos** informou sobre o Dia da Visibilidade Trans, celebrado em 29 de janeiro e disponibilizou nota para ser divulgada. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** reiterou o pedido às entidades integrantes do CNS que façam chamada nos seus sites sobre a realização das reuniões do Conselho. **Encaminhamento: enviar comunicação às entidades e movimentos que compõem o CNS solicitando que divulguem nos seus respectivos sites a realização e transmissão da reunião do CNS em tempo real.** Conselheira **Ivone Martini de Oliveira** informou o Plenário sobre o Dia Mundial em Memória das Vítimas de Acidentes de Trabalho - 28 de abril e sugeriu o tema como ponto de pauta na próxima reunião. Conselheira **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira** apresentou a solicitação do FENTAS para inclusão de ponto de pauta na próxima reunião do CNS: movimento encabeçado pela Associação Nacional de Peritos Médicos (ANMP) no Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) de inadmissibilidade da atuação de equipe multiprofissional, de forma interdisciplinar, em avaliações/perícias e prescrições de Órteses, Próteses Ortopédicas não-implantáveis, Meios Auxiliares de Locomoção e de Acessórios (OPM) no âmbito do INSS. **Encaminhamento: enviar à Mesa Diretora do CNS. Informe sobre o VIII Fórum Social Pan Amazônico (FSPA).** Local: Tarapoto, no Peru. Data: abril de 2017. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, fez um registro ao Dia do Farmacêutico - 20 de Janeiro. Conselheira **Juliana Acosta Santorum** interveio para solicitar que o Plenário faça uma autocritica sobre a dinâmica das reuniões, avaliando os pontos que podem prejudicar o bom andamento dos trabalhos, a exemplo da interrupção de debate com a chegada do Ministro de Estado da Saúde e de não garantir questão de gênero nas mesas. Conselheiro **Geordecí Menezes de Souza** também lembrou o volume de informes extemporâneos durante a reunião, o que prejudica a pauta programada. A propósito, lembrou o § 1º, Art. 20, do Regimento Interno do CNS (“§ 1º - Os informes não comportam discussão e votação, mas somente esclarecimentos, devendo o Conselheiro que desejar apresentar informe inscrever-se na Secretaria-Executiva até trinta minutos antes do horário previsto para o início da Reunião”) e destacou que a Mesa Diretora do CNS fará esforço para cumprir esse dispositivo. **COMISSÕES INTERSETORIAIS – PENDÊNCIAS –** Conselheiro **Geordecí Menezes de Souza** submeteu à apreciação do Plenário a situação de comissões com pendências: **1) Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o Controle Social do SUS – CIEPCSS** – situação: dois conselheiros suplentes na coordenação, contrariando o Regimento Interno do CNS; **2) Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência – CIASPD** - situação: dois conselheiros suplentes na coordenação, contrariando o Regimento Interno do CNS (o conselheiro titular indicado passou a ser suplente); **3) Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde das Pessoas com Patologias – CIASPP** – a FENAD indicou representante no prazo para compor a Comissão, mas a assessoria não registrou a indicação. Assim, o Fórum indicou outro representante para ocupar a vaga da Federação; **4) Comissão Intersetorial de Saúde Indígena – CISI.** Situação: foram apresentados quinze pleitos (dez de pessoas físicas, um dos profissionais de saúde e duas de usuários sem abrangência nacional) para as vagas na suplência da Comissão. **5) Comissão Intersetorial de Saúde Bucal – CISB** – aguarda a indicação de representação dos usuários (Fórum de Usuários fará a indicação); e **6) Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar – CISS.** Situação: três entidades apresentaram pleito no prazo. No caso da CIEPCSS, disse que a proposta da Mesa Diretora do CNS é, excepcionalmente para este mandato, permitir que a coordenação seja exercida por dois conselheiros suplentes. Na sequência, abriu a palavra à conselheira **Juliana Acosta Santorum** que

apresentou as propostas do Fórum de Usuários para resolver as pendências: CIEPCSS e CIASPD – definir que a coordenação (coordenador e coordenador adjunto) das Comissões excepcionalmente neste mandato seja exercida por dois conselheiros suplentes; **2) CIASPP** – acrescentar à composição da Comissão mais uma vaga na titularidade para contemplar a FENAD. No próximo mandato, a composição da Comissão retorna ao número original; **3) CISI** – aprovar as seguintes indicações para ocupar as cinco vagas na suplência da Comissão: MORHAN, ARTGAY e ONCB. A Articulação dos Povos Indígenas do Brasil – APIB indicará mais duas entidades para ocupar as demais vagas até a semana seguinte. **4) Comissão Intersetorial de Saúde Bucal** – referendar a seguinte indicação para a comissão: ONCB. **5) Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar** – CISS – o Fórum dos Usuários fará votação virtual dos três pleitos apresentados para ocupar uma vaga na suplência da Comissão e repassará o resultado à SE/CNS. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** colocou em apreciação as propostas de encaminhamento apresentadas. Conselheira **Oriana Bezerra Lima** discordou da proposta de criar exceção na coordenação das comissões, uma vez que contraria o Regimento Interno do CNS. Conselheira **Liu Leal** salientou que o CNS deve atualizar o Regimento Interno do Conselho nessa gestão. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** sugeriu aprovar a excepcionalidade na coordenação e redefinir em 2018. Conselheira **Carolina Abad** colocou o entendimento que a vaga na coordenação deve ser da entidade. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** explicou que na composição da comissão a vaga é da entidade, mas, na coordenação, não. Conselheira **Maria das Graças Gervásio** concordou com a proposta de excepcionalizar, mas não para os três anos do mandato. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** informou que a assessoria técnica do CNS está elaborando proposta inicial de atualização do Regimento Interno do CNS para ser debatida e trazida ao Plenário. Feita essa consideração, procedeu à votação das propostas. Primeiro, colocou em votação as propostas relativas à coordenação da CIEPCSS e da CIASPD e a composição da CIASPP. **Deliberação: o Plenário aprovou, em bloco, com cinco votos contrários e uma abstenção, as seguintes propostas: 1) a coordenação (coordenador e coordenador adjunto) das Comissões Intersetoriais de Educação Permanente para o Controle Social do SUS – CIEPCSS e de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência – CIASPD, excepcionalmente neste mandato, será exercida por dois conselheiros suplentes; e 2) a composição da Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde das Pessoas com Patologias - CIASPP será acrescida de mais uma vaga na titularidade para contemplar a FENAD. No próximo mandato, a composição da Comissão retorna ao número original.** Em seguida, colocou em votação as propostas relativas à composição da CISI, da CISB e da CISS. **Deliberação: o Plenário aprovou, por consenso, as seguintes propostas: 3) Comissão Intersetorial de Saúde Indígena – CISI. Indicações para ocupar as cinco vagas na suplência da Comissão: MORHAN, ARTGAY e ONCB. A Articulação dos Povos Indígenas do Brasil – APIB indicará mais duas entidades para ocupar as demais vagas até a semana seguinte. 4) Comissão Intersetorial de Saúde Bucal – indicação para a comissão: ONCB. 5) Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar – CISS – o Fórum dos Usuários indicará nome para ocupar uma vaga na suplência e repassará à SE/CNS. Além desses aspectos, o Plenário decidiu que as coordenações das comissões deverão apresentar proposta de calendário de reunião (presenciais e virtuais), levando em conta as atividades do CNS previstas para 2017. O calendário de atividades do Conselho para este ano será encaminhado aos conselheiros para servir de subsídio.** **INDICAÇÕES - 1) A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS solicita indicação de dois novos representantes – titular e suplente – do CNS, para composição da Câmara de Saúde suplementar – CAMSS, no biênio 2017/2018. Encaminhamento: manter os dois nomes e aguardar a votação dos usuários para definição.** Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** explicou que a ANS solicitou apoio do CNS para identificar as entidades relacionadas a “patologias” e foi feito levantamento para ser enviado à Agência com a relação dessas entidades. Para conhecimento, fez informe sobre o ofício do CNS que será enviado à ANS, atendendo à solicitação. **2) Palestra sobre “O direito fundamental ao trabalho e a defesa de direitos das pessoas que vivem com HIV/AIDS”, para o lançamento da 22ª Edição do Projeto Verão sem AIDS – Valorizando a Vida em Audiência Pública na Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. Data: 20 de fevereiro de 2017. Horário: das 9h às 12h. Local: São Paulo/SP. Indicação: conselheiro Moysés Toniolo. 3) GT de revisão da atenção básica. De acordo com aprovação do Plenário por unanimidade, será constituído GT do CNS para debater a atenção básica e apresentar diretrizes para o processo de revisão da atenção básica. Indicativo: contemplar um representante do comitê de políticas de equidade. Atenção: observar o capítulo IV Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde. Deliberação: o Pleno homologará a indicação ad referendum do Fórum dos Usuários.** Neste ponto, conselheira **Vânia Lúcia Leite** interveio para relatar a dificuldade da Comissão de Ciclos de Vida em realizar reunião virtual. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** sugeriu que na primeira reunião das comissões, que será presencial, seja debatido o que é preciso para realizar reunião virtual. Na sequência, foi aberta a palavra para manifestações sobre a exposição do conselheiro **Artur Custódio M. de Souza** sobre o “Dia Mundial de Luta Contra a Hanseníase”. Conselheira **Juliana Santorum** cumprimentou o MORHAN pela iniciativa de debater a problemática da

