



1  
2  
3  
4 **MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
5 **CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

6  
7  
8  
9  
10 **ATA DA DUCENTÉSIMA OCTAGÉSIMA NONA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO NACIONAL**  
11 **DE SAÚDE - CNS**

12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54

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 “O Milton 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, cumprimentando 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) Apreciar 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 **Nilton 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****

55 da 15ª Conferência Nacional de Saúde; a reestruturação e recomposição de comissões intersetoriais  
56 (45 Reuniões realizadas em 2016); entrega da Resolução CNS nº 507/2016 à Presidência da  
57 República; aprovação do Manifesto em Defesa do SUS; realização da 286ª Reunião Ordinária do CNS  
58 na Câmara dos Deputados (primeira vez) - ocupação desse espaço em defesa do SUS; convocação da  
59 2ª Conferência de Saúde da Mulher, da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde e da 1ª  
60 Conferência Livre de Comunicação em Saúde; e aprovação do Plano Nacional de Saúde – 2106-2019.  
61 Explicou que os debates em 2016 resultaram na aprovação de 33 resoluções com destaque para as  
62 seguintes: 534, de 19 de agosto de 2016, em que o CNS se posiciona contrário à PEC 241 e demais  
63 medidas que visem reduzir os investimentos públicos em saúde e contrário a qualquer proposta de  
64 criação de planos de saúde acessível; 515, de 7 de outubro de 2016, em que o CNS se posiciona  
65 contrário à autorização de todo e qualquer curso de graduação da área da saúde, ministrado na  
66 modalidade Educação a Distância (EaD); 510, de 7 de abril de 2016, que define normas aplicáveis a  
67 pesquisas em Ciências Humanas e Sociais; 509, de 7 de abril de 2016, que define prioridades do  
68 Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias para 2017 da União; 507, de 16 de março de 2016, que  
69 publica as propostas, diretrizes e moções aprovadas pelas Delegadas e Delegados na 15ª Conferência  
70 Nacional de Saúde. Além disso, explicou que foram aprovadas dezoito recomendações, com destaque  
71 para as seguintes: nº 8, de 16 de setembro de 2016, que recomenda ao Presidente da Câmara dos  
72 Deputados e à Presidência da Comissão Especial destinada a proferir parecer ao Projeto de Lei nº  
73 6299 de 2002 - regula defensivos fitossanitários; 7, de 19 de agosto de 2016, que recomenda ao  
74 Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário - MDSA que não interrompa a entrega de alimentos às  
75 comunidades indígenas em situação de insegurança alimentar, em especial as situações relacionadas  
76 à violação do Direito Humano à Alimentação Adequada, como os acampamentos indígenas  
77 predominantes nos estados do Mato Grosso do Sul, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul;  
78 situações de grave estiagem e seca como algumas regiões do Nordeste; e em outras onde há grave  
79 situação de vulnerabilidade alimentar, como em Minas Gerais entre os Maxacalis; e nº. 5, de 19 de  
80 agosto de 2016, que recomenda ao Presidente da República a adoção de medidas corretivas pelos  
81 Ministérios responsáveis, com o objetivo de aprimorar o desenvolvimento das ações e serviços públicos  
82 de saúde no âmbito federal. Acrescentou que o Plenário do CNS aprovou onze moções em 2016 e  
83 destacou duas delas: nº. 10 – em que o CNS manifesta apoio e o mais profundo agradecimento aos  
84 mais de 11 mil médicos e médicas cubanas, que até o momento prestaram atendimento à saúde da  
85 população brasileira, nos mais longínquos lugares deste Brasil ainda tão desigual; e nº. 8, em que o  
86 CNS externa repúdio a qualquer iniciativa que tenha como objetivo derramar ainda mais veneno no ar,  
87 no solo, na água e nas nossas mesas. Lembrou que as moções aprovadas se converteram em ações  
88 importantes do Conselho no ano anterior. Também citou as seguintes ações/atividades: debate no CNS  
89 sobre trabalho decente e suas relações com a saúde; abraço “simbólico” no prédio do Ministério da  
90 Saúde pelo Dia Mundial da Saúde; realização do São João do SUS; Marcha em defesa do SUS (mais  
91 de 5.000 pessoas marcharam em Brasília no dia 6 de julho, em defesa da saúde, da seguridade e da  
92 democracia); 20ª Plenária Nacional de Conselhos de Saúde (entidades e movimentos sociais e  
93 populares, dias 24 e 25 de agosto de 2016); seminário nacional de saúde das mulheres; 7º Encontro  
94 Nacional das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT); reunião da  
95 Comissão Intersectorial de Saúde Indígena em São Gabriel da Cachoeira-AM; oficinas regionais de  
96 orçamento e financiamento - Região Nordeste 1 e Região Nordeste 2; Semana de vigília em defesa do  
97 SUS; e debates *on line*. Também apresentou outros destaques: audiência pública na Comissão de  
98 Direitos Humanos e Legislação Participativa; acompanhamento de políticas governamentais da Casa  
99 Civil, Drª. Esther Dweck, PL 200, no dia 14 de abril de 2016; audiência Pública da Comissão de Direitos  
100 Humanos e Minorias da Câmara dos Deputados no dia 18 de maio de 2016; audiência pública sobre o  
101 financiamento do SUS – Defesa do SUS no dia 5 de julho de 2016; 64º CONEG da UNE no dia 15 de  
102 julho de 2015; audiência pública “Saúde Pública – Acesso e Financiamento”, no dia 9 de agosto de  
103 2016; reunião com o Presidente do Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil - CFOAB nos  
104 dias 16 e 23 de agosto de 2016; reunião com a Secretária Gerlane Baccarin - SGEF no dia 5 de  
105 outubro de 2016; debate sobre a Portaria MS nº 1.482/2016 (institui grupo de trabalho para discutir  
106 Projeto de Plano de Saúde Acessível) na Câmara dos Deputados no dia 18 de outubro de 2016;  
107 audiência pública “Controle Social e a participação popular na Previdência Social, no SUS e no Sistema  
108 Único de Assistência Social - SUAS”, no dia 10 de novembro de 2016; e reunião com os presidentes de  
109 Entidades, Sindicatos e Federações. Também disse que esteve presente, representando o CNS, em  
110 mais de 35 atividades externas: visita à Mariana – MG; Fórum Social Mundial – Porto Alegre/RS; 7º  
111 Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde; 12º Congresso Internacional da Rede  
112 Unida; Sala de convidados do Canal Saúde; I Encontro Nacional do Complexo Industrial e Inovação em  
113 Saúde; 22ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde - 22/05 - Oficina sobre a Incorporação de  
114 Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF-OMS); XXXII Congresso  
115 Nacional das Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS, Fortaleza/CE; 7º Simpósio Brasileiro de  
116 Vigilância Sanitária - O SUS e seu Sistema Nacional de vigilância Sanitária, de 26 a 30 de novembro de

117 2016 – Salvador/BA; Seminário - 30 anos da 8ª Conferência Nacional de Saúde de Onde Participamos  
118 e pra Onde Vamos; e 14º Congresso Latino Americano de Medicina Social e Saúde Coletiva. Também  
119 citou as seguintes publicações na área de comunicação: Manual do Orçamento; Cartilha Saúde do  
120 Trabalhador; e Revista on line – CNS contra a PEC da Morte - Set/Out. Também destacou o twitter do  
121 CNS e o site, que está em construção. Fez um destaque ao Facebook do Conselho, salientando que a  
122 página saltou de 15.999 fãs, em 1º de janeiro, para 43.150 em 31 de dezembro de 2016, aumento de  
123 274% e foram 663 postagens em 2016, entre fotos, cards, vídeos, links e transmissão ao vivo.  
124 Acrescentou que o próximo passo é o desenvolvimento do canal do CNS no Youtube. Também mostrou  
125 um gráfico com a estrutura da Secretaria Executiva do CNS explicando que é composta por apoio  
126 administrativo, assessoria de comunicação e assessoria técnica. Informou ainda que foi constituída  
127 estrutura de governança composta por Secretária-Adjunta; ponto focal na Assessoria de Comunicação;  
128 ponto focal na Assessoria Técnica; ponto focal no Apoio Administrativo; e ponto focal na Assessoria de  
129 Comunicação. Detalhou que o CNS conta com 46 funcionários, sendo: a) 27 assessores técnicos para  
130 atender: demandas legislativas (1); demandas de órgãos de controle (2); acompanhamento da  
131 execução orçamentária e financeira (1); Mesa Diretora (1); elaboração de Atas (1); Pleno e Comissões  
132 Intersetoriais (15); b) comunicação e informação (6); e c) Apoio Administrativo/Logístico/Passagem e  
133 Prestação de Contas (16). Finalizando, disse que a ideia é realizar reunião extraordinária no mês de  
134 fevereiro (indicativo: dia 15) para revisar o Planejamento do CNS para o período de 2016-2018.  
135 **Manifestações.** Conselheiro **Willen Heil e Silva** saudou o Presidente do CNS pela apresentação que  
136 demonstrou a amplitude do trabalho do Colegiado e o tamanho da estrutura do Conselho. Avaliou que é  
137 preciso definir estrutura no CNS para acompanhar a execução do Plano Nacional de Saúde, a Lei  
138 Orçamentária e as interfaces do que está sendo implementado para atender o Plano. Além disso,  
139 salientou que é preciso instrumentalizar os Conselhos para realizarem acompanhamento nesse sentido.  
140 Conselheira **Clarice Baldotto** saudou os conselheiros e a Mesa Diretora do CNS pelo trabalho  
141 realizado em 2016, todavia, ressaltou que é preciso acompanhar o produto das ações (como essas  
142 ações interferem nos aspectos que se deseja modificar). Nesse sentido, solicitou que os conselheiros  
143 assumam a responsabilidade de acompanhar o Planejamento do CNS 2016-2018 para verificar se os  
144 produtos estão sendo materializados. Por fim, solicitou que a Mesa Diretora do CNS cumpra o art. 12,  
145 incisos III e IV (Competência da Mesa Diretora do CNS: “III - elaborar e encaminhar ao Plenário do CNS  
146 relatórios mensais sucintos das suas atividades, assim como submeter, anualmente, ao Plenário,  
147 relatório de gestão; e IV - responsabilizar-se pelo acompanhamento da execução orçamentária do CNS  
148 e sua prestação de contas ao Plenário”). Conselheira **Juliana Acosta Santorum** ressaltou que a  
149 atuação do CNS foi intensa em 2016, um ano marcado pelo processo de ruptura da democracia. A  
150 propósito, recordou que o Conselho foi chamado por vezes para debate no Congresso Nacional sobre  
151 os impactos das políticas na saúde. Lembrou a participação do CNS no Seminário Saúde e Ambiente e  
152 destacou a importância de retomar o debate sobre promoção da equidade e ampliação do acesso, com  
153 foco nas populações negligenciadas. Também salientou que é preciso pautar debate na Comissão  
154 Intersetorial de Vigilância em Saúde - CIVS e no Plenário do CNS sobre o Plano Nacional de  
155 Saneamento Rural que está em elaboração. Por fim, avaliou que é preciso debater no planejamento,  
156 previsto para fevereiro de 2017, formas para diminuir ou evitar a alienação do trabalho. O Presidente do  
157 CNS interveio neste ponto para solicitar mais brevidade nas falas, pois o expositor que iria tratar sobre  
158 o Programa mais Médicos também faria apresentação sobre o tema na reunião da Comissão  
159 Intergestores Tripartite que acontecia naquele momento. Conselheiro **Geraldo Adão Santos**, primeiro,  
160 reconheceu a importância da produção em 2016 e salientou que em 2017 o Conselho precisa ter maior  
161 interação com os CES e CMS e abrir espaço nos meios oficiais de comunicação (Canal SUS, Voz do  
162 Brasil, emissoras de rádio e televisão estaduais) para o CNS. Conselheiro **João Donizeti Scaboli**  
163 cumprimentou o CNS pelas ações em 2016 e fez um destaque às conferências temáticas que irão  
164 ocorrer em 2017 (2ª Conferência Nacional de Saúde da Mulher e 1ª Conferência Nacional de Vigilância  
165 em Saúde). Também informou sobre a 22ª edição do Projeto Verão sem AIDS – Valorizando a Vida, em  
166 2017, que iniciará com audiência pública na Assembleia Legislativa de São Paulo, no dia 20 de  
167 fevereiro de 2017. Destacou que nesta edição os esforços serão voltados à Recomendação 200 da OIT  
168 – sobre o HIV e a AIDS e o Mundo do Trabalho e convidou todos a participar deste evento. Conselheira  
169 **Sônia Aparecida Pinheiro Pereira** solicitou que CNS e Ministério da Saúde realizem levantamento  
170 sobre a implementação da Política de Saúde da População Negra, considerando, entre outros  
171 aspectos, o índice de mortes de pacientes por anemia falciforme. Também solicitou atenção para a  
172 Política do Povo de Axé. Conselheiro **Moyses Toniolo** saudou a Mesa Diretora do CNS pela  
173 apresentação e recordou que o CNS também participou do XIV Congresso Latino-americano de  
174 Medicina Social e Saúde Coletiva, realizado em Assunção/Paraguai. A propósito, disse que é preciso  
175 resgatar a Carta de Asunción, apresentada no Congresso, que defende os sistemas universais de  
176 saúde. Também lembrou que representara o CNS na 21ª Conferência Internacional de Aids, em  
177 Durban/África do Sul, em julho de 2016 e, na ocasião, fez uma defesa dos sistemas universais de  
178 saúde. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, informou que a Carta de

179 Asunción estava disponível no site do Conselho. Conselheiro **José Vanilson Torres da Silva** elogiou o  
180 trabalho do Conselho em 2016 e solicitou que o CNS provoque os órgãos de gestão para elaboração  
181 de política nacional de saúde para população de rua, lembrando a fragilidade desse segmento.  
182 Também informou que seria realizada audiência pública no Ministério Público Federal sobre as  
183 demandas da população em situação de rua e as definições seriam trazidas ao Conselho. Concluídas  
184 as intervenções, o Presidente do CNS passou aos encaminhamentos. **Deliberação: o Plenário**  
185 **decidiu que as propostas e os apontamentos feitos neste ponto de pauta servirão de subsídio**  
186 **para debate na reunião extraordinária, convocada para o dia 15 de fevereiro de 2017, que irá**  
187 **revisitar o Planejamento do CNS para o período de 2016-2018.** Conselheiro **Neilton Araújo de**  
188 **Oliveira** informou que o calendário de reuniões da Comissão Intergestores Tripartite foi revisto e não  
189 mais coincidiria com as datas das reuniões do CNS. Também solicitou que as entidades integrantes do  
190 Conselho incluam nas suas páginas informe sobre a transmissão da reunião em tempo real e estimule  
191 a participação de internautas. **ITEM 3 – RADAR - Informes sobre o Programa Mais Médicos.**  
192 **Combate ao Aedes Aegypti (dengue, zika vírus, chikungunya e febre amarela) e as suas**  
193 **consequências. Novas regras para o funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento –**  
194 **UPAS. Coordenação:** conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira  
195 **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**, da Mesa Diretora do CNS. **INFORMES SOBRE O PROGRAMA**  
196 **MAIS MÉDICOS - Apresentação:** **Wellington Mendes Carvalho**, diretor substituto do  
197 DEPREPS/SGTES/MS. O diretor iniciou sua explanação explicando que a manutenção do Programa  
198 Mais Médicos garante assistência a 63 milhões de brasileiros, com 18.240 médicos em 4.058  
199 municípios e 34 Distritos Indígenas, sendo 72,8% dos municípios brasileiros atendidos. Detalhou que,  
200 em municípios menores, a estratégia assegura assistência na atenção básica. Nas cidades com até 10  
201 mil habitantes, 48% das equipes de atenção básica são de médicos do Programa. Em 1.100  
202 municípios, o Programa é responsável por 100% da cobertura de atenção básica. Dos 14.100 usuários  
203 entrevistados pela Universidade Federal de Minas Gerais, 81% possui baixa renda e 95% afirmaram  
204 estar satisfeitos. De 0 a 10, deram nota 8,4. Entre os indígenas, a média foi 8,7. Entre os 227 gestores  
205 entrevistados, 91% avaliaram que o Programa melhorou o serviço de saúde. Sobre a substituição dos  
206 médicos da Cooperação OPAS, explicou que, após completarem três anos, os médicos da cooperação  
207 estão sendo substituídos. Disse que 713 médicos constituíram família no Brasil e foram autorizados  
208 pelo Governo Cubano a ficarem por mais três anos. Os demais que completam três anos entre 2016 e  
209 2017 saíram/saem do país e seus substitutos estão sendo repostos de duas formas: reposição direta da  
210 Cooperação e edital para reposição com brasileiros. Informou que brasileiros terão novas  
211 oportunidades em locais antes ocupados por cubanos, com publicação de editais de 3 em 3 meses com  
212 ofertas a brasileiros formados no Brasil ou em instituições de qualquer país. Destacou que cerca de 4  
213 mil vagas da cooperação serão oferecidas para substituições por brasileiros em 2017 e a cooperação  
214 está mantida enquanto houver vagas que brasileiros não se interessem em ocupar. Detalhou que foram  
215 1.390 oportunidades para brasileiros no 1º edital de substituição dos cubanos. A prioridade é para  
216 brasileiros, formados no Brasil ou com registro para atuar no Brasil: 956 locais ocupados por cubanos  
217 que já encerraram o prazo de 3 anos e com potencial para atrair brasileiros e outras 434 vagas de  
218 desistentes nos últimos dois meses. Falou sobre a fase de validação dos médicos que utilizaram as  
219 vagas, destacando que foram apenas 12 vagas remanescentes e que os brasileiros devem iniciar as  
220 atividades nos municípios até o dia 1º de fevereiro. Após o balanço, será feita segunda convocação e,  
221 em seguida, serão convocados médicos brasileiros formados no exterior. Explicou que o salário é  
222 compatível com mercado e é garantida ajuda de custo para instalação no local escolhido e  
223 especialização. Detalhou que a Bolsa-formação mensal é R\$ 11.520,00, com ajuda de custo para o  
224 médico que optar por uma vaga longe da cidade onde reside e garantia de auxílios moradia e  
225 alimentação pelos municípios mensalmente. Além disso, é oferecida especialização em Saúde da  
226 Família por uma universidade pública do Sistema UNA-SUS. Sobre a participação dos profissionais  
227 brasileiros no Programa, destacou os seguintes aspectos: a participação de profissionais brasileiros  
228 aumentou a partir de 2015, mas os resultados de 2016 apontam para um “teto” na atração de  
229 brasileiros; os dois últimos Editais ficaram com preenchimento de vagas no perfil CRM Brasil em torno  
230 de 70%; Edital de São Paulo: edital específico para o município de São Paulo, realizado em junho de  
231 2016, com 160 vagas ocupadas por médicos com CRM: apenas 20 profissionais com CRM Brasil  
232 assumiram os postos de trabalho; e a grande diferença entre o número de inscritos e número de  
233 médicos que ocupam as vagas mostra a desistência dos médicos durante o processo de seleção, ao  
234 descobrirem em quais municípios irão atuar. Mostrou quadro com análise do perfil de migração dos  
235 médicos brasileiros do Projeto Mais Médicos para o Brasil, explicando que estudo apontou que a  
236 distância mediana é de 63 km. Da análise de 4.746 médicos com CRM das seleções de 2015,  
237 observou-se que 28% atua nos mesmos municípios onde já moravam e 14% em municípios  
238 conurbados ao da sua residência. Assim, a conclusão preliminar é: embora o Programa consiga  
239 promover o deslocamento do profissional brasileiro, este deslocamento é limitado, pois os médicos não  
240 se afastam muito das regiões metropolitanas. Falou sobre as residências em saúde, explicando que

