

MINISTÉRIO DA SAÚDE

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

**ATA DA DUCENTÉSIMA OCTAGÉSIMA TERCEIRA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

Aos seis, sete e oito dias do mês de julho de dois mil e dezesseis, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde “Omilton Visconde”, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar, Brasília-DF, realizou-se a Ducentésima Octogésima Terceira Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS. A mesa de abertura da reunião foi composta pelo conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS e pelos demais integrantes da Mesa Diretora do CNS: conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**; conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**; e conselheiro **André Luiz de Oliveira.** O Presidente do CNS abriu os trabalhos cumprimentando os presentes e os que acompanhavam a reunião em tempo real.Em seguida, apresentou os objetivos da 283ª Reunião Ordinária: **1)** Apreciar e deliberar sobre os pareceres da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho – CIRHRT. **2)** Apreciar e deliberar sobre os pleitos para composição das comissões e coordenações das comissões do CNS. **3)** Apreciar e deliberar sobre as demandas da Comissão Intersetorial de Financiamento e Orçamento – COFIN. **4)** Realizar o debate acerca da revogação das Portarias GM/MS 958 e 959/2016. **5)** Apreciar o plano de ação para execução do planejamento do CNS. **6)** Apreciar e deliberar sobre a proposta de regimento interno da 1ª Conferência de Vigilância em Saúde e da 2ª Conferência de Saúde das Mulheres. Em seguida, falou sobre a “2ª Marcha em Defesa do SUS e da democracia”, realizada na manhã daquele dia (primeiro item da pauta da reunião). Explicou que os participantes da marcha concentram-se em frente à Catedral Metropolitana de Brasília e seguiram em caminhada para o ato na frente do Congresso Nacional. Lembrou que o objetivo desta mobilização foi defender o SUS e a seguridade social, de modo a assegurar conquistas garantidas na Constituição de 1988, não permitindo retrocesso em relação a direitos. Na sequência, procedeu ao expediente. **ITEM 2 – EXPEDIENTE – INFORMES E INDICAÇÕES - APROVAÇÃO DA PAUTA DA 283ª RO E DA ATA DA 282ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS –** Primeiro, o Presidente do CNS apresentou e submeteu à deliberação a pauta da reunião. **Deliberação: não havendo destaques, a pauta foi aprovada por unanimidade.** Seguindo,deu boas-vindas ao conselheiro **Sérgio Metzger**, da Associação de Diabetes Juvenil - ADJ e aos novos representantes do Ministério da Saúde no CNS: **Cleuza Rodrigues** e **Neilton Araújo de Oliveira**. O representante do Ministério da Saúde, **Neilton Araújo de Oliveira**, informou que o ofício com a indicação dos novos representantes do Ministério da Saúde no Conselho seria publicado até o fim do dia. Assim, até a nomeação, iria abster-se das votações. O Presidente do CNS também registrou a presença de conselheiros municipais e estaduais de Minas Gerais e de estudantes e de farmacêuticos da Bahia, além da participação de representantes da Pastoral da Saúde Nacional. A seguir, colocou em apreciação a ata da 282ª reunião do CNS. **Deliberação: a ata da 282ª Reunião Ordinária foi aprovada por unanimidade. INFORMES – 1)** Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, uma série de informes. **a)** Abaixo-assinado em defesa do Sistema CEP/CONEP. No documento, é manifestada a preocupação com os termos do Projeto de Lei 200/2015, em tramitação no Congresso Nacional, porque a proposta desconstitui o atual sistema de avaliação ética das pesquisas com seres humanos no Brasil e fere os direitos dos participantes das pesquisas. Além disso, defende: que a CONEP, atual instância nacional de avaliação ética, seja mantida vinculada ao Conselho Nacional de Saúde; não sejam permitidos Comitês de Ética independentes; os participantes tenham garantido o tratamento adequado, nos casos em que haja o uso de placebo; e que sejam respeitadas as normas do CNS relacionadas com o uso de material biológico em pesquisas. Sendo assim, solicitou às entidades que façam adesão a essa iniciativa. **b)** Foi disponibilizado aos conselheiros o documento do Ministério da Saúde, encaminhado ao Conselho, em resposta à nota do Fórum de Organização de Aids e da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids que trata da falta de medicamentos para pacientes com HIV/AIDS. **c)** A Mesa Diretora do CNS aprovou, *ad referendum* do CNS, uma resolução que solicita ao Presidente da República em exercício, Michel Temer, veto à Medida Provisória que autoriza a pulverização de inseticida para combate ao *Aedes aegypti*. Essa proposta seria retomada posteriormente para votação, com quórum mais qualificado. **d)** Atividades contraas ameaças ao SUS no que refere ao seu financiamento - O Presidente do CNS participou de atividades na Assembleia Legislativa de Salvador, na Câmara de Vereadores de São Paulo e na Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul. Outras atividades semelhantes foram realizadas no Piauí, Ceará e Rio Grande do Norte e está prevista a realização em Salvador, no dia 22 de julho. **2)** Conselheira **Liane Terezinha de Araújo Oliveira** convidou os conselheiros a participarem dociclo de debates sobre câncer de mama para parlamentares em alusão ao 10º aniversário da FEMAMA. Tema: Câncer de mama no Brasil – necessidade de tratamento igualitário. Data: 13 de julho. Local: Brasília/DF. **3)** Conselheiro **André Luiz de Oliveira** registrou suapreocupação com a denúncia acerca do SAMU, noticiada no Jornal Fantástico, no último domingo, e solicitou manifestação do Ministério da Saúde a respeito. **4)** Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** informou a sua participação na agenda do São João do SUS no CES/MG, dia 23 de junho. No dia 25 de junho, participou de debate na reunião ordinária da plenária estadual de São Paulo. **5)** Conselheiro **Luiz Aníbal Vieira Machado** informou sobre a 15ª Plenária Estadual de Conselhos que elegeu novos representantes. **6)** Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** falou da sua participação no congresso internacional de serviço social e destacou os elogios de outros países ao SUS e frisou a necessidade de dialogar com outros parceiros para que o Sistema universal se fortaleça. Além disso, perguntou como será a participação do CNS no Fórum social mundial, que será realizado no Canadá. **7)** Conselheiro **Rildo Mendes** registrou sua preocupação com as ações do governo contra os povos indígenas – despejo do povo Guarani Kaiowá de suas terras; e anulação de portaria relativa à terra indígena. **8)** Conselheira **Marisa Fúria Silva** informou que representara o CNS no seminário da lei brasileira de inclusão. **ITEM 3 – COMPOSIÇÃO DAS COMISSÕES -** *Coordenação:* **integrantes da Mesa Diretora.** Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza,** da Mesa Diretora do CNS, começou recuperando que são dezoito comissões do Conselho e, na reunião ordinária do mês de maio de 2016, o Plenário aprovou a composição de quatro delas - Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde; Comissão Intersetorial de Saúde Indígena; Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher; e Comissão Intersetorial de Saúde Bucal. Assim, naquele momento, o debate centrar-se-ia na definição das demais comissões, com exceção da CONEP que possui regras específicas de composição. Feitas essas considerações iniciais, apresentou a planilha com detalhamento das comissões agregadas e das não agregadas a outras, com espelho de quantitativo de vagas por segmento nas comissões. Esse material, elaborado conforme a orientação do Plenário, foi encaminhado aos conselheiros com antecedência. Acrescentou que todos ospleitos encaminhados ao Conselho no prazo estabelecido foram contemplados. Feita a apresentação, apresentou a dinâmica para debate: reunião dos conselheiros por segmentos (usuários, trabalhadores da saúde e gestores/prestadores de serviços de saúde) para debater a composição das treze comissões, tendo por referência o material apresentado. **Manifestações.** Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** avaliou que era preciso ter o cuidado de valorizar as entidades eleitas para o CNS nas comissões, priorizando as titulares. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** lembrou que o Plenário definiu como critérios para a recomposição: limite para apresentação de pleitos de cada entidade e limite para participação de cada conselheiro (até duas comissões). Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** salientou que é preciso recompor as comissões de acordo com os critérios já definidos e os ajustes, se necessários, feitos posteriormente. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** sugeriu que o debate para recomposição das comissões fosse feito de acordo com o número de pleitos apresentados (do menor para maior). Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** lembrou que foi reaberto o prazo para apresentação de pleitos de acordo com critérios – somente aquelas que não teriam apresentado. Conselheira **Tathiane Aquino de Araújo** explicou que encaminhara os pleitos da sua entidade à conselheira Heliana Neves Hemeterio dos Santos, sua titular no Conselho, para ser enviada à Secretaria-Executiva do CNS. Todavia, a referida conselheira não enviou as solicitações e os pleitos da entidade não foram contemplados. Assim, perguntou o que poderia ser feito no sentido de contemplar esses pleitos. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** explicou que os pleitos deveriam ter sido enviados à SE/CNS a fim de serem contemplados. Após essas considerações, os conselheiros reuniram-se em segmentos (usuários, trabalhadores da saúde e gestores/prestadores de serviços de saúde) para debater a composição das treze comissões, tendo por referência a planilha com detalhamento das comissões agregadas e das comissões não agregadas a outras, com espelho de quantitativo de vagas por segmento nas comissões. Com esse ponto, encerrou-se o primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: *Titulares –***André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil- CNBB; **Carmen Lucia Luiz,** União Brasileira de Mulheres – UBM; **Carlos de Souza Andrade,** Confederação Nacional do Comércio – CNC; **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro,** Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA; **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo,** Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO; **Geordeci M. Souza,** Central Única dos Trabalhadores; **Jani Betânia Souza Capiberibe,** Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **João Donizeti Scaboli,** Força Sindical; **Liane Terezinha de Araújo Oliveira,** Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama – FEMAMA; **Luiz Alberto Catanoce,** Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical – SINDNAPI; **Luiz Aníbal Vieira Machado,** Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Maria Laura Carvalho Bicca,** Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Marisa Furia Silva,** Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Rildo Mendes,** Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul – ARPINSUL; **Ronald Ferreira dos Santos,** Federação Nacional dos Farmacêuticos – Fenafar; e **Wanderley Gomes da Silva,** Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM. *Suplentes –* **Antonio de Souza Amaral**, Associação Brasileira de Ostomizados – ABRASO; **Antonio Pitol**, Pastoral da Saúde Nacional; **Christianne Maria de Oliveira Costa**, Federação Brasileira de Hemofilia – FBH; **Danilo Aquino Amorim,** Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM; **Deise Araújo Souza,** Confederação Nacional do Comércio – CNC; **Edson Luis de França,** União de Negros pela Igualdade – UNEGRO; **Elgiane de Fatima Machado Lago,** Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil – CTB; **Fernando Zasso Pigatto,** Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Geraldo Adão Santos,** Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas – COBAP; **Gilson Silva,** Força Sindical; **Jorge Alves de Almeida Venâncio,** Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB; **Márcia Patrício de Araújo,** Associação Brasileira dos Ostomizados (ABRASO); **João Paulo dos Reis Neto,** União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS; **Paula Johns,** Associação de Controle do Tabagismo, Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos - ACT/Aliança de Controle do Tabagismo; **Renato Almeida de Barros**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CNTSS; **Sérgio Metzger,** Associação de Diabetes Juvenil (ADJ) **Tathiane Aquino de Araújo**, Rede Nacional de Pessoas Trans- Rede Trans Brasi; e **Vânia Lúcia Ferreira Leite,** Pastoral da Criança. Iniciando o segundo dia de reunião, conselheiro **André Luiz de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS, cumprimentou os presentes e compôs a mesa para o item 4 da pauta. **ITEM 4 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO – COFIN -** *Coordenação:* conselheiro **André Luiz de Oliveira,** da Mesa Diretora do CNS. *Apresentação:* **Francisco Funcia**, consultor técnico da COFIN/CNS; conselheiro **Wanderley Gomes da Silva**, coordenador da COFIN/CNS; e conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS. O coordenador da mesa começou listando os temas que seriam tratados naquele ponto: Relatório de análise da COFIN sobre o Plano Nacional de Saúde - PNS; Relatório de análise da COFIN/CNS sobre o Relatório Anual de Gestão 2015 do Ministério da Saúde (RAG 2015/MS); análise preliminar ao Relatório de Prestação de Contas Quadrimestral do 1º Quadrimestre/2016 do MS; informe sobre o lançamento da Frente em Defesa do SUS, no dia 5 de julho de 2016, e o “Manifesto em defesa do SUS”. Feitas essas considerações iniciais, o consultor técnico da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, apresentou o relatório com a análise do Plano Nacional de Saúde feita pela COFIN. Na primeira parte, o documento destaca os eixos e diretrizes do Plano e, na segunda, o posicionamento da Comissão acerca do Plano. **I – EIXOS E DIRETRIZES. EIXO: Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade. Diretrizes:** Ampliar a oferta de serviços e ações de modo a atender as necessidades de saúde, respeitando os princípios da integralidade, humanização e justiça social e as diversidades ambientais, sociais e sanitárias das regiões, buscando reduzir as mortes evitáveis e melhorando as condições de vida das pessoas. Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS. Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde. **Eixo: Participação e Controle Social. Diretrizes:** Fortalecer as instâncias de controle social e garantir o caráter deliberativo dos conselhos de saúde, ampliando os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã. Fortalecer a articulação entre os espaços de participação social em todas as políticas públicas, com vistas ao desenvolvimento de ações intersetoriais. **Eixo: Valorização do Trabalho e da Educação em Saúde. DIRETRIZ:** Fortalecer o papel do Estado na regulação do trabalho em saúde e ordenar, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores e trabalhadoras, combatendo a precarização e favorecendo a democratização das relações de trabalho. Tudo isso considerando as metas de superação das demandas do mundo do trabalho na área da saúde estabelecidas pela Década de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, iniciada em 2013. **EIXO: Financiamento do SUS e Relação Público-Privado. DIRETRIZES:** Garantir o financiamento estável e sustentável para o SUS, melhorando o padrão do gasto e qualificando o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos. Aprimorar o marco regulatório da saúde suplementar, garantindo o acesso e a qualidade na atenção à saúde e os direitos do cidadão/usuário. **EIXO: Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde. DIRETRIZES:** Aprimorar a relação federativa no SUS, fortalecendo a gestão compartilhada nas regiões de saúde e com a revisão dos instrumentos de gestão, considerando as especificidades regionais e a concertação de responsabilidades dos municípios, estados e União, visando oferecer ao cidadão o cuidado integral. Aprimorar a atuação do Ministério da Saúde como gestor federal do SUS, especialmente por meio da formulação de políticas, do apoio interfederativo, da qualificação dos investimentos, da indução dos resultados, da modernização administrativa e tecnológica, da qualificação e transparência da informação. Qualificar a produção do cuidado, com a participação ativa do usuário e o prtagonismo dos trabalhadores e trabalhadoras. Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável. Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental, de forma sustentável, para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais. **EIXO: Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS. DIRETRIZES:** Promover a produção e a disseminação do conhecimento científico e tecnológico, de análises de situação de saúde e da inovação em saúde, contribuindo para a sustentabilidade do SUS. Valorizar o SUS como política de Estado, por meio de estratégias de comunicação. **EIXO: Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS. DIRETRIZ:** Fortalecer o Complexo Industrial da Saúde para expandir a produção nacional de tecnologias estratégicas e a inovação em saúde. **II – Parecer COFIN/CNS para deliberação do Pleno do CNS.** A análise dos eixos e diretrizes do Plano Nacional de Saúde 2016-2019 estão em consonância com o processo de debates que o Ministério da Saúde estabeleceu com o Conselho Nacional de Saúde durante a elaboração desse documento ao longo do ano de 2015, conforme estabelece a Lei Complementar nº 141/2012. Estes eixos e diretrizes contemplam de forma agregada a maior parte das deliberações da 15ª Conferência Nacional de Saúde (realizada em dezembro de 2015), instância do Sistema Único de Saúde de caráter deliberativo nos termos da Lei nº 8.142/90, bem como as diretrizes para o estabelecimento de prioridades para 2016 deliberadas pelo Conselho Nacional de Saúde nos termos da Lei Complementar nº 141/2012. Desta forma, o detalhamento das despesas nas leis orçamentárias a serem editadas anualmente no período 2016-2019 deverão detalhar as despesas de forma a compatibilizar esses eixos e diretrizes. Assim sendo, a COFIN/CNS sugere ao pleno do CNS a aprovação do Plano Nacional de Saúde à luz desses eixos e diretrizes analisados. Concluída a apresentação, conselheiro **André Luiz de Oliveira** acrescentou que o PNS foi encaminhado aos conselheiros no mês de abril e, na capacitação de conselheiros, feita no mês anterior, esse tema foi tratado novamente. Feito esse esclarecimento, colocou em debate o parecer elaborado pela COFIN. **Manifestações.** Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** endossou o parecer da COFIN uma vez que o Plano está em consonância com as deliberações da 15ª Conferência Nacional de Saúde. Conselheira **Maria Arindelita Neves de Arruda** ratificou o parecer da Comissão e apontou a necessidade de acompanhar, prioritariamente, as ações relativas ao financiamento do SUS e aos insumos de tecnologia. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** explicou que a apreciação e deliberação acerca do Plano Nacional de Saúde coroa o processo iniciado na construção da 15ª Conferência, uma vez que é papel do controle social participar da formulação do ciclo orçamentário. Não havendo outros inscritos, o coordenador da mesa colocou em apreciação o relatório da COFIN que recomenda ao CNS a aprovação do Plano Nacional de Saúde. **Deliberação: aprovado o Plano Nacional de Saúde, com uma abstenção.** Em seguida, o consultor técnico da COFIN apresentou a análise da Comissão sobre o Relatório Anual de Gestão 2015 do Ministério da Saúde (RAG/2015/MS). Considerando que a primeira parte do relatório já havia sido apresentada ao CNS, focou sua exposição nas considerações finais, com a análise da execução orçamentária e financeira. **Considerações Finais.** A análise do RAG 2015/MS permitiu à COFIN/CNS avaliar a gestão do Ministério da Saúde sob a ótica orçamentária e financeira, procurando verificar o cumprimento da LC °. 141/2012, bem como avaliar a execução das metas e indicadores do Plano Nacional de Saúde e da Programação Anual de Saúde referente a 2015. Em termos gerais, quanto à estrutura, o RAG2015/MS atende aos requisitos legais e infra legais estabelecidos para esse documento. Quanto ao conteúdo analisado, alguns aspectos puderam ser destacados, conforme seguem. **1)** A Emenda Constitucional nº 86/2015 estabeleceu que as emendas individuais parlamentares são de execução orçamentária obrigatória no montante de 0,6% das Receitas Correntes Líquidas, sem a destinação de recursos adicionais para este fim. Diante da lógica imposta pela área econômica do governo de considerar a aplicação mínima legal como aplicação máxima efetiva (popularmente denominada como a lógica “Piso=Teto”), seria importante que o MS informasse no RAG quais foram as ações que não foram executadas total ou parcialmente como decorrência desta exigência, o que não ocorreu. **2)** O Ministério da Saúde cumpriu o valor da aplicação mínima em Ações e Serviços Públicos de Saúde, aplicando adicionalmente ao “piso” um valor maior que o necessário para a compensação dos restos a pagar cancelados em 2014; entretanto, foram utilizadas dotações específicas para evidenciar somente uma parte dessa compensação, como decorrência do entendimento equivocado da área econômica de que somente devem ser compensados restos a pagar cancelados decorrentes de empenhos emitidos a partir de 2013 (após a vigência da LC 141/2012). **3)** Considerando a análise da despesa empenhada por subfunção de governo diretamente vinculada à Função Saúde, é possível inferir que a restrição orçamentária e financeira “sacrificou” principalmente a Atenção Básica, cuja variação anual foi baixa em 2015, comparada a 2014. **4)** Do ponto de vista da execução orçamentária em ASPS, o valor empenhado em 2015 foi classificado como um nível de empenhamento regular, evidenciando que cerca de 9% do valor autorizado na Lei Orçamentária não foi disponibilizado para empenho pela área econômica do governo federal. **5)** Os valores transferidos fundo a fundo foram de 26,76% para Estados e 73,24% para os municípios, a maior parte na modalidade Fundo a Fundo, nos termos da LC 141/2012 municípios, o que está de acordo com a LC 141/2012. Porém, há que se ressaltar que o conceito legal de “Transferências Fundo-a-Fundo” como sendo a “transferência direta, regular e automática” não está sendo respeitada, pois, na prática, considera-se “fundo a fundo” quaisquer transferências financeiras do FNS para os fundos estaduais e municipais, mesmo aquelas que envolvem “vontades entre as partes”, como são os convênios. Foi possível observar que a diferença entre os valores empenhados e liquidados em 2015 foi menor nas transferências para os Estados em comparação às transferências para os Municípios. Essa diferença entre valor empenhado e valor liquidado evidencia que restaram valores de transferências para Estados e Municípios da competência de 2015 para serem realizadas em 2016. **6)** Em 2015, houve a compensação, como aplicação adicional ao mínimo, dos Restos a Pagar cancelados em 2014 conforme disciplina a LC 141, mas a aplicação adicional ao “piso” de 2015 não foi suficiente para compensar integralmente as pendências dos cancelamentos de 2012 e 2013: sob a vigência da LC 141, foram cancelados Restos a Pagar em 2012 (R$ 1,2 bilhão) e 2013 (R$ 1,3 bilhão), valor que deveria ter sido compensado como aplicação adicional na execução orçamentária de 2014; porém, a compensação foi de apenas R$ 344,7 milhões, restando ainda pendente R$ 2,2 bilhões. Os pagamentos de Restos a Pagar em 2015 representaram menos da metade do valor total inscrito e reinscrito, restando um saldo a pagar de R$ 7,6 bilhões (equivalente a 51,0% do total inscrito e reinscrito), dos quais a maioria é não processado (despesas não liquidadas), sem que o RAG 2014/MS avalie a real possibilidade de execução em 2016, fator preocupante por se tratarem de despesas do período 2003 a 2013. **7)** Sob a ótica do artigo 24 e seus incisos I e II da Lei Complementar nº 141/2012, o RAG 2014/MS não evidenciou a existência de recursos financeiros vinculados às contas do Fundo Nacional de Saúde e das demais unidades da administração indireta do MS (em torno de R$ 15,4 bilhões). Após o advento da LC 141/2012, o empenhamento da despesa é condição necessária, mas não suficiente para que se comprove a aplicação mínima em ASPS: é preciso que as contas do Fundo Nacional de Saúde e das unidades da administração indireta do MS tenham recursos em caixa correspondentes ao saldo a pagar dos empenhos do exercício e ao saldo a pagar dos Restos a Pagar apurados em 31 de dezembro de 2014. A justificativa apresentada foi a exigência constitucional do “caixa único” do governo federal, sendo que tais valores estão disponíveis para a realização de pagamento por parte do Ministério da Saúde sempre que requisitado. **8)** As despesas financiadas com as receitas próprias do Ministério da Saúde não poderiam ser computadas no cálculo da aplicação mínima legal em ações e serviços públicos de saúde, tanto porque assim exige