



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

Aos dezesseis e dezessete dias do mês de fevereiro de dois mil e dezessete, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde “Omitlon Visconde”, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar, Brasília-DF, realizou-se a Ducentésima Nonagésima 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, e conselheiro **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. Em seguida, apresentou os objetivos da reunião: **1)** Apresentar, discutir e debater sobre Planos de Saúde Acessíveis. **2)** Promover interação com conselhos de saúde, entidades e movimentos sociais para, em conjunto, discutir ações estratégicas de prevenção, combate e controle das doenças causadas por arbovírus. **3)** Apreciar e deliberar sobre os pareceres da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho - CIRHRT/CNS. **4)** Apreciar e deliberar sobre as demandas da Comissão Intersetorial de Orçamento e financiamento - COFIN/CNS, tais como: diretrizes que norteiam a elaboração da Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO 2018 e Programação Anual de Saúde - PAS 2017. **5)** Analisar e debater a minuta de Portaria aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite – CIT que trata das transferências da União. **6)** Acompanhar, refletir e rever possíveis encaminhamentos referentes às temáticas da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde e da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres. Em seguida, procedeu à apresentação da proposta de pauta da 290ª Reunião Ordinária. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DA PAUTA DA 290ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS – O Presidente do CNS apresentou a proposta de pauta da 290ª RO que foi aprovada por unanimidade.** Além disso, justificou que não houve tempo hábil para elaboração da ata da 289ª Reunião Ordinária, em virtude do espaço entre a reunião ordinária do mês de janeiro, que ocorreu em 26 e 27 e aquela reunião. Além disso, alertou que o intervalo entre aquela reunião e a de março (marcada para os dias 8 e 9) seria inferior a um mês. **ITEM 2 – EXPEDIENTE - Composição da mesa:** conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**; e **Neide Rodrigues**, Secretária Executiva do CNS. **Relatório da Mesa Diretora** - O Presidente do CNS apresentou o relatório da última reunião da Mesa Diretora do CNS que tratou dos seguintes temas: Planejamento do Conselho Nacional de Saúde - Reunião Extraordinária do CNS; Participação da Mesa Diretora na Reunião do Conselho Nacional dos Representantes Estaduais do CONASEMS – CONARES;– Comissões; Despachos Secretaria Executiva; e Pautas da 290ª RO e 60ª Reunião Extraordinária do CNS. Do debate, destacou os seguintes aspectos: Informe sobre o Fórum dos Conselhos das Atividades de Saúde, em São Paulo. Na ocasião, emitiu-se documento contrário ao ensino a distância na área da saúde, que foi assinado por várias entidades. **Encaminhamento:** **1)** A assessoria técnica da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho – CIRHT- deverá acompanhar, da forma que for possível, os debates desse Fórum. **Para conhecimento. Não houve deliberação.** **JUSTIFICATIVA DE AUSÊNCIAS –** Foram enviadas previamente as seguintes justificativas: **conselheiro Antonio Pitol**; **conselheiro Artur Custódio M. de Souza**; **conselheiro José Vanilson Torres da Silva**; e **conselheira Nelcy Ferreira da Silva**. **APRESENTAÇÃO DE CONVIDADOS (AS) E NOVOS (AS) CONSELHEIROS (AS) –** Apresentaram-se ao Plenário as seguintes conselheiras: **Maria Conceição da Silva**; **Ana Sandra Fernandes Arcoverde Nóbrega**; e **Marina Monteiro de Castro e Castro**. **INFORMES - 1)** conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, fez dois informes: **a)** registro de patentes - medicamento para hepatite C. **Encaminhamento:** enviar para Comissão de Assistência Farmacêutica e Ciência e Tecnologia. **b)** Participação na posse da nova presidência da Fiocruz; e **c)** lançamento da Campanha “A vida não é virtual!” que é contra a Graduação dos cursos da área da saúde na modalidade de Educação a Distância, por entender que esse tipo de curso traz risco à segurança da população brasileira. **2)** Conselheira **Marisa Fúria Silva** falou sobre o problema da falta de medicamentos no país e informou que, em São Paulo, o prefeito conseguiu doação que abastecerá a rede por três meses. Nesse contexto, manifestou preocupação com a proposta do prefeito de São Paulo de fechar as farmácias dos postos de saúde e passar a distribuir medicamentos do SUS por meio

55 da rede comercial. Como encaminhamento, sugeriu solicitar reunião com o prefeito de São Paulo para
56 saber detalhes dessa proposta e pautar o tema no Conselho para saber o que será feito para evitar a
57 falta de remédio. **Encaminhamento: pautar o tema na Comissão Intersetorial de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica – CICTAF e, posteriormente, no Plenário do CNS; e levantar subsídios para debate deste tema.** 3) conselheira **Carolina Abad** fez informe da FEMAMA sobre “Dia Mundial do Câncer” – 4 de fevereiro. Explicou que a Federação realizou campanha em oito Estados e foram apresentados requerimentos às Câmaras Legislativas e Estaduais solicitando audiência para debater a necessidade de tratamento para câncer metastático. Além disso, a FEMAMA está articulando junto com estados e municípios a notificação compulsória dos casos de câncer, inclusive para fazer valer a Lei dos 60 dias e a Lei dos 30 dias (que se espera aprovar) e a inovação tecnológica para o tratamento do câncer metastático. 4) Conselheiro **Moysés Toniolo** fez informe sobre Nota da ANAIDS referente às novas modalidades de repasse do Financiamento da Saúde no Brasil colocadas como portarias, em janeiro de 2017, pelo Ministério da Saúde após aprovação da CIT. Além disso, registrou que a Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde das Pessoas com Patologias também quer contribuir com o pedido de registro de novo medicamento para hepatite. Conselheiro **José Eri de Medeiros** esclareceu que ainda não existe portaria, apenas uma proposta. 5) Conselheira **Priscilla Viégas** reiterou o informe feito na última reunião sobre as mudanças de despacho decisório do INSS que altera a perspectiva de trabalho multiprofissional e interdisciplinar na perícia do INSS e prescrição de órteses, próteses e dispositivos auxiliares. A esse respeito, disse que a proposta era elaborada recomendação para ser apreciada e aprovada naquela reunião. Também informou foi criado o Comitê do Cadastro Nacional de Inclusão de Pessoa com Deficiência e de Avaliação Unificada de Deficiência, Decreto 8.954/2017, de 11 de janeiro de 2017 e somente o CONADE foi contemplado como órgão de controle social. Avaliou que o CNS também deveria ser contemplado nesse espaço e explicou que a proposta é aprovar recomendação do CNS nesse sentido. **Encaminhamento: as minutas de recomendação sobre os temas citados pela conselheira seriam apreciadas no item das comissões.** 6) Conselheira **Denise Torreão C. da Silva** reiterou o informe do Fórum das Entidades Nacionais de Trabalhadores na Área de Saúde – FENTAS. Ofício FENTAS nº 003/2017, de 26 de janeiro de 2017, que manifesta preocupação com o movimento encabeçado pela Associação Nacional de Peritos Médicos (ANMP) junto ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) de inadmissibilidade da atuação de equipe multiprofissional, de forma interdisciplinar, em avaliações/perícias e prescrições de Órteses, Próteses Ortopédicas não-implantáveis, Meios Auxiliares de Locomoção e de Acessórios (OPM) no âmbito do INSS, que culminou com alterações em documentos oficiais do INSS que garantiam a inserção da equipe multiprofissional. 7) Conselheira **Clarice Baldotto** informou que a Associação de Fisioterapeutas do Brasil – AFB, em parceria com CMS de Fortaleza e Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – CREFITO – 6ª Região, realizará curso de capacitação e atenção às pessoas com hanseníase na segunda semana de maio de 2017. 8) Conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite** informou sua participação, representando o CNS, na reunião conjunta do Conselho Nacional de Assistência Social com os Conselhos Nacionais e setoriais de Garantia e Defesa de Direitos para debate do PL 287 e encaminhamentos sobre o Benefício de Prestação Continuada – BPC. Detalhou que na reunião foram definidos os seguintes encaminhamentos: elaborar minuta de recomendação aos parlamentares sobre o PL 287 (conselheira **Vânia Lúcia Leite** elaborou o texto e propôs enviar para debate nas Comissões Intersetorial de Atenção a Saúde nos Ciclos de vida (CIASCV) e Intersetorial de Atenção a Saúde das Pessoas com Deficiência (CIASPD)); e pautar debate deste tema na próxima reunião do CNS (MDSA colocou-se à disposição para explanar a respeito). **Encaminhamento: aprofundar o debate sobre as consequências da reforma da previdência nos benefícios previdenciários relacionados com as ações de saúde (PL 287) nas Comissões de Ciclos de vida (CIASCV), Intersetorial de Atenção a Saúde das Pessoas com Deficiência (CIASPD) e nas Comissões Intersetoriais de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT) e de Saúde do trabalhador e Trabalhadora (CISTT); pautar o tema posteriormente no Plenário do CNS com tempo necessário para aprofundar o debate; e enviar a minuta de recomendação para a coordenação da CIASCV, da CIASPD, da CIRHRT e da CISTT.** INDICAÇÕES - 1) VIII Fórum Social Pan-Amazônico. Data: 28 de abril a 1º de maio de 2017. Horário: 8h às 18h. Local: Tarapoto – Peru. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** lembrou que este ponto foi tratado na última reunião e foi sugerido que a Mesa Diretora do CNS apresentasse proposta de participação do Conselho na atividade. Explicou que o Conselho Nacional de Saúde realizará uma atividade no Fórum e o tema sugerido pela Mesa Diretora é o seguinte: “A Democracia e o impacto na saúde indígena”. Também detalhou a proposta da Mesa Diretora do CNS para participação no Fórum: oito vagas para o Conselho Nacional de Saúde, sendo duas vagas para a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena – CISI; duas vagas para a Mesa Diretora e quatro vagas para o Pleno (duas vagas para o segmento de usuários, uma vaga para o segmento de gestores e uma vaga para o segmento de trabalhadores). Lembrou que a Mesa Diretora do CNS sugeriu que fossem indicados conselheiros da Região Amazônica, por conhecerem melhor a realidade da Região

117 Amazônica. *Indicações:* trabalhadores - conselheira **Agleilda Arichele Leal de Queirós** ("Liu Leal");
118 e usuários - conselheiro **Wanderley Gomes da Silva**; e aguarda a indicação do segundo indicado. Os
119 representantes da CISI/CNS e da Mesa Diretora do CNS serão informados à SE/CNS. **2) Constituição**
120 **de Grupo de Trabalho para atualização da Carta dos Direitos dos Usuários.** Prazo: 30 dias. A
121 intenção é utilizar a Carta como veículo de mobilização para as conferências temáticas previstas para
122 2017. *Indicações:* conselheira **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira**; e um conselheiro representante do
123 CONASEMS (a indicar). **RELATÓRIO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS 2016** - Conselheiro **Ronald**
124 **Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, apresentou o Relatório de Prestação de Contas do CNS
125 referente ao exercício orçamentário de 2016. Primeiro, apresentou demonstrativo de entrada e saída -
126 Tesouro – 2016: Receitas: Saldo remanescente 2015: R\$ 3.374.100,00 e Saldo LOA 2016: R\$
127 10.960.000,00; total: R\$ 14.334.100,00. No que se refere a despesas, detalhou: Transferência FNS
128 para OPAS: R\$ 8.248.200,00; Seguro Internacional: R\$ 551,00; Taxa Free: R\$ 85,00; Publicações: R\$
129 77.532,00; UFG (Conselho Presente): R\$ 1.600.000,00; Passagens: R\$ 1.376.800,00; Diárias: R\$
130 1.026.226,00; Total: R\$ 12.329.394,00; e Saldo final: R\$ 2.004.706,00. Segundo, apresentou
131 descriptivo de despesas realizadas - TESOURO – 2016: 11 reuniões da Mesa Diretora do CNS; 12
132 Reuniões Ordinárias; 11 reuniões da COFIN; 2 Oficinas Regionais COFIN/CNS 2016: "Financiamento
133 do SUS"; 11 Reuniões da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relação de Trabalho –
134 CIRHRT; 01 Reunião Ampliada da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relação de
135 Trabalho – CIRHRT; 01 Reunião Extraordinária da Mesa Diretora; 07 Comissão Intergestores Tripartite;
136 08 Reuniões da CONEP; 03 Reuniões da CISM; 02 Reuniões da CISMU; 01 Reunião da CISTT; 7º
137 Encontro Nacional das CISTTs; 02 Reuniões da CISI; 01 Reunião da CISS; 01 Reunião da CIPPSPICS;
138 01 Reunião da CICTAF; 01 Reunião da CIEPCSS; 01 Reunião da CISB; 01 Reunião da CIASCV; 01
139 Reunião da CIAN; 01 Reunião da CIPPE; 01 Reunião da CIVS; 01 Reunião da CIASPP; 01 Reunião
140 CIPPE; 01 Reunião da CIASPD; 01 Reunião da CIVS; 01 Comissão de relatoria da 2ª CNSMu; 01
141 Fórum Social Mundial; 01 Reunião de Coordenadores dos Eixos Temáticos da Relatoria da 15ª CNS;
142 12º Congresso Internacional da Rede Unida ; 22ª Conferência Mundial Promoção da Saúde (+ uma
143 OPAS); 01 Reunião de Relatoria da 15ª CNS; 01 Coordenação de Plenária Nacional de Conselhos de
144 Saúde; 01 Reunião com os (as) Presidentes de Entidades e Movimentos Sociais; e 7º Simpósio
145 Brasileiro de Vigilância Sanitária – 7º SIMBRAVISA. Apresentou demonstrativo de entrada e saída
146 OPAS – 2016 – receita: Transferência FNS - OPAS 2016: total de R\$ 8.248.200,00. Despesas:
147 Despesa remanescente 15ª Conferência: R\$ 992.570,00; Contratos Pessoa Física: R\$ 1.221.273,62;
148 Contratos Pessoa Jurídica: R\$ 1.297.650,00; Carta acordo CEAP: R\$ 2.591.942,00; Passagens: R\$
149 726.000,00; Diárias: R\$ 264.695,00; Taxa Adm. (5%): R\$ 354.706,53; Total: R\$ 7.448.837,15; e Saldo
150 final: R\$ 799.362,85. Detalhou as atividades realizadas OPAS – 2016: contratação Pessoa Jurídica;
151 Alimentação; Infraestrutura; e publicações: 277^a, 278^a, 279^a, 280^a, 281^a, 282^a, 283^a, 284^a, 285^a, 287^a,
152 288^a Reuniões Ordinárias do CNS; oficina da COFIN (durante 12ª REDE UNIDA); reunião para
153 elaboração do Planejamento triênio 2015-2018; reunião ampliada da Comissão de Recursos Humanos
154 CIRHT; reunião para elaboração do Planejamento para o triênio 2015-2018; reunião da Coordenação
155 da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde; 15ª Jornada de Agroecologia; 20ª Plenária Nacional de
156 Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares; Oficina "O financiamento no SUS";
157 Oficina "Planejamento Estratégico da SE do CNS; II Oficina de "Planejamento Estratégico da SE do
158 CNS"; Seminário Nacional de Saúde da Mulher; 7º Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária –
159 SIMBRAVISA; Oficina "Preparatória para a 1ª Conferência livre de Comunicação em Saúde"; Manual
160 de Orçamento e Finanças públicas para Conselheiros e Conselheiras de Saúde; e revisão, produção,
161 impressão da Cartilha - Conselhos de Saúde: A responsabilidade do Controle Social Democrático do
162 SUS. Falou sobre passagens e diárias realizadas - OPAS – 2016 - viagens Institucionais - participação
163 das assessorias e conselheiros: Fórum Social Mundial; assessoria da COFIN para as 277^a, 278^a, 279^a,
164 280^a, 281^a, 282^a, 283^a, 284^a, 285^a, 287^a, 288^a Reuniões Ordinárias do CNS; assessoria técnica para
165 as onze Reuniões da COFIN; reunião para elaboração do Planejamento triênio 2015-2018; Congresso
166 do CONASEMS; Reunião Preparatória para 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde; Oficina
167 "Planejamento Estratégico da SE do CNS"; 3º Congresso Todos juntos contra o câncer; Reunião para
168 alinhamento das atividades da SE - Planejamento do CNS; XIV "Congreso latinoamericano de Medicina
169 Social y Salud Coletiva"; 117^a Mesa Diretora do CNS; reunião da Comissão Intersetorial de Atenção a
170 Saúde nos Ciclos de Vida; Oficina "Preparatória para a 1ª Conferência Livre de Comunicação em
171 Saúde"; 7º Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária – SIMBRAVISA; Seminário Temático de Saúde
172 das Mulheres; e XV Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. Apresentou a previsão
173 orçamentária – referente ao Exercício Orçamentário 2017: **a)** Despesas previstas: Passagens: R\$
174 3.931.200,00; Diárias: R\$ 2.214.037,00; Contratação Pessoa Jurídica (eventos, alimentação e
175 publicações): R\$ 1.500.000,00; Investimentos (equipamentos, etc): R\$ 1.055.663,00; repasse OPAS
176 (TC 68 6º T.A): R\$ 4.124.100,00; Total LOA 2017: R\$ 12.825.000,00. Detalhou as atividades
177 previstas/Tesouro - 2017: Reuniões Ordinárias: 12; Reuniões Extraordinárias: 2; Reuniões da Mesa
178 Diretora: 12; Reuniões das 15 Comissões: 45; Reuniões da Comissão Permanente de Financiamento –

179 COFIN: 12; Reuniões da Comissão Permanente de Recursos Humanos e Relações do Trabalho –
180 CIRHRT: 12; Reuniões Permanentes da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP: 12;
181 Participação dos Representantes da Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde na
182 Reunião do Pleno do CNS: 12; reuniões da Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde: 3;
183 Participação em Eventos: 20; Congresso do CONASEMS: 1; Reunião de Planejamento com
184 Conselheiros de Saúde (trimestral): 3; Reuniões com CES e CMS: 2; Oficinas Macroregionais de
185 orçamento e financiamento: 3; Reunião com a direção executiva das entidades e movimentos que
186 compõem o Pleno: 2; Seminários de Educação permanente e capacitação dos componentes do Pleno:
187 2; Oficinas regionais de Monitoramento das propostas da 15ª CNS: 5; Realização de Encontros
188 Estaduais da CIST Nacional: 5; Seminário com a pauta da precarização de trabalho em saúde: 1; e XXI
189 Plenária Nacional de Conselhos: 1. Por fim, apresentou a previsão orçamentária - OPAS – 2017: custos
190 previstos: Passagens: R\$ 427.700,00; Diárias: R\$ 320.381,60; Contratação PJ (eventos, alimentação e
191 publicações): R\$ 645.050,00; Contratação Pessoa Física (29 renovações): R\$ 1.740.000,00; e Total: R\$
192 3.133.131,80. Conselheiro **Moysés Toniolo** registrou preocupação com a demora no processo de
193 emissão de passagens por conta dos problemas gerados como aumento de custo do valor pago.
194 Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** informou que foi realizada reunião da SE/CNS com a SGEP
195 para tratar sobre a emissão de passagens. Também sugeriu a elaboração de planilha com comparativo
196 entre o programado e executado e detalhamento, em separado, das atividades realizadas/executadas
197 pelo CNS e das quais o Conselho apenas participa. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** disse
198 que é preciso demonstrar o impacto da vinda dos conselheiros no dia anterior à reunião e defendeu a
199 possibilidade de troca de passagem, nem que seja com custo para quem requer a mudança. **Retorno**
200 **da mesa.** A Secretaria-Executiva do CNS, **Neide Rodrigues**, explicou que foi solicitada aos
201 conselheiros a elaboração de planos de voos de três reuniões para contribuir com o processo de
202 emissão de passagens. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, lembrou que a
203 Secretaria Executiva do CNS não é ordenadora de despesa e explicou que é possível produzir planilha
204 conforme solicitado pelo conselheiro Neilton Araújo. Além disso, salientou que o planejamento do CNS
205 é o instrumento de gestão utilizado para referenciar as ações do Conselho. Feitas essas considerações,
206 colocou em apreciação a prestação de contas do CNS. **Deliberação: aprovada, com uma abstenção,**
207 **a prestação de contas do CNS. A Secretaria-Executiva do CNS deverá preparar planilha com**
208 **comparativo entre o programado e executado e detalhamento, em separado, das atividades**
209 **realizadas/executadas pelo CNS e das quais o Conselho apenas participa.** Enquanto se aguardava
210 a chegada do convidado para o item 3, foi aberta a palavra para breves informes. Conselheira **Juliana**
211 **Acosta Santorum** confirmou a indicação da conselheira **Jani Betânia Souza Capiberibe** para
212 participar do VIII Fórum Social Pan-Amazônico, representando o segmento de usuários. Também
213 informou que o conselheiro **Aníbal Machado** se dispôs a participar do Fórum com as despesas
214 custeadas pela entidade dele. Conselheira **Simone Maria Leite Batista** apresentou os seguintes
215 informes da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS:
216 curso de aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde em 10 estados e início em mais três. Onde
217 agentes comunitários, endemias, outros profissionais e movimentos sociais. Avaliação preliminar dos
218 educandos e educadores, curso importante e que vem fortalecendo a educação popular em saúde e o
219 SUS; participação do Seminário CONITEC – 10 anos, em 5 e 6 de dezembro de 2016, juntamente com
220 representantes da ANEPS das 5 regiões do país. Divulgação de tecnologias leves importantes para a
221 saúde da população; XII encontro do MOPS, 8 e 9 de fevereiro de 2017, em Aracaju – destaque para a
222 importância de fortalecer o controle social; participação nas Conferências de Saúde da Mulher e de
223 Vigilância em Saúde e o SUS; e discussões das prioridades para os próximos anos. Conselheira
224 **Cleuza de Carvalho Miguel** informou que o MOPEM foi convidado a participar do Congresso de
225 Doenças Raras que ocorrerá de 14 a 17 de março, em Madri/Espanha. Conselheiro **Ronald Ferreira**
226 **dos Santos**, Presidente do CNS, explicou que o PLS n.º 200/2015 foi aprovado no Senado Federal e
227 segue para a Câmara dos Deputados para tramitação. Salientou que o CNS deve manifestar-se a
228 respeito uma vez que o Projeto é um atentado ao controle social. Nessa linha, sugeriu a elaboração de
229 recomendação convocando todos a lutar contra a aprovação da proposta na Câmara dos Deputados.
230 Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** manifestou surpresa com a notícia e informou que está se
231 apropriando do que houve para se manifestar. Além disso, frisou que o Ministério da Saúde defende a
232 manutenção do sistema CEP/CONEP sob a égide do controle social. A seguir, houve outras
233 intervenções que evoluíram para a seguinte proposta: **elaborar proposta de recomendação à**
234 **Câmara dos Deputados para que rejeite o PL 200. O texto seria apreciado no dia seguinte.** Em
235 seguida, o Presidente do CNS retomou o debate sobre a representação do CNS em eventos externos.
236 Para apreciação, apresentou a seguinte proposta: que representantes do CNS em espaços e eventos
237 externos terão representação plena, inclusive manifestando voto, de acordo com os debates do CNS.
238 **Deliberação: o Plenário decidiu, por unanimidade, que representantes do CNS em espaços e**
239 **eventos externos terão representação plena, inclusive manifestando voto, de acordo com os**
240 **debates do CNS.** ITEM 3 – PLANOS DE SAÚDE ACESSÍVEIS - Apresentação: Francisco de Assis

241 Figueiredo, Secretário de Atenção a Saúde – SAS/MS. Coordenação: conselheira **Francisca Rêgo**
242 Oliveira Araújo. Por definição do Pleno, o debate deste ponto consta, na íntegra, em ata. Conselheira
243 **Francisca Rêgo Oliveira Araújo:** “Obrigada presidente. O nosso convidado de hoje vai falar sobre o
244 plano de saúde acessível, ele está aqui na correria, nós entendemos, mas adiantamos alguns assuntos
245 e alguns temas que precisávamos. Muito bem-vindo”. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira:**
246 “Francisco, você está com a agenda com mais de 50 prefeitos, inclusive o Ministro (da Saúde) chegou
247 lá agora, estávamos aguardando, porque esse é um tema importante”. Secretário de Atenção a Saúde
248 – SAS/MS, **Francisco de Assis Figueiredo:** “Bom dia a todos e a todas, desculpe o atraso, eu sei que
249 essa agenda era prioritária, mas os prefeitos foram chegando e eu não poderia sair no meio, mas os
250 deixei lá e eles continuam lá e eu falei que ficaria aqui o quanto for necessário para responder todas as
251 situações. Deixe-me fazer as considerações acerca do plano de saúde acessível. Acho que é
252 importante ressaltar para vocês na realidade que eu fui designado, a pedido do Ministério, para um
253 grupo de trabalho, eu pedi a relação das entidades integrantes, vou passar para a Mesa Diretora, mas
254 lembro que há todos os segmentos presentes, do consumidor quem pediu a participação foi a
255 PROTEST e uma ligada ao direito do consumidor participou e várias outras entidades, Associação
256 Nacional de Hospitais, as UNIMEDs...Qual foi o papel do Ministério? Na realidade, o Ministério, eu
257 participei desse contexto, nós fizemos uma situação para que os segmentos conversassem da
258 possibilidade de ser criado um produto ou de mudar um produto, ou construir alguma coisa dentro dos
259 produtos existentes, alguma coisa que pudesse ser mais flexível para aquele consumidor que quisesse
260 e tivesse a opção de fazer um acesso ou consumir algo; e foi apresentada uma pesquisa de mercado
261 anteriormente que os brasileiros gostariam de ter algum plano de saúde, então, o que poderia ser
262 construído de forma que pudéssemos ter melhor acesso ao plano de saúde, que poderia ser repetindo
263 algo ou a mudança de algum produto já existente ou a substituição de outro ou a construção de um
264 novo. Nesse momento, o papel do Ministério foi ouvir e deixei o segmento debater o tempo todo. E
265 nessa situação que durou cerca de 60 dias foram realizadas em torno de cinco reuniões e desde o
266 primeiro momento, desde a primeira ata, ficou claro o seguinte: tudo aquilo que fosse feito, antes que
267 ser divulgado, seria necessário verificar a pertinência porque eram pessoas que estavam discutindo o
268 que poderia ser colocado no mercado, mas quem é o órgão deliberador para verificar a pertinência ou
269 não é a Agência Nacional de Saúde. Ou seja, poderiam pensar o que quisessem, mas nós só teríamos
270 alguma análise profunda até de divulgação se a Agência Nacional de Saúde pudesse no final falar
271 realmente dentro da legislação pertinente se aquilo que os segmentos estavam pensando, se desse um
272 acordo para publicar e trazer isso. Então, o que foi feito: após essas reuniões, o segmento fez uma
273 análise de algumas possibilidades e dessas possibilidades, antes de divulgar, o que foi feito? Foi feito
274 um ofício encaminhado à ANS, na primeira semana de janeiro, se não me engano, oficialmente; acho
275 que foi no dia 9, um documento à ANS para que a Agência imediatamente, dentro das suas
276 possibilidades, dentro da sua legislação pertinente, avaliasse o que foi feito por esse grupo para
277 devolver ao Ministério; no mínimo, para verificar a pertinência. E isso feito. Ou seja, terminamos um
278 trabalho, mandamos para a ANS, já está de posse da presidência da ANS. O presidente da ANS
279 montou um grupo, um comitê para analisar o documento encaminhado para que isso volte para o
280 ministério para que seja divulgado; ou seja, a preocupação do grupo era verificar a pertinência do que
281 foi pensado, verificar a pertinência da legalização do produto para que posteriormente seja divulgado.
282 Então, o que nós fizemos? Mandamos o ofício. E o grupo fez o ofício e encaminhou à ANS e a ANS
283 estava verificando essa situação da pertinência daquilo que foi proposto para ver se há possibilidade ou
284 não porque há questões lá que talvez nem sejam pertinentes. Eu não entendo da área apenas
285 comandei um grupo de trabalho, não entendo de Saúde suplementar em nível das legislações
286 pertinentes. Encaminhamos para a ANS e o presidente da Agência, José Carlos Abrahão, nomeou uma
287 comissão, está nomeando uma comissão para avaliar a pertinência desse documento para devolver ao
288 Ministério para que eu possa divulgar que, no mínimo, o que foi proposto é pertinente ou não. Então, o
289 plano de saúde acessível foi isso, ou seja, o Ministério fez uma reunião com todos os segmentos,
290 incluindo dois consumidores, incluindo a PROTEST, de posse disso, nós mandamos para a ANS o que
291 o grupo pensou para a ANS juridicamente verificar: não, isso é pertinente, não é pertinente, porque se
292 não for pertinente não há nem o que ser feito para que posteriormente pudéssemos dentro da
293 pertinência colocar à disposição dos senhores e de toda a sociedade dentro daquilo que uma vez
294 pertinente; se não é pertinente, não há nem o que divulgar; uma vez pertinente, que divulgássemos.
295 Então, hoje o plano de saúde acessível é isso. Só há ideias e está sendo verificada a pertinência; não
296 há nenhum produto pronto; e eu participei, ou seja, há propostas para a ANS avaliar a pertinência para
297 depois serem divulgadas. Então, é isso que há sobre plano de saúde acessível. Estou aberto para
298 qualquer pergunta.” Conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo** “Obrigada secretário Francisco.
299 Então, eu peço ajuda aqui porque às vezes há alguns nomes que não conseguimos ver nos prismas.
300 Os prismas já estão levantados. Vou começar por Maria das Graças e depois vou intercalado.
301 Conselheira Maria das **Graças Gervásio** “Bom dia. Eu não consegui entender que a ideia era
302 realmente consultar, era essa informação que nós não tínhamos até a reunião passada, é o que tinham

303 enviado e com que teor para a ANS. Agora você está informando que é a pertinência da legalização
304 desse produto dos planos acessíveis. O que eu não consegui entender e que gostaria que me
305 explicasse melhor o que o senhor disse: depois da análise ANS, vai poder ser divulgado, divulgado
306 para quem? Divulgado para quem? E o que impede que no decorrer desse trâmite também o Conselho
307 Nacional fique sabendo do teor, dessa pertinência e também até antes dessa divulgação. Conselheiro
308 **Adriano Félix** "Eu estou coordenador-adjunto da Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar (do
309 CNS). Algumas dúvidas pairam com relação ao plano de saúde acessível, algumas sanadas agora,
310 mas não podemos deixar de reafirmar que a participação do sistema privado de forma complementar
311 define como princípios norteadores do SUS a universalidade, a integralidade, a igualdade da
312 assistência à saúde e a organização do serviço público de modo a evitar duplicidade de meios para fins
313 idênticos. Estamos vendo que está indo para esse caminho inclusive por informes da própria comissão,
314 informes internos, já está sendo feito esse levantamento junto aos prestadores de serviço dessa
315 possível tabela acessível, que é inacessível para os prestadores de serviço, tendo em vista que a
316 própria tabela hoje praticada ANS já é um pouco utópica e com o plano acessível mais utopia ainda vai
317 se gerar. A nossa preocupação enquanto comissão é a criação de um falso plano de saúde, de criar
318 falsas expectativas e de aumentar em muito o número de judicialização dentro do sistema. Dentro
319 desse contexto também eu gostaria que fosse esclarecido o prazo que a ANS tem para dar a resposta
320 tendo em vista que são todos canais oficiais. Precisamos do prazo para resposta da ANS para
321 continuemos acompanhando. Em relação à judicialização, também, eu gostaria que o senhor
322 dissertasse um pouco tendo em vista que já é quase um acontecimento normal dentro no SUS e junto a
323 ANS exigindo novos procedimentos, novas coberturas, atualização do rol de procedimentos, tendo em
324 vista toda essa nuance. E a experiência anterior de planos acessíveis de saúde, que foram um
325 fracasso, qual a ideia, o que está se tentando construir ou se reconstruir com o fracasso que já
326 aconteceu? Conselheiro **Moysés Toniolo**: "Bom, eu queria que fosse melhor explicada essa lógica que
327 os brasileiros gostariam de ter um plano de saúde, isso tem sido muito vendido pela mídia
328 principalmente a mídia golpista que apoia ações de governo, é ilegítima, mas assim, nós já temos um
329 sistema que regula a saúde suplementar nesse país dentro do Ministério da Saúde. A regulação do
330 campo dos planos de saúde, aliás, eu quero, por exemplo, que me seja dito quando foi criada a ANS, é
331 a data da criação da ANS porque para isso nós já temos campo estabelecido de regulamentação há
332 muito tempo, não vou nem entrar no mérito. E tem uma outra coisa, nós temos que entrar em uma
333 prerrogativa constitucional, sobre o papel do Ministério da Saúde; desculpe, mas o Ministério da Saúde
334 regula um sistema, não um plano de saúde para todos os brasileiros, não vamos começar a mudar a
335 terminologia, porque há muito tempo eu ouvia isso na minha formação de ativista, eu ouvi isso, vamos
336 falar SUS, não é plano de saúde SUS, é sistema, é uma garantia cidadã constitucional dada pela nossa
337 Constituição de 1988. Portanto, nós estamos tratando de um sistema que é público, universalizado,
338 integral e equânime; querer transformar o Ministério da Saúde em órgão, que é um órgão da
339 administração, não é uma agência de barganha, é sinônimo de articulação, não de barganha, querer
340 transformar o papel do MS em outra coisa... Eu quero esclarecimento disso porque ao longo do tempo
341 o próprio SUS já vem cedendo aos arroubos da venda de serviços públicos para a iniciativa privada.
342 Nós já não estamos satisfeitos com as terceirizações, as ações de saúde já estão terceirizadas, isso é
343 iniciativa privada, não estão satisfeitos com as privatizações cujo o nome é PPP nesse país. Então, eu
344 queria saber o que mais ainda querem oferecer, mas uma coisa é oferecer; o papel do Ministério não é
345 oferecer produto, o papel do MS é regular o Sistema; portanto, oferecer produto, que se deixe a cargo
346 da ANS regular, não impor ao cidadão brasileiro esse tipo de coisa. E eu gostaria, como conselheiro
347 nacional, de saber o teor do que foi remetido à ANS, que seja socializado a esse conselho Nacional, na
348 sua íntegra, ou nós poderemos requisitar isso via Lei de Acesso à Informação. Obrigado." Conselheira
349 **Simone Leite**: "Então, eu gostaria de fazer uma retrospectiva, que eu lembro, há 32 anos, quando eu
350 estava fazendo estágio prático no curso de enfermagem no meu Estado, Sergipe, Aracaju, eu fui
351 estagiário na UBS onde tinha duas unidades, uma em frente a outra, e eu me assustei, porque tinha uma
352 unidade da prefeitura que era para indigentes, não gente, e outra para quem tinha carteira assinada no
353 antiga INAMPS. Então, me assustou muito na formação e eu que estava disposta a ir para a saúde
354 pública... e eu fui e fiz esses questionamentos na minha formação, com os nossos professores. E fiquei
355 muito alegre quando eu pude vir para a 8ª Conferência - e o ônibus quebrou 3 vezes - e conseguimos
356 aprovar propostas para implantar um Sistema Único de Saúde. Infelizmente teve um artigo colocado na
357 Constituição, que a iniciativa privada ia complementar, mas acontece o seguinte: na minha cidade,
358 100% dos exames complementares um simples teste hoje é feito pela iniciativa privada, não há uma
359 unidade de saúde que faça um simples exame. Então, isso já está privatizado, o SUS já está
360 privatizado e querem mais ainda. Então, eu acredito que esse plano popular é um atentado ao SUS e a
361 tudo que construímos ao longo desses anos, nós profissionais militantes. Nós precisamos
362 urgentemente ver uma forma de comunicação com a população, que não deve ser essa que foi ouvida,
363 que deve ser pessoas da classe média que não podem mais pagar esses planos que existem, mas
364 precisamos nos comunicar e dizer o que é essa falácia de plano popular que, na verdade, é um plano