241 houve aumento de 900% na oferta de bolsas de residência médica pelo Ministério da Saúde.  
242 Acrescentou que o objetivo do Pró-residência é apoiar a formação de especialistas em regiões e  
243 especialidades prioritárias para o SUS por meio da Expansão de Programas de Residência Médica  
244 (PRMs) e Multiprofissionais (PRMS). Detalhou os dois editais para o Pró-Residência: Multiprofissional -  
245 (previsão de financiamento para 600 novas bolsas); Edital nº 17 em andamento; 1.263 bolsas  
246 solicitadas; e previsão de financiamento para 600 novas bolsas; e Médica (previsão de financiamento  
247 para 400 novas bolsas). Edital encerrado; 472 bolsas solicitadas em 162 propostas; 244 aprovadas  
248 para início em 2017; e 173 vagas em análise pela CNRM. **Manifestações.** Conselheira **Juliana**  
249 **Santium** solicitou maiores informações sobre a reformulação do Programa, uma vez que este  
250 processo não foi discutido no CNS. Também registrou que o Conselho defende a presença de médicos  
251 cubanos no Programa, dada a contribuição desses profissionais na assistência à saúde da população.  
252 Conselheira **Marisa Fúria Silva** perguntou qual o valor da remuneração que permanece com o médico  
253 cubano e quanto é destinado ao governo de Cuba. Conselheiro **Dalmare Anderson Bezerra de**  
254 **Oliveira Sá** perguntou sobre dois pontos: formação e expansão de universidades de medicina; e  
255 engavetamento do Programa mais Especialidades. Conselheira **Liu Leal** perguntou qual será a  
256 mudança no Programa e solicitou dados detalhados sobre a substituição dos profissionais para as  
257 equipes de atenção básica nas especificidades assentados e quilombolas. Também perguntou se a  
258 modificação está ocorrendo de modo a não ter desassistência à população. Reafirmou a importância do  
259 Programa nos três eixos e solicitou informações sobre a residência na linha da universalização e o  
260 processo de graduação. Na questão do provimento, disse que é fundamental trazer mais elementos em  
261 relação à residência multiprofissional, pois a quantidade de vagas disponibilizada é insuficiente para  
262 qualificar profissionais em condição de equipe para atuar no SUS. Conselheiro **Neilton Araújo de**  
263 **Oliveira** lembrou que no radar são apresentados dados gerais e informações específicas podem ser  
264 solicitadas, inclusive por escrito, às áreas do Ministério da Saúde. Conselheiro **Luiz Aníbal Vieira**  
265 **Machado** reafirmou a importância do Programa e fez os seguintes questionamentos: há contrato com  
266 município? Foram definidos valores? Serão enviados mais médicos para os municípios? Conselheiro  
267 **José Arnaldo Pereira Diniz** manifestou preocupação com novas oportunidades no Programa e  
268 perguntou se será feito estudo (dentro das 4 mil vagas que serão oferecidas). Manifestou preocupação  
269 com a substituição dos profissionais e quis saber se será feito estudo sobre quanto tempo esse médico  
270 permanecerá no local, haja vista a preocupação com a perda de vínculo da comunidade com o  
271 profissional. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** salientou que o Radar provoca reflexão sobre o  
272 problema e sugeriu pautar debate sobre o impacto e as mudanças que estão ocorrendo, em termos de  
273 indicadores e qualidades com a presença desses médicos nos municípios. Também perguntou se será  
274 pensado programa que contemple outros profissionais de saúde para regiões longínquas. Conselheiro  
275 **Arilson da Silva Cardoso** disse que o Conasems considera vitoriosa a implantação do Programa mais  
276 Médicos no país e fez referência ao dado que 91% dos gestores municipais consideraram positiva a  
277 implantação (é preciso, inclusive, fazer análise do percentual que não considera a iniciativa positiva).  
278 Como desafio, disse que é preciso rever o intervalo entre a saída do médico e a chegada de outro  
279 (média 60 dias), dado o prejuízo para a comunidade. A esse respeito, sugeriu a troca gradual dos  
280 profissionais e não todos ao mesmo tempo. Também manifestou preocupação com o passo seguinte do  
281 Programa que é “as especialidades”. Conselheiro **Danilo Aquino Amorim** ponderou que a participação  
282 de brasileiros no Programa tem aumentado, mas ainda há críticas à transparência dos editais, segundo  
283 o entendimento que a pontuação não é um processo transparente. Também destacou a mudança no  
284 mercado de trabalho dos médicos e frisou que é preciso debater as questões relativas às condições de  
285 trabalho e a precarização. Além desse tema, salientou que a importância de debater a necessidade de  
286 estruturação de política de recursos humanos na área da saúde, pois o Programa se propõe a  
287 provimento emergencial. Ressaltou também a importância de estimular a residência médica, haja vista  
288 o descompasso entre o número de médicos formados e a oferta de residência. Acrescentou que a  
289 expansão das escolas médicas é um ponto importante e precisa ser debatido, com foco na expansão  
290 das escolas privadas e impacto em dois pontos: perfil das escolas ligadas aos complexos de educação  
291 internacional, gerando processo de mercantilização; e o público dessas instituições (formam-se aqueles  
292 que podem pagar em média R\$ 7 mil de mensalidade). **Retorno da mesa.** O diretor substituto do  
293 DEPREPS/SGTES/MS, **Wellington Mendes Carvalho**, respondeu aos questionamentos do Plenário,  
294 destacando os seguintes aspectos: está em debate na CIT, para pactuação, a revisão da Portaria nº.  
295 30, que trata de valores de contrapartida de Estados e Municípios no que se refere ao Programa mais  
296 Médicos e acolhimento dos médicos da cooperação pelos Estados; ao longo dos três anos do  
297 Programa, houve expansão de 5.600 vagas de graduação em Medicina, maior parte nas universidades  
298 públicas e uma parte direcionada a instituições privadas. No caso das instituições privadas, houve  
299 mudança da lógica - o MS e MEC passaram a direcionar onde se quer a abertura de novas vagas de  
300 medicina em instituições privadas (houve atraso nesse processo, por conta de contestação, mas já foi  
301 liberado); a expansão direcionada (onde é prioritário para o SUS considera prioritário) da residência  
302 médica e multiprofissional é uma prioridade, sem esquecer que financiamento é uma responsabilidade

303 compartilhada entre Estados e Municípios; pode ser apresentado estudo a respeito das populações  
304 específicas no Programa; o Ministério da Saúde financia estudos sobre o Programa e pode ser  
305 apresentado resultado no próximo radar; os critérios de seleção, pontuação, desempate estão  
306 contemplados no edital publicado no Diário Oficial da União, sendo asseguradas instâncias de recurso  
307 e são consideradas as determinações da Lei de Acesso à informação. Será feita melhoria sobre a  
308 forma como os dados são disponibilizados no Sistema; e o processo seletivo demanda tempo, todavia,  
309 60 dias para seleção nacional não é um prazo longo, mas há esforços para tentar diminuir. Conselheiro  
310 **Neilton Araújo de Oliveira** destacou que poderia ser feita apresentação, em um ponto fora do Radar,  
311 com a presença de representantes da SGTES e da SAS, sobre as mudanças que estão ocorrendo, em  
312 termos de indicadores, com o Programa mais Médicos. Conselheiro **Arilson da Silva Cardoso**  
313 interveio para explicar que o município, ao aderir ao Programa, deve cumprir a portaria específica que  
314 disciplina o auxílio moradia e alimentação. Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** explicou que a  
315 pactuação na CIT visa fazer reajuste de 10% no valor definido na portaria. Conselheira **Marisa Furia**  
316 **Silva** perguntou qual o valor recebido pelo médico cubano. O diretor substituto do  
317 DEPREPS/SGTES/MS, **Wellington Mendes Carvalho**, explicou que o Brasil fez convênio com o  
318 governo de Cuba e o médico cubano possui vínculos trabalhistas com o governo do seu país. Sendo  
319 assim, o governo brasileiro não interfere nesta relação. Conselheiro **Moysés Toniolo** explicou que o  
320 MEC possui análise sobre o Programa – avanços e desafios e sugeriu pautar no CNS. Conselheiro  
321 **Neilton Araújo de Oliveira** explicou que foi realizada reunião entre o MS e MEC e foram definidas  
322 várias ações no sentido de aprimorar interlocução entre MEC e MS, além de ação de realinhamento.  
323 **COMBATE AO AEDES AEGYPTI (DENGUE, ZIKA VÍRUS, CHIKUNGUNYA E FEBRE AMARELA) E**  
324 **AS SUAS CONSEQUÊNCIAS - Apresentação: Tatiana Azara**, tecnóloga do MS, da Coordenação e  
325 Controle para o Enfrentamento da Dengue, Chikungunya e Zika /SVS/MS; **Júnia Queiroga**, SAS/MS; e  
326 **Renato Alves**, Unidade Técnica de Vigilância das Doenças de Transmissão Vetorial -  
327 UVTV/CGDT/SVS/MS. A tecnóloga do MS, da Coordenação e Controle para o Enfrentamento da  
328 Dengue, Chikungunya e Zika /SVS/MS, **Tatiana Azara**, fez uma explanação sobre a situação  
329 epidemiológica e enfrentamento da Dengue, Chikungunya e Zika. Começou com dados sobre a  
330 situação epidemiológica da dengue: 2015: 51.177 casos prováveis (SE 1 a 3); 2016: 149.386 casos  
331 prováveis (SE 1 a 3); e 2017: 12.738 casos prováveis (SE 1 a 3). Além da queda no número casos,  
332 houve diminuição no número de óbitos em 2017, em comparação a 2016 (SE 1 a 3). Sobre a situação  
333 epidemiológica de Chikungunya, Brasil, SE 1 a 3, destacou: 2015 = 1.216 casos prováveis (SE 1 a 3);  
334 2016 = 10.636 casos prováveis (SE 1 a 3); e 2017 = 1.915 casos prováveis (SE 1 a 3). Destacou os  
335 materiais produzidos: Guia de Manejo Clínico - 2015/1ª edição; o início do processo do Protocolo  
336 Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) em outubro de 2016; a 2ª edição do Guia de Manejo Clínico  
337 de Chikungunya em novembro de 2016; e o Curso à distância (EaD/UNA-SUS) sobre manejo clínico da  
338 Chikungunya. Destacou a situação epidemiológica de Zika, Brasil, SE 50, explicando que em 2016  
339 foram 214.193 casos prováveis (até a SE 50). Frisou que a transmissão não foi interrompida em  
340 nenhum momento, mesmo com condições não tão favoráveis ao vetor (zika, dengue, chikungunya).  
341 Salientou os casos notificados de recém-nascidos e crianças, da Semana Epidemiológica 01/2015 até a  
342 Semana Epidemiológica 52/2016, Brasil, 2015-2016, com destaque para a Região Sudeste: 2.111  
343 casos. Sobre notificações de recém-nascidos e crianças por mês de nascimento, da Semana  
344 Epidemiológica 01/2015 até a Semana Epidemiológica 52/2016, Brasil, 2015-2016, destacou a queda  
345 no nascimento de criança com malformação. Também destacou redução do número de casos de  
346 crianças notificadas desde janeiro de 2017. Na avaliação de 2016, explicou que foram realizadas  
347 328.297.460 visitas domiciliares por ciclo (ciclos 2 e 3 mensais). Dos imóveis visitados, explicou que  
348 2,49% estavam com focos (houve queda nesse percentual, mas a meta é de menos de 1% das  
349 residências com foco). Também destacou o percentual de imóveis recuperados (14,08%) e a recuperar  
350 (85,92%), sendo o último caso um desafio a enfrentar. Apresentou dados preliminares da avaliação  
351 2017, destacando que, dos 78.023.361 imóveis no Brasil, 6% foram visitados no primeiro ciclo.  
352 Lembrou que a Sala Nacional de Coordenação e controle foi constituída no final de 2015 e a partir daí  
353 foram instituídas salas estaduais; salas municipais (2.029); e uma Sala Inter federativa. Sobre a  
354 situação de distribuição dos Inseticidas, explicou que o estoque centralizado do MS está regularizado e  
355 a distribuição aos estados normalizada. Por fim, mostrou quadro com a situação dos Kits de  
356 Diagnóstico de Dengue, Chikungunya e Zika. A representante da SAS/MS, **Júnia Queiroga**, fez uma  
357 explanação sobre o componente da assistência. Começou explicando que foi feita integração das  
358 informações de notificação e atenção às crianças. Detalhou que a integração dos dados de atenção e  
359 vigilância permitirá a unificação de informações epidemiológicas e de atenção. Apresentou as  
360 atividades: fusão entre Registro de Eventos de Saúde Pública - RESP e Sistema de Registro de  
361 Atendimento às Crianças com Microcefalia - SIRAM/planilha de monitoramento da Estratégia de Ação  
362 Rápida – EAR (em desenvolvimento); coleta de informações de atenção à saúde a respeito das  
363 crianças notificadas por meio de planilha de monitoramento (em curso); e disseminação integrada:  
364 Boletim integrado de vigilância e atenção (quinzenal) e outros formatos. Divulgação do 1º boletim

365 prevista para 27 de janeiro. Falou sobre as mudanças na planilha de monitoramento da atenção a partir  
366 da integração: objeto em monitoramento foi uniformizado ao RESP (alterações congênicas de causa  
367 infecciosa e não mais microcefalia); periodicidade quinzenal (e não mais semanal); será gerada com  
368 base no RESP ao final da última semana epidemiológica relativamente a cada envio (e não mais  
369 informada com casos da atenção identificados pelas UFs); colunas da nova planilha contêm: dados do  
370 RESP suficientes para a identificação das crianças em questão (incluindo casos: confirmados, em  
371 investigação, provável e sem classificação). Tais dados estarão pré-preenchidos e bloqueados para  
372 edição; colunas pré-preenchidas relativas às informações de cuidado prestadas na vigência da EAR; e  
373 colunas vazias, de preenchimento obrigatório, relativas ao cuidado e atenção à saúde das crianças com  
374 o objetivo de qualificar melhor a informação coletada (por exemplo: tipo de serviço em que o  
375 atendimento está sendo prestado; município; etc). Sobre o envio da planilha de/para UFs e Ministério  
376 da Saúde, disse que a planilha será gerada com base no RESP ao final da semana epidemiológica  
377 relativamente à data do envio. O envio da planilha será realizado pelo Ministério da Saúde à Secretaria  
378 Estadual de Saúde a cada quinze dias e deverá ser devolvido por essa, com igual periodicidade, para o  
379 endereço eletrônico < [dapes.microcefalia@saude.gov.br](mailto:dapes.microcefalia@saude.gov.br) >. Para conhecimento, apresentou o Sumário  
380 de conteúdos do Boletim Integrado: 1º boletim (em editoração, previsão de disponibilização: 27 de  
381 janeiro de 2017) – Notificações de recém-nascidos e crianças (balanço 2015-16, 1ª quinzena 2017);  
382 Notificações de fetos, abortos espontâneos e natimortos (balanço 2015-16, 1ª quinzena 2017); Óbito  
383 fetal e neonatal (balanço 2015-16, 1ª quinzena 2017); Casos e óbitos por município (balanço 2015-16,  
384 1ª quinzena 2017); Balanço da Estratégia de Ação Rápida (março a outubro de 2016); e Atividades  
385 desenvolvidas pelo Ministério da Saúde (2015/2016/1ª quinzena 2017); e 2º boletim (formato padrão  
386 para as seguintes quinzenas) - Notificações de recém-nascidos e crianças (2ª quinzena 2017);  
387 Notificações de fetos, abortos espontâneos e natimortos (2ª quinzena 2017); Óbito fetal e neonatal (2ª  
388 quinzena 2017); Casos e óbitos por município (2ª quinzena 2017); Atendimento em puericultura,  
389 estimulação precoce e atenção especializada (1ª quinzena 2017); e Atividades desenvolvidas pelo  
390 Ministério da Saúde (2ª quinzena 2017). Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** destacou que a  
391 articulação entre vigilância e assistência atende à solicitação do Conselho. Também solicitou aos  
392 expositores que enviem aos conselheiros nacionais os boletins que serão preparados, porque permitirá  
393 acompanhamento das ações. Em seguida, o representante da UVTV/CGDT/SVS/MS, **Renato Alves**,  
394 fez um informe sobre a situação epidemiológica de Febre Amarela Silvestre. Começou explicando que  
395 a febre amarela é uma doença febril aguda, não contagiosa, de curta duração (no máximo 12 dias),  
396 cuja letalidade varia de 5 a 10% nos casos oligossintomáticos, podendo chegar a 50% nos casos  
397 graves (aqueles que evoluem com icterícia e hemorragias). Destacou que no Brasil há uma ocorrência  
398 endêmica, principalmente na Região Amazônica e surtos da doença são registrados esporadicamente  
399 quando o vírus encontra um bolsão de susceptíveis (pessoas não vacinadas). Detalhou que os maiores  
400 surtos foram: Goiás (2000/2001), Minas Gerais (2003), 9 estados (2008/2009). Entre julho de 2014 e  
401 dezembro de 2016, foram confirmados 16 casos humanos de febre amarela no Brasil com LPI em: GO,  
402 PA, MS, SP e AM e, concomitante, - 51 epizootias em PNH confirmadas para febre amarela, sendo 18  
403 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  
404 24 de janeiro de 2017, foram notificados 438 casos suspeitos, sendo 364 (83,1%) em investigação, 70  
405 (16,0%) casos confirmados e 04 (0,9%). Nesse período, foram 40 óbitos confirmados (letalidade -  
406 57,0%). No que se refere a epizootias de Primatas não Humanos (PNH), até 24 de janeiro de 2017, 247  
407 epizootias em PNH foram notificadas ao Ministério da Saúde. Destas, três foram confirmadas no Estado  
408 de São Paulo. O Estado do Espírito Santo informou ao Ministério da Saúde a morte de 367 PNH. Sobre  
409 imunização, explicou que foram enviadas 5.522.000 a Estados prioritários e há 11,5 mi doses  
410 disponíveis (estoque Biomanguinhos 5.500.000). Acrescentou que a recomendação vacinal é: Estados  
411 da Região Norte, Centro-Oeste, além de Maranhão, Paraná e Santa Catarina. Além da área de  
412 recomendação, estados limítrofes entre Minas Gerais e Espírito Santo estão vacinando a população.  
413 Detalhou as ações realizadas e em andamento: envio de equipes da FN-SUS em campo - duas equipes  
414 na regional de Teófilo Otoni (MG) - Equipe 1 no período de 23/01 a 29/01 e a Equipe 2 no período de  
415 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  
416 equipe de Referência Nacional Para Investigação de Arboviroses em 22/01 a SP (São José do Rio  
417 Preto e região); envio de equipe de Referência Nacional para Investigação de Arboviroses e do Instituto  
418 Evandro Chagas a MG de 11 a 21/01; envio de equipe do EpiSus em 10/01 para as regiões de Teófilo  
419 Otoni, Caratinga (MG); envio de equipe do EpiSus e CIEVS para Belo Horizonte entre 17 e 23/01, para  
420 colaboração de monitoramento; envio de equipe do PNI a Belo Horizonte em 10/01; e a SAS está  
421 apoiando localmente em Minas Gerais. Destacou que as recomendações são as seguintes: notificação  
422 imediata de casos suspeitos de febres hemorrágicas; notificação imediata de epizootias em primatas  
423 não humanos; intensificação da vacinação, segundo critérios técnicos, na área de abrangência;  
424 intensificação das ações de controle vetorial urbano; e organização da assistência para atendimento  
425 dos casos suspeitos. E as recomendações do Ministério da Saúde são: os estados devem incentivar os  
426 municípios a reforçar as medidas voltadas à eliminação de criadouros; atividades de educação e

427 mobilização da população; controle larvário para reduzir a população do mosquito; e ações  
428 intersetoriais relacionadas aos determinantes de infestação vetorial (abastecimento de água e coleta de  
429 lixo). Neste ponto, a instalação da Sala Nacional e as Salas Estaduais podem auxiliar no processo.  
430 **Manifestações.** Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** explicou que o Ministério da Saúde utiliza  
431 duas doses e a OMS recomenda uma dose, sendo assim, é importante garantir informações claras e  
432 seguras para a população. Inclusive, informou que o Ministro da Saúde fez um pronunciamento sobre  
433 as medidas adotadas. Conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** explicou que o Ceará realizou  
434 oficina de capacitação para o combate ao Aedes e perguntou quais são as ações nacionais de controle,  
435 envolvendo a sociedade. Conselheiro **José Vanilson Torres da Silva** lembrou que a Região Centro-  
436 oeste é área de risco, assim, perguntou se a população do DF precisa vacinar-se contra a febre  
437 amarela. Também indagou se há previsão de entrega do kit contra zika, dengue e chikungunya à  
438 população e quais são as ações do Ministério da Saúde voltadas a incentivar os municípios a  
439 investirem em saneamento básico. Conselheiro **Moisés Toniolo** perguntou como foi a cobertura  
440 vacinal para febre amarela nos últimos anos e salientou que é preciso investir nas ações de controle do  
441 vetor. Lembrou que pacientes soropositivos e imunossuprimidos – AIDS, hepatites virais, - não podem  
442 vacinar-se, assim, perguntou como essa população pode se proteger. Conselheiro **Anderson Teixeira**  
443 lembrou as alterações visuais permanentes de recém-nascidos por conta do zika vírus e salientou a  
444 importância de realizar exame de fundo de olho nessas crianças. Conselheiro **Geraldo Adão Santos**  
445 perguntou quantos casos foram diagnosticados com microcefalia e se houve confirmação do agente  
446 causador (Aedes). Conselheiro **Wanderley Gomes da Silva**, considerando a concentração de casos na  
447 região de Minas Gerais e Santa Catarina, perguntou qual a relação com o acidente em Mariana.  
448 Lembrou a recomendação do CNS sobre Mariana (criação de força tarefa intersetorial) e salientou que  
449 essa definição deve ser seguida para enfrentar o problema. Conselheira **Oriana Bezerra Lima** pontuou  
450 na sua fala as seguintes questões: kit de diagnóstico do zika – tem reação cruzada com outras  
451 arboviroses?; visita a imóveis – ficha de trabalho dos ACS - é preciso uniformizar as informações;  
452 sugestão de, no caso de diagnóstico negativo para raiva, fazer teste para outras arboviroses a fim de  
453 saber se há circulação do vírus da febre amarela. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca**  
454 cumprimentou o MS e sua equipe técnica pela resposta dada à situação. No que se refere ao combate  
455 ao mosquito, sugeriu disponibilizar material sobre criadouros, dialogar com os Conselhos para saber  
456 ação de todos e de cada cidadão. Avaliou que o CNS, por meio da CIVS, deve impulsionar ações para  
457 ampliar discussão com Ministério das Cidades e FUNASA sobre saneamento. Também salientou que é  
458 preciso levar em conta o efeito colateral das vacinas. Conselheira **Marisa Fúria Silva** lembrou que as  
459 geladeiras antigas possuem bandejas que acumulam água e podem tornar-se criadouro do mosquito.  
460 Assim, é preciso orientar a população a limpar esses locais. Também sugeriu orientar a população  
461 sobre percentual de cloro a ser utilizado para eliminar larvas do mosquito da dengue. Conselheira  
462 **Sônia Aparecida Pinheiro Pereira** solicitou que na próxima apresentação seja feito detalhamento  
463 considerando também o quesito raça/cor. Conselheira **Liu Leal** cumprimentou os expositores, mas  
464 avaliou que o Radar precisa trazer questões novas. Nessa linha, perguntou o que está sendo feito em  
465 termos de apoio à rede de atenção acerca dessas doenças. Também sugeriu avaliar o impacto sobre  
466 febre amarela e acidente em Mariana e realizar conferência livre de vigilância em saúde naquela região.  
467 Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** explicou que, por determinação da Mesa Diretora do CNS, na  
468 reunião ordinária de fevereiro, será realizada teleconferência com os conselhos de saúde para debater  
469 ações estratégicas de prevenção, combate e controle das doenças causadas por arbovírus. Assim,  
470 solicitou às entidades e aos movimentos que mobilizem suas entidades para participar dessa  
471 estratégia. Também sugeriu que os conselheiros busquem informações também em documentos  
472 oficiais do MS, como boletins. **Retorno da mesa.** O representante da UVTV/CGDT/SVS/MS, **Renato**  
473 **Alves**, respondeu aos questionamentos do Plenário destacando que: Brasília é área de recomendação  
474 de vacina; é preciso fazer trabalho permanente sobre a cobertura vacinal contra a febre amarela; a  
475 indicação de vacina para imunodeprimidos deve ser avaliada caso a caso; ainda não há subsídios para  
476 afirmar relação entre o acidente em Mariana com casos de febre amarela; há circulação de casos em  
477 São Paulo, por exemplo, que não é área afetada pelo acidente; a rede de vigilância de primatas capta  
478 animais para vigilância de febre amarela, mas a integração é essencial. A representante da SAS/MS,  
479 **Júnia Queiroga**, respondeu aos questionamentos destacando que: todos os recém-nascidos devem  
480 fazer triagem auditiva e oftalmológica (é parte do protocolo); o sistema foi disponibilizado, mas os  
481 estados estão se adequando para utilizá-lo; as informações sobre quesito raça/cor constam no RESP,  
482 mas não na planilha (é possível fazer levantamento para trazer informações); microcefalia é uma  
483 anomalia está associada a várias causas, uma delas está vinculada a consequência de infecção pelo  
484 zika vírus; houve aumento (pico) de casos por conta do vírus zika e esse monitoramento refere-se a  
485 esse grupo de crianças; foram publicados protocolos – vigilância, atenção – e ao longo de 2016 as  
486 orientações foram sintetizadas em linha de cuidado. A representante da SVS/MS, **Tatiana Azara**,  
487 respondeu às perguntas feitas salientando que: reforçar o papel da sociedade nesse processo é o  
488 maior desafio, pois o protagonismo do cidadão é fundamental para a redução de casos; as ações,