a Lei Complementar nº 141/2012 (art.4º, Inciso X), como pelo fato de caracterizar em vários casos um processo de retroalimentação financeira ou “dupla contagem”, como por exemplo, restituições de convênios, cujos valores serviram para computar a aplicação em saúde nos anos anteriores. Porém, se o Ministério da Saúde adotasse essa interpretação, não teria como empenhar despesas adicionais pelo fato da área econômica não disponibilizar orçamentariamente. Há uma divergência de interpretação entre o Conselho Nacional de Saúde e o Ministério da Saúde em relação ao citado dispositivo legal. **9)** A transferência de recursos financeiros para Estados, DF e Municípios foi realizada sem aprovação dos critérios pelo CNS, conforme estabelece a LC 141/2012, tendo em vista que a Comissão Intergestores Tripartite ainda não concluiu os estudos para submeter à deliberação do CNS. As transferências continuam obedecendo aos critérios das portarias editadas para essa finalidade. **10)** A execução orçamentária não pode ser considerada um indicador automático da gestão do Ministério da Saúde, mas é imprescindível para avaliar essa gestão. Mas, seria importante também acompanhar a execução orçamentária das três esferas de governo, pois o CNS é um conselho “nacional”, e não “federal”. Além disto, as receitas correntes (bruta e líquida) e total da União deveriam ser apresentadas tanto no RAG, como nos relatórios de prestação de contas quadrimestrais, pois é ferramenta para o debate do conselho sobre a alocação dos recursos arrecadados pela União. **11)** Não ficou evidenciada no RAG2014/MS a forma como a União está prestando cooperação técnica aos municípios nos termos da LC 141/2012. A Comissão Intergestores Tripartite está com um Grupo de Trabalho que ainda não concluiu a discussão sobre o novo critério de rateio dos recursos para os Estados e Municípios, que deverá ser submetido para aprovação do CNS. É preciso superar a lógica vigente da produção e/ou capacidade instalada. **12)** Não foram apresentados no RAG aspectos da gestão de compras de medicamentos, materiais e outros insumos, como por exemplo, comparação entre os preços adquiridos e os praticados no mercado (por exemplo, por meio do Banco de Preços do Ministério da Saúde coordenado pelo DESID/MS), bem como os impactos da variação cambial para a gestão orçamentária e financeira. O RAG não apresentou uma avaliação de impacto regional sobre as condições de saúde da população decorrentes das transferências de recursos do Ministério da Saúde aos Estados e Municípios para custeio e investimento, bem como não apresentou um resumo executivo das obras concluídas e em andamento. **13)** A questão das “demandas judiciais” e de seus impactos no orçamento, tanto de medicamentos, quanto total do Ministério da Saúde, é altamente relevante, mas o RAG não demonstrou as informações detalhadas do acompanhamento existente para evitar a duplicação de pagamentos entre os entes federados. Houve queda de recursos alocados para farmácia popular e os demais componentes ficaram praticamente estáveis, sem uma avaliação específica no RAG sobre as consequências disto na garantia do direito à saúde e acesso a medicamentos para a grande parcela da população. **14)** Em relação ao cumprimento das metas, segue um resumo dos principais aspectos analisados com as ressalvas: a) Páginas 54 e 55, Diretriz 1, tivemos as metas 12 (transplantes), 13 (tratamento de Câncer e quimioterapia), 15 (novo complexo do INCA) e 18 (Plano de Expansão em Radioterapia). b) Páginas 58 e 59, Diretriz 2, tivemos as metas 1 (número de ambulâncias entregues, sendo que o número de unidades entregues superou a meta proposta, mas não há informação sobre a manutenção delas, já que temos conhecimento de inúmeras unidades móveis paradas com problemas técnicos), 2 (centrais de regulação do SAMU), 4 (Implantação de número de leitos hospitalares, apesar de ter sido alcançada e superada a meta para o período, houve o fechamento de leitos hospitalares em um número bem maior do que foi credenciado, incluindo o número insuficiente de leitos de terapia intensiva no setor público) e 5 (Implantação de UPAs, que além de não cumprir a meta proposta, há um número muito grande de unidades construídas no país, mas que não estão em funcionamento, não colaborando para desafogar o atendimento às urgências e emergências. c) Páginas 62 e 63, Diretriz 3, tivemos as metas 7 (leitos de UCI Neonatal), 8 (Número de Mamografias), 9 (Exames de Citopatologia), 11 (Teste Rápido para Sífilis), 12 (Serviços de Diagnóstico de Ca de Mama) e 13 (Serviços para Diagnóstico de Ca de Colo de Útero). d) Páginas 67, Diretriz 4, tivemos dúvidas se realmente as metas 2 (Leitos para atenção integral em saúde mental) e 4 (Unidades de Acolhimento) foram cumpridas de acordo com o que foi explanado no RAG 2015. e) Página 78 - ampliar a confirmação laboratorial dos casos de Hepatite C, passando de 17 Unidades Federadas em 2010 para as 27 até 2015: esta meta causa preocupação em relação ao tratamento, pois com ela cumprida na testagem não está garantido o pleno tratamento para estes casos haja vista a dificuldade na compra de medicamentos. f) Página 79 - reduzir a incidência de Aids de 20,2 /100.000 hab. em 2011 para 18,9/100.000 hab. até 2015: falta informações de quais tecnologias estão sendo adotadas para que de fato seja feita esta redução. Percebe-se que houve aumento de 2013 para 2014, provavelmente, pelo aumento na oferta de testagem, mas sem a garantia de um acompanhamento satisfatório. Preocupa também para atingir a meta que não se acompanhe as ações em relação à prevenção, que são muito pontuais e pouco eficazes. g) Página 79 - ampliar a taxa de cura dos casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera, passando de 74,3% em 2009 para 85% até 2015: dificilmente esta meta será atingida com o enfraquecimento do PNCT e principalmente a relação do PNCT com a sociedade civil organizada. Não fica claro como o acompanhamento domiciliar tem sido realizado. h) Página 81 - ampliar o percentual de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) que desenvolvem ações de vigilância em saúde do trabalhador, passando de 12% em 2010 para 100% até 2015 e ampliar a Renast, com a instalação de 10 novos Cerest voltados prioritariamente para a população trabalhadora rural: dos recursos descentralizados paras os Cerests, como está a aplicação e destinação nos Munícipios e o acompanhamento de recursos sem movimentação nas contas bancárias vinculadas? i) Página 89 – Diretriz 8 – Assistência Farmacêutica: todas as metas não foram atingidas. j) Página 92 - ampliar o processo de ressarcimento das operadoras ao SUS, aumentando em 4 vezes o número de processos concluídos até 2015: desses processos concluídos em 2015, quantos resultaram em restituição efetiva aos cofres públicos? Não há informação dos valores totais a serem ressarcidos. k) Página 118 – auditorias referentes a assistência farmacêutica: não há informação das ações adotadas em relação às não conformidades apuradas. **15)** A questão do subfinanciamento do SUS foi agravada pela restrição orçamentária e financeira imposta ao Ministério da Saúde pela área econômica do governo pelos seguintes motivos: a) Pela não liberação de todos os recursos autorizados na lei orçamentária, limitando a aplicação em ações e serviços de saúde a um valor muito próximo da aplicação mínima estabelecida pela Lei Complementar nº 141, caracterizando uma situação que se observa nos últimos 15 anos (exceto para o ano da epidemia da Influenza) de que o valor mínimo tornou-se o valor máximo, fazendo com que a aplicação federal ficasse estagnada em torno de 1,7% do PIB neste período, diferentemente do que ocorreu nos Estados e, principalmente, nos Municípios. b) Pela não incorporação, no orçamento de 2015, do saldo dos valores ainda não compensados dos Restos a Pagar cancelados em 2012 e 2013. c) Por não estar disponível nas contas do Fundo Nacional de Saúde os valores correspondentes aos empenhos não pagos em 2015 e ao saldo de restos a pagar de exercícios anteriores, conforme preconiza a Lei Complementar nº 141/2012: não basta empenhar a despesa para verificar o cumprimento da aplicação mínima; é preciso que os valores empenhados, mas que não foram pagos até o final do exercício fiquem depositados nas contas do Fundo Nacional de Saúde. **16)** Este é o parecer técnico conclusivo da COFIN/CNS referente tanto à análise dos aspectos orçamentários e financeiros, como à avaliação preliminar da Execução das Diretrizes do Ministério da Saúde – Indicadores e Metas para subsidiar a análise e deliberação final do Conselho Nacional de Saúde em relação ao RAG 2015 do MS. **17)** Dessa análise, foram apresentadas ressalvas conforme assinalado em negrito e sublinhado nesta seção “B” (Considerações Finais) que deverão ser entendidas como indicação de medidas corretivas a serem encaminhadas para o Sr. Presidente interino da República nos termos previstos pela LC 141/2012, como decorrência das providências referentes à análise da prestação de contas do 3º Quadrimestre/2015, feita conjuntamente com a análise do RAG 2015 nos termos da deliberação do CNS. **18)** Assim sendo, a COFIN/CNS sugere ao plenário do CNS a aprovação do Parecer Conclusivo do RAG 2015 do Ministério da Saúde com ressalvas. Essas ressalvas deverão ser entendidas como medidas corretivas de gestão, tendo como prazo 60 dias para o Ministério da Saúde apresentar ao CNS os encaminhamentos adotados para a revisão de procedimentos decorrentes dessas ressalvas. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** elogiou oconsultor técnico da COFIN, pela capacidade de síntese e pela metodologia de apresentação. **Manifestações.** Conselheiro **Luiz Aníbal Vieira Machado** fez os seguintes questionamentos: como está a situação da cobrança de ações judiciais? Como está a situação do ressarcimento ao SUS? Onde os recursos oriundos do ressarcimento são aplicados? Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** solicitou atenção especial dos conselheiros ao conjunto de ressalvas para que na próxima análise seja possível avaliá-las. Conselheiro **Willen Hiel e Silva** lembrou diretrizes não cumpridas pelo Ministério da Saúde, a exemplo das práticas integrativas e complementares do SUS e sugeriu incluir esse item como ressalva. Conselheira **Cleuza Rodrigues** perguntou se o prazo de 60 dias foi estabelecido pelo CNS para retorno às ressalvas. **Retorno da mesa.** O consultor técnico da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, começou explicando que em 2015 houve ressarcimento e muitas ações foram apresentadas, mas não foi possível fazer a leitura sobre os pedidos e o que foi pago. Assim, em 2016, será feito na análise quadrimestral. Esclareceu que, desde 2008, o CNS analisa o RAG e as deliberações do Colegiado tem se transformado em aspectos contemplados na legislação. Acrescentou que o RAG deve ser instrumento para aprimoramento da gestão. Também ratificou a proposta de incluir as práticas integrativas e complementares nas ressalvas. Detalhou que 60 dias é o prazo estabelecido para retorno do Ministério da Saúde em relação às ressalvas. Disse que em 2014 o CNS definiu prazo para retorno das ressalvas, a fim de se avançar na solução destas. Lembrou que algumas ressalvas foram respondidas pelo Ministério da Saúde e levantou a possibilidade de diminuir o prazo para tentar avançar nesse aspecto. **Manifestações.** Conselheiro **José Eri de Medeiros** fez os seguintes questionamentos: houve aumento nos valores relativos ao ressarcimento? Houve evolução na cobrança dos planos? Houve evolução e foram pagas as sentenças judiciais? O que isso representa? Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** registrou o seu reconhecimento ao trabalho da Comissão, destacando que o relatório apresentado traz informações e redirecionamento. Salientou que alguns pontos, independente do posicionamento do Ministério, precisam de análise mais detalhada e aprofundamento do debate. Nessa linha, destacou que a judicialização de medicamentos é um tema importante, urgente e oportuno para discussão no campo jurídico-legal, de articulação política, capacitação e informação para juízes, promotores e conselheiros. Frisou que o CNS pode contribuir substancialmente para esse debate e com os encaminhamentos. Destacou que a CEMAB está debatendo uma série de medidas a esse respeito. Conselheira **Clarice Baldotto** perguntou ao assessor técnico da COFIN se a Lei n°. 141/2012 possibilita interpretações diferentes em relação às ressalvas feitas ao RAG. A pergunta foi feita porque o Subsecretário de Orçamento e Financiamento Arionaldo Bonfim, assim a informou. Conselheiro **Nelson Mussolini** salientou que no primeiro quadrimestre de 2016 o Ministério da Saúde gastou R$ 650 milhões com judicialização e registrou que a indústria é contra esse processo na forma que acontece. Como encaminhamento, sugeriu pautar debate sobre o tema, com a participação do Conselho Nacional e Justiça e da CONITEC, entendendo que haverá um caos na saúde se não houver mudança de filosofia. Conselheira **Cleuza Rodrigues** disse que ponderou sobre o prazo por conta do momento de transição que se vive e registrou que a orientação doMinistro da Saúde é de respostas aos questionamentos do Conselho. Conselheiro **Willen Heil e Silva** perguntou se há previsão no RAG para abarcar o recurso oriundo do ressarcimento e o que pode ser feito para reverter a Medida Provisória, aprovada no Congresso Nacional, que determina a anistia da dívida das operadoras deplanos de saúde no valor de R**$** 2 bilhões decorrente da aplicação de multas, uma vez que essa decisão prejudica a capacidade de fiscalização da Agência Nacional de Saúde - ANS. Sugeriu ainda a criação de ferramenta de acompanhamento das diretrizes aprovadas e que o CNS liderasse a iniciativa de propor projeto de lei obrigando os políticos a utilizar a rede pública da saúde e da educação. Conselheiro **Sérgio Metzger** avaliou que o problema da judicialização refere-se a não incorporação de protocolos e salientou que é preciso definir estratégia de luta para que os políticos entendam a amplitude do CNS e os segmentos que ele representa. Conselheiro **Wanderley Gomes da Silva** sentiu-se contemplado na fala do Presidente do CNS sobre a necessidade de trabalhar os elementos do RAG como forma de correção da gestão. Também manifestou preocupação com o processo de judicialização e manifestou apoio à proposta de pautar debate sobre esse tema, envolvendo, além do CNJ, o Ministério Público Federal. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, explicou que se reuniu com representante da Defensoria Pública que atua no STF para aproximação do Conselho com o conjunto de demandas debatidas pela Defensoria. Detalhou que, das quatro demandas, três se referem à judicialização. Explicou que na reunião fortaleceu a parceria com a Defensoria e reiterou o papel do CNS como órgão formulador. Como encaminhamento, sugeriu indicar o tema da judicialização como pauta urgente e prioritária da Comissão de Assistência farmacêutica e da Comissão de Ciência e Tecnologia. Conselheiro **Carlos Andrade** avaliou que a judicialização é um dispositivo necessário, em alguns casos, mas que se tornou prática comum principalmente de interesse de alguns grupos. Também solicitou maior detalhamento sobre o Programa Farmácia Popular, destacando o problema do não pagamento da rede conveniada. **Retorno da mesa.** O consultor técnico da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, explicou que nos últimos anos observou-se evolução na arrecadação dos valores relativos ao ressarcimento, mas em 2015 houve queda (R$ 355 milhões) em comparação a 2014 (R$ 408 milhões). Destacou, inclusive, que a discussão sobre ressarcimento é centralizada e que os recursos oriundos do ressarcimento vem para a União e não retornam ao Estado ou Munícipio que realizou o atendimento do beneficiário de plano de saúde. Dada a amplitude do tema, concordou que é preciso aprofundar o debate e apontar caminhos. Sobre a lei da anistia, sugeriu fazer gestão com o Ministério Público, entendendo tratar-se de uma afronta à lógica do financiamento do SUS. Sobre a judicialização, explicou que, do total pago na ação orçamentária do MS “Apoio financeiro para aquisição e distribuição de medicamento do componente especializado da assistência farmacêutica” na ordem de R$ 5,9 bilhões, R$ 1,6 bilhão (pago) referiu-se à judicialização. Também explicou que a disponibilidade orçamentária é insuficiente para atender as demandas de saúde da população, assim, na ordem de prioridades, algumas ações são postergadas como é o caso do Programa Farmácia popular. Explicou que algumas questões podem ter mais de uma interpretação porque a lei possibilita; todavia, algumas interpretações extrapolam o texto da lei, como é o caso do pagamento dos Restos a Pagar. Encaminhando, a mesa sintetizou as propostas para votação. Em relação às ressalvas, o assessor técnico da COFIN explicou que itens da página 9 do relatório da COFIN deveriam aparecer no parecer final da Comissão, mas, por lapso, não apareceram. Explicou que se tratam de alertas no âmbito dos itens de liquidação inadequado: INCA; REHUF; SAMU; Saúde da Mulher, Criança, Adolescente e Jovem; Ações de Vigilância Epidemiológica; Reaparelhamento da Unidades do SUS; e Saneamento Básico – Demais Ações. Feitas essas considerações, a mesa colocou em votação o relatório da COFIN. **Deliberação: aprovado, por unanimidade, o relatório da COFIN que recomenda ao CNS a aprovação do RAG, com ressalvas. Serão incluídas entre as ressalvas, no final do documento, os itens da página 9 do relatório da COFIN, inclusive o REHUF,** **e também as práticas integrativas e complementares. Além disso, o Plenário indicou que o tema da judicialização deve ser ponto de pauta prioritário de debate na primeira reunião da Comissão Intersetorial de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica. A Comissão deverá trazer uma proposta ao CNS para aprofundar esse tema.** Seguindo, o coordenador da mesa explicou que neste ponto ainda precisariam ser tratados dois itens, Relatório de Prestação de Contas Quadrimestral do 1º Quadrimestre/2016 do MS e Proposta de Emenda Constitucional – PEC **241**. Devido à exiguidade de tempo, sugeriu uma breve apresentação do Relatório Quadrimestral, sem debate, inclusive para apresentar a mudança na metodologia de classificação orçamentária das ações. O documento seria enviado aos conselheiros para análise e contribuições e retornaria como primeiro item da pauta da COFIN na próxima reunião. **A proposta foi acatada.** O consultor da COFIN, **Francisco Funcia,** apresentou a análise preliminar do Relatório de Prestação de Contas Quadrimestral do 1º Quadrimestre/2016 do MS, com base nas planilhas de execução orçamentária recebidas em 14/05/2016. Iniciou recordando que o Relatório de Prestação de Contas Quadrimestral do 1º Quadrimestre não necessita de aprovação do Conselho, mas se indicam medidas corretivas a cada quadrimestre a ser encaminhado à Presidência. Além disso, destacou que a COFIN adotou nova metodologia de análise do relatório do Ministério da Saúde. Iniciando a apresentação, falou sobre a disponibilidade da execução orçamentária e financeira do 1º Quadrimestre de 2016. Explicou que, dos R$ 109 bilhões de dotação orçamentária autorizados pela Lei, foi disponibilizado para empenho o montante de R$ 101 bilhões, sendo empenhado R$ 55 bilhões e pago R$ 28 bilhões, com saldo a pagar de R$ 27 bilhões. Sobre a classificação orçamentária das ações, explicou que foram criadas mais três faixas “preocupante, intolerante e inaceitável”, além das três já utilizadas “adequado, regular e inadequado”. Detalhou os percentuais para classificação: a) preocupante: liquidado: X > = 50% e empenhado: X > = 45%; b) adequado: liquidado: 35% < X < 50% e empenhado: 30% < X < 45%; c) regular: liquidado: 32% < X < 35% e empenhado: 27% < X < 30%; d) inadequado – liquidado: 27% < X < 32% e empenhado: 22% < X < 27%; e) intolerável – liquidado: 22% < X < 27% e empenhado: 17% < X < 22%; e f) inaceitável – liquidado: X < = 22% e empenhado X < = 17%. Pelos dados consolidados, detalhou que o nível de empenho é preocupante e o nível de liquidação inadequado. Seguindo, comentou a situação dos itens do Relatório. **1)** Fundação Nacional de Saúde – **a)** liquidação inadequada: Atenção à Saúde Bucal; Programa de Prevenção das DST/AIDS; Aquis. e Distrib. Medicamentos/DST/AIDS; Serv. de Processamento Dados – DATASUS. **b)** Intoleráveis: Farmácia Básica – PAB; Programa Sangue e Hemoderivados, Qualificação Profissional do SUS, Medicamentos Excepcionais; Saúde Indígena; Instituto Nacional do Câncer – INCa; e Manutenção Administrativa. **c)** Inaceitáveis: Hospitais Próprios; Incentivo Financeiro - vigilância em saúde; Reaparelhamento Unidades do SUS/MS; Publicidade de Utilidade Pública; Vacinas e Vacinação; Manutenção de Unidades Operacionais; e outros programas. **d)** Adequado: Vigilância Sanitária – PAB; Programa Saúde da Família - PACS/PSF; Pioneiras Sociais; Farmácias Populares; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU. **e)** Regular: Piso De Atenção Básica - PAB FIXO; Média e Alta Complexidade – MAC; e Emendas Nominativas. **f)** Inaceitável: Ações de Vigilância Epidemiológica; Atenção Saúde da Mulher, Criança, Adol. e Jovem; Aquisição e Distrib. de Medicamentos Estratégicos; Reest. de Hospitais Universitários Federais – REHUF; Prog. Estruturação Saúde Família – PROESF; Combate às Carências Nutricionais; e Fomento à Pesquisa em Ciência e Tecnologia. **2)** ANVISA: dos seis itens, quatro são considerados inaceitáveis e um inadequado. **3)** Fundação Nacional de Saúde – FUNASA: dos nove itens, um adequado, um regular e os demais inaceitáveis. **4)** Fundação Osvaldo Cruz – FIOCRUZ: diferente dos demais órgãos, metade adequado e metade inadequado em termos de liquidação (destaque para vacina e vacinação, tanto empenho quanto liquidação inaceitável, o que aponta problema de execução orçamentária do primeiro quadrimestre, podendo comprometer a execução do ano inteiro). **5)** Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS: a maior parte dos itens inaceitáveis do ponto de vista de execução. **6)** Grupo Hospitalar Conceição: metade adequado e metade inadequado em termos de liquidação. Seguindo, mostrou um quadro da execução da despesa por fonte de recurso, destacando que as maiores alocações referem-se à Contribuição Social sob o Lucro Líquido das Pessoas Jurídicas e Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social – COFINS. Também mostrou a situação dos Restos a Pagar (posição de 21/06/2016), inscritos e reinscritos: R$ 15,8 bilhões (de 2003 a 2105); R$ 278 milhões já cancelados, R$ 5,5 bilhões pagos; Restos a Pagar não processados – 59,3%; e 4,3%; processados. Também falou sobre a transferência a Estados e Municípios com quadro geral por modalidade de aplicação (convênio ou Fundo a Fundo), explicando a maior parte das transferências é Fundo a Fundo conforme determina a lei. No que diz respeito a transferências a estados e municípios, no que diz respeito a despesas empenhadas, destacou, na ordem, os primeiros Estados: São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Bahia, Paraná, Rio Grande do Sul e Pernambuco. Mostrou também um quadro com a transferência Fundo a Fundo (por bloco), desembolso financeiro – até 30/04/2016: 26% Atenção Básica; 64% Média e Alta Complexidade; Vigilância 4,5%; Assistência Farmacêutica: 3%; gestão do SUS: 0,1%; investimento: 2,3%. Do total, 25,9% para os Estados e 74,1% para municípios. Por fim, apresentou a proposta de consulta ao Ministério da Saúde para esclarecimentos ao CNS previamente à indicação de medidas corretivas nos termos da LC 141/2012: **1)** Solicitar informação dos valores orçamentários disponibilizados para cada item de despesa da planilha de execução orçamentária e financeira no formato “COFIN/CNS” a partir dos limites estabelecidos pela área econômica por meio do(s) Decreto (s) presidenciais. **2)** Solicitar a inclusão dos identificadores de uso (0ou6) nas planilhas COFIN/CNS. **3)** Solicitar esclarecimentos do MS para todos os itens classificados com níveis inadequados, intoleráveis e inaceitáveis. Observação: o esclarecimento deve abranger também as consequências negativas para os serviços prestados à população decorrentes dessa baixa execução orçamentária e/ou financeira. **4)** Solicitar esclarecimentos a respeito dos critérios técnicos que serão utilizados pelo governo federal e pelo Ministério da Saúde para a avaliação da possibilidade de atendimento das emendas parlamentares individuais de execução orçamentária obrigatória previsto pela EC 86/2015, à luz das diretrizes para o estabelecimento de prioridades para 2016 definidas pelo Conselho Nacional de Saúde conforme determina a LC141/2012. **5)** Solicitar esclarecimentos do MS para todos os itens classificados com nível preocupante. Observação: o esclarecimento deve abranger também as providências que serão adotadas para suplementação das dotações orçamentárias referentes às despesas com níveis de liquidação superiores a 33%, uma vez que, para esses casos, a despesa projetada anualizada com base na execução do período janeiro-abril são maiores que o valor da dotação atualizada. Concluída a apresentação, conselheiro **André Luiz de Oliveira** consultou o Plenário sobre a seguinte proposta: votar a avaliação preliminar do Relatório de Prestação de Contas Quadrimestral do 1º Quadrimestre/2016 do MS; e encaminhar o documento novamente aos conselheiros para sugestões. **Manifestações.