



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 “O Milton 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

da rede comercial. Como encaminhamento, sugeriu solicitar reunião com o prefeito de São Paulo para saber detalhes dessa proposta e pautar o tema no Conselho para saber o que será feito para evitar a 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 elaborar 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 explicar 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: Taraporto – 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

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

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

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

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

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

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

começaram a ser implantados, mas há poucos ainda no atendimento das pessoas com deficiência. Isso daí plano nenhum vai atender porque nem os planos mais caros hoje atendem essa parte. Um atendimento de uma pessoa grave, que tenha que ficar 20, 40 horas semanais, nenhum plano atende isso. Então nós realmente precisamos que se fortaleça o SUS, que é para isso que estamos aqui batalhando todos esses anos. E os planos de saúde, nós não temos que fortalecer os planos de saúde, estão aí, é o mercado, é o mercado do mesmo modo que eu vou em uma loja americana ou na C&A eu compro um produto em uma loja ou outra; quem quiser que compre. Agora, nós - MS, CNS - não têm que investir tempo, nem fortalecer as empresas; nós temos que investir o nosso tempo para fortalecer o SUS, para atender a população brasileira. Mais uma coisa. Gostaria que essa pauta estivesse na íntegra, todas as nossas falas, para que o Ministro possa realmente lê tudo isso que falamos na íntegra.”

Conselheiro Neilton Araújo de Oliveira: “Eu acho que precisamos fazer uma reflexão sobre três dimensões. Uma sobre a realidade, outra sobre o que está sendo proposto e a terceira é o que fazer diante do que está sendo proposto. Embora tenhamos feito um esforço muito grande na década de 80, desde 70, culminamos com a 8ª e depois com o processo constituinte defendendo um Sistema de saúde absolutamente público e do mesmo jeito que conseguimos escrever na Constituição que saúde é um direito pela primeira vez na história do Brasil; também ficou consignado que seria permitida à iniciativa privada a participação na área da saúde. Aqui não vai nenhum julgamento de valor a quem defendeu uma coisa ou outra, mas quero fazer o testemunho que eu defendi na época que não houvesse a prestação da iniciativa privada, mas essa é a realidade; da mesma forma que é a realidade que nós poderíamos ter avançado muito mais nesses anos de construção do SUS do que avançamos. Eu vejo que o setor público continua ainda defendendo, pagando plano de saúde para os seus funcionários e eu vejo que o movimento social, movimento sindical, movimento dos trabalhadores, centrais sindicais, todos os Conselhos profissionais, todos continuam reivindicando planos de saúde nas suas pautas de luta; então, essa é a realidade. Eu tenho um posicionamento pode ser favorável ou contra isso mas é a verdade. A segunda questão é que, embora a maioria aqui continue sendo contrária à proposta, eu vi vários conselheiros apresentando questões e reflexões que o grupo de trabalho pudesse talvez considerar e, na apresentação inicial, quando o ministro (*da saúde*) não pôde ficar, eu fiz a apresentação e um dos recados do Ministro era o seguinte: convide o Conselho para participar do grupo de trabalho porque não quer dizer que diante mão essa proposta vai ser implementada, vai depender de uma série de discussões e isso é conhecido de todos vocês. E muitas propostas que o Ministério (*da Saúde*) discute, muitas delas, ao final, não foram implementadas, houve convencimento para que não houvesse a implementação. Nesse momento, eu, particularmente, convidei Comissão do conselho para participar das discussões e tive a oportunidade de dizer para todos vocês que até achava um contrassenso emitir uma nota de repúdio, ser contrário totalmente e depois querer acompanhar etc, apesar de ser um direito legítimo do Conselho...”

Conselheira Francisca Rêgo Oliveira Araújo: “Conclua Neilton.”

Conselheiro Neilton Araújo de Oliveira: “Estou concluindo. Nesse particular o que eu sugeri na última reunião foi, já que o Conselho deliberou não participar do grupo de trabalho, que esperasse ter uma proposta pelo menos concluída em termos de proposta para depois ser trazida ao Conselho; e que ela não estava em conclusão porque ainda tinha sido remetida à ANS; quando solicitaram o documento eu mesmo disse a vocês que nós não traríamos, mas achava legítimo que o Conselho, que a Mesa Diretora do nosso Conselho, a Secretaria Executiva formulasse a solicitação ao MS, ao Gabinete, uma cópia do ofício que foi mandado. Então, até queria perguntar ao Francisco se isso foi feito, porque se foi, nós vamos ver como é que o Ministério responde, e se não foi feito, vamos ver como é que fazemos, assim por diante. Então, eu particularmente fico até animado com as discussões que estão ocorrendo porque eu vejo que há mais interesse hoje de alguns setores e de algumas instituições em entrar no debate; não só de simplesmente assinar um panfleto, sou contra e pronto acabou; não quero dizer, inclusive, para denunciar o que tem de errado, como pode ser evitado, alguns desvios onde nós podemos aplicar melhor as energias, mais recursos e assim por diante. Então, diante disso, eu queria perguntar ao Francisco se ainda está em aberto o convite para que o Conselho apresente também não só a participação, inclusive contribuições para ajudar a aprimorar a discussão até termos afinal uma proposta que possa ser apresentada.”

Conselheiro Geordecí Menezes de Souza: “É difícil...eu estava dizendo para a companheira: “eu nem sei por onde começar”, mas acho que inicialmente queria falar sobre a política, porque esse governo que assaltou o Estado Brasileiro e que está desmontando a largos passos toda a estrutura governamental - previdência social, seguridade - é natural que também destruísse o SUS; afinal de contas são mais de 400 bilhões por ano que remete na saúde pública desse país contando com investimento nos municípios, investimentos de todos os setores da saúde nesse país; e isso é bastante dinheiro para as entidades privadas, principalmente o capital internacional que hoje é dono da maioria dos planos de saúde desse país. Então, é natural. Eu acho que o golpe é esse: não é plano acessível para melhorar a saúde de ninguém e sim desmontar o SUS para que o capital internacional ganhe mais dinheiro a custa do sofrimento e da pobreza do povo brasileiro. Esse é o golpe que tem que está claro para nós, qualquer outro discurso é ilusão. Quem defendeu o SUS lá atrás e alega que ainda defende, defende,

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

construção disso é fundamental, pode estar ausente até mesmo para construir e depois vir discutir o que já está decidido não; mais do que qualquer outro, é fundamental a participação do Conselho na discussão, em todo o processo. Então, seria basicamente a minha pergunta específica, é bem essa.”