489 inclusive via sala nacional, foram definidas nesse sentido de sensibilização; foi definida diretriz sobre  
490 saneamento básico – houve diversas conversas com entidades e órgãos relacionados para debater o  
491 tema; criadouros – o balanço do Lira Nacional traz dados a respeito e pode ser divulgado aos  
492 conselheiros; teste rápido para zika é ferramenta de triagem para ser utilizado em grupos específicos,  
493 principalmente grávidas, crianças e idosos; controle vetorial é trabalhado há anos e as ações adotadas  
494 não estavam sendo suficientes; em 2016, foi realizado encontro internacional de especialistas para  
495 pensar novas alternativas de controle vetorial e diversos esforços têm sido adotados para identificar  
496 propostas a serem inseridas no programa para controle; em 2016, foi constituído grupo condutor de  
497 combate ao Aedes, no âmbito do MS, que planeja ação de combate e ações educativas; a força tarefa  
498 nos municípios utilizaram ACS e ACES; as informações inseridas no sistema vinham das fichas dos  
499 ACS e está sendo pensada nova forma de reportar os dados (a intenção é melhorar o sistema para  
500 disponibilizar dados). Conselheira **Oriana Bezerra** sugeriu a inserção de campo no sistema utilizado  
501 pelos ACSs no controle vetorial para inclusão das ações desenvolvidas pelos agentes. **A**  
502 **coordenadora da mesa sintetizou as propostas que emergiram do debate: 1) solicitar à SVS e à**  
503 **SAS que encaminhem os Boletins Epidemiológicos do MS atualizados (Dengue, Zika e**  
504 **Chikungunya) para envio aos conselheiros; 2) ampliar debate sobre saneamento básico e**  
505 **combate ao Aedes aegypti, em pauta específica na CIVS e no Pleno do CNS, com convite a**  
506 **representantes dos Ministérios das Cidades e do Meio Ambiente e da FUNASA; 3) detalhar**  
507 **melhor os Manuais Educativos, revendo métodos e meios de comunicação destes manuais, em**  
508 **especial sobre criadouros do Aedes aegypti; 4) pensar estratégias para (re) estruturação da**  
509 **Rede no combate ao Aedes e as doenças transmitidas por este vetor; 5) avaliar o impacto da**  
510 **febre amarela em Mariana/MG; 6) realizar Conferências Livres na região de Mariana/MG para**  
511 **discutir os impactos do “acidente” à saúde, pelos danos ao meio ambiente, antecedendo a 1ª**  
512 **Conferência de Vigilância em Saúde; 7) rever/tornar mais evidentes os protocolos que cuidam**  
513 **das arboviroses; 8) solicitar ao MS o envio ao CNS do Relatório Executivo das ações da SAS e**  
514 **da SVS; e 9) solicitar aos conselheiros que mobilizem suas entidades e movimentos para o**  
515 **combate ao Aedes aegypti, multiplicando informações e estratégias. Não houve manifestações**  
516 **contrárias a essas propostas.** Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** salientou que é preciso  
517 garantir maior espaço para o radar ou redefinir o formato deste ponto de pauta. Com essa fala, a mesa  
518 interrompeu para o almoço. O último ponto do radar seria retomado após o intervalo. Retomando, a  
519 mesa foi recomposta para o item 3 da pauta. **NOVAS REGRAS PARA O FUNCIONAMENTO DAS**  
520 **UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO – UPAS –** O coordenador geral de Urgência e  
521 Emergência/DAHU/MS e diretor substituto do DAHU/MS, **Marcelo Barbosa**, fez uma explanação sobre  
522 as modificações que constam da nova Portaria que define as diretrizes das UPAs 24 horas. Iniciou  
523 explicando que o gestor definirá capacidade de atendimento das UPAs 24h. No país, 165 UPAs estão  
524 concluídas e sem funcionar, 525 UPA 24h em funcionamento em todo país e 272 obras em execução.  
525 Explicou que novas regras devem incentivar a conclusão das obras e entrada em funcionamento das  
526 concluídas. Atualmente, unidades levam atendimento a 104 milhões de brasileiros. Detalhou que as  
527 525 UPAs 24h em funcionamento no país realizam 130 mil atendimentos diários. Aproximadamente 4  
528 milhões de atendimentos mensais, com capacidade de atendimento estimada em 104 milhões de  
529 habitantes e cobertura de aproximadamente 50% da população. Outras 275 UPAs estão em obras e  
530 precisarão ser custeadas para funcionar e a capacidade praticamente dobrará em todo o país (962 UPA  
531 24h) quando todas as Unidades estiverem em funcionamento. Esclareceu que, do total de R\$ 1,8 bilhão  
532 previsto em obras, o governo federal já repassou R\$ 1,6 bilhão (são 80 unidades com obras entre 90%  
533 e 100% concluídas, ou seja, são 165 unidades concluídas sem funcionar e mais oitenta estarão nessa  
534 condição). Salientou que, após amplo esforço, foi possível habilitar, no final de 2016, 124 UPAs,  
535 representando aumento de R\$ 229 milhões de custeio do teto MAC. Também destacou a construção de  
536 849 UPAs 24h e outras 113 construídas com recursos locais (SES e SMS). Detalhou a evolução do  
537 custeio anual do Ministério da Saúde para as UPAs, de R\$ 359 milhões, em 2011, para R\$ 1,6 bilhão,  
538 em 2016. Apresentado esse cenário, detalhou as mudanças na habilitação: gestores poderão escolher  
539 oito tipos de composição da equipe de atendimento; composição da equipe e carga horária dos  
540 Médicos: 8 opções para que o gestor organize o funcionamento da unidade a partir da sua capacidade  
541 operacional; flexibilização e compartilhamento do uso de equipamentos em rede; os valores para  
542 habilitação e qualificação são estabelecidos de acordo com as opções da composição das equipes; e  
543 monitoramento do funcionamento da UPA 24h será periódico. Finalizando, mostrou quadro com fluxo  
544 para aprovação e publicação de portaria de custeio (a mudança refere-se ao planejamento de recursos  
545 de investimento e custeio entre os entes federais - será necessária pactuação entre os entes envolvidos  
546 (beneficiário e transferidor) para que o equipamento de saúde possa ter seu funcionamento). Por fim,  
547 apresentou tabela com valores de custeio que serão definidos pela composição das equipes (proporção  
548 de médico por turno poderá ser adequada de acordo com a necessidade do gestor, obrigatório, no  
549 mínimo, um médico por turno). **Manifestações.** Conselheiro **Artur Custódio M. de Souza** perguntou  
550 quantas UPAs estão sob administração de OSCIPs e qual o volume de recurso envolvido. Conselheira

551 **Maria das Graças Gervásio**, considerando a informação que apenas 50% da população é atendida por  
552 UPAs, perguntou como avançar no sentido de ampliar esse atendimento. Conselheira **Ivone Martini de**  
553 **Oliveira** quis saber se esse modelo novo irá funcionar somente com profissionais médicos. Conselheira  
554 **Clarice Baldotto** perguntou em que municípios estão localizadas as 99 UPAs que irão receber os R\$  
555 182 milhões, conforme anunciado pelo Ministro de Estado da Saúde. Também quis saber como será  
556 feito o monitoramento do funcionamento das UPAs e se há fiscalização na construção das Unidades.  
557 Conselheiro **Geraldo Adão Santos** manifestou satisfação com as novas medidas anunciadas e  
558 destacou a importância da inauguração de 162 UPAs. Também salientou que as Unidades não podem  
559 prescindir de instrumentos essenciais para o atendimento da população, ou seja, nesse aspecto, não se  
560 deve flexibilizar. Conselheira **Juliana Santorum** também manifestou preocupação com a flexibilização  
561 para permanência de médicos por entender que acarretará diminuição do número de atendimentos e  
562 aumento do tempo de espera. Conselheiro **Arilson da Silva Cardoso** explicou que a flexibilização  
563 atende à solicitação dos municípios e foi debatida com CONASS e CONASEMS. Lembrou que em  
564 alguns locais a demanda não é tão grande, assim, optou-se por flexibilizar o número de profissionais  
565 para garantir o funcionamento da Unidade. **Retorno da mesa.** O coordenador geral de Urgência e  
566 Emergência/DAHU/MS e diretor substituto do DAHU/MS, **Marcelo Barbosa**, explicou que o MS não  
567 possui levantamento sobre OS e OSCIPS porque essa é uma questão de responsabilidade de Estados  
568 e Municípios. Também esclareceu que o atendimento refere-se à cobertura populacional (preconizado  
569 pela Portaria). Acrescentou que há capítulo específico sobre monitoramento na Portaria, o que  
570 possibilitará ter números reais sobre atendimento nos municípios. Explicou que a portaria trata da  
571 flexibilização para o custeio relacionado ao número de médicos da UPA. Sobre as 99 UPAs, disse que  
572 é possível entregar relação dos municípios contemplados pelas unidades (foi possível habilitar 124 e  
573 não apenas 99). **Deliberação: solicitar ao Ministério a Saúde a disponibilização de dados**  
574 **atualizados sobre a existência e cobertura das UPAs.** Na sequência, conselheiro **Artur Custódio**  
575 **M. de Souza**, Vice-coordenador do MORHAN, fez um breve informe sobre o “Dia Mundial de Luta  
576 Contra a Hanseníase”, apresentou panorama da doença e apontou avanços e desafios. Começou  
577 lembrando que o Brasil ocupa o primeiro lugar do mundo em incidência (meta de menos de um caso  
578 para 10 mil habitantes). Explicou que o MORHAN foi constituído em 1981 e luta por um país sem  
579 hanseníase e sem preconceito em relação à doença. Citou a frase utilizada por Alice Tibiriça Miranda,  
580 militante feminista na luta contra hanseníase e tuberculose “Com o governo, se preciso; sem o governo,  
581 se possível; e até mesmo, contra o governo, se assim for necessário”. Destacou que o Movimento  
582 possui representantes em todos os estados, em mais de 300 cidades. Mostrou mapa que demonstra a  
583 concentração da hanseníase: 10 clusters, 1.173 municípios, 53,5% dos casos novos e 17,5% da  
584 população. Salientou que o coeficiente está próximo à eliminação e talvez a meta precise ser  
585 repensada. Todavia, os Estados de Mato Grosso, Tocantins e Maranhão apresentam hiper endemia e  
586 dez Estados com alta endemia (Rio Grande do Sul é o único Estado com baixa endemia). Salientou que  
587 o país tem avançado na eliminação da hanseníase, mas de forma lenta. Nessa linha, apelou ao  
588 Ministério da Saúde que faça campanha publicitária sobre hanseníase nas redes televisivas (último  
589 domingo de janeiro é o dia nacional e mundial de eliminação da hanseníase). Frisou que é possível  
590 eliminar a hanseníase e estudo científico, que comprova a posição do movimento social, aponta que o  
591 Brasil não conseguiu eliminar a doença por conta do preconceito e estigma. Apresentou fotos  
592 mostrando o envolvimento de atores na causa em prol da eliminação da hanseníase e frisou que as  
593 estratégias precisam envolver outros segmentos da sociedade. Finalizando, salientou que é preciso  
594 fazer trabalho de preservação histórica da hanseníase e sugeriu que o Grupo do Ministério “Memória da  
595 Saúde” contribua para recuperar o patrimônio. Além disso, apelou às entidades que utilizem seus meios  
596 de comunicação para somar esforços na eliminação da hanseníase e ao MS que priorize as doenças  
597 negligenciadas, entre elas, hanseníase. Por fim, cumprimentou o MS pela escolha da coordenadora da  
598 área, mas lembrou que é preciso vontade política para fazer. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**  
599 explicou que foi indicada nova coordenadora da área e a ideia é convidar entidades como MORHAN  
600 para dialogar e dar visibilidade a esse tema. **Dada a importância do tema, o Plenário decidiu**  
601 **reservar espaço na pauta da reunião para debate.** Neste momento, o Ministro de Estado da Saúde,  
602 **Ricardo Barros**, esteve na reunião do CNS e fez apresentação sobre ações de gestão realizadas pelo  
603 Ministério da Saúde nos últimos 200 dias. O Ministro de Estado da Saúde, **Ricardo Barros**, iniciou  
604 saudando os conselheiros e demais presentes e desejando votos de um feliz ano. Também aproveitou  
605 para informar que foi aprovado na reunião da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, realizada no  
606 período da manhã daquele dia, o instrutivo da resolução aprovada pela Comissão em dezembro de  
607 2016, determinando que todos os novos serviços de saúde devem ser aprovados na CIT para ter  
608 financiamento do SUS. Solicitou o apoio do CNS a essa medida, que seria submetida ao Plenário do  
609 Conselho, e a outras medidas que torna obrigatório o envio de informações ao MS imprescindíveis à  
610 gestão e à política pública. Feito esse registro, passou à apresentação das ações de gestão realizadas  
611 pelo Ministério da Saúde nos últimos 200 dias. Explicou que em dezembro de 2016 foram empenhados  
612 R\$ 5,5 bilhões para serviços de saúde e os 27 estados do país receberão R\$ 5,5 bilhões para investir

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

675 localidades; 8.787 inscritos no edital em curso, lançado em novembro de 2016 (CRM do Brasil); 99%  
676 (1.337) das vagas do edital em curso preenchidas em 1ª chamada. O Programa possui 18.240 médicos  
677 presentes em todos os estados brasileiros e Distritos Indígenas; **k)** Gestão: atendimento humanizado à  
678 população - 100% dos brasileiros terão prontuário eletrônico. As unidades tiveram prazo de 60 dias  
679 (outubro a dezembro de 2016) para adotar plataforma digital ou justificar motivos para não adoção; O  
680 Brasil possui 41,6 mil UBS em funcionamento, em 5.506 municípios; e R\$ 67 milhões investidos na  
681 aquisição de três servidores que aumentam em 10 vezes a capacidade de armazenamento e  
682 processamento de dados. **l)** Prontuário Eletrônico chega a 57 milhões de brasileiros. 98,3% dos  
683 municípios responderam a chamada do E-SUS AB - 11.112 UBS com Prontuário Eletrônico. 5.474  
684 municípios com informações on-line; e 96 municípios ainda não justificaram. **m)** Cidadão será fiscal do  
685 SUS: avaliará todos os atendimentos que receber do SUS. Cidadão poderá acompanhar o que está  
686 sendo lançado em seu nome; Informatização permite melhor atendimento ao cidadão e a correta  
687 aplicação dos recursos; redução de custos, evitando, por exemplo, duplicidades de exames. **n)**  
688 Aumento de 89% no orçamento da FUNASA para 2017. **o)** Inclusão de meninos para vacinação contra  
689 HPV e ampliação da cobertura contra Meningite C. **p)** Acordo com CNJ para reduzir judicialização, que  
690 gera impacto superior a R\$ 7 bilhões no SUS. **q)** Aumento de 3.000% no número de transporte de  
691 órgãos realizados pela FAB. **r)** Linha de crédito para reestruturação financeira das santas casas e  
692 entidades filantrópicas. **s)** Promoção à saúde e prevenção é a segunda prioridade de gestão - redução  
693 de 14,8 mil toneladas sódio nos alimentos processados e início da discussão sobre redução de açúcar  
694 (MS/Abia); Brasil sediou reunião internacional para discutir nutrição na infância, com presença da OMS;  
695 Portaria que disciplina os investimentos do Ministério da Saúde em alimentação saudável; e avanço na  
696 negociação sobre rotulagem de alimentos na Reunião de Ministros do Mercosul. **t)** Empenho de R\$ 4,1  
697 bilhões em dezembro - 95% de emendas parlamentares empenhadas (64% a mais que em 2015). Pela  
698 primeira vez foi pago mais de 50% das emendas apresentadas no mesmo exercício, totalizando R\$ 2,3  
699 bilhões. Em 2015, foram empenhadas 56% das emendas apresentadas. Recursos serão destinados  
700 aos estados e municípios para ampliar o atendimento nos serviços de saúde. **u)** Destinação de R\$ 1,7  
701 bilhão para completar pagamento da Média e Alta Complexidade da Saúde em 2016. **v)** 429  
702 equipamentos apreendidos pela receita federal serão aproveitados. Na sequência, falou sobre o  
703 orçamento do setor saúde, explicando que em 2013, os gastos públicos responderam por 45% do  
704 financiamento da saúde e o setor privado por 55%. Detalhou o financiamento público: R\$ 232 bilhões  
705 em 2015 pelos três entes da federação, sendo R\$ 100,1 bilhões da União (43%), R\$ 71,8 bilhões dos  
706 municípios (31%) e R\$ 60,2 bilhões dos Estados (26%). Destacou que irá trabalhar para garantir o  
707 percentual de investimento da União (50%), definido em lei. Ressaltou os princípios da transparência e  
708 eficiência salientando que permitem uma gestão objetiva e com qualidade. Citou ainda o Art. 37 da  
709 Constituição Federal "A administração pública direta e indireta obedecerá aos princípios de legalidade,  
710 impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência". Finalizando, solicitou apoio do CNS às  
711 resoluções que obrigam parceiros do SUS a devolverem informações sobre onde aplicaram recursos  
712 públicos da saúde, o que permitirá planejamento adequado dos serviços. Por fim, desculpou-se por ter  
713 vindo à reunião sem programar, mas justificou que a reunião da CIT terminou antes do previsto e  
714 aproveitou para dar felicitações e apresentar o resultado da gestão ao CNS. Concluída a fala,  
715 conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, entregou ao Ministro de Estado da  
716 Saúde a agenda do CNS 2017 e agradeceu as informações trazidas. O Ministro de Estado da Saúde  
717 interveio novamente para informar que, por determinação, as reuniões da CIT não mais coincidirão com  
718 as do CNS. Também disse que serão disponibilizados R\$ 340 milhões para mutirões e mais R\$ 200  
719 milhões para doenças negligenciadas. **ITEM 4 – CENÁRIO DO FINANCIAMENTO DO SUS PÓS EC**  
720 **95 – Apresentação: Élide Graziane Pinto**, Procuradora do Ministério Público de Contas do Estado de  
721 São Paulo – MPCSP; **Francisco Rozsa Funcia**, Consultor da Comissão Intersetorial de Orçamento e  
722 Financiamento – COFIN/CNS. *Coordenação:* conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do  
723 CNS. O consultor da COFIN/CNS, **Francisco Rozsa Funcia**, fez uma explanação sobre a nova fase de  
724 financiamento do Sistema Único de Saúde à luz da Emenda Constitucional n°. 95. Começou  
725 destacando o processo de descentralização restringida do SUS diante da centralização da competência  
726 de tributar mesmo após a CF-88: instabilidade do financiamento na União, nos Estados e Distrito  
727 Federal e nos Municípios. Assim, desde a sua origem, o Sistema passa por um processo de  
728 subfinanciamento crônico. Ao analisar o financiamento das políticas públicas, é preciso considerar a  
729 competência de tributar. Em termos de arrecadação, 69% de competência da União, 24% dos Estados  
730 e 6% de Municípios. Também destacou a luta histórica pela redução da instabilidade de financiamento  
731 do SUS. 1988: CF/ADCT (art. 55) estabeleceu 30% do Orçamento da Seguridade Social da União para  
732 o financiamento federal das ações e serviços públicos de saúde – nunca foi cumprido. 1993: a  
733 Contribuição de Empregados e Empregadores deixou de ser uma importante fonte de financiamento -  
734 responsável por cerca de 1/3 do orçamento do Ministério da Saúde nesse ano – perda de  
735 financiamento. Várias PECs: 1993: 30% do OSS da União e 10% das Receitas de Impostos da União,  
736 dos Estados, do DF e dos Municípios – não; 1995: Instituição da COFINS e da CSLL – OK; e 1997:

737 Instituição do Imposto sobre Movimentação Financeira, transformado em Contribuição (CPMF): 2007 foi  
738 o último ano de vigência; 2000: A Emenda Constitucional nº 29 foi promulgada com as seguintes  
739 vinculações para o financiamento do SUS: União: despesa empenhada no ano anterior acrescida da  
740 variação nominal do PIB, Estados e DF: 12% da Receita de Impostos e Transferências, Municípios e  
741 DF: 15% da Receita de Impostos e Transferências; 2003: O PLC 1/2003 tratava da regulamentação da  
742 EC 29 e propunha para o financiamento do SUS: União: 10% das Receitas Correntes Brutas (que  
743 integravam o Orçamento Fiscal e o Orçamento da Seguridade Social), Estados e DF: 12% das Receitas  
744 de Impostos e de Transferências de Impostos e Municípios e DF: 15% das Receitas de Impostos e de  
745 Transferências de Impostos; 2003-2011: outros projetos de lei tramitaram conjuntamente com o  
746 anterior, com propostas de mudanças à aplicação mínima pela União dos 10% das RCB, inclusive com  
747 a proposta de criação da Contribuição Social para Saúde (alíquota de 0,1% sobre a movimentação ou  
748 transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira, ou seja, a mesma base de  
749 incidência da CPMF extinta anteriormente); 2012: A Lei Complementar nº 141/2012 foi promulgada sem  
750 a inclusão dos 10% das RCB, mas estabeleceu claramente o que pode e o que não pode ser  
751 considerado como ASPS e aumentou a importância dos Conselhos de Saúde no papel propositivo e  
752 fiscalizador do SUS; 2012/2013: PLP 321 - Projeto de Lei de Iniciativa Popular – 10% das RCB (2,2  
753 milhões de assinaturas); 2013: Aprovada a Lei do Pré-Sal – 25% da Receita para Saúde; Março 2015:  
754 Aprovada a EC 86/2015, derrotando o PLP 321 e reduzindo o financiamento do SUS em relação à EC  
755 29 e aos valores aplicados em 2014 e 2015; e Março 2016: Aprovada a PEC 01/2015 em 1º Turno na  
756 Câmara dos Deputados. Sobre a PEC 01/2015, Câmara Federal (aprovada em 1º turno), fez um  
757 comparativo do Empenhado 2015 X PEC-01/2015 X EC 86/2015: PEC 01/2015 - 2017: 14,80%; 2018:  
758 15,50%; 2019: 16,20%; 2020: 16,90%; 2021: 17,60%; 2022: 18,30%; e 2023: 19,40%; e Empenhado  
759 2015 E EC 86/2015 a partir de 2016: 2015: 14,80%; 2016: 13,20%; 2017: 13,70%; 2018: 14,10%; 2019:  
760 14,50%; 2020: 15,00%; 2021: 15,00%; 2022: 15,00%. Falou sobre emendas constitucionais recentes e  
761 seus efeitos para a redução do financiamento das políticas sociais e do SUS. EC 86 2015: \*redução da  
762 aplicação mínima em ASPS comparado à EC 29/2000 - de 13,2% (2016) a 15% (2020 e após); fim da  
763 aplicação adicional dos recursos do PRÉ-SAL; sem prazo para revisar a metodologia de cálculo; e  
764 execução orçamentária obrigatória das emendas parlamentares individuais; EC 93 2016: DRU, DRE,  
765 DRM: 30%; retira recursos para pagamento juros da dívida e “socorro” ao caixa dos estados e  
766 municípios; EC 95: redução da aplicação mínima em ASPS comparado à EC 86 e à EC 29; e ajuste  
767 fiscal e novo regime fiscal: “teto” de despesas primárias (2017-2036); Saúde 2017: regra da EC 86 de  
768 2020 (15% da RCL); e 2018 a 2036: correção IPCA (deverá cair para 11% da RCL). Sobre a EC 95,  
769 destacou: do subfinanciamento crônico ao desfinanciamento explícito do SUS: esgotamento da  
770 capacidade de alocação de recursos por Estados e Municípios; regra do piso SUS em 2017: percentual  
771 da RCL, mas antecipando a adoção dos 15% de 2020 - semelhante ao que representou a aplicação de  
772 2015 e 2016; SUS-Piso 2017: 15,0% da Receita Corrente Líquida (RCL): R\$ 113,7 bilhões; empenhado  
773 2014 + Despesa 2014 empenhada em 2015 (corrigido pelo IPCA para 2017): R\$ 119,2 bilhões = perda  
774 de R\$ 5,5 bilhões; Regra do piso do SUS corrigido pela inflação (IPCA): início em 2018 e término em  
775 2036 – representará perdas anuais crescentes; Cenário Contrafactual (2003-2015): perda acumulada  
776 de R\$ 135 bilhões a preços de 2015 (1,35 vezes maior que a aplicação federal de 2015); e Cenário  
777 Prospectivo (2017-2036): perda acumulada acima de R\$ 400 bilhões. Acrescentou que a EC 95  
778 desconsidera: o crescimento demográfico (entre 0,8% e 1% ao ano); a mudança do perfil demográfico –  
779 aumento mais que proporcional da população idosa; custos crescentes da incorporação técnica e  
780 tecnológica do setor saúde; os efeitos positivos dos gastos sociais para o crescimento econômico  
781 (inclusive a redução dos custos da reprodução da força de trabalho e o aumento da produtividade do  
782 trabalho); e as lições da história econômica e da Teoria Keynesiana: em tempos de recessão  
783 econômica, os gastos públicos devem compensar a queda dos gastos privados em consumo e  
784 investimento. Além disso, a Emenda garante mais recursos para juros e amortização da dívida pública  
785 por 20 anos e menos para saúde, educação, moradia, entre outras áreas. Ressaltou ainda que a EC  
786 95/2016 propicia o aprofundamento e a aceleração do processo entrega da gestão e da organização da  
787 política pública para a iniciativa privada e a apropriação de fatias crescentes dos fundos públicos pelo  
788 setor privado. Além disso: o aprofundamento e a aceleração do processo de terceirização dos serviços  
789 públicos com a diminuição da transparência e da participação e controle social no processo de  
790 formulação e execução das políticas públicas; precarização do trabalho e da própria qualidade dos  
791 serviços prestados a população; o enfraquecimento do papel do Estado e da própria Constituição-  
792 Cidadã na garantia dos direitos sociais; e um impacto negativo para o financiamento das políticas de  
793 saúde municipais e estaduais pela redução dos recursos federais até 2036. Saliu ainda que o gasto  
794 em saúde da União em relação ao PIB está congelado, assim, disse que não é verdadeira a afirmação  
795 de que a saúde é responsável pelo problema fiscal do Brasil. Por outro lado, aumentou a participação  
796 de Estados e Municípios em relação ao PIB. Todavia, a EC 95 causará queda (perto de 3% do PIB).  
797 Saliu que Estados e Municípios não conseguem alocar mais recursos porque estão no limite de  
798 utilização dos recursos. Apresentou referências internacionais: Brasil – efeito da EC 95 sobre o gasto

799 público consolidado (U+E+M): redução de R\$ 240 bilhões para cerca de R\$ 200 bilhões no vigésimo  
800 ano. Referências para comparação: Parâmetro internacional para sistemas de cobertura universal (6%  
801 do PIB, estimando o PIB do Brasil em R\$ 6,0 trilhões) – valor da aplicação: 360,0; e Parâmetro mínimo  
802 internacional de aplicação para países com sistemas públicos de saúde de acesso universal (7% do  
803 PIB, estimando o PIB do Brasil em R\$ 6,0 trilhões) – valor da aplicação: 420,0. Sobre a (falsa) questão  
804 “O SUS precisa de mais recursos ou mais gestão?”, frisou que o SUS precisa de mais recursos para  
805 aprimorar a gestão e melhorar a qualidade do atendimento. Sobre a teoria “Gestão pública ineficiente e  
806 gestão privada eficiente: mito ou verdade?”, perguntou como generalizar que o problema do SUS está  
807 na gestão, se com apenas (aproximadamente) R\$ 3,00 pessoa/dia, R\$ 90,00 pessoa/mês e R\$  
808 1.100,00 pessoa/ano ofereceu vacinas para pessoas e animais, consultas, exames, medicamentos,  
809 transplantes, fiscalização aos estabelecimentos que produzem e vendem alimentos, entre outros?  
810 Frisou que é preciso continuar a luta em defesa da PEC 01. Finalizando, apresentou as seguintes  
811 considerações finais acerca do desmonte do SUS no contexto da redução dos direitos sociais: Crise  
812 econômica + recessão = queda das receitas públicas; contas públicas federais: déficit primário desde  
813 2014 (e ampliado em 2016 e 2017); A EC 95/2016 agravará a crise das finanças públicas (continuidade  
814 da recessão) e inviabilizará o funcionamento do SUS; não há nenhuma proposta específica para reduzir  
815 a renúncia de receita ou os “gastos tributários” (total de cerca de R\$ 280 bilhões na PLDO 2017; Saúde  
816 R\$ 25 bilhões conforme estudo do IPEA); O SUS precisa de novas fontes de receitas permanentes,  
817 estáveis e exclusivas (com previsão legal de proibição de desvinculação e respeito ao princípio da  
818 capacidade contributiva ou progressividade); Tributar: as grandes fortunas, as heranças (rever o ITCMD  
819 estadual), as grandes movimentações financeiras, dividendos; criar alíquotas mais elevadas no IR para  
820 os altos rendimentos e para produtos como tabaco, álcool, etc; a luta em defesa do SUS não pode ser  
821 setorial, mas integrada à luta em defesa da seguridade social e dos direitos de cidadania inscritos na  
822 CF: conceito ampliado de saúde da OMS; e Objetivos do desenvolvimento sustentável da ONU (agenda  
823 2030): Brasil não cumprirá com as regras da EC 95/2016. A Procuradora do MPC/SP, **Élida Graziane**  
824 **Pinto**, começou a sua fala destacando que, a despeito da perspectiva de que se perdeu muito com a  
825 EC n.º. 95, é impossível incidir o teto tal como se pretende, porque o piso será transformado em  
826 precatório. Explicou que esta Emenda não irá assegurar a proporcionalidade do comportamento do  
827 gasto em face da receita, mas não se pode obstar que usuários continuem a demandar em juízo a  
828 efetividade do direito à saúde. Assim, em um cenário próximo, haverá avanço de demandas judiciais,  
829 não apenas por medicamentos e procedimentos individuais, mas no âmbito da tutela coletiva.  
830 Ressaltou que haverá demanda coletiva cada vez maior para exigir, por exemplo, o cumprimento das  
831 pactuações na CIT. Frisou que os pisos da saúde e da educação serão paulatinamente algo de disputa  
832 judicial. Citou, por exemplo, que na educação existe o FUNDEB e este não está submetido ao teto,  
833 tampouco as despesas financeiras como as suportadas no âmbito do FIES. Assim, a área sofrerá  
834 constrangimento fiscal no que se refere às universidades federais (onde a maior despesa é com quadro  
835 de pessoal – despesa obrigatória não comprimível em curto prazo). No caso da saúde, o quadro de  
836 pessoal não é efetivo e o fluxo de terceirização é um problema em relação ao desmonte da estrutura  
837 estatal. Assim, o cenário é de expansão de precatórios na área da saúde e o governo será constrangido  
838 a abrir créditos adicionais extraordinários. Lembrou, nessa perspectiva, que é possível impactar para  
839 além do teto por meio de créditos adicionais extraordinários. Frisou que a EC n.º. 95 precisa ser  
840 declarada inconstitucional no Supremo Tribunal Federal. Na falta desse reconhecimento de  
841 inconstitucionalidade, destacou que as alternativas seriam: trabalhar com a ideia de judicialização em  
842 sede de tutela coletiva; e pensar em Fundo, equivalente ao Fundo de Manutenção e Desenvolvimento  
843 da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação - FUNDEB, para a saúde.  
844 Todavia, este fundo não pode servir para financiar plano de saúde acessível. Lembrou, inclusive, que a  
845 saúde suplementar, por definição constitucional, não pode substituir a regra geral do SUS. Saliou  
846 que trabalhar no cenário de contenção de danos não deve ser o caminho, mas é preciso conhecê-lo.  
847 Também chamou a atenção para o fato de o Plano Nacional de Saúde não criar vinculação para leis  
848 orçamentárias. Esclareceu que, para mudar o fluxo da judicialização na saúde, é preciso municiar os  
849 operadores do direito de uma linha de médio prazo do que precisa ser concebido como a boa política  
850 da saúde. Saliou que o CNS pode exigir do Ministério da Saúde as justificativas do porquê do  
851 distanciamento do planejado e executado (art. 74 da CF exige que o controle interno avalie o executado  
852 à luz do planejado). Além disso, propôs que o Conselho solicite à Advocacia da União o estoque de  
853 demandas judiciais, pois este é, no mínimo, diagnóstico de déficit de cobertura de direitos. De acordo  
854 com seu ponto vista, é preciso retroalimentar o planejamento, pois, se o planejamento setorial não se  
855 vincula ao planejamento, cada ministro que toma posse se sente no direito de discricionariamente  
856 desconstruir o diagnóstico já feito, inclusive desconhecendo as ressalvas do CNS. Sendo assim,  
857 registrou que não há uma série histórica interpretativa que permita ao Judiciário questionar o gestor  
858 sobre o porquê do não cumprimento do planejado. Com isso, há várias demandas judiciais que  
859 desarranjam a política pública. Também chamou a atenção para a falta de consolidação e homologação  
860 da pactuação na CIT, vez que precisam ser homologadas pelo CNS, em cumprimento ao art. 17 da LC

861 141, e publicadas para que os gestores conheçam o pactuado. Salientou que se vive um cenário de  
862 guerra fiscal de despesa e a saúde possivelmente é a política pública mais fragilizada. Em relação à EC  
863 95, disse que não é possível mitigar os pisos de custeio da saúde e da educação tal como posto no art.  
864 110 do ADCT, e que suspender a eficácia de um mecanismo de garantia de custeio por 20 anos, via  
865 ADCT, seria um estado de “sítio fiscal”, da mesma forma que é inconstitucional a ideia de mitigar o piso,  
866 por meio do dispositivo da ADCT, porque o piso configura cláusula pétrea. Fez uma analogia entre a  
867 ideia do piso e o *habeas corpus*, lembrando que o direito fundamental, dada a sua relevância, por vezes  
868 se faz acompanhado de uma garantia fundamental (meio processual, estabelecido na Constituição, de  
869 forma a assegurá-lo). Lembrou que a CF definiu “liberdade de ir e vir” como direito fundamental e para  
870 resguardá-lo estabeleceu o *habeas corpus*, que é ação prioritária no texto constitucional (não precisa  
871 de advogado, não possui formalidades). Na mesma ótica, aparece o direito à saúde que, na  
872 jurisprudência do STF, é um direito fundamental equiparado aos direitos do artigo 5º. Nestes termos, o  
873 direito à saúde possui, na dimensão protetiva de um piso de custeio, uma garantia fundamental.  
874 Lembrou que a Constituição autoriza alterações, via Emendas, para aprimoramento do direito, sendo  
875 assim, é possível emenda que molde regime jurídico do piso referido a indicadores qualitativos.  
876 Concordou que financiamento e gestão não competem entre si, uma vez que são agendas que devem  
877 alimentar-se reciprocamente. Por essa razão, o ministro Barroso não fez reflexão sobre a incidência  
878 das PEC sob os pisos. Na verdade a sua fundamentação foi genérica. Considerando o contexto,  
879 importará em uma demanda cada vez mais volumosa de precatórios, porque não se pode dizer à  
880 população que ela não tem mais direito à saúde. Ou seja, as pessoas continuarão a demandar em juízo  
881 a máxima eficácia do seu direito fundamental. Em decorrência, pontuou a seguinte questão que resume  
882 o grande debate a ser feito: “A forma de custear será aquela dada regularmente de ofício na política  
883 pública por meio do orçamento ou apenas posteriormente na forma de precatórios?” Ainda sobre a EC  
884 nº 95, ressaltou que o cenário no STF não é tão desfavorável quanto parecia. Por quanto, na condição  
885 de membro do MP, reconheceu que, na agenda de defesa do direito fundamental à saúde, os gestores  
886 municipais estão sobrecarregados e que uma forma de pensar o problema do custeio da saúde, é  
887 tentar proteger o gestor municipal do assédio fiscal que sofre em relação à descentralização das  
888 políticas públicas. Por isso, reiterou a solicitação de reflexão sobre créditos extraordinários que,  
889 certamente, o governo federal começará a abrir ao longo de 2017 e o cuidado com a ideia de que, para  
890 viabilizar plano de saúde acessível, será necessário criar algo análogo ao FIES na saúde. Também,  
891 disse que a ADI 5.595, de setembro de 2016, define que o piso da saúde não pode sofrer retrocesso  
892 (princípio da vedação de retrocesso). Se houver avanço na receita governamental, a saúde precisa ter  
893 comportamento proporcional, porque não é legal o Estado se ausentar da execução da saúde. Fez  
894 referência, ainda, à ADPF nº. 45, de 2004, do ministro Celso de Melo, com destaque para o seguinte  
895 trecho “(...) É vedada a manipulação da atividade financeira do Estado para frustrar os direitos  
896 fundamentais que integram o núcleo chamado “mínimo existencial”. Posto isso, salientou que não há  
897 dúvidas de que a saúde compõe esse mínimo existencial, e que a forma como o banco central gere a  
898 política monetária deve ser tratado, no mínimo, como risco fiscal. Aproveitou, ainda, para informar que a  
899 Associação dos Tribunais de Contas divulgou resolução para orientar o controle das renúncias fiscais.  
900 Disse que lutou contra a Emenda em referência, mas entende que o dispositivo possibilita o debate  
901 sobre o custo do serviço da dívida, destacando que a ADI nº 5.595 é uma esperança e a ADPF nº  
902 45/2004 é relevante nesse processo. Por fim, disse que o orçamento só é legítimo à luz da Constituição  
903 e não o contrário. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, explicou que a  
904 COFIN tem trazido a Programação Anual de Saúde para debate no CNS. Também informou que seriam  
905 disponibilizadas as normativas citadas pela procuradora durante a exposição. **Manifestações.**  
906 Conselheiro **Moysés Toniolo de Souza** cumprimentou os expositores pelas explicações e manifestou  
907 preocupação com o cenário posto. Também destacou a insegurança jurídica das deliberações das  
908 instâncias de pactuação e ressaltou a preocupação se haverá recursos para cumprir as pactuações  
909 feitas. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** salientou que é preciso levar em conta que a restrição  
910 orçamentária/limitação ao atendimento de direitos não é propriedade de governo ou partido específico.  
911 Lembrou que a área econômica do governo colocou-se a favor da preservação dos recursos  
912 necessários na linha de evitar retrocesso. No seu ponto de vista, a luta para mudar a situação é menos  
913 jurídica e financeira e mais política e o equívoco nesse debate é a indefinição de argumentos sobre o  
914 onde centrar maior energia. Destacou que mais recursos para a saúde estariam disponíveis se o  
915 pagamento da dívida fosse resolvido e se a renúncia fiscal acabasse. Salientou que é preciso  
916 aproveitar essa discussão para levantar medidas a serem adotadas e, nesse sentido, solicitou à  
917 procuradora que discorresse sobre o caminho a ser seguido para enfrentar essa questão. Conselheiro  
918 **Arilson Cardoso da Silva** interveio para chamar a atenção para o comprometimento dos recursos  
919 municipais com as ações de saúde. Salientou que há luta política importante a travar para modificar o  
920 quadro, mas também é preciso buscar medidas jurídicas, atuando em todas as frentes. Conselheira  
921 **Carolina Abad** cumprimentou os expositores, especialmente a procuradora que era uma parceira para  
922 ABRALE e da FEMAMA e fez referência às demandas de judicialização coletiva. Reiterou a importância