** Conselheiro **Artur Custódio Moreira de Souza** saudou o Colegiado, manifestando sua satisfação em voltar a compor o Conselho e cumprimentou o assessor técnico da COFIN pela metodologia utilizada que facilita a compreensão e o posicionamento do Conselho. Concordou com a proposta de aprovar o Relatório na reunião e apresentar contribuições na próxima reunião. Conselheiro **Edson Luis de França** também elogiou a COFIN pela metodologia de apresentação, mas sugeriu substituir a cor “preta” por outra a fim de não reforçar estereótipos. **A proposta foi acatada.** Conselheira **Christianne Maria de Oliveira Costa** destacou que é importante criar a vinculação dos recursos dos Restos a Pagar na aplicação, inclusive para evitar a postergação de um exercício para outro como vem ocorrendo. Conselheiro **Nilton Pereira Junior** cumprimentou a COFIN pelo trabalho e perguntou se nas receitas a previsão é R$ 118 bilhões ou R$ 109 bilhões. Salientou que a execução orçamentária da MAC, da atenção básica, da assistência farmacêutica e da vigilância em saúde é preocupante e os hospitais próprios estão em situação ainda pior. Salientou que o Ministério da Saúde deve esclarecer as dúvidas com a máxima agilidade, inclusive para nortear a definição das medidas corretivas. **Retorno da mesa.**  O consultor técnico da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, clarificou a proposta de encaminhamento acerca deste item: aprovar a avaliação preliminar do Relatório de Prestação de Contas Quadrimestral do 1º Quadrimestre/2016 do MS, com a proposta de consulta ao Ministério da Saúde para esclarecimentos ao CNS. Após a análise mais aprofundada dos conselheiros, outras questões poderiam ser incorporadas ao documento para serem esclarecidas. A partir daí o CNS definiria as medidas corretivas a serem encaminhadas ao Chefe do Poder Executivo. Sugeriu que as contribuições dos conselheiros sejam encaminhadas antes da próxima reunião da COFIN, de modo a possibilitar a apresentação do consolidado das sugestões na próxima reunião do Conselho. Também concordou com a proposta de mudança da cor de classificação porque traz imagem negativa e preconceituosa presente na sociedade. Sobre os Restos a Pagar, esclareceu que a Lei estabelece que o valor é dívida, mas o tratamento não é dado como tal. Esclareceu ainda a “diferença” entre R$ 118 bilhões e R$ 109 bilhões e explicou que no primeiro quadrimestre o valor disponibilizado para empenho é R$ 101 bilhões. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** consultou o Plenário sobre a proposta de aprovar o relatório da COFIN sobre o primeiro quadrimestre, com a possibilidade de incorporar outras sugestões após a análise dos conselheiros. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** defendeu a votação do relatório preliminar na próxima reunião do CNS, a fim de possibilitar debatecom a área financeira do MS. Diante dessa fala, a mesa passou ao encaminhamento. **Deliberação: pautar o relatório da análise preliminar da COFIN na próxima reunião do CNS, com as contribuições dos conselheiros, para debate e votação.** Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** solicitou que a COFIN apresente avaliação sobre o GHC. Seguindo, conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, fez um informe sobre as iniciativas do CNS acerca do debate do financiamento da saúde. Destacou a transformação do Movimento Saúde mais Saúde na Frente Nacional em Defesa do SUS, lançada em novembro de 2015, citando, entre as proposições da Frente, a aprovação da PEC n°. 01/2015, com realização de uma série de ações. Em que pese essas iniciativas, explicou que no último período foi tomada uma série de medidas contra a proposta da Frente. Entre elas, a PEC 241/2016 que estabelece teto para gastos em saúde e educação, além de outras medidas. Detalhou que as análises iniciais acerca da PEC apontam para redução dos recursos do SUS – de 30 a 40%. Diante desse cenário, o Conselho intensificou as ações para ampliação dos recursos da União. Além da marcha, realizada no dia anterior, reiterou a participação nas assembleias legislativas para dialogar sobre o financiamento. Também fez um destaque especial ao lançamento da Frente Parlamentar em Defesa do SUS, no dia 5 de julho, com mais de 200 parlamentares subscritos. Dada a situação, explicou que a COFIN elaborou manifesto em defesa do SUS e solicitou que o CNS e as entidades que o compõem subscrevam esse documento. Feitos esses esclarecimentos, fez a leitura do manifesto. O texto é o seguinte: “MANIFESTO EM DEFESA DO SUS. Nesses 28 anos, o povo brasileiro pode sentir-se cidadão na pátria em que escolheu viver. Foram precisos 500 anos. A Constituição de 88 foi a primeira a definir direitos e garantias fundamentais, ao lado dos direitos sociais, cláusulas pétreas. Nesses anos, mesmo a duras penas, a sociedade sentiu-se mais participante e cidadã e passou a gozar das garantias individuais e direitos sociais. Além do mais a Constituição, depois de anos de secura democrática, escolheu na sua arquitetura, tratar primeiro dos direitos humanos numa escolha clara de que o bem estar das pessoas vem em primeiro lugar. Conquistas que humanizam, diminuem as desigualdades e garantem dignidade não podem retroceder. A liberdade, segurança, igualdade e solidariedade são valores que vieram para ficar; o direito à saúde é um deles e se concretizou por meio da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual vem sendo ameaçado em seus fundamentos por medidas que diminuem ainda mais o já escasso financiamento. Em pleno século XXI é impensável não permitir à pessoa acesso aos bens e conhecimentos que evitem ou aliviem o sofrimento humano. Adoecer por causas evitáveis ou não poder acessar serviços que recuperem a saúde é inadmissível. O direito à saúde não permite o seu descumprimento e medidas fiscais e econômicas que reduzam a capacidade do Estado de garanti-lo, causando mortes, sofrimento e doenças são formas indiretas de sua asfixia. A PEC 241, de 2016, que pretende congelar gastos públicos por 20 anos, sem nem levar em conta o crescimento e o envelhecimento populacional, descumprirá a Constituição pela via fiscal, se aprovada. O legislador constitucional, como medida de segurança, garantiu recursos públicos mínimos para a saúde. Por isso, a vinculação de recursos não pode ser tida como fonte de ineficiência na aplicação de recursos, muito menos como fonte de problemas fiscais, como diz a exposição de motivos da PEC. A tentativa de ajustar as contas públicas é sempre pela via do constrangimento dos direitos sociais porque os governantes nunca enfrentam os desacertos das contas públicas pela via da revisão estrutural do modelo econômico-fiscal que impõem reforma tributária, revisão de desonerações empresárias que se perpetuam sem avaliação de seu custo-benefício e outras medidas que não apenas a de constranger os direitos do cidadão em relação à seguridade social e educação. A redução de recursos federais para o financiamento do SUS atingirá Estados e Municípios, pois cerca de 2/3 das despesas do Ministério da Saúde são transferências fundo a fundo para atenção básica, média e alta complexidade, assistência farmacêutica, vigilância epidemiológica e sanitária, entre outras. A saúde sofrerá um abalo sem precedentes com a aprovação da PEC 241 e causará aumento de doença e morte, afrontando o art. 196 da Constituição que determina a adoção de políticas públicas que evitem o agravo à saúde e garantam acesso a serviços de para sua recuperação, direito reconhecido pelo STF em diversas decisões e no recente julgamento liminar da ADI 5501 MC/DF. Ora, nenhum ajuste poderá ferir o direito a políticas sociais e econômicas de garantia do direito à saúde (art. 196) e na Constituição não pode haver antinomia jurídica. Atualmente, tramita na Câmara dos Deputados a PEC 01/2015, já aprovada em primeiro turno por 402 votos favoráveis e apenas um contrário no mês de março/2016, que estabelece o aumento escalonado dos percentuais alocados para o financiamento do SUS, iniciando com 14,8% da RCL (correspondente à aplicação ocorrida em 2015) até atingir após sete anos 19,4% da RCL. PEC 01/2015 visa recompor minimamente os recursos da saúde os quais serão atingidos pela PEC 241 que pretende eternizar a restrição de direitos pela via do “transitório” de 20 anos! Não se pode admitir retrocesso em direito fundamental por ferir o exercício da cidadania, não sendo crível que pessoas adoeçam e morram neste século do conhecimento e avanço técnico-científico por falta de acesso a serviços públicos de saúde garantidos pela Constituição. A dignidade humana e a solidariedade, preconizadas pela Constituição como fundamentos da República, estarão violadas se se retrair o financiamento da saúde pública em nome do ajuste fiscal. Não se acalma o mercado com desassossego da população, uma vez que motivo primeiro e último do Estado é a garantia de bem estar de sua população. Ajuste fiscal que desajusta o direito e a vida das pessoas não pode ser sustentado por representantes do povo que tem o dever de garanti-lo.” Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** registrou que o CONASS participou do lançamento da Frente Parlamentar e subscreveu o manifesto. Também disse que foi lançada nota conjunta do CONASS e CONASEMS sobre a PEC 241/2016 e sugeriu que as entidades também divulguem notas específicas acerca dessa proposta. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** sugeriu a divulgação do manifesto e a elaboração de notas específicas de entidades a respeito. Conselheiro **Wanderley Gomes da Silva** sugeriu que o manifesto também trate da PEC 01 e que as entidades que compõem o CNS aprovem moção de repúdio à PEC 241/2016 pelos prejuízos ao SUS. Conselheira **Alessandra Ribeiro de Sousa** sugeriu utilizar asmídias do controle social para fazer diálogo com a sociedade e elaborar nota, com linguagem acessível, para esclarecer os prejuízos dessas propostas para o SUS. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** esclareceu que o objetivo do manifesto é ser um instrumento para dialogar com os sujeitos coletivos a fim de participarem da luta, acumulando força. Por isso, o documento possui um foco específico. O consultor técnico da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, explicou que outros estudiosos têm dado continuidade à “Domingueira” e foi publicado texto a respeito dos prejuízos da PEC 241. Disse que este texto será disponibilizado ao CNS para conhecimento. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** sugeriu utilizar os instrumentos disponíveis para dialogar com a sociedade. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** sugeriu que, durante a campanha de vacinação, as entidades divulguem o manifesto. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** apresentou as propostas de encaminhamento: queo CNS subscreva o manifesto; e que durante a campanha de vacinação as entidades divulguem o documento. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** avaliou que cada entidade tem o direito de ampliar a discussão e entendimento sobre as propostas que ameaçam o SUS e concordou que é importante discutir o financiamento da saúde. Após essas considerações, a mesa passou aos encaminhamentos. **Deliberação: o Plenário decidiu, com uma abstenção, que o CNS subscreverá o manifesto. O documento será utilizado como elemento aglutinador na luta contra a PEC 241/2016 e em defesa da PEC 01.** Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS,informou que no mês de agosto será realizada a 20ª Plenária de Conselhos de Saúde e sugeriu realizar também plenária de parlamentares em defesa do SUS. Definido esse ponto, a mesa suspendeu para o almoço. Retomando, conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** assumiu a coordenação dos trabalhos e passou ao item 5 da pauta. **ITEM 5 – APRECIAÇÃO E APROVAÇÃO DAS PROPOSTAS DE REGIMENTO INTERNO DA 1ª CONFERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E DA 2ª CONFERÊNCIA DE SAÚDE DA MULHER –** Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza,** considerando a prioridade dada ao debate da composição das comissões, apresentou o seguinte encaminhamento para este ponto de pauta: suspender o debate das minutas de Regimento e solicitar aos conselheiros a leitura das duas propostas e contribuições até segunda-feira. As sugestões serão sistematizadas e incorporadas aos documentos que serão reencaminhados aos conselheiros com antecedência para deliberação na próxima reunião do CNS. **Deliberação: não havendo posições contrárias, a proposta foi aprovada. Esse ponto retorna na próxima reunião do CNS.** **ITEM 6 – RADAR - Falta de medicamentos para doenças crônicas, degenerativas e raras, em especial para doenças reumáticas, anemia falciforme, esclerose lateral amiotrófica, entre outras;** **- Falta de vacinas, soros, imunoglobulinas e penicilina cristalina; -** **Informe sobre o Controle do Aedes Aegypti (dengue, zika vírus e chikungunya) -** *Coordenação:* conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos,** Presidente do CNS; conselheira **Cleoneide Paulo,** da Mesa Diretora do CNS; econselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo,** da Mesa Diretora do CNS. *Apresentação:* **Ricardo Barros**, Ministro de Estado da Saúde. Iniciando, o Presidente do CNS fez uma síntese dos debates da reunião até aquele momento para o Ministro de Estado da Saúde e entregou a ele os documentos debatidos na reunião. Além disso, colocou o conjunto de demandas para manifestação do Ministro: falta de medicamentos para doenças crônicas, degenerativas e raras, em especial para doenças reumáticas, anemia falciforme, esclerose lateral amiotrófica, entre outras; falta de vacinas, soros, imunoglobulinas e penicilina cristalina; informe sobre o Controle do Aedes Aegypti (dengue, zika vírus e chikungunya); e sustentabilidade dos preceitos constitucionais que alicerçam o SUS. Após esse preâmbulo, fez uso da palavra o Ministro de Estado da Saúde, **Ricardo Barros**, que iniciou saudando o Colegiado e manifestando satisfação por participar da reunião do Conselho. Disse que seguiria esse modelo de interlocução com o Conselho, estando presente nas reuniões do Colegiado. A seguir, comentou as demandas colocadas para este item de pauta. No que diz respeito à falta de medicamentos, informou que houve problemas com fornecedores, como é o caso da penicilina, e sobre as vacinas, problema de regulação com o Ministério da Agricultura e com a ANVISA e mudança de procedimentos. Explicou que foram tomadas medidas emergenciais para regularizar a situação, mas haverá atraso por conta das mudanças de normas e exigências. Em relação ao Aedes aegypti, explicou que a prioridade é o combate ao mosquito, com testagem de técnicas que possam contribuir nesse processo. Além disso, salientou que é preciso o envolvimento da população nesse combate. Reafirmou os princípios constitucionais do SUS – integralidade, universalidade, intersetorialidade – e a busca da transparência e da eficiência. Saudou os secretários do Ministério da Saúde presentes e colaboradores que, inclusive, poderiam aprofundar o debate acerca de temas específicos. **Manifestações.** Conselheiro **Sérgio Metzger**, na condição de representante da ADJ,solicitou atenção para as14 milhões de pessoas com diabetes no Brasil e apelou para que não haja redução de recursos especialmente destinados à Farmácia Popular. Também denunciou que os municípios não estavam cumprindo a Lei 11.347 e a Portaria 2.583 e perguntou o que pode ser feito a esse respeito. Conselheiro **Willen Heil e Silva** registrou sua preocupação com a Medida Provisória, aprovada no Congresso Nacional, que anistia a dívida de R**$** 2 bilhões **das** operadoras deplanos de saúde, por entender que essa decisão prejudica a capacidade de fiscalização da ANS e retira a prerrogativa de diminuir as agressões praticadas pela saúde suplementar. Manifestou preocupação com a proposta do Ministro da Saúde de criação de planos de saúde mais acessíveis, por entender que não irá tirar a sobrecarga do SUS e incentivará a indústria da doença. Entre as soluções para desafogar o SUS, citou a política de práticas integrativas e complementares do SUS, estratégia de baixo custo e alta efetividade, que, segundo publicações científicas, contribui para diminuir gastos com medicamentos e internações. Por fim, fez os seguintes questionamentos para o Ministro: O governo prevê ações para rever a Medida Provisória da anistia? Está prevista ação para reforçar o ressarcimento ao SUS, entendendo que traz investimentos para o Sistema? Há medidas para incluir as práticas integrativas nos três níveis de assistência? Qual a posição do Ministério da Saúde acerca das resoluções do CNS não homologadas? Conselheiro **Edmundo Omore** deu boas-vindas ao Ministro da Saúde e o convidou para cerimônia na Aldeia Guadalupe a fim de conhecer a diversidade e a realidade da situação dos povos indígenas. Conselheira **Maria Arindelita Neves de Arruda** manifestoupreocupação com a fala do Ministro da Saúde relativa à instituição de planos populares por entender que não resolve a situação da saúde, mas sim agrava. Salientou que a ABEn sempre foi parceria na construção do SUS e o defenderá sempre que ameaçado. Também reforçou a importância da regulamentação do artigo 200 da CF e da homologação da resolução do CNS contra a graduação a distância na área da saúde. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** lembrou que a Lei 12.732/12 assegura aos pacientes com câncer o início do tratamento em no máximo 60 dias após a inclusão da doença em seu prontuário no SUS, todavia, muitos pacientes enfrentam demora no acesso ao tratamento. Diante dessa situação, perguntou quais as providências o Ministério da Saúde para resolver esse problema do acesso. Conselheira **Oriana Bezerra Lima** manifestou preocupação com a Lei n°.13.301/16, que autoriza a pulverização de inseticidas nas cidades e perguntou qual a posição do Ministério acerca dessa medida e quais os parâmetros técnicos analisados por esse para apoiar essa ação, uma vez que existem várias Notas Técnicas contrárias, inclusive de Organismos Internacionais, sobre o tema. Conselheiro **Rildo Mendes** destacou a apreensão e a incerteza do movimento indígena acerca do posicionamento do Ministério da Saúde sobre o subsistema de saúde indígena especificamente sobre a municipalização. Frisou que o movimento indígena é contra a municipalização da saúde indígena e perguntou a posição do Ministro a respeito. Também salientou a incerteza quanto aos trabalhadores de saúde indígena nas aldeias, porque os contratos estão se encerrando. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** salientou que o SUS é uma conquista do povo brasileiro e avaliou que manifestações do Ministro da Saúde na mídia demonstram desconhecimento ou visão do SUS diferente daquela que o controle social defende. Manifestou preocupação com o posicionamento do Ministro acerca de “plano de saúde para pobre”, por entender que o SUS é uma grande “colcha” para todos. Acrescentou tratar-se de uma proteção universal que não se vê em outros países e que não deve haver retrocesso de direitos. Solicitou clareza por parte do Ministro da Saúde, lembrando, inclusive, que, na condição de conselheiro, é um parceiro do controle social com a obrigação de defender o Sistema. Na condição de servidora do GHC, manifestou preocupação com comentários que afetam os funcionários do grupo e destacou que erros devem ser resolvidos, inclusive no conselho de administração do hospital, do qual o MS faz parte. Conselheiro **Nilton Pereira Júnior,** inicialmente, lembrou a responsabilidade do Ministro de Estado da Saúde e do Presidente da República Interinos com o destino do país e com a continuidade dos direitos e das conquistas alcançadas, com destaque para o SUS. Nessa linha, destacou preocupação com as falas do Ministro Interino em relação a duas principais estratégias que podem causar a “morte” do SUS: PEC 241 (se fosse aplicada nos últimos treze anos, essa proposta retiraria do SUS mais de R$ 350 bilhões); e PEC 451(que obrigada as empresas privadas a ofertar planos privados de saúde aos trabalhadores formais do Brasil). Também manifestou preocupação com a fala do Ministro que defende planos privados populares para a população brasileira. Por fim, fez a leitura da Nota em defesa da liberdade de consciência e expressão dos servidores do Ministério da Saúde: “A Constituição Federal prevê como direito fundamental em seu art. 5o a liberdade de consciência e de expressão. A liberdade de consciência pode ser conceituada como a liberdade de pensar e expressar publicamente o que crê ser verdadeiro. Não existem condicionalidades aos direitos fundamentais, eles são garantidos a todas as brasileiras e os brasileiros; obviamente isso inclui os servidores públicos, sejam eles concursados, temporários, contratados, terceirizados. Qualquer tentativa de restringir esse direito dos servidores públicos se configura crime de abuso de autoridade conforme art. 3º da Lei 4.898. Tais elementos jurídicos devem ser lembrados quando avaliamos o momento que vivemos no Brasil e as atuações demissões que têm ocorrido no Serviço Público Federal, no caso em especial no Ministério da Saúde. É notória a defesa que a população brasileira faz do SUS – Sistema Único de Saúde, entre esses estão diversos trabalhadores da saúde pública. Qualquer tentativa de reduzi-lo é amplamente rechaçada. Desde seu discurso de posse o atual ministro interino do Ministério da Saúde Ricardo Barros (PP/PR) tem dito que “o tamanho do SUS precisa ser revisto”. Em diversos outros espaços esse discurso tem sido reproduzido e ampliado, e também “incentiva planos de saúde populares para reduzir a necessidade e o tamanho do SUS”. Somente essas duas frases já seriam motivos suficientes para ele deixar de ser ministro da Saúde, uma vez que não defende os propósitos da pasta nem do povo brasileiro. Diante desse cenário, só há uma alternativa ao povo brasileiro, aí inclusos os servidores públicos, trabalhadores da saúde e do próprio Ministério da Saúde: ampla resistência social. E é isso que tem sido feito. Nos dias 5 e 6 de julho de 2016 foi realizada a Virada Social em Brasília com uma série de atividades: a Audiência Pública “O financiamento do SUS frente aos anúncios do governo interino” no Senado Federal; o Lançamento da Frente Parlamentar Mista em Defesa do SUS; a Vigília e a Marcha em defesa da Saúde, da Seguridade e da Democracia. As atividades tiveram amplo apoio social, com participação de diversas entidades e movimentos sociais, convocada pelo Conselho Nacional de Saúde. Aconteceu também durante o dia 5, uma audiência pública de grande relevância para a população, que discutiu a continuidade do Programa Mais Médicos para o Brasil. Na ocasião, representantes de movimentos e trabalhadores da saúde, que defendem o SUS como direito à saúde e cidadania, tentaram comunicar suas preocupações em relação aos pronunciamentos do governo interino, que defende a diminuição do SUS e incentiva planos de saúde privados como alternativa. Manifestavam também preocupações com relação aos projetos de lei em tramitarão no Congresso Nacional, que restringem o financiamento da saúde e da seguridade social. Durante a audiência o grupo foi violentamente reprimido e agredido, sendo retirados da audiência pela segurança do Senado. Atitude essa desproporcional e desnecessária frente a uma manifestação pacífica e em defesa dos direitos constitucionais. Entre os participantes e organizadores da Virada Social estavam servidores públicos, em especial trabalhadores da saúde; que agora, em decorrência da luta aguerrida e corajosa contra o desmonte do SUS, estão sofrendo pressão, assédio e sendo demitidos ou tendo seus contratos de trabalho encerrados. Esse é um cenário que vem sendo reproduzido desde a posse da atual direção interina do Ministério da Saúde, com diversos defensores históricos do SUS sendo demitidos por exercerem um direito fundamental que é o da livre consciência e expressão. O caso mais recente é o da consultora Liu Leal, que compõe a “Frente Democracia e Saúde” e é integrante do Cebes, que tem participado da organização de diversos atos em defesa do SUS e da Democracia. E, em razão da sua atuação na Virada Social foi notificada que teria seu contrato de trabalho interrompido. Contra o abuso de autoridade, contra o atentando à liberdade de consciência e expressão e em defesa dos servidores públicos, em especial do Ministério da Saúde, as entidades abaixo assinam: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Frente Democracia e Saúde. Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (ANEPS).” Conselheira **Simone Maria Leite Batista** salientou que todos devem lutar em defesa do SUS para que não haja retrocessos e reafirmou que as práticas integrativas e complementares de saúde são fundamentais para alcançar outro conceito de saúde (para além do aspecto físico). Também solicitou ao Ministro da Saúde a indicação de nome para assumir a SGEP dada a importância do trabalho e interlocução com essa Secretaria. Por fim, salientou que é preciso garantir uma política de educação popular que fortaleça o SUS. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** manifestou preocupação com as manifestações do Ministro da Saúde porque vão de encontro ao que o controle social defende. Salientou que lhe causou especial preocupação a afirmação “o SUS precisa ser revisto”, diferente de outros ministros que, independente de partido e de governo, ao assumirem a pasta, afirmaram a insuficiência de recursos do Sistema para assegurar o definido na Constituição. Salientou que está em discussão a necessidade de garantir saúde pública ao povo brasileiro e não se o recurso é pouco ou muito. Nesse sentido, perguntou ao Ministro como adequar o SUS ao orçamento e, ao mesmo tempo, garantir saúde pública a toda a população. Conselheira **Lorena Baía** destacou que a assistência farmacêutica, tanto financiamento quanto execução, é responsabilidade das três esferas de gestão, mas hoje se observa em vários estados problemas relacionados à falta de medicamentos, principalmente aqueles para tratamento de doenças crônicas. Destacou que essa falta representa impacto negativo na vida das pessoas com doença e pode levar à morte, como aconteceu no caso de pessoas com anemia falciforme. Ainda chamou a atenção para a alta carga tributária dos medicamentos no Brasil. Citou que pesquisa de orçamento familiar apontou que o gasto com medicamentos representa para as famílias de baixa renda 61% dos gastos com saúde. Acrescentou que a falta de medicamentos traz impacto negativo para o Sistema, porque aumenta as internações e para o usuário, por conta do agravamento das doenças e a redução da qualidade de vida. Disse que a falta de medicamentos é uma pauta recorrente no CNS, todavia, não há uma resposta concreta do Ministério da Saúde que aponte solução e estratégia para abastecimento na rede pública. Nesse sentido, perguntou: Até onde vai a omissão do governo em submeter a população aos sucessivos descalabros administrativas? Onde está o respeito à vida e à dignidade humana? Finalizando, solicitou ao Ministério da Saúde que reveja a questão da assistência farmacêutica, destacando que o farmacêutico pode contribuir nesse processo, desde a produção até a distribuição para uso. Fechou ressaltando que os farmacêuticos desejam somar saberes com os demais profissionais de saúde, valorizando o trabalho multiprofissional. Conselheiro **Renato Almeida de Barros** também manifestou sua preocupação com as falas do Ministro da Saúde voltadas à desconstrução do SUS, um Sistema que foi pensado coletivamente com muito esforço e luta. Disse que democraticamente luta-se para atualizar o Sistema a fim de garantir eficiência e eficácia, conforme demanda da população brasileira. Discordou da declaração do Ministro de “um SUS para pobres e um SUS para os ricos” conforme publicado na Folha de São Paulo e afirmou que o controle social não permitirá que uma gestão interina destrua o SUS e suas conquistas. Conselheira **Juliana Acosta Santorum** endossou a nota lida pelo conselheiro Nilton Júnior e denunciou que durante a audiência de debate do Programa mais Médicos várias pessoas que defendiam direito de acesso da população à saúde foram retiradas, com violência, do espaço do debate. Também ressaltou que o Presidente da República interino, com o apoio do Ministro da Saúde interino, aprovou lei que autoriza a pulverização área de agrotóxicos nas cidades, apesar da Nota técnica da coordenação geral de vigilância ambiental/MS que não recomenda a pulverização de produtos agrícolas, dos elementos científicos demonstrando que a pulverização nas cidades para eliminar o Aedes é ineficaz e da moção do CNS que repudia a pulverização aérea nesse caso. Apresentou os seguintes dados na linha de reforçar a posição contrária a lei: desde 2008, o Brasil é campeão mundial no consumo de veneno agrícola; por ano, cada habitante consome cerca de 5 litros de veneno; entre 2007 e 2014, estima-se que 1.186 pessoas foram mortas em decorrência dos venenos agrícolas e mais de um milhão de pessoas foram intoxicadas nesse período. Salientou que a referida lei interessa muito mais à iniciativa privada do que à população e à classe trabalhadora do país. Por fim, perguntou como a iniciativa de planos privados para pobres poderia prover, além da ampliação do acesso e a garantia da universalidade, também a vigilância em saúde, a promoção e a prevenção. Conselheira **Alessandra Ribeiro de Sousa** destacou que o CNS acompanha e participa da luta por um Sistema de Saúde efetivo e não permitirá retrocessos. Salientou que não deve haver hierarquização de profissões, uma vez que não se faz saúde apenas com médicos. Também registrou o seu repúdio à fala do Ministro da Saúde relativa aos farmacêuticos e solicitou retratação por parte dele. Além disso, solicitou posição sobre o PL n°. 257 porque representa mais um ataque ao SUS. Conselheiro **Wanderley Gomes da Silva** reiterou a preocupação com a fala do Ministro da Saúde sobre “a necessidade de rever o tamanho do SUS” e com a ideia de saúde como mercadoria. Desejou que esse governo interino não perdure para não colocar em risco os direitos sociais dos trabalhadores e das trabalhadoras, as políticas públicas de proteção social e as que garantem qualidade de vida para a população. Frisou ainda que o Conselho irá resistir em defesa do SUS preconizado na Constituição de 1988. Conselheiro **Danilo Aquino Amorim** disse que afirmações do Ministro da Saúde Interino como “é necessário rever o tamanho do SUS”, “os direitos constitucionais não cabem na Constituição” e a proposta de “criação de planos populares de saúde para os mais pobres” demonstram que este desconhece ou ignora intencionalmente os atos normativos constitucionais referentes à área da saúde. Ao que parece, acrescentou, o respeito à Constituição e à legalidade não é prática comum do grupo político ora no governo. Na contramão da afirmação do Ministro Interno de que não é momento de discutir o financiamento da saúde, porque o país está em crise, defendeu o debate de temas como auditoria da dívida pública, que consome quase 50% do orçamento da União; sonegação fiscal que evade recursos do país para os paraísos fiscais; a taxação das grandes fortunas; e o ressarcimento dos planos privados de saúde. Todavia, ponderou que debater esses temas incomoda àqueles que financiam e tem interesse em manter a atual gestão no poder. Também falou da perseguição a servidores do MS, com assédio e demissões, salientando tratar-se de prática comum daqueles que não tem segurança e competência técnica para enfrentar o contraditório. Por fim, destacou que os estudantes e a população brasileira não permitirão retrocessos de direitos já conquistados. Conselheiro **Rafael Nunes do Nascimento** perguntou se a proposta do Ministro Interino de “repensar o tamanho do SUS” visa enfraquecer o Sistema para implementar a proposta de planos de saúde popular. Na contramão da proposta de criação de novos planos, lembrou que 1,3 milhões de pessoas deixaram de ter planos privados de saúde. Também ressaltou que o SUS é maior que qualquer governo, é uma conquista do povo brasileiro, que precisa ser fortalecida. Assim, os estudantes lutarão para defender esse Sistema, sem aceitar retrocessos. Conselheira **Semiramis Maria Amorim Vedovatto**, em nome do FENTAS,salientou que o SUS é uma conquista dos movimentos populares e do povo brasileiro inserida na Constituição. Avaliou que hoje se vive uma crise ético-política-institucional no Brasil que ameaça uma série de direitos constitucionais como direito à saúde, à assistência social, à educação e à previdência. Lembrou que o Sistema sofre ataques e ameaças há anos, mas nos dias de hoje esses ataques se intensificaram e ameaçam comprometer os princípios constitucionais como a vinculação orçamentária dos recursos da saúde. Destacou que a atenção básica está em cerca de 5.400 dos 5.570 municípios brasileiros, seja com os agentes comunitários de saúde, seja com as estratégias do Saúde da Família. Citou, por exemplo, que no Estado do Paraná todos os municípios possuem agentes comunitários de saúde e apenas dois não possuem a estratégia da saúde da família. Assim, manifestou preocupação com as Portarias 958 e 959 que induzem a substituição de agentes comunitários de saúde por auxiliares e técnicos de enfermagem, por entender que representa um retrocesso no SUS, corroborando para o fim de um modelo de cuidado que se inicia na base. Frisou que modificar a atenção básica significa suspender o cuidado de hipertensos, diabéticos, pessoas com intenso sofrimento mental, crianças e idosos. Por fim, perguntou sobre o terceiro ciclo do Programa de Melhoria de Qualidade da Atenção Básica e quando ocorrerá. Conselheiro **Edson França** reiterou as críticas às falas do Ministro da Saúde relativas à proposta de redução do SUS e manifestou preocupação com a implementação da Política de Saúde Integral da População Negra. Conselheira **Tathiane Aquino de Araújo** também ratificou a preocupação e indignação da população LGBT às declarações do Ministro da Saúde relativas à necessidade de rever o SUS, porque as minorias/populações vulneráveis tiveram visibilidade e assistência com a criação do Sistema. Também lamentou a demora na indicação de representante para assumir a SGEP, uma vez que essa Secretaria é responsável por importantes políticas de equidade. Conselheiro **Luiz Aníbal Vieira Machado** perguntou quais as medidas serão adotadas pelo Ministro diante da diminuição dos recursos da saúde. Lembrou, inclusive, que muitas pessoas morrem por falta de medicamentos, de acesso a atendimento e tratamento no SUS (“fila da morte”). Destacou que estratégias importantes como as UPAS e o SAMU não estão funcionando por falta de recursos. Finalizou conclamando o Ministro para participar da luta em prol do fortalecimento e valorização do SUS. Conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo** solicitou que o Ministro da Saúde apresente o plano de ação da sua gestão, para debate de questões relativas ao SUS e definição de como o controle social pode colaborar com essa gestão sempre buscando a defesa da sociedade e do Sistema. Destacou que o SUS é o do tamanho da necessidade do povo brasileiro e os segmentos que compõem o Conselho entendem que esse Sistema deve ser fortalecido. **Retorno da mesa.** O Ministro de Estado da Saúde, **Ricardo Barros**, respondeu aos questionamentos dos conselheiros, lembrando, inicialmente, que na reunião ordinária do CNS do mês de julho apresentou as diretrizes da sua gestão, mas se dispôs a apresentá-las novamente caso necessário. Ressaltou o seu respeito ao posicionamento político do Colegiado do CNS, ponderando que as intervenções dos conselheiros trataram de questões políticas e não de saúde, necessariamente. Afirmou que, nos seus vinte anos como parlamentar, jamais votou contra os interesses da saúde e lembrou, por exemplo, o seu voto favorável à PEC n°. 001. Frisou que o SUS é de todos os brasileiros e todos têm direito de acesso ao Sistema, independente da condição – os que não possuem planos privados de saúde, os que possuem, os ricos, os pobres. Reiterou a defesa dos princípios constitucionais do Sistema - universalidade, integralidade, intersetorialidade – além dos princípios da transparência e da eficiência. Ressaltou que assumiu a pasta com o objetivo de trabalhar para melhorar a gestão do SUS e dar condições (de infraestrutura, insumos) aos profissionais de saúde para trabalhar. Assim, a proposta de “mexer” no SUS visa melhorar o Sistema e assegurar saúde melhor para todos os brasileiros – os do SUS e os que não estão SUS. Disse que não se deve desconsiderar nesse debate a capacidade do setor privado que investe R$ 300 bilhões na saúde do povo brasileiro, enquanto o setor público investe R$ 240 bilhões/ano na saúde (R$ 100 bilhões do governo federal, R$ 70 bilhões dos municípios e R$ 60 bilhões dos estados). Citou, por exemplo, que as entidades filantrópicas, que desempenham trabalho importante para a saúde do povo brasileiro, equilibram o seu financiamento com atendimento 60% SUS e 40% convênio (com o superávit dos procedimentos do convênio pagam o déficit do financiamento do SUS). Concordou que o SUS é subfinanciado, desde a sua concepção, e frisou que é preciso conviver com essa dificuldade. Todavia, no seu entendimento, deve-se considerar que o pagamento com a saúde suplementar ajuda a financiar o déficit do SUS. Lembrou que a tabela do SUS, congelada há anos, representa 60% do financiamento do SUS e os 40% restantes são representados por incentivos e redes que pagam valores razoáveis pelos procedimentos de saúde. Para melhorar a saúde dos brasileiros, disse que é preciso otimizar a resolutividade da atenção básica, modificando inclusive a cultura da medicalização e do exame e informatizar o SUS porque a transparência ajuda a coibir a fraude e a informação contribui para gestão e planejamento. Reiterou que assumiu o Ministério da Saúde com o desafio de melhorar o SUS e promoverá mudanças para alcançar essa meta. Lembrou que milhares de equipamentos comprados (tomógrafos, de raio x e mamógrafos) não estão em funcionamento, unidades prontas não funcionam e outras não abrirão as portas por falta de recursos. Disse que a capacidade de financiamento é o limitador do SUS, portanto, não deve ser criticado por buscar outras formas de trazer recursos para o Sistema. Salientou que os planos privados de saúde, populares ou não, ajudam a financiar a saúde do povo brasileiro. Avaliou que, para mudar o Sistema, é preciso buscar mecanismos reais de financiamento. Lembrou, inclusive, que a DRU jamais afetou o aumento dos recursos para a saúde. Nessa linha, destacou que o debate ideológico/posicionamento político é livre, mas não coopera para a melhoria real da saúde do povo brasileiro. Ademais, destacou que há posições divergentes que precisam ser respeitadas. Informou que revogou as Portarias 958 e 959/2016, porque os agentes comunitários da saúde não participaram do debate, e instituiu um grupo de trabalho, com representantes de gestores municipais, estaduais, governo federal e representantes dos ACS para debater a política de atenção básica. Todavia, ponderou que as necessidades do país são divergentes, assim, não serão adotadas políticas lineares para o Brasil. Destacou que é preciso trabalhar para que os recursos gastos sejam feitos de forma eficiente para, assim, buscar mais recursos. Apelou aos municípios, dirigindo-se ao CONASEMS, para que contribuam inclusive na fiscalização do Programa Farmácia Popular. Também disse que o Programa mais médicos será continuado, com prioridade aos médicos brasileiros, mas, onde não houver médicos, serão chamados aqueles do convênio com a OPAS. Inclusive, informou que mais médicos estrangeiros estão chegando ao Brasil para cobrir os locais que estão descobertos. Sobre os planos de saúde, disse que as multas são exageradas e “quebrar” os planos privados não contribui para a saúde. No seu ponto de vista, a fiscalização precisa ser regular, mas entendendo que os planos não são inimigos do SUS. Salientou também que prevenção e promoção são prioridades da gestão e haverá investimentos nesse sentido. Inclusive, informou que naquele dia assinou portaria que assegura alimentação saudável nas estruturas do Ministério da Saúde e afirmou que essa iniciativa será ampliada para todas as iniciativas com uso de recursos públicos. Das dez resoluções do CNS não homologadas, explicou que apenas uma foi aprovada na sua gestão. A esse respeito, comunicou que será constituído GT do MS para analisar as resoluções e convidou o CNS a participar desse espaço. A intenção é avaliar e se possível implementar as resoluções e rediscutir as que não for possível colocar em prática. Também se comprometeu a visitar a aldeia Guadalupe e outras para aprender sobre os povos indígenas e, nesse processo de aprendizado, espera contar com a colaboração de todos. Lembrou também que muitas decisões não dependem apenas do Ministério da Saúde e citou, por exemplo, que a criação de “plano popular” (menor cobertura e menor preço) depende da ANS e de decisão legislativa. Salientou que todos têm acesso ao SUS, mas o Sistema não precisa pagar a conta daqueles que possuem plano privado de saúde, pois isso não favorece o usuário, mas sim o plano que deixa de desembolsar valor já calculado. Destacou que irá debater com o MEC a proposta de ensino a distância na saúde, inclusive, para inteirar-se melhor do tema. Sobre a Lei de 60 dias para garantia de atendimento a pessoas com câncer, reconheceu que o prazo não está sendo cumprido, lembrando que algumas regiões estão melhores estruturadas que outras. Informou inclusive que reformulou o Plano de Expansão da Radioterapia para priorizar a instalação de novos serviços, evitando, assim, viagens de pacientes para acesso ao atendimento. Salientou que administrará o Ministério da Saúde com foco no interesse do cidadão e não dos prestadores e grandes corporações, apesar de entender que empresas não são inimigas. Lembrou, por exemplo, que os laboratórios produzem medicamentos, geram empregos e pagam impostos. Também destacou que problemas pontuais estão sendo resolvidos e, para ilustrar, citou o caso da compra de acelerados lineares. Se comprados pelo convênio, individualmente, custam R$ U$ 1,5 milhão e se comprado direto pelo Ministério custam/cada U$ 606 mil dólares. Disse que suspendeu compra por convênio e o Ministério da Saúde fará a aquisição pelo menor valor. Destacou que esse tipo de desperdício não ocorrerá na sua gestão. Sobre a Lei 13.301, disse que foi constituída comissão para tratar da regulamentação e convidou os interessados a participar. Sobre a saúde indígena, explicou que havia problemas com a fundação Kaiuwá e no dia anterior saiu decisão judicial que assegura o pagamento. Sobre a municipalização, disse que não tem posição formada e dispôs-se a constituir comissão para debater o assunto, se necessário. Informou também que visitaria o GHC naquela semana. A respeito de planos de saúde, lembrou que é de adesão voluntária e a queda no número de pessoas com planos de saúde resultou da demissão de pessoas empregadas que possuíam planos de saúde nas suas empresas (perda de 2 milhões de empregos). Salientou que é preciso retomar os empregos e, com isso, assegurar o amparo aos brasileiros. Também disse que recebeu a carta lida pelo conselheiro Nilton Pereira e esclareceu que a nomeação e exoneração dos cargos de confiança são prerrogativas do gestor. Explicou que a equipe está sendo reestruturada e o gestor da área escolhe aqueles para ocupar os cargos de confiança. Inclusive, afirmou que alguns desses cargos foram mantidos e têm contribuindo com essa gestão. Destacou que a postura de vocação para o serviço público e a prioridade ao interesse da população é o perfil profissional afinado à atual gestão. Sobre a PEC n°. 241, disse que não prejudica a saúde dos povos brasileiros, ao contrário e solicitou leitura mais aprofundada da proposta, colocando a equipe à disposição para apresentar a proposição e debater com mais profundidade. Explicou que os NAFs contemplam profissionais das terapias alternativas – acupuntura, fisioterapia, plantas medicinais – e o Ministério da Saúde ampara essas terapias. Concordou que “o SUS deve estar de acordo com as necessidades da população e não com o orçamento”, explicando que essa é a situação ideal, todavia, na prática, nenhum gestor pode gastar além do autorizado pelo Legislativo. Reconheceu que há problemas com abastecimento de medicamentos, vacinas por conta de problemas com regulação, mudança de procedimentos, mas está tentando resolver. Inclusive, comunicou que foi feita compra da vacina para hepatite C com desconto em relação a 2015 (economia de R$ 250 milhões). Lembrou que cada uma das profissões da saúde tem o seu papel e não se trata de substituir ou não profissionais, todavia, salientou que muitas comunidades não possuem médicos para atender a sua população. Frisou que o SUS é de todos e para todos, portanto, não há SUS para pobre e SUS para rico. Também reconheceu que houve excessos da segurança no Senado Federal durante o debate sobre o Programa mais Médicos e discordou do que houve naquela Casa. Sobre a 257, que trata da renegociação das dívidas dos Estados, explicou que a renegociação impõe restrições a novo endividamento. Clarificou que a intenção da União é ajudar os Estados com R$ 50 bilhões, mas assegurando que esses entes não voltem a ficar excessivamente endividados (há uma regra na lei de renegociação que impede os Estados de exceder-se nos gastos). Disse que a interpretação desse dispositivo é livre, mas avaliou ser justo que o governo federal, ao socorrer os Estados, defina mecanismos para impeder que os Estados voltem a endividar-se além do autorizado pela Lei. Nessa linha, disse que o governo está propondo PEC que limita os gastos do governo, porque há quatro anos a arrecadação é menor do que se gasta. Explicou que em 2016 foram emitidas Letras do Tesouro Nacional (R$ 170 bilhões) para pagar dívidas decorrentes do ano de 2016, o que representa ônus para as futuras gerações. Também salientou que está à disposição para debater as mudanças legislativas que torne a carga tributária do país mais justa possível. Ressaltou que revogou as Portarias 958 e 959 para assegurar debate mais amplo, inclusive com os agentes comunitários de saúde e comunicou que o PMAC terá seu terceiro ciclo pago no mês de setembro. Disse que nesse momento estão ocorrendo substituição de médicos da família e muitas equipes estarão sem esse profissional por um período por conta de férias ou de cursos. Assim, o início foi adiado para abril para ter o sistema mais estabilizado e uma noção mais clara do trabalho feito. Também se dispôs a apresentar o plano de gestão do Ministério da Saúde e colocou-se à disposição do Colegiado para outros debates. Disse que participará das reuniões, mesmo porque também é conselheiro e o Conselho poderá definir como se dará essa participação. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** reafirmou que o CNS é um espaço da democracia participativa que o povo brasileiro construiu com a prerrogativa de discutir as diferentes estratégias. Salientou que o objetivo do Conselho é garantir o SUS constitucional e a legitimidade do CNS e desse Sistema. Inclusive, salientou que no período da manhã o CNS aprovou o Plano Nacional de Saúde 2016-2019 e será necessário pautar debate com o MS para verificar como colocá-lo em prática. O Ministro Interino reafirmou o seu respeito às opiniões divergentes e disse que espera convergir para melhoria da saúde do povo brasileiro. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** disse que as áreas técnicas poderiam subsidiar o CNS com maiores informações e a Mesa Diretora poderia dar sequência ao esclarecimento das questões colocadas nos debates – financiamento, medicamento. Com essa fala, a mesa agradeceu a presença do Ministro e encerrou este item. **ITEM 7 – APRECIAÇÃO E DELIBERAÇÃO DOS PLEITOS PARA COMPOSIÇÃO DAS COMISSÕES -** *Coordenação:* integrantes da Mesa Diretora do CNS. Iniciando este ponto, conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** recuperou que, das dezoito comissões intersetoriais do CNS, quatro foram definidas na última reunião ordinária do CNS. Assim, o CNS precisaria definir a composição de treze comissões, porque a CONEP possui regras específicas para composição. Explicou que o FENTAS, reunido no dia anterior, indicou representantes para todas as comissões e o Fórum de Usuários fez a indicação para quatro comissões. O segmento dos gestores/prestadores de serviço também indicou os seus representantes. Sendo assim, apresentou a seguinte proposta de encaminhamento: debater a proposta de composição das quatro comissões definidas no dia anterior e, em seguida, suspender os trabalhos em Plenário, possibilitando ao segmento de usuários reunir-se novamente para definir a composição das demais comissões, iniciando pela CIRH e COFIN. **Deliberação: a proposta foi aprovada com** **duas abstenções.** Com essa definição, o coordenador da mesa passou a apresentar as propostas de composição definidas no dia anterior. **COMISSÃO INTERSETORIAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DE PESSOAS COM PATOLOGIAS. Titulares -** *Gestor/Prestador de Serviços:* Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo – CNC. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS. Ministério da Saúde. *Profissional de Saúde/Comunidade Científica:* Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais – ABRATO. Associação de Fisioterapeutas do Brasil – AFB. Conselho Federal de Enfermagem – COFEN. Conselho Federal de Psicologia – CFP. Federação Nacional dos Assistentes Sociais – FENAS. *Usuários:* Associação Brasileira de Alzheimer – ABRAz. Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia – ABRALE. Federação Brasileira de Hemofilia – FBH. Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA. Federação Nacional das Associações de Pessoas com Doenças Falciformes – FENAFAL. Federação Nacional de Associações e Entidades de Diabetes – FENAD. Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase – MORHAN. Movimento dos Portadores de Esclerose Múltipla – MOPEM. **Suplentes -** *Profissional de Saúde/Comunidade Científica:* Conselho Federal de Farmácia – CFF. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO. Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil – FASUBRA. Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE. *Usuário:* Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – ABGLT. Associação Brasileira Superando o Lúpus. Associação de Diabetes Juvenil – ADJ. Associação Nacional de Travestis e Transexual – ANTRA. Confederação Brasileira de Aposentados, Pensionistas e Idosos – COBAP. Pastoral da Saúde Nacional. Rede Nacional de Pessoas Trans - Rede Trans Brasil. Rede Nacional Lai Lai Apejo. Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados, Pensionistas e Idosos – SINTAPI/CUT. União Nacional dos Estudantes – UNE. Duas vagas para gestor/prestador de serviço na suplência, porque não houve pleito. *Coordenação –* proposta dos usuários*:*Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama – FEMAMA – Usuário. *Coordenação Adjunta:* Articulação Nacional de Luta contra Aids – ANAIDS - Usuário. O segmento dos trabalhadores da saúde apresentará sugestão de nome. **COMISSÃO INTERSETORIAL DE ATENÇÃO À SAÚDE NOS CICLOS DE VIDA. Titulares -** *Profissional de Saúde / Comunidade Científica:* Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFa. Conselho Federal de Nutricionistas – CFN. Federação Nacional dos Assistentes Sociais – FENAS. Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE. *Usuário -* Associação Brasileira de Alzheimer – ABRAz. Associação Brasileira de Autismo – ABRA. Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA. Federação Nacional das Associações de Pessoas com Doenças Falciformes – FENAFAL. Movimento Nacional de População de Rua – MNPR. Confederação Brasileira de Aposentados, Pensionistas e Idosos – COBAP. Pastoral da Criança. Organização Nacional de Entidades de Deficientes Físicos – ONEDEF. Pastoral da Pessoa Idosa – PPI. Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados, Pensionistas e Idosos – SINTAPI/CUT. Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos - SINDINAPI/FS. *Gestores/prestadores de serviços –* duas vagas. Não houve pleito. **Suplentes -**Profissional de Saúde/Comunidade Científica: Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO. Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais – ABRATO. Associação de Fisioterapeutas do Brasil – AFB. Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS. Conselho Federal de Farmácia – CFF. *Usuário:* Articulação Nacional de Luta contra Aids – ANAIDS. Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – ABGLT. Associação de Diabetes Juvenil – ADJ. Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG. Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena – FPCONDISI. Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase – MORHAN. Rede Nacional Lai Lai Apejo. União Brasileira de Mulheres – UBM. União Nacional dos Estudantes – UNE. *Gestores/prestadores de serviços –* duas vagas. Não houve pleito. **Coordenação** - sugestão dos usuários: Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos – SINDINAPI/FS. Coordenação adjunta: Pastoral da Criança. **COMISSÃO INTERSETORIAL DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA EQUIDADE. Titulares -** *Gestor/Prestador de Serviços*. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS. *Profissional de Saúde/Comunidade Científica:* Conselho Federal de Psicologia – CFP. Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil – FASUBRA. Federação Nacional dos Assistentes Sociais – FENAS. *Usuário:* Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – ABGLT. Articulação Nacional de Luta contra Aids – ANAIDS. Central Única dos Trabalhadores – CUT. Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM. Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG. Federação Nacional das Associações de Pessoas com Doenças Falciformes – FENAFAL. Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase – MORHAN. Movimento Nacional de População de Rua – MNPR. Rede Nacional Lai Lai Apejo. Rede Nacional de Pessoas Trans - Rede Trans Brasil. união Brasileira de Mulheres – UBM. União de Negros Pela Igualdade – UNEGRO. **Suplentes -** Profissional de Saúde/ Comunidade Científica: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CNTSS. Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE. Sociedade Brasileira de Bioética – SBB. *Usuário:* Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG. Confederação dos Trabalhadores no Serviço Público Municipal – CONFETAM. Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM. Força Sindical. Rede Nacional de Lésbicas e Bissexuais Negras para Promoção em Saúde e Controle Social de Políticas Públicas - REDE SAPATÁ. Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos – SINDINAPI/FSI. União Nacional dos Estudantes – UNE. *Gestor/Prestador de Serviços:* três vagas. Não houve pleito.Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** explicou que o MS não indicou representante para todas as comissões porque extrapolava o limite de comissões em que cada entidade pode participar (nove comissões). Todavia, sugeriu retomar posteriormente essa questão para verificar a possibilidade de indicação dos gestores/prestadores de serviço nas vagas não preenchidas por conta do limitador. Conselheiro **José Eri de Medeiros** explicou que o CONASEMS pleiteou a participação em apenas nove comissões, respeitando o limite definido, todavia, tem interesse em participar de todas as comissões. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** sugeriu retomar esse debate posteriormente para definição. No que diz respeito à coordenação, apresentou a seguinte sugestão para coordenação: Rede Nacional de Pessoas Trans - Rede Trans Brasil. *Coordenação adjunta:* Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – ABGLT. Conselheiro **Edson Luis de França** lembrou que essa comissão unificou quatro comissões e, nessa linha, manifestou preocupação com a coordenação ser exercida por representantes do mesmo segmento. Desse modo, registrou a candidatura da UNEGRO à coordenação da Comissão. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** esclareceu como foi feita a indicação das duas representações para a coordenação da Comissão.Conselheira **Alessandra Ribeiro de Sousa** reiterou a proposta de debater as coordenaçõesnos fóruns e a proposta foi acatada. **COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E TRABALHADORA. Titulares** *- Gestor/Prestador de Serviços:* Confederação Nacional da Indústria – CNI. Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo – CNC. Ministério da Previdência (Fazenda). *Profissional de Saúde/Comunidade Científica:* Associação Brasileira de Nutrição – ASBRAN. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO. Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFa. Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV. Federação Nacional dos Odontologistas– FNO. *Usuário:* Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil – CTB. Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB. Central Única dos Trabalhadores – CUT. Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG. Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira – COIAB. Força Sindical. Nova Central Sindical dos Trabalhadores – NCST. Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos – SINDINAPI/FSI. União Brasileira de Mulheres – UBM. União Nacional dos Estudantes – UNE. **Suplentes -** *Profissional de Saúde/Comunidade Científica:* Conselho Federal de Enfermagem – COFEN. Conselho Federal de Psicologia – CFP. Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil – FASUBRA. Federação Nacional dos Assistentes Sociais – FENAS. Federação Nacional dos Farmacêuticos – FENAFAR. *Usuário:* Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG. Associação Nacional de Travestis e Transexual – ANTRA. Confederação dos Trabalhadores no Serviço Público Municipal – CONFETAM. Confederação Nacional dos Trabalhadores do Comércio e Trabalhadores da CUT - CONTRACS/CUT. Confederação Nacional dos Trabalhadores do Ramo Financeiro – CONTRAF. Federação Nacional de Associações e Entidades de Diabetes – FENAD. Federação Única dos Petroleiros – FUP. Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados, Pensionistas e Idosos – SINTAPI/CUT. *Gestor/Prestador de Serviços:* três vagas. **Coordenação –** proposta dos usuários: Central Única dos Trabalhadores – CUT – Usuário. **Coordenação Adjunta:** Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG – Usuário. Concluídas as apresentações e não havendo manifestações, conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** colocou em votação a composição das quatro comissões. **Deliberação: aprovadas a composição das quatro comissões por unanimidade. As coordenações seriam definidas no dia seguinte. Acordou-se, ainda, que posteriormente, seria debatida a participação do Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS nas comissões.** Conselheira **Denise Torreão Corrêa da Silva** perguntou se foram feitas as indicações do Ministério da Saúde para o CNS. Além disso, perguntou se o Regimento Interno do CNS será revisto para adequar-se à nova estrutura das comissões, uma vez que a composição das comissões é publicada por meio de resoluções. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** explicou que será necessário rever o Regimento para adequar o texto às mudanças aprovadas no Conselho. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** informou que no dia anterior foi encaminhado ofício à SE/CNS com a indicação dos representantes do Ministério da Saúde para o CNS: **Titular:** Ricardo Barros – **suplentes:** Paulo Roberto, Claudionor. **Titular:** Antônio Nardi – **suplentes:** Alexandre Fonseca Santos e um do Ministério das Cidades (aguarda indicação). **Titular:** **Neilton Araújo de Oliveira** - **suplentes:** Sônia Brito, Mariana Pinheiro. **Titular:** Cleuza Rodrigues – **suplentes**: Diana Carmem; Maria Inês Gadelha. **Titular:** Marco Antônio de Araújo – **suplentes:** Sandra de Castro, Rodrigo Gomes. **Titular:** um do Ministério da Educação – **suplentes:** Antônio Malé; e um da Secretaria da Presidência da República. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** sentiu falta da representação do Ministério da Previdência e disse que a ausência dessa representação traz prejuízos para o debate. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** comprometeu-se a verificar a possibilidade de contemplar a representação do Ministério da Previdência nas vagas do governo. **INFORMES -** Conselheira **Semiramis Maria Amorim Vedovatto** fez os seguintes informes relativos à Comissão Intersetorial de Saúde Mental – CISM/CNS: na reunião da Comissão, realizada no mês abril, foi encaminhada a proposta de realizar seminário para tratar da luta antimanicomial no Brasil (a data foi modificada para no mês de agosto de 2016); Mesa no Congresso da ABRASCO sobre controle social e saúde mental - o relatório será disponibilizado na próxima reunião do CNS; e a Comissão apresentará duas minutas de resoluções para serem apreciadas na próxima reunião do CNS. Definido esse ponto, a mesa encerrou o segundo dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: *Titulares –* **André Luiz de Oliveira,** Conferência Nacional dos Bispos do Brasil- CNBB; **Antonio Carlos Figueiredo Nardi,** Ministério da Saúde (MS); **Artur Custódio Moreira de Sousa**, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN); **Carlos de Souza Andrade**, Confederação Nacional do Comércio – CNC; **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro,** Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA; **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO; **Geordeci M. Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **Jani Betânia Souza Capiberibe,** Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **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; **Jurandi Frutuoso Silva,** Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; **Lorena Baía de Oliveira Alencar,** Conselho Federal de Farmácia (CFF); **Liane Terezinha de Araújo Oliveira,** Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama – FEMAMA; **Luiz Alberto Catanoce,** Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical – SINDNAPI; **Luiz Aníbal Vieira Machado,** Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Marco Antonio Gomes Pérez**, Ministério da Previdência Social; **Maria Arindelita Neves de Arruda,** Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn; **Maria Laura Carvalho Bicca,** Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Marisa Furia Silva,** Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Nelcy Ferreira da Silva,** Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); **Nelson Augusto Mussolini,** Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Nilton Pereira Júnior,** Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO; **Oriana Bezerra Lima,** Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV); **Rildo Mendes,** Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul – ARPINSUL; **Ricardo Barros,** Ministério da Saúde (MS); **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)). *Suplentes –* **Alessandra Ribeiro de Sousa**, Conselho Federal de Serviço Social – CFESS; **Alexandre Fonseca Santos,** Ministério da Saúde; **Andreia de Oliveira**, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS; **Antonio de Souza Amaral,** Associação Brasileira de Ostomizados – ABRASO; **Antonio Pitol,** Pastoral da Saúde Nacional; **Antonio César Silva Mallet,** Ministério da Saúde (MS); **Clarice Baldotto**, Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB); **Cleusa Rodrigues da Silveira Bernardo,** Ministério da Saúde (MS); **Christianne Maria de Oliveira Costa**, Federação Brasileira de Hemofilia – FBH; **Danilo Aquino Amorim,** Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM; **Deise Araújo Souza,** Confederação Nacional do Comércio – CNC; **Denise Torreão Corrêa da Silva,** Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFa; **Dulcilene Silva Tiné,** Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS); **Edson Luis de França** – União de Negros pela Igualdade (UNEGRO); **Elgiane de Fatima Machado Lago,** Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil – CTB; **Fernando Zasso Pigatto,** Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Geraldo Adão Santos,** Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas – COBAP; **Gilene José dos Santos,** Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas' e Idosos da Força Sindical – Sindnapi; **Gilson Silva,** Força Sindical; **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; **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; **Lauriluci Farias L. de Albuquerque,** Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Márcia Patrício de Araújo,** Associação Brasileira dos Ostomizados (ABRASO); **Maria Angélica Zollin de Almeida,** Federação Nacional dos Médicos Veterinários – FENAMEV; **João Paulo dos Reis Neto,** União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS; **Paula Johns,** Associação de Controle do Tabagismo, Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos - ACT/Aliança de Controle do Tabagismo; **Rafael Nunes do Nascimento,** União Nacional dos Estudantes – UNE; **Renato Almeida de Barros,** Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CNTSS; **Sérgio Metzger,** Associação de Diabetes Juvenil (ADJ); **Semiramis Maria Amorim Vedovatto**, Conselho Federal de Psicologia (CFP); **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; **Sueli Terezinha Goi Barrios,** Associação Brasileira da Rede Unida – REDE UNIDA; **Tathiane Aquino de Araújo,** Rede Nacional de Pessoas Trans- Rede Trans Brasi; e **Vânia Lúcia Ferreira Leite,** Pastoral da Criança. Iniciando o terceiro dia de reunião, a mesa foi composta pelos integrantes da Mesa Diretora do CNS, **Geordeci Menezes de Souza** e **André Luiz de Oliveira**. Neste momento, conselheiro **Nelson Mussolini** interveio para apresentar a seguinteQuestão de Ordem: o não cumprimento do horário de início da reunião representa um desrespeito àqueles que chegam no horário e não deve ser uma prática do Colegiado. Feito o registro, de imediato, a mesa retomou o debate das comissões. **COMISSÃO INTERSETORIAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO – CIAN/CNS:** *Titulares - Gestor/Prestador de Serviços:* Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo – CNC. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS. Ministério da Saúde. *Profissional de Saúde/Comunidade Científica:* Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV. Conselho Federal de Nutricionistas – CFN. Federação Nacional dos Médicos Veterinários – FENAMEV. *Usuário:* Associação de Diabetes Juvenil – ADJ. Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG. Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA. Pastoral da Criança. *Suplentes* - *Gestor/Prestador de Serviços:* Confederação Nacional da Indústria – CNI. Profissional de Saúde / Comunidade Científica. Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO. Federação Nacional dos Nutricionistas – FNN. *Usuário:* Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul – ARPINSUL. Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB. **Deliberação: aprovada a composição da CIAN.** Para coordenação, foram apresentados os seguintes pleitos: coordenação: Asbram – Zaíra Tronco Salermo; e Paula Jhons; coordenação adjunta: Maria Angélica. Diante do pleito dos usuários, o segmento dos trabalhadores retirou a indicação de representante para a coordenação adjunta e foi possível compor a coordenação por consenso. **Deliberação: aprovada, por consenso, a coordenação da CIAN: *Coordenação:* Associação Brasileira de Nutrição – ASBRAN - Profissional de Saúde/ Comunidade Científica; e *coordenação adjunta:* Associação de Controle do Tabagismo, Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos – ACT – Usuário. COMISSÃO INTERSETORIAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA. Titulares:** *Gestor/Prestador de Serviços:* Confederação Nacional da Indústria – CNI. *Profissional de Saúde/Comunidade Científica:* Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO. Conselho Federal de Enfermagem – COFEN. *Usuário:* Associação Brasileira de Autismo – ABRA. Associação Brasileira de Ostomizados – ABRASO. Federação Brasileira de Hemofilia – FBH. Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase – MORHAN. Movimento dos Portadores de Esclerose Múltipla – MOPEM. *Suplentes - Profissional de Saúde /Comunidade Científica:* Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFa. Federação Nacional dos Assistentes Sociais – FENAS. *Usuário:* Associação Brasileira de Alzheimer – ABRAz. Federação Nacional das Associações de Pessoas com Doenças Falciformes – FENAFAL. *Coordenação:* Organização Nacional de Entidades de Deficientes Físicos – ONEDEF – Usuário. *Coordenação adjunta:* Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais – ABRATO - Profissional de Saúde/Comunidade Científica. **Deliberação: aprovadas a composição e a coordenação da CISPD.** **COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE DE PESSOAS COM PATOLOGIAS.** A composição foi aprovada no dia anterior.Portanto, o coordenador da mesa submeteu à apreciação do Pleno as indicações para a coordenação: **coordenação:** Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama – FEMAMA – Usuário. **Coordenação adjunta:** Articulação Nacional de Luta contra Aids – ANAIDS - Usuário. **Deliberação: aprovada a coordenação da Comissão Intersetorial de Saúde de Pessoas com Patologias. COMISSÃO INTERSETORIAL DE ATENÇÃO À SAÚDE NOS CICLO DE VIDA.** A composição foi aprovada no dia anterior, portanto, o coordenador da mesa submeteu à apreciação do Pleno a proposta de coordenação: **Coordenação:**Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos – SINDINAPI/FS – Usuário. **Coordenação Adjunta:** Pastoral da Criança – Usuário. **Deliberação: aprovada a coordenação da** **Comissão Intersetorial de Atenção à saúde nos Ciclo de Vida. V- COMISSÃO INTERSETORIAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.** **Titulares -** *Gestor/Prestador de Serviços:* Confederação Nacional da Indústria – CNI. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS. Ministério da Saúde. *Profissional de Saúde/Comunidade Científica:* Associação Brasileira da Rede Unida – REDE UNIDA. Associação de Fisioterapeutas do Brasil – AFB. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES. Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS. Federação Nacional dos Farmacêuticos – FENAFAR. Sindicato dos Servidores do Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde – UNASUS. *Usuário:* Associação de Diabetes Juvenil – ADJ. Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB. Federação Brasileira de Hemofilia – FBH. Federação Nacional das Associações de Pessoas com Doenças Falciformes – FENAFAL. Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase – MORHAN. Pastoral da Saúde Nacional. Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG. **Suplentes** *- Gestor/Prestador de Serviços:* União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS. *Profissional de Saúde/Comunidade Científica:* Associação Brasileira de Farmacêuticos Homeopatas- ABFH. Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO. Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV. Federação Nacional dos Médicos Veterinários – FENAMEV. *Usuário:* Associação Brasileira de Alzheimer - Associação Brasileira de Alzheimer – ABRAz. Associação Brasileira de Autismo – ABRA. Central Única dos Trabalhadores – CUT. Confederação Brasileira de Aposentados, Pensionistas e Idosos – COBAP. Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama – FEMAMA. União Nacional dos Estudantes – UNE. *Coordenação:* Conselho Federal de Farmácia – CFF - Profissional de Saúde/Comunidade Científica. *Coordenação adjunta*: Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG – Usuário. **Deliberação: aprovadas a composição e a coordenação da Comissão Intersetorial de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica. VI - COMISSÃO INTERSETORIAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA O CONTROLE SOCIAL DO SUS**. **Titulares** *- Profissional de Saúde/Comunidade Científica:* Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS. Associação de Fisioterapeutas do Brasil – AFB. Associação Brasileira da Rede Unida – REDE UNIDA *Usuário:* Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS. Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG. Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB. Pastoral da Saúde Nacional. Rede Nacional de Pessoas Trans - Rede Trans Brasil Brasil. União de Negros Pela Igualdade – UNEGRO. *Gestores/prestadores de serviço:* não houve pleitos. **Suplentes** - *Profissional de Saúde/Comunidade Científica:* Conselho Federal de Serviço Social – CFESS. Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil – FASUBRA. Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE. Federação Nacional dos Farmacêuticos – FENAFAR. Sindicato dos Servidores do Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde – UNASUS. *Usuário:* Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil – CTB. Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM. Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira – COIAB. Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase – MORHAN. União Nacional dos Estudantes – UNE. Leitura da composição. **Deliberação: aprovada a composição da** **Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o Controle Social do SUS**. No que se refere à coordenação, foram apresentados dois pleitos: Associação Brasileira da Rede Unida – REDE UNIDA - Profissional de Saúde/Comunidade Científica; e União de Negros Pela Igualdade – UNEGRO – Usuário. Não houve solicitação para a coordenação adjunta. **Nesse caso, acordou-se que a coordenação da Comissão seria definida posteriormente. VII - COMISSÃO INTERSETORIAL DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO – COFIN/CNS. Titulares -** *Gestor/Prestador de Serviços:* Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS. Ministério da Saúde. *Profissional de Saúde/Comunidade Científica:* Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO. Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO. Conselho Federal de Serviço Social – CFESS. Federação Nacional dos Farmacêuticos – FENAFAR. Sindicato dos Servidores do Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde – UNASUS. *Usuário:* Central Única dos Trabalhadores – CUT. União de Negros pela Igualdade – UNEGRO. Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB. Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM. Associação de Diabetes Juvenil – ADJ. Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM. Organização Nacional de Entidades de Deficientes Físicos – ONEDEF. **Suplentes:**Profissional de Saúde/Comunidade Científica. Associação Brasileira da Rede Unida – REDE UNIDA. Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CNTSS. Conselho Federal de Enfermagem – COFEN. Conselho Federal de Farmácia – CFF. Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil – FASUBRA. *Usuário:* Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul – ARPINSUL. Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil – CTB. Confederação Brasileira de Aposentados, Pensionistas e Idosos – COBAP. Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira – COIAB. Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama – FEMAMA. Força Sindical. Nova Central Sindical dos Trabalhadores – NCST. Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos – SINDINAPI/FS. *Gestores/prestadores de serviço*: uma vaga. **Deliberação: aprovada a composição da** **Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento. Coordenação:** Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM – Usuário. **Coordenação Adjunta:** Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB – Usuário. **Deliberação: aprovada a coordenação da** **COFIN**. **VIII -** **COMISSÃO INTERSETORIAL DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA EQUIDADE.