Conselheiro **Wanderley Gomes da Silva**: “Boa tarde. Wanderley, da CONAM. Eu queria iniciar a minha fala, apresentando, no meu entendimento, que há uma profunda contradição nesta proposta de planos acessíveis ou planos populares, considerando que no atual quadro, o nosso país passa por uma profunda recessão e essa recessão econômica que causa 12 milhões de brasileiros e brasileiras desempregados só no ano de 2016; 1 milhão e 800 mil pessoas saíram dos planos de saúde e foram apenas fazer o uso do serviço público, do atendimento público. Então, há uma contradição muito grande aí, eu queria entender, procuro entender um pouco a natureza dessa contradição porque aí, é o seguinte, dizia o velho lema de São Francisco de Assis “é dando que se recebe”; por que esse atual governo está muito preocupado em dar essa fatia para o mercado, somente para o mercado em detrimento do sucateamento e da privatização do SUS? A primeira questão é essa. A segunda é a seguinte: se nós levarmos ao pé da letra, o plano popular no Brasil não vai resolver o atendimento da saúde do país, o que resolve é aumentar a cobertura, o que resolve é fazer investimento que precisa no financiamento da saúde pública. Eu acho que esse governo de plantão deveria começar a fazer uma correção de percurso nesse sentido porque haverá resistência, haverá resistência do SUS e aí é importante frisar e deixar muito bem registrado, negritar. O CNS, quando se recusou a fazer parte, não atender o convite do Ministério para discutir essa proposta, deixou claro o seguinte: que esse espaço de controle social, em sua maioria absoluta, não aceita, não concorda com esse plano; não adianta insistir; nós não vamos porque é tão criminoso quem aperta o gatilho quanto quem empresta o revolver; nós não vamos entrar nessa; nós temos posição em relação a esse tema, plano de saúde acessível; para quem plano de saúde acessível? Não resolve o problema de saúde pública nesse país. O setor privado tem um papel a cumprir na questão da saúde: é o papel complementar e não o papel de substituição. Então, nós não podemos entrar nessa e eu queria também aqui colocar o seguinte. Esse plano é apenas para consulta básica, só, nada mais; a alta complexidade, gastos equipamentos, insumos profissionais, alta tecnologia continuam ainda no público, continuam no velho SUS, criado e defendido por todos nós. Por fim, eu avalio que é preciso fazer aumento da cobertura, fazer investimento ao invés de ficar inventando moda. Eu acho que todos nós aqui temos muito claro e aí, senhoras e senhores, país em recessão que tem governante sério minimamente investe em política pública por compreender a dificuldade material do conjunto da população em particular dos trabalhadores; a situação material dos trabalhadores. É preciso uma cobertura maior e um acompanhamento, uma assistência maior por parte do Estado. Por fim, companheiros e companheiras, quero aqui dizer o seguinte: nós não vamos, em hipótese alguma, aceitar passivamente essa imposição; não, isso não vai descer goela a baixo do controle social; nós não vamos permitir isso, já basta, já basta o exemplo: os ataques recentes que a saúde pública vem sofrendo nesse país; é o subfinanciamento; é minuta de portaria que cria dois blocos - custeio e capital – planos acessíveis, entre outras coisas. Então, nós, enquanto espaço, nós vamos resistir.”

Conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**: “Conclua Wanderley.”

Conselheiro **Wanderley Gomes da Silva**: “E aí espero que tenha ficado claro que não adianta fazer apelo, a maioria desse Conselho está convicta que essa proposta não é boa para o nosso povo; e nós não vamos compartilhar, compactuar com esse, eu poderia até ousar dizer “crime de lesa pátria”, jamais.”

Conselheira **Juliana Santorum**: “Rapidíssimo. Por fim, eu queria deixar uma pergunta: será que com esse plano quem ganha são as usuárias e os usuários, a população do Brasil, ou os 131 parlamentares que receberam mais de R\$ 52 milhões de 4 operadoras de plano de saúde? Por fim, Neilton, querer fazer parte de um grupo de trabalho e para a Christianne também, não querer fazer parte de um grupo de trabalho que já tem a sua tarefa praticamente cumprida, que já tem uma clareza sobre o que fazer não deslegitima o papel do CNS no exercício do controle social; e contrassenso é dizer que defende o SUS e fingir que não entende os argumentos e as preocupações que nós, representando a população, estamos aqui trazendo para o debate.”

Conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**: “Obrigada Juliana. Secretário.”

Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**: “Eu acho importante colocar, muito pelo contrário, eu até elogiei algumas posições, algumas questões que estavam aqui, mesmo até dizendo que algumas delas reforçavam a ideia da não implementação do plano. O que eu disse foi da participação, é legítimo isso. Portanto, se você entendeu errado, desculpa.”