923 de homologação das decisões pelo CNS, instância máxima de deliberação do SUS. Conselheiro  
924 **Geraldo Adão Santos** agradeceu aos expositores pelas exposições esclarecedoras e perguntou como  
925 pode ser feito questionamento ao STF e a partir de que órgão poderia ser iniciado esse movimento.  
926 Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** salientou que há uma lacuna entre a definição da Lei e o  
927 praticado no país e, em regra, o gestor desrespeita o controle social. Nessa linha, perguntou o que  
928 pode ser feito para assegurar que as decisões da CIT sejam submetidas à apreciação do CNS.  
929 Lembrou que o controle social não possui personalidade jurídica, portanto, é preciso estreitar os laços  
930 com MP para que seja ponte para buscar a justiça. Conselheira **Marisa Furia Silva** chamou a atenção  
931 para o volume de recursos que o governo das três esferas paga por planos privados de saúde para os  
932 funcionários e defendeu que funcionários paguem por seus planos, por entender que traria economia e  
933 os recursos seriam investidos para a melhoria do SUS. Conselheiro **Wanderley Gomes da Silva**  
934 saudou o assessor da COFIN e a procuradora pelas informações elucidativas e perguntou à expositora  
935 se algum país do mundo incluiu na sua Constituição a proibição de aumentar gastos com políticas  
936 públicas, uma vez que a Emenda 95, em suma, proíbe que o Estado aumente o gasto nessa área.  
937 Avaliou que, além de debates nos diversos fóruns, é preciso definir ação política contra esta Emenda  
938 que, no seu modo de ver, é um instrumento para legitimar o enfraquecimento do Estado perante as  
939 políticas públicas e consolidar a regulamentação do mercado, em especial do capital financeiro, sobre  
940 essas políticas, especialmente a de saúde. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do  
941 CNS, avaliou que ocorre no país a negativa do direito constitucional à saúde e a ruptura do que foi  
942 contratado do ponto de vista do bem estar social “viver mais e melhor”. Ressaltou que a principal ação  
943 neste momento deve ser resistir, ou seja, defender o conquistado e buscar todos os espaços possíveis  
944 para fortalecer essa luta. Também frisou a importância de colocar em operação o sistema nacional de  
945 conselhos e pactuar atuação acerca das três responsabilidades do controle social asseguradas em lei:  
946 controle/fiscalização, formulação e mobilização. **Retorno da mesa.** A Procuradora do Ministério Público  
947 de Contas do Estado de São Paulo – MPCSP, **Élida Graziane Pinto**, respondeu aos questionamentos  
948 feitos durante o debate, destacando os seguintes aspectos: é preciso conhecer os limites do Direito – “o  
949 Direito não é vara de condão que resolve tudo de uma vez só e de uma vez por todas, mas bengala de  
950 cego que vai tateando a cada passo”; na ADI 4048, o STF aceitou debater que cabe controle de  
951 constitucionalidade sobre matéria orçamentária; segundo o Ministro Carlos Aires Brito, na ADI 4048, a  
952 lei orçamentária é a segunda lei mais importante; há carência de compreensão sobre orçamento tanto  
953 para fins de controle judicial quanto para apropriação do debate pela sociedade organizada - as  
954 faculdades de Direito, por exemplo, não oferecem a disciplina “Direito Financeiro”; a judicialização deve  
955 ser, no mínimo, diagnóstico de déficit de cobertura para retroalimentar o planejamento; o fórum legal  
956 para apresentar demandas por medicamentos não incorporados/não registrados na ANVISA é a justiça  
957 federal e os municípios possuem direito de regresso nesses casos; no âmbito municipal, é preciso  
958 voltar o foco para inclusive qualificar as demandas judiciais de tutela coletiva no descumprimento das  
959 obrigações legais de fazer; o pactuado na CIB e na CIT é obrigação legal de fazer; no caso de ajuste  
960 fiscal que priorize o essencial, plano de saúde privado para servidor não deveria ser considerado como  
961 gasto público; é preciso retomar o debate sobre eficácia do direito fundamental à saúde; no seu  
962 entendimento, a agenda de proteção do direito fundamental à saúde não deveria ser personalizada no  
963 MS, mas sim no Ministério da Fazenda; o CNS não possui personalidade jurídica, salvo para defender  
964 suas prerrogativas; o inadimplemento da obrigação legal de fazer, previsto no Plano Nacional de  
965 Saúde, deve gerar consequência; o debate sobre o teto foi incluído na Constituição porque foram  
966 incluídos outros temas; a Emenda foi incluída na Constituição para criar hipótese de contingenciamento  
967 de despesa primária obrigatória; a política é a solução, o ramo jurídico não substitui a política e é na  
968 Constituição que Direito e política encontram a possibilidade do diálogo de convivência; é preciso  
969 considerar no debate que a Constituição possui três conteúdos do Poder: exercício do poder,  
970 organização do estado, direitos fundamentais; e não é o orçamento público que limita a Constituição,  
971 pois é esta Carta que define as receitas que o Estado pode arrecadar e onde pode aplicá-las; e o  
972 momento é importante para exercer o contraditório. O consultor da COFIN/CNS, **Francisco Rozsa**  
973 **Funcia**, comentou os seguintes aspectos das falas: é importante não perder a oportunidade histórica e  
974 o momento para fazer o contraditório inclusive do ponto de vista da construção de teses até então  
975 aceitas; a questão política é fundamental nesse debate e o conjunto das decisões tomadas na esfera  
976 pública passa pela mediação política, todavia, nenhuma das áreas econômicas do governo pós-  
977 redemocratização do país se submeteu à “vontade da sociedade”; o subfinanciamento crônico do SUS  
978 decorre, entre outros aspectos, da restrição de recursos de uma parte da área econômica – vale a  
979 política de defesa dos interesses econômicos do capital; a equipe econômica recente, junto com o  
980 Congresso Nacional, aumentou o déficit primário para R\$ 173 bilhões e foi por isso que o MS conseguiu  
981 realizar despesas em 2016 no nível que realizou; a intenção do governo e da equipe foi aliviar 2016 e  
982 2017, mas o problema aparecerá a partir de 2018; é preciso focar na EC, uma vez que traz reflexo por  
983 20 anos; é fundamental incluir na agenda de debate a reforma tributária e da auditoria cidadã da dívida;  
984 é preciso dar sequência ao que está sendo feito e ampliar as ações na linha do colocado no debate; é

985 essencial acompanhar o retorno do MS às ressalvas do CNS ao RAG; a COFIN analisará a PAS na  
986 próxima reunião e apresentará avaliação para debate no CNS (o documento será distribuído aos  
987 conselheiros para avaliação e contribuições); informações mais detalhadas devem ser feitas nas  
988 comissões; e é prerrogativa do Conselho o debate e homologação das Resoluções da CIT. O  
989 Presidente do CNS procedeu aos encaminhamentos e foram apresentadas outras propostas.  
990 **Deliberação: como resultado final deste ponto de pauta, o Plenário decidiu: 1) delegar à COFIN a**  
991 **atualização do Manifesto do CNS aprovado em agosto de 2015, que trata das principais teses do**  
992 **Conselho sobre o orçamento e financiamento do SUS; 2) enviar a Programação Anual de Saúde -**  
993 **PAS 201 do MS aos conselheiros para debate nas comissões e apresentação de contribuições**  
994 **para a COFIN até 2 de fevereiro ou antes da próxima Reunião Ordinária do Pleno CNS; 3)**  
995 **encaminhar aos conselheiros, para conhecimento, a Arguição de Descumprimento de Preceito**  
996 **Fundamental - ADPF 45 e a Ação Direta de Inconstitucionalidade - ADIN 5.595/2016 (a ADPF e a**  
997 **ADIN foram citadas na exposição); 4) buscar articulação com as entidades que defendem a**  
998 **auditoria cidadã da dívida e a reforma tributária; 5) realizar ações no Congresso Nacional para**  
999 **aprovação do PL que trata da criação do tributo sobre grandes fortunas com vinculação para o**  
1000 **financiamento das Ações e Serviços Públicos de Saúde; 6) solicitar informações ao MS sobre o**  
1001 **encaminhamento das ressalvas do RAG 2015, especialmente em relação aos aspectos**  
1002 **orçamentários e financeiros de responsabilidade do Ministério da Fazenda e do Ministério**  
1003 **Planejamento; e 7) disponibilizar aos conselheiros uma síntese da exposição feita pela**  
1004 **procuradora Élide Graziane. ITEM 5 – 2ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DAS MULHERES**  
1005 **- Apresentação:** conselheira **Francisca Valda**, coordenadora da comissão de formulação e relatoria da  
1006 2ª CNSMu; e conselheira **Carmem Lúcia Luiz**, coordenadora da CISMU/CNS e coordenadora da 2ª  
1007 CNSMu. **Coordenação:** conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**, da Mesa Diretora do CNS.  
1008 Iniciando, conselheira **Carmem Lúcia Luiz**, coordenadora da CISMU/CNS, explicou que a elaboração  
1009 do documento orientador da 2ª CNSMu coube à Comissão de Formulação e Relatoria da 2ª CNSMu,  
1010 composta por Adelaide Suely de Oliveira, Elaine Maria Silva das Neves, Francisca Rego Oliveira  
1011 Araújo, Francisca Valda da Silva, Heliana Neves Hemeterio dos Santos, Kátia Maria Barreto Souto,  
1012 Lenise Aparecida Martins Garcia, Madalena Margarida da Silva, Maria Esther de Albuquerque Vilela e  
1013 Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca. Explicou que o texto, em fase de finalização, considerou como  
1014 subsídios, além dos debates e posicionamentos do CNS, os debates do Seminário de Saúde da  
1015 Mulher, realizado nos dias 4 e 5 de novembro de 2016. Disse que o documento será finalizado após a  
1016 reunião da comissão organizadora, que ocorreria na próxima semana, e enviado aos conselheiros.  
1017 Considerando tratar-se de um texto em construção, solicitou que os conselheiros não o divulgassem até  
1018 a conclusão. Ressaltou ainda que outros documentos de apoio estão em elaboração e poderiam ser  
1019 enviados à comissão organizadora. Conselheira **Francisca Valda**, coordenadora da Comissão de  
1020 Formulação e Relatoria da 2ª CNSMu, explicou que a intenção do documento orientador é contribuir  
1021 com o debate dos temas da 2ª CNSMu, sem prejuízo de outros que sejam apensados a este. Salientou  
1022 que o documento consolida produções e posicionamentos do CNS sobre os eixos temáticos da 2ª  
1023 CNSMu e apresenta, em cada eixo temático, questões que podem incentivar debates nas conferências  
1024 livres, rodas de conversa, fóruns, grupos de discussão e nas etapas deliberativas municipais, estaduais,  
1025 do Distrito Federal e nacional. Feitas essas considerações, discorreu sobre o conteúdo do documento,  
1026 destacando trechos do texto de cada um dos eixos. Eixo I - O papel do Estado no desenvolvimento  
1027 socioeconômico e ambiental e seus reflexos na vida e na saúde das mulheres - Falar do papel do  
1028 Estado no desenvolvimento socioeconômico e ambiental e impactos na vida e na saúde das mulheres  
1029 na atualidade é um exercício de análise das complexas relações de disputa de poder entre as forças  
1030 econômicas, sociais e políticas do âmbito do Estado, do Mercado e da Sociedade Civil. O Estado da  
1031 República Federativa do Brasil é atravessado por disputas de interesses travadas entre atores do  
1032 mercado e da sociedade civil, com impactos na sua construção em cada momento, principalmente, por  
1033 se tratar de uma economia periférica aos países do centro do capitalismo no mundo. A Participação  
1034 Social na Saúde expressa, especialmente, nas Conferências Nacionais de Saúde e nos Conselhos de  
1035 Saúde (municipais, estaduais, Distrito Federal e nacional), que é a instância e autoridade máxima na  
1036 “formulação e controle da execução da Política Nacional de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos  
1037 e financeiros, avaliação no âmbito da saúde pública e dos subsistemas privados do Brasil” como  
1038 prescreve a Constituição tem se posicionado com coerência e organizado ação coletiva e lutas em  
1039 relação às seguintes prioridades: Defesa da PEC 01/2015 que regulamentava a vinculação de receita  
1040 da CF 1988 (projeto de lei de iniciativa popular fruto da mobilização “Saúde +10” com cerca de dois  
1041 milhões de assinaturas); Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) da Emenda Constitucional nº 95  
1042 junto ao STF, continuidade da luta contra a PEC 241/55-2016 que foi aprovada na Câmara Federal e  
1043 Senado que institui o Novo Regime Fiscal (EC-95/2016) com teto para realização de despesas  
1044 primárias até 2036 e torna sem efeito vinculações constitucionais orçamentárias de receita para as  
1045 áreas da saúde e educação a partir de 2018, e que representa retrocesso na aplicação de recursos por  
1046 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

1109 diversas formas de declaração da ocupação de trabalhador doméstico, destacando-se com maior  
1110 frequência: empregada doméstica, faxineira, diarista, babá, cozinheira, lavadeira, passadeira,  
1111 arrumadeira, acompanhante de idoso, acompanhante de doente e de criança à escola. (IBGE, 2011, p.  
1112 3). As mulheres adoecem com mais frequência, em face das precárias condições de inserção no  
1113 mercado de trabalho e das formas recentes de intensificação do trabalho impostas pelas novas  
1114 tecnologias e processos produtivos. Porém, estas doenças são tratadas como doença de mulheres,  
1115 sem nexo causal epidemiológico com o trabalho. Embora as mulheres tenham uma incidência menor de  
1116 acidentes, afastamentos, aposentadorias e mortes relacionadas ao trabalho, quando comparadas aos  
1117 homens, a maioria das mulheres sofrem sintomas e doenças causadas pelas condições de trabalho  
1118 que se tornam crônicas, acompanhando-as até o fim da vida. Muitas trabalhadoras têm varizes, inchaço  
1119 nas pernas, cansaço, fadiga, hérnia de disco, abortamento espontâneo, parto prematuro, bebê de baixo  
1120 peso ao nascer em função do grande esforço físico que realizam. Aquelas que trabalham em ambientes  
1121 com muitos ruídos e com produtos químicos, como o agrotóxico, com frequência apresentam perda  
1122 auditiva, estresse, esterilidade, distúrbios hormonais, dermatose, asma ocupacional, alergia, câncer,  
1123 angústia, depressão, insônia, medo de perder o emprego, aumento da tensão pré-menstrual, displasia  
1124 mamária, distúrbios digestivos, sensação de incapacidade. As mulheres também apresentam LER  
1125 (Lesão por Esforços Repetitivos) DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho),  
1126 burnout, suicídios no trabalho, os distúrbios psicossociais, o envelhecimento prematuro, a síndrome do  
1127 esgotamento profissional, os conflitos éticos, o alcoolismo entre outros, que implicam no adoecimento e  
1128 consequente incapacidade para a vida e para o trabalho. As mulheres adoecem também, em função da  
1129 violência de gênero. As mulheres adoecem em função do assédio moral e sexual nas relações de  
1130 trabalho, que ocorre regularmente, tanto na iniciativa privada quanto nas instituições públicas. Sem  
1131 proteção social, as mulheres que adoecerem e não puderem trabalhar, não receberão qualquer tipo de  
1132 auxílio doença por parte do estado. Se der à luz, não terá licença maternidade remunerada, se ficar  
1133 inválida, não receberá pensão por invalidez e, se morrer não deixará pensão para os filhos menores.  
1134 Neste contexto propõe-se como questões ativadoras do debate: 1. Refletir sobre a condição de  
1135 inserção das mulheres no mundo do trabalho e suas implicações na condição de vida e de saúde. 2.  
1136 Ações que possibilitem a promoção da saúde das mulheres no campo e na cidade, considerando as  
1137 dimensões de raça e etnia, orientação sexual e geração. Eixo III - Vulnerabilidades nos ciclos de vida  
1138 das mulheres na Política Nacional de Atenção Integral a Saúde das Mulheres. A abordagem de gênero  
1139 é fundamental para pensarmos as diferentes vulnerabilidades a que as mulheres estão sujeitas nesse  
1140 cenário social, cultural, econômico e político. Partindo desse lugar da desigualdade de gênero, faz-se  
1141 necessário apontar outras vulnerabilidades sociais e culturais como classe social, raça, etnia, geração,  
1142 orientação sexual, deficiência, acrescidas de outras como processo de saúde/adoecimento como  
1143 HIV/AIDS, hanseníase, violência de gênero, e outras como condições de vida, mulheres urbanas,  
1144 rurais, da floresta e águas, em situação de rua, em situação de conflitos de terra, de fronteira, de  
1145 guerra, entre outros. A formação patriarcal da sociedade brasileira gera uma série de desigualdades  
1146 nas decisões de poder entre homens e mulheres. Levando em consideração as especificidades de  
1147 raça/etnia, classe, orientação sexual, geracional, oportunizando desigualdades que se tornam  
1148 consequências e incidem diretamente sobre a saúde das mulheres, sendo necessárias ações  
1149 específicas para esse segmento no SUS, reconhecendo a multiplicidade das mulheres que são as  
1150 principais usuárias do SUS, de acordo com o Plano Nacional de Políticas para Mulheres 2013-2015  
1151 (BRASIL, 2013, p. 30). A política de saúde das mulheres necessita considerar a diversidade das  
1152 mulheres na sociedade brasileira e suas diferentes condições de saúde, reconhecendo as  
1153 segmentações étnica e racial, geracional, mulheres em situação de rua, orientação sexual e identidade  
1154 de gênero, moradoras das periferias e meio rural, assim como de povos e comunidades tradicionais. As  
1155 condições de violência de gênero, em especial a violência doméstica e sexual, transtornos mentais, o  
1156 uso abusivo de álcool e outras drogas, incidem de forma significativa nos indicadores de saúde das  
1157 mulheres, muitas vezes, levando-as às ruas - 45% da população em situação de rua é feminina. No  
1158 meio rural, elas representam 48%. Em seus diferentes modos de vida relacionados predominantemente  
1159 com a terra, temos uma diversidade entre as que habitam as florestas ou são extrativistas, mulheres  
1160 das águas, pescadoras, marisqueiras, ou camponesas, sejam elas agricultoras familiares,  
1161 trabalhadoras rurais assentadas ou acampadas e as trabalhadoras assalariadas e temporárias que  
1162 residem ou não no campo. Dentre esses grupos podem-se destacar as populações ribeirinhas, aquelas  
1163 atingidas por barragens, e outras comunidades tradicionais, como quilombolas e indígenas. É preciso  
1164 considerar as dinâmicas geracionais principalmente voltadas às jovens e idosas na sua saúde integral e  
1165 com respeito a estes ciclos de vida. Há ainda as dinâmicas raciais que incidem de forma significativa  
1166 nos indicadores de saúde, servindo como agravante e condicionante de saúde. A orientação sexual e  
1167 identidade de gênero, em função da construção heteronormativa e binária da sociedade, têm múltiplas  
1168 representações identificando nas lésbicas, mulheres bissexuais, travestis e transexuais (LBT),  
1169 dificuldades que reiteram cotidianamente as vulnerabilidades para essa população, devido à dificuldade  
1170 de diálogo entre os profissionais de saúde para atender e compreender as necessidades dessas

1171 mulheres e seus modos de vida. Historicamente, a população negra apresenta indicadores sociais  
1172 piores quando comparados aos da população branca. As mulheres negras são vítimas recorrentes do  
1173 racismo e do sexismo na sociedade, o que leva à dificuldade no acesso aos serviços de saúde do SUS.  
1174 Estes cenários necessitam de intervenção, diagnóstico e acolhimento no SUS, pois segundo a pesquisa  
1175 da FLACSO, diminuiu a violência entre mulheres brancas em 9,8% e aumentou em 54,2% a morte  
1176 entre meninas e mulheres negras (Waiselfisz, 2015, p. 30). Entre estas violências estão os estupros,  
1177 que também atingem, em sua maioria, as mulheres negras, em função do mito de sexualidade acerca  
1178 do corpo das mulheres negras, agravando-se também a situação de violência obstétrica. O perfil de  
1179 causas prioritárias de mortalidade materna praticamente não mudou na última década: hipertensão,  
1180 infecção puerperal, aborto e hemorragia continuam como principais causas. As mulheres negras são as  
1181 principais vítimas. De acordo com dados notificados no SIM, do total de 1.583 mortes maternas em  
1182 2012, 60% eram de mulheres negras e 34% de brancas. (MS/SVS/CGIAE). A mortalidade materna  
1183 ganha contornos ainda mais graves quando se percebe que cerca de 90% dos óbitos poderiam ser  
1184 evitados, muitos deles por ações dos serviços de saúde. O número mínimo de consultas de pré-natal  
1185 preconizado pelo Ministério da Saúde é de 6 (seis). A proporção de mulheres que declararam realizar  
1186 seis ou mais consultas de pré-natal foi maior na população branca (85,8%), seguida da amarela  
1187 (80,7%), parda (71,8%), preta (71,2%) e indígena (39,7%) em 2012. É nesse cenário que acontece o  
1188 contexto da Síndrome Congênita do Zika Vírus, evidenciando as vulnerabilidades do sistema e saúde,  
1189 apresentando as dificuldades de acessar as populações rurais, sobretudo aquelas que necessitam  
1190 armazenar água, na maioria povos e comunidades tradicionais, sobretudo aquelas que dependem da  
1191 água para seu sustento, populações periféricas dos centros urbanos, impactando de forma significativa  
1192 sobre as mulheres negras, assim como as situações de intolerância religiosa. Portanto, precisamos  
1193 debater sobre essas iniquidades e desigualdades sociais que acabam por vulnerabilizar as mulheres  
1194 negras, indígenas, lésbicas, bissexuais, transexuais, jovens e idosas, do campo e da cidade de forma  
1195 diferenciada e que exigem ações e estratégias específicas. Frente a essas iniquidades, as Políticas de  
1196 Promoção de Equidade vigentes no SUS como: Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays,  
1197 Bissexuais, Travestis e Transexuais, incluindo o Processo Transexualizador (Portaria GM/MS nº 2.803,  
1198 de 19 de novembro de 2013 e da Portaria SAS/MS nº 457, de 19 de agosto de 2008); Política Nacional  
1199 de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas; a Política Nacional de Saúde  
1200 Integral da População Negra e as ações de saúde do Plano da Política Nacional da População em  
1201 Situação de Rua são normativas que deram visibilidade às vulnerabilidades dessas populações e  
1202 reconheceram todos os segmentos como sujeitos de direitos, em especial, colocando a equidade como  
1203 imprescindível para garantir os princípios da integralidade e da universalidade no SUS. Para intervir  
1204 neste contexto propõem-se questões ativadoras do debate: 1. Refletir sobre: Quem são essas  
1205 mulheres? Como vivem e como se relacionam? Quais suas vulnerabilidades individuais e sociais? 2.  
1206 Que estratégias e ações podem possibilitar a superação dessas vulnerabilidades e como articular no  
1207 SUS a sua promoção e garantia? 3. E as mulheres que sofrem violências? Como enfrentar o racismo  
1208 institucional? Como enfrentar a lesbofobia e transfobia? 4. Como garantir os direitos sexuais e direitos  
1209 reprodutivos considerando a autonomia das mulheres e sua diversidade? 5. O que falta, na sua região,  
1210 para o efetivo cumprimento da legislação vigente do atendimento em 60 dias dos casos de cânceres?  
1211 Eixo IV – Políticas Públicas para Mulheres e Participação Social. A 2ª Conferência Nacional de Saúde  
1212 das Mulheres – CNSMu acontece em um momento especial de luta democrática e de resistência, e  
1213 ainda sob os ecos do processo de mobilização da 15ª Conferência Nacional de Saúde, fazendo valer a  
1214 trajetória de conquistas das mulheres para o avanço da democracia participativa, reafirmando o SUS  
1215 como impulsionador de direitos e cidadania, de acesso às ações de saúde, educação, seguridade  
1216 social, essencialmente constituído por valores promotores de relações mais humanizadas, com mais  
1217 vínculo e afeto. Contudo, em meio a esse cenário de desafios inerentes ao processo de organização de  
1218 uma conferência, a vivência nos mostra hoje um cenário de deslegitimação do legislado constitucional  
1219 com a Emenda à Constituição do teto dos gastos públicos, que tente a aprofundar a atual política  
1220 econômica recessiva, o desemprego, a queda de renda e o sucateamento das políticas sociais, dentre  
1221 outras, que só agrega valor e peso para a limitação do crescimento/desenvolvimento do país, da  
1222 inclusão social e da maximização das desigualdades sociais e regionais. (SANTOS, FUNCIA, 2016). E  
1223 a 2ª CNSMu pode ser uma oportunidade para a construção de políticas que expressem as  
1224 necessidades das mulheres, além de reafirmar os princípios orientadores do SUS e da Política Nacional  
1225 de Atenção Integral para as Mulheres, fazendo valer: a autonomia das mulheres em todas as  
1226 dimensões da vida; a busca da igualdade efetiva entre mulheres e homens, em todos os âmbitos; o  
1227 respeito à diversidade e combate a todas as formas de discriminação; o caráter laico do Estado; a  
1228 universalidade dos serviços e benefícios ofertados pelo Estado; a participação ativa das mulheres na  
1229 vida social e política do país; e a transversalidade e abordagem de gênero em todas as políticas  
1230 públicas. O enfrentamento das desigualdades de gênero em todos os aspectos e ciclos de vida é a  
1231 busca permanente pela igualdade no cotidiano cidadão. (BRASIL, 2013). Vários são os espaços e  
1232 ferramentas de manifestações das pessoas e das populações. As ouvidorias, as audiências públicas,