365 de privatização total do SUS; então, precisamos urgentemente pensar em um movimento aqui do
366 Conselho e dos aliados que temos por dentro das Instituições para chegar a essa população e dizer
367 que isso não serve. Há dois movimentos importantes: as conferências que vão acontecer – saúde da
368 mulher e vigilância em saúde - nós podemos dialogar com as pessoas que lutaram tanto pelo SUS e
369 que estão de forma invisíveis lá na ponta lutando pelo SUS, os profissionais de saúde, as pessoas da
370 comunidade e que o governo quer impor uma proposta dizendo que esse plano é popular ou exequível,
371 até o nome é difícil para a população entender. Então, acho que é complicadíssimo e não podemos
372 retroceder no SUS para não tornar as pessoas que não podem ter esse plano em indigentes
373 novamente.” Conselheira **Carolina Abad**: “Fui contemplada na fala do conselheiro Moysés e da
374 companheira. Agora, eu só quero entender da onde vai surgir o financiamento, nós já estamos com
375 problema de recurso. Vai sair da onde o financiamento desses planos de saúde acessíveis? Por favor
376 Francisco, porque eu não estou conseguindo entender. Conselheira **Juliana Santorum**: “Bom dia a
377 todas e a todos. Juliana da CONTAG. Eu acho que para nós é bem claro que as brasileiras e os
378 brasileiros querem sim um plano de saúde, mas querem sobretudo que esse plano seja um SUS forte e
379 estruturado, sobretudo aquelas pessoas que estão em situação de vulnerabilidade na sociedade, as
380 populações do campo, da floresta e das águas, indígenas, quilombolas, população de rua, a população
381 que vive na periferia das grandes cidades, essas pessoas que com a crise política e econômica que
382 nós enfrentamos hoje cada vez mais se agravam as iniquidades sociais e cada vez mais essas pessoas
383 precisam de um sistema público de saúde fortalecido e que atenda as suas necessidades dentro dos
384 princípios do SUS da universalidade, da integralidade e da equidade. E daí eu queria falar assim: hoje a
385 realidade que enxergamos no atendimento do setor suplementar, ele já é insatisfatório para as pessoas
386 que adquirem e que podem pagar por ele e adquirem; há cerca de R\$ 2 bilhões de dívida das
387 operadoras de saúde para resarcimento ao SUS, procedimentos que deveriam ser prestados por
388 essas operadoras e que acabam sendo prestados pelo sistema público de saúde e, pela lei, que existe
389 desde 2001, essas operadoras deveriam ressarcir o SUS e estas operadoras não fazem; não prestam
390 os serviços para os quais são contratadas e não estão ressarcindo o SUS, mais de R\$ 2 bilhões , R\$
391 2,1 bilhões. Então, cerca de 40% das operadoras conseguiram parcelar, o restante nem parcelar, nem
392 pagaram parte da dívida que têm com o SUS. Então, para uma proposta que ainda está sendo
393 avaliada, a viabilidade que está sendo discutida, que vocês vêm dizendo isso para nós. Enfim, nos
394 preocupa muito isso, se com a realidade que temos hoje, com as regras um pouco mais rígidas e um
395 pouco mais delimitadas as operadoras não conseguem cumprir aquilo que são contratadas e estão
396 fazendo planos mais flexíveis e vão...na nossa leitura também, nós discutimos muito isso...quer ofertar
397 plano de saúde para pobre com uma cobertura pobre para que os pobres possam pagar tendo em vista
398 que o SUS está sendo desmontado. É essa a leitura que fazemos. Se com essa realidade já é difícil,
399 imagina quando flexibilizar ainda mais, quando o governo flexibilizar ainda mais, como vai ser a
400 realidade de atendimento e a existência desse plano de saúde? Conselheiro **Willen Heil e Silva**: “Boa
401 tarde, Willen, COFFITO/FENTAS. Secretário, queria colocar aqui a indignação dos trabalhadores de
402 saúde ao receber a informação inicial desse plano popular de saúde. Logo no início, quando nós
403 recebemos essa informação, já nos trouxe uma indignação, porque eu posso até falar pelo sistema
404 COFFITO/CREFITO também, porque os fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais de todo o Brasil têm
405 sofrido muito com a remuneração irrisória que é concedida pelos planos de saúde. Nós temos normas
406 inclusive para penalizar esses profissionais, mas nós procuramos não fazer isso porque senão nós
407 iríamos criar um grave embate com todos os profissionais fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais,
408 mas eu posso estender para todos os profissionais de saúde porque o referencial de honorários que
409 pagam é muito pequeno; eles não respeitam nem a Lei de Contratualização, secretário; a Lei de
410 Contratualização que diz que os ajustes e reajustes têm de ser anuais, não são respeitados. Se os
411 planos de saúde hoje existentes são planos mais caros, já existe este desrespeito aos profissionais de
412 saúde, imagine com o plano popular, imagine com um plano que recebe um valor menor para poder
413 conceder serviços de saúde para seu cliente. Secretário, nós defendemos um SUS público, integral, de
414 qualidade. Nós defendemos que as operadoras de saúde devam existir sim, mas para complementar o
415 SUS, assim como elas nasceram para ser. Na verdade, a ANS regulamenta a saúde suplementar e
416 nós aqui estamos debatendo na verdade ou parece que fica à mostra interesses de não ser mais
417 suplementar complementar e sim substituir. O SUS possui todos os recursos necessários para
418 promover a saúde da população brasileira e diminuir inclusive a situação das graves doenças que hoje
419 assolam o nosso país, é impressionante como não conseguimos adotar as estratégias necessárias para
420 fazer com que isso aconteça, impressionante que as doenças acabam acometendo a nossa população
421 e gerando a cronicidade por falta de uma assistência de qualidade, por falta da valorização dos
422 profissionais de saúde. Nós podemos mudar esse paradigma, se paramos para pensar, hoje mais de
423 50% dos leitos são privatizados; se as empresas pegam para oferecer esses serviços, se esses
424 serviços são prestados por essas empresas é porque elas querem lucro. Então, se elas têm lucro é
425 porque o SUS pode promover esses serviços e pode valorizar os profissionais de saúde em toda rede.
426 Então secretário, eu queria aqui clamar que realmente, como o senhor acabou de falar, que não tem

realmente o domínio do conhecimento em relação à saúde suplementar, que pelo menos que o senhor
defenda que a saúde continue sendo suplementar e que consigamos acabar com essa ideia de tentar
criar um plano popular, que possamos adotar ideias de promover e de prevenir a saúde do nosso povo
e, com isso, consigamos afastar essas doenças que cada vez mais assolam a nossa população.”

Conselheira **Denise Torreão**: “Boa tarde a todas e a todos. Secretário, no mês passado, quando trouxemos essa discussão para o Pleno, foi deliberado na reunião, o conselheiro Neilton Araújo, que representa o MS, disse que podia ser que não houvesse a pauta nesse mês, podia ser que ainda não houvesse o produto final dessa reunião. Nós deliberamos que o teor do ofício que o MS enviou para a ANS, isso já é de conhecimento, porque o MS encaminhou um ofício com as sugestões e o Pleno do CNS deliberou, por ampla maioria, que o representante do MS que viesse a essa reunião hoje trouxesse o teor do ofício. Essa foi a única deliberação que consta, infelizmente o meu computador congelou aqui e eu não posso fazer a leitura, mas os conselheiros têm acesso ao sumário executivo da última reunião e isso está escrito lá textualmente. Então, nós mantemos esse pedido porque esse ponto de pauta foi mantido hoje por conta disso. Nós queremos ter acesso ao teor do ofício e gostaria também, assim como o Moysés e todos os outros colegas que já me antecederam, de ver... eu gostaria de ver o MS, que é responsável por assegurar o SUS universal, integral e igualitário, trabalhando para isso; assegurar que o SUS atenda a toda a população na integralidade das necessidades, respeitando o princípio da universalidade, da integralidade e da equidade. E gostaria de manter o pedido para tenhamos conhecimento, ainda hoje, na tarde de hoje, do teor do ofício que foi encaminhado pelo Ministério à ANS. Muito obrigada.” Conselheira **Carmem Lucia Luiz**: “Conselheira Carmem, da União Brasileira de Mulheres. Já fui bastante contemplada nas falas dos companheiros, especialmente na fala do Moysés. Sabemos que a atenção básica é a porta de entrada para o sistema; existe um sistema de regulação que leva para a segunda linha as pessoas que vêm da atenção básica; sabemos que os planos de saúde, como já foi dito bastante e afirmado igualmente, não conseguem dar conta nem do básico. Então, com certeza a atenção especializada não vai acontecer até porque não são acessíveis; eu tenho a compreensão de que plano acessível é um negócio que se paga pouco por serviço nenhum, como já tem sido os planos de saúde que não são os acessíveis, são caríssimos. Então, eu pergunto o seguinte: vai ser destruído o sistema de regulação? Como estão pensando em fazer, o que pensam em fazer para o acesso ao serviço especializado a partir dos planos de saúde acessíveis? Eles vão competir com quem entra pela atenção básica do SUS? Como isso vai funcionar? Eu acho que é mais um ponto de dificuldade, eu queria saber isso: o que é que quem está debatendo está pensando sobre a acessibilidade a partir da atenção básica para a atenção especializada? Conselheira **Maria Aparecida Braga**: “Bom dia a todas e todos, sou representante da Unidas Nacional. Primeiro, queria reforçar essa solicitação de enviar ao Conselho a cópia do documento que foi remetido à ANS. Acho que isso é muito importante, os membros do Conselho terem conhecimento desse documento que foi remetido à ANS; repassar o conteúdo do documento todo para que possamos conhecer o teor, na totalidade, do documento que foi encaminhado à ANS. Segundo, talvez fosse interessante, aí mais endereçado ao próprio Conselho, ao conselheiro Ronald, presidente do Conselho, a coordenação do Conselho, para que fizesse um convite também ao presidente da ANS para que ele pudesse vir ao Conselho fazer essa discussão também sobre esse documento que foi remetido à ANS; para que ele possa também vir aqui fazer essa mesma discussão. Acho que é importante ouvirmos também o presidente da ANS. Gostaria também de registrar preocupação, até porque a UNIDAS é do setor de saúde suplementar. E entre os cinco segmentos que a ANS trabalha, dentro da representação da saúde suplementar, as autogestões são os planos de saúde, é o único tipo de plano de saúde que não visa lucratividade. Nós temos discutido muito na ANS essa lógica de um tratamento diferenciado para esse tipo de plano de saúde que não visa lucro e, no entendimento da UNIDAS, esse tipo de plano hoje já é um plano acessível. Há vários trabalhadores e a característica desse plano, parte do custeio desse plano é garantida pelo beneficiário, pelos trabalhadores vinculados àquela empresa e a outra parte do custeio desse plano é viabilizada também pela própria empresa; e é um plano que garante a discussão dentro dos seus conselhos deliberativos da condução daquele plano, dos problemas, das soluções que precisam acontecer para que aquele plano seja o mais eficiente possível. Registrar que, no entendimento da UNIDAS, esse plano de característica de autogestão hoje é o tipo de plano que não visa lucratividade, que é o mais acessível que existe hoje para os trabalhadores e que hoje atende; e que são os únicos planos que real e efetivamente já atendem a população mais idosa desse país, tem um setor bastante significativo de idosos dentro das autogestões. Por último, registrar a preocupação em relação ao risco, que aí o Secretário também poderia reproduzir se houve discussão nesse GT do Ministério, a preocupação com o risco enorme de judicialização nesses planos que estão sendo apresentados. A ANS já trabalha hoje com um rol de procedimentos e que mesmos nos planos hoje regulados por ela tem havido um grau enorme de judicialização; nesse tipo de plano e como isso vai ser resolvido diante de um plano com essa característica de plano acessível que o Ministério está apresentando.” Conselheira **Márcia Patrício de Araújo**: “Márcia Patrício, da Associação Brasileira de Ostomizados, representando aqui o segmento das pessoas com deficiência. Secretário, tudo que nós

489 queremos é um sistema de saúde acessível, integral e que tenhamos acessibilidade, que é uma luta de
490 muitos anos e não conquistamos isso. Nós teremos também, de encontro com o Plano Viver Sem
491 Limites, que foi um investimento altíssimo e sabemos que ainda não funciona em todos os Estados.
492 Ainda temos na regulação uma fila imensa e a demanda desconhecida. E aí a minha fala é bem
493 específica porque eu já fui contemplada na fala da conselheira Carmem e de outros conselheiros. É a
494 situação da pessoa com deficiência aquilo que deve ser contemplado aqui nessa sugestão do
495 Ministério, que é o plano de saúde acessível, como será a porta de entrada e como ficará quem não
496 tem condições, porque hoje, no momento, nem "A", nem "B" está conseguindo. Então, eu gostaria de
497 saber com essas mudanças como é que vai ser a nossa porta de entrada nos centros de reabilitação
498 porque para acessarmos através da Atenção Básica foi uma luta de anos e o Plano Viver Sem Limites
499 nos contempla, a portaria nos contempla e nós ainda não conseguimos. Obrigada." Conselheira **Liu**
500 **Leal:** "Bom dia a todos e a todas. Sou Liu, do CEBES. Acho que o que deveria ser respondido aqui é
501 se esse governo, que tomou a direção das políticas públicas do Estado brasileiro, ele entende o que é
502 direito porque entendemos a saúde quanto direito universal, garantido na Constituição e temos visto
503 cotidianamente se rasgar a Constituição, se distorcer alguns princípios básicos e o SUS é um princípio
504 básico. Então, a pergunta inicial aí que tem de ser feita para a representação do MS é: o que entende
505 de SUS? O que entende do direito à saúde? Acho que essa é uma questão que precisa ser respondida,
506 acho que a partir dela podemos falar de diversos assuntos, inclusive porque o próprio partido que
507 governa o país de assalto, o PMDB, a partir do seu chefe maior que hoje está preso, que é o Eduardo
508 Cunha, já vinha orquestrando um balão de ensaio que definia a perspectiva da saúde virar uma grande
509 mercadoria estratégica, não só para o capital nacional como para o capital estrangeiro. Então, acho que
510 precisamos responder sobre isso porque esse ensaio em relação aos planos acessíveis, eles são uma
511 parte do processo político que está em curso, de um plano político para retomarmos o INAMPS. Então,
512 acho que todos precisam começar a entender um pouco que essa regulação aí das regras e das
513 questões que estão em curso, como a 451, do Eduardo Cunha, esse projeto de lei define que todo
514 empregador, todo setor empregador precisa dar um plano privado para os seus trabalhadores e, com
515 isso, vai ter rescisão, da renúncia fiscal, você não manda mais o recurso para a seguridade social; isso
516 causa impacto na previdência, causa impacto na saúde, na assistência. Então, esse movimento que
517 está acontecendo a partir de um grande projeto neoliberal orquestrado por um processo conservador
518 que esse país vive, que agora tem uma condição de direcionalidade maior no Congresso Nacional e no
519 governo federal a partir dos próprios representantes que hoje estão na Casa presidindo o MS, com seu
520 grupo, esse processo precisa está recolocado; plano acessível é uma ponta do balão de ensaio, um
521 balão de ensaio do processo político de mercantilização dentro do setor. Então, o que eles querem com
522 isso? Eles querem que o Sistema agora passe para a iniciativa privada, então o SUS realmente já tem
523 um problema sério de desfinanciamento, vai acrescentar mais ainda porque não teremos condição de
524 manter um sistema público; e esse sistema público vai ser relegado a um cofinanciamento de plano
525 popular; essa é a grande questão, porque, quando o MS se autoriza a discutir plano, só está propondo
526 que o plano seja discutido lá fora com a iniciativa privada, como se diz, a saúde suplementar está
527 dizendo que quer cofinanciar, ele está dizendo que entende que a saúde tem de ser privatizada e que
528 ele vai subsidiar para uma população que ele define como vulnerável..." Conselheira **Francisca Rêgo**
529 **Oliveira Araújo:** "Conclua". Conselheira **Liu Leal:** "Uma questão simples, então, eu queria só que
530 parasse de fazer um discurso fácil aqui e viessem dizer... Eu não sei porque não vamos falar
531 profundamente das questões, esse é um lugar sério e todas são entidades sérias e não vamos
532 representar a população que tem reafirmado o direito à saúde." Então, conferência em todo Estado
533 brasileiro...na sua Constituição, colocando aqui uma conversa fiada que não responde a ninguém. Acho
534 que está na hora de ter respeito ao povo brasileiro e trazer mesmo o projeto que está sendo imposto ao
535 nosso país de desestruturação do Estado." Conselheira **Marisa Furia Silva:** "Marisa Furia, Associação
536 Brasileira de Autismo. Secretário, quando se fala em plano para pobre, temos de pensar que o pobre
537 não tem nem dinheiro para pagar o ônibus até o posto de saúde, não tem dinheiro para pagar um
538 plano; a população não tem mais dinheiro, ninguém tem mais dinheiro para pagar plano nenhum, então,
539 voltando para aqui, a coisa está muito complicada. Nós estamos com 12 milhões de pessoas
540 desempregadas nesse país. Agora, voltando à área da pessoa com deficiência, nós estamos aqui no
541 Conselho, representando as pessoas com deficiência, por exemplo, a parte odontológica, para esse
542 pessoal todo, isso não está em plano nenhum. Eles têm de usar os CEOs, tem de usar anestesia geral,
543 pessoas com autismo grave, algumas deficientes intelectuais graves, inclusive algumas patologias que
544 não conseguem fazer tratamento dentário em consultório tem que usar o sistema hospitalar com
545 anestesia geral. Isso é o SUS que fornece, é o SUS que atende essa população; é precário, nós
546 conseguimos inclusive que se retomasse com relação à área da pessoa com deficiência porque há 3, 4
547 anos foi disponibilizado para 81 hospitais nesse país equipamentos para serem usados nas salas
548 cirúrgicas, para exatamente atender essa população que não consegue fazer em consultório. Há vários
549 CEOs com atendimento especializado, então nós queremos que realmente se intensifique melhor essa
550 condição de atendimento dessa população na área odontológica, nos centros de reabilitação que

551 começaram a ser implantados, mas há poucos ainda no atendimento das pessoas com deficiência. Isso
552 daí plano nenhum vai atender porque nem os planos mais caros hoje atendem essa parte. Um
553 atendimento de uma pessoa grave, que tenha que ficar 20, 40 horas semanais, nenhum plano atende
554 isso. Então nós realmente precisamos que se fortaleça o SUS, que é para isso que estamos aqui
555 batalhando todos esses anos. E os planos de saúde, nós não temos que fortalecer os planos de saúde,
556 estão aí, é o mercado, é o mercado do mesmo modo que eu vou em uma loja americana ou na C&A eu
557 compro um produto em uma loja ou outra; quem quiser que compre. Agora, nós - MS, CNS - não têm
558 que investir tempo, nem fortalecer as empresas; nós temos que investir o nosso tempo para fortalecer o
559 SUS, para atender a população brasileira. Mais uma coisa. Gostaria que essa pauta estivesse na
560 íntegra, todas as nossas falas, para que o Ministro possa realmente lê tudo isso que falamos na
561 íntegra." Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**: "Eu acho que precisamos fazer uma reflexão sobre
562 três dimensões. Uma sobre a realidade, outra sobre o que está sendo proposto e a terceira é o que
563 fazer diante do que está sendo proposto. Embora tenhamos feito um esforço muito grande na década
564 de 80, desde 70, culminamos com a 8ª e depois com o processo constituinte defendendo um Sistema
565 de saúde absolutamente público e do mesmo jeito que conseguimos escrever na Constituição que
566 saúde é um direito pela primeira vez na história do Brasil; também ficou consignado que seria permitida
567 à iniciativa privada a participação na área da saúde. Aqui não vai nenhum julgamento de valor a quem
568 defendeu uma coisa ou outra, mas quero fazer o testemunho que eu defendi na época que não
569 houvesse a prestação da iniciativa privada, mas essa é a realidade; da mesma forma que é a realidade
570 que nós poderíamos ter avançado muito mais nesses anos de construção do SUS do que avançamos.
571 Eu vejo que o setor público continua ainda defendendo, pagando plano de saúde para os seus
572 funcionários e eu vejo que o movimento social, movimento sindical, movimento dos trabalhadores,
573 centrais sindicais, todos os Conselhos profissionais, todos continuam reivindicando planos de saúde
574 nas suas pautas de luta; então, essa é a realidade. Eu tenho um posicionamento pode ser favorável ou
575 contra isso mas é a verdade. A segunda questão é que, embora a maioria aqui continue sendo
576 contrária à proposta, eu vi vários conselheiros apresentando questões e reflexões que o grupo de
577 trabalho pudesse talvez considerar e, na apresentação inicial, quando o ministro (*da saúde*) não pôde
578 ficar, eu fiz a apresentação e um dos recados do Ministro era o seguinte: convide o Conselho para
579 participar do grupo de trabalho porque não quer dizer que diante mão essa proposta vai ser
580 implementada, vai depender de uma série de discussões e isso é conhecido de todos vocês. E muitas
581 propostas que o Ministério (*da Saúde*) discute, muitas delas, ao final, não foram implementadas, houve
582 convencimento para que não houvesse a implementação. Nesse momento, eu, particularmente,
583 convidei Comissão do conselho para participar das discussões e tive a oportunidade de dizer para
584 todos vocês que até achava um contrassenso emitir uma nota de repúdio, ser contrário totalmente e
585 depois querer acompanhar etc, apesar de ser um direito legítimo do Conselho..." Conselheira
586 **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**: "Conclua Neilton." Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**: "Estou
587 concluindo. Nesse particular o que eu sugeri na última reunião foi, já que o Conselho deliberou não
588 participar do grupo de trabalho, que esperasse ter uma proposta pelo menos concluída em termos de
589 proposta para depois ser trazida ao Conselho; e que ela não estava em conclusão porque ainda tinha
590 sido remetida à ANS; quando solicitaram o documento eu mesmo disse a vocês que nós não traríamos,
591 mas achava legítimo que o Conselho, que a Mesa Diretora do nosso Conselho, a Secretaria Executiva
592 formulasse a solicitação ao MS, ao Gabinete, uma cópia do ofício que foi mandado. Então, até queria
593 perguntar ao Francisco se isso foi feito, porque se foi, nós vamos ver como é que o Ministério responde,
594 e se não foi feito, vamos ver como é que fazemos, assim por diante. Então, eu particularmente fico até
595 animado com as discussões que estão ocorrendo porque eu vejo que há mais interesse hoje de alguns
596 setores e de algumas instituições em entrar no debate; não só de simplesmente assinar um panfleto,
597 sou contra e pronto acabou; não quero dizer, inclusive, para denunciar o que tem de errado, como pode
598 ser evitado, alguns desvios onde nós podemos aplicar melhor as energias, mais recursos e assim por
599 diante. Então, diante disso, eu queria perguntar ao Francisco se ainda está em aberto o convite para
600 que o Conselho apresente também não só a participação, inclusive contribuições para ajudar a
601 aprimorar a discussão até termos afinal uma proposta que possa ser apresentada." Conselheiro
602 **Geordecki Menezes de Souza**: "É difícil...eu estava dizendo para a companheira: "eu nem sei por onde
603 começar", mas acho que inicialmente queria falar sobre a política, porque esse governo que assaltou o
604 Estado Brasileiro e que está desmontando a largos passos toda a estrutura governamental -
605 previdência social, segurança - é natural que também destruísse o SUS; afinal de contas são mais de
606 400 bilhões por ano que remete na saúde pública desse país contando com investimento nos
607 municípios, investimentos de todos os setores da saúde nesse país; e isso é bastante dinheiro para as
608 entidades privadas, principalmente o capital internacional que hoje é dono da maioria dos planos de
609 saúde desse país. Então, é natural. Eu acho que o golpe é esse: não é plano acessível para melhorar a
610 saúde de ninguém e sim desmontar o SUS para que o capital internacional ganhe mais dinheiro a
611 custa do sofrimento e da pobreza do povo brasileiro. Esse é o golpe que tem que está claro para nós,
612 qualquer outro discurso é ilusão. Quem defendeu o SUS lá atrás e alega que ainda defende, defende,

613 mas para olhar nos livros a história e encontrar o nome dele; e o que ele defendia lá, hoje, não; hoje a
614 história é outra. E aí eu queria fazer a seguinte pontuação ao secretário: em julho do ano passado, o
615 digníssimo Ministro, em entrevista na UOL, alegava que a cada 10 planos de saúde, 3 pagam o que
616 devem ao SUS; 3 apenas. Bom, se é verdade aí nós sabemos a dívida dos planos de saúde que é
617 enorme e que tem tramitação no Congresso Nacional para perdão da dívida também patrocinado por
618 representantes desse governo. Eduardo Cunha lançou projeto para anistiar a dívida dos planos de
619 saúde que ainda está em tramitação no Congresso. Então, tem todo um arcabouço de coisas que diz
620 respeito ao pagamento do golpe, de certa forma de beneficiar as entidades que, aliás, os planos de
621 saúde são os maiores investidores, principais, das campanhas eleitorais desse país de tudo que é
622 partido. Então, se o próprio Ministro reconhece que a cada 10 planos de saúde, apenas 3 pagam, o que
623 devem ao SUS ou pelo menos nem pagam integral 1%, pagam 0,5% da dívida do SUS, o que se
624 explica então aumentar ainda mais a bagatela de dinheiro que esses planos vão receber? A outra
625 questão que eu queria que o secretário abordasse era plano de saúde, essa dívida enorme que tem
626 com o SUS, quando desse novo plano, quando dessa nova proposta dos planos acessíveis vai somar
627 mais dívidas ou eles serão anistiados dos pacientes que porventura eles deveriam atender e que forem
628 atendidos pelo SUS? Então, acho que são dois elementos distintos que eu gostaria que fosse
629 abordado, um, só para concluir, seria o que justifica aumentar ainda mais a bagatela dos planos de
630 saúde que já devem bilhões ao Estado brasileiro e o segundo é: esse novo plano, essa nova
631 modalidade, vai continuar somando dívidas ou se o fato de ser acessível pode ser um valor menor, se
632 os pacientes que forem atendidos pelo SUS, se os planos vão ter responsabilidade de ressarcir o erário
633 público. Conselheira **Ivone Martini de Oliveira**: "Sou Ivone, do Conselho Federal de Enfermagem.
634 Secretário, eu gostaria de dizer em primeiro lugar que não existe nenhum plano de saúde no Brasil que
635 dê, por mais caro que seja, atenção integral à saúde do paciente como nós entendemos. A minha
636 formação técnica muito rigorosa e a minha profissão de enfermagem assim exige que o paciente seja
637 olhado como um todo, integralmente; então, eu sei que planos de saúde inclusive de autogestão – Cida
638 - no valor de dois R\$ 2 mil, que não cobre todo procedimento. Quero citar uma aqui, tranquilamente,
639 que a cirurgia bariátrica, todo mundo está vendo que eu não fiz, mas, ao final, quando a pessoa perde
640 50, 60 quilos fica com o corpo cheio de dobras e pregas que vivem assadas, cheias de micoses e
641 fungos e aí não quer cobrir a restauração desse corpo. E eu, pessoa que paga R\$ 2 mil por mês, tem
642 de ficar implorando para que seja autorizada uma cirurgia, que é só ela ficar lá pelada que todo mundo
643 está vendo que precisa. Cito esse exemplo da bariátrica, mas é muito comum; não existe nenhum plano
644 que dê assistência integral dos caros, imagine R\$ 80 reais o que ele dará. Então, acho que ele vai dar
645 muito pouco e não vai resolver o problema de saúde do brasileiro com esse investimento e ainda
646 assistência hospitalar. Outra coisa que eu gostaria de colocar aqui, que sempre me deixa muito
647 indignada, secretário, e que nunca se falou... eu vou em um plano de saúde, ganho uma receita, mas
648 quem vai pagar o meu remédio é o SUS, na Farmácia Popular, para que o plano de saúde não tenha
649 de atender uma complicação da minha doença. Então, não é o plano de saúde. Se eu tenho uma
650 pressão alta, vou ao cardiologista privado e ganho uma receita; não é o meu plano de saúde que vai
651 pagar o remédio, quem vai curar é o SUS. E isso não é cobrado do plano de saúde. E quem não vai me
652 atender com a complicação de um AVC ou infarto disso é o plano de saúde que está economizando.
653 Então, eu acho que há distorções muito graves na questão privada no país, eu acho que se quem paga
654 plano de saúde, se somar mês a mês, tudo que pagou e tudo que gastou, vai ver que não é verdade
655 que não existe lucro, inclusive, na autogestão - porque eu sou de um plano de autogestão e sei muito
656 bem como funciona - não é barato, não é barato Cida (*conselheira Maria Aparecida*). Não sei se você
657 pode dizer, mas se você disser quanto custa em média um plano de autogestão você vai ver que não é
658 barato. Então, eu gostaria de fazer essas considerações, secretário, primeiro para que tenhamos bem a
659 par da realidade que vivemos e, segundo, para ver que o SUS contribui muito para o sistema privado,
660 para que tenha mais lucro do que já tem. É isso que nós temos que rever para poder enriquecer o SUS,
661 fortalecer e dar atenção para o brasileiro através do SUS. É isso." Conselheira **Christianne Maria de**
662 **Oliveira Costa**: "Bom dia a todos e a todas. Christianne, da Federação Brasileira de Hemofilia,
663 segmento dos usuários. A minha fala foi contemplada com todas dos meus colegas. Minhas perguntas
664 para o secretário são bem específicas. Quando o Ministério da Saúde pensa em um plano acessível,
665 ele deve ter pensado em um modelo. Eu gostaria de ouvir a sua fala a respeito disso porque que
666 característica é dessa pessoa jurídica? Ela será o quê? Uma empresa privada? Ela será uma OSCIP?
667 É porque na mesma fala de um plano de autogestão, dizer que não há fins lucrativos, é brincadeira,
668 porque remuneração de saúde é cara, não há realmente um plano que se auto sustente, nem os
669 estaduais que não conseguem manter os seus planos estaduais, que fazem para os seus servidores
670 públicos, quiçá um nacional para a população de baixa renda. Então, em um caso prático, o que seria?
671 Você entra com uma carteirinha de plano básico, aí você chega lá e descobre que a sua patologia, sua
672 doença é uma coisa mais grave e que necessita de uma alta complexidade. Vai jogar para onde? Vai
673 dizer que dali você sai da porta e volta para casa? Para procurar o SUS? Ou vai passar para o SUS
674 que não vai aceitar a alta complexidade? Então, a participação do Conselho Nacional no processo de