hanseníase nesta reunião e pelo comprometimento com a causa. Relatou que, em 2016, a Federação de Mato Grosso trouxe à CONTAG relatos de casos de hanseníase em assentamentos da reforma agrária e solicitou ajuda para enfrentar o problema. Salientou que Mato Grosso é o Estado de maior endemia talvez porque outros estados não estão fazendo diagnóstico. Ressaltou que a hanseníase é uma doença negligenciada que atinge principalmente das populações que vivem em maior vulnerabilidade. Destacou que a população indígena, assim como a rural, está mais exposta e é preciso evidenciar essa problemática e trazê-la de volta. Lembrou que hanseníase tem cura, mas apesar disso o país não conseguiu eliminá-la (casos no exterior como no Japão e Portugal são de brasileiros). Salientou que essa deve ser uma preocupação da sociedade para erradicação, especialmente dos gestores. Conselheira **Maria das Graças Gervásio** explicou que a Pastoral da Criança preparou líderes para detecção da hanseníase e destacou uma pessoa de referência para essa área. Avaliou que outras entidades e movimentos devem debater o tema da hanseníase e contribuir no processo para detecção de casos e estimular o tratamento. Conselheira **Oriana Bezerra Lima** explicou que pesquisas internacionais apontam a transmissão de hanseníase pelo tatu e lembrou que na Região Nordeste é hábito a caça e o consumo da carne desse animal. Sendo assim, perguntou se o MORHAN possui dados a esse respeito. Conselheira **Liu Leal** lembrou que a hanseníase é uma doença secular e cumprimentou o MORHAN por trazer essa pauta no CNS. Salientou que é preciso somar esforços à luta do Movimento, lembrando que ainda é forte o estigma e o preconceito em relação à doença. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** ressaltou que é preciso fazer acompanhamento mais próximo desta questão e sugeriu a definição de meta a ser alcançada. Conselheiro **Moysés Toniolo** lembrou que o Plenário decidiu pautar os temas do calendário da saúde no radar, mas isso não foi cumprido. Também saudou o MORHAN pela luta e ressaltou a importância do envolvimento de todas as entidades e movimentos para erradicar a doença. Conselheira **Maria das Graças Gervásio** interveio novamente para explicar que a Pastoral, junto com o MS, desenvolveu campanha nas escolas voltada a crianças e jovens, de 5 a 14 anos, para contribuir na identificação de doenças negligenciadas e sugeriu convidar o MS para falar sobre o resultado desta iniciativa. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** sugeriu convidar o MS para tratar sobre doenças negligenciadas. Conselheira **Juliana Santorum** sugeriu que na 1ª CNVS seja promovido debate sobre hanseníase. **Retorno da mesa.** Conselheiro **Artur Custódio M. de Souza** destacou a riqueza das falas e reiterou a necessidade de pautar temas do calendário da saúde no item radar, com tempo para aprofundamento do debate. Salientou que a CONTAG e a CETAG serão importantes parceiras para enfrentar o problema da hanseníase no Mato Grosso. Explicou que os casos de hanseníase em Portugal e no Japão são, na maioria, de brasileiros e nos EUA houve casos de xenofobia em relação a brasileiros com hanseníase. Ressaltou o importante trabalho da Pastoral da Criança nessa área e reconheceu a importância da campanha de detecção nas escolas. Todavia, esta campanha não pode substituir campanha nacional de publicidade voltada à população geral. Esclareceu que o tatu é o único animal com hanseníase silvestre e, por isso, é utilizado em laboratório para testagem. Todavia, não há comprovação sobre a influência do tatu silvestre com hanseníase em pessoas, pois a transmissão se dá por via aérea. Destacou, inclusive, que a maior incidência de tatus contaminados é na região do Espírito Santo, o que não coincide com a maior incidência da hanseníase. Sobre as sequelas, disse que o país possui percentual de 7,5 de pessoas que chegam à unidade de saúde com sequelas. Salientou que é forte o preconceito institucional e por parte dos profissionais de saúde. Destacou ainda que é preciso refazer compromissos e estabelecer novas metas. Salientou que o Brasil está próximo da meta de eliminação, mas há três Estados com hiper-endemia e dez Estados com alta endemia. Com essa fala, a mesa agradeceu novamente o coordenador do MORHAN pela abordagem e suspendeu para o almoço. Retomando, a mesa foi composta para o item 9 da pauta. **ITEM 9 – 1ª CONFERÊNCIA LIVRE DE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE - Coordenação:** conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS; e conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, da Mesa Diretora do CNS. **Apresentação:** **Leandro Fortes**. Iniciando, o expositor explicou que a proposta é realizar a 1ª Conferência Livre de Comunicação em Saúde – SUS, cidadania e direito à informação em Brasília- DF, de 18 a 20 de abril de 2017, com o tema central “Direito à comunicação, garantia de direito à saúde”. Apresentou os pressupostos da Conferência: estratégia de comunicação comum a todos os envolvidos; unificar conceito de acesso à informação ao direito de acesso à saúde; estabelecer parâmetros de comunicação a serem utilizados por comunicadores e militantes em saúde, nas diversas plataformas de produção, edição e disseminação de informações; lançar as bases de um sistema comum de comunicação em rede, por todo o país, para compartilhamento de informações e experiências em saúde pública; e consolidar uma narrativa contra hegemônica de conteúdos positivos sobre o SUS, a partir de estratégias de disseminação de conteúdo via redes próprias. Explicou que o público alvo da conferência é o seguinte: usuários; trabalhadores; gestores; jornalistas; comunicadores; estudantes de comunicação e saúde; pesquisadores; coletivos de comunicação; conselheiros do conselho nacional de saúde; assessores de comunicação e dirigentes de entidades representativas do setor de saúde pública; assessores de comunicação e presidentes dos conselhos estaduais e municipais (capitais) de