1233 os plebiscitos, os referendos populares, mobilizações por projetos de lei de iniciativa popular entre  
1234 diversos e distintos movimentos coletivos que configuram um leque de possibilidades e se multiplicam  
1235 no fortalecimento do protagonismo das mulheres visando a garantia dos direitos civis, sociais e  
1236 políticos. Neste contexto propõe-se como questões ativadoras do debate: 1. Que ações intersetoriais  
1237 podem ser desenvolvidas para garantir os direitos das mulheres à saúde, educação e seguridade  
1238 social, com observância aos ciclos de vida, gênero, orientação sexual, raça, etnia, cultura? 2. Como  
1239 garantir o acesso e acessibilidade das mulheres à integralidade da atenção à saúde e seguridade social  
1240 e em defesa do SUS, público, integral, equânime e universal, com observância às necessidades das  
1241 mulheres em seus distintos territórios? 3. Como fortalecer a articulação entre os espaços de  
1242 participação social em todas as políticas públicas, com vistas ao desenvolvimento de ações  
1243 intersetoriais que garantam os direitos das mulheres (trabalhadoras, desempregadas...) por meio da  
1244 atuação do controle social, em especial dos conselhos de saúde em seu município/estado/Distrito  
1245 Federal e dos movimentos sociais? 4. Que estratégias podem ser desenvolvidas para promover a  
1246 inclusão nos espaços dos conselhos de saúde de representações femininas que buscam o  
1247 enfrentamento das iniquidades em saúde, considerando as diversidades como geração, identidade de  
1248 gênero, orientação sexual, raça/etnia, rural, urbano, deficiência, mulheres em situação de rua, entre  
1249 outras? 5. Como fortalecer as instâncias de controle social e garantir o caráter deliberativo dos  
1250 conselhos de saúde, ampliando os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e  
1251 participação cidadã? 6. Que estratégias e ferramentas de mobilização social e política podem ser  
1252 utilizadas para o fortalecimento da participação da mulher nos distintos territórios?. Finalizando, disse  
1253 que o documento é extenso, mas não deu conta de todas as especificidades. Reiterou que vários  
1254 documentos estão sendo elaborados para contribuir com o debate. Concluída a apresentação, foi  
1255 aberta a palavra ao Plenário para manifestação. Nas intervenções, foram apresentadas as seguintes  
1256 questões ao texto do documento: eixo da mulher trabalhadora: resgatar no documento as conquistas  
1257 das trabalhadoras domésticas; Eixo 4 - o termo “saúde e seguridade social” é redundante, pois a saúde  
1258 é parte da seguridade; traduzir a sigla “SIM” (“De acordo com dados notificados no “SIM””); contemplar  
1259 no documento o tema “ideologia do machismo e patriarcalismo” e formas de superação; incluir os temas  
1260 no documento: mulher na saúde mental, mulher encarcerada, mulher em situação de rua, misoginia e  
1261 machismo; contemplar no texto questões relativas ao processo legislativo e judiciário que afetam os  
1262 direitos das mulheres (PLs em curso como criminalização do aborto), morte por abortamento,  
1263 histerectomia de mulheres negras quilombolas; e dar destaque às múltiplas violências. Além das  
1264 sugestões ao texto, foram levantadas as seguintes questões acerca da temática: enviar documentos e  
1265 informes da comissão para os movimentos e entidades a fim de serem socializados; as conferências  
1266 preparatórias devem trazer denúncias sobre a pluralidade – buscar fontes de financiamento para virar  
1267 documentário; pensar estratégia para trazer agenda internacional na conferência; o documento  
1268 orientador cumpre o papel de mobilizar o debate; destaque para abordagem sobre as iniquidades  
1269 sociais – como contemplar a diversidade no processo de mobilização?; é preciso fazer a ligação entre o  
1270 que está sendo proposto e a conferência de vigilância em saúde; sugestão de elaborar documento  
1271 sobre as principais questões para debate; o debate da Conferência não é restrito às mulheres e um dos  
1272 desafios é sensibilizar os homens para a importância do tema; dúvida: qual a fonte sobre as mulheres  
1273 em situação de rua utilizada no documento - preocupação com o dado: 45% de mulheres em situação  
1274 de rua; o movimento LGBT sente-se contemplado no documento e é preciso garantir direito à  
1275 diversidade; destaque para o esforço da construção coletiva do documento; o documento visa inaugurar  
1276 o processo de debate já iniciado com a convocação da conferência; e os conselheiros devem iniciar  
1277 debate nos seus movimentos e entidades. Finalizando, conselheira **Carmem Lúcia Luiz**, coordenadora  
1278 da CISMU/CNS, explicou que a intenção do documento não foi esgotar o temário, mas sim suscitar  
1279 debates e ressaltou que as conferências livres apresentarão contribuições. Como encaminhamento,  
1280 sugeriu que as entidades e os movimentos que compõem o CNS elaborassem documentos de apoio  
1281 com temas que não foram contemplados no documento orientador e definissem estratégias de  
1282 mobilização para a conferência. **Deliberação: as entidades e movimentos deverão elaborar**  
1283 **documentos de apoio com temas que não foram contemplados no documento orientador e**  
1284 **definir estratégias de mobilização para a conferência.** Finalizado esse ponto, a mesa encerrou o  
1285 primeiro dia de reunião. O item 6 da pauta foi transferido para a manhã do segundo dia. Estiveram  
1286 presentes os seguintes conselheiros no primeiro dia de reunião: **Titulares – Antônio Muniz da Silva**,  
1287 Organização Nacional dos Cegos do Brasil – ONCB; **Antonio Pitol**, Pastoral da Saúde Nacional;  
1288 **Arilson da Silva Cardoso**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS;  
1289 **Artur Custódio Moreira de Sousa**, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela  
1290 Hanseníase - MORHAN; **Breno de Figueiredo Monteiro**, Confederação Nacional de Saúde – CNS;  
1291 **Carmen Lucia Luiz**, União Brasileira de Mulheres – UBM; **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**,  
1292 Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA; **Dalmare Anderson**  
1293 **Bezerra de Oliveira Sá**, Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG; **Edmundo Dzuaiwi**  
1294 **Omoro**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira - COIAB; **Francisca Rêgo**

1295 **Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO; **Francisca Valda**  
1296 **da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEN; **Gerdo Bezerra de Faria**, Conselho Federal  
1297 de Odontologia – CFO; **Geordeci M. Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **João Donizeti Scaboli**,  
1298 Força Sindical; **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS;  
1299 **José Fernando Uchôa Costa Neto**, Ministério da Educação - MEC; **Juliana Acosta Santorum**,  
1300 Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG; **Carolina Abad**, Federação  
1301 Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama – FEMAMA; **Luiz Alberto**  
1302 **Catanoce**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical – SINDNAPI;  
1303 **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Maria Laura Carvalho**  
1304 **Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais - FENAS; **Marisa Furia Silva**, Associação  
1305 Brasileira de Autismo - ABRA; **Moysés Toniolo de Souza**, Articulação Nacional de Luta Contra a Aids  
1306 – ANAIDS; **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas - CFN; **Neilton Araújo de**  
1307 **Oliveira**, Ministério da Saúde; **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI);  
1308 **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV); **Rildo Mendes**, Articulação  
1309 dos Povos Indígenas da Região Sul – ARPINSUL; **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional  
1310 dos Farmacêuticos – Fenafar; **Sônia Pereira**, Rede Nacional Lai Lai Apejo; **Wanderley Gomes da**  
1311 **Silva**, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Wilên Heil e Silva**, Conselho  
1312 Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); e **Záira Tronco Salerno**, Associação  
1313 Brasileira de Nutrição (ASBRAN). *Suplentes* – **Alessandra Ribeiro de Sousa**, Conselho Federal de  
1314 Serviço Social – CFESS; **Liu Leal Agleildes Arichele Leal de Queirós (“Liu Leal”)**, Centro Brasileiro  
1315 de Estudos de Saúde – CEBES; **Alexandre Fonseca Santos**, Ministério da Saúde; **Alexandre**  
1316 **Frederico de Marca**, Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC);  
1317 **Anderson Teixeira**, Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência – SBPC; **Andréa Karolina**  
1318 **Bento**, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia – ABRALE; **Antonio César Silva Mallet**,  
1319 Ministério da Saúde - MS; **Clarice Baldotto**, Associação de Fisioterapeutas do Brasil - AFB; **Cláudia**  
1320 **Vieira Carnevalle**, Nova Central Sindical dos Trabalhadores – NCST; **Danilo Aquino Amorim**, Direção  
1321 Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM; **Denise Torreão Corrêa da Silva**,  
1322 Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFa; **Dulcilene Silva Tiné**, Confederação Nacional de Saúde,  
1323 Hospitais, Estabelecimentos e Serviços – CNS; **Elgiane de Fatima Machado Lago**, Central dos  
1324 Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil – CTB; **Geraldo Adão Santos**, Confederação Brasileira dos  
1325 Aposentados e Pensionistas – COBAP; **Gilene José dos Santos**, Sindicato Nacional dos Aposentados,  
1326 Pensionistas e Idosos da Força Sindical – Sindnapi; **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho  
1327 Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; **Ivone Martini de Oliveira**, Conselho Federal de  
1328 Enfermagem – COFEN; **Joana Batista Oliveira Lopes**, Federação Nacional dos Odontologistas - FNO;  
1329 **José Arnaldo Pereira Diniz**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **José Vanilson**  
1330 **Torres da Silva**, Movimento Nacional de População de Rua – MNPR; **José Felipe dos Santos**,  
1331 Articulação Brasileira de Gays – ARTGAY; **Karla Larica Wanderley**, Ministério da Saúde; **Márcia**  
1332 **Patrício de Araújo**, Associação Brasileira dos Ostomizados - ABRASO; **Maria Angélica Zollin de**  
1333 **Almeida**, Federação Nacional dos Médicos Veterinários – FENAMEV; **Maria das Graças Silva**  
1334 **Gervásio**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Mariana Carvalho Pinheiro**, Ministério  
1335 da Saúde; **Paula Johns**, Associação de Controle do Tabagismo, Promoção da Saúde e dos Direitos  
1336 Humanos - ACT/Aliança de Controle do Tabagismo; **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira**, Associação  
1337 Brasileira de Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; e **Paulo Roberto Vanderlei Rebelo Filho**,  
1338 Ministério da Saúde. Iniciando o segundo dia de reunião, a mesa foi composta pelos conselheiros  
1339 **Geordeci Menezes de Souza**, da Mesa Diretora do CNS e **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente  
1340 do CNS. De imediato, a coordenação passou ao item 6 da pauta, conforme definido no dia anterior.  
1341 **ITEM 6 – INFORMES E INDICAÇÕES** - *Coordenação*: conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, da  
1342 Mesa Diretora do CNS; e **Neide Rodrigues dos Santos**, Secretária-Executiva do CNS. **Homenagem a**  
1343 **Ex-Conselheira Rosângela Santos**. Em homenagem à ex-conselheira, foi exibido vídeo mostrando a  
1344 atuação dela no CNS (2008 a 2012 Coordenadora da Comissão Intersetorial de Pessoa com Patologias  
1345 – CIPP; 2008 a 2013 - membro da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento – COFIN;  
1346 Externos: Comitê de Implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente – CIPNSP; Grupo  
1347 de Assessoramento Estratégico (GAE) do Sistema Nacional de Transplantes (SNT); e Comitê Nacional  
1348 de Incorporação de Tecnologia no SUS – CONITEC). Além disso, a homenagem falou da atuação da  
1349 ex-conselheira como presidente da Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil –  
1350 FARBRA e na defesa do Controle Social, representando os usuários do SUS no CNS, com  
1351 competência e comprometimento. **Não houve encaminhamentos**. Diante da presença dos  
1352 convidados, a mesa interrompeu os informes e indicações e procedeu ao item 7. **ITEM 7 –**  
1353 **HOMENAGEM AOS MÉDICOS INTERCAMBISTAS PARTICIPANTES DA COOPERAÇÃO**  
1354 **OPAS/OMS COM CUBA** - *Convidados*: **José Emílio Caballero**, Médico Cubano da Embaixada de  
1355 Cuba; **Hector Daniel Perdomo Hernandez**, Médico Cubano da OPAS; **Renato Tasca**, Coordenador  
1356 Técnico do Programa Mais Médicos no Brasil da OPAS; **Glauco Oliveira**, coordenador Regional do

1357 Programa Mais Médicos no Brasil da OPAS; e **Rogério Luiz Zeraik Abdalla**, Secretário de Gestão do  
1358 Trabalho e da Educação em Saúde – SGTES/MS. *Coordenação:* conselheiro **Ronald Ferreira dos**  
1359 **Santos**, Presidente do CNS. Iniciando, o Presidente do CNS, em nome do Plenário do Conselho,  
1360 manifestou satisfação em prestar homenagem aos médicos intercambistas participantes da cooperação  
1361 OPAS/OMS com Cuba, dada a importância das ações prestadas por esses profissionais. O Secretário  
1362 da SGTES/MS, **Rogério Luiz Zeraik Abdalla**, somou-se à homenagem aos médicos intercambistas  
1363 participantes da cooperação OPAS/OMS com Cuba, lembrando que os médicos cubanos foram aonde  
1364 os médicos brasileiros não foram. Reiterou a importância de valorizar os médicos brasileiros e cubanos  
1365 e, nessa integração, garantir atendimento à população brasileira. O coordenador Regional do Programa  
1366 Mais Médicos no Brasil da OPAS, **Glaucio Oliveira**, salientou que os médicos cubanos contribuíram  
1367 para o povo brasileiro encontrar-se com sua cidadania e o trabalho desenvolvido vai além do cuidado  
1368 em saúde. Agradeceu, em nome da Organização, a possibilidade de participar dessa importante  
1369 iniciativa. O Coordenador Técnico do Programa Mais Médicos no Brasil da OPAS, **Renato Tasca**,  
1370 também destacou a importância do Programa e a participação expressiva de mulheres na iniciativa (o  
1371 Programa conta com a participação de mais médicas que médicos). Manifestou satisfação por participar  
1372 da homenagem no Conselho, órgão máximo do controle social e lembrou que os médicos conseguiram  
1373 estabelecer vínculo forte com a comunidade, o que, na sua avaliação, foi um dos principais ganhos do  
1374 Programa. O médico cubano da OPAS, **Hector Daniel Perdomo Hernandez**, lembrou que o  
1375 reconhecimento faz crescer e contribui para ampliar o comprometimento com a causa e aproveitou para  
1376 frisar o compromisso dos médicos cubanos de contribuir para melhoria da saúde do povo brasileiro. O  
1377 médico cubano da Embaixada de Cuba, **José Emilio Caballero**, representando Cristina Luna Morales,  
1378 coordenadora nacional de Cuba na Cooperação entre o Brasil e a OPAS/OMS para a contratação de  
1379 médicos cubanos, lembrou que a cooperação com Cuba existe há mais de 50 décadas em vários locais  
1380 do mundo e, no Brasil, é onde se tem mais médicos cubanos. Ressaltou que os médicos, onde  
1381 trabalham, são os embaixadores de Cuba. Conselheiro **Arilson Cardoso da Silva**, representando o  
1382 CONASEMS, ressaltou que 700 municípios não possuíam médicos e as pessoas estavam afastadas da  
1383 integralidade da saúde e o Programa contribuiu para garantir assistência às pessoas desassistidas.  
1384 Assim, registrou agradecimento por esse trabalho, lembrando que são profissionais com vontade de  
1385 ajudar o povo. Avaliou que é justa a homenagem aos médicos cubanos e destacou gratidão aos  
1386 médicos cubanos que contribuem para melhoria das condições de vida do povo brasileiro. Conselheiro  
1387 **Haroldo de Carvalho Pontes**, representando o CONASS, salientou que os resultados do Programa  
1388 são evidentes e citou os testemunhos de participação com a comunidade. Lembrou, inclusive, que não  
1389 há conflito sobre a forma de pagamento dos médicos. Salientou que esses profissionais possuem outra  
1390 noção de solidariedade e vivência com as pessoas. Manifestou apoio ao Programa e à outra noção de  
1391 atendimento que esses profissionais trazem para o país. Conselheiro **Rildo Mendes** destacou a  
1392 importância dos médicos cubanos para os povos indígenas e lembrou que esses profissionais foram  
1393 aonde os médicos brasileiros não foram. Nesse sentido, agradeceu os médicos cubanos por humanizar  
1394 a saúde indígena. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** destacou que a homenagem é justa pelo  
1395 trabalho que os médicos cubanos desempenham, mas ponderou que é preciso ampliar essa iniciativa  
1396 para outros profissionais de saúde. Conselheira **Liu Leal** cumprimentou a ousadia do governo brasileiro  
1397 por buscar saída à situação da população desassistida pelo cuidado em saúde e reconheceu o  
1398 importante trabalho desempenhado pelos profissionais cubanos. Conselheiro **Artur Custódio M. de**  
1399 **Souza** destacou que a presença dos médicos cubanos contribuiu para identificar casos de hanseníase  
1400 no país, o que contribuiu para modificar o quadro. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** cumprimentou o  
1401 CNS por essa sessão e lembrou que os 5.570 municípios ainda estão carentes de recursos da  
1402 sociedade. Lembrou que os voluntários aceitaram ir a locais onde não havia médicos e garantiram  
1403 assistência a populações antes desassistidas. Conselheira **Juliana Santorum** destacou que a partir do  
1404 Programa as populações do campo, floresta e água tiveram oportunidade de ter atendimento nos seus  
1405 locais de residência e trabalho. Lembrou que o SUS ainda não é o definido na Constituição Federal por  
1406 conta do interesse do mercado. Também manifestou preocupação com o rumo do Programa e  
1407 defendeu a inclusão dos médicos brasileiros com a permanência dos médicos cubanos. Conselheira  
1408 **Marisa Fúria Silva** manifestou satisfação com o Programa, mas entende que é preciso melhorar o  
1409 valor repassado pelo governo cubano aos médicos cubanos por conta do alto custo de vida no Brasil.  
1410 Conselheiro **Moysés Toniolo** destacou que é preciso ressignificar o “fazer saúde”, com mudança de  
1411 cultura, priorizando a prevenção e o olhar para o usuário. Feitas essas considerações, foram entregues  
1412 placas de homenagem ao Médico Cubano da Embaixada de Cuba, **José Emilio Caballero** e ao Médico  
1413 Cubano da OPAS, **Hector Daniel Perdomo Hernandez**, simbolizando a retribuição pelo exemplar  
1414 trabalho prestado por esses profissionais. **ITEM 8 – MEDIDA PROVISÓRIA 754/2016 QUE DEFINE**  
1415 **NORMAS PARA O SETOR FARMACÊUTICO - Apresentação:** **Leandro Pinheiro Safatle**, Secretário  
1416 Executivo da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos – CMED. *Coordenação:* conselheiro  
1417 **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS. O Presidente do CNS explicou que seria feito  
1418 informe sobre a Medida Provisória e, posteriormente, o tema seria pautado para aprofundamento do