675 construção disso é fundamental, pode estar ausente até mesmo para construir e depois vir discutir o
676 que já está decidido não; mas do que qualquer outro, é fundamental a participação do Conselho na
677 discussão, em todo o processo. Então, seria basicamente a minha pergunta específica, é bem essa.”
678 **Conselheiro Wanderley Gomes da Silva:** “Boa tarde. Wanderley, da CONAM. Eu queria iniciar a
679 minha fala, apresentando, no meu entendimento, que há uma profunda contradição nesta proposta de
680 planos acessíveis ou planos populares, considerando que no atual quadro, o nosso país passa por uma
681 profunda recessão e essa recessão econômica que causa 12 milhões de brasileiros e brasileiras
682 desempregados só no ano de 2016; 1 milhão e 800 mil pessoas saíram dos planos de saúde e foram
683 apenas fazer o uso do serviço público, do atendimento público. Então, há uma contradição muito
684 grande aí, eu queria entender, procuro entender um pouco a natureza dessa contradição porque aí, é o
685 seguinte, dizia o velho lema de São Francisco de Assis “é dando que se recebe”; por que esse atual
686 governo está muito preocupado em dar essa fatia para o mercado, somente para o mercado em
687 detrimento do sucateamento e da privatização do SUS? A primeira questão é essa. A segunda é a
688 seguinte: se nós levarmos ao pé da letra, o plano popular no Brasil não vai resolver o atendimento da
689 saúde do país, o que resolve é aumentar a cobertura, o que resolve é fazer investimento que precisa no
690 financiamento da saúde pública. Eu acho que esse governo de plantão deveria começar a fazer uma
691 correção de percurso nesse sentido porque haverá resistência, haverá resistência do SUS e aí é
692 importante frisar e deixar muito bem registrado, negritar. O CNS, quando se recusou a fazer parte, não
693 atender o convite do Ministério para discutir essa proposta, deixou claro o seguinte: que esse espaço
694 de controle social, em sua maioria absoluta, não aceita, não concorda com esse plano; não adianta
695 insistir; nós não vamos porque é tão criminoso quem aperta o gatilho quanto quem empresta o revolver;
696 nós não vamos entrar nessa; nós temos posição em relação a esse tema, plano de saúde acessível;
697 para quem plano de saúde acessível? Não resolve o problema de saúde pública nesse país. O setor
698 privado tem um papel a cumprir na questão da saúde: é o papel suplementar e não o papel de
699 substituição. Então, nós não podemos entrar nessa e eu queria também aqui colocar o seguinte. Esse
700 plano é apenas para consulta básica, só, nada mais; a alta complexidade, gastos equipamentos,
701 insumos profissionais, alta tecnologia continuam ainda no público, continuam no velho SUS, criado e
702 defendido por todos nós. Por fim, eu avalio que é preciso fazer aumento da cobertura, fazer
703 investimento ao invés de ficar inventando moda. Eu acho que todos nós aqui temos muito claro e aí,
704 senhoras e senhores, país em recessão que tem governante sério minimamente investe em política
705 pública por compreender a dificuldade material do conjunto da população em particular dos
706 trabalhadores; a situação material dos trabalhadores. É preciso uma cobertura maior e um
707 acompanhamento, uma assistência maior por parte do Estado. Por fim, companheiros e companheiras,
708 quero aqui dizer o seguinte: nós não vamos, em hipótese alguma, aceitar passivamente essa
709 imposição; não, isso não vai descer goela a baixo do controle social; nós não vamos permitir isso, já
710 basta, já basta o exemplo: os ataques recentes que a saúde pública vem sofrendo nesse país; é o
711 subfinanciamento; é minuta de portaria que cria dois blocos - custeio e capital – planos acessíveis,
712 entre outras coisas. Então, nós, enquanto espaço, nós vamos resistir.” **Conselheira Francisca Rêgo**
713 **Oliveira Araújo:** “Conclua Wanderley.” **Conselheiro Wanderley Gomes da Silva:** “E aí espero que
714 tenha ficado claro que não adianta fazer apelo, a maioria desse Conselho está convicta que essa
715 proposta não é boa para o nosso povo; e nós não vamos compartilhar, compactuar com esse, eu
716 poderia até ousar dizer “crime de lesa pátria”, jamais.” **Conselheira Juliana Santorum:** “Rapidíssimo.
717 Por fim, eu queria deixar uma pergunta: será que com esse plano quem ganha são as usuárias e os
718 usuários, a população do Brasil, ou os 131 parlamentares que receberam mais de R\$ 52 milhões de 4
719 operadoras de plano de saúde? Por fim, Neilton, querer fazer parte de um grupo de trabalho e para a
720 Christianne também, não querer fazer parte de um grupo de trabalho que já tem a sua tarefa
721 praticamente cumprida, que já tem uma clareza sobre o que fazer não deslegitima o papel do CNS no
722 exercício do controle social; e contrassenso é dizer que defende o SUS e fingir que não entende os
723 argumentos e as preocupações que nós, representando a população, estamos aqui trazendo para o
724 debate.” **Conselheira Francisca Rêgo Oliveira Araújo:** “Obrigada Juliana. Secretário.” **Conselheiro**
725 **Neilton Araújo de Oliveira:** “Eu acho importante colocar, muito pelo contrário, eu até elogiei algumas
726 posições, algumas questões que estavam aqui, mesmo até dizendo que algumas delas reforçavam a
727 ideia da não implementação do plano. O que eu disse foi da participação, é legítimo isso. Portanto, se
728 você entendeu errado, desculpa.” **Secretário de Atenção à Saúde – SAS/MS, Francisco de Assis**
729 **Figueiredo:** “Vou tentar responder a todos. Primeiro, eu vou falar e deixar claro: quando recebi o
730 convite para ser Secretário de Atenção à Saúde - tem alguém aqui que é de Minas? De Belo Horizonte,
731 no caso? Para estudar, eu fui ficheiro do Hospital Odilon Behrens durante três anos; ficheiro, fazendo
732 ficha; a porta do pronto socorro do Odilon Behrens. Trabalhei desde a época de Patrus, Célio Castro
733 todos; foi uma história na minha vida, Odilon Behrens, secretaria municipal de saúde. A situação como
734 um todo. Então, eu conheço essa história e quando eu aceitei, tenham a certeza que a minha defesa é
735 aquela que eu estou lendo aqui “um SUS público, integral, universal, gratuito”; não só eu estou lá por
736 causa disso. Então, uma das situações, vou deixar claro nesse sentido, é que fiz uma análise do

737 contexto de como estava o sistema no dia que entrei e o que me chamou a atenção na Secretaria de
738 Atenção à saúde era os inúmeros serviços que não estavam sendo custeados, inclusive o Viver sem
739 Limites. Então foi muito orgulho estar nesse momento no MS, com toda equipe, nós temos habilitado
740 todos os serviços que estavam prontos dentro do Ministério em 2016 para dar o que a população
741 merece; e que o usuário do sistema merece. Então, acho que depois pode ser, eu só quero falar o
742 seguinte: no Ministério, além de tudo aquilo que foi dito, pensar em cada cidadão, no usuário do
743 Sistema que bate à porta de qualquer um dos serviços, um bom atendimento e isso que é o meu
744 trabalho. Assim, a cada momento que eu visito um lugar - eu vou às unidades básicas - eu tenho de
745 entrar no CAPS, eu tenho de entrar... tenho tempo para ir a todos os setores, para ver o Sistema e
746 conversar. Então, se ouve muito por ser uma situação de todos, uma situação tripartite – Estados,
747 Municípios e União - ouvia-se muito “Eu não estou habilitado, por isso que eu não faço; eu não tenho
748 porque não tenho dinheiro”. É aquela, desculpa, “correndo atrás do rabo”. Então, hoje é um momento
749 que temos pensar juntos realmente nesse usuário que está batendo e precisando. Eu fui ao Rio Grande
750 do Sul esses dias e visitei dois locais. Eu não vou lembrar, uma UPA em um canto de uma cidade que
751 possui uma parte psiquiátrica, não lembro, tem alguém do Rio Grande do Sul que pode me ajudar? Não
752 sei se tem alguém. Então, eu falei: não pode um sistema permitir uma situação como essa, nós temos
753 de estar juntos - Conselho, União, Estado e Município...eu falo o seguinte: eu vou defender esse SUS e
754 esse é o meu papel aqui; o dia que eu não pensar assim, pode ter certeza que eu não ficarei na
755 Secretaria de Atenção à Saúde. Então, quantas vezes eu for chamado por esse Conselho eu não vou
756 me furtar de estar aqui dentro e toda vez que os senhores, especificamente, qualquer um de vocês
757 quiserem discutir eu estou aberto à discussão. Agora, respondendo às perguntas, e tem muita coisa...e
758 se eu deixar alguma coisa para trás, eu fico em aberto, mas acho que uma das perguntas, eu recebi, e
759 por sinal: vejam o Ministério como é lento, em toda a sua organização. Eu soube ontem do ofício,
760 quarta, 14, protocolado; o ofício lá no meu setor saiu daqui protocolado que eu vi e, imediatamente,
761 pedi à assessoria para mandar por todo um contexto para CONJUR. Eu acho que a (*conselheira*)
762 Denise fez essa pergunta...do ofício, eu vou dar essa resposta. Hoje eu vou lá na assessoria jurídica e
763 volto aqui para dar essa resposta. Contexto, (*conselheira*) Maria das Graças fez essa pergunta; depois
764 de analisar e divulgar, em nenhum momento foi discutido, eu tive a maior situação no no grupo e só
765 lembrando o seguinte: dentro da fala do Neilton Araújo de Oliveira aqui, foi solicitado para convidar o
766 Conselho e esteve presente nas reuniões CONASS e CONASEMS; Mauro, presidente do CONASEMS
767 e Gabbardo, presidente do CONASS. Eu mandei convidar todos para essa reunião. Então, pedi
768 também porque eu queria muito que todos estivessem presentes e Mauro, presidente do CONASEMS e
769 Gabbardo, presidente do CONASS, estiveram presentes. Neste contexto, em nenhum momento, foi
770 discutido nenhum valor; não entrou na questão de nenhum valor; eu falei assim: o que vocês estão
771 pensando, nós vamos submeter à ANS, o órgão responsável por isso, para ver a pertinência. Então,
772 acho que o ofício (*conselheira*) Maria das Graças, o Conselho foi convidado nessa situação, mas acho,
773 indo um pouco à fala da Denise, ter acesso ao ofício, eu vou verificar isso. O (*conselheiro*) Adriano fala
774 tabela. Não foi conversado (*conselheiro*) Adriano; o CONASEMS e o CONASS participaram e eu vou
775 verificar o prazo de resposta da ANS para essa situação. O (*conselheiro*) Moysés, o SUS regula o
776 Sistema, por isso eu tentei todos os órgãos dentro; na hora que foi definido para eu participar, falei:
777 “vou chamar todo mundo; chamei os órgãos do consumidor, CONASS, CONASEMS”, falei “chama o
778 Conselho”, todo mundo; o PROTESTE, que é do consumidor. Acho que deve ter ofício, então, e vou
779 dar essa resposta junto dessa situação. E, por isso, acho CONASS e CONASEMS importante, junto ao
780 Conselho, porque eu sei que o sistema é soberano, a regulação do SUS é nossa e a questão da ANS é
781 outra discussão. (*Conselheira*) Simone fala de um plano para indigente, a discussão foi de flexibilização
782 de planos, o que poderia ser feito. Então, foi nesse sistema (*conselheira*) Simone, nessa resposta que
783 eu tenho é hora nenhuma - por isso foi importante a participação do COSEMS e do CONASEMS - para
784 não ter o que foi dito “um atentado ao SUS”, porque o SUS para mim é soberano, soberano e será
785 sempre soberano. (*Conselheira*) Carolina, não foi discutido nada sobre financiamento do SUS; não é,
786 não vai ser e não terá um centavo do SUS. E definitivamente isso ficou bem colocado aqui por alguém:
787 essa é uma situação de mercado; é o que cada um quiser comparar daquela forma e um outro
788 pensamento.” *Interrupção...* Conselheiro **José Arnaldo**: “E a renúncia fiscal, ninguém fala?”. Secretário
789 de Atenção a Saúde – SAS/MS, **Francisco de Assis Figueiredo**: “A (*conselheira*) Juliana fala de um
790 SUS forte, concordo, não tenho a menor dúvida. A última pergunta que você fez, eu vou tentar
791 responder, que a minha resposta, eu entendi a sua colocação, mas acho que quem define e espero que
792 seja definido depois, se tudo aquilo que chega, que o mercado, as pessoas que estejam lá que
793 compararam ou não um determinado produto, para essa situação, que não é uma coisa que não nos
794 interessa, não vamos acessar agora, flexibilizar os planos de saúde, como vai ser esse acesso, é uma
795 discussão em torno de uma medicina suplementar; é difícil responder nesse sentido; a pesquisa que eu
796 citei foi uma pesquisa extremamente divulgada pelo Instituto de Estudos de Saúde suplementar – IESS,
797 está no site do IESS, como foi muito mais ampla apontou que casa própria, educação e depois vem a
798 saúde... (*Conselheiro*) Willen, tenho uma sobrinha fisioterapeuta e converso exaustivamente com ela

799 nesse sentido. Sei da tabela dos planos de saúde, que muitos utilizam, até estagiários para tentar não é
800 isso? É o que ela me conta, nesse contexto de algumas clínicas privadas. É assim que acontece, mas
801 acho que é um desafio nosso jurídico, quando você fala em não respeitar a contratualização existente
802 de todos, nós estarmos juntos uma vez que o contratualizado tem de ser cumprido nesse sentido. E
803 concordo com você: "o SUS é soberano", mas falo como o Neilton Araújo de Oliveira, uma medicina,
804 uma saúde suplementar, nós precisamos ter a certeza de que é regulamentada com uma legislação
805 pertinente. A (*Conselheira*) Denise já respondi. (*Conselheira*) Denise, nessa situação que também
806 colocou, além do teor do ofício, a questão do SUS forte, a sua integralidade. (*Conselheira*) Carmem
807 falou também um pouco da atenção básica, do sistema de regulação, uma das coisas que nós estamos
808 brigando, que estou brigando muito, além de muitas coisas que me batem na Secretaria de Atenção à
809 Saúde, pessoal, uma das coisas que me cutuca muito, falando assim de uma forma simples, é a fila da
810 cirurgia eletiva. Por exemplo, acho que o cidadão tem de saber qual o lugar dele na fila da cirurgia
811 eletiva. Estamos discutindo isso muito internamente; chega assim "a minha cirurgia foi cancelada", você
812 não sabe o que aconteceu; se você souber que é o 10º, é o 7º, no mínimo, dá esperança para o
813 cidadão, que ele não sendo colocado à margem do que está acontecendo; o cidadão tem de saber o
814 que está acontecendo com a saúde na questão da sua da sua necessidade. Então, uma das coisas que
815 eu quis ter acesso, nós falamos tanto em regulação, foi a regulação, por exemplo, das cirurgias
816 eletivas. Nós ainda temos fila com médico; que a fila não está nem com o gestor, a fila está com o
817 hospital, não está com o gestor, a fila está com o médico que é dono da sala, do bloco; é absurdo
818 permitir uma situação como essa; o SUS tem de conhecer essa fila de regulação para termos e
819 sabermos como atacar isso. Então, eu acho que a regulação é fundamental para todos nós.
820 (*Conselheira*) Maria aparecida, a UNIDAS participou ativamente de todo o processo, em todas as
821 reuniões a UNIDAS esteve presente. Concordo totalmente com você nessa questão: a judicialização já
822 ocorre, ocorre de maneira forte em todos os setores e onde nós precisamos trabalhar inicialmente.
823 (*Conselheira*) Márcia coloca um sistema integral, acessível e Viver Sem Limites. Eu não tenho a menor
824 dúvida de que é uma grande política. Então, por exemplo, nós habilitamos tudo do Programa Viver Sem
825 Limites que estava parado. Todas as responsáveis pela política nos procuraram... situação específica
826 de alguns locais mais importantes, mas uma coisa só que eu vou teimar em deixar aqui o Ministério;
827 estou cobrando muito, por já ter sido do lado de lá, o Ministério repassa dinheiro para um cargo,
828 Conselho, seja lá para o que for, muitos não estão funcionando, como é a portaria, se nós não
829 cobrarmos da ponta, do gestor local o funcionamento, o SUS habilita e passa recurso; se os nossos
830 gestores não executam, eu falo o seguinte, esteve um prefeito comigo esses dias de um CAPS. Como
831 é que funciona o CAPS? Está funcionando sem médico, ou seja, nós precisamos do controle social
832 ativamente nisso, nos ajudando no SUS, nos cobram muito a habilitação, mas quando habilita, nós
833 temos de verificar se esses serviços estão realmente funcionando ou não, até para tocar nisso que o
834 (*conselheiro*) Wanderlei coloca também, dos planos acessíveis. A questão da recessão econômica, que
835 eu não tenho a menor dúvida, eu não quis discutir repetindo o plano de saúde sobre dinheiro ... A
836 pergunta para todos é a seguinte: o que vocês estão falando, porque eu falo que não conheço muito
837 sobre o assunto, isso é pertinente; então eles falaram "não", tem de mandar para a ANS. Então, eu
838 falei: "então não há o que se discutir, não há de se discutir nada se a ANS falar que não é um produto"
839 como alguém falou aqui. Falou aqui "morto que nasce já morto". Então, essa foi a discussão, acho que
840 fica para mim o seguinte: vou responder até hoje a tarde, eu subo agora, vou pegar esse ofício na
841 consultoria jurídica para dar uma resposta para vocês. Iniciou pela (*conselheira*) Maria das Graças e
842 muitos falaram nisso, a (*conselheira*) Denise foi muito clara no pedido. O que eu gostaria muito e eu
843 tinha falado isso com o (*conselheiro*) Neilton, que chamasse todos os órgãos, todos os conselhos,
844 todas as representações para estarem presentes; o CONASS foi, o CONASEMS foi, a Confederação
845 Nacional... foi, o PROTESTE... eu vou passar essa lista também para vocês junto disso. Nós definimos
846 e eu volto aqui quando necessário, além disso, vou perguntar à ANS - não sei se foi o (*conselheiro*)
847 Moysés que pediu - quando será respondida a questão da ANS. E aí eu respondo essa situação. Ok?
848 Muito obrigado a todos." Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes**: "Eu preciso de um minuto. Esse
849 tema é tão delicado que eu vou ler o que recebi da entidade que eu represento, o CONASS. O
850 CONASS foi incluído na portaria e, ao ser comunicado da inclusão, o presidente Gabbardo, entendendo
851 a importância e a delicadeza do tema, deliberou e comunicou ao Ministro, por meio de ofício, que o
852 tema seria debatido apenas por ele; e, até onde eu sei, ele compareceu apenas a uma reunião e não foi
853 mais a nenhuma outra. Por isso, eu não tenho nenhuma informação a acrescentar sobre a participação;
854 só quero restringir ao modelo que eu acredito, Secretário, é que nós temos que defender um sistema
855 público como solução para a saúde dos brasileiros. Quero aqui subscrever a frase da (*conselheira*)
856 Carmem, sou eu, não é a minha entidade, que isso é pagar pouco por serviço nenhum e serve apenas
857 para aumentar a renúncia fiscal." Conselheira **Juliana Santorum**: "É por isso que nós deliberamos por
858 não compor este GT, para depois não dizer que a nós estamos discutindo uma proposta com a
859 presença do CNS.' Conselheira **Liu Leal**: "Não foram esclarecidas outras questões de outros
860 conselheiros. Conselheira **Maria Aparecida Braga**: "Eu acho importante esclarecer, assim como o

CONASS fez questão de esclarecer. A UNIDAS também não participou ativamente do GT; foi convidada em algumas reuniões para apresentação do resultado". Secretário de Atenção a Saúde – SAS/MS, **Francisco de Assis Figueiredo**: "O André esteve em todas as reuniões." Conselheira **Maria Aparecida Braga**: "Não, mas ele foi convidado para assistir as apresentações, mas na discussão não houve interferência da UNIDAS na construção do projeto." Conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**: "Obrigada. Só conduzir um pouquinho e quando eu fizer uma fala de posição da mesa, nós vemos e repactuamos quanto tempo nós podemos ter com o secretário." Secretário de Atenção a Saúde – SAS/MS, **Francisco de Assis Figueiredo**: "Qual o nome dela?". Conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**: "Maria Aparecida. Até para contextualizar... Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**: "Francisca, é só uma questão geral, eu tenho defendido que o Conselho... Conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**: "É mais..." Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**: "Só um pouquinho..." Conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**: "Eu só queria conduzir. Vou abrir, só queria dar um encaminhamento aqui, porque eu também fiquei ouvindo enquanto mesa... Eu queria só colocar aqui dois pontos de tudo que tirou. Acho que nós ficamos cobrando dos colegas, companheiros e companheiras, o tempo, para que pudesse haver maiores esclarecimentos e nós sabemos que nem sempre as nossas perguntas são respondidas a contento, mas queria, enquanto coordenação dessa mesa, até pegando uma fala no final da sua secretário... É o seguinte: é muito claro aqui, para nós do CNS, que nós não aprovamos essa questão do plano; então, nós já debatemos e já nos posicionamos. Na linha que (*conselheira*) Juliana colocou, é realmente, tem insistido que nós possamos participar, mas nós já tínhamos decidido que, por não concordar, não participaríamos. Mas eu queria pegar aqui um ponto na condução da mesa, que acho que é muito importante. Nós vemos em um trabalho de fortalecimento das nossas comissões, para que as nossas comissões possam se debruçar mais sobre as temáticas, trazer mais informações para esse Pleno e também para a Mesa. Então, foi até uma sugestão, não me recordo de quem, mas que o presidente da ANS pudesse estar aqui conosco também para se colocar. Então, nós vamos fazer um convite para que ele possa vir debater com a Comissão de Saúde suplementar; a Comissão vai se debruçar sobre essa temática e vai trazer para nós as coisas mais elucidadas. Na questão do ofício, é muito importante que nós possamos obter, mas o Senhor falava da condição, da importância de dar conta do monitoramento do que está acontecendo com relação à regulação, não só isso, mas também observar o quanto é importante para essa Secretaria, que o senhor coordena, é entender que a dimensão de se fazer uma boa assistência passa não só pela questão do recurso e acabar com a fila, mas de garantir que, para que os repasses sejam feitos às equipes, às unidades, sejam consistidas; mas que isso: também precisa ter um compromisso dos gestores municipais e estaduais de, ao menos não ficar fazendo que serviços essenciais sejam mantidos por profissionais que não pertencem a rede, por profissionais contratados, que se por empresas que estão mantendo isso, por cooperativas que estão mantendo isso. Então, a situação do plano e só dizer que o SUS não dá conta de atender, não resolve; então, assim, eu gostaria de fazer essa fala aqui enquanto Mesa, enquanto coordenadora, dois grandes encaminhamentos que teve: de nós obtermos esse material para, através da Comissão de Saúde Suplementar, se debruçar sobre isso; e pautar isso nos próximos momentos aqui no Pleno. E saber quanto tempo o senhor ainda tem aqui conosco para eu poder abrir aos colegas como Neilton, Liu, que se colocaram e conselheira Lenir. O senhor pode ficar conosco quanto tempo? Cinco minutos? Então, assim, conselheiro Neilton quer fazer um encaminhamento. Mas eu quero garantir a fala das conselheiras Liu e Lenir. Tudo bem? Todos concordam? Ok." Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira Araujo de Oliveira**: "O meu comentário é rápido. Eu tenho defendido na Mesa Diretora e nesse Conselho, sempre defendi isso, que o CNS não se furte de participar das questões, de todos os debates; o que precisaria ter era uma definição clara, às vezes até por ofício da Mesa Diretora, dizendo o papel que o representante do Conselho está cumprindo naquele fórum, naquele grupo e assim por diante. Eu quero continuar defendendo isso, mas não vou nesse momento fazer nenhum cavalo de batalha, mas queria propor que nós discutíssemos isso em outra reunião do Conselho: a nossa presença, porque quanto mais eu estou me intelectuado, quanto mais eu me informo das questões, mais eu me capacito até para ser contrário à posição. Então, eu quero defender, independente de ser contra ou a favor a qualquer proposta, que o Conselho não se furte. Então Francisca, eu queria que você anotasse isso; não é em relação ao plano acessível; a qualquer convite ao Conselho, que nós discutíssemos qual o papel, qual a representação, qual a delegação que o nosso representante vai ter naquele fórum; e é muito lógico e legítimo chegar lá e dizer: "estou aqui, vou ouvir, vou levar para o Conselho, nós vamos deliberar e depois vamos ter uma posição". Isso para mim é democrático." Conselheira **Liu leal**: "Eu pedi a fala porque acabo de afirmar, é que acho que precisa ter uma explicação desse nosso governo sobre o direito à saúde e o sistema universal, o que esse governo, o que essa gestão e vocês conselheiros do setor do Ministério da Saúde compreendem como sistema universal de saúde. Eu acho, está claro, nós viemos aqui fazer um conjunto de levantamentos, de questões que todos nós conhecemos e vivemos, das nossas entidades e cabe esse tipo de questionamento. Nós temos de ter um pouco mais de cuidado com isso, usar da fragilidade das pessoas para tentar encontrar adesões estratégicas e perigosas. Eu vou dizer um nome

923 irresponsável, muitas vezes, nós temos de ter muito mais cuidado, nós somos aqui um corpo de
924 representação da sociedade brasileira. Isso se chama controle social. Nós temos definições dadas a
925 partir desse tema, então precisamos cuidar um pouco disso para nós não usarmos de forma
926 maniqueísta as conduções ou de representações ou de algumas falas. Dentro disso, nós temos
927 diretrizes, tem um plano que foi assumido na 15ª conferência; precisa ser olhado para isso e
928 respeitado. Esse é o primeiro ponto. O segundo é que não está claro, a soma, a proposta, a questão de
929 dizer que subsídio do sistema público, por exemplo, que o Ministro fala de R\$ 80 reais e se nós
930 entendemos que a maioria dos planos de saúde é um valor muito mais alto que isso. Eu fiz cálculos
931 aqui, fazendo cálculos entendendo que a população vai entrar com sua ação direta de financiamento de
932 R\$ 80, nós não vamos ter de dar subsídio de algum lugar possivelmente do próprio no MS? E 20% do
933 SUS, isso quer dizer que nós vamos ter um grave problema para piorar o subfinanciamento. É bom
934 todo mundo entender aqui porque, assim, é plano popular e não vai ter direito a todas as questões que
935 nós entendemos como integralidade do cuidado para todos nós, todos os segmentos aqui que
936 protegemos e acreditamos que a população tem direito; a garantia do cuidado vai ser prejudicada
937 radicalmente e o SUS vai ser aprofundado no seu subfinanciamento. Então, assim, vou fazer a soma
938 direitinho, vou trazer aqui para nós o cálculo das coisas, porque, assim, nós já não concordamos com a
939 retirada do direito à saúde, mas vocês ficarem aqui tentando nos responder com respostas infundadas,
940 também não nos traz nenhuma contribuição, portanto, nem uma sala fechada para participar e nem
941 aqui nós concordamos com esse tipo de argumento ou de contra-argumento." Conselheira **Lenir**
942 **Santos**: "Acho que a questão aqui talvez mais relevante e que acabou acontecendo com isso porque a
943 proposta, acho que a questão de competência... O Ministério da Saúde, que é a direção nacional do
944 SUS - isso está na Lei 8.080/90 - não pode ficar propondo coisas para o mercado. O mercado tem o
945 espaço dele. O mercado que viesse fazer essa proposta e daí fosse para a ANS e a Agência então
946 fosse se manifestar até porque isso teria de ser lei, teria de passar no Congresso para fazer. Eu acho
947 que todo esse mal-estar é porque partiu de dentro do MS, que é a direção nacional do SUS, que é
948 público, universal, gratuito, isto que está previsto na Lei. Então, isso causou todo esse problema. O
949 mercado que fizesse a proposta; ele poderia fazer a proposta para mandar à ANS; e a ANS ia apreciar
950 se fazia sentido ou não; fazia sentido e tinha de ser lei; ia para o Congresso e o debate seria então no
951 lugar certo. Eu acho que houve uma inversão que causou mal-estar que não é papel realmente do MS,
952 dirigente nacional do SUS, propor produto para o mercado. Eu acho que está aí todo o mal-estar. Ele
953 se centra no tocante à competência. Quem teria a competência? O mercado e não o poder público a
954 fazer isso, fazendo produto para o mercado . Acho que é esse o problema." Secretário de Atenção a
955 Saúde – SAS/MS, **Francisco de Assis Figueiredo**: "(Conselheira) Liu. Eu, Francisco, não conversei
956 sobre dinheiro, a respeito de R\$ 80 com ninguém. Eu, Francisco, falando sinceramente, não participei
957 de absolutamente nada e não fiz cálculo nenhum. Então, todos que estavam na comissão eu vou
958 passar para vocês, podem perguntar, hora nenhuma eu fiz isso, estou falando, estou entendendo..."
959 Conselheira **Liu Leal**: "O Ministro falou: "R\$ 80 para 20 milhões de pessoas, já tenho o cálculo já".
960 Secretário de Atenção a Saúde – SAS/MS, **Francisco de Assis Figueiredo**: "Eu não fiz e não
961 participei disso. E (conselheira) Lenir, eu acho que você está. Eu entendo a sua fala, mas aconteceu.
962 Participamos e se foi feito uma situação, concordo com a sua fala, acho que a partir de agora,
963 levaremos esse recado. Ok. Obrigado." Conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**: "Fazer a nossa
964 pausa para o almoço" Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**: "Só relembra os encaminhamentos
965 que nós tiramos desse ponto. Conselheira **Maria Aparecida Braga**: "Precisa relembrar porque a
966 proposta que eu fiz em convidar o presidente da ANS não é para a Comissão de Saúde Suplementar,
967 pode ir lá também, a minha proposta é para que ele venha ao Plenário do Conselho. Conselheira
968 **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**: "Mas quando nós colocamos enquanto mesa, nós entendemos que
969 pode até vir depois, mas nós queríamos que a Comissão se aprovisasse mais disso e empoderássemos
970 a Comissão, porque temos uma comissão que trata do tema; ela nos preparasse e depois nós
971 decidiríamos se precisaria que ele viesse aqui. Está certo então? O que eu entendi de tudo isso aqui:
972 nós temos a proposta do presidente da ANS vir; na sequência, pegamos - ele ficou de responder - nós
973 vamos solicitar o teor do ofício encaminhado à ANS. Na sequência, (conselheiro) Neilton fez uma
974 colocação e pediu que nós... todas as temáticas, não especificamente do plano, que o CNS fosse
975 chamado para discutir; que nós pudéssemos eleger quem participaria; então exatamente isso está
976 colocado aqui; que aí nós decidimos e volta depois com as explicações necessárias. E, por último, foi a
977 colocação da conselheira Lenir com relação à competência de se propor isso; e o secretário disse que
978 vai levar essa discussão, esse recado do Conselho ao Ministro. Não, ele falou que a tarde voltaria, vai
979 levantar e vai trazer, está bom? Pessoal..." Conselheira **Maria Aparecida Braga**: "Olha só, eu queria..."
980 Conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**: "Só um pouquinho, para eu fechar a minha parte aqui, aí
981 vocês que quiserem, difícil, mas nós vamos fechar nosso compromisso de relatoria dessa pauta. Os
982 encaminhamentos, nós vamos acompanhar esses pontos que nós construímos aqui juntos e entendi
983 que não precisava deliberar no Pleno nada, porque foram propostas que não dependem de nós. Vamos
984 ficar esperando e nós vamos, enquanto Mesa, cobrar; ele se comprometeu que à tarde traria esse

985 documento. Então, esperar até amanhã para termos esse documento." Conselheira **Maria Aparecida**
986 **Braga:** "Eu queria, a partir da discussão, fazer uma outra proposta ou para a Comissão de Saúde
987 Suplementar ou para o Pleno: que nós pudéssemos trazer para cá um debate sobre autogestão; eu
988 acho que aqui foram levantadas algumas questões que demonstram que as pessoas não têm muito
989 claro o que é autogestão; essa questão de valores, vai me desculpar, querer dizer que a autogestão
990 está cobrando a mesma coisa que o mercado... Nós temos números, dados, que podemos trazer aqui e
991 esclarecer aos membros do Conselho. Eu gostaria de solicitar, em nome da UNIDAS, que pudesse ser
992 convidada para vir aqui fazer uma apresentação ao Pleno para que as pessoas conheçam exatamente
993 o que é uma autogestão e façamos esse debate aqui." Conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo:** "
994 Deixe-me conduzir aqui... Então, em relação a essa temática: todas as vezes que queremos um tema,
995 solicitamos à Mesa. Mas, entendendo que nós estamos em Pleno aberto, essa sugestão de tema será
996 incluída, entra na ordem de prioridade das temáticas aqui. Tudo bem?" Conselheiro **Ronald Ferreira**
997 **dos Santos:** "Eu só queria dar uma orientação nesse encaminhamento porque nós temos a decisão de
998 colocar estrutura do conselho em funcionamento; a divisão de responsabilidades e colocar nossas
999 comissões para funcionar, para cumprir suas funções, certo? Acho que, nesse caso, tanto o tema do
1000 convite da ANS, quanto esse tema que a conselheira traz, pode ser o objeto inicial já nos próximos 30,
1001 40 dias para comissão discutir e sugiro que a UNIDAS possa compartilhar como informe; algumas
1002 informações que gostaria de compartilhar nos informes para já ir aliviando o debate, independente de a
1003 comissão discutir, ir para a pauta da comissão, para deixar alguns esclarecimentos necessários; e aí, a
1004 partir do debate da comissão, nós teríamos condição de trazer com mais subsídios para o Pleno."
1005 Conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo:** "Obrigada **Ronald.**" Conselheira **Liu Leal:** "Eu acho que
1006 nós precisamos aprofundar mais; eu conversei com a ABRASCO/CEBES para fazer um debate na
1007 próxima reunião, quinta-feira, à noite, fazer um debate sobre essas questões. Gostaria de convidar todo
1008 mundo, é um debate para aprofundar o assunto, mobilizar, questionar, aprofundando em um debate
1009 que não vai acabar agora, mas que precisa que atentemos para algumas questões..." Conselheira
1010 **Francisca Rêgo Oliveira Araújo:** (Conselheira) Liu, sugiro que você nos mande isso, bem direitinho,
1011 porque disponibilizamos para todas as entidades que queiram participar desse espaço que está sendo
1012 construído para o debate." Conselheira **Denise Torreão:** "Só lembrando o pedido da Marisa, para
1013 lembrar, eu não ouvi nos seus encaminhamentos, ela pediu a transcrição na íntegra desse ponto."
1014 Conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo:** "Sim. Eu anotei aqui é porque eu não comentei.
1015 Estamos encerrando e o radar está previsto para começar pontualmente às 14 horas uma vez que a
1016 transmissão tem um momento de interlocução e nós temos pouco tempo para o almoço. Então, vamos
1017 procurar cumprir o horário das 14 horas. Muito obrigada." Definido esse ponto, a mesa suspendeu para
1018 o almoço. Definido esse ponto, a mesa interrompeu para o almoço. Retomando, a mesa foi composta
1019 para o item 4 da pauta. **ITEM 4 – RADAR - Debate On-line sobre Arboviroses - Composição da**
1020 **mesa:** **Alessandro Chagas**, representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde-
CONASEMS; **Nereu Henrique Mansano**, representante do Conselho Nacional de Secretários de
Saúde – CONASS; **Rodrigo Frutuoso**, representante da Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS;
1023 **Sérgio de Andrade Nishioka**, SVS/MS; **Mariana Leal**, assessora da Secretaria de Vigilância em
1024 Saúde/MS; e **Betânia Ramos Meireles**, representando o DEGES/SGTES/MS. **Coordenação:**
1025 conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS; e conselheiro **Neilton Araújo de**
1026 **Oliveira**. Composta a mesa, conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**, destacou a importância do debate
1027 deste tema que exige articulação permanente do Ministério da Saúde para trabalhar a intersetorialidade
1028 da atenção e das ações. Destacou a importância da Sala de coordenação e Controle nas três esferas e
1029 salientou a necessidade de mobilização dos conselhos estaduais e municipais para enfrentamento das
1030 arboviroses. Por fim, informou que o Ministro de Estado da Saúde participaria desta pauta. Iniciando, o
1031 representante da SVS/MS, **Rodrigo Frutuoso**, fez uma explanação sobre a situação epidemiológica e
1032 enfrentamento da Dengue, Chikungunya e Zika. Começou falando sobre a situação epidemiológica da
1033 dengue, no Brasil, SE 1 a 5/2015 a 2017, 2015: 119.947 casos prováveis (SE 1 a 5); 2016: 284.388
1034 casos prováveis (SE 1 a 5); e 2017: 29.765 casos prováveis (SE 1 a 5). Sobre óbitos por dengue,
1035 explicou que em 2017 foram três óbitos confirmados (1 em Colíder (MT), 1 em Águas Lindas de Goiás
1036 (GO) e 1 em Laranjeiras (SE)) e 21 em investigação. Falou sobre a situação epidemiológica de
1037 Chikungunya, Brasil, SE 1 a 5/2015 a 2017: 2015 = 2.034 casos prováveis (SE 1 a 5); 2016 = 22.213
1038 casos prováveis (SE 1 a 5); e 2017 = 5.641 casos prováveis (SE 1 a 5). No que se refere a óbitos por
1039 Chikungunya, Brasil, SE 1 a 5 de 2017, disse que foi confirmado um (em Xinguara/PA) e nove estão em
1040 investigação. Em relação ao manejo clínico de chikungunya, destacou as seguintes iniciativas: Curso à
1041 distância (EaD/UNA-SUS (Disponível em: <http://unasus.gov.br/page/manejo-clinico-de-chikungunya>) e
1042 Guia de Manejo Clínico - 2017/2ª edição. Sobre a situação epidemiológica de Zika, Brasil, 1 a 5/2016 e
1043 2017, lembrou que em 2016 foram 41.343 casos prováveis (SE 1 a 5) e, em 2017, 933 casos prováveis
1044 (SE 1 a 5) e nenhum óbito por Zika foi notificado em 2017 até a SE 5. Explicou que estão sendo
1045 realizadas capacitações em Manejo clínico de chikungunya, dengue e Zika: Primeira etapa - fevereiro
1046 de 2017: Rio Grande do Norte: 01/02/2017; Goiás (e Pará): 08/02/2017; Paraíba: 14/02/2017; Ceará (e