saúde; e movimentos sociais (600 pessoas). Detalhou os temas para debate: 1) Formação => Democratizar o acesso aos modelos e conceitos de comunicação em saúde, de modo a empoderar usuários, cidadãos comuns e militantes de movimentos sociais diversos, além de jornalistas e comunicadores; 2) Articulação => Criar modelo de articulação em rede para troca de informações e experiências entre comunicadores, coletivos de comunicação, entidades e sindicatos, dentro de rotinas solidárias e interativas; e 3) Sustentabilidade => Montar estratégias de financiamento para garantir independência e impessoalidade na produção de informações em saúde como condição primordial de cidadania. Detalhou o formato da conferência: Disponibilização de plataforma de comunicação digital para garantir a participação de todos e todas nos debates dos temas centrais da Conferência; Mesas de debates por temas diferenciados; Oficinas interativas para compartilhamento de experiências de comunicação em saúde; e Transmissão on-line e permanente de todas as atividades da Conferência. Explicou que a Conferência será organizada por Comissão de mobilização (4 conselheiros nacionais de saúde e participantes da Oficina Preparatória) e Comissão Executiva (Mesa diretora e Secretaria Executiva). Acrescentou que a ideia é realizar a Conferência na data prevista e realizar fórum pré-conferência com presidentes dos CES, CM das capitais e coordenadores de plenárias. Finalizando, disse que foi elaborada resolução onde o CNS aprova a realização da 1ª Conferência Nacional Livre de Comunicação em Saúde (1ª CNLCS) e define objetivos e tema. Conselheiro **Moyses Toniolo de Souza** salientou a importância de realizar a conferência, principalmente para consolidar narrativa contra hegemônica de conteúdos positivos sobre o SUS. Conselheira **Maria das Graças Gervásio** perguntou se a Conferência contempla outras formas de comunicação como o site do CNS. Conselheiro **Antônio Muniz da Silva** solicitou que na preparação e durante o evento se considere as questões relativas à acessibilidade (Libras, Braille, informação em meio sonoro e ampliado) e colocou a ONCB à disposição para colaborar com a preparação do evento. Conselheiro **Artur Custódio M. Souza** saudou a iniciativa e manifestou apoio. Conselheira **Oriana Bezerra Lima** saudou a iniciativa, mas manifestou preocupação com o orçamento disponível, lembrando que serão realizadas duas conferências temáticas em 2017. Conselheiro **Wanderley Gomes da Silva** perguntou se serão convidadas para debate mídias conhecidas como intervozes, mídia ninja, em contraponto à mídia contra hegemônica. Conselheiro **José Felipe dos Santos** salientou que é preciso envolver a academia na construção da conferência. Conselheira **Liu Leal** avaliou que a Conferência é fundamental, mas perguntou se é possível viabilizá-la neste momento. Salientou que é preciso pensar nas questões da democratização da comunicação nos espaços de construção das conferências temáticas. Também destacou que é preciso dialogar com espaços como Congresso Nacional, inclusive a respeito da privatização das telecomunicações. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, informou que há condições orçamentárias e financeiras para realizar conferência, conforme proposto. Lembrou, inclusive, que este é um tema transversal que esteve presente na 15ª Conferência e estará nas duas conferências temáticas. Conselheiro **Antônio Muniz da Silva** solicitou que seja explicitada a questão da acessibilidade e lembrou que rádios comunitárias fazem parte de processo de comunicação popular. Também fez referência à comunicação em rede, dada a importância dessa tecnologia. Feitas essas considerações, conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, fez a leitura da minuta de resolução. O texto é o seguinte: “Resolução nº XX, de XX de janeiro de 2017. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Octogésima Nona Reunião Ordinária, realizada nos dias 26 e 27 de janeiro de 2017, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e pelo Decreto nº. 5.839, de 11 de julho de 2006, cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata. Considerando o artigo 74 da Resolução 407 de 12 de setembro de 2008, que trata da possibilidade do CNS organizar mesas-redondas, oficinas de trabalho e outros eventos que congreguem áreas do conhecimento e tecnologia, visando subsidiar o exercício das suas competências, tendo como relator um ou mais Conselheiros por ele designado. Considerando o inciso III do art. 5º da resolução 500 de 12 de fevereiro de 2015, que definiu as conferências livres, compreendidas como debates, encontros e plenárias, enquanto estratégias de mobilização do controle