1419 debate. Pontuou que a publicação da Medida trouxe preocupação e uma das justificativas para esta  
1420 iniciativa é enfrentar o problema do mercado que resulta no desabastecimento. Explicou que no  
1421 entendimento de setores, inclusive que compõem o CNS, é possível definir outros mecanismos para  
1422 regulação que não tragam insegurança jurídica ao processo regulatório. O Secretário Executivo da  
1423 CMED, **Leandro Pinheiro Safatle**, iniciou explicando que a CMED regula o mercado e estabelece  
1424 critérios para definição e ajuste de preços de medicamentos. Desde a criação, a CMED trouxe  
1425 resultados positivos para o país, inclusive redução de preços de medicamentos. Explicou que a Medida  
1426 Provisória nº 754, de 19 de dezembro de 2016, altera a Lei nº 10.742, de 6 de outubro de 2003, que  
1427 define normas de regulação para o setor farmacêutico. Destacou que o setor está crescendo, mas a  
1428 regulação possibilitou a estabilização dos preços dos medicamentos. Clarificou que o foco dessa norma  
1429 é resolver problemas pontuais sobre abastecimento de produtos antigos, que entraram no mercado  
1430 antes da regulação. Citou, por exemplo, que a Medida permitiu à Comissão ajustar o preço da  
1431 Benzilpenicilina na linha de resolver o problema do desabastecimento. **Manifestações.** Conselheiro  
1432 **Nelson Mussolini** disse que a indústria farmacêutica recebeu com preocupação a notícia da  
1433 publicação da Medida nº 754/16 e rebateu a informação, veiculada na imprensa, que esta Medida seria  
1434 um presente para a indústria farmacêutica, uma vez que possibilitaria aumento de preços de  
1435 medicamentos, desconhecendo o papel regulador da CMED nesse processo. Explicou que no conjunto  
1436 de nove países o Brasil possui o preço menor de medicamentos, o que dificulta a rentabilidade que a  
1437 indústria necessita para desenvolver novos produtos. Esclareceu que o produto novo paga o produto  
1438 que está sendo desenvolvido até o vencimento da patente. Disse que a Medida Provisória traz  
1439 insegurança para o mercado, pois não define como irá aumentar ou diminuir, o que reflete na produção  
1440 local. Avaliou que o Brasil está no caminho certo para trazer segurança ao mercado e manter o  
1441 abastecimento e, nessa linha, elogiou o trabalho do Secretário à frente da CMED e agradeceu, em  
1442 nome da indústria farmacêutica. Conselheiro **Carlos de Souza Andrade** registrou preocupação com a  
1443 falta da penicilina benzatina e salientou a importância de definir ações para manter o abastecimento,  
1444 reconhecendo que o preço está defasado. Conselheiro **Moyses Toniolo** avaliou que houve ruptura na  
1445 integralidade da assistência farmacêutica em DST/AIDS pela falta da penicilina benzatina. Ressaltou,  
1446 inclusive, que os usuários precisam, muitas vezes, comprar medicamento na rede privada, por conta do  
1447 desabastecimento. Conselheiro **Alexandre Fonseca Santos** destacou que o papel da regulação é  
1448 importante e precisa considerar o preço, a sustentabilidade do processo da cadeia produtiva e o acesso  
1449 à população. Do ponto de vista global, explicou que há desabastecimento geral dos antibióticos e a falta  
1450 da penicilina é apenas uma pequena parte do problema. Destacou que o CNS possui papel importante  
1451 na fiscalização e no processo fiscalizatório para garantir o acesso e a sustentabilidade da cadeia  
1452 produtiva como um todo. Conselheira **Andrea Karolina Bento** propôs reflexão sobre medicamentos  
1453 que, por falta de interesse comercial deixaram de ser produtivos, a exemplo de melfalano injetável,  
1454 bussulfano oral, Clorambucil, essenciais para tratar leucemia e mieloma. Assim, perguntou o que pode  
1455 ser feito para garantir a continuidade da produção desses medicamentos. Conselheiro **Ronald Ferreira**  
1456 **dos Santos**, na condição de presidente da FENAFAR, ressaltou que é preciso promover debate e  
1457 garantir o que já foi conquistado nos últimos anos, assegurando o medicamento como insumo  
1458 garantidor do direito à saúde. Lembrou que o CNS contribuiu com esse processo ao aprovar a Política  
1459 Nacional de Assistência Farmacêutica que articula todo o ciclo de produção, pesquisa, acesso,  
1460 regulação. Destacou que foi firmada parceria para o desenvolvimento produtivo de mais de  
1461 medicamentos, boa parte deles medicamentos negligenciados, para garantir o abastecimento. Alertou  
1462 que a Medida pode suscitar debate no Congresso Nacional e, sob pressão do mercado, pode haver  
1463 desconstrução do que já foi conquistado. Sinalizou que a lógica dos anos 90 está de volta inclusive em  
1464 administrações municipais, ao retirar das unidades básicas a responsabilidade do acesso aos  
1465 medicamentos e colocar no mercado, como é o caso de São Paulo e Belo Horizonte. Salientou que a  
1466 partir deste informe é preciso aprofundar o debate interno no CNS sobre assistência farmacêutica.  
1467 **Retorno da mesa.** O Secretário Executivo da CMED, **Leandro Pinheiro Safatle**, salientou que a  
1468 CEMED é resultado do trabalho desenvolvido nos últimos anos, inclusive dos debates do Conselho e  
1469 trouxe resultados positivos para o país. Apontou que estudo sobre os vinte medicamentos mais  
1470 vendidos no mundo concluiu que: nos Estados Unidos, o preço de medicamentos é o maior do mundo;  
1471 na Inglaterra, o preço é três vezes mais barato; e, no Brasil, seis vezes mais barato que o preço  
1472 americano. Salientou que essa situação do Brasil é fruto de um conjunto de políticas e do trabalho da  
1473 CMED. Sobre a benzilpenicilina, explicou que foi feito estudo sobre o preço e na reunião da CMED de  
1474 ontem foi definido reajuste. Mesmo com esse ajuste, o preço do medicamento, sugerido pela empresa e  
1475 aprovado, é três vezes menor que o praticado em outros países. Além disso, foi resolvida situação de  
1476 outros medicamentos que estavam com problema. Após essa fala, o Presidente do CNS passou aos  
1477 encaminhamentos. **Deliberação: o Plenário decidiu: aprofundar o debate sobre modelo de**  
1478 **assistência farmacêutica; e garantir a participação de integrante da CIAF/CNS na oficina**  
1479 **nacional sobre assistência farmacêutica no SUS, de 8 a 10 de fevereiro de 2017, para apresentar**  
1480 **entendimento do CNS a respeito do tema (“medicamento deve ser tratado como insumo**

1481 **garantidor do direito à saúde**". Com essa definição, o Presidente do CNS agradeceu o convidado e  
1482 encerrou este ponto. **ITEM 6 – INFORMES E INDICAÇÕES** - Comissões Intersetoriais. Referendar as  
1483 Recomendações CNS nº 018/2016 e nº 001/2017. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de  
1484 Saúde – CONASEMS. *Coordenação:* conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, da Mesa Diretora do  
1485 CNS; e **Neide Rodrigues dos Santos**, Secretária-Executiva do CNS. Conselheira **Denise Torreão**  
1486 **Corrêa da Silva** solicitou esclarecimentos sobre o GT de planos acessíveis. Conselheiro **Neilton**  
1487 **Araújo de Oliveira** recuperou que, na última reunião, foi informado ao Plenário do Conselho que o  
1488 assunto fora encaminhado à ANS, para debate e manifestação. Disse que o Ministro de Estado da  
1489 Saúde comprometeu-se a encaminhar os resultados dos estudos ao CNS. Conselheira **Liu Leal** disse  
1490 que esse tipo de resposta não atende ao anseio do Conselho e reiterou que o Conselho se manifestou  
1491 contra a proposta. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** disse que não há acordo entre a proposta  
1492 do MS e do CNS e o Ministério irá fazer a discussão, inclusive envolvendo a ANS. Reiterou que o MS  
1493 encaminhou à ANS o resultado do trabalho do Grupo e aguarda a resposta da Agência. Conselheiro  
1494 **Geordeci Menezes de Souza** sugeriu pautar o tema na próxima reunião do CNS para  
1495 encaminhamentos. Conselheira **Denise Torreão Corrêa da Silva** solicitou que o MS apresente o teor  
1496 do ofício encaminhado à ANS. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** manifestou-se contrário ao  
1497 encaminhamento da Mesa, porque a proposta ainda não foi definida. Conselheira **Juliana Acosta**  
1498 **Santorum** salientou que o CNS deseja acompanhar o debate, apesar de ter decidido não participar do  
1499 GT. Como encaminhamento, a mesa colocou em votação a proposta: pautar o tema na próxima reunião  
1500 do CNS. **Deliberação: o Plenário decidiu, por maioria, com três votos contrários, pautar debate**  
1501 **na próxima reunião do CNS sobre a Proposta de planos de saúde acessível. Também foi definido**  
1502 **que o Conselho solicitará ao Ministério da Saúde cópia do ofício enviado à ANS, com síntese**  
1503 **dos debates do GT que tratou do tema, para conhecimento do teor do documento. INFORMES -**  
1504 **Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS –** Conselheiro **Arlison da**  
1505 **Silva Cardoso** explicou que os secretários municipais apoiam a realização das conferências, mas  
1506 entendem que é preciso debater o controle social. Nessa linha, solicitou ponto de pauta na reunião de  
1507 março para debater "fortalecimento do controle social no âmbito municipal". Também informou que  
1508 estão sendo realizados seminários de acolhimento dos novos secretários municipais de saúde, uma vez  
1509 que a maioria são gestores novos, sem vivência no SUS. Além disso, foi publicado o Manual do Gestor  
1510 Municipal do SUS que visa abrir processo permanente de diálogo para a qualificação gerencial das  
1511 secretarias municipais de saúde. Entregou um exemplar do Manual ao coordenador da mesa e solicitou  
1512 aos conselheiros que visitem o site do CONASEMS. **Recomendações CNS nº 018/2016 e nº 001/2017**  
1513 **–** Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** fez a leitura das recomendações publicadas *ad*  
1514 *referendum* do Plenário do CNS para referendo. O texto é o seguinte: "Recomendação nº. 018, 19 de  
1515 dezembro de 2016 é a seguinte: O Presidente do Conselho Nacional de Saúde - CNS, no uso de suas  
1516 competências regimentais e atribuições conferidas pelo Regimento Interno do CNS e garantidas pela  
1517 Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pelo Decreto  
1518 nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa  
1519 do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e considerando que Emenda Constitucional (EC)  
1520 nº95 foi promulgada em 15 de dezembro de 2016, estabelecendo o teto para realização de despesas  
1521 primárias até 2036; considerando que a EC 95/2016 retirou as vinculações orçamentárias à receita das  
1522 despesas das áreas da saúde e educação a partir de 2018, estabelecendo tão somente a variação  
1523 anual pelo IPCA/IBGE para corrigir os valores da aplicação mínima ou piso de 2017, de modo que o  
1524 crescimento da receita no período 2018-2036 não será mais considerado para o estabelecimento dos  
1525 valores dessa aplicação mínima ou piso; considerando que essa nova regra imposta pela EC 95/2016  
1526 representa um retrocesso de recursos para o setor saúde nos próximos 20 anos por retirar a  
1527 possibilidade de incorporar proporcionalmente à participação das despesas com saúde no orçamento  
1528 federal, o crescimento de receita que ocorrerá no período 2018-2036, como previa a EC 86/2015;  
1529 considerando que os estudos realizados pelo Grupo Técnico Interinstitucional de Discussão sobre o  
1530 Financiamento do SUS, do qual o CNS é integrante, apontam para uma perda de R \$ 415 bilhões de  
1531 recursos para o SUS projetada para o período de vigência da EC 95/2016, em comparação ao que  
1532 seria o piso calculado pelas regras da EC 86/2015 para o mesmo período; considerando a recente  
1533 posição da Procuradoria Geral da República em propor a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI  
1534 5.595, de 20/09/2016) em relação à EC 86/2015, fundamentada no princípio da vedação de retrocesso,  
1535 diante da comprovada redução do piso para saúde decorrente de sua vigência em 2016 (percentuais  
1536 aplicados em 2014 e 2015 da Receita Corrente Líquida foram maiores que os pisos proposto pela EC  
1537 86 para 2016, 2017, 2018 e 2019); considerando que pesquisa recentemente divulgada apurou que a  
1538 população não aprova a Proposta de Emenda Constitucional nº 55, que foi aprovada pelo Senado  
1539 Federal e promulgada como EC 95; e considerando as atribuições do Presidente do CNS, previstas no  
1540 artigo 13, VI, da Resolução CNS n o 407/2010. *Recomenda ad referendum* do Pleno: Que todas as  
1541 entidades com prerrogativa de ingressar com pedido de ação direta de inconstitucionalidade, nos  
1542 termos do artigo 103 da Constituição Federal, em relação ao artigo 105 da Emenda Constitucional nº

1543 95, especialmente as entidades com representação no Conselho Nacional de Saúde, bem como os  
1544 governadores dos Estados e Distrito Federal, adotem essa providência ainda no presente exercício, de  
1545 modo a evitar a redução dos valores da aplicação mínima com ações e serviços públicos de saúde no  
1546 período 2018-2036, nos termos da nova regra estabelecida por essa Emenda Constitucional recém-  
1547 promulgada.” A segunda, nº 001/2017, recomenda à Presidência da República que retorne à Fonte 100  
1548 a parte dos recursos de CT&I que foram alocados na Fonte 900, conforme publicado na Lei n.º 13.414,  
1549 de 10 de janeiro de 2017. **Deliberação: as recomendações foram aprovadas com um voto**  
1550 **contrário e uma abstenção. Informe “Fórum Social das Resistências”, realizado entre os dias 17**  
1551 **a 21 de janeiro de 2017, em Porto Alegre – RS. Apresentação: conselheiro Ronald Ferreira dos**  
1552 **Santos**, Presidente do CNS. Neste ponto, foi feita uma breve avaliação do evento, com destaque para  
1553 os seguintes aspectos: avaliação positiva do Fórum; Relatório sobre a atividade está em elaboração e  
1554 será disponibilizado tão logo concluído; agradecimento à FENAFAR, CTB e prefeitura de PA pela  
1555 estrutura disponibilizada; no evento, foi registrada posição contrária às mudanças no SUS que  
1556 significam perda de direitos; além das oficinas do Fórum, foram realizadas outras pelo CNS com  
1557 destaque para a oficina de saúde da mulher. Conselheiro **Moysés Toniolo** apresentou os seguintes  
1558 informes: duas notas de manifestação sobre indicadores da tuberculose; Nota do Fórum de ONGs Aids  
1559 do Estado de São Paulo - FOAESP sobre as declarações do Ministro da Saúde, em dezembro de 2016,  
1560 a respeito da epidemia de AIDS; e Nota sobre a negativa do Instituto Nacional de Propriedade Industrial  
1561 - INPI em registrar o medicamento ARV TRUVADA, abrindo possibilidade de aquisições mais  
1562 acessíveis. Conselheira **Ana Sandra Fernandes Arcoverde** fez um informe sobre a posse do XVII  
1563 Plenário do Conselho Federal de Psicologia, para a gestão 2016-2019. Conselheiro **José Felipe dos**  
1564 **Santos** informou sobre o Dia da Visibilidade Trans, celebrado em 29 de janeiro e disponibilizou nota  
1565 para ser divulgada. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** reiterou o pedido às entidades integrantes  
1566 do CNS que façam chamada nos seus sites sobre a realização das reuniões do Conselho.  
1567 **Encaminhamento: enviar comunicação às entidades e movimentos que compõem o CNS**  
1568 **solicitando que divulguem nos seus respectivos sites a realização e transmissão da reunião do**  
1569 **CNS em tempo real.** Conselheira **Ivone Martini de Oliveira** informou o Plenário sobre o Dia Mundial  
1570 em Memória das Vítimas de Acidentes de Trabalho - 28 de abril e sugeriu o tema como ponto de pauta  
1571 na próxima reunião. Conselheira **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira** apresentou a solicitação do  
1572 FENTAS para inclusão de ponto de pauta na próxima reunião do CNS: movimento encabeçado pela  
1573 Associação Nacional de Peritos Médicos (ANMP) no Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) de  
1574 inadmissibilidade da atuação de equipe multiprofissional, de forma interdisciplinar, em  
1575 avaliações/perícias e prescrições de Órteses, Próteses Ortopédicas não-implantáveis, Meios Auxiliares  
1576 de Locomoção e de Acessórios (OPM) no âmbito do INSS. **Encaminhamento: enviar à Mesa Diretora**  
1577 **do CNS. Informe sobre o VIII Fórum Social Pan Amazônico (FSPA).** Local: Tarapoto, no Peru. Data:  
1578 abril de 2017. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, fez um registro ao Dia do  
1579 Farmacêutico - 20 de Janeiro. Conselheira **Juliana Acosta Santorum** interveio para solicitar que o  
1580 Plenário faça uma autocrítica sobre a dinâmica das reuniões, avaliando os pontos que podem  
1581 prejudicar o bom andamento dos trabalhos, a exemplo da interrupção de debate com a chegada do  
1582 Ministro de Estado da Saúde e de não garantir questão de gênero nas mesas. Conselheiro **Geordec**  
1583 **Menezes de Souza** também lembrou o volume de informes extemporâneos durante a reunião, o que  
1584 prejudica a pauta programada. A propósito, lembrou o § 1º, Art. 20, do Regimento Interno do CNS (“§ 1º  
1585 - Os informes não comportam discussão e votação, mas somente esclarecimentos, devendo o  
1586 Conselheiro que desejar apresentar informe inscrever-se na Secretaria-Executiva até trinta minutos  
1587 antes do horário previsto para o início da Reunião”) e destacou que a Mesa Diretora do CNS fará  
1588 esforço para cumprir esse dispositivo. **COMISSÕES INTERSETORIAIS – PENDÊNCIAS –** Conselheiro  
1589 **Geordec Menezes de Souza** submeteu à apreciação do Plenário a situação de comissões com  
1590 pendências: **1) Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o Controle Social do SUS –**  
1591 **CIEPCSS –** situação: dois conselheiros suplentes na coordenação, contrariando o Regimento Interno  
1592 do CNS; **2) Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência – CIASPD -**  
1593 situação: dois conselheiros suplentes na coordenação, contrariando o Regimento Interno do CNS (o  
1594 conselheiro titular indicado passou a ser suplente); **3) Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde**  
1595 **das Pessoas com Patologias – CIASPP –** a FENAD indicou representante no prazo para compor a  
1596 Comissão, mas a assessoria não registrou a indicação. Assim, o Fórum indicou outro representante  
1597 para ocupar a vaga da Federação; **4) Comissão Intersetorial de Saúde Indígena – CISI.** Situação:  
1598 foram apresentados quinze pleitos (dez de pessoas físicas, um dos profissionais de saúde e duas de  
1599 usuários sem abrangência nacional) para as vagas na suplência da Comissão. **5) Comissão**  
1600 **Intersetorial de Saúde Bucal – CIBS –** aguarda a indicação de representação dos usuários (Fórum de  
1601 Usuários fará a indicação); e **6) Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar – CISS.** Situação: três  
1602 entidades apresentaram pleito no prazo. No caso da CIEPCSS, disse que a proposta da Mesa Diretora  
1603 do CNS é, excepcionalmente para este mandato, permitir que a coordenação seja exercida por dois  
1604 conselheiros suplentes. Na sequência, abriu a palavra à conselheira **Juliana Acosta Santorum** que

1605 apresentou as propostas do Fórum de Usuários para resolver as pendências: CIEPCSS e CIASPD –  
1606 definir que a coordenação (coordenador e coordenador adjunto) das Comissões excepcionalmente  
1607 neste mandato seja exercida por dois conselheiros suplentes; **2) CIASPP** – acrescentsar à composição  
1608 da Comissão mais uma vaga na titularidade para contemplar a FENAD. No próximo mandato, a  
1609 composição da Comissão retorna ao número original; **3) CISI** – aprovar as seguintes indicações para  
1610 ocupar as cinco vagas na suplência da Comissão: MORHAN, ARTGAY e ONCB. A Articulação dos  
1611 Povos Indígenas do Brasil – APIB indicará mais duas entidades para ocupar as demais vagas até a  
1612 semana seguinte. **4) Comissão Intersetorial de Saúde Bucal** – referendar a seguinte indicação para a  
1613 comissão: ONCB. **5) Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar** – CISS – o Fórum dos Usuários  
1614 fará votação virtual dos três pleitos apresentados para ocupar uma vaga na suplência da Comissão e  
1615 repassará o resultado à SE/CNS. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** colocou em apreciação as  
1616 propostas de encaminhamento apresentadas. Conselheira **Oriana Bezerra Lima** discordou da proposta  
1617 de criar exceção na coordenação das comissões, uma vez que contraria o Regimento Interno do CNS.  
1618 Conselheira **Liu Leal** salientou que o CNS deve atualizar o Regimento Interno do Conselho nessa  
1619 gestão. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** sugeriu aprovar a excepcionalidade na coordenação  
1620 e redefinir em 2018. Conselheira **Carolina Abad** colocou o entendimento que a vaga na coordenação  
1621 deve ser da entidade. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** explicou que na composição da  
1622 comissão a vaga é da entidade, mas, na coordenação, não. Conselheira **Maria das Graças Gervásio**  
1623 concordou com a proposta de excepcionalizar, mas não para os três anos do mandato. Conselheiro  
1624 **Geordeci Menezes de Souza** informou que a assessoria técnica do CNS está elaborando proposta  
1625 inicial de atualização do Regimento Interno do CNS para ser debatida e trazida ao Plenário. Feita essa  
1626 consideração, procedeu à votação das propostas. Primeiro, colocou em votação as propostas relativas  
1627 à coordenação da CIEPCSS e da CIASPD e a composição da CIASPP. **Deliberação: o Plenário**  
1628 **aprovou, em bloco, com cinco votos contrários e uma abstenção, as seguintes propostas: 1) a**  
1629 **coordenação (coordenador e coordenador adjunto) das Comissões Intersetoriais de Educação**  
1630 **Permanente para o Controle Social do SUS – CIEPCSS e de Atenção à Saúde das Pessoas com**  
1631 **Deficiência – CIASPD, excepcionalmente neste mandato, será exercida por dois conselheiros**  
1632 **suplentes; e 2) a composição da Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde das Pessoas com**  
1633 **Patologias - CIASPP será acrescida de mais uma vaga na titularidade para contemplar a FENAD.**  
1634 **No próximo mandato, a composição da Comissão retorna ao número original.** Em seguida,  
1635 colocou em votação as propostas relativas à composição da CISI, da CIBS e da CISS. **Deliberação: o**  
1636 **Plenário aprovou, por consenso, as seguintes propostas: 3) Comissão Intersetorial de Saúde**  
1637 **Indígena – CISI. Indicações para ocupar as cinco vagas na suplência da Comissão: MORHAN,**  
1638 **ARTGAY e ONCB. A Articulação dos Povos Indígenas do Brasil – APIB indicará mais duas**  
1639 **entidades para ocupar as demais vagas até a semana seguinte. 4) Comissão Intersetorial de**  
1640 **Saúde Bucal – indicação para a comissão: ONCB. 5) Comissão Intersetorial de Saúde**  
1641 **Suplementar – CISS – o Fórum dos Usuários indicará nome para ocupar uma vaga na suplência**  
1642 **e repassará à SE/CNS. Além desses aspectos, o Plenário decidiu que as coordenações das**  
1643 **comissões deverão apresentar proposta de calendário de reunião (presenciais e virtuais),**  
1644 **levando em conta as atividades do CNS previstas para 2017. O calendário de atividades do**  
1645 **Conselho para este ano será encaminhado aos conselheiros para servir de subsídio.**  
1646 **INDICAÇÕES - 1) A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS solicita indicação de dois novos**  
1647 **representantes – titular e suplente – do CNS, para composição da Câmara de Saúde suplementar –**  
1648 **CAMSS, no biênio 2017/2018. Encaminhamento: manter os dois nomes e aguardar a votação dos**  
1649 **usuários para definição. Conselheiro Geordeci Menezes de Souza** explicou que a ANS solicitou apoio  
1650 do CNS para identificar as entidades relacionadas a “patologias” e foi feito levantamento para ser  
1651 enviado à Agência com a relação dessas entidades. Para conhecimento, fez informe sobre o ofício do  
1652 CNS que será enviado à ANS, atendendo à solicitação. **2) Palestra sobre “ O direito fundamental ao**  
1653 **trabalho e a defesa de direitos das pessoas que vivem com HIV/AIDS”, para o lançamento da 22ª**  
1654 **Edição do Projeto Verão sem AIDS – Valorizando a Vida em Audiência Pública na Assembleia**  
1655 **Legislativa do Estado de São Paulo. Data: 20 de fevereiro de 2017. Horário: das 9h às 12h. Local: São**  
1656 **Paulo/SP. Indicação: conselheiro Moysés Toniolo. 3) GT de revisão da atenção básica. De acordo**  
1657 **com aprovação do Plenário por unanimidade, será constituído GT do CNS para debater a atenção**  
1658 **básica e apresentar diretrizes para o processo de revisão da atenção básica. Indicativo: contemplar um**  
1659 **representante do comitê de políticas de equidade. Atenção: observar o capítulo IV Regimento Interno**  
1660 **do Conselho Nacional de Saúde. Deliberação: o Pleno homologará a indicação ad referendum do**  
1661 **Fórum dos Usuários.** Neste ponto, conselheira **Vânia Lúcia Leite** interveio para relatar a dificuldade  
1662 da Comissão de Ciclos de Vida em realizar reunião virtual. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**  
1663 sugeriu que na primeira reunião das comissões, que será presencial, seja debatido o que é preciso para  
1664 realizar reunião virtual. Na sequência, foi aberta a palavra para manifestações sobre a exposição do  
1665 conselheiro **Artur Custódio M. de Souza** sobre o “Dia Mundial de Luta Contra a Hanseníase”.  
1666 Conselheira **Juliana Santorum** cumprimentou o MORHAN pela iniciativa de debater a problemática da