1047 Pernambuco): 19/02/2017; e Segunda etapa: demais Unidades Federadas. Também mostrou quadros
1048 com a situação dos Kits de Diagnóstico de Dengue, Chikungunya e Zika. Apresentou panorama geral
1049 das visitas realizadas: 7 ciclos de trabalho com mais de 328 milhões de visitas (redução da cobertura
1050 de visitas), 2,49% de focos; 14% de imóveis tratados. Em 2017, foram realizadas mais de 17 milhões
1051 de visitas e cobertura de 27% do território. Lembrou que são 2029 salas municipais implantadas e
1052 funcionando. Sobre a situação de distribuição dos inseticidas, destacou o estoque centralizado do MS
1053 regularizado e distribuição aos estados normalizada. Detalhou as ações realizadas: Publicações: Guia
1054 de Manejo Clínico de Dengue, 5^a edição; Guia de Manejo de Chikungunya, 2^a edição; PCDT de
1055 chikungunya: escopo pronto para consulta pública e Boletins epidemiológicos: dengue, Zika e
1056 chikungunya e de Zika em mulheres; EaD: Participação no Ead de Zika: abordagem clínica na atenção
1057 básica, Atualização no Combate Vetorial ao Aedes aegypti, Atualização do EaD dengue e Outros EaD
1058 (SGTES): Estimulação Precoce; Manejo Clínico de Chikungunya; Qualificação em triagem ocular
1059 neonatal; Reuniões: Proposta de algoritmo laboratorial e de investigação de óbitos, Renezika (Rede
1060 Nacional de Especialistas em Zika), Reunião de manifestações neurológicas: previsto para maio/2017 e
1061 Reunião com os coordenadores estaduais e municipais (Região Sudeste e Ceará - 15/02/2017);
1062 Sistema de informação: Implantação da versão 3.0 do Sinan on-line: ficha única dengue/chikungunya,
1063 elaborada ficha integrada de notificação/investigação para dengue, Zika e chikungunya: Sinan Proadi e
1064 Acompanhamento das visitas domiciliares pelo SIM-PR; Monitoramento de Indicadores - Sala de Apoio
1065 à Gestão (SAGE): disponibilização de indicadores de dengue, chikungunya e Zika: subsidia tomada de
1066 decisão, gestão e geração do conhecimento e elaboração das fichas de qualificação para dengue,
1067 chikungunya e Zika; Pesquisas: acompanhamento de pesquisas de malformações congênitas e novas
1068 tecnologias de controle vetorial; e Parceria com CDC no aprimoramento de questões de laboratório,
1069 malformações congênitas e novas tecnologias. Detalhou também outras atividades: acompanhamento
1070 da vigilância sentinel da dengue – nova classificação; realização do LIRAA nacional; investimento de
1071 R\$ 22.275.102,94 em pesquisas/CDEP; parceria com a sala de situação da OPAS; parceria com o
1072 CDC U\$ 1,4 milhões: fortalecimento da capacidade de resposta dos laboratórios, vigilância de
1073 malformações, comunicação e controle vetorial; lançamento da Campanha Nacional de Dengue,
1074 Chikungunya e Zika: Slogan: “Um simples mosquito pode marcar uma vida. Um simples gesto pode
1075 salvar”. Concluída a apresentação, a mesa registrou a presença do Ministro de Estado da Saúde,
1076 **Ricardo Barros**. O Presidente do CNS assumiu a coordenação dos trabalhos e de imediato abriu a
1077 palavra ao Ministro. O Ministro de Estado da Saúde, **Ricardo Barros**, após cumprimentar os presentes,
1078 agradeceu o espaço e disse que estava à disposição para responder eventuais dúvidas e
1079 questionamentos do Plenário. Conselheira **Ivone Martini de Oliveira** perguntou se há estudo para
1080 definir formas de recuperar dinheiro do SUS investido em prol das pessoas beneficiárias de planos
1081 privados de saúde, no caso de imunização, atendimento do SAMU, dispensação de medicamentos pelo
1082 Programa Farmácia Popular, primeiro atendimento no caso de acidentes. Lembrou que os planos
1083 privados se apropriam dos recursos do SUS, prejudicando o Sistema na oferta de serviços e algo
1084 precisa ser feito para mudar essa situação. Conselheira **Carmem Lúcia Luiz** salentou que, nas
1085 palavras do Secretário da SAS, o sistema de regulação não funciona da forma que deveria, portanto,
1086 perguntou o que pode ser feito para resolver essa situação. Conselheiro **Moyses Longuinho Toniolo**
1087 **de Souza**, primeiro, disse que não se manifestaria sobre a proposta de planos de saúde acessíveis,
1088 porque o CNS aguarda o envio formal da proposição para manifestação. Manifestou preocupação com
1089 a proposta de minuta de portaria que modifica a LC 141 e o Decreto 7.508, lembrando que esses atos
1090 não podem ser modificados por ato normativo do MS. A esse respeito, perguntou se o controle social
1091 será excluído das discussões e análises do tema. Conselheiro **Aníbal Machado** interveio para fazer os
1092 seguintes questionamentos: o Programa de agentes de saúde foi alterado, com modificação das
1093 atribuições dos agentes? Os recursos do SUS serão destinados para financiar planos de saúde
1094 acessíveis? O que será feito para garantir o funcionamento de UPAS e o atendimento à população?
1095 Serão entregues mais ambulâncias para o SAMU? É possível ampliar os recursos para realização de
1096 exames no período da noite, conforme está sendo feito em São Paulo? Conselheiro **Ronald Ferreira**
1097 **dos Santos**, Presidente do CNS, perguntou a posição do Ministro da Saúde sobre o Projeto de Lei nº.
1098 200/2015, aprovado no Senado Federal. Salientou que essa aprovação é um ataque ao controle social
1099 e afronta ao SUS e ao princípio da participação social e é preciso lutar contra a aprovação do PL na
1100 Câmara dos Deputados. Conselheira **Liu Leal** perguntou qual é a compreensão do Ministério da Saúde
1101 acerca de direito universal à saúde e sistema universal de saúde, tendo em vista as várias ações em
1102 curso de desestruturação do Sistema. Também manifestou preocupação com a falta de vacina contra a
1103 febre amarela e perguntou o que o Ministério fará para resolver essa situação. Por fim, quis saber qual
1104 o plano de saúde proposto pelo Ministério da Saúde. Conselheiro **Breno de Figueiredo Monteiro** falou
1105 da preocupação dos secretários municipais de saúde com as UPAS, pois os recursos foram
1106 repassados e as unidades estão paradas, sem conclusão. Sobre a febre amarela, salientou que é um
1107 problema que vem ao longo de uma década, portanto, é preciso pensar ações. **Retorno da mesa**. O
1108 Ministro de Estado da Saúde, **Ricardo Barros**, respondeu aos questionamentos dos conselheiros.

1109 Começou destacando que a solução para o ressarcimento ao SUS é a contratualização dos planos de
1110 saúde com a rede pública. Com isso, será possível remover quem tem plano de saúde para tratamento
1111 nos hospital do plano. Se o hospital privado não remover a pessoa, será garantido atendimento nas
1112 condições acordadas. Assim, o ressarcimento estará definido na contratualização. Se não for assim,
1113 continuará esse modelo que provoca judicialização do ressarcimento (hoje são R\$ 800 milhões de
1114 judicialização). Salientou que é preciso definir o ressarcimento, lembrando que nas disputas judiciais o
1115 plano alega que se tivesse sido avisado, removeria o beneficiário para ser tratado no seu hospital
1116 próprio. Com essa argumentação, as operadoras se recusam a pagar pelos procedimentos realizados
1117 no SUS. Assim, reiterou que, para garantir o ressarcimento, é preciso definir com clareza a relação do
1118 SUS com os planos privados de saúde, assegurando contratualização para evitar judicialização. Da
1119 forma que está hoje, os planos discutem na justiça e não pagam. Sobre regulação, disse que foram
1120 disponibilizados R\$ 340 milhões no orçamento de 2017 para mutirões de consultas especializadas,
1121 exames e cirurgias. Para fazer a divisão desses recursos, foi feita consulta sobre a situação das filas e
1122 verificou-se que muitos estados não possuem SISREG e muitos hospitais públicos também não. Citou,
1123 por exemplo, o Rio de Janeiro, onde cada um dos nove hospitais federais possui uma fila, o Estado e o
1124 município outras e não foi possível unificar as filas conforme define a regulação. Diante de situações
1125 como essas, lembrou que foi aprovado na CIT que, para repasse de recurso público, é necessário
1126 prestação de conta, sob pena de não haver novo repasse de recurso. De fato, afirmou que não há
1127 regulação uniforme em todo o país, portanto, tornou-se obrigatório a organização da fila do SISREG.
1128 Com isso, todo cidadão será informado sobre a sua posição na fila. Seguindo, clarificou que a proposta
1129 de plano acessível não terá recurso público, tratando-se de um assunto do mercado. Explicou que foi
1130 constituído GT, que contou com a participação de várias entidades (o CNS foi convidado a participar,
1131 mas decidiu não indicar representante). O grupo levantou sugestões que foram encaminhadas à ANS
1132 para avaliação e manifestação a respeito. Clarificou que, para o setor público, não modifica a oferta de
1133 serviço de saúde gratuito para todos. Também detalhou que fez apresentação na CIT sobre "SUS
1134 Legal" que contempla a Lei 8.080/90, LC 141, Constituição Federal, deixando claro que o planejamento
1135 deve ser ascendente, com regra de repartição de custos entre estados e União e conta única para
1136 repasse de recursos a estados e municípios. Disse que a CIT definiu extinguir as mais de 800
1137 "caixinhas" de repasse de recursos federais do SUS, resumindo a duas: custeio e investimento. Disse
1138 que se trata de uma tentativa de implementar o definido na lei. Sobre os agentes de saúde, explicou
1139 que está em discussão na CIT as prerrogativas desses agentes e ressaltou ser fundamental que os
1140 agentes conheçam a realidade local. Ainda sobre os planos de saúde, lembrou que, nos termos da
1141 Constituição Federal, os beneficiários de planos privados de saúde têm direito de ser atendidos pelo
1142 SUS. Assim, a proposta é fazer acordo com os planos privados para garantir o ressarcimento, a fim de
1143 evitar discussão na justiça. Sobre as UPAS, destacou que há 340 Unidades prontas e fechadas e
1144 houve flexibilização para o funcionamento. Assim, o gestor (prefeito) define o custeio (2 a 9 plantões) e
1145 o MS paga participação proporcional. Também passou a ser exigida produção mínima das Unidades.
1146 Acerca do SAMU, foram 340 ambulâncias renovadas e no orçamento está previsto recurso para
1147 compra de mais 400 veículos (será estabelecido critério novo). Também informou que verificaría a
1148 situação da UTI neonatal de São Gabriel, se houve pedido de credenciamento e o porquê do não
1149 credenciamento. Esclareceu que todos os pedidos de autorização de novos serviços, com a
1150 documentação regular, foram publicados, sem exceção. Em relação ao PL 200, disse que o Ministério
1151 da Saúde não está interferindo no processo de tramitação no Legislativo. Ou seja, o Ministério não está
1152 patrocinando a tramitação do Projeto. Concordou que o problema da demora na tramitação dos
1153 processos na CONEP foi resolvido e informou que o MS realizou seminário de competitividade de
1154 pesquisas clínicas e tomaria conhecimento das orientações oriundas desse evento. Salientou que
1155 interessa ampliar as pesquisas clínicas no Brasil, mas hoje o país não é atrativo para essas pesquisas
1156 por uma série de problemas levantados no seminário. Salientou que o direito universal à saúde é a
1157 posição do Ministério da Saúde e o STF está julgando dois processos – medicamentos de alto custo e
1158 exigência de registro da ANVISA. Assim, ao final desse julgamento, saber-se-á se o SUS é tudo para
1159 todos ou tudo o que está disponível no SUS é para todos. Lembrou que em 2016 foram R\$ 7 bilhões
1160 em judicialização – solicitação do que não está disponível no SUS. Ainda sobre as UPAS, disse que o
1161 DENASUS está disponível para fazer auditoria em qualquer obra em que se considere que o recurso
1162 repassado não está compatível com a obra e o 136 está disponível para denúncia sobre agentes de
1163 saúde fora da função. Também salientou que o preenchimento do LIRA tornou-se obrigatório a todos
1164 os municípios do país e os novos serviços de saúde deverão ser aprovados pela Tripartite para receber
1165 financiamento do SUS. Destacou que a CIT está tomando decisões que permitem organizar e planejar
1166 os recursos para o SUS e citou, por exemplo, a definição que todos os convênios serão pagos em
1167 parcela única. Em suma, disse que a intenção é organizar o SUS de acordo com o definido em Lei e a
1168 necessidade de cumprir a Lei Orçamentária. Por fim, agradeceu o espaço e colocou-se à disposição
1169 para participar da próxima reunião do Conselho. Conselheira **Liu Leal** solicitou ao Ministro da Saúde
1170 que, ao participar das reuniões do Conselho, destine tempo para debate com os conselheiros.

1171 Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, salientou que a atuação do CNS tem
1172 buscado materializar a legalidade em ações concretas e lembrou que um dos princípios da legalidade é
1173 a participação da sociedade. Frisou que é preciso aprofundar o debate sobre modelo de atenção
1174 (interpretação da aplicação dos princípios) e distribuição de recursos públicos. Conselheira **Ivone**
1175 **Martini de Oliveira** solicitou à COFIN que faça um estudo sobre contratualização e apresente
1176 sugestões ao Ministério da Saúde. O Presidente do CNS salientou que outras Comissões, como a
1177 Intersetorial de Saúde Suplementar, podem debater o referido tema. O Ministro da Saúde, **Ricardo**
1178 **Barros**, disse que não se furtaria a debater qualquer tema com o Conselho e solicitou ao conselheiro
1179 Neilton Araújo que distribuísse a apresentação sobre "SUS Legal". Ressaltou que estaria presente na
1180 próxima reunião para debater o tema e solicitou que sejam convidados os presidentes do CONASS e
1181 do CONASEMS para participar dessa pauta. **Na sequência, houve breves falas que evoluíram para**
1182 **as seguintes propostas, aprovadas pelo Plenário: pautar debate sobre modelo de atenção à**
1183 **sáude, com convite ao Ministro da Saúde e representantes do CONASS e do CONASEMS;**
1184 **solicitar à COFIN ou a outra Comissão do CNS que faça estudo sobre contratualização; e**
1185 **distribuir apresentação do Ministério da Saúde sobre "SUS Legal".** Continuando o debate on-line
1186 sobre arbovirose, foi aberta a palavra ao representante da SVS/MS, **Sérgio de Andrade Nishioka**, que
1187 fez uma exposição sobre a situação epidemiológica de Febre Amarela Silvestre. Iniciou explicando que
1188 a Febre Amarela é uma doença febril aguda, não contagiosa, de curta duração (no máximo 12 dias),
1189 cuja letalidade varia de 5 a 10% nos casos oligossintomáticos, podendo chegar a 50% nos casos
1190 graves (aqueles que evoluem com icterícia e hemorragias). No caso de antecedentes, esclareceu que
1191 no Brasil há uma ocorrência endêmica, principalmente na Região Amazônica e surtos da doença são
1192 registrados esporadicamente quando o vírus encontra um bolsão de susceptíveis (pessoas não
1193 vacinadas). Disse que os maiores surtos foram em Goiás (2000/2001), Minas Gerais (2003), e em nove
1194 estados (2008/2009). Entre julho de 2014 e dezembro de 2016, foram confirmados 16 casos humanos
1195 de febre amarela no Brasil com LPI em: Goiás, Pará, Mato Grosso do Sul, São Paulo e Amazonas e
1196 concomitante 51 epizootias em PNH confirmadas para febre amarela, sendo 18 em São Paulo, 12 em
1197 Goiás, 8 no Distrito Federal, 7 em Tocantins, 5 em Minas Gerais e 1 no Pará. No que se refere à
1198 imunização, esclareceu que o Ministério da Saúde encaminhou 12,5 milhões de doses da vacina Febre
1199 Amarela com objetivo de intensificar as estratégias de vacinação de forma seletiva: 5,5 milhões (MG),
1200 2,5 milhões (ES), 2,75 milhões (SP), 900 mil (BA) e 850 mil (RJ). Mostrou um quadro com a situação
1201 epidemiológica, com distribuição dos casos de febre amarela notificados à SVS/MS até 15 de fevereiro
1202 de 2017, às 13h, com início dos sintomas a partir de 1º dezembro de 2016, por UF do Local Provável
1203 de Infecção (LPI) e classificação, destacando que são 1236 casos suspeitos - 885 (70,6%) em
1204 investigação, 243 (19,6%) casos confirmados e 108 (8,7%) descartados. Sobre Epizootias de Primatas
1205 Não Humanos, disse que até 15 de fevereiro de 2017 foram notificadas ao Ministério da Saúde 647
1206 epizootias em Primatas Não Humanos (PNH) e 342 foram confirmadas para febre amarela (MG, ES,
1207 SP, BA). Também detalhou as ações realizadas e em andamento no que se refere ao envio de equipes
1208 de campo: Envio de equipes da FN-SUS em campo - duas equipes na regional de Teófilo Otoni (MG) -
1209 Equipe 1 no período de 23/01 a 29/01 e a Equipe 2 no período de 24/01 a 30/01. Previsão de envio de
1210 equipes no período de 28/01 a 03/02 e 02/02 a 08/02; Envio de equipe de Referência Nacional Para
1211 Investigação de Arboviroses em 22/01 a SP (São José do Rio Preto e região); Envio de equipe de
1212 Referência Nacional Para Investigação de Arboviroses e do Instituto Evandro Chagas a MG de 11 a
1213 21/01; Envio de equipe do EpiSus em 10/01 para as regiões de Teófilo Otoni, Caratinga (MG); Envio de
1214 equipe do EpiSus e CIEVS para Belo Horizonte entre 17 e 23/01, para colaboração de monitoramento;
1215 Envio de equipe do PNI a Belo Horizonte em 10/01; e A SAS está apoiando localmente em Minas
1216 Gerais. Detalhou as recomendações: notificação imediata de casos suspeitos de febres hemorrágicas;
1217 notificação imediata de epizootias em primatas não humanos; intensificação da vacinação, segundo
1218 critérios técnicos, na área de abrangência; intensificação das ações de controle vetorial urbano; e
1219 organização da assistência para atendimento dos casos suspeitos. Detalhou também as
1220 recomendações do Ministério da Saúde: Os estados devem incentivar os municípios a reforçar as
1221 medidas voltadas à Eliminação de criadouros; Atividades de educação e mobilização da população;
1222 Controle larvário para reduzir a população do mosquito; e Ações intersetoriais relacionadas aos
1223 determinantes de infestação vetorial (abastecimento de água e coleta de lixo). Neste ponto, a instalação
1224 da Sala Nacional e as Salas Estaduais podem auxiliar no processo. Na sequência, a assessora da
1225 Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, **Mariana Leal**, apresentou as ações de combate ao Aedes no
1226 âmbito da atenção à saúde. De início, explicou que não há uma política nacional estruturada para
1227 atenção às arboviroses, porque não estão presentes no cotidiano do país. Assim, são realizadas ações
1228 de capacitação de profissionais e qualificação da rede de urgência e emergência. Começou destacando
1229 as ações de mobilização dos agentes comunitários de Saúde e dos agentes de combate a endemias
1230 para prestar orientação à população e reforçar o controle do vetor nas residências, de professores,
1231 alunos e familiares vinculados ao Programa Saúde na Escola, de professores ligados às universidades
1232 públicas e privadas e institutos federais e de profissionais e usuários dos Centros de Referência de

1233 Assistência Social, da rede de segurança alimentar e beneficiários do Bolsa Família. Falou também
1234 sobre a Semana Saúde na Escola, com peças publicitárias referentes ao Tema “Comunidade Escolar
1235 mobilizada contra o Aedes Aegypti”, além da publicação de portaria interministerial de adesão ao PSE
1236 (previsão março de 2017) e do Guia da Semana Saúde na Escola: Combate ao mosquito e cuidados
1237 com a saúde. Apresentou dados do Programa Saúde na Escola – PSE - ciclo 2014/2015: 18.313.214
1238 Educandos pactuados; 78.934 Escolas pactuadas; 32.317 Equipes de saúde; 4.787 Municípios
1239 aderidos. Também falou sobre as ações de combate ao Aedes no âmbito da atenção à saúde, destacando as seguintes ações específicas: reforço das ações da EAB e ACS no combate ao vetor
1240 (Portaria nº 2.121/18/12/15): Altera o Anexo I da Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011,
1241 para reforçar as ações voltadas ao controle e redução dos riscos em saúde pelas Equipes de Atenção
1242 Básica; membro permanente da SNCC – Sala Nacional de Coordenação e Controle; criação do portal
1243 do DAB sobre o PNEM e campanhas: Criação da Comunidade de Práticas e Lançamento de
1244 campanhas (“UBS não é lugar de Aedes”, vários posts no FB e Twitter); lançamento dos serviços de
1245 0800 (telessaúde) para enfermagem e ACS/ACE e militares; ações em andamento no DAB: PMAQ e e-
1246 SUS AB; outras ferramentas de apoio e educação permanente; Caderno de Atenção Básica nº 21
1247 (2008) - Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e
1248 Tuberculose: importante oferta de fortalecimento da Atenção Básica e da sua capacidade em dar
1249 respostas às doenças emergentes e às endemias; anexo I da Nota técnica: Ações do Agente
1250 Comunitário de Saúde (ACS) visando ao enfrentamento do *Aedes aegypti*; publicação de Nota Técnica
1251 com Recomendações da Coordenação Geral de Atenção Domiciliar em relação à atuação dos
1252 profissionais dos serviços de atenção domiciliar na situação de emergência decretada em relação às
1253 arbovirose - Dengue, Chikungunya e Zika. Também citou a criação do portal do DAB sobre ações de
1254 combate ao Aedes aegypti na Atenção básica e a criação do portal do DAB sobre o PNEM, campanhas
1255 de mídia e Telessaúde. No que diz respeito a diretrizes e apoio ao cuidado: atuação dos núcleos de
1256 Telessaúde na orientação aos profissionais da AB; Telessaúde: plataforma online, para todos os
1257 profissionais das UBS; Serviço do 0800.644.6543 para Médicos, e recentemente atendendo
1258 Enfermeiros de todo Brasil; e Serviço do 0800.645.3308 para ACS, ACE e Militares. Sobre a dengue,
1259 citou as diretrizes e apoio ao cuidado: recomendação de que os serviços e profissionais adotem as
1260 orientações constantes do guia; Telessaúde com ações de teleconsultoria e atividades educativas de
1261 tele-educação (articulação com a SGTES); curso em EAD para qualificação no manejo clínico
1262 (articulação com a SGTES); e ampla divulgação das ações educacionais ofertadas pelo Ministério da
1263 Saúde nas comunicações oficiais emitidas pela SAS. Sobre a Chikungunia, destacou diretrizes e apoio
1264 ao cuidado: recomendação de que os serviços e profissionais adotem as orientações constantes do
1265 guia de manejo clínico; em fase de elaboração de orientações da SAS/assistenciais referente ao
1266 cuidado com a Chikungunia referente a: acolhimento e encaminhamento a partir da AB, reabilitação,
1267 Práticas Integrativas e Complementares, Atendimento Especializado nos Centros de Referência da Dor
1268 e Recomendações do PCDT de Dor Crônica quando adequado ao quadro; e ampla divulgação das
1269 ações educacionais ofertadas pelo Ministério da Saúde nas comunicações oficiais emitidas pela SAS.
1270 Sobre Zika e Síndrome Congênita, apresentou diretrizes e apoio ao cuidado: elaboração de orientações
1271 integradas da SAS e SVS referentes à vigilância e atenção referente à síndrome congênita associada à
1272 infecção pelo vírus Zika. Do ponto de vista assistencial destacou: reforço das ações da saúde sexual e
1273 saúde reprodutiva (planejamento reprodutivo com informação); medidas de prevenção com alerta para
1274 transmissão sexual e sanguínea; integração e organização dos fluxos e procedimentos de investigação
1275 da vigilância e atenção; descrição dos exames complementares para mensuração do grau de
1276 comprometimento e melhor orientação sobre a continuidade de cuidado; reforço das orientações sobre
1277 a estimulação precoce e a reabilitação dos bebês; reforço das ações da atenção básica na puericultura
1278 e através dos NASF para o cuidado das crianças e suas famílias; orientação de um acompanhamento
1279 com melhor escuta para aspectos do crescimento e desenvolvimento durante a primeira infância (até 3
1280 anos de vida); e reforço das ações intersetoriais já em desenvolvimento. Apresentou também as
1281 próximas ações: implementação das Orientações Integradas da Atenção e Vigilância em Saúde
1282 referente a Síndrome Congênita do vírus Zika: atualização e integração dos protocolos de atenção e
1283 vigilância no cuidado as doenças correlatas ao vírus Zika - Modificação dos critérios de notificação de
1284 casos a serem acompanhados possibilitando uma vigilância ampliada das crianças com malformações,
1285 qualificando o diagnóstico e cuidado integral, independente da confirmação da relação com o vírus
1286 Zika; revisão das orientações relativas ao cuidado com integração dos fluxos e procedimentos de
1287 investigação; recomendações sobre sistemas de informação, educação, comunicação, aspectos éticos
1288 e intersetorialidade; recomendação da segunda ultrassonografia obstétrica em torno da 30ª semana
1289 gestacional (7º mês de gravidez) para a detecção de calcificações cerebrais que evidenciam anomalias
1290 congênitas, incluindo a possível infecção da gestante pelo vírus Zika, para gestantes que apresentem
1291 determinados critérios; e inclusão do teste rápido do vírus Zika para gestantes e bebês, a partir de
1292 critérios clínicos definidos e recomendados. Sobre a Febre amarela, falou sobre a missão da FN-SUS
1293 nº 41, realizada em Minas Gerais – Região Nordeste, 23 de janeiro a 10 de fevereiro de 2017, que
1294

contou com profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e coordenação. Disse que nessa iniciativa foram realizadas ações de assistência a 126 pacientes suspeitos de febre amarela nas unidades Hospital Santa Rosália (Teófilo Otoni), Hospital São Bento (Novo Cruzeiro) e Unidade de Saúde Adalberto Maria Gomes (Setubinha). Detalhou também as ações desenvolvidas apoio à gestão da Missão da FN-SUS nº 41: capacitação para os profissionais (40) das três unidades de saúde com apoio assistencial nos temas: Arboviroses – Suporte Básico de Vida (SBV) - Obstrução de Via Aérea por Corpo Estranho (OVACE); sensibilização para o Protocolo de Febre Amarela do estado de Minas Gerais junto às equipes do Programa Saúde da Família dos municípios de Novo Cruzeiro e Setubinha; apoio à Secretaria de Educação do Município de Novo Cruzeiro na divulgação do cuidado para febre amarela, dengue e chikungunya junto a professores e diretores de escolas da rede pública urbana e rural; apoio na busca e organização de dados da equipe da epidemiologia de Novo Cruzeiro e Setubinha; apoio na busca ativa de pacientes nos municípios de Novo Cruzeiro e Setubinha; apoio no planejamento de comunicação para orientações à população de Novo Cruzeiro sobre febre amarela e dengue. Também falou das parcerias para formulação de materiais de apoio ao profissionais de saúde: trabalho articulado com a Fiocruz para elaboração do Guia para profissionais; profissionais da Fiocruz compuseram a missão da FN-SUS e estão fazendo trabalho de campo na área de entomologia; e diálogo com as SBI e SBMT para colaboração na elaboração do guia para profissionais. A representante da SGTES/MS, **Betânia Ramos Meireles**, fez uma explanação sobre as ações educativas de combate ao Aedes e suas consequências. Começou apresentando as atividades no território: ação educativa presencial de caráter interprofissional e fundamentadas nos pressupostos da EPS. Ação em consonância com o Plano de Ação Estratégico, que vem sendo elaborado pela SAS; disponibilização de 420 vagas em oficina prática presencial na temática estimulação precoce para profissionais que atuam nos municípios: Fortaleza, Juazeiro do Norte, Salvador, Vitória da Conquista, Ilhéus, Natal e Mossoró; e negociação da inserção da temática nas graduações e residências em saúde. No que se refere ao Programa Mais Médicos, destacou as ações: mobilização das IES para disponibilização dos módulos educacionais elaborados na temática Aedes/Dengue/Chikungunya/Zika/Síndrome congênita no contexto da especialização do Mais Médicos; envio quinzenal de informes e materiais publicados na temática (Supervisores e Mais Médicos); e inserção da discussão da referida temática na reunião mensal de Supervisores e Mais Médicos. No que se refere ao Programa Telessaúde Brasil Redes, destacou: a) Tele-educação (cursos, webseminários, webpalestras): 11/2015 - 01/2017 foi contabilizada a participação de 18.795 profissionais nas atividades de Tele-educação na temática Aedes/Dengue/Chikungunya/Zika/Síndrome congênita; b) Teleconsultorias (web e 0800): 0800.644.6543 para Médicos e Enfermeiros de todo Brasil, 0800.645.3308 para ACS, ACE e Militares; ação contínua: 11/2015 - 01/2017 foram realizadas 13.951 Teleconsultorias na temática: Aedes/Dengue/Chikungunya/Zika/Síndrome congênita. Obs: Intensificação das atividades de Teleeducação sobre Febre Amarela (Núcleos de MG, BA, ES); c) disponibilização de aplicativos para identificação de focos do *Aedes aegypti*: núcleo de TELESSAÚDE do RS : aplicativo RS CONTRA AEDES, que permitiu ao usuário denunciar possíveis foco do mosquito e montar uma lista personalizada dos locais em sua casa que podem se tornar focos do *Aedes aegypti* e núcleo de TELESSAÚDE da UFPE: aplicativo MobVida - *Aedes aegypti*: coleta de dados sobre os índices de infestação e as ações realizadas por ACS e ACE. Também destacou as ofertas educacionais - AVASUS e UNASUS com destaque para atualização no Combate Vetorial ao *Aedes Aegypti* (em processo de atualização); Módulo Zika – abordagem clínica na atenção básica; Módulo Estimulação Precoce; A importância do brincar para o desenvolvimento infantil; Manejo clínico da Chikungunya (em processo de atualização); Qualificação em Triagem Ocular; e “Dengue: Casos clínicos para atualização do manejo” (novo). Também destacou novas ofertas educacionais: Módulo: “Capacitação de Profissionais de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) para a Estimulação Precoce de crianças com alterações decorrentes da Síndrome Congênita do vírus Zika e outras etiologias”. PROADI-SUS. Lançamento 1º semestre de 2016. Plataforma do HCor; e Módulo: “O que os profissionais da área da saúde precisam saber sobre a Febre Amarela”. Lançamento: fev/2014. Plataforma AVASUS. Destacou ainda a ativação de novos Grupos de Interesse Especial em saúde: debates, discussões de caso, aulas, pesquisas e avaliações à distância. Detalhou as temáticas que serão abordadas no SIG sobre Vigilância e Atenção em anomalias congênitas: discussão de casos clínicos a partir do documento: “Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional”. E as temáticas que serão abordadas no SIG sobre Arboviroses: Discussão sobre Manejo clínico da Febre Amarela; Sensibilização a respeito da epizootias; e Apresentação e debate do Guia sobre Febre Amarela/Fiocruz. Sobre o Portal Saúde Baseada em Evidências, explicou que atualmente estão disponíveis aproximadamente 600 publicações nas temáticas Aedes/Dengue/Chikungunya/Zika/Síndrome congênita e estão em andamento as atividades de intensificação da divulgação do PSBE entre os profissionais de saúde e intensificação da alimentação do PSBE no tocante as publicações sobre a Febre Amarela. Por fim, apresentou as atividades de produção de material educativo: impressão e distribuição (PROADI-SUS) de 10 mil exemplares do

documento: “O cuidado às crianças em desenvolvimento: Orientações para as famílias e cuidadores”; e apoio na elaboração de materiais (panfletos, guias) com orientações sobre a Febre Amarela. Segundo, o representante do CONASS, **Nereu Henrique Mansano**, abordou o tema explicando, inicialmente, que as arboviroses são doenças reemergentes. Explicou que a densidade de infestação pelo Aedes vem crescendo por conta migração rápida rural/urbana, aumento da densidade populacional de forma desordenada nas áreas urbanas, aumento de recipientes não-biodegradáveis, fluxo/circulação de pessoas, veículos (pneus), entre outros. No Brasil, destaca-se a urbanização (85% da população vivendo em áreas urbanas), com problemas de segurança, acesso a habitações, dificuldade de atender às demandas de abastecimento de água e coleta de lixo, dificuldade de fiscalização de áreas de maior risco (borracharias, por exemplo). Para controlar as doenças transmitidas pelo Aedes, destacou que são tarefas eminentes do setor saúde: reduzir letalidade das formas graves e reduzir número de casos graves, basicamente por meio do diagnóstico e tratamento oportuno. Salientou que diminuir a dimensão das epidemias e reduzir a incidência da doença são objetivos que dependem da articulação entre diferentes setores da sociedade. Portanto, é preciso somar ações e integrar estratégias de forma permanente. Também frisou que é preciso debater questões estruturantes, que não são de curto prazo, mas que contribuirão para resolver questões futuras como implementação do Plano Nacional de Saneamento Básico e da Lei de Resíduos Sólidos. Salientou que o controle social deve envolver-se na discussão sobre saneamento e resíduo sólido porque essas duas questões podem resolver a situação de uma forma mais duradoura. Sobre a situação relativa à febre amarela, frisou que as principais ações devem ser vigilância das epizootias e intensificação da vacinação nas áreas mais críticas. Disse que futuramente será necessário rediscutir as áreas de indicação de vacinação e, para avaliar a ampliação dos locais, será preciso considerar os efeitos adversos da vacina. Destacou a importante articulação das secretarias estaduais e municipais no enfrentamento da febre amarela e frisou que a prioridade deve ser a vacinação das populações rurais nas áreas mais críticas. O representante do CONASEMS, **Alessandro Chagas**, destacou a importância do debate deste tema no CNS, com transmissão ao vivo. Informou que o CONASEMS organizou acolhimento dos novos gestores eleitos (de janeiro a março de 2017) e o tema “arboviroses” é uma das pautas tratadas. Acrescentou que o CONASEMS participa da Sala Nacional e das videoconferências e foram realizadas videoconferências internas com os gestores. Destacou o esforço na integração das ações de atenção básica e vigilância e a articulação das três esferas de gestão. Finalizando, citou a experiência do município de Franciscópolis, em Minas Gerais, com cerca de 6 mil habitantes, localizado em região com surto no Estado e que até o momento não teve nenhum caso registrado por conta da proatividade do município na atuação da vigilância.