Secretário de Atenção à Saúde – SAS/MS, **Francisco de Assis Figueiredo**: “Vou tentar responder a todos. Primeiro, eu vou falar e deixar claro: quando recebi o convite para ser Secretário de Atenção à Saúde - tem alguém aqui que é de Minas? De Belo Horizonte, no caso? Para estudar, eu fui fideiussor do Hospital Odilon Behrens durante três anos; fideiussor, fazendo ficha; a porta do pronto socorro do Odilon Behrens. Trabalhei desde a época de Patrus, Célio Castro todos; foi uma história na minha vida, Odilon Behrens, secretaria municipal de saúde. A situação como um todo. Então, eu conheço essa história e quando eu aceitei, tenham a certeza que a minha defesa é aquela que eu estou lendo aqui “um SUS público, integral, universal, gratuito”; não só eu estou lá por causa disso. Então, uma das situações, vou deixar claro nesse sentido, é que fiz uma análise do

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

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

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

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

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

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

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

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

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 permiti 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. Seguindo, 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 salientou 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 PLAN SAB 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

pessoas com doenças crônicas e imunodeprimidos - lúpus, HIV AIDS, HTLV. Conselheira **Vânia Lúcia Leite** destacou que o enfrentamento do zika vírus não será efetivo enquanto as questões sociais não forem prioridades do poder público. Sentiu falta de ações de acolhimento à mãe que recebe a notícia de um bebê com microcefalia e perguntou se há treinamento específico para médicos e parturientes. Conselheira **Carmem Lúcia Luiz** perguntou a posição do Ministério da Saúde sobre o impacto do acidente em Mariana na fauna ribeirinha (extermínio de sapos, predador do mosquito) e se haverá ações nesse sentido. Conselheira **Marisa Furia Silva** perguntou qual o procedimento em relação a brasileiros que vão a outros países que exigem a vacinação contra a febre amarela e como fica a situação de pessoas com mais de 60 anos, que não podem vacinar, e precisam viajar para outros países. Conselheira **Liu Leal** salientou que há falta de vacina da febre amarela em vários locais e perguntou como está sendo feito movimento em relação a essa vacina. No caso de Mariana, disse que é preciso ouvir as pessoas e sugeriu que fosse definida estratégia de visita, com a participação do controle social, para mobilização. Saudou a equipe pelo trabalho e sugeriu a elaboração de boletim mensal sobre as ações relativas à formação, assistência, vigilância para ser disponibilizado ao CNS. Por fim, sugeriu que fosse encaminhada mudança no formato do Radar. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, disse que a Mesa Diretora do CNS tem buscado definir as pautas de acordo com as questões mais agudas, inclusive no radar, com diversificação de temas. Além disso, disse que o conjunto das informações trazidas pode ser sistematizado na forma de um boletim.

Retorno da mesa. A assessora da SVS/MS, **Mariana Leal**, respondeu aos questionamentos, explicando, inicialmente, que um grupo da FIOCRUZ oferece capacitações e o tema deve ser parte dos currículos da formação médica. Salientou ainda que o Ministério da Saúde está elaborando documento com orientações e vídeos curtos para formar os profissionais na forma de comunicar a notícia de microcefalia para as mães. Também explicou que já existe guia de orientações às equipes de saúde mental para dar suporte e orientar as mães e os cuidadores das crianças com microcefalia. Além disso, está sendo realizado trabalho com a assistência social para garantir apoio a partir dos CRAS e dos CREAS e há trabalho com a previdência social na garantia da concessão do BPC (em 2016, mais de 1.800 famílias tiveram acesso ao benefício pelo CID de microcefalia). No mais, disse que há trabalho com organizações, a exemplo da UNICEF e UFPA, com grande êxito e citou o projeto de redes de inclusão da UNICEF, com capacitação para família, profissionais, cuidadores, sobre o cuidado das crianças. Explicou que são divulgados boletins quinzenais com dados de vigilância e atenção sobre síndrome congênita e está sendo negociado com o MDS a elaboração de boletim sobre previdência social. A coordenadora do Programa Nacional de Humanizações, **Carla Domingues**, esclareceu que não há desabastecimento de vacina contra a febre amarela e citou que, em 2016, foram adquiridas 24 milhões de doses e distribuídas 18 milhões. Além disso, Biomanguinhos, produtor do insumo, entregou 11 milhões de doses em janeiro de 2017. Salientou que ocorre hoje demanda de municípios que não estão com transmissão ativa da doença e pessoas com a caderneta atualizada buscam os serviços de saúde solicitando terceira ou quarta dose. Frisou que é preciso realizar trabalho com os serviços de saúde e imprensa para esclarecer que neste momento é preciso priorizar a vacinação nos locais com transmissão ativa da doença. Clarificou que há contraindicação da vacina para os grupos de imunodeprimidos, transplantados, pessoas com câncer ativo, portanto, é preciso fazer avaliação individualizada. Explicou que o protocolo de vacinação da febre amarela está disponível no site do Ministério e comprometeu-se a enviar este documento ao Conselho. Esclareceu ainda que desde 2014 a OMS indica uma dose da vacina da febre amarela, mas o Brasil opta por duas doses porque a vacinação é feita aos nove meses e, com o tempo, pode-se comprometer a eficácia. Além disso, o Brasil concentra-se em uma área endêmica. Explicou que estão sendo realizados estudos para modificar a vacinação para uma única dose na população acima de dois anos. Todavia, caso necessário, será feita a indicação temporária de uma dose. Clarificou, no caso de países que solicitam comprovação da vacinação contra a febre amarela, o viajante deve solicitar certificado internacional na Anvisa ou postos locais mediante caderneta de vacinação do posto de saúde. As pessoas que não podem tomar a vacina devem levar laudo médico comprovando a restrição e será emitido certificado. Insistiu que o país vive surto importante (maior dos últimos 20 anos) e a tendência é de diminuição de casos, mas não se pode afirmar que a situação está controlada. Assim, é preciso concentrar a vacina nos municípios com risco de contaminação; nos demais, garantir vacina para crianças e viajantes. A representante do DEGES/SGTES/MS, **Betânia Ramos Meireles**, acrescentou que, desde o início da equipe, há preocupação com as mulheres, com treinamento de equipe para comunicação às mães sobre caso de microcefalia e dos teleconsultores que atendem os profissionais de saúde. Também foi criado módulo específico para as mães "Importância do brincar para o desenvolvimento infantil". O representante da SVS/MS, **Sérgio de Andrade Nishioka**, explicou que hemorragia e icterícia fazem parte do quadro clínico da febre amarela grave, por conta do comprometimento do fígado e trata-se de uma doença com letalidade alta para pessoas imunocompetentes. Também disse que não há resposta conclusiva sobre a relação entre o desastre de Mariana e o surto de febre amarela silvestre. O representante do MS, **Rodrigo**, informou que o Ministério da Saúde está trabalhando em curso de