** A composição desta Comissão foi aprovada no dia anterior, assim, a mesa apresentou a proposta de coordenação. **Coordenação:** Rede Nacional de Pessoas Trans - Rede Trans Brasil – Usuário. **Coordenação Adjunta:** Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – ABGLT - Usuário.Neste ponto, houve um breve debate sobre a coordenação. Conselheiro **Edson Luis de França** retirou a candidatura da UNEGROem respeito à decisão do segmento dos usuários acerca da coordenação. Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** esclareceu que os encaminhamentos dos fóruns de segmentos são respeitados, todavia, precisam ser referendados pelo Plenário. Conselheira **Tathiane Aquino de Araújo** explicou que a candidatura da UNEGRO foi debatida no fórum de usuários e a coordenação definida por consenso. Assim, esse debate não deveria ser retomado. Lembrou, inclusive, que a representante da Rede Trans Brasil é uma mulher idosa, negra e lésbica. **Deliberação: aprovada a coordenação da** **Comissão Intersetorial de Políticas de Promoção da Equidade. COMISSÃO INTERSETORIAL DE PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE. Titulares** *- Profissional de Saúde/Comunidade Científica:* Associação de Fisioterapeutas do Brasil – AFB. Conselho Federal de Farmácia – CFF. Conselho Federal de Nutricionistas – CFN. Conselho Federal de Psicologia – CFP. Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO. *Usuário:* Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG. Confederação Brasileira de Aposentados, Pensionistas e Idosos – COBAP. Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB. Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira – COIAB. Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase – MORHAN. Nova Central Sindical dos Trabalhadores – NCST. Pastoral da Saúde Nacional. Rede Nacional de Pessoas Trans - Rede Trans Brasil. Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos – SINDINAPI/FS. **Suplentes -** *Profissional de Saúde/Comunidade Científica:* Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO. Associação Brasileira de Nutrição – ASBRAN. Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais – ABRATO. Conselho Federal de Enfermagem – COFEN. Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil – FASUBRA. Federação Nacional dos Farmacêuticos – FENAFAR. *Usuário:* Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – ABGLT. Associação de Diabetes Juvenil – ADJ. Movimento Nacional de População de Rua – MNPR. Organização Nacional de Entidades de Deficientes Físicos – ONEDEF. Rede Nacional Lai Lai Apejo. União Brasileira de Mulheres – UBM. **Deliberação: aprovada a composição da Comissão Intersetorial de Promoção, Proteção e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Coordenação:** Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO – Usuário. **Coordenação Adjunta:** Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS - Usuário. **Deliberação: aprovada a coordenação da Comissão.** **COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS E RELAÇÕES DE TRABALHO.** **Titulares** - *Gestor/Prestador de Serviços:* Confederação Nacional da Indústria – CNI. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS. Profissional de Saúde/Comunidade Científica. Associação Brasileira da Rede Unida – REDE UNIDA. Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS. Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO. Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CNTSS. Federação Nacional dos Médicos Veterinários – FENAMEV. *Usuário:* Associação Brasileira de Autismo – ABRA. Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil – CTB. Central Única dos Trabalhadores – CUT. Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA. **Suplentes -** *Profissional de Saúde/Comunidade Científica:* Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS. Conselho Federal de Farmácia – CFF. Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFa. Conselho Federal de Psicologia – CFP. Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil – FASUBRA. Sindicato dos Servidores do Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde – UNASUS. *Usuário:* Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – ABGLT. Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG. Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira – COIAB. Nova Central Sindical dos Trabalhadores – NCST. Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados, Pensionistas e Idosos – SINTAPI/CUT. Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio** informou que pleiteou uma vaga na Comissão para a representação dos agentes comunitários de saúde. O Presidente do CNS recuperou que, conforme definido pelo Plenário, após concluir o processo de recomposição, serão avaliados outros pleitos. **Deliberação: aprovada a composição da Comissão intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho. Coordenação:** Conselho Federal de Odontologia – CFO - Profissional de Saúde/Comunidade Científica. Coordenação Adjunta: Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM – Usuário. **Deliberação: aprovada a coordenação da Comissão intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho. COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE BUCAL.** A composição desta Comissão foi definida na reunião ordinária do mês de junho de 2016. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** submeteu à apreciação do Pleno a indicação da Confederação Brasileira de Aposentados, Pensionistas e Idosos – COBAP – *Usuário para a* coordenação adjunta. **Deliberação:** **aprovada a indicação da COBAP** **para a coordenação adjunta. COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E TRABALHADORA.** A composição desta comissão foi definida no dia anterior, assim, o Plenário precisaria definir a coordenação. Indicações: **Coordenação:** Central Única dos Trabalhadores – CUT – Usuário. Coordenação Adjunta: Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG – Usuário. **Deliberação: aprovada a coordenação da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora.** Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** solicitou quefosse excluída a representação do Ministério da Previdência da Comissão porque seria feita articulação para definir os representantes. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** manifestou preocupação com a possibilidade de ausência do Ministério da Previdência na Comissão. Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** disse que a vaga deveria ser mantida e a indicação do nome feita posteriormente. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** explicou que o MS ainda está fazendo articulação para ter a representação de vários Ministérios. Portanto, os nomes seriam indicados posteriormente. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** explicou que o Pleno estava aprovando as entidades para compor as comissões e as indicações seriam feitas posteriormente. **COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Titulares** - *Gestor/Prestador de Serviços:* Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS. Ministério da Saúde. *Profissional de Saúde/Comunidade Científica:* Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais – ABRATO. Associação de Fisioterapeutas do Brasil – AFB. Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE. Federação Nacional dos Odontologistas– FNO. *Usuário:* Central Única dos Trabalhadores – CUT. Confederação Brasileira de Aposentados, Pensionistas e Idosos – COBAP. Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama – FEMAMA. **Suplentes -** *Profissional de Saúde / Comunidade Científica:* Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CNTSS. Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO. Conselho Federal de Odontologia – CFO. Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO. *Usuário:* Força Sindical. Movimento dos Portadores de Esclerose Múltipla – MOPEM. Nova Central Sindical dos Trabalhadores – NCST. Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos – SINDINAPI/FS. União de Negros Pela Igualdade – UNEGRO. Conselheiro **João Paulo** informou que a UNIDAS indicou representante para essa comissão, mas o pleito não chegou. Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** informou que não havia pleito da UNIDAS. **Coordenação:** Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO - Profissional de Saúde/Comunidade Científica. **Coordenação adjunta:** Associação Brasileira Superando o Lúpus – Usuário. **Deliberação: aprovada a composição e a coordenação da Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar. COMISSÃO INTERSETORIAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA O CONTROLE SOCIAL DO SUS.** Duas entidades pleitearam a coordenação da Comissão: UNEGRO e Rede Unida. Conselheiro **Sérgio Metzger** sugeriu rodízio na coordenação da Comissão, assim, a Rede Unida permaneceria por um ano e meio a e UNEGRO por igual período. Conselheira **Maria Arindelita Neves de Arruda** disse que a Rede Unida pleiteou a coordenação por entender que pode contribuir com a Comissão por conta da agenda de trabalho nessa área.Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** defendeu a candidatura da Rede Unida à coordenação da Comissão, por conta do seu trabalho na área de formação e informação e pela sua capacidade de articulação. No seu ponto de vista, o debate da definição das comissões não deve ser centrado na necessidade de participação de entidades, mas sim no perfil. Explicou que essa não é uma comissão de educação e informação, mas sim de formação para o controle social. Além disso, salientou que essa comissão enfrentou dificuldades para desenvolver o seu trabalho por falta de articulação e compreensão do seu papel. Ressaltou que há um debate ainda não conclusivo sobre o papel do CNS na formação de conselheiros e como se dá o diálogo com o MS que desenvolve esse trabalho. No seu entendimento, há carência de debate sobre formação de conselheiros no país. Lembrou que foi aprovado projeto de formação para conselheiros e o trabalho foi iniciado, assim, é preciso aprofundar o debate. Conselheiro **Sérgio Metzger** sugeriu que a Rede Unida exerça a coordenação no primeiro um ano e meio do mandato e, posteriormente, a UNEGRO assuma. Conselheiro **Edson Luis de França** salientou que é preciso considerar também o viés político na definição da coordenação e frisou que o movimento negro tem expertise em educação permanente e condições para coordenar a Comissão. Disse que manteve a candidatura da UNEGRO para a coordenação, considerando, inclusive, o consenso do Fórum dos Usuários. Conselheira **Simone Leite** avaliou que a Rede Unida tem contribuído substancialmente com a Comissão e solicitou sensibilidade porque esta entidade, nesse momento, possui mais expertise para coordenar. Conselheiro **Wanderley Gomes da Silva** recuperou que oFórum dos Usuários, após debate, indicou a UNEGRO para a coordenação da Comissão e apelou para que não haja prejulgamento acerca da capacidade, do lastro e da experiência desta entidade. Não havendo consenso, solicitou que a mesa procedesse á votação das duas candidaturas. Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** solicitou que os conselheiros se manifestassem acerca da proposta de rodízio na coordenação e rejeitou a fala do conselheiro Wanderley da Silva uma vez que não houve prejulgamento de entidade. Conselheiro **Edson Luís de França** concordou com a proposta de rodízio na coordenação. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** tentou encaminhar a proposta. Conselheiro **Edson Luis de França** interveiopara defender que a UNEGRO assumisse a coordenação da Comissão no primeiro um ano e meio. Conselheira **Denise Torreão Corrêa da Silva** perguntou se o coordenador e o coordenador adjunto eram convocados para todas as reuniões das comissões e foi esclarecida que sim. Conselheiro **Nelson Mussolini** apresentou a seguinte Questão de Ordem: votação dos nomes dos candidatos à coordenação, considerando que não houve consenso. Seguindo a Questão de Ordem, a mesa colocou em votação os dois nomes candidatos à coordenação da Comissão. O resultado foi o seguinte: **1)** **Edson Luis de França** – UNEGRO. **15 votos. 2) Sueli Terezinha Goi Barrios** – Rede Unida. 19 votos. Nenhuma abstenção. **Diante desse resultado, a coordenação da Comissão foi assim definida: *Coordenação:* Associação Brasileira da Rede Unida – REDE UNIDA - Profissional de Saúde/Comunidade Científica - Sueli Terezinha Goi Barrios. *Coordenação adjunta:* União de Negros Pela Igualdade – UNEGRO - usuário: Edson Luis de França. COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE MENTAL.** Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** explicou que a proposta do segmento de usuários e dos trabalhadores da saúde é referendar a composição provisória da Comissão, definida no início de 2016. Em sendo assim, não foram considerados os novos pleitos apresentados para compor a comissão. Apresentada a proposta, solicitou que os conselheiros se manifestassem a respeito. Conselheira **Liane Terezinha de Araújo Oliveira** discordou da proposta de referendar a composição provisória, por entender que seria necessário apreciar os pleitos das entidades que manifestaram interesse em compor a Comissão. Avaliou que desconsiderar os novos pleitos poderia fragilizar a Mesa Diretora e o CNS com um todo. Conselheira **Denise Torreão Corrêa da Silva** explicou que o segmento dos trabalhadores da saúde referendou, por consenso, a composição provisória, considerando a legitimidade das entidades indicadas e, permanecendo a mesma  composição de entidades dos trabalhadores e  indicando  a  ABEn para ocupar vaga na suplência. Conselheiro **Artur Custódio M. de Souza** explicou que entidades que não compõem a comissão apresentaram pleito e outras que estão participando não apresentam, assim, seria necessário rever a composição para não fragilizar o processo. Sugeriu suspender o debate dessa Comissão e retornar após o almoço. Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** informou que, para o segmento dos gestores/prestadores, a composição está definida. Conselheira **Denise Torreão Corrêa da Silva** propôs manter a Comissão Provisória e definir na próxima reunião, mantendo as indicações do segmento dos trabalhadores para as vagas e coordenação. Conselheira **Carmem Lúcia Luiz** explicou que a UBM compõem a Comissão, mas não apresentou pleito, assim, a entidade poderia retirar-se para resolver a composição. Conselheira **Denise Torreão Corrêa da Silva** manteve o encaminhamento, com o adendo de não abrir a possibilidade de novos pleitos. Com essa fala, a mesa procedeu ao encaminhamento. **Deliberação: a composição e a coordenação da Comissão Intersetorial de Saúde Mental – CISM serão definidas na próxima reunião do CNS, mantida, até a redefinição, a composição provisória aprovada no início de 2016 e acatada a composição apresentada pelo segmento dos trabalhadores - vagas e coordenação, aguardando a definição do segmento de usuários para término do processo de composição. Não será aberta possibilidade para apresentação de novos pleitos.** Seguindo, a mesa explicou que o Plenário deveria manifestar-se sobre duas questões: participação do segmento dos gestores/prestadores de serviço nas comissões; e suplência nas comissões. A respeito do primeiro ponto, conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** explicou que a definição de limite de participação nas comissões (cada entidade poderia participar de, no máximo nove comissões) causou ausência de representantes dos gestores/prestadores de serviços e vacância nas comissões. Sendo assim, apresentou a seguinte proposta de encaminhamento: que o segmento dos gestores/prestadores de serviço realize debate interno e indique nomes para preencher as vacâncias nas comissões, sem considerar o limite de participação em até nove comissões. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos,** Presidente do CNS,explicou que a regra geral (limite de participação em até nove comissões) não poderia se aplicar ao segmento dos gestores/prestadores porque, diferente dos demais segmentos, possui mais de uma vaga no CNS. Todavia, disse que posteriormente seria necessário definir critérios para preencher as vagas remanescentes das comissões. Após esses esclarecimentos complementares do Presidente do CNS, a mesa colocou em votação o encaminhamento. **Deliberação: aprovada, com três votos contrários e seis abstenções, a proposta: o segmento dos gestores/prestadores de serviço deverá debater internamente e indicar nomes para preencher as suas vagas nas comissões, sem considerar o limite de participação em até nove comissões.** Seguindo,conselheiro **André Luiz de Oliveira** apresentou proposta para definição das suplências. Explicou a regra atual: as entidades suplentes da comissão estavam ligadas a entidades titulares, assim, na impossibilidade de participação da entidade titular e da suplente, a Comissão ficava sem representante na reunião, prejudicando o seu trabalho. Assim, apresentou a proposta de rodízio de entidades na suplência por segmento. Ou seja, na impossibilidade de participação da entidade titular, serão convocadas as entidades suplentes do mesmo segmento a partir de uma lista, na ordem. A lista das entidades suplentes deveria ser definida na primeira reunião de cada Comissão. Conselheira **Denise Torreão Corrêa da Silva** salientou a importância de divulgar as datas das reuniões das comissões a fim de que entidades interessadas possam participar, sem ônus para o CNS. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** sugeriu pautar o debate dessa proposta na próxima reunião, a fim de aprofundar o debate nos segmentos. Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** concordou com a proposta de suplência por segmento na Comissão e sugeriu que essa lista seja definida nos fóruns. Conselheiro **Artur Custódio de Souza** explicou que a experiência do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA não permitiu a participação dos suplentes. Todavia, concordou com a proposta de remeter para os segmentos a definição da lista para o rodízio. Conselheira **Liane Terezinha de Araújo Oliveira** concordou com a proposta de rodízio e propôs que fosse assegurada a participação de todos os suplentes na primeira reunião da Comissão para definição da ordem da substituição da suplência. O coordenador da mesa explicou que a proposta da conselheira ia de encontro ao Regimento Interno, portanto, não foi considerada. Após essas falas, a mesa passou ao encaminhamento. **Deliberação: aprovada, com cinco abstenções, a proposta de rodízio de entidades na suplência por segmento. Os fóruns deverão debater e apresentar lista para o rodízio até a próxima reunião do CNS.** Finalizando, conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** informou que a planilha com a composição das comissões estaria disponível na página do CNS, na próxima reunião. Cumprimentou o CNS pelo empenho e dedicação para finalizar a recomposição das comissões. O Presidente do CNS registrou os elogios à assessoria técnica pelo trabalho e o empenho dos conselheiros **Geordeci Menezes** e **André Luiz** para a definição. A seguir, foi aberta a palavra para informe sobre a situação de desabastecimento de medicamentos. *Apresentação:*conselheira **Sandra de Castro**, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos/MS.Sobre os medicamentos de compra centralizada/responsabilidade dos entes federados: **1)** Medicamento: benznidazol 12,5 mg comprimido. Indicação terapêutica: Doença de Chagas. Situação/encaminhamento: Medicamento de uso infantil. Problemas regulatórios do fornecedor – alteração do IFA. O Lafepe submeteu novos estudos de estabilidade à ANVISA. **2)** Medicamento: pastilha de nicotina 2mg. Indicação terapêutica: tabagismo. 2004 – A Novartis descontinuou produção pela necessidade de adequação da planta produtiva. Sendo substituída pela goma de mascar 2mg (ARP nº.08/2016 de 03/02/2016). **3)** Medicamento: Zanamivir 5mg. Indicação terapêutica: influenza. 1ª aquisição feita em 2009 (vencimento 2014). Medicamento uso adulto caso não responder ao tratamento com oseltamivir. Aquisição está em andamento com a GSK para aquisição de 1.000 Kits (lote mínimo de produção 180.000 – fator de concessão para venda). **4)** Medicamento: artesunato + mefloquina 100 mg + 220 mg comprimido revestido c/ 3 e c/6. Malária. 2015/2016 - Aquisição via Fiocruz (atraso e não cumprimento da entrega). Como alternativa está sendo usado artemeter+lumefantrine (aquisição via OPAS) em substituição, e os pacientes não estão sem tratamento. **5)** Medicamento: daclatasvir 30mg e 60mg, sofosbuvir 400mg e simeprevir 150mg. Indicação: Hepatite C. Situação encaminhamento: Finalizada a etapa de negociação de preço com os fornecedores. Previsão de contratação 1ª quinzena de julho/2016. **6)** Medicamento: adefovir 10mg. Indicação: Hepatite B. Situação/encaminhamento: Contrato nº 80/2016 de 23/05/16. A GSK da China suspendeu a liberação de todos os lotes para o Brasil, devido a alteração dos métodos analíticos utilizados para a análise do fármaco do produto acabado em relação ao registrado na Anvisa. O DAF solicitou a Anvisa priorizar o pedido de excepcionalidade de importação dos lotes já produzidos. Em 07/07/16 Anvisa informou que o pleito está no Gabinete da Presidência para análise. **7)** Medicamento: imatinibe 100mg e 400mg (PDP). Indicação: LMC – Oncologia. Situação/encaminhamento: ARP publicada no D.O.U de 27/06/2016 para aquisição de 242.6660 frascos. Contratação em curso. Referente a programação do 3º trimestre foi enviado 1 mês de consumo (julho). **8)** Medicamento: benzilpenicilina potássica 5.000.000 de U.I. Indicação: Sífilis Congénita. Situação/encaminhamento: Em 25/02/2016 o DAF solicitou aquisição via OPAS. Aguardando cotação para aquisição de 500 mil frascos ampola – Em 07/05/2016 – A OPAS iniciou a cotação e aguarda-se os resultados. **9)** Medicamento: difosfato de primaquina 5mg e 15mg. Indicação: Malária. Situação/encaminhamento: Foi realizado o TED nº 76/2015 com a FIOCRUZ, com a 1ª entrega prevista para abril/2016. Em junho/2016 a FIOCRUZ informou que não poderá produzir devido à alteração na formulação e necessidade de novo registro junto à ANVISA. O estoque atual está previsto para abastecer até final de julho/2016. Imediatamente o MS iniciou processo de compra emergencial via DLOG/SE e via OPAS. **10)** Medicamento: Repelentes. Indicação: Dengue, Zika, Chikungunya. Situação/encaminhamento: O processo de compra foi iniciado para adquirir 8,3 milhões de litros de repelentes para atender a demanda até junho/2018. A publicação do edital está previsto para 19 de julho de 2016, na modalidade credenciamento. Sobre os medicamentos de compra descentralizada/responsabilidade dos entes federados: **1)** Medicamento: iloprosta. HAP. Sem definição de preço na CMED – proposta de exclusão. **2)** Medicamento: hidroxiuréia 500mg. Indicação: Doença Falciforme. Situação/encaminhamento: Em abril2016 - A Bristol informou ao MS enfrentamento faltas temporárias por oscilação na importação da Europa, mas que o abastecimento estaria em vias de regularização a partir do 3º trimestre de 2016 e que futuras importações garantirá um estoque equivalente 3 meses. A aquisição é realizada pelo Estado, com recursos repassados pela União. **3)** Medicamento: hidroxiuréia 100mg e 200mg. Indicação: Doença Falciforme. Situação/encaminhamento: uso pediátrico, sem registro no Brasil. A hidroxiuréia de 100mg foi incorporada no SUS (Portaria SCTIE n. 27 de 12/06/2013) porém esta concentração não está disponível no mercado internacional. Por isso optou-se pela compra da apresentação de 200mg junto à OPAS/OMS, sendo que a duas licitações resultaram deserta. Opas está buscando novas fontes. **4)** Medicamento: riluzol 50mg. Indicação: Esclerose Lateral Amiotrófica. Situação/encaminhamento: o principal fabricante (Sandoz) paralisou a produção deste medicamento, porém existem outros fornecedores no mercado. A aquisição é realizada pelo Estado, com recursos repassados pela União. **5)** Fenitoína – problema de escassez do medicamento no mercado. Processo encaminhamento para ANVISA. Comercialização por outra empresa. Em seguida, o Coordenador Geral do Programa Nacional de Imunizações/SVS/MS, **Ricardo Gadelha de Abreu**, fez um informe sobre a situação dos imunobiológicos. Inicialmente, disse que o Programa é responsável por 45 imunobiológicos, sendo 28 vacinas (08 CRIE), treze soros heterólogos e quatro soros homólogos (imunoglobulinas). Situação de abastecimento irregular: **1)** Tríplice viral: pendências nas entregas por Bio-Manguinhos, desde 2014. **2)** Febre amarela: pendências nas entregas por Bio-Manguinhos (único fornecedor), desde 2014. **3)** Tetraviral: pendências nas entregas por Bio-Manguinhos; substituída nas regiões Nordeste e Sudeste pelo esquema de tríplice viral + varicela monovalente, sem previsão de regularização. Envio de tetraviral para as regiões Norte, Sul e Centro-Oeste. **4)** DTP: será substituída pela vacina pentavalente, até que aconteça a liberação da Baixa do Termo de Guarda dos lotes entregues pela Opas em maio/2016. **5)** Poliomielite oral: devido à mudança da trivalente para bivalente- OMS. Campanha Nacional de Multivacinação no período de 19 a 30 de setembro, devido aos Jogos Olímpicos e Paraolímpicos – vacinação seletiva para crianças que ainda não tenham completado o esquema vacinal contra a poliomielite e atualização da caderneta de vacinação da criança e do adolescente de 9 a <13 anos contra sarampo, rubéola, caxumba, tétano, difteria, HPV (meninas) e hepatite B. Cronograma de entregas, b-VOP: julho: 7.000.000, 31/07/16; agosto: 8.400.000, 31/08/16; setembro: 7.000.000, 30/09/16; outubro: 3.500.000, 31/10/16; e novembro: 2.100.000, 30/11/16. Situação atual das vacinas: **1)** Distribuição parcial em junho: BCG (distribuída cerca de 40% aos estados). Problemas na produção – FAP, alterações constantes de cronogramas. Lotes em análise no INCQS, com previsão de liberação para julho. **2)** Situação de desabastecimento: a) Hepatite A (CRIE): aquisição via OPAS, aguardando as ordens de compra. Previsão de regularização: outubro. b) DTPa (CRIE): recebidas ordens de compras da OPAS. Previsão de regularização: setembro. **c)** Possível desabastecimento: **a)** Hepatite B: cancelamento da produção pelo Butantan. Processo final da aquisição emergencial por meio da Opas. Estoque disponível até julho. **b)** Hepatite A e dTpa: aquisição pelo Butantan, finalização de trâmites contratuais. Previsão de regularização: agosto. Situação atual dos soros: **1)** IVB e Funed: contratos 2015 não finalizados, com solicitação de prorrogação para conclusão das entregas. **2)** Distribuição parcial ou desabastecimento: problemas na produção com constantes reprogramações dos cronogramas de entregas, com justificativas - greve de funcionários, furto de animais, problemas no abastecimento de matérias-primas, reformas. **3)** Antecipação de entregas do contrato do Butantan para suprir parte da demanda nacional. **4)** Aprovação pela Anvisa a extensão da produção compartilhada por mais 12 meses. **5)** Realização de reuniões entre Ministério da Saúde, Anvisa, INCQS e laboratórios produtores para discutir o atual cenário e elaboração do plano estratégico para diminuir o desabastecimento (dia 13/07: apresentação do plano na reunião que acontecerá na Anvisa). Por fim, disse que não houve óbito por falta de soro e os estoques municipais estão sustentando a vacinação. **Manifestações.