Manifestações. Conselheira **Maria Conceição da Silva** destacou que é preciso debater questões estruturais como falta de água e de saneamento básico e as condições de saúde do país, considerando inclusive as populações que vivem à beira dos canais. Por outro lado, por se tratar de uma situação emergencial, é preciso ação específica para as mães de crianças com síndrome da zika congênita. Conselheira **Christianne Maria de Oliveira Costa** perguntou o que será feito para resolver a falta de vacina para febre amarela e qual o atendimento para indivíduos imunossuprimidos. Também disse que é preciso cuidado específico para as pessoas da área amazônica. Conselheira **Oriana Bezerra Lima** destacou a falta de treinamento/capacitação na área de entomologia mesmo o Brasil sendo um país tropical. Sobre a vacina da febre amarela, lembrou que o país recomenda duas doses e a OMS dose única e não esclarecimento à população sobre os efeitos adversos no caso de vacinação além do recomendado. Conselheiro **Fernando Pigatto** destacou a importância desse debate, com transmissão *on line* e salientou que é preciso priorizar a questão do saneamento básico para resolver, por exemplo, o problema da infestação do mosquito. Inclusive, informou que seriam apresentadas, no ponto específico, duas recomendações, elaboradas pela CIVS/CNS, sobre saneamento básico. Conselheira **Maria das Graças Gervásio** sugeriu socializar as experiências positivas, como a de Goiás, para os Estados e salentou que é preciso definir estratégias para implementação dos planos de saneamento. Conselheira **Juliana Acosta Santorum** ressaltou que é importante acompanhar a questão das arboviroses, mas entende ser necessário pautar outros temas no radar. Salientou que é preciso acompanhar o processo de implementação do PLANSAB e do Programa Nacional de Saneamento Rural, em fase de elaboração. Considerando a informação de que não há falta de vacinas, perguntou o porquê dos pedidos de emenda parlamentar dos deputados para que não falte vacinas nos Estados. Conselheiro **João Donizeti Scaboli** também falou sobre o possível impacto do acidente em Mariana no aumento do número de casos de febre amarela e solicitou manifestação dos convidados a respeito. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** destacou que estão sendo tomadas as medidas necessárias para conter a situação de emergência, mas ações preventivas, com investimento em saneamento básico, não estão sendo feitas. Salientou que o controle social precisa envolver-se nas iniciativas voltadas ao saneamento básico em todo o país. Conselheiro **Carlos de Souza Andrade** propôs a realização de campanha para distribuição de cartilhas sobre arboviroses e colocou a CNC à disposição para contribuir com essa iniciativa. Conselheiro **Moysés Toniolo** solicitou novamente ao Ministério da Saúde que realize estudos e divulgue dados sobre o impacto da vacinação da febre amarela para

1419 pessoas com doenças crônicas e imunodeprimidos - lúpus, HIV AIDS, HTLV. Conselheira **Vânia Lúcia**
1420 **Leite** destacou que o enfrentamento do zika vírus não será efetivo enquanto as questões sociais não
1421 forem prioridades do poder público. Sentiu falta de ações de acolhimento à mãe que recebe a notícia
1422 de um bebê com microcefalia e perguntou se há treinamento específico para médicos e parturientes.
1423 Conselheira **Carmem Lúcia Luiz** perguntou a posição do Ministério da Saúde sobre o impacto do
1424 acidente em Mariana na fauna ribeirinha (extermínio de sapos, predador do mosquito) e se haverá
1425 ações nesse sentido. Conselheira **Marisa Furia Silva** perguntou qual o procedimento em relação a
1426 brasileiros que vão a outros países que exigem a vacinação contra a febre amarela e como fica a
1427 situação de pessoas com mais de 60 anos, que não podem vacinar, e precisam viajar para outros
1428 países. Conselheira **Liu Leal** salientou que há falta de vacina da febre amarela em vários locais e
1429 perguntou como está sendo feito movimento em relação a essa vacina. No caso de Mariana, disse que
1430 é preciso ouvir as pessoas e sugeriu que fosse definida estratégia de visita, com a participação do
1431 controle social, para mobilização. Saudou a equipe pelo trabalho e sugeriu a elaboração de boletim
1432 mensal sobre as ações relativas à formação, assistência, vigilância para ser disponibilizado ao CNS.
1433 Por fim, sugeriu que fosse encaminhada mudança no formato do Radar. Conselheiro **Ronald Ferreira**
1434 **dos Santos**, Presidente do CNS, disse que a Mesa Diretora do CNS tem buscado definir as pautas de
1435 acordo com as questões mais agudas, inclusive no radar, com diversificação de temas. Além disso,
1436 disse que o conjunto das informações trazidas pode ser sistematizado na forma de um boletim.
1437 **Retorno da mesa.** A assessora da SVS/MS, **Mariana Leal**, respondeu aos questionamentos,
1438 explicando, inicialmente, que um grupo da FIOCRUZ oferece capacitações e o tema deve ser parte dos
1439 currículos da formação médica. Salientou ainda que o Ministério da Saúde está elaborando documento
1440 com orientações e vídeos curtos para formar os profissionais na forma de comunicar a notícia de
1441 microcefalia para as mães. Também explicou que já existe guia de orientações às equipes de saúde
1442 mental para dar suporte e orientar as mães e os cuidadores das crianças com microcefalia. Além disso,
1443 está sendo realizado trabalho com a assistência social para garantir apoio a partir dos CRAS e dos
1444 CREAS e há trabalho com a previdência social na garantia da concessão do BPC (em 2016, mais de
1445 1.800 famílias tiveram acesso ao benefício pelo CID de microcefalia). No mais, disse que há trabalho
1446 com organizações, a exemplo da UNICEF e UFPA, com grande êxito e citou o projeto de redes de
1447 inclusão da UNICEF, com capacitação para família, profissionais, cuidadores, sobre o cuidado das
1448 crianças. Explicou que são divulgados boletins quinzenais com dados de vigilância e atenção sobre
1449 síndrome congênita e está sendo negociado com o MDS a elaboração de boletim sobre previdência
1450 social. A coordenadora do Programa Nacional de Humanizações, **Carla Domingues**, esclareceu que
1451 não há desabastecimento de vacina contra a febre amarela e citou que, em 2016, foram adquiridas 24
1452 milhões de doses e distribuídas 18 milhões. Além disso, Biomanguinhos, produtor do insumo, entregou
1453 11 milhões de doses em janeiro de 2017. Salientou que ocorre hoje demanda de municípios que não
1454 estão com transmissão ativa da doença e pessoas com a caderneta atualizada buscam os serviços de
1455 saúde solicitando terceira ou quarta dose. Frisou que é preciso realizar trabalho com os serviços de
1456 saúde e imprensa para esclarecer que neste momento é preciso priorizar a vacinação nos locais com
1457 transmissão ativa da doença. Clarificou que há contraindicação da vacina para os grupos de
1458 imunodeprimidos, transplantados, pessoas com câncer ativo, portanto, é preciso fazer avaliação
1459 individualizada. Explicou que o protocolo de vacinação da febre amarela está disponível no site do
1460 Ministério e comprometeu-se a enviar este documento ao Conselho. Esclareceu ainda que desde 2014
1461 a OMS indica uma dose da vacina da febre amarela, mas o Brasil opta por duas doses porque a
1462 vacinação é feita aos nove meses e, com o tempo, pode-se comprometer a eficácia. Além disso, o
1463 Brasil concentra-se em uma área endêmica. Explicou que estão sendo realizados estudos para
1464 modificar a vacinação para uma única dose na população acima de dois anos. Todavia, caso
1465 necessário, será feita a indicação temporária de uma dose. Clarificou, no caso de países que solicitam
1466 comprovação da vacinação contra a febre amarela, o viajante deve solicitar certificado internacional na
1467 Anvisa ou postos locais mediante caderneta de vacinação do posto de saúde. As pessoas que não
1468 podem tomar a vacina devem levar laudo médico comprovando a restrição e será emitido certificado.
1469 Insistiu que o país vive surto importante (maior dos últimos 20 anos) e a tendência é de diminuição de
1470 casos, mas não se pode afirmar que a situação está controlada. Assim, é preciso concentrar a vacina
1471 nos municípios com risco de contaminação; nos demais, garantir vacina para crianças e viajantes. A
1472 representante do DEGES/SGTES/MS, **Betânia Ramos Meireles**, acrescentou que, desde o início da
1473 equipe, há preocupação com as mulheres, com treinamento de equipe para comunicação às mães
1474 sobre caso de microcefalia e dos teleconsultores que atendem os profissionais de saúde. Também foi
1475 criado módulo específico para as mães "Importância do brincar para o desenvolvimento infantil". O
1476 representante da SVS/MS, **Sérgio de Andrade Nishioka**, explicou que hemorragia e icterícia fazem
1477 parte do quadro clínico da febre amarela grave, por conta do comprometimento do fígado e trata-se de
1478 uma doença com letalidade alta para pessoas imunocompetentes. Também disse que não há resposta
1479 conclusiva sobre a relação entre o desastre de Mariana e o surto de febre amarela silvestre. O
1480 representante do MS, **Rodrigo**, informou que o Ministério da Saúde está trabalhando em curso de

1481 capacitação sobre controle vетorial para pessoas nos estados e municípios para serem multiplicadores.
1482 Também está sendo discutida a possibilidade de ida de técnicos aos Estados e Municípios para
1483 trabalhar capacitação ampliada. O representante do CONASS, **Nereu Henrique Mansano**, explicou
1484 que não se trata de contraindicação absoluta de vacina para pacientes maiores de 60 anos e,
1485 especialmente em regiões de áreas críticas, é preciso avaliar clinicamente a indicação ou não, inclusive
1486 dos imunodeprimidos. Frisou que não houve falta de vacinas contra febre amarela, especialmente nas
1487 áreas críticas e pontuou que pode ocorrer dificuldades no fluxo inclusive pela necessidade de seguir as
1488 condições de segurança no armazenamento para o transporte. Concordou que é preciso priorizar o
1489 treinamento na área de entomologia, considerando se tratar de demanda importante. Disse que na
1490 próxima reunião da câmara técnica de CONASS será apresentada a experiência de Goiás, dada a
1491 importância. Finalizando, reiterou a necessidade de trazer a discussão para toda a rede do controle
1492 social e garantir a participação do Ministério das Cidades na sala de controle. O representante do
1493 CONASEMS, **Alessandro Chagas**, salientou que o CNS pode contribuir no esclarecimento da
1494 população para conter a busca desenfreada por vacinas. Falou sobre os aterros sanitários para frisar
1495 que é preciso definir política de Estado porque os municípios sozinhos não conseguem resolver. O
1496 representante do CONASS, **Nereu Henrique Mansano**, disse que é preciso definir proposta de apoio
1497 técnico à gestão municipal, com articulação intersetorial das três esferas de gestão, no que se refere ao
1498 saneamento e à coleta de lixo. O Presidente do CNS agradeceu a presença dos convidados e salientou
1499 que as falas demonstram a necessidade de elaborar Política Nacional de Vigilância em Saúde. Feitas
1500 essas considerações, passou aos encaminhamentos. **Deliberação: como resultado do debate on-**
1501 **line sobre arbovirose, o Plenário decidiu: a) solicitar a elaboração de boletim específico voltado**
1502 **ao CNS, considerando as informações trazidas e os debates no Plenário do Conselho; b) pautar**
1503 **temas diversos (transversais) no ponto Radar (os conselheiros poderão encaminhar sugestões à**
1504 **Mesa Diretora do CNS); e c) reiterar a solicitação ao Ministério da Saúde de estudos e**
1505 **divulgação sobre o impacto da vacinação da febre amarela para pessoas com doenças crônicas**
1506 **e imunodeprimidos, lúpus, HIV/AIDS, hepatites virais, HTLV.** ITEM 5 – 2^a CONFERÊNCIA
1507 NACIONAL DE SAÚDE DAS MULHERES - Eixo II – O mundo do trabalho e suas consequências
1508 na vida e na saúde das mulheres - Apresentação: **Fernanda Maria Pessoa Di Cavalcanti**, chefe da
1509 Divisão de Articulação do Trabalho Infantil e Proteção ao Adolescente Trabalhador e coordenadora
1510 nacional do Projeto de Fiscalização para a Inserção de Pessoas com Deficiência no Mercado de
1511 Trabalho do Ministério do Trabalho – MT; **Joana Mustafa**, pesquisadora da Diretoria de Estudos e
1512 Políticas Sociais do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA; **Madalena Margarida da Silva**,
1513 representante da Central Única dos Trabalhadores – CUT; e conselheira **Carmem Lúcia Luiz**,
1514 coordenadora da CISMU/CNS. Coordenação: conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**, da Mesa
1515 Diretora do CNS. A primeira expositora foi a Chefe da Divisão de Articulação do Trabalho Infantil e
1516 Proteção ao Adolescente Trabalhador e Coordenadora Nacional do Projeto de Fiscalização para a
1517 Inserção de Pessoas com Deficiência no Mercado de Trabalho do Ministério do Trabalho – MT,
1518 **Fernanda Maria Pessoa Di Cavalcanti**, que explanou sobre o mercado formal do trabalho para
1519 subsidiar o debate, destacando dados dos dois grandes registros administrativos do Ministério do
1520 Trabalho: Relação Anual de Informações Sociais – RAIS e Cadastro Geral de Empregados e
1521 Desempregados – CAGED. Segundo dados da RAIS: 3,5% de diminuição do mercado de trabalho de
1522 2014 para 2015 (dados de 2016 serão compilados) - para as mulheres, a diminuição foi de 2,5% e para
1523 os homens 3,5% (ainda assim, mulheres representam 43% do mercado de trabalho e homens 57%); ao
1524 longo dos anos, houve aumento da participação da mulher no mercado de trabalho; redução da média
1525 salarial de 2014 para 2015 e a maior foi no salário do homem, mas as mulheres continuam a ganhar
1526 menos (média salarial dos homens é de R\$ 2.863,55 e das mulheres é de R\$ 2.388,98 – em média,
1527 16,56% a menos); a mulher está mais presente no mercado de trabalho quanto maior o nível de
1528 escolaridade – mulheres representam 59% do mercado de trabalho com nível superior completo; no
1529 nível superior incompleto, representam 52,3% no incompleto; setores que mais empregam mulheres:
1530 administração pública – 59%, serviços – 49%; comércio – 44%, extração mineral: 12%; e 9% dos
1531 trabalhadores da construção civil são mulheres; agropecuária, extração vegetal, caça e pesca – 17%.
1532 Também falou sobre a diminuição da remuneração, destacando a diminuição da renda média no caso
1533 dos homens (2,95%) e mulheres (1,73%), mas ainda assim a remuneração é desigual. Em seguida,
1534 expôs a pesquisadora/IPEA, **Joana Mostafa**, que fez uma abordagem sobre gênero, previdência e
1535 cuidados. Iniciando, falou sobre a relação entre previdência e gênero, explicando que a previdência
1536 social está intrinsecamente ligada ao mundo do trabalho; não é um sistema autônomo cujo objetivo é
1537 estar equilibrado. O objetivo é assegurar riscos de perda laboral e compensar desigualdades do
1538 mercado de trabalho. Nas suas palavras, previdência é um acordo entre capital e trabalho, chancelado
1539 e alçado a **acordo social** pelo Estado. O financiamento tripartite cobre riscos do não-trabalho por meio
1540 de um pacto intergeracional. Seus parâmetros tentam dar conta das desigualdades históricas e as
1541 especificidades do mundo do trabalho brasileiro por meio de mínimos dignos e condizentes com a
1542 nossa realidade (s.m., 15 anos, 65 anos) e regras de acesso e contribuição diferenciadas para públicos

1543 mais precarizados (65/60; rural; professoras, doméstico, FBR, MEI). Destacou que idades diferenciadas
1544 para mulheres urbanas e rurais reconhece a divisão sexual do trabalho e compensa a mulher pelo
1545 sobretrabalho. Lembrou que o número mínimo de anos de contribuição para acesso à aposentadoria
1546 por idade, hoje, é 15 anos e a proposta é 25 anos. Destacou que a aposentadoria por idade é a
1547 modalidade mais acessada pelas mulheres devido à dificuldade de acúmulo de anos de contribuição –
1548 resultado da divisão sexual do trabalho: Mulheres x Homens: 65% x 36%, respectivamente,
1549 aposentadorias concedidas em 2014 foram por idade. Sobre o Benefício de Prestação Continuada do
1550 Idoso, salientou: mais mulheres em pobreza e mais mulheres no BPC (1 milhão x 700 mil homens).
1551 Além disso, BPC PCD remunera, em parte, o trabalho de cuidados das mulheres. Disse que a proposta
1552 do governo é reduzir o valor do benefício < 1 s.m., aumentar idade para 70 anos e instituir indicador de
1553 pobreza multidimensional enriquecendo concessão. Assim, qualquer fragilização do valor do BPC afeta,
1554 em especial, as mulheres. Falou ainda da proposta de mudança nas pensões (poderão ser menores
1555 que um salário mínimo), lembrando que 74% das pensões são concedidas às mulheres porque a taxa
1556 de participação no mercado de trabalho é baixa. Esse é um grande mecanismo de garantia de renda
1557 das mulheres sob a divisão sexual do trabalho. Acrescentou que o professorado é composto
1558 majoritariamente por mulheres: Censo Escolar da Educação Básica 2007 mostrou que: 97,9% de
1559 professores de creches, 96,1% de professores da pré-escola, 91,2% de professores dos anos iniciais
1560 do ensino fundamental, 74,4% dos professores dos anos finais do ensino fundamental e 64,4% dos
1561 professores do ensino médio são professoras. Falou sobre a diferença de idades de aposentadoria
1562 entre homens e mulheres, destacando o diagnóstico pró-reforma: sustentabilidade financeira e atuarial
1563 da previdência social frente à expectativa de vida das mulheres – “mulheres contribuem menos e
1564 recebem 8 anos a mais”; e “problemas do mercado de trabalho devem ser resolvidos por meio de
1565 políticas laborais, e não previdenciárias. Afinal, o que a Previdência tem a ver com a discriminação de
1566 gênero?”. (Marcelo Caetano, Folha de São Paulo de 21/12/2014). Nessa linha, apontou as seguintes
1567 questões acerca da reforma: dialoga apenas com o princípio da ‘equidade individual’, ou de mercado,
1568 onde se privilegia vínculo estreito entre contribuições e benefícios, sendo que nosso regime não é de
1569 capitalização; não dialoga com justiça protetiva tampouco distributiva; a diferença de expectativa de
1570 vida entre homens e mulheres vem caindo desde 2000 com projeção de queda até 2060 (IBGE);
1571 principal causa é sobremortalidade dos homens jovens, em geral negros, que não participam da
1572 previdência. Frisou que é preciso desnaturalizar a sobremortalidade: 3 anos de sobrevida aos 65 anos.
1573 Ainda no debate atual, falou sobre a diferença de idades, destacando as seguintes questões no
1574 diagnóstico pró-reforma: Trabalho reprodutivo: i) redução no número de filhos; ii) avanço da tecnologia
1575 e incorporação massiva de eletrodomésticos. Além disso, destacou: (i) Razão de dependência irá
1576 aumentar; (ii) políticas públicas de cuidado com baixa cobertura; (iii) tecnologia tem efeito *once and for
1577 all*; e (iv) não há tendência inequívoca de mudança na divisão sexual do trabalho. Na comparação
1578 internacional, disse que a tendência das reformas previdenciárias das últimas décadas é reduzir ou
1579 eliminar o diferencial de idade. Todavia, países que assim fizeram têm menor desigualdade na divisão
1580 de trabalho produtivo x reprodutivo e maior cobertura pública de cuidados. Nos Estados Unidos, por
1581 exemplo, a taxa de desemprego média é 10% para ambos os sexos e 17% a diferença salarial. Disse
1582 que a participação das mulheres no mercado de trabalho tem aumentado e o diferencial de salários se
1583 reduzindo, mas ainda muito distante da equiparação (Ranking Fórum Econômico Mundial: Brasil 91 de
1584 144 em termos de igualdade econômica e de oportunidades (129 em rendimento igual para trabalho
1585 igual)). Também apresentou os seguintes dados a serem considerados no debate: taxa de participação
1586 no mercado – homens: 80% e mulheres: 55%; diminuição da diferença na divisão do trabalho entre
1587 homens e mulheres; redução da diferença salarial entre homens e mulheres; proporção de mulheres e
1588 homens que realizam afazeres domésticos 2001-2014: 90% das mulheres realizam e 46% dos homens
1589 (desse total, despendem 5 horas por semana enquanto as mulheres despendem 20 horas). Explicou
1590 ainda que mulheres trabalham oito horas a mais que os homens por semana, assim, ao longo da vida
1591 laboral, a mulher terá trabalhado 5 anos a mais que os homens. Fez uma abordagem sobre a proposta
1592 de aumento no número mínimo de anos de contribuição – de 15 para 25. Salientou que, a princípio, das
1593 contribuintes, apenas 53% não vão conseguir atingir os 25 anos para aposentadoria. Além disso, o
1594 aumento da razão de dependência, se não acompanhada de maior oferta pública de cuidados e melhor
1595 distribuição sexual dos afazeres domésticos: limitará a convergência no mercado de trabalho, pois
1596 impõe teto de participação às mulheres; ou imporá carga excessiva às mulheres aumentando perda de
1597 capacidade laboral por invalidez e doença; ou aumentará a contradição do gênero frente aos outros
1598 marcadores sociais: mulher rica e branca converge e mulher pobre e negra provê cuidados. Frisou que
1599 a diferença de idades para homens e mulheres reconhece um maior risco da mulher de se ausentar ou
1600 participar menos do mercado de trabalho por força da divisão sexual do trabalho ainda desigual; ou
1601 seja, não corrige a desigualdade, mas a compensa. Além disso, acrescentou, nenhuma medida
1602 compensatória foi proposta pelo governo: licença maternidade/paternidade compartilhada, plano de
1603 fiscalização do trabalho doméstico, serviços públicos de cuidado de idosos em domicílio. Salientou
1604 ainda que o aumento de 15 para 25 anos de contribuição mínima implicará em uma mudança radical na

1605 participação das mulheres na previdência: estimado que 47% das atuais contribuintes não conseguirão
1606 se aposentar, em geral as mais precarizadas, aumentando fortemente a demanda por BPC.
1607 Finalizando, disse que o quadro é muito grave para as mulheres e precisa ser discutido em
1608 profundidade. A representante da CUT, **Madalena Margarida da Silva**, destacou a importância da 2ª
1609 CNSMu e o desafio para o movimento de mulheres. Salientou que a Conferência precisa tornar-se
1610 momento de articulação política e mobilização nacional para ampliar direitos. Nessa linha, apontou
1611 como desafios da Conferência: apontar caminhos para inserção e manutenção das mulheres no
1612 mercado do trabalho; definir ações voltadas à promoção da saúde das mulheres do campo e da cidade,
1613 considerando as dimensões de raça, orientação sexual; garantir serviços de saúde e definir formas para
1614 contribuir com a diminuição do adoecimento das mulheres; nortear políticas públicas; debater a
1615 violência no mundo do trabalho; pensar na divisão sexual do trabalho e do conhecimento e no sistema
1616 patriarcal. Lembrou que as mulheres ocupam os trabalhos mais precarizados, que demandam menos
1617 horas formalmente, para que possam executar o trabalho de cuidados. Salientou que é preciso fazer
1618 momento de grande reflexão para alterar a ordem “os homens “ajudam”, lembrando que eles
1619 contribuem com cinco horas de trabalho e as mulheres com 20 horas. Avaliou ainda que duas
1620 categorias merecem atenção neste momento do Brasil em que se propõe novo processo de sociedade:
1621 trabalhadores e trabalhadoras rurais, por conta da reforma da previdência; e mulheres do campo.
1622 **Manifestações.** Conselheira **Heliana Neves Hemeterio** salientou que os dados apontam que as
1623 mulheres negras sofrerão as maiores consequências com as perdas e salientou que é preciso mudar as
1624 práticas para que os homens sejam menos machistas e mais solidários com as esposas, com as mães.
1625 Também perguntou se há dados sobre travestis e transexuais que não conseguem entrar no mercado
1626 de trabalho e como ficará a situação da previdência em relação às mulheres com deficiência.
1627 Conselheira **Juliana Santorum** destacou que o papel das conferências é mobilizar a sociedade para
1628 debate sobre as especificidades e neste momento está mais clara a precarização do trabalho e a
1629 divisão sexual do trabalho e as condições mais precarizadas das mulheres no mundo do trabalho.
1630 Também chamou a atenção para o assédio moral e sexual das mulheres e salientou a importância de
1631 aprofundar o debate deste tema. Apresentou dados sobre mulheres trabalhadoras do campo, para
1632 mostrar as especificidades desse segmento: mulheres vivem, em média, menos 5 anos que os homens;
1633 cerca de 70% das mulheres no campo começam a trabalhar antes dos 15 anos (78% dos homens no
1634 campo começam a trabalhar antes dos 15 anos); as condições de trabalho no campo, na floresta e nas
1635 águas é mais penosa que em meio urbano; as políticas públicas, quando chegam, estão de forma
1636 fragmentada. Considerando as condições diferenciadas, destacou que é preciso fazer recorte de raça e
1637 das condições de trabalho urbano e rural nos debates da conferência. Além disso, informou que foi
1638 enviado à comissão organizadora da Conferência o resultado do GT de Saúde da Marcha das
1639 Margaridas com prioridades de saúde para as trabalhadoras rurais, para subsidiar os debates e a
1640 formulação de propostas. Conselheiro **Moysés Toniolo** destacou que o movimento de mulheres
1641 vivendo com AIDS será mobilizado a participar da Conferência. Saudou as expositoras pela abordagem
1642 e solicitou considerações sobre saúde mental relacionada à violência simbólica e a vulnerabilidade das
1643 mulheres e o exercício dos direitos reprodutivos da trabalhadora. Conselheira **Marisa Furia Silva**
1644 manifestou preocupação com as mudanças no BPC e na pensão para os filhos com deficiência, dado o
1645 prejuízo para as pessoas com deficiência, e destacou a importância de debater esse tema na
1646 Conferência. Conselheira **Maria Conceição da Silva** salientou que é preciso pautar debate na
1647 Conferência sobre o mundo do trabalho escravo, com foco na situação das mulheres negras e saúde
1648 das mulheres trabalhadoras. No que se refere à saúde mental, destacou o alto índice de suicídio e de
1649 depressão entre as mulheres e também a violência e a exploração que agrava ainda mais a situação
1650 das mulheres. Salientou que é preciso considerar no debate que a maioria da população é negra, as
1651 mulheres negras são as mais fragilizadas. Também é preciso lembrar as mulheres de terrenos que,
1652 pelo racismo religioso, não têm acesso aos serviços, à participação no mundo do trabalho e à
1653 cidadania. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, salientou que, ao longo do
1654 processo de preparação e durante a Conferência, serão debatidos diversos temas como equidade,
1655 democracia, questões raciais. Disse que o debate naquela reunião focava-se no trabalho, considerando
1656 que a organização do trabalho oprime especialmente as mulheres. Avaliou que os dados apresentados
1657 pelas expositoras precisam ser divulgados, porque demonstram o processo de rompimento dos
1658 princípios da República do Brasil. Salientou que é preciso ampliar o debate com dados da realidade,
1659 com debate da contradição que está em disputa: Estado de bem-estar x Estado Mínimo. Conselheira
1660 **Maria Laura Carvalho Bicca** fez um resgate sobre as conquistas dos benefícios e salientou a
1661 importância de realizar atividade para debater a reforma da previdência, avaliando os prejuízos dessa
1662 ação. Também ressaltou a importância de “educar” os homens, iniciando no período da infância e de
1663 promover ação política a partir da conferência. Conselheira **Maria Aparecida Braga** elogiou as
1664 expositoras pelas apresentações elucidativas e sugeriu que fosse definida estratégia para disseminar a
1665 apresentação para os demais conselhos de saúde. Também sugeriu a realização de pré-conferência,
1666 no Congresso Nacional, para tratar sobre a reforma da previdência. Conselheira **Lorena Baía**