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

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

participação das mulheres na previdência: estimado que 47% das atuais contribuintes não conseguirão se aposentar, em geral as mais precarizadas, aumentando fortemente a demanda por BPC. Finalizando, disse que o quadro é muito grave para as mulheres e precisa ser discutido em profundidade. A representante da CUT, **Madalena Margarida da Silva**, destacou a importância da 2ª CNSMu e o desafio para o movimento de mulheres. Salientou que a Conferência precisa tornar-se momento de articulação política e mobilização nacional para ampliar direitos. Nessa linha, apontou como desafios da Conferência: apontar caminhos para inserção e manutenção das mulheres no mercado do trabalho; definir ações voltadas à promoção da saúde das mulheres do campo e da cidade, considerando as dimensões de raça, orientação sexual; garantir serviços de saúde e definir formas para contribuir com a diminuição do adoecimento das mulheres; nortear políticas públicas; debater a violência no mundo do trabalho; pensar na divisão sexual do trabalho e do conhecimento e no sistema patriarcal. Lembrou que as mulheres ocupam os trabalhos mais precarizados, que demandam menos horas formalmente, para que possam executar o trabalho de cuidados. Salientou que é preciso fazer momento de grande reflexão para alterar a ordem “os homens “ajudam”, lembrando que eles contribuem com cinco horas de trabalho e as mulheres com 20 horas. Avaliou ainda que duas categorias merecem atenção neste momento do Brasil em que se propõe novo processo de sociedade: trabalhadores e trabalhadoras rurais, por conta da reforma da previdência; e mulheres do campo.

Manifestações. Conselheira **Heliana Neves Hemeterio** salientou que os dados apontam que as mulheres negras sofrerão as maiores consequências com as perdas e salientou que é preciso mudar as práticas para que os homens sejam menos machistas e mais solidários com as esposas, com as mães. Também perguntou se há dados sobre travestis e transexuais que não conseguem entrar no mercado de trabalho e como ficará a situação da previdência em relação às mulheres com deficiência. Conselheira **Juliana Santorum** destacou que o papel das conferências é mobilizar a sociedade para debate sobre as especificidades e neste momento está mais clara a precarização do trabalho e a divisão sexual do trabalho e as condições mais precarizadas das mulheres no mundo do trabalho. Também chamou a atenção para o assédio moral e sexual das mulheres e salientou a importância de aprofundar o debate deste tema. Apresentou dados sobre mulheres trabalhadoras do campo, para mostrar as especificidade desse segmento: mulheres vivem, em média, menos 5 anos que os homens; cerca de 70% das mulheres no campo começam a trabalhar antes dos 15 anos (78% dos homens no campo começam a trabalhar antes dos 15 anos); as condições de trabalho no campo, na floresta e nas águas é mais penosas que em meio urbano; as políticas públicas, quando chegam, estão de forma fragmentada. Considerando as condições diferenciadas, destacou que é preciso fazer recorte de raça e das condições de trabalho urbano e rural nos debates da conferência. Além disso, informou que foi enviado à comissão organizadora da Conferência o resultado do GT de Saúde da Marcha das Margaridas com prioridades de saúde para as trabalhadoras rurais, para subsidiar os debates e a formulação de propostas. Conselheiro **Moisés Toniolo** destacou que o movimento de mulheres vivendo com AIDS será mobilizado a participar da Conferência. Saudou as expositoras pela abordagem e solicitou considerações sobre saúde mental relacionada à violência simbólica e a vulnerabilidade das mulheres e o exercício dos direitos reprodutivos da trabalhadora. Conselheira **Marisa Furia Silva** manifestou preocupação com as mudanças no BPC e na pensão para os filhos com deficiência, dado o prejuízo para as pessoas com deficiência, e destacou a importância de debater esse tema na Conferência. Conselheira **Maria Conceição da Silva** salientou que é preciso pautar debate na Conferência sobre o mundo do trabalho escravo, com foco na situação das mulheres negras e saúde das mulheres trabalhadoras. No que se refere à saúde mental, destacou o alto índice de suicídio e de depressão entre as mulheres e também a violência e a exploração que agrava ainda mais a situação das mulheres. Salientou que é preciso considerar no debate que a maioria da população é negra, as mulheres negras são as mais fragilizadas. Também é preciso lembrar as mulheres de terrenos que, pelo racismo religioso, não têm acesso aos serviços, à participação no mundo do trabalho e à cidadania. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, salientou que, ao longo do processo de preparação e durante a Conferência, serão debatidos diversos temas como equidade, democracia, questões raciais. Disse que o debate naquela reunião focava-se no trabalho, considerando que a organização do trabalho oprime especialmente as mulheres. Avaliou que os dados apresentados pelas expositoras precisam ser divulgados, porque demonstram o processo de rompimento dos princípios da República do Brasil. Salientou que é preciso ampliar o debate com dados da realidade, com debate da contradição que está em disputa: Estado de bem-estar x Estado Mínimo. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** fez um resgate sobre as conquistas dos benefícios e salientou a importância de realizar atividade para debater a reforma da previdência, avaliando os prejuízos dessa ação. Também ressaltou a importância de “educar” os homens, iniciando no período da infância e de promover ação política a partir da conferência. Conselheira **Maria Aparecida Braga** elogiou as expositoras pelas apresentações elucidativas e sugeriu que fosse definida estratégia para disseminar a apresentação para os demais conselhos de saúde. Também sugeriu a realização de pré-conferência, no Congresso Nacional, para tratar sobre a reforma da previdência. Conselheira **Lorena Baía**