social. Considerando que o Planejamento 2016-2019 do CNS definiu como um dos seus objetivos “instituir uma Política de Comunicação Social do CNS em defesa do SUS e do Direito à Saúde” e indicou a convocação da primeira conferência nacional livre de comunicação em saúde, resolve: Aprovar a Realização da 1ª Conferência Nacional Livre de Comunicação em Saúde (1ª CNLCS) nos dias 18, 19 e 20 de abril de 2017. CAPÍTULO I - DOS OBJETIVOS. Art. 1º A 1ª Conferência Nacional Livre de Comunicação em Saúde (1ª CNLCS) tem por objetivos: I – Subsidiar as ações do Controle Social em comunicação em saúde; II – Unificar conceito de acesso à informação ao direito de acesso à saúde; III - Estabelecer parâmetros de comunicação a serem utilizados por comunicadores e militantes em saúde, nas diversas plataformas de produção, edição e disseminação de informações; IV - Lançar as bases de um sistema comum de comunicação em rede, por todo o País, para compartilhamento de informações e experiências em saúde pública; V - Consolidar uma narrativa contra hegemônica com conteúdos positivos sobre o SUS, a partir de estratégias de disseminação de

conteúdo via redes próprias. CAPÍTULO II - DO TEMA. Art. 2º A 1ª Conferência Nacional Livre de Comunicação em Saúde (1ª CNLCS) tem como tema: “Direito à comunicação, garantia de direito à saúde”. Conselheira **Liu Leal** sugeriu incluir dois temas: direito universal à saúde; e democratização da comunicação. **Deliberação: o Plenário aprovou, com duas abstenções, resolução que aprova a realização da 1ª Conferência Nacional Livre de Comunicação em Saúde (1ª CNLCS) nos dias 18, 19 e 20 de abril de 2017. Além da data, a resolução define os objetivos da 1ª CNLCS e o tema. O Plenário também aprovou a composição da Comissão de Mobilização: Priscilla Viegas de Oliveira; Antônio Muniz; Paula Jhons; e um representante do segmento do gestor/prestador de serviço (a indicar).** Eventuais sugestões relativas à conferência poderão ser enviadas à Comissão. A princípio, participarão da Conferência os conselheiros titulares. Todavia, será verificada a possibilidade de ampliar para os conselheiros suplentes. **ITEM 10 – 1ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – 1ª CNSVS - Composição da mesa: Sônia Brito**, Secretária de Vigilância em Saúde - Substituta – SVS/MS; conselheiro **Artur Custódio M. de Souza**, coordenador adjunto da CIVS/MS; **Trajano Augustus Tavares**, Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA; conselheiro **Moysés Toniolo**, coordenador da CIASP/CNS; e conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, coordenador da CISTT/CNS. *Coordenação:* conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS. Iniciando, o Presidente do CNS lembrou que o Plenário deliberou por pautar debates sobre os eixos da Conferência nas reuniões do Conselho e, para este ponto, foram convidados coordenadores das comissões que dialogam com o temário da Conferência, além de representantes da ANVISA e da SVS. Antes de iniciar o debate, conselheira **Oriana Bezerra Lima** interveio para informar que não foi comunicada deste debate, enquanto coordenadora da CIVS/CNS. O Presidente do CNS explicou que a ideia da Mesa Diretora foi convidar conselheiros que assumiram a coordenação de comissões com temas afins à Conferência para iniciar os debates sobre o temário. No caso da CIVS/CNS, disse que o coordenador não pode vir e consultou o conselheiro Artur Custódio para saber se poderia fazer explanação. Todavia, salientou que tomaria cuidado para informar a coordenação das comissões convidadas para explanar. A Secretária Substituta da SVS/MS, **Sônia Brito**, começou a sua fala reforçando o compromisso do Ministério da Saúde com a realização da Conferência. Resgatou que foi constituído grupo de trabalho, composto por ANVISA, SVS, CONASS e CONASEMS para elaborar uma política de vigilância em saúde, mas não foi possível alcançar o objetivo definido. Por outro lado, o grupo levantou dificuldades para elaboração desta política. Pontuou como primeiros desafios a serem debatidos a integração das vigilâncias e a integralidade da atenção, considerando, inclusive, que a vigilância se dá em todos os níveis de atenção e não apenas na básica. Também destacou que é preciso estabelecer o que é de competência e responsabilidade de cada esfera de governo no que diz respeito, especialmente, à vigilância sanitária. No mais, salientou que é necessário fazer ajustes nos subeixos e citou, por exemplo, que vigilância não é “prevenção da saúde”, mas sim “proteção e promoção da saúde”. Também destacou a importância do debate sobre a promoção da saúde que se dá nas diversas dimensões e não apenas na vigilância. Acrescentou que é preciso tratar sobre ferramentas essenciais para fazer vigilância como análise de situações de saúde a fim de oferecer subsídios e contribuições à gestão para definição de prioridades de acordo com cada realidade local/regional. Apontou ainda que é preciso aproximar o controle social do tema da vigilância e, para tanto, faz-se necessário definir que vigilância está se falando e onde se quer chegar. Ressaltou ainda como grandes desafios a incorporação de novas tecnologias na vigilância e a importância do