1667 cumprimentou a escolha do tema para debate, principalmente para os profissionais de saúde, cuja força
1668 de trabalho é composta, na maioria, por mulheres. Citou, por exemplo, que 68% dos profissionais de
1669 farmácia é formado por mulheres e o problema da diferença salarial acontece com frequência na área
1670 da saúde e da farmácia. Ressaltou que o projeto de reforma da previdência é revestido de falsa
1671 igualdade e é extremamente nocivo às trabalhadoras, especialmente àquelas que são mães. Destacou
1672 que um dos pontos críticos do projeto é a equiparação tanto no tempo de contribuição quanto na idade
1673 mínima de 65 anos para homens e mulheres. Avaliou que os prejuízos da reforma para as mulheres
1674 têm sido pouco discutidos nos espaços de controle social e nos meios sindicais. Lembrou que a
1675 jornada de trabalho dupla e tripla das mulheres brasileiras chega a 59 horas semanais contra 52 horas
1676 dos homens e essas horas consumem e desgastam físico e emocionalmente as trabalhadoras.
1677 Acrescentam valor à sociedade e à família, mas as mulheres não são remuneradas por esse tipo de
1678 trabalho. Assim, para reavaliar de forma mais justa a situação previdenciária das mulheres no Brasil,
1679 frisou que é preciso distribuir a responsabilidades no lar, com a criação dos filhos, garantir que o Estado
1680 assegure condições dignas de trabalho, creche de qualidade para todas as crianças. Nessa linha,
1681 afirmou que qualquer mudança no sentido de retração de direitos das mulheres é um retrocesso contra
1682 a dignidade das mulheres e o Estado democrático de direito. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**,
1683 considerando a riqueza das exposições e dos debates, sugeriu que a disponibilização das
1684 apresentações no site do CNS. Inclusive, aproveitou para reforçar a solicitação de visita à página do
1685 CNS e interação das informações disponibilizadas naquele espaço.
1686 Salientou que a conferência é um momento de empoderamento e mobilização (antes, durante e depois)
1687 e destacou dados que mostram a disparidade entre homens e mulheres: mulheres é a maioria da
1688 população, mas ainda assim, ocupam menos cargo de gestão; mulheres possuem maior grau de
1689 escolaridade, mas ganham menos que os homens; e o Conselho é composto majoritariamente por
1690 homens. Por fim, sugeriu que em todas as formulações do CNS ficasse claro o que se pretende
1691 produzir em termos de mobilização e agregação dessa luta continuada. Conselheiro **Geordeci**
1692 **Menezes de Souza** acrescentou outros dados a serem considerados no debate: na Câmara Federal,
1693 as mulheres representam menos de 10%; no Senado, as mulheres representam 13,6%; e nenhuma
1694 mulher ocupa cargo de ministra. Perguntou se há dados sobre o índice de desemprego entre mulheres,
1695 considerando suas particularidades, especialmente gravidez. Ressaltou que a Conferência também
1696 deve mostrar as desigualdades entre homens e mulheres nas diversas esferas da sociedade.
1697 Conselheira **Liu Leal** salientou que o Brasil possuía uma presidente mulher que foi “retirada” do espaço
1698 de poder e hoje se vive em um espaço de homens machistas. No setor saúde, por exemplo, composto
1699 na maioria por mulheres, elas não ocupam os cargos de direção. Saudou as expositoras e sugeriu
1700 disponibilizar a apresentação da pesquisadora **Joana Mustafa**. Também disse que é preciso debater o
1701 trabalho informal e as mulheres que trabalham no setor saúde, com destaque para segmentos mal
1702 remunerados, mais explorados e assediados como as agentes comunitárias de saúde e as técnicas de
1703 enfermagem. Por fim, destacou que o país está retrocedendo com as propostas da reforma da
1704 previdência, entre outras mudanças propostas pelo governo. **Retorno da mesa.** A representante do
1705 Ministério do Trabalho – MT, **Fernanda Maria Pessoa Di Cavalcanti**, respondeu aos questionamentos
1706 contemplando na sua fala os seguintes aspectos: sobre a nova PEC da reforma da previdência, está
1707 sendo debatida no CONADE e a proposta é elaborar moção de repúdio às questões que atingem as
1708 pessoas com deficiência (pensões) e criar comitê para estudar a Proposta, a repercussão para a
1709 pessoa com deficiência e acompanhar a discussão no Congresso Nacional; em Pernambuco, foi
1710 realizado trabalho de cruzamento de jornada de trabalho de profissionais de saúde em vários
1711 estabelecimentos e os auxiliares de enfermagem e enfermeiras não possuem horário de descanso; e a
1712 maioria dos resgatados de trabalho escravo é homens. Por fim, colocou o Ministério do Trabalho à
1713 disposição para oferecer mais dados para subsidiar o debate na Conferência. Conselheira **Francisca**
1714 **Rego** fez a leitura de uma pergunta de internauta para resposta das expositoras: “Sou conselheiro
1715 municipal de saúde de Caratinga, minha pergunta é sobre o BPC. Trabalho em uma clínica de
1716 hemodiálise e constantemente os nossos pacientes agendam pedido de benefício e tem o pedido
1717 negado. Como pode um paciente renal trabalhar quando fica por conta de sessões por até três dias por
1718 semana e o desgaste é muito grande para quem faz? Será que poderia enviar ofício ao Ministério da
1719 Previdência Social para ajudar os mais necessitados? (Alexander Machado). A representante do
1720 Ministério do Trabalho – MT, **Fernanda Maria Pessoa Di Cavalcanti**, respondeu que há grande
1721 discussão no Brasil sobre quem é pessoa com deficiência. No Brasil, a deficiência é declarada por lei.
1722 Com a convenção dos direitos das pessoas com deficiência e os movimentos sociais, está sendo criado
1723 novo modelo de avaliação da deficiência, que pretende ser único e nacional, biopsicossocial feito por
1724 uma equipe multiprofissional. Deve-se considerar a pessoa pela limitação e barreiras de acesso às
1725 várias políticas. A representante da CUT, **Madalena Margarida da Silva**, agradeceu as manifestações
1726 e salientou que a Central entende a importância de obter dados e desenvolver ações acerca da
1727 maternidade e mulheres no mundo do trabalho. Também lembrou que a licença maternidade
1728 compartilhada é uma das pautas do movimento sindical. A pesquisadora **Joana Mustafa**, destacou

que as barreiras administrativas colocadas pelos auxílios estão aumentando e serão subsídios a uma reforma constitucional. Explicou que o relator da PEC da reforma da previdência está tentando negociar a questão das mulheres. Destacou que a taxa de desemprego no Brasil é maior entre as mulheres (11%) em comparação aos homens (7%) e elas têm inserção prejudicada no mercado do trabalho. Disse que o DIEESE realizou evento com as Centrais Sindicais e há várias apresentações sobre previdência social que podem ser disponibilizadas. Também esclareceu que a média de trabalho dos homens é de cinco horas semanais. Conselheira **Carmem Lúcia Luiz**, coordenadora da CISMU/CNS, avaliou que a desvinculação do BPC e do salário mínimo fará com o que o Brasil retorne ao mapa da forma e prejudicará a expectativa de vida; assim, muitas mulheres não alcançarão a idade para aposentadoria. Salientou que a EC 287 é a expressão do machismo institucional e o enfrentamento do machismo deve ser uma ação real e acontecer interna e externamente, no individual e coletivo. Por fim, agradeceu as expositoras e lembrou o mote "Se as nossas vidas não importam, produzam sem nós". A coordenadora da mesa passou aos encaminhamentos. **Deliberação: como resultado do debate, o Plenário decidiu realizar estratégia pré-conferência para debater reforma da previdência (comissão avaliará a possibilidade dessa ação); e reforçar a solicitação de visita à página do CNS e interação das informações disponibilizadas nesse espaço.** Definido esse ponto, a mesa encerrou o primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: **Titulares – Breno de Figueiredo Monteiro**, Confederação Nacional de Saúde – CNS; **Carmen Lúcia Luiz**, União Brasileira de Mulheres – UBM; **Carlos de Souza Andrade**, Confederação Nacional do Comércio – CNC; **Carolina Abad**, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama – FEMAMA; **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO; **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; **Geordeci M. Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **Heliana Neves Hemeterio dos Santos**, Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – ABGLT; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; **Juliana Acosta Santorum**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG; **Lorena Baía de Oliveira Alencar**, Conselho Federal de Farmácia (CFF); **Lenir Santos**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down; **Luiz Alberto Catanoce**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical – SINDNAPI; **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Moyses Toniolo de Souza**, Articulação Nacional de Luta Contra a Aids – ANAIDS; **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV); **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul – ARPINSUL; **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos – Fenafar; **Wanderley Gomes da Silva**, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Wilen Heil e Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); e **Zaíra Tronco Salerno**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN). **Suplentes – Adriano Macedo Félix**, Associação Nacional de Grupos de Pacientes Reumáticos – ANAPAR; **Agleildes Arichele Leal de Queirós (Liu Lea)**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES; **Alexandre Fonseca Santos**, Ministério da Saúde; **Clarice Baldotto**, Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB); **Cleuza de Carvalho Miguel**, Movimento dos Portadores de Esclerose Múltipla – MOPEM; **Christianne Maria de Oliveira Costa**, Federação Brasileira de Hemofilia – FBH; **Denise Torreão Corrêa da Silva**, Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFa; **Elgiane de Fatima Machado Lago**, Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil – CTB; **Fernando Zasso Pigatto**, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Gilene José dos Santos**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical – Sindnapi; **Gilson Silva**, Força Sindical; **Graziela Zanoni de Andrade**, Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia – SBFa; **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; **Ivone Martini de Oliveira**, Conselho Federal de Enfermagem – COFEN; **Joana Batista Oliveira Lopes**, Federação Nacional dos Odontologistas - FNO; **José Arnaldo Pereira Diniz**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **José Eri de Medeiros**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS; **Jupiara Gonçalves de Castro**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil – FASUBRA; **Karla Larica Wanderley**, Ministério da Saúde; **Madalena Margarida da Silva**, Central Única dos Trabalhadores – CUT; **Márcia Patrício de Araújo**, Associação Brasileira dos Ostomizados (ABRASO); **Maria Angélica Zollin de Almeida**, Federação Nacional dos Médicos Veterinários – FENAMEV; **Maria Aparecida Diogo Braga**, União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS; **Maria Conceição da Silva**, União de Negros pela Igualdade - UNEGRO; **Maria das Graças Silva Gervásio**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Marisa Furia Silva**, Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira**, Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Silma Maria Alves de Melo**,

1791 Conselho Federal de Biologia – CFBio; **Simone Maria Leite Batista**, Articulação Nacional de
1792 Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS; e **Vânia Lúcia Ferreira Leite**,
1793 Pastoral da Criança. Iniciando o segundo dia de reunião, a mesa foi recomposta para o item 6 da pauta.
ITEM 6 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS E RELAÇÕES DE TRABALHO
1794 – CIRHRT - Coordenação: conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, da Mesa Diretora do CNS;
1795 e conselheiro **Edmundo Dzuawi Omoré**, da Mesa Diretora do CNS. Apresentação: conselheiro **Danilo**
1796 **Aquino Amorim**, coordenador-adjunto da CIRHRT/CNS. Primeiro, conselheira **Cleoneide Paulo**
1797 **Oliveira Pinheiro** fez os seguintes informes da Comissão: **a)** debate sobre formação técnica e
1798 terceirização da força de trabalho na 173ª RO/CIRHRT, em 1º de fevereiro de 2017; **b)** realização da
1799 primeira reunião do Grupo de Trabalho que discute as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da
1800 área da saúde, em 31 de janeiro de 2017; **c)** convite feito à Coordenadora de Avaliação do INEP, Sueli
1801 Macedo Silveira, para participar da discussão do GT das DCNs, em 3 de março de 2017; **d)** discussão
1802 do PL 559/2015, com a presença dos Deputados Jorge Solla e Laércio de Oliveira; **e)** aprovado
1803 calendário de Reuniões Ordinárias da CIRHRT/2017, com a observação que nos meses de março, abril
1804 e maio não haverá prazo de 10 dias de antecedência para envio dos pareceres aos conselheiros
1805 nacionais de saúde, em virtude do acúmulo de processos nos meses de dezembro/2016 e janeiro/2017,
1806 em que não ocorreram reuniões da CIRHRT; **f)** a segunda reunião do GT das DCNs será realizada em
1807 3 de março de 2017, para discussão das DCNs da Enfermagem e de diretrizes gerais a todas as DCNs;
1808 e **g)** discussões que foram demandadas pela Mesa Diretora à CIRHRT: PL 4.278, de criação das
1809 Ouvidorias; debate dos peritos do INSS/orteses e próteses; discussão do Programa Mais Médicos.
1810 Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, acrescentou que a Comissão irá pautar
1811 debate sobre terceirização dos serviços de saúde. Feitos esses informes, o coordenador-adjunto da
1812 CIRHRT/CNS, **Danilo Aquino Amorim**, apresentou os doze pareceres elaborados pela CIRHRT,
1813 sendo oito insatisfatórios, três satisfatórios com recomendações e um satisfatório. Começou
1814 apresentando os oito pareceres insatisfatórios: **1) Processo nº 201413347 - Centro Universitário**
1815 **UMA**. Belo Horizonte/MG. Autorização. Psicologia. Parecer: insatisfatório. Justificativas: **a)** A IES não
1816 apresenta documentos anexados que comprovem a assinatura de Termo de Convênio e Termo de
1817 Cooperação Técnica entre a IES, a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte e a Secretaria Estadual de
1818 Saúde de Minas Gerais, para utilização da rede de serviços de saúde instalada e de outros
1819 equipamentos sociais existentes na região (conforme exigido no item 04, subitem a, da Resolução CNS
1820 nº. 350/2005); **b)** Não há menção da relação número de alunos por professor-supervisor nas turmas
1821 das disciplinas de Estágio Supervisionado e não há inclusão da capacidade de atendimento e
1822 disposição dos alunos física e numericamente nos cenários de prática extramuros (item 04, subitem a,
1823 da Resolução CNS nº. 350/2005); **c)** Não há descrição do modo de inserção do aluno desde o início do
1824 curso na comunidade, não havendo assim valorização da dedicação do aluno na Atenção Básica
1825 conforme Artigo 27 da Lei nº 8.080/90; e **d)** Não há diferenciação no PPC e na matriz curricular quanto
1826 aos cursos diurno e noturno no que se refere à forma como o aluno do curso noturno irá se inserir nos
1827 estágios e como será o uso da rede de serviços para este turno. **2) Processo nº 201504812 - Centro**
1828 **Universitário da Fundação Educacional Guaxupé – UNIFEG - Guaxupé/MG**. Autorização Psicologia.
1829 Parecer: insatisfatório. Justificativas: **a)** Não há subsídios que permitam certificar o comprometimento
1830 dos gestores locais do SUS com a construção do curso de *Psicologia*, de acordo com o recomendado
1831 pela Resolução CNS Nº 350/2005 e o Caput do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90; **b)** Não há menção no PPC
1832 sobre a forma como o aluno do curso noturno irá se inserir nos estágios e como será o uso da rede de
1833 serviços para este turno considerando o exigido no item 4, subitem a, da Resolução CNS Nº 350/2005;
1834 **c)** A IES não esclarece no PPC sobre a capacidade de atendimento e a disposição dos alunos física e
1835 numericamente nos cenários de prática extramuros (item 4, subitem a, da Resolução CNS Nº
1836 350/2005); e **d)** Não há constatação sobre a instalação do Serviço de Psicologia conforme exigência
1837 das DCNs do curso de Psicologia. **3) Processo nº 201504867 - Faculdade Herrero - Curitiba/PR.**
1838 **Autorização Psicologia**. Parecer: insatisfatório. Justificativas: **a)** Inexiste relevância social: o nº de
1839 psicólogos ativos no Estado do Paraná é de 15936, conforme o Conselho Federal de Psicologia.
1840 Conforme registros CNES/Datasus, pela CBO, em novembro/16, são 1.078 psicólogos em Curitiba que
1841 atuam no SUS, dos 3780 do Estado do Paraná; **b)** No Estado do Paraná, de acordo com o Sistema e-
1842 MEC, existem 41 IES que possuem 5.839 vagas autorizadas para o curso de Bacharelado em
1843 Psicologia (3 públicas – 240 vagas e 38 privadas – 5.599 vagas). Na capital Curitiba existem 11 IES
1844 que possuem 2.460 vagas autorizadas (1 pública – 80 vagas e 10 privadas – 2.380 vagas); **c)** Mesmo
1845 que o curso tenha demonstrado atender às Diretrizes Curriculares em relação à carga horária total e de
1846 estágio e descrição das habilidades e competências do egresso, na avaliação do INEP, não contempla
1847 as formas de estágios para os alunos do curso noturno, nem como se dará a inserção destes alunos
1848 nos campos de estágios, conforme preconiza a Resolução CNS/MS nº 350/2012, item 4, letra “a”; e **d)**
1849 Não demonstrou em seu PPC como se dará a inserção dos estudantes em práticas na comunidade,
1850 desde o primeiro ano do curso. **4) Processo nº 201505418 - Pontifícia Universidade Católica do**
1851 **Paraná PUC/PR**. Autorização. Psicologia. Parecer: insatisfatório. Justificativas: **a)** O curso se propõe a

1853 ofertar 150 vagas, sendo 100 vagas para o turno matutino e 50 vagas para o turno noturno, entretanto
1854 não há diferenciação no PPC e na matriz curricular quanto aos cursos diurno e noturno no que se refere
1855 à forma como o aluno do curso noturno irá se inserir nos estágios e atividades práticas e como será o
1856 uso da rede de serviços para este turno; **b)** O novo curso não demonstra capacidade de utilização da
1857 rede de serviços instalada e/ou de outros equipamentos sociais existentes na região; não apresenta
1858 Termos de Convênio/Cooperação Técnica assinados; não apresenta condições de absorção dos alunos
1859 na rede de serviços instalada do município/região, física e numericamente, de acordo com o número de
1860 vagas solicitadas; **c)** Não há subsídios que possam indicar que o PPC tenha sido construído em
1861 parceria e/ou com compromissos assumidos com os gestores locais do SUS (locorregional); **d)** Não
1862 organiza seu currículo com ousadia e inovação na perspectiva da equipe de saúde, sendo curso único
1863 na área da saúde; e **e)** O curso não contribui para a superação dos desequilíbrios na oferta de
1864 profissionais de saúde atualmente existentes, levando em conta a relação entre a distribuição das
1865 ofertas de formação e a distribuição da população. **5) Processo nº 201505650 - Faculdade de**
1866 **Filosofia, Ciências e Letras de Caruaru – FAFICA – Caruaru/PE.** Autorização. Psicologia. Parecer:
1867 insatisfatório. Justificativas: **a)** Não há subsídios que permitam certificar o comprometimento dos
1868 gestores locais do SUS com a construção do curso de *Psicologia*, de acordo com o recomendado pela
1869 Resolução CNS Nº 350/2005 e o Caput do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90; **b)** Não há descrição do modo
1870 de inserção do aluno desde o início do curso na comunidade, não havendo assim valorização da
1871 dedicação do aluno na Atenção Básica conforme Artigo 27 da Lei nº 8.080/90; **c)** Não menção no PPC
1872 sobre a forma como o aluno do curso noturno irá se inserir nos estágios e como será o uso da rede de
1873 serviços para este turno considerando o exigido no item 4, subitem a, da Resolução CNS Nº 350/2005;
1874 e **d)** A IES não explicita no PPC a capacidade de atendimento e a disposição dos alunos fisicamente
1875 nos cenários de prática extramuros (item 4, subitem a, da Resolução CNS Nº 350/2005). **6) Processo**
1876 **nº 201506025 - Faculdades Integradas ASMEC.** Ouro Fino/MG. Autorização. Psicologia. Parecer:
1877 insatisfatório. Justificativas: **a)** A IES não apresenta termo de convênio com o SUS local para a
1878 realização dos estágios (conforme exigido no item 4, letra “b”, da Resolução CNS/MS nº 350/2005),
1879 bem como o relatório da visita *in loco* do INEP, não se manifesta a este item. Estas informações devem
1880 ser pelo fato que o Município de Ouro Fino não possui CAPS ou NASF; **b)** Não contempla as formas de
1881 estágios para os alunos do curso noturno, nem como se dará a inserção destes alunos nos campos de
1882 estágios, conforme preconiza a Resolução CNS/MS N° 350/2012, item 4, letra “a”; **c)** Não foi possível
1883 identificar no PPC ou matriz curricular do curso quais disciplinas serão abordados conteúdos relativos
1884 ao SUS e à Saúde Coletiva; **d)** Na organização curricular é possível constatar que a inserção do aluno
1885 em atividades práticas por meio do estágio básico ocorre a partir do 3º período. Não é explicitado como
1886 será a inserção dos alunos do curso noturno na rede de serviços do SUS, principalmente de Atenção
1887 Primária em Saúde, para o desenvolvimento da formação prática desde o início do curso; **e)** Não foi
1888 disponibilizado no sistema e-MEC o PPC completo e a representação gráfica da matriz curricular é
1889 composta apenas de alguns diagramas; **f)** Embora a IES afirme que prevê 2 ênfases na formação do
1890 curso, o relatório do INEP aponta a deficiência no PPC de não contemplar a formação em Psicologia
1891 por ênfases curriculares, não havendo disciplinas ou estágios que estabeleçam tal diferenciação. Além
1892 disso, a carga horária total de estágios supervisionados e atividades complementares acrescidas
1893 perfazem 950 horas, o que excede os 20% estabelecidos pela Resolução nº 02/2007; e **g)** Somado aos
1894 pontos anteriores, destaca-se que existem 3 IES a 100 km de Ouro Fino e Campinas fica numa
1895 distância de 133Km contando com 5 IES na área da Psicologia. **7) Processo nº 201506375 -**
1896 **Faculdade Estácio de São Luís – MA.** Autorização. Psicologia. Parecer: insatisfatório. Justificativas: **a)**
1897 A IES não apresenta documentos anexados que comprovem a assinatura de Termo de Convênio e
1898 Termo de Cooperação Técnica entre a IES, a Prefeitura Municipal e a Secretaria Estadual de Saúde,
1899 para utilização da rede de serviços de saúde instalada e de outros equipamentos sociais existentes na
1900 região; **b)** O número de professores por aluno poderá não atender de maneira suficiente aos anos
1901 subsequentes do curso podendo comprometer a capacidade didático-pedagógica, conforme item 4,
1902 subitem a, da Resolução CNS nº 350/2005; **c)** Não há descrição clara do modo de inserção do aluno
1903 desde o início do curso na comunidade, não havendo assim valorização da dedicação do aluno na
1904 Atenção Básica conforme Artigo 27 da Lei Nº 8.080/90; **d)** Não há diferenciação no PPC e na matriz
1905 curricular quanto aos cursos diurno e noturno no que se refere à forma como o aluno do curso noturno
1906 irá se inserir nos estágios e como será o uso da rede de serviços para este turno considerando o
1907 exigido no item 4, subitem a, da Resolução CNS Nº 350/2005; e **e)** A IES não esclarece no PPC sobre
1908 a capacidade de atendimento e a disposição dos alunos fisicamente nos cenários de prática extramuros
1909 (item 4, subitem a, da Resolução CNS Nº 350/2005). **8) Processo nº 201506626 - Instituto Superior**
1910 **de Educação de Caxias – ISEC.** Caxias/MA. Autorização. Odontologia. Parecer: insatisfatório.
1911 Justificativas: **a)** A IES não anexou documentos a este processo de autorização que possam comprovar
1912 assinaturas de Termos de Convênios e Termos de Cooperação Técnica entre a IES, a Prefeitura
1913 Municipal de Caxias e a Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão, para utilização da rede de
1914 serviços de saúde instalada e de outros equipamentos sociais existentes na região (conforme exigido

1915 no item 04, subitem a, da Resolução CNS nº 350/2005); **b)** Não há indicativos claros sobre a
1916 articulação da IES com a gestão local do SUS e de sua participação na construção do PPC do curso
1917 conforme exigido no item 04, subitem b, da Resolução CNS nº 350/2005; **c)** O aluno não terá imersão
1918 na comunidade desde o início do curso conforme recomendação da Resolução CNS nº 350/2005; **d)**
1919 Não há menção sobre a inclusão da capacidade de atendimento dos alunos nos cenários de prática
1920 extramuros (item 04, subitem a, da Resolução CNS nº 350/2005); e **e)** Não existe menção sobre as
1921 formas de contemplação de estágios para os alunos do curso noturno ou como se dará a inserção dos
1922 alunos nos campos de estágios para este turno conforme preconiza a Resolução CNS nº 350/2012.
1923 Nesse bloco de pareceres, foi destacada do parecer da Pontifícia Universidade Católica do Paraná/PR
1924 a letra "d" "não organiza seu currículo com ousadia" e foi sugerido substituir a palavra "ousadia" por
1925 outra que torne o trecho mais claro e objetivo. Considerando esse destaque a mesa colocou em
1926 votação os oito pareceres insatisfatórios. **Deliberação: aprovados, em bloco, com uma abstenção,**
1927 **os oito pareceres insatisfatórios (no processo nº e-MEC 201505418, da Pontifícia Universidade**
1928 **Católica do Paraná - Autorização Psicologia: letra "d", o Plenário decidiu substituir a palavra**
1929 **"ousadia").** Em seguida, o coordenador adjunto da CIRHRT colocou em apreciação os pareceres
1930 satisfatórios com recomendações. **9) Processo nº 201505295 - Faculdade de Ciências Sociais**
1931 **Aplicadas de Sinop – FACISAS. Autorização. Odontologia. Parecer: satisfatório com**
1932 **recomendações. Recomenda-se à IES para o próximo ciclo avaliativo:** **a)** A IES deverá apresentar
1933 documentos que comprovem a assinatura de Termo de Convênio e Termo de Cooperação Técnica
1934 entre a IES, a Prefeitura Municipal de Sinop e a Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso, para
1935 utilização da rede de serviços de saúde instalada e de outros equipamentos sociais existentes na
1936 região (conforme exigido no item 04, subitem a, da Resolução CNS Nº350/2005); **b)** A IES deverá se
1937 articular com a gestão local do SUS, promovendo a sua participação na construção do PPC do curso
1938 conforme exigido no item 04, subitem b, da Resolução CNS nº 350/2005; **c)** O quadro docente deverá
1939 ser ampliado, pois o número de professores por aluno poderá não atender de maneira suficiente já nos
1940 dois primeiros anos do curso considerando a metodologia proposta e o número de alunos pretendidos
1941 para o curso (conforme exigido no item 04, subitem a, da Resolução CNS Nº350/2005); **d)** O PPC e a
1942 matriz curricular precisam explicitar com clareza como o aluno terá uma inserção na comunidade a
1943 partir do 1º ano do curso como preconiza a Resolução CNS nº 350/2005. **10) Processo nº 201505795 -**
1944 **Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy – Campus II (UNIGRANRIO).**
1945 **Unidade Barra da Tijuca. Rio de Janeiro/RJ.** Psicologia. Parecer: satisfatório com recomendações.
1946 Recomendações para o próximo ciclo avaliativo: **a)** Que a IES demonstre como se dá a parceria e/ou
1947 compromissos assumidos pelos gestores locais do SUS (locorregional), para com o curso e que a IES
1948 explice um programa de inserção nos campos de prática durante os estágios supervisionados; **b)** Que
1949 inclua a capacidade de atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente, para permitir e
1950 assegurar a absorção dos estudantes de Psicologia nos espaços previstos e principalmente, nos da
1951 rede SUS existente e em específico, para comportar os futuros alunos do curso noturno. (Resolução
1952 CNS/MS nº 350/2005 e Parágrafo Único, do Artigo 27, da Lei Nº 8080/90); **c)** Explicite como o curso
1953 contribuirá para a superação dos desequilíbrios na oferta de profissionais de saúde atualmente
1954 existentes, levando em conta a relação entre a distribuição das ofertas de formação e a distribuição da
1955 população. **11) Processo nº 201506161 - Universidade do Grande Rio Professor José de Souza**
1956 **Herdy (UNIGRANRIO) - Campus VII. Nova Iguaçu/RJ.** Autorização. Psicologia. Satisfatório com
1957 recomendações. Atentando-se as seguintes recomendações para o próximo ciclo avaliativo: **a)**
1958 Na documentação analisada não está explicitado o comprometimento dos gestores locais do SUS com
1959 a abertura do curso de Psicologia, de acordo com o recomendado pela Resolução CNS/MS nº
1960 350/2005 e o Caput do Artigo 27, da Lei Nº 8080/90. Recomenda-se, portanto, que para os próximos
1961 ciclos avaliativos a IES anexe ao processo Termos de Convênio/Cooperação Técnica que comprovem
1962 parceria e/ou compromissos assumidos pelos gestores locais do SUS (locorregional), para com o curso;
1963 **e b)** Recomenda-se que a IES explice um programa de inserção nos campos de prática durante os
1964 estágios supervisionados, que inclua a capacidade de atendimento e disposição dos alunos, física e
1965 numericamente, para permitir e assegurar a absorção dos estudantes de Psicologia nos espaços
1966 previstos e principalmente, nos da rede SUS existente e em específico, para comportar os futuros
1967 alunos do curso noturno. (Resolução CNS/MS nº 350/2005 e Parágrafo Único, do Artigo 27, da Lei Nº
1968 8080/90). **Deliberação: aprovados, em bloco, com duas abstenções, os três pareceres**
1969 **satisfatórios com recomendações.** Por fim, o coordenador da CIRHRT colocou em apreciação o
1970 parecer satisfatório: **12) Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCM/SJC**
1971 **Humanitas.** Autorização. Medicina (Vinculada ao Credenciamento). **Deliberação: aprovado, por**
1972 **unanimidade, o parecer satisfatório.** Conselheira **Ivone Martini de Oliveira** informou que no dia 24
1973 de fevereiro, em Brasília, o Conselho Federal de Farmácia (CFF) realizaria, em parceria com o Fórum
1974 dos Conselhos Federais da Área da Saúde (FCFAS), um encontro de representantes das entidades
1975 que integram o fórum para debater sobre a problemática do ensino a distância nos cursos de
1976 graduação. Conselheira **Francisca Rego Oliveira Araújo** explicou que as associações de ensino e

1977 educação estavam participando do processo de discussão das diretrizes. Conselheiro **Danilo Aquino**
1978 **Amorim**, por fim, falou sobre os cursos EAD, explicando que a crítica do CNS refere-se a cursos de
1979 graduação em saúde na modalidade a distância, entendendo que traz riscos à segurança da
1980 população, prejudica a qualidade da formação, além de fragilizar pesquisa e extensão. Conselheiro
1981 **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, solicitou que as entidades divulguem a Resolução
1982 do CNS nº. 515/2016, em que o CNS posiciona-se contrário à autorização de todo e qualquer curso de
1983 graduação da área da saúde, ministrado totalmente na modalidade Educação a Distância (EaD) e o
1984 posicionamento do CNS “A vida não é virtual!”. **ITEM 7 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE**
1985 **FINANCIAMENTO E ORÇAMENTO – COFIN** - Apresentação: **Francisco Funcia**, assessor da
1986 COFIN/CNS; e conselheiro **Wanderley Gomes da Silva**, coordenador da COFIN/CNS. Coordenação:
1987 conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS. Iniciando, o Presidente do CNS explicou
1988 que a proposta inicial da Comissão era tratar de quatro pontos: critérios para definição de prioridades
1989 da LDO, Programação Anual de Saúde, desdobramento do Conselho sobre mudança dos critérios de
1990 transferência e análise do Relatório de Prestação de Contas Quadrimestral. Todavia, propôs o debate
1991 se centrasse em dois pontos desses temas: critérios para definição de prioridades da LDO e
1992 desdobramento do Conselho sobre mudança dos critérios de transferência. Os demais pontos
1993 retornariam à COFIN, para aprofundamento do debate e retorno ao CNS na reunião ordinária de março.
1994 Conselheiro **José Eri de Medeiros** perguntou qual seria o encaminhamento acerca do debate relativo à
1995 mudança dos critérios de transferência e solicitou que o tema fosse pautado, na próxima reunião do
1996 Conselho, pois estava prevista a presença de representantes das três esferas de gestão. Conselheiro
1997 **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, explicou que, dada a importância do tema, a
1998 proposta era promover debate, mas sem deliberação, até porque não fora apresentada proposta pelos
1999 gestores. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** explicou que os gestores estavam debatendo o tema
2000 e não havia proposta pronta, assim, sugeriu que o CNS integre o GT da Comissão Intergestores
2001 Tripartite para debater o tema. O Presidente do CNS colocou que a proposta de compor o GT visa
2002 ampliar o debate e não substitui as discussões na COFIN e no Plenário do CNS. Conselheiro **Neilton**
2003 **Araújo de Oliveira** destacou que é preciso definir a competência do representante do CNS que irá
2004 participar do Grupo e trará subsídios para contribuir com o debate. Conselheiro **José Eri de Medeiros**
2005 registrou que o CONASEMS não participou do debate e da elaboração do documento da COFIN sobre
2006 novos repasses de recursos. Encaminhando, o Presidente do CNS colocou em apreciação a proposta:
2007 debater neste ponto dois temas: critérios para definição da LDO e desdobramento do Conselho sobre
2008 mudança dos critérios de transferência de recurso. **Aprovada a proposta.** Iniciando o primeiro ponto, o
2009 assessor da COFIN, **Francisco Funcia**, explicou que a Comissão debateu as diretrizes para definição
2010 de prioridades para as ações e serviços públicos de saúde e elaborou minuta de resolução para ser
2011 apreciada pelo Plenário. Recordou que é prerrogativa do gestor apresentar as diretrizes e atribuição do
2012 Conselho deliberar a respeito (Lei Complementar nº. 141). Feito esse preâmbulo, procedeu à leitura
2013 minuta de resolução, elaborada pela Comissão, que é semelhante à aprovada em 2016. O texto é o
2014 seguinte: “Resolução nº xxx, de xx de xxxxxxx de 2017. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em
2015 sua xxxxxx Reunião Extraordinária, realizada nos dias xxxx de xxxx de 2017, no uso de suas
2016 competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela
2017 Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e
2018 considerando o capítulo da Constituição Federal que define a natureza pública e universal do SUS;
2019 considerando o processo de elaboração da Programação Anual de Saúde e do Projeto de Lei de
2020 Diretrizes Orçamentárias da União para 2018, especialmente a proposta a ser apresentada pelo
2021 Ministério da Saúde; considerando a necessidade de mudança do modelo de atenção à saúde
2022 essencial na consolidação do SUS e do direito universal à saúde; considerando os efeitos negativos da
2023 Emenda Constitucional nº 95/2016 em termos de redução do parâmetro da aplicação mínima em ações
2024 e serviços de saúde no período 2018-2036 em comparação à regra vigente de vinculação à receita
2025 corrente líquida e em desacordo com a vontade popular manifestada no Projeto de Lei de Iniciativa
2026 Popular (PLP 321/2013), que obteve mais de 2,2 milhões de assinaturas auditadas em favor da
2027 alocação mínima de 10% das receitas correntes brutas da União para o financiamento federal das
2028 ações e serviços públicos de saúde, cujo percentual equivalente em termos de receita corrente líquida
2029 consta de dispositivo da Proposta de Emenda Constitucional nº 01/2015 aprovada em primeiro turno
2030 pela Câmara dos Deputados em 2016; Considerando a impossibilidade jurídico-constitucional de
2031 redução dos valores mínimos aplicados em saúde pelas regras constitucionais anteriores, sob pena de
2032 violação da efetividade do direito à saúde e da igualdade federativa, com aumento das desigualdades
2033 regionais; considerando a Resolução nº 507/2016, que dispõe sobre as deliberações da 15ª.
2034 Conferência Nacional de Saúde; e considerando que cabe aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as
2035 diretrizes para o estabelecimento de prioridades nas matérias constantes dos planos plurianuais, das
2036 leis de diretrizes orçamentárias, das leis orçamentárias e dos planos de aplicação dos recursos dos
2037 fundos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (Lei Complementar nº
2038 141/2012, §4º, artigo 30). RESOLVE: Aprovar a seguinte Resolução referente à definição de