cumprimentou a escolha do tema para debate, principalmente para os profissionais de saúde, cuja força de trabalho é composta, na maioria, por mulheres. Citou, por exemplo, que 68% dos profissionais de farmácia é formado por mulheres e o problema da diferença salarial acontece com frequência na área da saúde e da farmácia. Ressaltou que o projeto de reforma da previdência é revestido de falsa igualdade e é extremamente nocivo às trabalhadoras, especialmente àquelas que são mães. Destacou que um dos pontos críticos do projeto é a equiparação tanto no tempo de contribuição quanto na idade mínima de 65 anos para homens e mulheres. Avaliou que os prejuízos da reforma para as mulheres têm sido pouco discutidos nos espaços de controle social e nos meios sindicais. Lembrou que a jornada de trabalho dupla e tripla das mulheres brasileiras chega a 59 horas semanais contra 52 horas dos homens e essas horas consomem e desgastam físico e emocionalmente as trabalhadoras. Acrescentam valor à sociedade e à família, mas as mulheres não são remuneradas por esse tipo de trabalho. Assim, para reavaliar de forma mais justa a situação previdenciária das mulheres no Brasil, frisou que é preciso distribuir as responsabilidades no lar, com a criação dos filhos, garantir que o Estado assegure condições dignas de trabalho, creche de qualidade para todas as crianças. Nessa linha, afirmou que qualquer mudança no sentido de retração de direitos das mulheres é um retrocesso contra a dignidade das mulheres e o Estado democrático de direito. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**, considerando a riqueza das exposições e dos debates, sugeriu que a disponibilização das apresentações no site do CNS. Inclusive, aproveitou para reforçar a solicitação de visita à página do CNS e interação das informações disponibilizadas naquele espaço.

Salientou que a conferência é um momento de empoderamento e mobilização (antes, durante e depois) e destacou dados que mostram a disparidade entre homens e mulheres: mulheres é a maioria da população, mas ainda assim, ocupam menos cargo de gestão; mulheres possuem maior grau de escolaridade, mas ganham menos que os homens; e o Conselho é composto majoritariamente por homens. Por fim, sugeriu que em todas as formulações do CNS ficasse claro o que se pretende produzir em termos de mobilização e agregação dessa luta continuada. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** acrescentou outros dados a serem considerados no debate: na Câmara Federal, as mulheres representam menos de 10%; no Senado, as mulheres representam 13,6%; e nenhuma mulher ocupa cargo de ministra. Perguntou se há dados sobre o índice de desemprego entre mulheres, considerando suas particularidades, especialmente gravidez. Ressaltou que a Conferência também deve mostrar as desigualdades entre homens e mulheres nas diversas esferas da sociedade. Conselheira **Liu Leal** salientou que o Brasil possuía uma presidente mulher que foi “retirada” do espaço de poder e hoje se vive em um espaço de homens machistas. No setor saúde, por exemplo, composto na maioria por mulheres, elas não ocupam os cargos de direção. Saudou as expositoras e sugeriu disponibilizar a apresentação da pesquisadora **Joana Mustafa**. Também disse que é preciso debater o trabalho informal e as mulheres que trabalham no setor saúde, com destaque para segmentos mal remunerados, mais explorados e assediados como as agentes comunitárias de saúde e as técnicas de enfermagem. Por fim, destacou que o país está retrocedendo com as propostas da reforma da previdência, entre outras mudanças propostas pelo governo. **Retorno da mesa.** A representante do Ministério do Trabalho – MT, **Fernanda Maria Pessoa Di Cavalcanti**, respondeu aos questionamentos contemplando na sua fala os seguintes aspectos: sobre a nova PEC da reforma da previdência, está sendo debatida no CONADE e a proposta é elaborar moção de repúdio às questões que atingem as pessoas com deficiência (pensões) e criar comitê para estudar a Proposta, a repercussão para a pessoa com deficiência e acompanhar a discussão no Congresso Nacional; em Pernambuco, foi realizado trabalho de cruzamento de jornada de trabalho de profissionais de saúde em vários estabelecimentos e os auxiliares de enfermagem e enfermeiras não possuem horário de descanso; e a maioria dos resgatados de trabalho escravo é homens. Por fim, colocou o Ministério do Trabalho à disposição para oferecer mais dados para subsidiar o debate na Conferência. Conselheira **Francisca Rego** fez a leitura de uma pergunta de internauta para resposta das expositoras: “Sou conselheiro municipal de saúde de Caratinga, minha pergunta é sobre o BPC. Trabalho em uma clínica de hemodiálise e constantemente os nossos pacientes agendam pedido de benefício e tem o pedido negado. Como pode um paciente renal trabalhar quando fica por conta de sessões por até três dias por semana e o desgaste é muito grande para quem faz? Será que poderia enviar ofício ao Ministério da Previdência Social para ajudar os mais necessitados? (Alexander Machado). A representante do Ministério do Trabalho – MT, **Fernanda Maria Pessoa Di Cavalcanti**, respondeu que há grande discussão no Brasil sobre quem é pessoa com deficiência. No Brasil, a deficiência é declarada por lei. Com a convenção dos direitos das pessoas com deficiência e os movimentos sociais, está sendo criado novo modelo de avaliação da deficiência, que pretende ser único e nacional, biopsicossocial feito por uma equipe multiprofissional. Deve-se considerar a pessoa pela limitação e barreiras de acesso às várias políticas. A representante da CUT, **Madalena Margarida da Silva**, agradeceu as manifestações e salientou que a Central entende a importância de obter dados e desenvolver ações acerca da maternidade e mulheres no mundo do trabalho. Também lembrou que a licença maternidade 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 fome 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; **Geordecy 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 Catanoe**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical – SINDNAPI; **Luiz Anibal 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 **Zaira 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**,