** Conselheiro **Nelson Mussolini** destacou que mudanças na produção de medicamentos demandam nova certificação da produção na ANVISA, o que pode acarretar problemas no abastecimento. Disse que a indústria está procurando agilizar o processo de pós-registro em conjunto com a Agência e atualmente há mais de 4 mil processos de pós-registro na ANVISA para análise. Sobre a hidroxiureia, disse que a Bristol entregou 50 mil doses do produto aos distribuidores em junho e mais 40 mil doses estão prontas para serem distribuídas. Portanto, a situação está regularizada e não haverá mais problemas. Em relação à hidroxiureia para uso infantil, explicou que o produto não possui registro no país e a indústria não tem condições de apresentar à ANVISA os dados exigidos para o registro. Também manifestou preocupação com compras do Ministério da Saúde via fundo rotativo da Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS. Explicou que medicamentos somente eram comprados nessa modalidade quando não havia produção local ou registro no Brasil ou em caso de falta. Todavia, recentemente, esse meio tem sido utilizado para compra em razão de menor preço, inclusive de produto patenteado e sem o devido registro na ANVISA. Disse que medicamento para tratamento da AIDS (Darunavir) foi comprado utilizando essa modalidade, o que é preocupante porque não se conhece a qualidade do produto, que não passou pelos rigorosos testes exigidos pela Anvisa.  Lembrou que há lei específica que autoriza a compra de medicamentos, em caso excepcional, para abastecimento interno, o que não é o caso. Disse que esse tipo de situação não deve ocorrer porque não traz benefícios para a população. Conselheira **Oriana Bezerra** perguntou se a aquisição de vacina contra raiva será suficiente para abastecer a rede com o objetivo de prevenção, uma vez que o grupo de riscos como Médicos Veterinários e Biólogos e acadêmicos das referidas áreas (grupo de risco) não estão conseguindo acesso à vacina.Conselheiro **Sérgio Metzger** explicou que, no caso dasinsulinas, 30% dos municípios não abastecem regularmente a rede. Informou que a SES/MG comunicou a suspensão da dispensação de tiras reagentes para diabetes, contrariando Portaria do MS e solicitou que essa questão fosse tratada na CIT e no DAF. Por fim, solicitou a dispensação de canetas para diabetes porque ajuda crianças e idosos com diabetes a controlar a doença. Conselheira **Lorena Baía** destacou que nem sempre a solução dos problemas relacionados a aquisição e abastecimento de medicamentos está ligada ao poder de resolução da gestão, sendo necessário apontar caminhos para essa questão. Lembrou que a assistência farmacêutica é de responsabilidade de financiamento das três esferas e o acesso aos medicamentos se dá a partir de quatro formas: medicamento componente estratégico, medicamento da assistência farmacêutica básica, do componente especializado e programa farmácia popular. Por se tratar de formas diferentes de acesso, há fragmentação do cuidado e dificuldade de formar vínculo do usuário com o SUS porque os pontos de dispensação não dialogam. Nesse sentido, disse que é preciso repensar a compra centralizada porque pode permitir redução de custo, mas, na prática, é ineficiente para os usuários. Assim, defendeu o fortalecimento do repasse do financiamento a estados e municípios para que façam a aquisição dos medicamentos. Conselheira **Maria Zenó Soares da Silva** explicou que o desabastecimento da hidroxiureia ocorre desde outubro de 2015 em alguns estados e, a partir de janeiro de 2016, em todos exceto São Paulo. Lembrou, inclusive, que em outras oportunidades a Bristol comprometeu-se a resolver o problema, mas não o fez. Também destacou que não houve falta de medicação na rede privada, portanto, o problema refere-se à falta de financiamento para a compra. Esclareceu que, no caso da doença falciforme, não há medicação para substituir a hidroxiureia e a falta da medicação causou 232 óbitos de janeiro a junho de 2016. Além disso, 112 pacientes usuários da medicação estão internados em Minas Gerais, na maioria crianças, 36 em estado gravíssimo. Dada a gravidade, disse que o Ministério da Saúde deve solicitar informações a Bristol e frisou que o país não deve ficar refém desse laboratório. Lembrou, inclusive, que o medicamento eleva a qualidade de vida e a sobrevida das pessoas com anemia falciforme. Salientou que a FENAFAL notificou a falta de medicação para a Coordenação de Sangue/MS e não recebeu resposta, e foram registradas várias queixas da falta na ouvidoria. Também perguntou se procede a informação de autorização à Bahia Farma para fabricar a hidroxiureia e de compra de 24 mil caixas medicamento (se sim, onde estão?). Por fim, solicitou que o MS convoque a ANVISA para tratar desse tema. Conselheiro **Artur Custódio M. de Souza** falou sobre a notícia de privatização dos institutos de pesquisa de São Paulo e perguntou se está previsto o retorno da fabricação da vacina para a Hepatite B pelo instituto Butantan. Sugeriu a participação de representante da Comissão de Assistência Farmacêutica nas reuniões que estão debatendo a situação dos institutos de pesquisa. Conselheira **Ivone Martini de Oliveira** saudou os expositores eperguntou se a penicilina cristalina está em falta. Também falou da recusa das receitas prescritas por profissionais enfermeiros para dispensação de medicamentos nas unidades com Farmácia Popular, explicando que traz prejuízos para o Sistema e os usuários. Sendo assim, disse que é preciso retomar a discussão com o DAF a fim de encontrar solução para esse problema. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** salientou a importância de estruturar as comissões para acompanhar esses e outros temas importantes. **Retorno da mesa.** Conselheira **Sandra de Castro**, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos/MS, começou explicando que o Darunavir foi comprado via OPAS por se tratar de medicamento pautado nas negociações de preço no Mercosul. Também disse que foram adquiridos R$ 3,6 milhões com a JANSEN em um processo emergencial. Lembrou que a Lei permite trazer medicamentos sem registro para o Brasil e destacou que há medicamentos que não tem registro no Brasil, mas são reconhecidos por órgãos fiscalizatórios internacionais importantes como o FDA. Sobre a insulina, explicou que não há irregularidade e atraso no abastecimento e dispôs-se a verificar a situação da tira reagente. Também se comprometeu a verificar com a Bristol a informação sobre a falta/abastecimento de hidroxiureia e buscar respostas aos questionamentos dos conselheiros. Avaliou que muitos problemas relativos à falta de medicamentos referem-se à gestão, e frisou a importância de planejamento, boa gestão, informatização de dados. Lembrou que o processo de compra centralizada é pactuado na CIT e comprometeu-se a levar a proposta de descentralização de compras ao DAF e à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - SCTIE. Sobre a prescrição de receitas por enfermeiros e a Farmácia Popular, explicou que problema relativo à base dados impede que o COFEN seja aceito para prescrição. Por fim, disse que a situação da penicilina cristalina foi resolvida. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, registrou, em nome do conselheiro Moysés Toniolo, a necessidade de atenção às doenças oportunistas de pacientes com HIV AIDS e ao descumprimento de acordos. Afora essa questão, sugeriu aprofundar o debate sobre a descentralização de compra de medicamentos na Comissão de Comissão Intersetorial de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica, porque esse processo também traz benefícios como a redução de custo na compra. O Coordenador Geral do Programa Nacional de Imunizações/SVS/MS, **Ricardo Gadelha de Abreu**, começou explicando que todos os produtos adquiridos por meio do fundo rotatório da OPAS são pré-qualificados pela OMS e, para os próximos contratos com a Organização, foi discutido com a ANVISA o fornecimento de estudo de estabilidade a fim de evitar a compra de produtos sem registro. Disse que as vacinas são seguras e submetidas a teste de validade no Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde **–** INCQS. Concordou que é preciso trazer o debate sobre a vacinação de profissionais e sugeriu que o Conselho Federal de Medicina Veterinária protocolize essa solicitação ao Ministério da Saúde. Conselheira **Oriana Bezerra** lembrou que a vacinação de grupos de risco é uma definição do Manual de Vigilância Epidemiológica, portanto, não seria necessária solicitação nesse sentido. O Coordenador Geral do Programa Nacional de Imunizações/SVS/MS avaliou que a solicitação seria importante para reforçar a determinação, uma vez que cabe a Estados e Munícipios vacinar a população. Ou seja, o Conselho provocaria o MS e este os municípios e estados. Conselheira **Oriana Bezerra** explicou que, em virtude da escassez de vacina, estados e municípios priorizam os acidentados, assim, seria necessário adquirir mais vacinas para assegurar a prevenção de grupos de riscos. O Coordenador explicou que a vacina da raiva não está em falta. Explicou que o Butantan deixou de produzir a vacina da hepatite B, com custo menor, para investir na vacina da dengue e não se sabe se voltará a produzi-la. Por essa razão, foi feita aquisição da vacina via OPAS. Explicou que todas as vacinas e soros são adquiridos de forma centralizada, considerando vários fatores, principalmente monitoramento do imunobiológico, a qualidade e a economia. Após essas falas, o Presidente do CNS agradeceu a presença dos convidados e passou aos encaminhamentos. **Deliberação: o tema abastecimento/desabastecimento de insumos estratégicos deve ser pauta prioritária da Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência e de Ciência e da Comissão Intersetorial de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica. Inversão de pauta. ITEM 9** - **PROGRAMA VIVER SEM LIMITES -** *Coordenação:* conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes.** *Apresentação:* **Danilo Campos**, Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência. O Coordenador **Danilo Campos** apresentou balanço das ações do Ministério da Saúde na implementação do Programa Viver sem Limites, com análise do eixo da saúde, por meio da Rede de Cuidados da Saúde da Pessoa com Deficiência. Iniciou sua exposição explicando que são 45.606.048 pessoas com deficiência no Brasil (24% da população total), incluindo deficiência auditiva, física, visual, intelectual, transtorno do Espectro do Autista, ostomizadas e mobilidade reduzida. Explicou que o Programa Viver sem Limites foi definido no contexto de acordos nacional e internacional: Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (NY, 2007); Decreto Presidencial 6.949 de 25 de agosto de 2009; e Decreto 7612 de 17 de novembro 2011, que dispõe sobre o Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência 2011-2014. Detalhou que o Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência possui quatro eixos (1: Acesso à Educação, 2: Atenção à Saúde; 3: Inclusão Social; e 4: Acessibilidade), com o objetivo de induzir políticas articuladas e intersetoriais que visem garantir a inclusão social, a acessibilidade, o acesso à educação e a atenção à saúde das pessoas com deficiência. O eixo de Atenção à Saúde visa ampliar o acesso e a qualificação da atenção à saúde das pessoas com deficiência (temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua) no âmbito do SUS, com foco na organização de Redes de Atenção à Saúde, na integralidade do cuidado. Acrescentou que são quinze Ministérios envolvidos, com orçamento (2012 – 2014) de R$ 7,6 bilhões, sendo R$ 1,4 bi para o eixo da Saúde. Detalhou também os principais marcos legais da Rede PCD – MS: Decreto 6.949, de 25/08/2009, que promulgou a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (assinada em NY em 30/03/2007); Decreto 7.612, de 17/11/2011, que institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem limite; Portaria 793, de 24/04/2012, que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito SUS; Portaria 835, de 25/04/2012, que institui incentivos financeiros de investimentos e de custeios para a componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS (alterada pela Portaria GM 2236 de 01 de outubro de 2012); Portaria 1.272, de 25/06/2013, que inclui cadeiras de rodas na tabela de OPM do SUS; Portaria 1.274, de 25/06/2013, que inclui o Sistema de Frequência Modulada Pessoa - FM - na tabela OPM do SUS; Portaria 2.723, de 10/12/2014, que inclui bengala de 4 pontas, almofadas, mesa de atividades e materiais elásticos na tabela de OPM do SUS; e Lei 13.146, 06/07/2015, que instituiu a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência – Estatuto da Pessoa com Deficiência. Fez um histórico da implementação da Rede PCD, explicando que antes de 2011 a agenda da reabilitação era negligenciada pelo SUS e as ações do MS eram tímidas e centradas na habilitação de serviços existentes por modalidade de reabilitação e concessão de OPM. Detalhou os objetivos da Rede PCD: ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua no SUS; garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e classificação de risco; desenvolver ações de prevenção e de identificação precoce de deficiências na fase pré, peri e pós-natal, infância, adolescência e vida adulta; ampliar a oferta de órtese, prótese e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM); e promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com deficiência, por meio do acesso ao trabalho, à renda e à moradia solidária, em articulação com os órgãos de assistência social; promover mecanismos de educação permanente para profissionais de saúde. Falou também dos desafios da implementação da Rede PCD, destacando: concentração de serviços e recursos no Sul/Sudeste x vazios assistenciais no Norte, Nordeste e Centro Oeste; demanda reprimida x regulação do acesso; caráter assistencialista x modelo centrado no direito social, inclusão e autonomia; mudança na lógica de financiamento - produção x custeio + OPM; fragmentação do Cuidado x Lógica de Redes de Atenção à Saúde; e integrar as diversas entidades filantrópicas no cuidado às pessoas com deficiência, de modo regulado. Detalhou os recursos de custeio da Rede PCD: CER II - 140.000,00/mês e 1.680.000,00/ano; CER III – 200.000,00/mês e 2.400.000,00/ano; CER IV – 345.000,00 mês e 4.140.000,00/ano; Oficina Ortopédica fixa - 54.000,00/mês e 648.000,00/ano; Oficina Ortopédica itinerante - 18.000,00/mês e 216.000,00/ano; CEO - adicional de 20% (vinte por cento) sobre o valor de custeio atual do serviço: CEO I: 19.800,00/ano, CEO II: 26.400,00/ano e CEO III: 46.200,00/ano; construção: CER II - 2.500.000,00, CER III - 3.750.000,00, CER IV - 5.000.000,00 e Oficina Ortopédica Fixa - 250.000,00; reforma ou ampliação: CER II, CER III e CER IV – até 1.000.000,00, oficina ortopédica Fixa – até 1.000.000,00; aquisição de equipamentos: CER II - 1.000.000,00, CER III - 1.500.000,00, CER IV - 2.000.000,00 e Oficina Ortopédica Fixa - 350.000,00. Acrescentou que desde 2012 o MS investe em obras da rede PCD - construção, reforma, aquisição de equipamentos. Seguindo, apresentou as metas da Casa Civil para o Programa Viver sem Limite e os resultados alcançados: **a)** Implantar 45 CER - Até 12/2015 136 CER habilitados – 302%; até 12/2015, aprovação de 79 propostas de construções, 33 reformas e 23 ampliações; até 12/2015, aprovação de 146 propostas de aquisição de equipamentos de reabilitação, entrega de 88 veículos adaptados para transporte de PCD; e até 12/2015, 108 veículos entregues (20 ônibus e 83 furgões) - 123%; **b)** Implantar 6 oficinas novas e habilitar 25 existentes: até 12/2015, 24 Oficinas Ortopédicas fixas habilitadas até agosto/2015 - 92%; até 12/2015, aprovação de 40 propostas construções e 1 reforma – 650%; até 12/2015, aprovação de doze propostas de aquisição de equipamentos para oficinas; **c)** adquirir 13 oficinas (sete terrestres e seis fluviais)- até 12/2015, foram entregue 05 carretas (previsão de entrega de mais cinco até fevereiro/2016. Dez fluviaistiveram itens fracassados na licitação. Será necessário repactuar TR junto ao DLOG; **d)** Capacitação de 660 profissionais: 144 Técnicos Ortesistas capacitados; 3.614 profissionais de nível superior matriculados - 550%; **e)** Qualificar 420 CEOs: 484 CEO qualificados para atender pessoas com deficiência - 115%; **f)** Equipar 27 centros cirúrgicos: 81 hospitais receberam equipamentos para implantação dos Centros Cirúrgicos - 300%; **g)** 6.000 profissionais equipes de saúde bucal: capacitação em andamento para 5.674 profissionais, iniciada em 09/2013 - 94,6%; **h)** Elaborar e publicar dez Diretrizes de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência: dez diretrizes publicadas - 100%; **i)** Equipar 175 maternidades: aprovação de 75 propostas de aquisição dos equipamentos (34 realizando exames) - 42,8%; **j)** Compra Centralizada: em andamento - 297equipamentos/162 maternidades; **k)** triagem neonatal biológica; **l)** 27 Estados na Fase IV - 100%. Apresentou uma série de dados, demonstrando que foi possível avançar na implementação do Plano, com superação das metas: 139 CER implantados (a meta era 45), veículos adaptados (108 entregues) e capacitação de profissionais. Disse que o custeio anual dos serviços habilitados (CEO, CER e Oficina Ortopédica) foi de R$ 318.815.000,00 e, para obras e equipamentos, o total de investimento aprovado foi R$ 421.806.194,80. Também destacou crescimento no número de pessoas com acesso a órteses e próteses necessárias, a distribuição dos veículos adaptados (108), aquisição de dez unidades de oficinas terrestres itinerantes – carretas. No campo da identificação precoce, destacou a triagem neonatal biológica (teste do Pezinho) com todos os Estados habilitados (fase IV), equipamento de maternidades para triagem neonatal auditiva (teste da orelhinha). Salientou ainda a realização de cursos de qualificação profissional para atendimento das pessoas com deficiência: Cursos do Viver Sem Limites – Saúde Bucal, *Curso de aperfeiçoamento em Confecção e manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, Curso Técnico em Órteses e Próteses,* Cursos do Viver Sem Limites -Tecnologia Assistiva e Cursos do Viver Sem Limites – Reabilitação Auditiva. Destacou também como publicações da Rede PCD: Diretrizes de Atenção, folder, Livro, Manuais, com destaque para o Livro “Diálogo (bio)político sobre alguns desafios da construção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do SUS” (Livro e CD). Também citou a iniciativa de qualificação do processo de aplicação das Emendas parlamentares na Rede de Cuidados da Pessoa com deficiência. Falou ainda sobre o Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD), instituído pela Lei nº. 12.715/2012, para incentivar, no âmbito do Ministério da Saúde, ações e serviços desenvolvidos por entidades, associações ou fundações privadas sem fins lucrativos, que atuem no campo da pessoa com deficiência. O Programa é implementado mediante incentivo fiscal às empresas doadoras, as quais podem investir nas ações e serviços de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, desenvolvidos por pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos, que se destinam ao tratamento de deficiências físicas, auditivas, visuais, intelectuais, múltiplas, pessoas com ostomia e com transtorno do espectro do autismo, desde que o Projeto seja aprovado pelo Ministério da Saúde. Mostrou quadro com evolução da adesão de empresas: de R$ 11.256.953,89, em 2013 para R$ 73.305.350,06, em 2015. No que se refere ao PPA 2016 a 2019, apresentou as metas e iniciativas da Rede: 98 CER em funcionamento; 50 oficinas ortopédicas em funcionamento; entrega/doação de 98 veículos adaptados para pessoas com deficiência; formação de 1.000 profissionais ortesistas e protesistas; capacitação de 10.000 profissionais de saúde; incentivo à adesão de 400 Centros de Especialidades Odontológicas à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; inclusão da atenção em saúde bucal à pessoa com deficiência no ambiente hospitalar em 80 estabelecimentos hospitalares; elaboração e publicação de 10 Diretriz de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência; ampliação do acesso ao cuidado à saúde das mulheres com deficiência: (aquisição de 437 mesas ginecológicas acessíveis); novo Marco Normativo do Programa Nacional de Triagem Neonatal; equipar 737 maternidades para realização da Triagem Auditiva Neonatal; e implantação de módulos de triagem auditiva e ocular neonatal (SISNEO) nos 27 Estados. Detalhou inovações e avanços da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: ampliação do investimento federal para atenção a saúde da pessoa com deficiência; ampliação do debate no campo: entidades filantrópicas, trabalhadores e gestores do SUS, movimentos sociais; forte adesão da Rede PCD nos territórios – primeiras em maio de 2013; cumprimento e/ou superação das metas estabelecidas; ampliação de acesso qualificado aos serviços de habilitação/reabilitação; ampliação da oferta de Tecnologias Assistivas e inclusão de novas OPM; transporte acessível para os CER; indução de ações em saúde na lógica de Redes de Atenção e de ações intersetoriais no campo da deficiência: Centro Dia e Residências Inclusivas – MDS, BPC na Escola – MDS/MEC, Sistema FM – MEC, Programa Saúde na Escola – DAB/MEC, Política Nacional da Saúde da Criança, Política Nacional de Doenças Raras e Direitos Humanos. Por fim, apresentou os desafios para 2016-2018: Programa de Estimulação Precoce – Microcefalia e Outros Agravos; pactuação do Novo Marco Normativo PNTN; elaboração Módulo da TAN e TON no SISNEO; Saúde da Mulher com Deficiência – acessibilidade/equipamentos/manejo clínico; revisão das Normativas das Oficinas Ortopédicas: habilitações distintas para Oficinas de Ortopedia Técnica I, II e III e Sapataria, Valores para construção das Oficinas Ortopédicas, Cursos de formação em ortopedia técnica nas escolas técnicas do SUS e PRONATEC; OPM: GT de regulamentação e certificação de OPM (MCTI, Inmetro, Anvisa e pactuação de portaria estabelecendo transferência de recursos para concessão de OPM; Revisão da Portaria 400 – Ostomizados; Revisão da Portaria 1.370 de Assistência Ventilatória Não Invasiva; PGASS – Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde – DRAC; GT da CIF – Código Internacional de Funcionalidade; Capacitações – Equipes Atenção Básica, CER, CEO, Hospitalar; Parceria Estratégica com a OPAS e Model Disability Survey (MDS); Indicadores PCD; Programa de Estimulação Precoce; e CER Comunidade – RHS e Comunidades de Práticas. Finalizando, colocou a área técnica à disposição para construir coletivamente com o Conselho. **Manifestações.