2039 prioridades para as ações e serviços públicos de saúde que integrarão a Programação Anual de Saúde
2040 e o Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias para 2018 da União. Seção única - Da deliberação das
2041 diretrizes e prioridades. Artigo 1º. Para o estabelecimento de prioridades para as ações e serviços
2042 públicos de saúde que integrarão a Programação Anual de Saúde e o Projeto de Lei de Diretrizes
2043 Orçamentárias para 2018 da União, o Ministério da Saúde deverá observar as seguintes diretrizes: § 1º.
2044 Investimento de todo o orçamento da saúde em prol da consolidação do SUS público, universal e de
2045 qualidade, mediante a obtenção do financiamento suficiente para o Sistema Único de Saúde (SUS),
2046 incluindo os valores das transferências fundo a fundo da União para os Estados, Distrito Federal e
2047 Municípios conforme critérios, modalidades e categorias pactuadas na Comissão Intergestores
2048 Tripartite e deliberadas pelo Conselho Nacional de Saúde nos termos do artigo 17 da Lei
2049 Complementar nº 141/2012, para promover a: I-Otimização da aplicação dos recursos públicos já
2050 destinados, especialmente, pela disponibilização integral e tempestiva de recursos e a ausência de
2051 contingenciamento orçamentário e financeiro de dotações do Ministério da Saúde na Lei Orçamentária
2052 de 2018; II - Alocação de recursos suficientes para uma mudança de modelo de atenção à saúde, que
2053 fortaleça a atenção primária/básica como responsável sanitária para uma população territorialmente
2054 referenciada, fazendo com que seja a principal porta de entrada ao SUS e a ordenadora dos cuidados
2055 de saúde nas redes de atenção; III- Priorização da alocação de recursos orçamentários e financeiros
2056 públicos de saúde para o fortalecimento das unidades próprias de prestação de serviço no âmbito do
2057 SUS; IV- Criação de dotação orçamentária específica para a aplicação, adicional ao mínimo exigido
2058 para ações e serviços públicos de saúde em 2018, dos valores de Restos a Pagar cancelados em 2017
2059 e dos ainda pendentes de compensação que foram cancelados desde 2000; V- Garantia da fixação dos
2060 profissionais de saúde, principalmente na Região Norte do Brasil, em áreas periféricas das regiões
2061 metropolitanas, em áreas rurais e de difícil acesso, mediante alocação suficiente de recursos
2062 orçamentários e financeiros em processo continuado de melhoria de qualidade e valorização da força
2063 de trabalho do SUS, formulação e implantação de Plano Nacional de Cargos, Carreiras e Salários. § 2º.
2064 Ampliação da pactuação do saneamento básico e saúde ambiental, incluindo tratamento adequado dos
2065 resíduos sólidos, dando a devida prioridade político-orçamentária, para a promoção da saúde e redução
2066 dos agravos e das desigualdades sociais. § 3º. Contribuição para erradicar a extrema pobreza e a fome
2067 no país. Artigo 2º. O Ministério da Saúde, em observância ao disposto no art. 1º, deverá atender
2068 também às seguintes diretrizes: § 1º. Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com
2069 equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, de modo a considerar os
2070 determinantes sociais, atendendo às questões culturais, de raça/cor/etnia, gênero, orientação sexual e
2071 geração, aprimorando a política de atenção básica e a atenção especializada e a consolidação das
2072 redes regionalizadas de atenção integral às pessoas no território; § 2º. Redução dos riscos e agravos à
2073 saúde da população, por meio das ações de promoção, prevenção e vigilância em saúde. § 3º.
2074 Promoção da atenção integral à saúde da criança, com especial atenção nos dois primeiros anos de
2075 vida, e da mulher, com especial atenção na gestação, aos seus direitos sexuais e reprodutivos e às
2076 áreas e populações em situação de maior vulnerabilidade social, especialmente a população em
2077 situação de rua, ribeirinhos, povo do campo/água/ floresta, população negra, quilombolas e LGBT. § 4º
2078 Aprimoramento das redes de urgência e emergência, com expansão e adequação de suas unidades de
2079 atendimento, do SAMU e das centrais de regulação, bem como das Unidades de Pronto Atendimento
2080 (UPA), com pessoal capacitado e em quantidade adequada, articulando-as com outras redes de
2081 atenção. § 5º Fortalecimento de todas as redes de atenção, em especial a rede de saúde mental e
2082 demais transtornos, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas, bem
2083 como as redes de atenção às pessoas com deficiência e à saúde bucal. § 6º Garantia da atenção
2084 integral à saúde da pessoa com deficiência, da pessoa idosa e das pessoas com doenças crônicas,
2085 raras e negligenciadas, estimulando o envelhecimento ativo e saudável e fortalecendo as ações de
2086 promoção, prevenção e reabilitação, bem como o fortalecimento de espaços para prestação de
2087 cuidados prolongados e paliativos e apoio à consolidação do Plano Nacional de Enfrentamento às
2088 Doenças Crônicas Não Transmissíveis. § 7º Aprimoramento do Subsistema de Atenção à Saúde
2089 Indígena, articulado com o SUS, baseado na atenção diferenciada, no cuidado integral, observando as
2090 práticas de saúde tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais,
2091 com prioridade para recuperação dos desnutridos. § 8º Garantir a implementação da Política Nacional
2092 de Segurança Alimentar e Nutricional e da Política Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica, que
2093 incentivam a produção de alimentos ambiental, social e economicamente sustentáveis. § 9º
2094 Contribuição para a adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das
2095 relações de trabalho dos profissionais que atuam na área da saúde. § 10 - Implementação do novo
2096 modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso,
2097 gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável. § 11 -
2098 Qualificação dos instrumentos de execução direta, gerando ganhos de produtividade e eficiência para o
2099 SUS. § 12. Garantia da assistência farmacêutica universal no âmbito do SUS. § 13. Fortalecimento do
2100 complexo industrial e de ciência, tecnologia e inovação em saúde como vetor estruturante da agenda

nacional de desenvolvimento econômico, social e sustentável, reduzindo a vulnerabilidade do acesso à saúde e da assistência farmacêutica no âmbito do SUS. §14. Garantia da regulação e fiscalização da saúde suplementar, assegurando a participação dos Conselhos de Saúde neste processo. §15. Promoção da participação permanente do Conselho Nacional de Saúde no processo de formulação das políticas do Ministério da Saúde. §16. Aprofundamento do processo de implementação da política nacional de práticas integrativas e complementares. §17. Aprimoramento da política nacional de comunicação em saúde, propiciando mecanismos permanentes de diálogo com a sociedade em torno das diretrizes do SUS e da política de saúde como meio de atender as demandas sociais. §18. Aprimoramento do controle às doenças endêmicas e parasitárias, melhorando a vigilância à saúde, especialmente ao combate do mosquito *Aedes aegypti* e demais arboviroses. §19. Aprimoramento e fiscalização da rotulagem de alimentos com informações claras e não enganosas ao consumidor, especialmente em relação aos impactos do uso de agrotóxico e organismos geneticamente modificados (transgênicos), bem como a regulamentação de práticas de publicidade e comercialização de alimentos não saudáveis, principalmente voltada ao público infanto-juvenil. §20. Regulamentação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de 1^a Infância, bicos, chupetas e mamadeiras para assegurar o uso apropriado desses produtos, de forma que não haja interferência na prática do aleitamento materno. Artigo 3º. O valor da aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde em 2018 não poderá ser inferior a 15,0% da Receita Corrente Líquida da União arrecadada em 2018 ou ao valor empenhado em 2017 atualizado pela variação anual do IPCA/IBGE (acumulado em junho, adotando-se o que for maior). Concluída a leitura da minuta, foi aberta a palavra ao Plenário e apresentadas as seguintes contribuições ao texto: art. 2º, §18 – incluir, além de doenças endêmicas e parasitárias, “zoonoses” e “raiva e leishmaniose”; art. 2º, §16 – nova redação: “Garantir a efetivação da política nacional de práticas integrativas e complementares em saúde e sua inserção nos três níveis de assistência, da Política Nacional de Promoção da Saúde e de Educação Popular em Saúde; art. 2º, § 5º - inclusão: “Fortalecimento de todas as redes de atenção, em especial a rede de saúde mental e demais transtornos, com ênfase nas ações de promoção e prevenção relacionadas ao uso problemático de crack, álcool e outras drogas, com ampliação e garantia de abertura e/ou manutenção dos investimentos nos serviços substitutivos e leitos integrais em hospitais gerais, bem como as redes de atenção à pessoa com deficiência e à saúde bucal”; art. 2º, § 19: rotulagem: “incluir pessoas com restrições e necessidades alimentares especiais”; incluir parágrafo – “ampliação dos CERESTs, garantindo, ao menos, um em cada região de saúde”; incluir considerando que reafirme a posição do CNS sobre gratuidade do SUS (Lei 8.080/90); incluir considerando reforçando que o controle social é a instância máxima de deliberação; art. 2º, § 3º - incluir “pessoas com deficiência, ciganos e ciganas”; art. 2º, § 12 – incluir “aprimoramento” e garantia da assistência farmacêutica “integral”; art. 2º, § 7º - incluir “com enfoque na segurança alimentar”: Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, salientou que as contribuições visaram ajustar o texto, sem discordância do mérito. O assessor da COFIN fez uma síntese das contribuições, reiterando que não houve posições contrárias ao mérito da proposta. Aberta a palavra, foram apresentadas novas sugestões: incluir no texto algo sobre alto custo de alimentos para pessoas com restrições alimentares especiais; e §3º - substituir “promoção” por “garantia”. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, salientou que a minuta proposta é semelhante à Resolução do CNS nº 509, aprovada em maio de 2016. Destacou a importância do documento para o exercício do controle social e como subsídio para ação em diferentes espaços. O assessor da COFIN, **Francisco Funcia**, explicou que o CNS é uma instância de deliberação do SUS, nos termos da Constituição Federal, da Lei nº. 8.080/90, da Lei nº. 8.142/90 e da LC 141/12 e, dada a sua composição, é o espaço onde ocorre a discussão. Acrescentou que as diretrizes apontam as direções para elaboração do PLDO 2018 e da Programação Anual de Saúde de 2018. Assim, ao serem trazidos ao Pleno, os conselheiros poderão avaliar esses instrumentos à luz das diretrizes definidas na resolução. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** apresentou a proposta de remeter a minuta sobre as diretrizes aos conselhos estaduais e municipais de saúde, antes da aprovação no Plenário do CNS, na lógica do fortalecimento do planejamento ascendente. Com isso, a proposta seria apreciada na próxima reunião do CNS. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, esclareceu que traria prejuízo aguardar até a próxima reunião do CNS para aprovar a minuta, por conta dos prazos para construção dos instrumentos de gestão. Lembrou ainda que não houve manifestações contrárias ao documento, somente sugestões de aperfeiçoamento do texto. Explicou que havia duas propostas distintas de encaminhamento: votar a minuta, com as contribuições do Plenário, naquele momento; ou encaminhar a minuta aos conselhos estaduais e municipais, a fim de receber contribuições e apreciar na próxima reunião. Conselheiro **Nelson Mussolini** perguntou se havia prazo limite para aprovação do documento. O assessor da COFIN, **Francisco Funcia**, disse que somente o governo poderia responder se havia prazo para aprovação, uma vez que 15 de abril é a data limite para o envio da LDO 2018 ao Congresso Nacional. Explicou que as diretrizes definidas pelo Conselho deveriam servir de base às áreas técnicas para formulação do PLDO 2018. Lembrou, inclusive, que a PLDO do MS precisava ser aprovada pelo Plenário do CNS para

2163 ser enviada ao Ministério do Planejamento. Assim, considerando os prazos internos, seria necessário
2164 aprovar naquela reunião. Conselheiro **Moysés Toniolo** destacou que a minuta deveria ser aprovada
2165 naquela reunião para servir de base ao Ministério e às demais instâncias do controle social.
2166 Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** explicou que não tinha posição contrária à proposta, mas
2167 entendia que seria necessário remeter aos conselhos estaduais e municipais de saúde para receber
2168 contribuições. Também sugeriu que nos debates sobre orçamento e financiamento fosse convidada a
2169 área técnica do Ministério da Saúde. O Presidente do CNS explicou que a minuta deveria ser apreciada
2170 naquela reunião para possibilitar às áreas técnicas a utilização como subsídio para elaboração da LDO.
2171 Conselheiro **Jurandi Frutuoso** ratificou a proposta de remeter a minuta sobre as diretrizes aos CES e
2172 CMS, com prazo curto, antes da aprovação no Plenário do CNS, para receber contribuições, na lógica
2173 do planejamento ascendente. O assessor da COFIN, **Francisco Funcia**, explicou que as diretrizes para
2174 o estabelecimento de prioridades no âmbito da União para 2018 estão baseadas nas deliberações da
2175 15ª Conferência Nacional de Saúde, que contou com a participação de representantes dos três
2176 segmentos. Além disso, o planejamento ascendente aparece na definição de como as prioridades serão
2177 efetivadas. Conselheira **Liu Leal** solicitou que a mesa encaminhasse a aprovação da minuta.
2178 Conselheira **Gerlane Baccarin** solicitou que os temas com prazo para deliberação fossem pautados
2179 com intervalo de uma reunião antes do prazo limite, a fim de possibilitar o aprofundamento do debate.
2180 Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** manteve a proposta de remeter a minuta aos CES e CMS,
2181 antes da aprovação no Plenário do CNS. Após essas falas, a mesa colocou em votação as duas
2182 propostas de encaminhamento: votar a minuta, com as contribuições do Plenário, naquela reunião; ou
2183 encaminhar a minuta aos conselhos de saúde estaduais e municipais, antes da aprovação, a fim de
2184 receber contribuições. **Deliberação: o Plenário decidiu, por maioria, votar a minuta de resolução,**
2185 **com as contribuições, naquela reunião.** Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** perguntou se a
2186 resolução, em sendo aprovada, seria encaminhada aos conselhos estaduais e municipais de saúde
2187 para receber contribuições. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, explicou
2188 que o Plenário votaria a resolução e, após aprovada, encaminharia ao Ministro da Saúde para
2189 homologação. Após os trâmites necessários, o Conselho daria ampla divulgação da resolução ao
2190 sistema do controle social. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** reiterou que, em sendo aprovada, a
2191 resolução seria encaminhada ao Ministro da Saúde para homologação. Assim, se houvesse prazo e
2192 não houvesse prejuízo, solicitaria ao Ministro o envio da minuta aos CES e CMS para manifestação,
2193 antes da homologação. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** solicitou que o posicionamento do
2194 conselheiro Neilton Araújo fosse apreciado após a votação, por entender que colocava o controle social
2195 em uma função secundária. Perguntou, a propósito, qual encaminhamento seria dado às eventuais
2196 contribuições à resolução, uma vez que o documento já teria sido aprovado pelo Conselho. Conselheiro
2197 **Neilton Araújo de Oliveira** disse que as eventuais contribuições, se houvesse prazo e não causasse
2198 prejuízo, seriam trazidas ao CNS para apreciação. Após essas falas, o Presidente do CNS explicou
2199 novamente os motivos para aprovação da minuta naquela reunião e a colocou em votação, com as
2200 contribuições dos conselheiros. **Deliberação: aprovada, com uma abstenção e com os adendos**
2201 **feitos pelo Plenário, a minuta de resolução referente à definição de prioridades para as ações e**
2202 **serviços públicos de saúde que integrarão a Programação Anual de Saúde e o Projeto de Lei de**
2203 **Diretrizes Orçamentárias para 2018 da União.** Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** registrou que
2204 concordava com o mérito da resolução e, caso não houvesse prejuízo de prazo, o Ministério da Saúde
2205 a encaminharia aos CES e CMS para receber contribuições. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**,
2206 Presidente do CNS, salientou que o Plenário aprovou a resolução e não tinha ingerência nas decisões
2207 do Ministério da Saúde. Conselheira **Carolina Abad** frisou que CONASS, CONASEMS e MS
2208 participavam da COFIN e poderiam ter encaminhado a minuta para receber contribuições. Também
2209 deixou claro que o Conselho não era contra a participação social na construção da minuta. Conselheiro
2210 **Geordeci Menezes de Souza** lembrou que, nos termos regimentais, as justificativas de voto poderiam
2211 ser feitas somente no caso de abstenção na votação. Conselheiro **Moysés Toniolo** registrou sua
2212 indignação com a tentativa de desqualificar o CNS, órgão máximo de deliberação do SUS, com o
2213 discurso “o Conselho Nacional não debate com os conselhos estaduais e municipais de saúde”.
2214 Também perguntou qual o entendimento do Ministério da Saúde sobre planejamento ascendente. O
2215 Presidente do CNS apelou ao Plenário que procedesse à discussão do próximo ponto com
2216 tranquilidade. Conselheiro **Wanderley Gomes da Silva** salientou que o Conselho aprovou a minuta e a
2217 gestão tomaria os encaminhamentos que considerasse pertinente. Também propôs que se procedesse
2218 ao próximo item tendo em vista que este já havia sido vencido. Conselheiro **Jurandi Frutuoso** apelou
2219 ao Plenário que respeitasse a coordenação da mesa para avançar na discussão e que houvesse
2220 respeito mútuo entre os conselheiros, apesar das divergências. Conselheiro **Willen Heil e Silva**
2221 também frisou a importância de cumprir o Regimento Interno do CNS. Conselheiro **Neilton Araújo de**
2222 **Oliveira** solicitou à Mesa Diretora do CNS que enviasse aos conselheiros metodologia/fluxo para iniciar
2223 o exercício do planejamento ascendente. Seguindo, o Presidente do CNS passou ao segundo assunto
2224 da pauta: minuta de portaria aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite – CIT. Explicou,

2225 inicialmente, que foi enviado aos conselheiros o acúmulo do debate da COFIN sobre o tema. Lembrou
2226 que hoje, independente da forma de transferência, 2/3 dos recursos da União é transferido direto a
2227 estados e municípios. Portanto, é preciso aprofundar o debate sobre metodologia e critérios de rateio.
2228 O assessor técnico da COFIN, **Francisco Funcia**, explicou que a COFIN tratou da minuta de portaria
2229 aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite – CIT, na reunião de 26 de janeiro de 2017 e definiu
2230 encaminhamento a ser apreciado pelo Plenário. Antes de apresentar a proposta, esclareceu que
2231 CONASEMS e CONASS não participaram da discussão e construção da proposta de encaminhamento
2232 por conta de agenda na mesma data e horário. Explicou que na reunião da COFIN/CNS, realizada no
2233 dia 3 de fevereiro de 2017, a Comissão sugeriu como encaminhamento: solicitar esclarecimentos ao
2234 Ministério da Saúde, ao CONASEMS e ao CONASS sobre a minuta de portaria proposta pela CIT na
2235 reunião de 26 de janeiro de 2017. Disse que a intenção desse encaminhamento é esclarecer pontos
2236 para posicionamento do Conselho. Também avaliou que a COFIN é o espaço para debate técnico e
2237 apresentação de subsídios ao CNS. Dito isso, passou a apresentar o documento com as solicitações de
2238 esclarecimentos ao Ministério da Saúde, ao CONASEMS e ao CONASS, a saber: **1.** Proteção de áreas
2239 essenciais: Considerando a aprovação da EC 95, que congela os recursos da saúde e que projeta um
2240 cenário de redução de financiamento quando comparado ao incremento das necessidades e custos de
2241 saúde, perguntamos: **1.1** Como este novo modelo de transferências de recursos nas categorias “custeio
2242 e investimento” evitaria retrocessos no acesso, serviços, ações e resultados em saúde decorrentes de
2243 redução de recursos de áreas menos empoderadas, mas essenciais, devido a remanejamento dessas
2244 áreas para outras com maior poder econômico e político? **1.2** Considerando que uma área como a
2245 Atenção Básica à Saúde, base do modelo de atenção e do SUS que defendemos, já conta
2246 proporcionalmente com menos recursos no Brasil que nos países com sistemas mais custo efetivos,
2247 perguntamos: Como esta área seria protegida contra retrocessos relacionados: à redução de cobertura,
2248 à redução de serviços e atendimento da população e ao modelo assistencial? **2.** Diferentes
2249 expectativas e entendimentos de consequências desta minuta de portaria. Considerando que a Lei
2250 Orçamentária se organiza por meio de subfunções e programas, com suas respectivas ações, e que os
2251 recursos previstos nas mesmas devem responder a essa determinação, perguntamos: **2.1** Essa
2252 unificação dos antigos blocos num único de custeio autorizaria efetivamente o gestor a usar o recurso
2253 de um programa em outro programa conforme a ideia de Bloco Único parece autorizar? **2.2** Ou, se para
2254 garantir esse uso, o Governo Federal proporá mudança na classificação orçamentária vigente para
2255 unificar as subfunções e os programas em dois como, por exemplo, um geral para todo o custeio da
2256 saúde e outro para todo o capital da saúde? **3.** Participação do controle social e fóruns de discussão da
2257 mudança do modelo. Considerando que esse tema, embora todo os elementos administrativos, tem
2258 altíssimo impacto no efetivo atendimento às necessidades de saúde da população, podendo alterar as
2259 próprias prioridades de saúde do sistema municipal - incluindo prioridades dadas aos diferentes níveis
2260 de atenção, aos diferentes modelos de atenção, ao diferentes grupos a serem ou não atendidos e
2261 mesmo se os critérios de rateio apontam para a promoção da equidade ou reforçam o aumento da
2262 desigualdade – entendemos que: **3.1** O conteúdo desta minuta de portaria que altera o rateio de
2263 recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais para apenas
2264 duas categorias – custeio e investimento - não diz respeito somente aos gestores e, portanto, deveria
2265 ser objeto de um debate essencial ao controle social do SUS e, justamente por isso, o Conselho
2266 deveria participar de todo o debate e processo de discussão em torno desse tema, o que também está
2267 previsto na Constituição Federal e Lei Complementar nº 141/2012. Considerando que antecede à forma
2268 de repasse (se por blocos, programas ou etc.) a definição dos critérios que definem o quanto cada ente
2269 receberá de recursos, portanto, o rateio, e que a Lei Complementar nº 141/2012 define que o Controle
2270 Social do SUS deve deliberar sobre os critérios de rateio perguntamos: **3.2** Quando o Conselho
2271 Nacional de Saúde integrará a comissão que está debatendo a mudança? **4.** Propor como método:
2272 discutir o global e não a parte, começar pelo início e não pelo fim, debater o todo e realizar implantação
2273 progressiva e não de imediato como foi apresentado na CIT - apenas com uma medida. Considerando
2274 que os blocos são modos de repassar recursos de ações programáticas que tem distintos modos e
2275 processos de cálculos e que isso diz respeito fundamentalmente aos critérios de rateio e que qualquer
2276 definição de novos critérios (rateio) sem “recursos novos” resultará inevitavelmente em municípios que
2277 perderão recursos e outros que ganharão, perguntamos: **4.1** Não seria mais adequado a definição dos
2278 critérios de repasse dos recursos (rateio) anteceder o formato (mais unificado ou mais fragmentado de
2279 repasse) sem impedir contudo que se possa enfrentar o problema mais reclamado pelos gestores
2280 municipais que é a unificação e integração dos repasses e seus critérios (caixinhas) dentro de cada
2281 bloco, posto que em vez dos 6 previstos hoje se tem na prática mais de 100? Considerando as
2282 contradições, dúvidas e questionamentos apresentados por todos os participantes da COFIN/CNS,
2283 incluindo os representantes dos governos federal, estaduais e municipais, e que processos de
2284 redefinição dos repasses e de seus critérios (rateio) em países como, por exemplo, a Escócia, exigiram
2285 amplo debate e um processo de mais de 10 anos de implantação, perguntamos: **4.2** Antes da decisão
2286 precipitada na CIT em propor minuta de portaria no dia 26 de janeiro de 2017 de que somente dois

2287 blocos seriam necessários, não seria melhor fazer o debate integrado e global debatendo os critérios de
2288 repasse (rateio), as metas, forma de repasse, responsabilização com resultados e prestação de contas
2289 e definir uma agenda de debate e de implantação por etapas? **5.** Implantação com participação social.
2290 Considerando a importância de avançar em princípios do SUS como a descentralização e ampliação da
2291 autonomia das esferas de governo e entendendo a importância de princípios como equidade e
2292 participação e que a gestão do SUS deve ser feita com os atores sociais do SUS municipal e,
2293 obviamente, sob controle social, questionamos: **5.1** A discussão dos modos efetivos de participação
2294 social na definição local das prioridades e usos de recursos não é tão ou mais essencial que o debate
2295 restrito aos modos de repasse de recursos da minuta de portaria proposta pela CIT no dia 26 de janeiro
2296 de 2017? **6.** Relações e contradições entre a autonomia estadual e municipal. Considerando que
2297 grande parte dos recursos municipais, principalmente dos pequenos municípios, são geridos pela
2298 Secretaria Estadual da Saúde, perguntamos: **6.1** Como se daria a participação desses municípios na
2299 definição dos critérios e uso dos recursos uma vez que, nos parece, ampliaria a autonomia de uso do
2300 Estado de recursos municipais sem a garantia de participação destes na definição? **7.** Coerência entre
2301 as regras de financiamento federal e municipal. Considerando que em muitos estados da federação os
2302 modos de repasse e critérios de rateio são ainda mais fragmentados, possibilitam menos autonomia e
2303 possuem formas mais conveniais que os da União, perguntamos: **7.1** Não seria oportuno fazer o debate
2304 envolvendo conjuntamente as questões referentes aos repasses federais e estaduais para se avançar
2305 efetivamente no planejamento ascendente do SUS? **8.** Recursos previstos para o processo de
2306 mudança. Considerando que os processos de mudança de lógica de financiamento, no Brasil e no
2307 mundo, em processos mais globais ou programas específicos, sempre preveem acréscimos de
2308 recursos para evitar que um conjunto de municípios perca recursos dispondo no dia seguinte à
2309 implantação da nova regra um montante financeiro menor do que dispunha anteriormente,
2310 perguntamos: **8.1** Há a previsão de recursos específicos para a implantação dos termos desta minuta
2311 de portaria durante o processo de transição? **9.** Transparência. Considerando a importância da
2312 transparência, do acompanhamento público e do controle social, perguntamos: **9.1** Como a nova
2313 modalidade de repasse/rateio que, a princípio, parece dificultar a fiscalização dos recursos, poderia, ao
2314 invés disso, fortalecê-la? Concluída a apresentação, foi aberta a palavra para considerações.
2315 **Manifestações.** Conselheira **Christianne Maria de Oliveira Costa** sugeriu que fosse incluído no
2316 documento o questionamento: a Secretaria do Tesouro Nacional, que é responsável por normatizar a
2317 transferência de recursos, está participando do processo de debate? Também explicou que portaria não
2318 possuía força para qualquer tipo de alteração e frisou que é preciso respeitar o princípio de escuta e
2319 participação do CNS. Conselheiro **Moysés Toniolo** iniciou perguntando se estados e municípios
2320 poderão apontar necessidades e demandas à União na lógica do planejamento ascendente. Também
2321 destacou que a real proposta é a desvinculação de receitas de estados e municípios para a saúde.
2322 Conselheiro **Fernando Pigatto** perguntou como essa minuta chegou ao CNS e avocou o princípio da
2323 democracia para ressaltar a importância da socialização das informações. Apelou aos gestores que
2324 acreditam na democracia e são comprometidos com o SUS que ampliem o debate deste tema com o
2325 controle social. Conselheira **Juliana Santorum** salientou que é preciso aprofundar o debate sobre
2326 democracia e participação social, sobretudo neste momento de acirramento de disputa de projeto na
2327 sociedade. Sobre o tema em pauta, dada a complexidade, disse que é preciso aprofundar o debate
2328 com a área técnica e levantar subsídios para orientar o posicionamento do CNS. Conselheiro **Neilton**
2329 **Araújo de Oliveira** reiterou a proposta de indicar representante do CNS para participar do GT que está
2330 debatendo a minuta de portaria da CIT, a fim de levar questionamentos e trazer subsídios ao Plenário
2331 para qualificar o debate. Conselheira **Liu Leal** destacou que o CEBES é uma entidade da reforma
2332 sanitária que ajudou na construção do SUS e tem defendido a implementação dessa política. Salientou
2333 que é preciso cuidar desse debate porque acontece em circunstância difícil – crise que o país e os
2334 Estados vivem. Ressaltou que é preciso descentralizar desconcentrando, mas com responsabilidade
2335 sanitária e isso deve ser feito, inclusive, com a participação do controle social. Frisou que é preciso
2336 unificar os aliados que defendem o SUS integral e de qualidade e reorganizar a agenda de debate do
2337 orçamento concomitante ao modelo de atenção. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** destacou,
2338 inicialmente, que o recurso continuará o mesmo, portanto, não resolverá o problema do
2339 desfinanciamento para garantir atendimento melhor à sociedade. Salientou ainda a necessidade de
2340 repactuação do modelo administrativo e perguntou como os gestores veem esse modelo. Por fim, frisou
2341 que essa mudança está no cerne do SUS e propôs que fosse ponto de pauta permanente para
2342 acompanhar o que está acontecendo. Conselheira **Maria das Graças Gervásio** solicitou que, antes de
2343 divulgar a proposta e de qualquer contribuição, é preciso fazer ajustes a fim de evitar interpretações
2344 equivocadas. Conselheiro **Jurandi Frutuoso**, em relação ao documento, lembrou que os
2345 representantes do CONASS não participaram da construção e apresentou as seguintes sugestões: no
2346 item 4.1, excluir o trecho “todos os participantes da COFIN/CNS, incluindo os representantes dos
2347 governos federal, estaduais e municipais” e a palavra “precipitada” do trecho “Antes da decisão
2348 precipitada na CIT”. Destacou que o documento apresentado pela COFIN/CNS servirá de subsídio ao

2349 GT na elaboração da normativa de critério de rateio, que será submetida à apreciação do Conselho.
2350 Frisou que esse debate é a continuidade de uma discussão iniciada há tempo e não se trata de uma
2351 invenção do Ministério da Saúde, mas sim uma resposta à necessidade premente do Sistema.
2352 Recuperou, inclusive, que a Portaria nº. 204, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o
2353 financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma
2354 de blocos de financiamento, foi aprovada com a ressalva “de que os critérios seriam discutidos em
2355 seguida”. Ressaltou que os gestores não conseguem mais conviver com mais de 800 regras de
2356 repasse de recurso. Portanto, é necessário encontrar solução – custeio e investimento - e dentro do
2357 custeio é preciso manter as programações que a saúde precisa. Disse ainda que a discussão do critério
2358 de rateio é complexa e o CNS precisa participar desse debate. Por fim, ressaltou que os gestores
2359 defendem o que está definido na Lei nº. 141. Conselheiro **José Eri de Medeiros** reiterou que esse é
2360 um debate antigo e lembrou que carta do CONASEMS, de 1989, defendia que 70% do recurso da
2361 saúde fosse *per capita*. Lembrou que a descentralização é um princípio definido na Constituição
2362 Federal e concordou que é preciso reforçar a participação dos conselhos municipais. Também registrou
2363 que não é contra o documento elaborado pela COFIN e avaliou que pode ser utilizado como subsídio
2364 para debate. Disse que o CONASEMS defende uma resolução das três esferas do governo sobre o
2365 tema, que deve ser aprovada pelo Conselho, e não uma portaria apenas do Ministério da Saúde.
2366 Conselheiro **Aníbal Machado** falou das dificuldades de atendimento dos usuários nos municípios e
2367 frisou que é preciso garantir mais recursos para o SUS a fim de atender as demandas da população.
2368 Conselheiro **Danilo Aquino Amorim** salientou que debater a mudança dos critérios de rateio significa,
2369 necessariamente, rediscutir os modelos de atenção e como está o controle social no nível municipal e
2370 estadual. Lembrou que, nos termos da Lei 141/12, o objetivo central da descentralização é atender a
2371 realidade sanitária de cada realidade a partir das necessidades sociais de saúde e a expressão dessas
2372 necessidades se dá nos conselhos estaduais e municipais de saúde. Frisou que o CNS possui papel
2373 fundamental na articulação desse debate com os conselhos estaduais e municipais de saúde.
2374 Conselheira **Christianne Maria de Oliveira Costa** destacou que é preciso ouvir as demandas
2375 municipais e salientou que a transferência é feita por delegação. A esse respeito, esclareceu que o
2376 Manual da Secretaria do Tesouro define que delegação é a entrega de recurso financeiro a outro ente
2377 da federação ou consórcio público para execução de ações de responsabilidade ou competência do
2378 ente delegante, considerando a legislação própria do ente e a Lei de Diretrizes Orçamentárias.
2379 Conselheira **Carolina Abad** estranhou que o tema não tenha sido trazido oficialmente ao Conselho
2380 para debate. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, esclareceu que a Mesa
2381 Diretora do CNS acompanhou a apresentação da proposta apresentada na reunião da CIT e, na
2382 semana seguinte à reunião da Comissão, foi divulgado comunicado da presidência do Conselho
2383 informando que o CNS debateria o tema na COFIN, considerando o impacto desta proposta. Feito o
2384 debate na COFIN, o tema estava sendo trazido ao Plenário do CNS. Conselheira **Liu Leal** disse que
2385 há preocupação com a desassistência porque causa adoecimento e morte de pessoas. Também
2386 destacou que é preciso considerar a crise aguda no desfinanciamento das políticas públicas e
2387 agravamento da determinação social. Salientou que é necessário retomar discussão sobre plano diretor
2388 de regionalização, plano diretor de investimento, PPI. Além disso, esse debate não pode ser apenas
2389 econômico, de alocação financeira, pois remete à discussão de planejamento a partir dos instrumentos
2390 de gestão, poucos discutidos no território. Por fim, solicitou que as questões que reorientam a política,
2391 não contempladas no Plano Nacional de Saúde e nos relatórios da Conferência, sejam debatidas com o
2392 Plenário do CNS, para, depois, serem tratadas nas instâncias de pactuação. A partir das falas dos
2393 conselheiros, **Wanderley Gomes da Silva** destacou que o debate deste tema é de fundamental
2394 importância, dada a sua complexidade e os riscos colocados e exigirá longo e profundo debate.
2395 Também ressaltou que é preciso considerar nesse debate o modelo de gestão e para onde vão os
2396 recursos do Estado brasileiro (para investimento nas políticas públicas ou para pagamento da dívida?).
2397 Por fim, disse que o tema precisa ser debatido em profundidade na COFIN e nas demais comissões do
2398 Conselho, bem como no Plenário do CNS. Antes do encaminhamento, conselheiro **Ronald Ferreira**
2399 **dos Santos**, Presidente do CNS, destacou que o Conselho recomendou às entidades que se
2400 manifestem contrárias à EC 96 ou participem como *Amicus curiae* na ADIn impetrada pela Associação
2401 Nacional dos Juízes Federais e pelo Ministério Público Federal. O assessor técnico da COFIN,
2402 **Francisco Funcia**, salentou que nas falas não houve posição contrária ao posicionamento “que não é
2403 possível debater a criação de duas categorias de transferência de recurso sem refletir sobre os critérios
2404 de rateio”. Explicou que na reunião da CIT foi aprovada a proposta de criação de custeio e
2405 investimento, mas não a portaria, que está sendo construída. Citou e apoiou o trecho do artigo
2406 “Repasse federal unificado para Estados e municípios”, do ex-conselheiro Nelson Rodrigues, de: “(...)”
2407 Finalizando estas considerações, o apoio e comemoração pelo repasse federal unificado deve integrar
2408 a estratégia de tornar-se ampliação do campo de esclarecimentos e alertas permanentes, com máxima
2409 transparência e mobilizações dos gestores descentralizados, trabalhadores de saúde, conselheiros,
2410 movimentos sociais, parlamentares, prefeitos e governadores, com vistas à reversão, ainda que por