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

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

no item 04, subitem a, da Resolução CNS nº 350/2005); **b)** Não há indicativos claros sobre a articulação da IES com a gestão local do SUS e de sua participação na construção do PPC do curso conforme exigido no item 04, subitem b, da Resolução CNS nº 350/2005; **c)** O aluno não terá imersão na comunidade desde o início do curso conforme recomendação da Resolução CNS nº 350/2005; **d)** Não há menção sobre a inclusão da capacidade de atendimento dos alunos nos cenários de prática extramuros (item 04, subitem a, da Resolução CNS nº 350/2005); e **e)** Não existe menção sobre as formas de contemplação de estágios para os alunos do curso noturno ou como se dará a inserção dos alunos nos campos de estágios para este turno conforme preconiza a Resolução CNS nº 350/2012. Nesse bloco de pareceres, foi destacada do parecer da Pontifícia Universidade Católica do Paraná/PR a letra "d" "não organiza seu currículo com ousadia" e foi sugerido substituir a palavra "ousadia" por outra que torne o trecho mais claro e objetivo. Considerando esse destaque a mesa colocou em votação os oito pareceres insatisfatórios. **Deliberação: aprovados, em bloco, com uma abstenção, os oito pareceres insatisfatórios (no processo nº e-MEC 201505418, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná - Autorização Psicologia: letra "d", o Plenário decidiu substituir a palavra "ousadia").** Em seguida, o coordenador adjunto da CIRHRT colocou em apreciação os pareceres satisfatórios com recomendações. **9) Processo nº 201505295 - Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas de Sinop – FACISAS. Autorização. Odontologia. Parecer: satisfatório com recomendações. Recomenda-se à IES para o próximo ciclo avaliativo: a)** A IES deverá apresentar documentos que comprovem a assinatura de Termo de Convênio e Termo de Cooperação Técnica entre a IES, a Prefeitura Municipal de Sinop e a Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso, para utilização da rede de serviços de saúde instalada e de outros equipamentos sociais existentes na região (conforme exigido no item 04, subitem a, da Resolução CNS Nº350/2005); **b)** A IES deverá se articular com a gestão local do SUS, promovendo a sua participação na construção do PPC do curso conforme exigido no item 04, subitem b, da Resolução CNS nº 350/2005; **c)** O quadro docente deverá ser ampliado, pois o número de professores por aluno poderá não atender de maneira suficiente já nos dois primeiros anos do curso considerando a metodologia proposta e o número de alunos pretendidos para o curso (conforme exigido no item 04, subitem a, da Resolução CNS Nº350/2005); **d)** O PPC e a matriz curricular precisam explicitar com clareza como o aluno terá uma inserção na comunidade a partir do 1º ano do curso como preconiza a Resolução CNS nº 350/2005. **10) Processo nº 201505795 - Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy – Campus II (UNIGRANRIO). Unidade Barra da Tijuca. Rio de Janeiro/RJ. Psicologia. Parecer: satisfatório com recomendações. Recomendações para o próximo ciclo avaliativo: a)** Que a IES demonstre como se dá a parceria e/ou compromissos assumidos pelos gestores locais do SUS (locorregional), para com o curso e que a IES explicita um programa de inserção nos campos de prática durante os estágios supervisionados; **b)** Que inclua a capacidade de atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente, para permitir e assegurar a absorção dos estudantes de Psicologia nos espaços previstos e principalmente, nos da rede SUS existente e em específico, para comportar os futuros alunos do curso noturno. (Resolução CNS/MS nº 350/2005 e Parágrafo Único, do Artigo 27, da Lei Nº 8080/90); **c)** Explicita como o curso contribuirá para a superação dos desequilíbrios na oferta de profissionais de saúde atualmente existentes, levando em conta a relação entre a distribuição das ofertas de formação e a distribuição da população. **11) Processo nº 201506161 - Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy (UNIGRANRIO) - Campus VII. Nova Iguaçu/RJ. Autorização. Psicologia. Satisfatório com recomendações. Atentando-se as seguintes recomendações para o próximo ciclo avaliativo: a)** Na documentação analisada não está explicitado o comprometimento dos gestores locais do SUS com a abertura do curso de Psicologia, de acordo com o recomendado pela Resolução CNS/MS nº 350/2005 e o Caput do Artigo 27, da Lei Nº 8080/90. Recomenda-se, portanto, que para os próximos ciclos avaliativos a IES anexe ao processo Termos de Convênio/Cooperação Técnica que comprovem parceria e/ou compromissos assumidos pelos gestores locais do SUS (locorregional), para com o curso; e **b)** Recomenda-se que a IES explicita um programa de inserção nos campos de prática durante os estágios supervisionados, que inclua a capacidade de atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente, para permitir e assegurar a absorção dos estudantes de Psicologia nos espaços previstos e principalmente, nos da rede SUS existente e em específico, para comportar os futuros alunos do curso noturno. (Resolução CNS/MS nº 350/2005 e Parágrafo Único, do Artigo 27, da Lei Nº 8080/90). **Deliberação: aprovados, em bloco, com duas abstenções, os três pareceres satisfatórios com recomendações.** Por fim, o coordenador da CIRHRT colocou em apreciação o parecer satisfatório: **12) Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos – FCM/SJC Humanitas. Autorização. Medicina (Vinculada ao Credenciamento). Deliberação: aprovado, por unanimidade, o parecer satisfatório.** Conselheira Ivone Martini de Oliveira informou que no dia 24 de fevereiro, em Brasília, o Conselho Federal de Farmácia (CFF) realizaria, em parceria com o Fórum dos Conselhos Federais da Área da Saúde (FCFAS), um encontro de representantes das entidades que integram o fórum para debater sobre a problemática do ensino a distância nos cursos de 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 xxxxxx de 2017. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em
2015 sua xxxxxx Reunião Extraordinária, realizada nos dias xxxx de xxxxx 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