planejamento para definição de prioridades políticas para cada esfera de gestão. Por fim, informou que o Ministério está buscando meios para assegurar a realização da EXPOEP e é essencial incluir o debate deste tema na atividade. Concluiu desculpando-se por não poder permanecer para o debate, por conta de um problema de saúde. Conselheiro **Moysés Toniolo**, coordenador da CIASP/CNS, explicou que a Comissão ainda não conseguiu discutir eixos para debate na Conferência, assim, apresentou pontos que iria dialogar com a Comissão. Começou esclarecendo que a Comissão definiu seu plano de trabalho no sentido de incidir de forma mais expressiva buscando a melhoria da qualidade de vida das pessoas com patologias. Salientou que é preciso estabelecer papel da vigilância para os processos de fiscalização e orientação dos Planos de Saúde Estaduais e da União, com foco na prevenção do adoecimento e dos agravos causadores de patologias. Também disse ser essencial fortalecer a noção de responsabilidade sanitária e estabelecer ações de saúde condizentes com as demandas da população, especificamente das pessoas com patologias e deficiências. Frisou ainda a necessidade de organizar a informação com vistas à edição de boletins para conhecimento de panoramas específicos sobre a assistência. Com isso, será possível orientar o enfrentamento dos desafios e reconhecer os avanços. Ademais, propôs: construir linhas de cuidado mais acessíveis, que façam a inclusão social por meio da integralidade; colocar as organizações sociais representantes das pessoas com patologias na centralidade do processo de discussão, elaboração e monitoramento e avaliação das políticas construídas; e garantir que a vigilância seja instrumento primordial para o planejamento em saúde e sirva para conexão da saúde com outras políticas intersetoriais. Por fim, disse que a intenção é realizar na primeira reunião da CIASP/CNS de 2017 o panorama da assistência a pessoas com patologias a fim de observar o

1853 atendimento nas diversas áreas de saúde e os desafios na assistência farmacêutica, humanização,
1854 integralidade e universalidade dos serviços oferecidos no SUS. Com isso, levar propostas para a
1855 Conferência voltadas à melhoria das pessoas com patologias. Conselheiro **Geordeci Menezes de**
1856 **Souza**, coordenador da CISTT/CNS, explicou que o tema da vigilância em saúde tem sido pouco
1857 discutido no âmbito da CISTT. Lembrou que a 4ª CNSTT, realizada em 2014, aprovou propostas para
1858 melhoria da vigilância em saúde do trabalhador que dialogam com a 1ª CNVS. Citou, por exemplo, as
1859 seguintes resoluções da Conferência: garantir que os CERESTs tenham caráter de vigilância, inclusive
1860 com a competência de interdição; que a CISTT/CNS acompanhe a vigilância nas esferas nacional e
1861 estadual. Salientou que é necessário garantir atenção integral em saúde do trabalhador, envolvendo a
1862 vigilância epidemiológica, a vigilância sanitária, a vigilância ambiental, além da promoção e proteção da
1863 assistência. Também pontuou que é preciso pautar debate na Conferência sobre o entendimento do
1864 Ministério do Trabalho e Ministério da Saúde acerca da atuação no local do trabalho – os auditores do
1865 trabalho entendem que é prerrogativa exclusiva da categoria realizar a fiscalização no local do trabalho,
1866 mas o entendimento é que o SUS tem a prerrogativa de fazer vigilância e a proteção no local de
1867 trabalho. Explicou que alguns estados estão realizando processo de devolutiva da Conferência do
1868 Trabalhador, para socializar as resoluções e a sugestão é que nas atividades de devolutiva seja
1869 pautada a 1ª CNVS. Por fim, disse que a ideia é aprofundar as deliberações na 1ª CNVS na perspectiva
1870 de avançar e elaborar política nacional de vigilância em saúde. Conselheiro **Artur Custódio M. de**
1871 **Souza**, coordenador adjunto da CIVS/MS, expôs sobre a temática detalhando, inicialmente, o eixo da
1872 Conferência "Vigilância em Saúde: Direito, Conquistas e Defesa de um SUS Público de Qualidade" e os
1873 oito subeixos, a saber: I - O papel da Vigilância em Saúde na Integralidade do cuidado individual e
1874 coletivo em toda a Rede de Atenção à Saúde. II - Acesso e Integração das práticas e processos de
1875 trabalho das vigilâncias epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental e do trabalhador e dos
1876 laboratórios de saúde pública. III - Acesso e Integração dos saberes e tecnologias das vigilâncias:
1877 epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental, do trabalhador e dos laboratórios de saúde pública. IV -
1878 Responsabilidades do Estado e dos governos com a Vigilância em Saúde. V - Gestão de risco de
1879 estratégias para a identificação, planejamento, intervenção, regulação, ações intersetoriais,
1880 comunicação e monitoramento de riscos, doenças e agravos à população. VI - Monitoramento de
1881 vetores e de agentes causadores de doenças e agravos, inclusive as negligenciadas; e VII -
1882 Implementação de políticas intersetoriais para promoção da saúde e redução de doenças e agravos,
1883 inclusive as negligenciadas. VIII - A participação social no fortalecimento da Vigilância em Saúde.