2411 etapas, dos demais elos da cadeia de estratégias construtoras do SUS, que até hoje estão voltadas
2412 para o outro modelo já alertado. Sob a pena dos gestores descentralizados e a própria militância do
2413 SUS, serem espertamente expostos à opinião pública como incompetentes e insensíveis aos direitos
2414 constitucionais à saúde de todos, mesmo com o final das ‘caixinhas’.” Salientou que unificar, sem
2415 critérios, pode estabelecer prioridades para questões emergenciais e não mudar o modelo. Também
2416 destacou que qualquer resolução da CIT relativa a financiamento e modelo de atenção que não esteja
2417 compatível com Conferência Nacional de Saúde e Plano Nacional de Saúde precisa passar por
2418 deliberação do CNS. Fez uma síntese das contribuições ao documento: A SPN participa do GT que
2419 está elaborando a minuta da nova Portaria que será encaminhada ao CNS?; Qual é a garantia de que
2420 todas as subjunções da Portaria 4.299 terão recursos alocados para atender as necessidades de saúde
2421 da população?; A definição de critérios de rateio deve necessariamente levar em conta o modelo de
2422 atenção e como se articula o processo de descentralização com efetiva participação do controle social
2423 – proposta: CNS articule a discussão sobre os critérios de rateio com os conselhos estaduais e
2424 municipais de saúde. Além disso, foi destacado que a discussão dos critérios de rateio não deve ser
2425 feita somente pela lógica econômica. Conselheiro **José Eri de Medeiros** sugeriu que um dos critérios
2426 de rateio seja *per capita* e não rede instalada dos municípios. Conselheiro **Geordeci Menezes de**
2427 **Souza** lembrou as propostas do conselheiro Jurandi Frutuoso: item 4.1, excluir o trecho “todos os
2428 participantes da COFIN/CNS, incluindo os representantes dos governos federal, estaduais e
2429 municipais” e a palavra “precipitada” do trecho “Antes da decisão precipitada na CIT”. Conselheiro
2430 **Haroldo de Carvalho Pontes** solicitou que seja destinado tempo suficiente para o ponto de pauta
2431 sobre esse tema na próxima reunião. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS,
2432 sugeriu que a Coordenação da COFIN e um representante da Mesa Diretora do CNS acompanhem o
2433 debate do GT e solicitou que o conjunto de sugestões seja encaminhado ao Grupo. Conselheira **Liu**
2434 **Leal** solicitou que seja pautado debate sobre atenção básica. O Presidente do CNS lembrou que o
2435 Conselho está na composição do GT e é preciso marcar reunião. Conselheiro **Moysés Toniolo**
2436 solicitou que a minuta de portaria seja remetida ao CNS. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**
2437 sugeriu acrescentar no documento os temas regionalização, avaliação de acordo com indicadores e
2438 metas estabelecidas e sistema de informação. Também ressaltou que a discussão não está restrita à
2439 questão orçamentária. **Deliberação: como encaminhamentos, o Plenário decidiu indicar, para**
2440 **acompanhar o GT que está debatendo a minuta de portaria da CIT, integrantes da COFIN** (representantes dos segmentos de usuários e trabalhadores da saúde, haja vista que os
2441 gestores já compõem o GT) e um representante da Mesa Diretora do CNS; encaminhar o
2442 documento elaborado pela COFIN, com os acréscimos feitos em Plenário, às áreas
2443 responsáveis para resposta; pautar o tema na próxima reunião do CNS, com tempo necessário
2444 para o debate; enviar as sugestões/ponderações feitas em Plenário ao GT; solicitar cópia da
2445 minuta de portaria aprovada pela CIT; e agilizar o processo de composição do GT do CNS que
2446 irá debater atenção básica e marcar reunião. Definido esse ponto, conselheiro **Ronald Ferreira dos**
2447 **Santos**, Presidente do CNS, salientou que o Plenário precisaria definir representante dos gestores para
2448 a vaga na Mesa Diretora do CNS antes ocupada pelo CONASS. Conselheiro **José Eri de Medeiros**
2449 indicou o conselheiro **Arilson Cardoso** para compor a Mesa Diretora. **Deliberação: aprovada, com**
2450 **uma abstenção, a indicação do conselheiro Arilson da Silva Cardoso, representante do** CONASEMS, para compor a Mesa Diretora do CNS em substituição ao conselheiro Jurandi
2451 **Frutuoso, representante do CONASS.** Definido esse ponto, a mesa suspendeu para o almoço. **ITEM**
2452 **8 – 1ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE** - Apresentação: conselheiro **Danilo**
2453 **Aquino Amorim**, coordenador adjunto da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de
2454 Trabalho – CIRHRT; conselheiro **Fernando Pigatto**, coordenador da Comissão Intersetorial de
2455 Vigilância em Saúde; **Sônia Brito**, representante da Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS; e
2456 **Edson Donagema**, representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.
2457 Coordenação: conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheiro
2458 **Fernando Pigatto**, coordenador da Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde, fez um informe
2459 sobre o processo preparatório da Conferência. Explicou que foram realizadas etapas preparatórias
2460 (Encontro das CISTTs, SIMBRAVISA) e outras seriam realizadas (III Congresso da Abrasco, XV
2461 EXPOEPI). Salientou que a realização da conferência nesse momento é importante, dada a conjuntura
2462 do país e frisou que é preciso aprofundar cada vez mais os debates. Lembrou que o CNS aprovou a
2463 realização de seminário, no mês de junho, com movimento sindical e popular e é necessário definir a
2464 data. Também informou que foi realizada a 1ª reunião da Comissão de Formulação e Relatoria da 1ª
2465 CNVS no dia 9 de fevereiro de 2017 e, na oportunidade, foram definidos encaminhamentos: proposta
2466 de estrutura do Documento Orientador: Apresentação - deverá ser feita pelo Conselho Nacional de
2467 Saúde e conter o lema, tema e objetivos da 1ª CNVS. Responsável – Mesa Diretora do CNS.
2468 Contextualização e Desafios da Vigilância em Saúde – Texto que faça o diálogo entre o lema/temática
2469 e os subeixos introduzindo as principais “palavras chaves” a serem abordadas no documento, tais
2470 como: Território, Financiamento, Modelo de Atenção, Precaução, Promoção e Proteção da Saúde,
2471

2473 Prevenção de Agravos, Vulnerabilidade e Integração. Responsável - Guilherme Franco Netto; Subeixos
2474 - Breve texto (conciso, objetivo, critico e acessível) seguido pela formulação de perguntas geradoras
2475 que provoquem o debate e gere indicação de diretrizes para a formulação da Política Nacional de
2476 Vigilância em Saúde. Foram definidos os responsáveis, com calendário. Explicou que a proposta é
2477 realizar a próxima reunião da Comissão de Formulação e Relatoria da 1ª CNVS nos dias 23 e 24 de
2478 março de 2017 para consolidação do Documento Orientador e definição da metodologia da Relatoria.
2479 Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** informou que a comissão organizadora se reuniria nos dias
2480 22 e 23 de março. Conselheiro **Danilo Aquino Amorim**, coordenador adjunto da CIRHRT/CNS, fez
2481 uma abordagem sobre recursos humanos e relação de trabalho relacionado à vigilância em saúde,
2482 contemplando os debates da Comissão principalmente sobre a pauta relativa à formação técnica.
2483 Começou relatando caso hipotético para demonstrar a importância da estruturação de uma política
2484 nacional de vigilância em saúde, entendendo que pode apoiar e ser estruturante para o direito à saúde
2485 no país. Trata-se de paciente grávida que buscou o serviço de saúde, com cartão rasurado, na tentativa
2486 de ser internada e proteger-se de violência doméstica praticada pelo marido. Após acolhimento da
2487 paciente, os funcionários sequer perguntam se foi feita a notificação da violência doméstica (que é
2488 compulsória). A maior parte dos profissionais não sabia que violência contra a mulher é de notificação
2489 compulsória no Brasil desde 2003 e confundia notificação com denúncia. Destacou que esse exemplo
2490 demonstra o desconhecimento dos profissionais e a fragilidade na formação e interação com os
2491 mecanismos de vigilância em saúde. Lembrou que objetivo da notificação da violência contra a mulher
2492 é principalmente levantar elementos para definição de política de combate a esse tipo de violência.
2493 Além disso, essa informação serve para subsidiar e munir profissionais de saúde, gestores,
2494 comunidade, controle social para a ação. Também salientou que os municípios precisam de sistemas
2495 de vigilância em saúde que possibilitem interpretação local dos seus agravos em saúde para
2496 potencializar a ação do SUS no âmbito municipal. Nessa linha, disse que os agentes comunitários de
2497 saúde e os agentes de combate à endemia são atores fundamentais no processo de notificação e
2498 utilização das informações do sistema de vigilância em saúde para implementar ação nas comunidades
2499 e regiões onde atuam. Todavia, a formação técnica aponta para um processo de ausência do Estado
2500 na regulação e definição da formação técnica em saúde. Além disso, é um setor delegado para o
2501 terceiro setor e pouco dialoga com as necessidades de formação de profissionais de saúde. Também
2502 destacou que a vigilância em saúde contribui para o trabalho em saúde, porque as informações
2503 possibilitam trabalho que dialoga com as necessidades locais de saúde. De um modo geral, salientou
2504 que é preciso pensar na vigilância em saúde na perspectiva de modelo assistencial porque dialoga com
2505 as necessidades locais de saúde. Ressaltou que municípios, estados e regiões de saúde devem se
2506 empoderar das informações dos sistemas de vigilância em saúde para cada vez mais dialogar com as
2507 necessidades e demandas da população. Retomando o caso hipotético, destacou que a notificação vai
2508 muito além do preenchimento da ficha, passando pelo enfrentamento do cerne da dinâmica
2509 saúde/doença, que é sua determinação social que dialoga com desigualdades, modelo econômico,
2510 estrutura machista e racista. Esse processo de determinação social, acrescentou, tem a potência de
2511 questionar as bases fundantes e estruturantes do que é o adoecimento no Brasil. Desejou que o tema
2512 dos recursos humanos consiga se inserir e fortalecer o debate e todos os profissionais da saúde, do
2513 nível técnico, fundamental ao superior possam atuar para garantia do direito à saúde. O representante
2514 da ANVISA, **Edson Donagema**, fez uma abordagem sobre os canais de participação/comunicação da
2515 Anvisa e das dificuldades para avançar em relação a esses canais. Salientou que o universo de
2516 regulação dos produtos é marcado por uma questão cultural, assim, o debate não poder ser feito
2517 apenas em um ambiente técnico. Explicou que foi constituído Programa de Melhoria das Boas Práticas
2518 Regulatórias das Agências e um dos pilares dessa melhoria é transparéncia e a participação. Assim, a
2519 maioria das reuniões da Agência são públicas e transmitidas em tempo real. Destacou também a
2520 consulta pública, um importante canal de participação e as audiências públicas. Detalhou que o
2521 Sistema Nacional de vigilância sanitária é composto por vigilâncias estaduais e municipais e ANVISA,
2522 que só coordena entes autônomos. Disse que a vigilância é uma atividade disseminada em todos os
2523 municípios do país, conforme apontando por pesquisas: 4.554 vigilâncias estruturadas; apenas 119
2524 municípios não possuem estrutura de vigilância e desse total apenas cinco não possui ninguém que
2525 trate de vigilância. Acrescentou que são 41 mil servidores que atuam na área de vigilância e, desse
2526 total, 2.200 na ANVISA (federal) e 36 mil nos municípios e é fundamental entender a limitação de
2527 atuação da ANVISA no país. Por fim, apresentou as propostas da ANVISA: fazer vigilância sanitária
2528 capaz de tornar o país mais ágil – agilidade sem perder qualidade; vigilância mais inclusiva e
2529 conceitual; fazer vigilância integrada com o SUS e referência para outros serviços de saúde e integrada
2530 a outras políticas sociais. Na sequência, fez uso da palavra a representante da SVS/MS, **Sônia Brito**,
2531 que iniciou destacando que a vigilância ocorre em todos os níveis de atenção e deve estar adaptada à
2532 realidade. Salientou que é preciso debater determinantes e condicionais de saúde e o que significa a
2533 recrudescência de patologias que estavam controladas e a amplitude da vigilância. Frisou que a
2534 vigilância precisa se fortalecer com profissionais que praticam vigilância até mesmo sem saber e é

2535 preciso aprofundar o debate sobre vigilância nas três esferas. Concluídas as falas, foi aberta a palavra
2536 aos conselheiros. Nas intervenções, emergiram as seguintes questões: atenção para a fiscalização de
2537 alimentos; desafio: pensar vigilância para além dos aspectos que a compõem; é preciso saber quais os
2538 encaminhamentos dados às contribuições feitas à consulta pública sobre reavaliação dos agrotóxicos;
2539 é preciso avançar no debate sobre soberania alimentar x segurança alimentar; é necessário debater o
2540 que significa “fortalecer” vigilância sanitária – venenos adquiridos como medidas de vigilância sanitária;
2541 deve-se abordar o tema da vigilância como uma questão de segurança à saúde; sugestões de eixos de
2542 debate da Conferência: determinação social da saúde e territórios livres; integração das vigilâncias
2543 (interseção e singularidade); atenção e gestão; práticas, tecnologias e saberes da vigilância;
2544 intersetorialidade e participação; importância das formas de participação social e efetivação do controle
2545 social (importância de retomar o conselho consultivo da ANVISA). A partir das falas, os convidados
2546 fizeram considerações gerais. **Deliberação: como resultado deste ponto de pauta, o Plenário**
2547 **decidiu: pautar debate sobre os eixos da 1^a CNVS nas reuniões do CNS (na 291^a, convidar as**
2548 **coordenações das Comissões de Alimentação e Nutrição e de Ciência, Tecnologia e Assistência**
2549 **Farmacêutica); e apresentar ao Plenário do CNS os produtos das reuniões das Comissões**
2550 **Organizadora, Executiva, de Comunicação e Mobilização e a de Formulação e Relatoria, bem**
2551 **como seus calendários de reuniões. ITEM 9 – COMISSÕES INTERSETORIAIS DO CNS –**
2552 **Apreciação das minutas elaboradas pelas comissões. A) COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM**
2553 **PESQUISA – CONEP/CNS –** Neste ponto, o Plenário apreciou a minuta de resolução, elaborada pela
2554 CONEP/CNS, sobre o Projeto de Lei nº 200 de 2015, que trata de “Pesquisas Clínicas em Seres
2555 Humanos”, aprovado no Plenário do Senado Federal, no dia 15 de fevereiro de 2017, e encaminhado
2556 para tramitação na Câmara dos Deputados. O Presidente do CNS fez a leitura do texto: “O Plenário do
2557 Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Nonagésima Reunião Ordinária, realizada nos dias
2558 16 e 17 de fevereiro de 2017, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela
2559 Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, pelo Decreto
2560 nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa
2561 do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e considerando que a proteção dos participantes
2562 de pesquisa é conquista universal amparada por um conjunto de normas e leis do campo dos direitos
2563 civis e humanos; considerando que o Brasil participa dos avanços internacionais a partir da criação da
2564 Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), por meio da Resolução CNS nº01 de 1988,
2565 atualizada pela Resolução CNS 196 de 1996, que dispõe, entre outros, sobre a proteção dos
2566 participantes de pesquisa; considerando que a Conep cresce com a criação do Sistema CEP/Conep
2567 seguido da implantação da Plataforma Brasil, em ação conjunta CNS/MS; considerando a larga
2568 experiência e acúmulo na regulação social da ética em pesquisa no que concerne a proteção dos
2569 direitos dos participantes de pesquisa; considerando que Projeto de Lei nº 200 de 2015 “Pesquisas
2570 Clínicas em Seres Humanos” aprovado no Senado Federal, representa um retrocesso, já que prevê que
2571 a instância nacional de ética em pesquisa clínica deixa de estar abrigada no CNS (instância e
2572 autoridade máximas na formulação e controles da política nacional de saúde), através de sua Comissão
2573 Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), para estar subordinada à Secretaria de Ciência, Tecnologia e
2574 Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (órgão com competência para desenvolver a ciência,
2575 tecnologia e inovação no SUS), tratando-se de questão central, que tem como objetivo enfraquecer o
2576 sistema de defesa dos participantes de pesquisa; considerando que além de um corpo técnico
2577 altamente qualificado, a Conep dispõe de representação do segmento dos usuários em sua equipe, o
2578 que oportuniza uma visão diferenciada nas análises éticas em razão destes representarem a voz dos
2579 participantes de pesquisa na Comissão e que com o previsto no PL200/2015, haverá consequente
2580 enfraquecimento da representação dos usuários, apesar do modelo atual constituir uma experiência
2581 bem sucedida, na opinião dos próprios participantes de pesquisa, Comitês de Ética em Pesquisa (CEP)
2582 e pesquisadores; considerando que o conteúdo do referido PL reduz os direitos dos participantes de
2583 pesquisa, exemplificados pela: limitação do acesso gratuito ao produto experimental no período pós-
2584 estudo até que seja incorporado ao SUS (segundo as diretrizes vigentes, o referido acesso deve
2585 acontecer por tempo indeterminado, enquanto se fizer necessário, às custas do patrocinador); redução
2586 do rigor na exigência de que o participante de pesquisa no grupo controle não deixe de receber o
2587 melhor tratamento ou procedimento que seria realizado na prática clínica (o PL permite que o
2588 participante receba “tratamento habitualmente realizado na prática clínica” associado a placebo, o que
2589 pode não ser o melhor tratamento disponível considerando um centro hospitalar com recursos
2590 limitados) e redução da representação dos usuários nos CEP, pois o PL limita a participação apenas de
2591 “usuários da instituição onde será realizada a pesquisa” (tal dispositivo desconsidera que a
2592 representação de usuários é organizada, de forma espontânea, em associações de pacientes ou grupo
2593 de patologias e não por instituição); considerando que a permanência da Conep no CNS, onde
2594 encontra-se a mais de 20 anos, é a melhor garantia de sua independência decisória, tão necessária a
2595 uma efetiva proteção aos participantes de pesquisa; considerando que, diferentemente do que tem sido
2596 veiculado, o prazo médio de tramitação da análise ética na Conep tem sido inferior a 30 dias;

2597 considerando que a Conep está em permanente aperfeiçoamento das normativas que constituem o
2598 Sistema CEP/Conep, o que pode ser exemplificado pela homologação das Resoluções CNS n.^o 506
2599 ("Acreditação de Comitês de Ética em Pesquisa") e n.^o 510 ("Pesquisas em Ciências Humanas e
2600 Sociais") e pelos diversos grupos de trabalho em andamento com a constante finalidade de aprimorar o
2601 Sistema CEP/Conep e garantir os direitos dos participantes de pesquisa e que o PL 200/2015 seguiu
2602 para tramitação na Câmara Federal; considerando que a mobilização quanto a defesa do Sistema
2603 CEP/Conep faz-se urgente em face da atual conjuntura onde o desmonte do SUS vem paulatinamente
2604 ocorrendo em várias frentes, inclusive o Controle Social, que tem como uma de suas principais funções
2605 fiscalizar as políticas públicas de saúde; e considerando que o Conselho Nacional de Saúde apresentou
2606 emendas em todas as comissões em que tramitou o PLS 200/2015, todas rejeitadas, a serem
2607 reapresentadas na Câmara dos Deputados. Recomenda à Câmara dos Deputados que rejeite o PLS
2608 n.^o 200/2015 aprovado no Senado Federal." **Deliberação: aprovada a recomendação, elaborada**
2609 **pela CONEP/CNS, relativa ao PLS n.^o 200/2015 aprovado no Senado Federal.** **B) COMISSÃO**
2610 **INTERSETORIAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – CIVS** - apreciação de duas minutas de
2611 recomendação, elaboradas pela CIVS. Conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, coordenador da
2612 CIVS/CNS, fez a leitura das duas propostas. O texto é o seguinte: "Recomendação nº 0XX, de x de
2613 fevereiro de 2017. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Nonagésima
2614 Reunião Ordinária, realizada nos dias 16 e 17 de fevereiro de 2017, no uso de suas atribuições
2615 conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990,
2616 pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, cumprindo as disposições da Constituição da República
2617 Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e Considerando que o Plano Nacional
2618 de Saneamento Básico – Plansab é previsto pela Lei nº 11.445/2007 e resultou de um processo
2619 planejado e coordenado pelo Ministério das Cidades; foi aprovado pelos Conselhos Nacionais de
2620 Saúde (CNS), Meio Ambiente (Conama), Recursos Hídricos (CNRH) e das Cidades (ConCidades) e
2621 publicado pelo Decreto Presidencial nº 8.141, de 20 de novembro de 2013, e pela Portaria
2622 Interministerial nº 571, de 5 de dezembro de 2013, assinada pelos seguintes Ministérios: Cidades; Casa
2623 Civil; Fazenda; Saúde; Planejamento, Orçamento e Gestão; Meio Ambiente; e Integração Nacional;
2624 Considerando a análise realizada pela Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde – CIVS, do
2625 Conselho Nacional de Saúde - CNS sobre o Plano Nacional de Saneamento Básico – Plansab, na qual
2626 salienta seu caráter estruturante e seu papel fundamental nas medidas preventivas das doenças de
2627 veiculação hídrica e no controle de vetores transmissores de arboviroses como Dengue, Chikungunya e
2628 Zika, exige que o Plansab seja implementado de forma integrada por todos os órgãos de Governo que
2629 atuam na área de saneamento básico e considerado uma política de Estado. Considerando que este
2630 Plenário defende que o Plano Plurianual – PPA e a Lei Orçamentária Anual - LOA devem garantir as
2631 condições financeiras e programáticas para a implementação dos Planos Nacionais. Recomenda ao
2632 Ministério da Saúde: Que faça uma revisão nas metas do PPA 2016-2019 e nas metas da LOA 2017,
2633 relacionadas ao saneamento básico, de forma a serem compatíveis com as metas do Plansab; Que o
2634 Ministério das Cidades, responsável pela coordenação do Plansab, participe da Sala de Coordenação e
2635 Controle do Ministério da Saúde, responsável pelo monitoramento das enfermidades relacionadas ao
2636 Aedes Aegypti, a fim de que as ações dos dois Ministérios sejam integradas; Que o Ministério das
2637 Cidades, através da Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental, e o Conselho Nacional das
2638 Cidades indiquem, respectivamente, um(a) representante cada para participarem das reuniões do
2639 plenário do Conselho Nacional de Saúde - CNS e integrem como convidados a Comissão Intersetorial
2640 de Vigilância em Saúde – CIVS; Que na pauta do "Radar" durante as reuniões ordinárias do plenário do
2641 CNS sejam apresentados os resultados do que já foi executado dos planos de saneamento básico.
2642 **Deliberação: aprovada, por unanimidade, a recomendação.** Recomendação nº xx, de x de fevereiro
2643 de 2017. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Nonagésima Reunião
2644 Ordinária, realizada nos dias 16 e 17 de fevereiro de 2017, no uso de suas atribuições conferidas pela
2645 Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, pelo Decreto nº
2646 5.839, de 11 de julho de 2006, cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do
2647 Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e Considerando que o Plano de Ação Global sobre
2648 Resistência Antimicrobiana da Organização Mundial da Saúde – OMS prevê o engajamento dos
2649 Estados-Membros no desenvolvimento de seus planos de ação nacionais até maio de 2017, com o
2650 objetivo de assegurar a continuidade da capacidade de tratar e prevenir doenças infecciosas utilizando-
2651 se medicamentos efetivos, seguros e de qualidade, de forma responsável e acessível a todos que deles
2652 necessitem; Considerando o debate sobre o Plano de Ação Nacional para o Combate e Controle de
2653 Resistência Microbiana realizado na Ducentésima Octogésima Oitava Reunião Ordinária do Conselho
2654 Nacional de Saúde – CNS, e a análise realizada pela Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde –
2655 CIVS, do Conselho Nacional de Saúde - CNS na qual salienta que a Resistência aos Antimicrobianos
2656 (RAM) caracteriza-se como um dos mais complexos, críticos e graves problemas de saúde pública e
2657 por isso exige que haja uma integração entre os vários setores responsáveis pela regulação, controle e
2658 uso de antimicrobianos seja na saúde humana, saúde animal, quanto no ambiente, na sociedade e no

2659 setor produtivo. Recomenda ao Ministério da Saúde: Que haja priorização de participação das
2660 secretarias e setores do Ministério na elaboração do Plano de Ação Nacional para o Combate e
2661 Controle de Resistência Microbiana, em especial a Secretaria de Atenção à Saúde - SAS e a
2662 Assessoria de Comunicação – ASCOM; Que seja designada uma área específica para a coordenação,
2663 articulação e monitoramento do Plano que deverá ser evoluído para a definição de uma Política de
2664 Combate e Controle de Resistência Microbiana; Que sejam contemplados os seguintes aspectos na
2665 elaboração do Plano de Ação Nacional para o Combate e Controle de Resistência Microbiana: a) a
2666 articulação com as lideranças dos movimentos sociais para a implementação das ações do Plano; e b)
2667 mapear e avaliar áreas de risco de desenvolvimento de RAM e fatores socioeconômicos que motivam
2668 abandonos de tratamentos gerando ambiente para a resistência microbiana. Recomenda ao Ministério
2669 da Agricultura, Pecuária e Abastecimento: que seja normatizada e fiscalizada a retenção de receitas
2670 para a dispensação de antimicrobianos de uso animal. Recomenda aos Conselhos Estaduais e
2671 Municipais de Saúde: que o tema relacionado à Resistência Microbiana seja incluído nas pautas de
2672 reuniões tendo por base a ata da Ducentésima Octogésima Oitava Reunião Ordinária do Conselho
2673 Nacional de Saúde – CNS". Concluída a leitura, foram apresentadas as seguintes sugestões: incluir
2674 outros considerandos: esforço do MS; e contemplar o produto da comissão de vigilância em saúde.
2675 **Deliberação: aprovadas, por unanimidade, a recomendação, com as contribuições feitas em**
2676 **Plenário. C) COMISSÃO INTERSETORIAL DE ATENÇÃO A SAÚDE DAS PESSOAS COM**
2677 **DEFICIÊNCIA – CISP/CNS** - Conselheira **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira** apresentou a minuta de
2678 recomendação elaborada pela Comissão. O texto é o seguinte: "**Recomendação nº 002, de 17 de**
2679 **fevereiro de 2017.** O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Nonagésima
2680 Reunião Ordinária, realizada nos dias 16 e 17 de fevereiro de 2017, no uso de suas competências
2681 regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142,
2682 de 28 de dezembro de 1990; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições
2683 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e
2684 Considerando o alinhamento entre a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora,
2685 instituída pela Portaria GM/MS nº 1.823, de 23 de agosto de 2012 e a Política Nacional de Segurança e
2686 Saúde no Trabalho, instituída por meio do Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011; Considerando
2687 o exposto no parágrafo único do artigo 6º da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da
2688 Trabalhadora, instituída pela Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, que determina que a
2689 implementação dessa Política "requer mudanças substanciais nos processos de trabalho em saúde, na
2690 organização da rede de atenção e na atuação multiprofissional e interdisciplinar, que contemplem a
2691 complexidade das relações trabalho-saúde"; Considerando que esse Plenário defende que todo
2692 trabalhador e toda trabalhadora tem direito ao trabalho saudável, compatível com suas capacidades e
2693 potencialidades, incluindo a perspectiva de (re)inserção social e laboral que contemple os contextos
2694 dos indivíduos envolvidos e sua inter-relação com a comunidade, e que por isso envolve aspectos mais
2695 amplos do que os físico-biológicos e psicossociais, e sim a própria condição de cidadania e acesso a
2696 direitos das pessoas, e que essa proposta requer o trabalho de equipe multiprofissional de forma
2697 interdisciplinar; e Considerando que a perícia e o processo de prescrição das Órteses, Próteses
2698 Ortopédicas Não-Implantáveis de Membros Superiores e Inferiores, Meios Auxiliares de Locomoção e
2699 Acessórios realizados por equipe multiprofissional, de forma interdisciplinar, atua no sentido de garantir
2700 uma assistência integral ao trabalhador e à trabalhadora que dela necessitar, com foco na segurança,
2701 efetividade e integralidade de atenção à saúde para a usuária e o usuário dos serviços prestados a
2702 partir das Políticas de Seguridade Social. Recomenda ao Presidente do Instituto Nacional de
2703 Seguridade Social – INSS: 1. A revogação do Despacho Decisório nº 45/DIRSAT/INSS, de 07 de
2704 novembro de 2016 que altera o Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional
2705 Volume II; 2. A retomada dos atos de perícia e prescrição de Órteses, Próteses Ortopédicas Não-
2706 Implantáveis de Membros Superiores e Inferiores, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios por
2707 equipe multiprofissional legalmente habilitada para a tarefa, de forma interdisciplinar". **Deliberação: a**
2708 **recomendação foi aprovada com quatro abstenções. D) COMISSÃO INTERSETORIAL DE**
2709 **ATENÇÃO A SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA – CIASPD** – Conselheiro **Moysés Toniolo**
2710 destacou que não foi pautado plano de trabalho e calendário da CIASPD, enviados previamente à
2711 Secretaria Executiva do CNS e informou que a primeira reunião da Comissão está prevista para os dias
2712 30 e 31 de março. **Encaminhamento: a Mesa Diretora do CNS verificará o plano de trabalho e**
2713 **tentará executar o planejamento. E) SUBSTITUIÇÃO NA COORDENAÇÃO DA COMISSÃO**
2714 **INTERSETORIAL DE SAÚDE MENTAL** – Conselheiro **José Arnaldo Pereira Diniz** informou que a
2715 Conselheira **Ana Sandra Fernandes Arcoverde Nóbrega** assumiu a coordenação da CISM/CNS em
2716 substituição à ex-conselheira **Semiramis Maria Amorim Vedovatto**. Para conhecimento. Conselheira
2717 **Liu Leal** solicitou retorno à solicitação do CNS de disponibilizar o ofício enviado à ANS e o conselheiro
2718 Neilton Araújo de Oliveira e a conselheira Cleusa Rodrigues da Silveira Bernardo comprometeram-se a
2719 buscar informações a respeito. Conselheira **Juliana Acosta Santorum** informou que alguns
2720 conselheiros não estavam mais presentes porque as passagens foram emitidas para horário antes do

2721 término da reunião. O Presidente do CNS informou que a emissão de passagens é feita a partir do
2722 plano de voo entregue pelos conselheiros. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** sugeriu fazer
2723 levantamento sobre as passagens emitidas e apresentar prestação ao CNS. Conselheira **Gerlane**
2724 **Baccarin** explicou que a SGEP/MS apresentará prestação de contas sobre a compra de passagens
2725 para o CNS. Finalizando, conselheira **Juliana Acosta Santorum** apresentou a seguinte sugestão de
2726 pauta para o item Radar na 291ª Reunião Ordinária: desabastecimento de soro antiofídico nos estados;
2727 e papel da ANVISA no processo de fiscalização e registro de agrotóxico. Conselheiro **Fernando Zasso**
2728 **Pigatto** comunicou que a 4ª reunião da CIVS será realizada durante a EXPOEP. Por fim, conselheiro
2729 **Neilton Araújo de Oliveira** informou que durante a reunião foram 976 acessos, 4 dos EUA e solicitou
2730 plano de voo dos conselheiros para o mês de abril. **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar,
2731 a mesa encerrou a 290ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os seguintes conselheiros:
2732 **Titulares** – **Carmen Lúcia Luiz**, União Brasileira de Mulheres – UBM; **Carlos de Souza Andrade**,
2733 Confederação Nacional do Comércio – CNC; **Carolina Abad**, Federação Brasileira de Instituições
2734 Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama – FEMAMA; **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação
2735 Nacional das Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA; **Cleusa Rodrigues da Silveira**
2736 **Bernardo**, Ministério da Saúde; **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das Organizações indígenas
2737 da Amazônia Brasileira (COIAB); **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Ensino
2738 em Fisioterapia – ABENFISIO; **Geordeci M. Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **Heliana Neves**
2739 **Hemeterio dos Santos**, Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
2740 – ABGLT; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos
2741 Trabalhadores na Saúde – CNTS; **Juliana Acosta Santorum**, Confederação Nacional dos
2742 Trabalhadores na Agricultura – CONTAG; **Lorena Baía de Oliveira Alencar**, Conselho Federal de
2743 Farmácia (CFF); **Luiz Alberto Catanoce**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos
2744 da Força Sindical – SINDNAPI; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes
2745 Sociais (FENAS); **Moyses Toniolo de Souza**, Articulação Nacional de Luta Contra a Aids – ANAIDS;
2746 **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional
2747 da Indústria (CNI); **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV); **Rildo**
2748 **Mendes**, Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul – ARPINSUL; **Ronald Ferreira dos Santos**,
2749 Federação Nacional dos Farmacêuticos – Fenafar; **Wanderley Gomes da Silva**, Confederação
2750 Nacional das Associações de Moradores – CONAM; e **Wilen Heil e Silva**, Conselho Federal de
2751 Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). **Suplentes** – **Adriano Macedo Félix**, Associação
2752 Nacional de Grupos de Pacientes Reumáticos – ANAPAR; **Agleilda Arichele Leal de Queirós (Liu**
2753 **Lea**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES; **Clarice Baldotto**, Associação de
2754 Fisioterapeutas do Brasil (AFB); **Cleuza de Carvalho Miguel**, Movimento dos Portadores de Esclerose
2755 Múltipla – MOPEM; **Christianne Maria de Oliveira Costa**, Federação Brasileira de Hemofilia – FBH;
2756 **Danilo Aquino Amorim**, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM; **Denise**
2757 **Torreão Corrêa da Silva**, Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFa; **Elgiane de Fatima Machado**
2758 **Lago**, Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil – CTB; **Fernando Zasso Pigatto**,
2759 Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Gerlane Baccarin**, Ministério da
2760 Saúde; **Gilene José dos Santos**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas' e Idosos da
2761 Força Sindical – Sindnapi; **Graziela Zanoni de Andrade**, Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia –
2762 SBFa; **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB; **José**
2763 **Arnaldo Pereira Diniz**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **José Eri de Medeiros**,
2764 Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS; **Jupiara Gonçalves de Castro**,
2765 Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos Administrativos em Instituições de Ensino
2766 Superior Públicas do Brasil – FASUBRA; **Karla Larica Wanderley**, Ministério da Saúde; **Madalena**
2767 **Margarida da Silva**, Central Única dos Trabalhadores – CUT; **Márcia Patrício de Araújo**, Associação
2768 Brasileira dos Ostomizados (ABRASO); **Maria Angélica Zollin de Almeida**, Federação Nacional dos
2769 Médicos Veterinários – FENAMEV; **Maria Aparecida Diogo Braga**, União Nacional das Instituições de
2770 Autogestão em Saúde – UNIDAS; **Maria Conceição da Silva**, União de Negros pela Igualdade; **Maria**
2771 **das Graças Silva Gervásio**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Maria Thereza**
2772 **Ferreira Teixeira**, Secretaria de Governo da Presidência da República; **Marisa Furia Silva**, Associação
2773 Brasileira de Autismo (ABRA); **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira**, Associação Brasileira dos
2774 Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Silma**
2775 **Maria Alves de Melo**, Conselho Federal de Biologia – CFBio; **Simone Maria Leite Batista**, Articulação
2776 Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS; e **Vânia Lúcia Ferreira**
2777 **Leite**, Pastoral da Criança.