prioridades para as ações e serviços públicos de saúde que integrarão a Programação Anual de Saúde e o Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias para 2018 da União. Seção única - Da deliberação das diretrizes e prioridades. Artigo 1º. Para o estabelecimento de prioridades para as ações e serviços públicos de saúde que integrarão a Programação Anual de Saúde e o Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias para 2018 da União, o Ministério da Saúde deverá observar as seguintes diretrizes: § 1º. Investimento de todo o orçamento da saúde em prol da consolidação do SUS público, universal e de qualidade, mediante a obtenção do financiamento suficiente para o Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo os valores das transferências fundo a fundo da União para os Estados, Distrito Federal e Municípios conforme critérios, modalidades e categorias pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite e deliberadas pelo Conselho Nacional de Saúde nos termos do artigo 17 da Lei Complementar nº 141/2012, para promover a: I-Otimização da aplicação dos recursos públicos já destinados, especialmente, pela disponibilização integral e tempestiva de recursos e a ausência de contingenciamento orçamentário e financeiro de dotações do Ministério da Saúde na Lei Orçamentária de 2018; II - Alocação de recursos suficientes para uma mudança de modelo de atenção à saúde, que fortaleça a atenção primária/básica como responsável sanitária para uma população territorialmente referenciada, fazendo com que seja a principal porta de entrada ao SUS e a ordenadora dos cuidados de saúde nas redes de atenção; III- Priorização da alocação de recursos orçamentários e financeiros públicos de saúde para o fortalecimento das unidades próprias de prestação de serviço no âmbito do SUS; IV- Criação de dotação orçamentária específica para a aplicação, adicional ao mínimo exigido para ações e serviços públicos de saúde em 2018, dos valores de Restos a Pagar cancelados em 2017 e dos ainda pendentes de compensação que foram cancelados desde 2000; V- Garantia da fixação dos profissionais de saúde, principalmente na Região Norte do Brasil, em áreas periféricas das regiões metropolitanas, em áreas rurais e de difícil acesso, mediante alocação suficiente de recursos orçamentários e financeiros em processo continuado de melhoria de qualidade e valorização da força de trabalho do SUS, formulação e implantação de Plano Nacional de Cargos, Carreiras e Salários. § 2º. Ampliação da pactuação do saneamento básico e saúde ambiental, incluindo tratamento adequado dos resíduos sólidos, dando a devida prioridade político-orçamentária, para a promoção da saúde e redução dos agravos e das desigualdades sociais. § 3º. Contribuição para erradicar a extrema pobreza e a fome no país. Artigo 2º. O Ministério da Saúde, em observância ao disposto no art. 1º, deverá atender também às seguintes diretrizes: § 1º. Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, de modo a considerar os determinantes sociais, atendendo às questões culturais, de raça/cor/etnia, gênero, orientação sexual e geração, aprimorando a política de atenção básica e a atenção especializada e a consolidação das redes regionalizadas de atenção integral às pessoas no território; § 2º. Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção, prevenção e vigilância em saúde. § 3º. Promoção da atenção integral à saúde da criança, com especial atenção nos dois primeiros anos de vida, e da mulher, com especial atenção na gestação, aos seus direitos sexuais e reprodutivos e às áreas e populações em situação de maior vulnerabilidade social, especialmente a população em situação de rua, ribeirinhos, povo do campo/água/ floresta, população negra, quilombolas e LGBT. § 4º. Aprimoramento das redes de urgência e emergência, com expansão e adequação de suas unidades de atendimento, do SAMU e das centrais de regulação, bem como das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), com pessoal capacitado e em quantidade adequada, articulando-as com outras redes de atenção. § 5º Fortalecimento de todas as redes de atenção, em especial a rede de saúde mental e demais transtornos, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas, bem como as redes de atenção às pessoas com deficiência e à saúde bucal. § 6º Garantia da atenção integral à saúde da pessoa com deficiência, da pessoa idosa e das pessoas com doenças crônicas, raras e negligenciadas, estimulando o envelhecimento ativo e saudável e fortalecendo as ações de promoção, prevenção e reabilitação, bem como o fortalecimento de espaços para prestação de cuidados prolongados e paliativos e apoio à consolidação do Plano Nacional de Enfrentamento às Doenças Crônicas Não Transmissíveis. § 7º Aprimoramento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS, baseado na atenção diferenciada, no cuidado integral, observando as práticas de saúde tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais, com prioridade para recuperação dos desnutridos. § 8º Garantir a implementação da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e da Política Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica, que incentivem a produção de alimentos ambiental, social e economicamente sustentáveis. § 9º Contribuição para a adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos profissionais que atuam na área da saúde. § 10 - Implementação do novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável. § 11 - Qualificação dos instrumentos de execução direta, gerando ganhos de produtividade e eficiência para o SUS. § 12. Garantia da assistência farmacêutica universal no âmbito do SUS. § 13. Fortalecimento do 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 infante-juvenil. §20. Regulamentação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de 1ª 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

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

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

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

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

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

2473 Prevenção de Agravos, Vulnerabilidade e Integração. Responsável - Guilherme Franco Netto; Subeixos
2474 - Breve texto (conciso, objetivo, crítico 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 transparência 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

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

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

setor produtivo. Recomenda ao Ministério da Saúde: Que haja priorização de participação das secretarias e setores do Ministério na elaboração do Plano de Ação Nacional para o Combate e Controle de Resistência Microbiana, em especial a Secretaria de Atenção à Saúde - SAS e a Assessoria de Comunicação – ASCOM; Que seja designada uma área específica para a coordenação, articulação e monitoramento do Plano que deverá ser evoluído para a definição de uma Política de Combate e Controle de Resistência Microbiana; Que sejam contemplados os seguintes aspectos na elaboração do Plano de Ação Nacional para o Combate e Controle de Resistência Microbiana: a) a articulação com as lideranças dos movimentos sociais para a implementação das ações do Plano; e b) mapear e avaliar áreas de risco de desenvolvimento de RAM e fatores socioeconômicos que motivam abandonos de tratamentos gerando ambiente para a resistência microbiana. Recomenda ao Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento: que seja normatizada e fiscalizada a retenção de receitas para a dispensação de antimicrobianos de uso animal. Recomenda aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde: que o tema relacionado à Resistência Microbiana seja incluído nas pautas de reuniões tendo por base a ata da Ducentésima Octogésima Oitava Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS”. Concluída a leitura, foram apresentadas as seguintes sugestões: incluir outros considerandos: esforço do MS; e contemplar o produto da comissão de vigilância em saúde.