1884 Também lembrou o papel da CIVS/CNS de promover a articulação e a complementariedade de
1885 políticas, programas e ações, no que concernem as ações de Vigilância em Saúde (epidemiológica
1886 sanitária e ambiental). Explicou que a Comissão fez um levantamento de propostas advindas da 15ª
1887 Conferência para o documento orientador da 1ª CNVS: discussão sobre o modelo de Atenção à saúde
1888 com inserção das ações de Vigilância em Saúde na organização das Redes de Atenção, em especial
1889 atenção na Atenção Básica de Saúde; qualificação das ações de vigilância em saúde; promoção do
1890 envelhecimento saudável; estratégias para a superação da fragmentação do marco regulatório e das
1891 ações de vigilância sanitária; Política de Saneamento Básico e Saneamento Ambiental de forma
1892 sustentável para promoção da saúde e redução das desigualdades sociais; Política de Resíduos
1893 Sólidos; Políticas intersetoriais que considerem a territorialização e a regionalização para o acesso à
1894 saúde articulando outras políticas como reforma urbana, segurança, transporte, acesso à terra e à água
1895 e segurança alimentar e nutricional, entre outras, relacionadas às perspectivas de impactos no
1896 desenvolvimento regional e na determinação social da saúde; articulação com as políticas públicas para
1897 diminuição dos acidentes de trânsito como medida de promoção de saúde; fortalecimento das
1898 Estratégias de Imunização; Política de redução do uso de agrotóxicos nas lavouras; Articulação com a
1899 Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional; Direito ao acesso às informações sobre
1900 Transgênicos; qualificação técnica dos profissionais envolvidos com a vigilância em saúde, visando
1901 maior e melhor qualidade na sua função educadora e orientadora (poder pedagógico e educacional, ou
1902 seja, a capacidade que os profissionais possuem para orientar e educar toda a população a respeito
1903 dos hábitos de saúde, a compra de produtos e prevenção de doenças) e fiscalizadora, impedindo
1904 irregularidades (poder de polícia executado quando ocorrem fiscalizações, aplicação de intimações e
1905 infrações sanitárias, interdições de estabelecimentos, apreensão de produtos e equipamentos etc.);
1906 articulação com o Ministério da Educação para a inclusão de conteúdos relacionados à proteção do
1907 meio ambiente, promoção da saúde, prevenção de doenças e participação social nos currículos
1908 escolares. Explicou que esse levantamento será enviado à equipe responsável pela elaboração do
1909 documento base da Conferência a fim de servir de subsídio. Por fim, agradeceu a assessora técnica da
1910 CIVS, Maria Eugenia, pela contribuição no levantamento das propostas. O representante da ANVISA,
1911 **Trajano Augustus Tavares**, salientou que a Conferência é um tema prioritário para a ANVISA e
1912 representantes estão engajados nesse processo, com participação inclusive na comissão organizadora.
1913 Lembrou que em 2015 foi realizado ciclo de debate sobre vigilância sanitária e o relatório dessa
1914 atividade poderia ser distribuído para servir de subsídio ao debate. Disse que está em elaboração uma

1915 política nacional de vigilância em saúde e a Conferência é essencial nesse processo. Apontou os
1916 seguintes temas a serem debatidos: planejamento em saúde precisa incorporar a vigilância em saúde;
1917 ausência de política de qualificação, formação, fixação e valorização dos trabalhadores em vigilância
1918 sanitária (em que pese o crescimento no número de trabalhadores); pouca articulação/integração entre
1919 as três esferas, superposição de papéis/atribuições e vazios de atuação – é preciso repactuar ações
1920 entre as três esferas de gestão; o recurso destinado à vigilância em saúde não chega à vigilância
1921 sanitária; e é importante garantir articulação entre as diferentes vigilâncias – sanitária, epidemiológica,
1922 saúde do trabalhador, ambiental. Concluídas as falas dos expositores, foi aberta a palavra ao Plenário e
1923 das falas emergiram as seguintes questões: preocupação com a ideia de resgatar as deliberações de
1924 conferências anteriores não implementadas; é preciso tratar nas conferências a questão da violência,
1925 inclusive doméstica e os acidentes de trânsito e suas consequências; que o CNS participe da iniciativa
1926 do Projeto EDUCANVISA; é preciso dar evidências às questões não resolvidas de conferências
1927 anteriores; deve ser central a discussão sobre vigilância a partir dos determinantes em saúde,
1928 entendendo saúde como direito à vida; é necessário definir formato para o processo de vigilância: a
1929 ANVISA deve coordenar o processo e descentralizar para as VISAS regionais e municipais; CONTAG
1930 tem interesse em contribuir para o debate sobre a vigilância em saúde, considerando se tratar de um
1931 tema de difícil compreensão; o objeto maior deve ser como dar mais força para dar hegemonia para
1932 dimensão da vigilância na concepção da mudança do modelo assistencial; e entidades, gestores e
1933 vigilâncias devem mobilizar-se para a Conferência no sentido de trazer para hegemonia o modelo da
1934 atenção integral à saúde, considerando o importante trabalho da vigilância. O representante da
1935 ANVISA, **Ivo**, concordou que a mudança do modelo de atenção e o papel da vigilância em saúde nesse
1936 novo contexto deve ser foco do documento base da Conferência. Salientou que o tema dos