1667 hanseníase nesta reunião e pelo comprometimento com a causa. Relatou que, em 2016, a Federação  
1668 de Mato Grosso trouxe à CONTAG relatos de casos de hanseníase em assentamentos da reforma  
1669 agrária e solicitou ajuda para enfrentar o problema. Salientou que Mato Grosso é o Estado de maior  
1670 endemia talvez porque outros estados não estão fazendo diagnóstico. Ressaltou que a hanseníase é  
1671 uma doença negligenciada que atinge principalmente das populações que vivem em maior  
1672 vulnerabilidade. Destacou que a população indígena, assim como a rural, está mais exposta e é preciso  
1673 evidenciar essa problemática e trazê-la de volta. Lembrou que hanseníase tem cura, mas apesar disso  
1674 o país não conseguiu eliminá-la (casos no exterior como no Japão e Portugal são de brasileiros).  
1675 Salientou que essa deve ser uma preocupação da sociedade para erradicação, especialmente dos  
1676 gestores. Conselheira **Maria das Graças Gervásio** explicou que a Pastoral da Criança preparou líderes  
1677 para detecção da hanseníase e destacou uma pessoa de referência para essa área. Avaliou que outras  
1678 entidades e movimentos devem debater o tema da hanseníase e contribuir no processo para detecção  
1679 de casos e estimular o tratamento. Conselheira **Oriana Bezerra Lima** explicou que pesquisas  
1680 internacionais apontam a transmissão de hanseníase pelo tatu e lembrou que na Região Nordeste é  
1681 hábito a caça e o consumo da carne desse animal. Sendo assim, perguntou se o MORHAN possui  
1682 dados a esse respeito. Conselheira **Liu Leal** lembrou que a hanseníase é uma doença secular e  
1683 cumprimentou o MORHAN por trazer essa pauta no CNS. Salientou que é preciso somar esforços à  
1684 luta do Movimento, lembrando que ainda é forte o estigma e o preconceito em relação à doença.  
1685 Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** ressaltou que é preciso fazer acompanhamento mais  
1686 próximo desta questão e sugeriu a definição de meta a ser alcançada. Conselheiro **Moysés Toniolo**  
1687 lembrou que o Plenário decidiu pautar os temas do calendário da saúde no radar, mas isso não foi  
1688 cumprido. Também saudou o MORHAN pela luta e ressaltou a importância do envolvimento de todas  
1689 as entidades e movimentos para erradicar a doença. Conselheira **Maria das Graças Gervásio** interveio  
1690 novamente para explicar que a Pastoral, junto com o MS, desenvolveu campanha nas escolas voltada a  
1691 crianças e jovens, de 5 a 14 anos, para contribuir na identificação de doenças negligenciadas e sugeriu  
1692 convidar o MS para falar sobre o resultado desta iniciativa. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**  
1693 sugeriu convidar o MS para tratar sobre doenças negligenciadas. Conselheira **Juliana Santorum**  
1694 sugeriu que na 1ª CNVS seja promovido debate sobre hanseníase. **Retorno da mesa.** Conselheiro  
1695 **Artur Custódio M. de Souza** destacou a riqueza das falas e reiterou a necessidade de pautar temas  
1696 do calendário da saúde no item radar, com tempo para aprofundamento do debate. Salientou que a  
1697 CONTAG e a CETAG serão importantes parceiras para enfrentar o problema da hanseníase no Mato  
1698 Grosso. Explicou que os casos de hanseníase em Portugal e no Japão são, na maioria, de brasileiros e  
1699 nos EUA houve casos de xenofobia em relação a brasileiros com hanseníase. Ressaltou o importante  
1700 trabalho da Pastoral da Criança nessa área e reconheceu a importância da campanha de detecção nas  
1701 escolas. Todavia, esta campanha não pode substituir campanha nacional de publicidade voltada à  
1702 população geral. Esclareceu que o tatu é o único animal com hanseníase silvestre e, por isso, é  
1703 utilizado em laboratório para testagem. Todavia, não há comprovação sobre a influência do tatu  
1704 silvestre com hanseníase em pessoas, pois a transmissão se dá por via aérea. Destacou, inclusive, que  
1705 a maior incidência de tatus contaminados é na região do Espírito Santo, o que não coincide com a  
1706 maior incidência da hanseníase. Sobre as sequelas, disse que o país possui percentual de 7,5 de  
1707 pessoas que chegam à unidade de saúde com sequelas. Salientou que é forte o preconceito  
1708 institucional e por parte dos profissionais de saúde. Destacou ainda que é preciso refazer  
1709 compromissos e estabelecer novas metas. Salientou que o Brasil está próximo da meta de eliminação,  
1710 mas há três Estados com hiper-endemia e dez Estados com alta endemia. Com essa fala, a mesa  
1711 agradeceu novamente o coordenador do MORHAN pela abordagem e suspendeu para o almoço.  
1712 Retomando, a mesa foi composta para o item 9 da pauta. **ITEM 9 – 1ª CONFERÊNCIA LIVRE DE**  
1713 **COMUNICAÇÃO EM SAÚDE - Coordenação:** conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do  
1714 CNS; e conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, da Mesa Diretora do CNS. **Apresentação:**  
1715 **Leandro Fortes.** Iniciando, o expositor explicou que a proposta é realizar a 1ª Conferência Livre de  
1716 Comunicação em Saúde – SUS, cidadania e direito à informação em Brasília- DF, de 18 a 20 de abril  
1717 de 2017, com o tema central “Direito à comunicação, garantia de direito à saúde”. Apresentou os  
1718 pressupostos da Conferência: estratégia de comunicação comum a todos os envolvidos; unificar  
1719 conceito de acesso à informação ao direito de acesso à saúde; estabelecer parâmetros de  
1720 comunicação a serem utilizados por comunicadores e militantes em saúde, nas diversas plataformas de  
1721 produção, edição e disseminação de informações; lançar as bases de um sistema comum de  
1722 comunicação em rede, por todo o país, para compartilhamento de informações e experiências em  
1723 saúde pública; e consolidar uma narrativa contra hegemônica de conteúdos positivos sobre o SUS, a  
1724 partir de estratégias de disseminação de conteúdo via redes próprias. Explicou que o público alvo da  
1725 conferência é o seguinte: usuários; trabalhadores; gestores; jornalistas; comunicadores; estudantes de  
1726 comunicação e saúde; pesquisadores; coletivos de comunicação; conselheiros do conselho nacional de  
1727 saúde; assessores de comunicação e dirigentes de entidades representativas do setor de saúde  
1728 pública; assessores de comunicação e presidentes dos conselhos estaduais e municipais (capitais) de

1729 saúde; e movimentos sociais (600 pessoas). Detalhou os temas para debate: 1) Formação =>  
1730 Democratizar o acesso aos modelos e conceitos de comunicação em saúde, de modo a empoderar  
1731 usuários, cidadãos comuns e militantes de movimentos sociais diversos, além de jornalistas e  
1732 comunicadores; 2) Articulação => Criar modelo de articulação em rede para troca de informações e  
1733 experiências entre comunicadores, coletivos de comunicação, entidades e sindicatos, dentro de rotinas  
1734 solidárias e interativas; e 3) Sustentabilidade => Montar estratégias de financiamento para garantir  
1735 independência e impessoalidade na produção de informações em saúde como condição primordial de  
1736 cidadania. Detalhou o formato da conferência: Disponibilização de plataforma de comunicação digital  
1737 para garantir a participação de todos e todas nos debates dos temas centrais da Conferência; Mesas de  
1738 debates por temas diferenciados; Oficinas interativas para compartilhamento de experiências de  
1739 comunicação em saúde; e Transmissão on-line e permanente de todas as atividades da Conferência.  
1740 Explicou que a Conferência será organizada por Comissão de mobilização (4 conselheiros nacionais de  
1741 saúde e participantes da Oficina Preparatória) e Comissão Executiva (Mesa diretora e Secretaria  
1742 Executiva). Acrescentou que a ideia é realizar a Conferência na data prevista e realizar fórum pré-  
1743 conferência com presidentes dos CES, CM das capitais e coordenadores de plenárias. Finalizando,  
1744 disse que foi elaborada resolução onde o CNS aprova a realização da 1ª Conferência Nacional Livre de  
1745 Comunicação em Saúde (1ª CNLCS) e define objetivos e tema. Conselheiro **Moyses Toniolo de**  
1746 **Souza** salientou a importância de realizar a conferência, principalmente para consolidar narrativa contra  
1747 hegemônica de conteúdos positivos sobre o SUS. Conselheira **Maria das Graças Gervásio** perguntou  
1748 se a Conferência contempla outras formas de comunicação como o site do CNS. Conselheiro **Antônio**  
1749 **Muniz da Silva** solicitou que na preparação e durante o evento se considere as questões relativas à  
1750 acessibilidade (Libras, Braille, informação em meio sonoro e ampliado) e colocou a ONCB à disposição  
1751 para colaborar com a preparação do evento. Conselheiro **Artur Custódio M. Souza** saudou a iniciativa  
1752 e manifestou apoio. Conselheira **Oriana Bezerra Lima** saudou a iniciativa, mas manifestou  
1753 preocupação com o orçamento disponível, lembrando que serão realizadas duas conferências  
1754 temáticas em 2017. Conselheiro **Wanderley Gomes da Silva** perguntou se serão convidadas para  
1755 debate mídias conhecidas como intervozes, mídia ninja, em contraponto à mídia contra hegemônica.  
1756 Conselheiro **José Felipe dos Santos** salientou que é preciso envolver a academia na construção da  
1757 conferência. Conselheira **Liu Leal** avaliou que a Conferência é fundamental, mas perguntou se é  
1758 possível viabilizá-la neste momento. Salientou que é preciso pensar nas questões da democratização  
1759 da comunicação nos espaços de construção das conferências temáticas. Também destacou que é  
1760 preciso dialogar com espaços como Congresso Nacional, inclusive a respeito da privatização das  
1761 telecomunicações. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, informou que há  
1762 condições orçamentárias e financeiras para realizar conferência, conforme proposto. Lembrou,  
1763 inclusive, que este é um tema transversal que esteve presente na 15ª Conferência e estará nas duas  
1764 conferências temáticas. Conselheiro **Antônio Muniz da Silva** solicitou que seja explicitada a questão  
1765 da acessibilidade e lembrou que rádios comunitárias fazem parte de processo de comunicação popular.  
1766 Também fez referência à comunicação em rede, dada a importância dessa tecnologia. Feitas essas  
1767 considerações, conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, fez a leitura da minuta  
1768 de resolução. O texto é o seguinte: “Resolução nº XX, de XX de janeiro de 2017. O Plenário do  
1769 Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Octogésima Nona Reunião Ordinária, realizada nos  
1770 dias 26 e 27 de janeiro de 2017, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas  
1771 pela Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e pelo  
1772 Decreto nº. 5.839, de 11 de julho de 2006, cumprindo as disposições da Constituição da República  
1773 Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata. Considerando o artigo 74 da Resolução  
1774 407 de 12 de setembro de 2008, que trata da possibilidade do CNS organizar mesas-redondas, oficinas  
1775 de trabalho e outros eventos que congreguem áreas do conhecimento e tecnologia, visando subsidiar o  
1776 exercício das suas competências, tendo como relator um ou mais Conselheiros por ele designado.  
1777 Considerando o inciso III do art. 5º da resolução 500 de 12 de fevereiro de 2015, que definiu as  
1778 conferências livres, compreendidas como debates, encontros e plenárias, enquanto estratégias de  
1779 mobilização do controle social. Considerando que o Planejamento 2016-2019 do CNS definiu como um  
1780 dos seus objetivos “instituir uma Política de Comunicação Social do CNS em defesa do SUS e do  
1781 Direito à Saúde” e indicou a convocação da primeira conferência nacional livre de comunicação em  
1782 saúde, resolve: Aprovar a Realização da 1ª Conferência Nacional Livre de Comunicação em Saúde (1ª  
1783 CNLCS) nos dias 18, 19 e 20 de abril de 2017. CAPÍTULO I - DOS OBJETIVOS. Art. 1º A 1ª Conferência  
1784 Nacional Livre de Comunicação em Saúde (1ª CNLCS) tem por objetivos: I – Subsidiar as ações do  
1785 Controle Social em comunicação em saúde; II – Unificar conceito de acesso à informação ao direito de  
1786 acesso à saúde; III - Estabelecer parâmetros de comunicação a serem utilizados por comunicadores e  
1787 militantes em saúde, nas diversas plataformas de produção, edição e disseminação de informações; IV  
1788 - Lançar as bases de um sistema comum de comunicação em rede, por todo o País, para  
1789 compartilhamento de informações e experiências em saúde pública; V - Consolidar uma narrativa  
1790 contra hegemônica com conteúdos positivos sobre o SUS, a partir de estratégias de disseminação de

1791 conteúdo via redes próprias. CAPÍTULO II - DO TEMA. Art. 2º A 1ª Conferência Nacional Livre de  
1792 Comunicação em Saúde (1ª CNLCS) tem como tema: “Direito à comunicação, garantia de direito à  
1793 saúde”. Conselheira **Liu Leal** sugeriu incluir dois temas: direito universal à saúde; e democratização da  
1794 comunicação. **Deliberação: o Plenário aprovou, com duas abstenções, resolução que aprova a**  
1795 **realização da 1ª Conferência Nacional Livre de Comunicação em Saúde (1ª CNLCS) nos dias 18,**  
1796 **19 e 20 de abril de 2017. Além da data, a resolução define os objetivos da 1ª CNLCS e o tema. O**  
1797 **Plenário também aprovou a composição da Comissão de Mobilização: Priscilla Viegas de**  
1798 **Oliveira; Antônio Muniz; Paula Jhons; e um representante do segmento do gestor/prestador de**  
1799 **serviço (a indicar).** Eventuais sugestões relativas à conferência poderão ser enviadas à Comissão. A  
1800 princípio, participarão da Conferência os conselheiros titulares. Todavia, será verificada a possibilidade  
1801 de ampliar para os conselheiros suplentes. **ITEM 10 – 1ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA**  
1802 **EM SAÚDE – 1ª CNSVS - Composição da mesa: Sônia Brito**, Secretária de Vigilância em Saúde -  
1803 Substituta – SVS/MS; conselheiro **Artur Custódio M. de Souza**, coordenador adjunto da CIVS/MS;  
1804 **Trajano Augustus Tavares**, Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA; conselheiro **Moysés**  
1805 **Toniolo**, coordenador da CIASP/CNS; e conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, coordenador da  
1806 CISTT/CNS. *Coordenação:* conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS. Iniciando, o  
1807 Presidente do CNS lembrou que o Plenário deliberou por pautar debates sobre os eixos da Conferência  
1808 nas reuniões do Conselho e, para este ponto, foram convidados coordenadores das comissões que  
1809 dialogam com o temário da Conferência, além de representantes da ANVISA e da SVS. Antes de iniciar  
1810 o debate, conselheira **Oriana Bezerra Lima** interveio para informar que não foi comunicada deste  
1811 debate, enquanto coordenadora da CIVS/CNS. O Presidente do CNS explicou que a ideia da Mesa  
1812 Diretora foi convidar conselheiros que assumiram a coordenação de comissões com temas afins à  
1813 Conferência para iniciar os debates sobre o temário. No caso da CIVS/CNS, disse que o coordenador  
1814 não pode vir e consultou o conselheiro Artur Custódio para saber se poderia fazer explanação. Todavia,  
1815 salientou que tomaria cuidado para informar a coordenação das comissões convidadas para explanar.  
1816 A Secretária Substituta da SVS/MS, **Sônia Brito**, começou a sua fala reforçando o compromisso do  
1817 Ministério da Saúde com a realização da Conferência. Resgatou que foi constituído grupo de trabalho,  
1818 composto por ANVISA, SVS, CONASS e CONASEMS para elaborar uma política de vigilância em  
1819 saúde, mas não foi possível alcançar o objetivo definido. Por outro lado, o grupo levantou dificuldades  
1820 para elaboração desta política. Pontuou como primeiros desafios a serem debatidos a integração das  
1821 vigilâncias e a integralidade da atenção, considerando, inclusive, que a vigilância se dá em todos os  
1822 níveis de atenção e não apenas na básica. Também destacou que é preciso estabelecer o que é de  
1823 competência e responsabilidade de cada esfera de governo no que diz respeito, especialmente, à  
1824 vigilância sanitária. No mais, salientou que é necessário fazer ajustes nos subeixos e citou, por  
1825 exemplo, que vigilância não é “prevenção da saúde”, mas sim “proteção e promoção da saúde”.  
1826 Também destacou a importância do debate sobre a promoção da saúde que se dá nas diversas  
1827 dimensões e não apenas na vigilância. Acrescentou que é preciso tratar sobre ferramentas essenciais  
1828 para fazer vigilância como análise de situações de saúde a fim de oferecer subsídios e contribuições à  
1829 gestão para definição de prioridades de acordo com cada realidade local/regional. Apontou ainda que é  
1830 preciso aproximar o controle social do tema da vigilância e, para tanto, faz-se necessário definir que  
1831 vigilância está se falando e onde se quer chegar. Ressaltou ainda como grandes desafios a  
1832 incorporação de novas tecnologias na vigilância e a importância do planejamento para definição de  
1833 prioridades políticas para cada esfera de gestão. Por fim, informou que o Ministério está buscando  
1834 meios para assegurar a realização da EXPOEP e é essencial incluir o debate deste tema na atividade.  
1835 Concluiu desculpando-se por não poder permanecer para o debate, por conta de um problema de  
1836 saúde. Conselheiro **Moysés Toniolo**, coordenador da CIASP/CNS, explicou que a Comissão ainda  
1837 não conseguiu discutir eixos para debate na Conferência, assim, apresentou pontos que iria dialogar  
1838 com a Comissão. Começou esclarecendo que a Comissão definiu seu plano de trabalho no sentido de  
1839 incidir de forma mais expressiva buscando a melhoria da qualidade de vida das pessoas com  
1840 patologias. Salientou que é preciso estabelecer papel da vigilância para os processos de fiscalização e  
1841 orientação dos Planos de Saúde Estaduais e da União, com foco na prevenção do adoecimento e dos  
1842 agravos causadores de patologias. Também disse ser essencial fortalecer a noção de responsabilidade  
1843 sanitária e estabelecer ações de saúde condizentes com as demandas da população, especificamente  
1844 das pessoas com patologias e deficiências. Frisou ainda a necessidade de organizar a informação com  
1845 vistas à edição de boletins para conhecimento de panoramas específicos sobre a assistência. Com  
1846 isso, será possível orientar o enfrentamento dos desafios e reconhecer os avanços. Ademias, propôs:  
1847 construir linhas de cuidado mais acessíveis, que façam a inclusão social por meio da integralidade;  
1848 colocar as organizações sociais representantes das pessoas com patologias na centralidade do  
1849 processo de discussão, elaboração e monitoramento e avaliação das políticas construídas; e garantir  
1850 que a vigilância seja instrumento primordial para o planejamento em saúde e sirva para conexão da  
1851 saúde com outras políticas intersectoriais. Por fim, disse que a intenção é realizar na primeira reunião da  
1852 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); Geordeci 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 – ABRALÉ;**  
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.