Deliberação: aprovadas, por unanimidade, a recomendação, com as contribuições feitas em Plenário. C) COMISSÃO INTERSETORIAL DE ATENÇÃO A SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA – CISP/CNS - Conselheira **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira** apresentou a minuta de recomendação elaborada pela Comissão. O texto é o seguinte: “**Recomendação nº 002, de 17 de fevereiro de 2017.** O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Nonagésima Reunião Ordinária, realizada nos dias 16 e 17 de fevereiro de 2017, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e Considerando o alinhamento entre a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, instituída pela Portaria GM/MS nº 1.823, de 23 de agosto de 2012 e a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho, instituída por meio do Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011; Considerando o exposto no parágrafo único do artigo 6º da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, instituída pela Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, que determina que a implementação dessa Política “requer mudanças substanciais nos processos de trabalho em saúde, na organização da rede de atenção e na atuação multiprofissional e interdisciplinar, que contemplem a complexidade das relações trabalho-saúde”; Considerando que esse Plenário defende que todo trabalhador e toda trabalhadora tem direito ao trabalho saudável, compatível com suas capacidades e potencialidades, incluindo a perspectiva de (re)inserção social e laboral que contemple os contextos dos indivíduos envolvidos e sua inter-relação com a comunidade, e que por isso envolve aspectos mais amplos do que os físico-biológicos e psicossociais, e sim a própria condição de cidadania e acesso a direitos das pessoas, e que essa proposta requer o trabalho de equipe multiprofissional de forma interdisciplinar; e Considerando que a perícia e o processo de prescrição das Órteses, Próteses Ortopédicas Não-Implantáveis de Membros Superiores e Inferiores, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios realizados por equipe multiprofissional, de forma interdisciplinar, atua no sentido de garantir uma assistência integral ao trabalhador e à trabalhadora que dela necessitar, com foco na segurança, efetividade e integralidade de atenção à saúde para a usuária e o usuário dos serviços prestados a partir das Políticas de Seguridade Social. Recomenda ao Presidente do Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS: 1. A revogação do Despacho Decisório nº 45/DIRSAT/INSS, de 07 de novembro de 2016 que altera o Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional Volume II; 2. A retomada dos atos de perícia e prescrição de Órteses, Próteses Ortopédicas Não-Implantáveis de Membros Superiores e Inferiores, Meios Auxiliares de Locomoção e Acessórios por equipe multiprofissional legalmente habilitada para a tarefa, de forma interdisciplinar”. **Deliberação: a recomendação foi aprovada com quatro abstenções. D) COMISSÃO INTERSETORIAL DE ATENÇÃO A SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA – CIASPD** – Conselheiro **Moysés Toniolo** destacou que não foi pautado plano de trabalho e calendário da CIASP, enviados previamente à Secretaria Executiva do CNS e informou que a primeira reunião da Comissão está prevista para os dias 30 e 31 de março. **Encaminhamento: a Mesa Diretora do CNS verificará o plano de trabalho e tentará executar o planejamento. E) SUBSTITUIÇÃO NA COORDENAÇÃO DA COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE MENTAL** – Conselheiro **José Arnaldo Pereira Diniz** informou que a Conselheira **Ana Sandra Fernandes Arcoverde Nóbrega** assumiu a coordenação da CISM/CNS em substituição à ex-conselheira **Semiramis Maria Amorim Vedovatto**. Para conhecimento. Conselheira **Liu Leal** solicitou retorno à solicitação do CNS de disponibilizar o ofício enviado à ANS e o conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** e a conselheira **Cleusa Rodrigues da Silveira Bernardo** comprometeram-se a buscar informações a respeito. Conselheira **Juliana Acosta Santorum** informou que alguns conselheiros não estavam mais presentes porque as passagens foram emitidas para horário antes do

término da reunião. O Presidente do CNS informou que a emissão de passagens é feita a partir do plano de voo entregue pelos conselheiros. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** sugeriu fazer levantamento sobre as passagens emitidas e apresentar prestação ao CNS. Conselheira **Gerlane Baccarin** explicou que a SGEPM/MS apresentará prestação de contas sobre a compra de passagens para o CNS. Finalizando, conselheira **Juliana Acosta Santorum** apresentou a seguinte sugestão de pauta para o item Radar na 291ª Reunião Ordinária: desabastecimento de soro antiofídico nos estados; e papel da ANVISA no processo de fiscalização e registro de agrotóxico. Conselheiro **Fernando Zasso Pigatto** comunicou que a 4ª reunião da CIVS será realizada durante a EXPOEP. Por fim, conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** informou que durante a reunião foram 976 acessos, 4 dos EUA e solicitou plano de voo dos conselheiros para o mês de abril. **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, a mesa encerrou a 290ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: *Titulares* – **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; **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA; **Cleusa Rodrigues da Silveira Bernardo**, Ministério da Saúde; **Edmundo Dzuaiwi Omere**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO; **Geordecy 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); **Luiz Alberto Catanoe**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical – SINDNAPI; **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; e **Wilen Heil e Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). *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; **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; **Danilo Aquino Amorim**, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM; **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; **Gerlane Baccarin**, Ministério da Saúde; **Gilene José dos Santos**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical – Sindnapi; **Graziela Zanon de Andrade**, Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia – SBFa; **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB; **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; **Maria das Graças Silva Gervásio**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Maria Thereza Ferreira Teixeira**, Secretaria de Governo da Presidência da República; **Marisa Furia Silva**, Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira**, Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Silma Maria Alves de Melo**, Conselho Federal de Biologia – CFBio; **Simone Maria Leite Batista**, Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS; e **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da Criança.