1937 determinantes sociais no que tange à vigilância é essencial e está contemplado nos eixos da
1938 Conferência. Avaliou que as questões relacionadas a populações específicas - populações do campo,
1939 ribeirinhas, indígenas, entre outras – irão tangenciar os debates. Ressaltou que a vigilância contribui no
1940 processo de planejamento e para tomada de decisões baseadas em evidências e está acoplada a
1941 mudanças de processos tecnológicos. Após essa fala, o Presidente do CNS passou aos
1942 encaminhamentos. **Deliberação: como resultado do debate, o Plenário decidiu: convidar para a**
1943 **próxima reunião, no ponto de pauta da 1ª CNVS (permanente), os coordenadores das Comissões**
1944 **de Recursos Humanos e Relação de Trabalho – CIRHRT, de Alimentação e Nutrição – CIAN e de**
1945 **Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica – CICTAF, para exposição, além de**
1946 **representantes da SVS/MS e da ANVISA; e incluir a Confederação Nacional dos Trabalhadores**
1947 **na Agricultura – CONTAG, na Comissão de relatoria e formulação da 1ª CNVS. ENCERRAMENTO**
1948 **– Nada mais havendo a tratar, a mesa encerrou a 289ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram**
1949 **presentes os seguintes conselheiros: Titulares – Antonio Pitol, Pastoral da Saúde Nacional; Arilson**
1950 **da Silva Cardoso, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS; Artur**
1951 **Custódio Moreira de Sousa, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase**
1952 **(MORHAN); Carmen Lucia Luiz, União Brasileira de Mulheres – UBM; Carlos de Souza Andrade,**
1953 **Confederação Nacional do Comércio – CNC; Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro, Federação Nacional**
1954 **das Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA; Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá,**
1955 **Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG; Edmundo Dzuaiwi Omore, Coordenação das**
1956 **Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); Geordecio M. Souza, Central Única dos**
1957 **Trabalhadores; João Donizeti Scaboli, Força Sindical; João Rodrigues Filho, Confederação Nacional**
1958 **dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; Carolina Abad, Federação Brasileira de Instituições**
1959 **Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama – FEMAMA; Luiz Alberto Catanoce, Sindicato Nacional dos**
1960 **Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical – SINDNAPI; Luiz Aníbal Vieira Machado,**
1961 **Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; Maria Laura Carvalho Bicca, Federação Nacional**
1962 **dos Assistentes Sociais (FENAS); Marisa Furia Silva, Associação Brasileira de Autismo (ABRA);**
1963 **Moysés Toniolo de Souza, Articulação Nacional de Luta Contra a Aids – ANAIDS; Neilton Araújo de**
1964 **Oliveira, Ministério da Saúde; Nelson Augusto Mussolini, Confederação Nacional da Indústria - CNI;**
1965 **Oriana Bezerra Lima, Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV); Rildo Mendes, Articulação**
1966 **dos Povos Indígenas da Região Sul – ARPINSUL; Ronald Ferreira dos Santos, Federação Nacional**
1967 **dos Farmacêuticos – Fenafar; Sônia Pereira, Rede Nacional Lai Lai Apejo; e Wanderley Gomes da**
1968 **Silva, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM. Suplentes – Agleildes**
1969 **Arichele Leal de Queirós (“Liu Leal”), Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES; Alexandre**
1970 **Fonseca Santos, Ministério da Saúde; Alexandre Frederico de Marca, Confederação Nacional do**
1971 **Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC); Ana Sandra F. A. Nóbrega, Conselho Federal de**
1972 **Psicologia – CFP; Andréa Karolina Bento, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia – ABRALE;**
1973 **Antônio Muniz da Silva, Organização Nacional dos Cegos do Brasil – ONCB; Clarice Baldotto,**
1974 **Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB); Cláudia Vieira Carnevalle, Nova Central Sindical dos**
1975 **Trabalhadores – NCST; Denise Torreão Corrêa da Silva, Conselho Federal de Fonoaudiologia –**
1976 **CFFa; Geraldo Adão Santos, Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas – COBAP;**

1977 **Gilene José dos Santos**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força
 1978 Sindical – Sindnapi; **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde
 1979 – CONASS; **Ivone Martini de Oliveira**, Conselho Federal de Enfermagem – COFEN; **Joana Batista**
 1980 **Oliveira Lopes**, Federação Nacional dos Odontologistas - FNO; **José Arnaldo Pereira Diniz**,
 1981 Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **José Vanilson Torres da Silva**, Movimento
 1982 Nacional de População de Rua – MNPR; **José Felipe dos Santos**, Articulação Brasileira de Gays –
 1983 ARTGAY; **Márcia Patrício de Araújo**, Associação Brasileira dos Ostomizados - ABRASO; **Maria**
 1984 **Angélica Zollin de Almeida**, Federação Nacional dos Médicos Veterinários – FENAMEV; **Maria das**
 1985 **Graças Silva Gervásio**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Mariana Carvalho**
 1986 **Pinheiro**, Ministério da Saúde; **Paula Johns**, Associação de Controle do Tabagismo, Promoção da
 1987 Saúde e dos Direitos Humanos - ACT/Aliança de Controle do Tabagismo; **Priscilla Viegas Barreto de**
 1988 **Oliveira**, Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; e **Vânia Lúcia Ferreira Leite**,
 1989 Pastoral da Criança.