** Conselheira **Denise Torreão** fez os seguintes questionamentos a respeito da pauta do Programa Viver sem Limites: 1) Como fica a sustentabilidade da própria política, haja vista as mudanças?; 2) Como está a Rede de Pessoas com Deficiência e os CERs, bem como a resolutividade destes frente à demanda? Quantos Centros estão habilitados e quantas habilitações há? Qual é a demanda reprimida? Quais são as estratégias pensadas frente ao recrudescimento da sífilis e o surgimento de novos agravos com a Síndrome do Zica Vírus? (no que diz respeito à microcefalia, como a rede irá acolher e garantir assistência integral?); 3) Como estão os planos estaduais da rede de cuidados da Pessoa com Deficiência? Quais estados já apresentaram os Planos? Quais apresentaram de forma completa? Quais com planos somente em algumas RRAS - Redes Regionais de Assistência à Saúde? e Que providências estão sendo adotadas para finalização dos planos em todo o país?. Explicou que a Triagem Auditiva Neonatal (TAN) na AIH ficou com procedimento "zerado”, dificultando a realização dessa triagem (atualmente, somente 30% da população passa pela triagem). Disse que o Ministério da Saúde precisa resolver este problema, porque dificulta a cobertura universal. Conselheira **Lauriluci Farias Lopes de Albuquerque** saudou o expositor e perguntou como a Política pensa na inversão da lógica do investimento na área, uma vez que o Sudeste possui o maior investimento em relação a Norte e Nordeste e a incidência maior de microcefalia ocorreu nessas duas últimas Regiões. Também quis saber se foi definido plano para assegurar, no mínimo, um CER, em cada Estado e garantir a cobertura (oficina itinerante ou não). Conselheira **Márcia Patrício de Araújo** disse que acompanha a implantação do Programa desde o início e essa estratégia possibilitou a identificação das pessoas ostomizadas. Todavia, destacou que há uma fila intensa, o que dificulta o acesso a atendimento integral necessário e desejável no SUS. Sobre o repasse de recursos, salientou que a sociedade civil enfrenta dificuldade em ter acesso a informações a esse respeito, o que dificulta o controle social. A respeito das bolsas coletoras, explicou que os usuários enfrentam problema com a falta desse insumo. Além disso, ressaltou que ainda se observa atendimento centralizado ao contrário do que preconiza o Programa. Conselheiro **Willen Heil e Silva** perguntou se é possível utilizar a Classificação internacional da Funcionalidade para medir resultados das ações de saúde (bem-estar, procedimento realizado) e se o Ministério da Saúde prevê a identificação de pessoas beneficiárias de planos de saúde que utilizam o Programa de modo a possibilitar o ressarcimento ao SUS. Também quis saber se há trabalho de auditoria e se o Ministério da Saúde teve acesso ao relatório do GT do CNS sobre órteses e próteses que constatou fraudes nessa área e está utilizando esse material. Também disse que grupos condutores nos municípios enfrentam dificuldades de comunicação com o Ministério, impedindo a efetivação da Política e perguntou se está prevista ação para melhorar essa comunicação. Por fim, sugeriu a utilização das práticas integrativas e complementares no Programa, inclusive para diminuir gastos com procedimentos. Conselheiro **Artur Custódio** **M. de Souza** explicou que são mais de 4 pessoas com deficiência/ano por conta da hanseníase e perguntou se há dados sobre essa população (demanda reprimida) e se está contemplada no Programa. Também quis saber sobre a implantação do Programa Viver sem Limites II. Conselheira **Semiramis Maria Amorim Vedovatto** salientou a importância da educação na atenção primária e solicitou a disponibilização do material referido na apresentação. Também perguntou qual é o papel das APAEs na rede do Viver sem Limites e como pode se somar a essa estratégia. No mais, disse que é preciso pensar nas questões relativas à acessibilidade e reforçou a proposta de utilização da CIF no Programa. Conselheira **Ivone Martini de Oliveira** quis saber como se dará a contração dos trabalhadores e o pagamento e se será assegurada a locomoção das pessoas para chegar à rede de atendimento. Conselheira **Liane Terezinha de Araújo Oliveira** saudou o expositor e solicitou comentários sobre a redução do incentivo fiscal às empresas que realizam doações (PRONOM e PRONAS), destacando os prejuízos dessa iniciativa. Conselheira **Andreia de Oliveira** indagou como se dá a articulação da rede de atendimento com a política de assistência de social, por entender que é preciso trabalho conjunto entre as duas áreas. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** manifestou satisfação com a exposição sobre o Programa na ótica da saúde e salientou que as comissões devem aprofundar o debate dessa iniciativa em sua plenitude. Frisou a necessidade da qualificação profissional e perguntou qual a relação do Ministério da Saúde com outros Ministérios, com o Conselho da Pessoa com Deficiência e com a Rede Sara. Manifestou satisfação com a iniciativa acerca das emendas parlamentares e com a inclusão das academias de saúde. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** parabenizou o Ministério pela iniciativa e perguntou se está previsto recurso para atender as demandas da população com deficiência e para implementar a Política. Conselheira **Lauriluci Farias Lopes de Albuquerque** interveio novamente para perguntar a posição do MS acerca do acesso e da acessibilidade urbana e para salientar a importância de investimento para garantir atendimento à mulher com deficiência (disponibilização de mesas ginecológicas acessíveis, por exemplo). Conselheira **Denise Torreão Corrêa da Silva** acrescentou mais três perguntas: Qual foi o avanço e o aumento de acesso à triagem, ao diagnóstico e intervenção de todas as deficiências após a implantação da Política? Como garantir acesso de qualidade sem os profissionais de saúde capacitados e habilitados? Qual a capacidade da rede em realizar busca ativa das pessoas não avaliadas precocemente?  Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** registrou que foi adiada a apresentação sobre o zika vírus por conta do debate sobre o Programa, mas a apresentação foi disponibilizada aos conselheiros. Fez um destaque à riqueza do debate e salientou que o volume de questionamento remeteria a respostas futuras. No mais, disse que o Programa deve ser prioritário para a Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência e a Comissão Intersetorial de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica. Conselheira **Denise Torreão Corrêa da Silva** sugeriuentregar ao expositor a deliberação da oficina da CIF no Congresso da ABRASCO e o Presidente do CNS disse que assim seria feito. **Retorno da mesa.**  O Coordenador Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência, **Danilo Campos**, fez um apanhado geral das intervenções dada à exiguidade de tempo. A respeito do Programa Viver sem Limites II, destacou a importância e salientou que o CNS poderia colocar para a gestão a importância de dar continuidade à iniciativa. Disse que o Programa motivou os gestores a aderir à iniciativa, com grande demanda e apresentação de planos de ação. Todavia, observou-se avanço mais lento da Política no último período por conta do cenário fiscal e orçamentário do país. Sobre a zika e microcefalia, disse que é preciso pautar debate para explicitar as ações do Ministério voltadas ao cuidado das crianças, apoio às famílias. De todo modo, lembrou que a reabilitação é o componente essencial do acompanhamento das famílias, sendo o CERs a referência. Sobre a triagem auditiva, disse que o MS tem buscado financiar a aquisição de equipamentos para realizar a triagem nas maternidades, mas uma série de fatores dificultadores precisam ser resolvidos como a habilitação de profissionais. Assim, o Ministério tem promovido debate com as diversas categorias. Sobre o investimento, avaliou que está ocorrendo nas Regiões Norte e Nordeste para diminuir as desigualdades, mas não se deve esquecer a demografia da Região Sudeste (por isso, mais serviços). Sobre a acessibilidade, explicou que a arquitetura das cidades é um dos eixos intersetoriais do Programa e o Ministério das Cidades é o órgão com mais governabilidade sobre as políticas a esse respeito. Disse que censo das unidades básicas aponta situação difícil acerca da acessibilidade nas unidades de saúde. No que se refere às mulheres, disse que está prevista ação específica no PPA para mesas ginecológicas acessíveis (meta: cada região de saúde deve ter uma unidade com esse equipamento). Sobre as bolsas coletoras, a informação é que os Estados não tem feito a aquisição como deveriam, mas o recurso tem sido transferido (está no teto do MAC). Destacou que a CIF é importante e tem sido feito debate para utilizá-la nas políticas. Na saúde, têm sido implementadas iniciativas para qualificar o sistema de informação na lógica de utilizar a Qualificação. Sobre as práticas integrativas, lembrou que a atenção básica dispõe de coordenação responsável por esse tema, o que não impede a utilização na atenção especializada. Explicou que a área tem debatido com a coordenação de hanseníase e buscado fazer mapeamento das colônias. Sobre as sapatarias, disse que a Portaria está em revisão para que recebam recursos. Esclareceu que as Diretrizes estão disponíveis na biblioteca do Ministério da Saúde e são encaminhadas às secretarias para distribuição às unidades de saúde. No que se refere às APAES, disse que são componentes da rede da pessoa com deficiência, inclusive habilitadas como CERS, recebem recursos do governo federal e participam do PRONAS. No que se refere aos CEOs, esclareceu que o custeio repassado pelo Ministério visa manter a equipe (contratação, qualificação e manutenção...). Também ressaltou que o transporte acessível é um dos eixos da saúde do Programa (doados mais de 100 veículos e outros 98 serão doados). Sobre o PRONAS, disse que irá confirmar a informação e será realizada reunião para tratar desse tema. Sobre a intersetorialidade, salientou que a integração com outros setores e políticas públicas é uma diretriz da rede. Explicou que a população idosa também é contemplada na Rede do Programa e foi constituído GT para elaborar diretriz de atenção a esse grupo no que diz respeito à reabilitação. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos,** Presidente do CNS, salientou que é preciso aprofundar o acompanhamento e a intervenção das entidades para implementar conquistas. Destacou que há um conjunto de temas que o CNS precisa debater e apresentar contribuições para enfrentar o problema do controle. Feita essa colocação, agradeceu o expositor e encerrou este ponto. **Não houve deliberações.** A representante do CES/PI, Francilene de Carvalho, sugeriu a realização de atividade com as secretarias executivas estaduais e municipais. O Presidente do CNS informou que o CNS realizou encontro com os coordenadores de plenária, mesas diretoras e secretarias executivas e essa é uma prática do CNS, entendendo a necessidade de capilaridade dos debates. Definido esse ponto, a mesa interrompeu para o almoço. Retomando, a mesa foi composta para o item 8 da pauta. **ITEM 8 - COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS E RELAÇÕES DE TRABALHO – CIRHRT - Apresentação e deliberação de pareceres encaminhados - Portarias GM/MS 958 e 959/2016 referentes aos Agentes Comunitários de Saúde.** *Coordenação:* conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro,** da Mesa Diretora do CNS. *Apresentação:* conselheira **Maria Arindelita Neves de Arruda**, coordenadora da CIRH. Iniciando, a coordenadora da CIRH explicou que a Comissão analisou quatorze processos, sendo nove de Autorização (oito de Psicologia e um de Odontologia); três de Reconhecimento (Psicologia); e dois de Renovação de Reconhecimento (Psicologia). Feito esse preâmbulo, apresentou os processos com parecer insatisfatório, sendo: **1)** Processo nº e-MEC 201500516 – Faculdade João Calvino. Autorização Psicologia. Parecer insatisfatório. **2)** Processo nº e-MEC 201413689 – Faculdade SEDAC. Autorização Psicologia. Parecer insatisfatório. **3)** Processo nº e-MEC 201501286 – Faculdades Integradas dos Campos Gerais. Autorização Psicologia. Parecer insatisfatório. **4)** Processo nº e-MEC 201412924 - Faculdade Anhanguera de Indaiatuba. Autorização Psicologia. Parecer insatisfatório. **5)** Processo Nº e-MEC 201414310 – Faculdade de Paulínia. Autorização Psicologia. Parecer insatisfatório.Não havendo inscritos, a mesa colocou em votação os pareceres. **Deliberação: aprovados os cinco pareceres insatisfatórios.** Seguindo, submeteu à apreciação do Pleno os sete processos com parecer satisfatório com recomendações: **1)** Processo nº e-MEC 201405715 – Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará. Autorização. Psicologia. Parecer satisfatório com recomendações. **2)** Processo nº e-MEC 201500117 – Faculdade Metropolitana de Maringá. Autorização. Odontologia. Parecer satisfatório com recomendações. **3)** Processo nº e-MEC 201500650 – Faculdade do Vale do Jaguaribe. Autorização. Psicologia. Parecer satisfatório com recomendações. **4)** Processo nº e-MEC 201500331 – Universidade do Vale do Paraíba. Autorização. Psicologia. Parecer satisfatório com recomendações. **5)** Processo nº e-MEC 201500650 – Faculdade Capixaba de Nova Venécia. Reconhecimento. Psicologia. Parecer satisfatório com recomendações. **6)** Processo nº e-MEC 201417589 – Faculdade de Desenvolvimento do Rio Grande do Sul. Renovação de Reconhecimento. Psicologia. Parecer satisfatório com recomendações. **7)** Processo nº e-MEC 201501931 – Centro Universitário do Distrito Federal. Reconhecimento. Psicologia. Parecer satisfatório com recomendações. Não havendo manifestações, a mesa colocou em votação os pareceres. **Deliberação: aprovados os sete pareceres satisfatórios com recomendação.** Continuando,a coordenadora da CIRH apresentou a proposta de devolver dois processos ao MEC: **1)** Processo nº e-MEC 201501535 – Instituto de Ensino Superior de Londrina – INESUL. Reconhecimento. Psicologia. **2)** Processo nº e-MEC 201407826 – Faculdade Castro Alves. Renovação de Reconhecimento. Psicologia. Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** avaliou que a devolução ao MEC é um ato administrativo, portanto, não precisaria ser votado. A fim de esclarecer melhor o Plenário, a coordenadora da CIRH fez a leitura do documento da Comissão que justificativa a devolução. **a)** Processo nº e-MEC 201501535 – Instituto de Ensino Superior de Londrina – INESUL. Reconhecimento Psicologia. Solicitações: Ao analisar o Processo nº 201501535 – Instituto de Ensino Superior de Londrina - INESUL - Reconhecimento de Curso de Bacharelado em Psicologia, verificou-se que o processo de autorização do referido curso não passou pela análise e manifestação deste CNS, indo de encontro ao que preconizam a Constituição Federal de 1988 (Art. 200), a Lei 8.080/1990 e o Decreto 5.773, de 9 de maio de 2006, alterado recentemente pelo Decreto 8.754, de 10 de maio de 2016. Verificou-se que o processo de autorização deste curso tramitou por meio do Sistema SAPIEns - Processo Nº 2007000052, sistema anterior ao atual Sistema e-MEC, no Ministério da Educação, entretanto, não há registro da análise/emissão de parecer pelo CNS. Além disso, observou-se dados inconsistentes no Relatório de Avaliação do INEP, que podem indicar insuficiência de qualidade do curso, como o cálculo de cargas-horárias: “a carga horária das atividades complementares do curso é de pelo menos 350 horas, ou seja, 14,87% da carga horária total, o que somando com 700 horas de estágio (29,75%) teremos pelo menos 44,62% entre estágios e atividades complementares, contrariando o Art. 1º (parágrafo único) da Resolução 002/2007/CNE/CES”. Questionamos o cálculo feito da carga-horária total de estágios e atividades complementares: 44,62% (?). E ainda, verificou-se que não constam documentos no Sistema e-Mec que informem o conceito do ENADE, o Conceito Preliminar de Curso – CPC e o Conceito de Curso – CC. Sendo assim, pelo exposto, na impossibilidade de avaliar o presente pedido de reconhecimento de curso, solicitamos desta Secretaria esclarecimentos sobre o processo de autorização do curso, bem como demais informações elencadas acima, a fim de embasar uma correta análise deste CNS. **b)** Processo nº e-MEC 201407826 – Faculdade Castro Alves. Renovação de Reconhecimento Psicologia. Solicitações: Ao analisar o processo, verificou-se que nem o processo de Autorização e nem o de Reconhecimento do curso passaram pela análise e manifestação deste CNS, indo de encontro ao que preconizam a Constituição Federal de 1988 (Art. 200), a Lei 8.080/1990 e o Decreto 5.773, de 9 de maio de 2006, alterado recentemente pelo Decreto 8.754, de 10 de maio de 2016. As informações obtidas por nossos técnicos, pela análise da documentação disponível no Sistema e-Mec, foram as seguintes: O Processo de Autorização do curso de Bacharelado em Psicologia da Faculdade Castro Alves tramitou por meio do Sistema SAPIEns (Processo Nº 2005000100), anterior ao Sistema e-MEC; O Processo de Reconhecimento (Processo Nº 201006256), tramitou no Sistema e-MEC e consta que foi disponibilizado ao “Conselho Federal” para análise com fase iniciada em 22/9/2010 e finalizada em 2/1/2012, cujo registro de resultado aponta: “Resposta automática do sistema e-MEC. Prazo expirado para manifestação, em conformidade com o Art. 29, § 1º da Portaria Normativa Nº 40, de 12 de Dezembro de 2007”; A FAC encontra-se com o ato regulatório de recredenciamento em análise onde, no trâmite do processo, o Conceito 2, no Índice Geral de Cursos (IGC contínuo 191), foi discutido e ponderado tanto pela SERES (4/11/2012), como pelo CNE/CES (1/7/2013), com resultado final considerado “favorável ao recredenciamento por ambas as instâncias”; Reitera-se que o processo, não finalizado, está aguardando homologação no Gabinete do Ministro da Educação (8/11/2013). A fim de embasar uma correta análise deste CNS para o ato de Renovação de Reconhecimento, solicitamos desta Secretaria esclarecimentos sobre: a) o “Conselho Federal” referido seria o Conselho Federal de Psicologia? b) Caso afirmativo, porque o curso não foi encaminhado ao CNS, como definido na legislação pertinente? c) O resultado 191 do IGC Contínuo (Valor de Referência - 0 a 500) e 2 para o IGC (Valor de Referência 1 a 5) não representam um desempenho insatisfatório da IES para o seu recredenciamento? d) Se o processo está em fase de saneamento e aguarda homologação, deveria ter sido encaminhado ao CNS? Sendo assim, pelo exposto, na impossibilidade de avaliar o presente pedido de Renovação de Reconhecimento com as dúvidas elencadas, solicitamos as informações necessárias. Não havendo manifestações, a mesa colocou em votação a proposta da CIRH. **Deliberação: aprovada, por unanimidade, a proposta da CIRH de devolver dois processos de Psicologia ao MEC (Processo nº e-MEC 201501535 – Instituto de Ensino Superior de Londrina – INESUL e Processo nº e-MEC 201407826 – Faculdade Castro Alves).** Seguindo, a coordenadora da CIRH informou que foi disponibilizado aos conselheiros, para conhecimento, o Relatório da Reunião Ampliada da CIRHRT, realizada no dia 23 de maio de 2016. Portarias GM/MS 958 e 959/2016 referentes aos Agentes Comunitários de Saúde – Sobre esse item, a coordenadora da Comissão sugeriu aguardar a manifestação do Ministério da Saúde para posicionar-se a respeito. **Deliberação: o Plenário decidiu aguardar a manifestação do Ministério da Saúde sobre as Portarias GM/MS 958 e 959/2016, para posicionar-se a respeito.** Conselheiro **André Luiz de Oliveira** cumprimentou a coordenadora pelo trabalho. Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** lamentou que o debate deste item esteja centrado apenas na apresentação de pareceres. Como encaminhamento, sugeriu ampliar a reunião da Comissão em mais um dia (2, 3 e 4 de agosto), por conta da quantidade de pareceres a serem apreciados (dezessete) e para possibilitar o planejamento da Comissão. A coordenadora da Comissão solicitou que na próxima reunião participem os integrantes anteriores da Comissão e os novos indicados. Conselheiro **Artur Custódio M. Souza** manifestou preocupação com a proposta neste momento de incertezas e propôs que um grupo de integrantes da Comissão anterior receba os novos indicados. Encaminhando, a mesa colocou em apreciação a proposta de mais um dia de reunião. **Deliberação: aprovada a solicitação de assegurar mais um dia de reunião da CIRH (2, 3 e 4 de agosto), haja vista o número de processos para análise e a elaboração do planejamento da Comissão.** Na sequência, houve algumas falas a respeito dos participantes dessa reunião. **Deliberação: sobre os participantes da próxima reunião da CIRHM, o Plenário definiu que: no primeiro dia da próxima reunião da CIRH, participarão os titulares da composição anterior; no segundo dia, participarão os titulares da composição anterior e os novos titulares eleitos; e no terceiro dia, os titulares da nova composição.** **ITEM 10 – PLANEJAMENTO DO CNS -** *Coordenação:* conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo,** da Mesa Diretora do CNS. *Apresentação:* Técnica **Kátia Souto**. A técnica fez uma apresentação detalhada da última versão do documento com o planejamento do CNS, resultado das duas oficinas do Conselho, após a compilação feita pela assessoria técnica do Conselho. O documento apresenta objetivos, ação, atividade, produto, prazo e responsável. Feitas essas considerações iniciais, passou à apresentação do documento. **Objetivo 1** - Fortalecer e qualificar o processo de trabalho da Mesa Diretora, Pleno e Comissões do CNS. Ação: Propor metodologia que amplie a participação do Pleno do CNS na definição das prioridades da Pauta. Atividade: Enviar memória das reuniões da Mesa Diretora para os Conselheiros. Produto: metodologia formulada e apresentada ao Pleno. Trimestre/ano: 3/2016. Responsável: Mesa Diretora do CNS. Ação: fazer com que os produtos das reuniões do CNS se materializem em Resoluções. Atividade: apresentar resoluções em reuniões do Pleno e quando aprovadas garantir a publicação. Produto: Resoluções e demais atos publicados. Trimestre/ano: a cada reunião do Pleno. Responsável: Mesa Diretora do CNS. Ação: Monitorar (trimestralmente) o Plano de Ação do CNS. Atividade: produzir relatórios trimestrais e apresentar no Pleno do CNS. Produto: Relatório trimestral. Trimestre/ano: trimestralmente. Responsável: Mesa Diretora do CNS. Ação: reformular, no Pleno, o papel estratégico e a função das Comissões. Atividade: propor calendário de reunião das comissões do CNS. Produto: calendário proposto. Trimestre/ano: maio/2016. Responsável: Pleno do CNS. Atividade: garantir o acompanhamento das comissões do CNS pela Mesa Diretora do CNS. Atividade: Comissões acompanhadas pela Mesa Diretora. Trimestre/ano: permanente. Responsável: Mesa Diretora do CNS. Atividade: definir pauta regular para o conjunto das comissões do CNS nas reuniões plenárias (informe/produto). Produto: pauta das Comissões definida, em parte, pelo Pleno. Trimestre/ano: Permanente. Responsável: Comissões/Mesa Diretora/Pleno. Atividade: Garantir que, após reunião das comissões, haja espaço no Pleno para apresentar relatório sucinto e produtos da reunião. Produto: Relatórios das comissões apresentados. Trimestre/ano: Trimestral. Responsável: Comissões/Mesa Diretora. Atividade: definir recurso disponível para cada Comissão, de forma a garantir um mínimo de reuniões. Produto: Comissões funcionando regularmente e adequadamente. Trimestre/ano: Permanente. Responsável: Mesa Diretora do CNS. Atividade: garantir assessoria técnica às Comissões do CNS em número e qualidade suficientes. Ação: Criar uma intranet como principal forma de comunicação entre os Conselheiros Nacionais e equipe técnica do CNS a fim de viabilizar o registro e a socialização dos processos internos. Produto: Intranet criada. Trimestre/ano: Permanente. Responsável: Mesa Diretora e Secretaria Executiva do CNS. Ação: Ampliar as ações em curso para estruturação/fortalecimento do apoio técnico do CNS. Atividade: Buscar contratos e contratações que levem mais em conta o direito do trabalhador e da trabalhadora; Solicitar abertura de concurso e vagas para o corpo técnico do Conselho; Solicitar funções gratificadas para servidores públicos do CNS. Produto: apoio técnico do CNS ampliado e contratos de trabalho adequados. Responsável: Mesa Diretora e Secretaria Executiva do CNS. Ação: Aprimorar o funcionamento do CNS. Atividades: Garantir a memória institucional do CNS e a burocracia necessária para o seu funcionamento; e Realizar reunião com as direções executivas de todas as entidades e movimentos com assento no Pleno do CNS individualmente, para fortalecer o papel do conselheiro. Produto: atas documentos e memórias. Trimestre/ano: permanente. Responsável: Mesa Diretora e Secretaria Executiva. Ação: ampliar o orçamento do CNS para qualificar sua atuação. Atividade: apresentar ao Ministro da Saúde o Plano de Trabalho do CNS e solicitar o orçamento necessário para sua execução. Produto: orçamento solicitado ao MS. Trimestre/ano: 1º Semestre/2016. Responsável: Presidência e Mesa Diretora. **Objetivo 2:** Fortalecer e promover a articulação com os demais órgãos de controle social do SUS. Ação: estabelecer o diálogo entre o CNS e os conselhos Estaduais e Municipais. Atividades: promover a criação de fóruns de conselhos estaduais de saúde para dialogar com o CNS; enviar previamente proposta de Pauta para consulta aos fóruns; propor aos Conselhos Estaduais de Saúde que organizem fóruns estaduais com os conselhos municipais; propor aos Conselhos Estaduais de Saúde que se planejem. Produto: CNS, CES e CMS articulados. Trimestre/ano: Permanente. Responsável: Mesa Diretora do CNS. Ação: orientar os conselhos estaduais e municipais a criarem no mínimo as 7 comissões intersetoriais previstas na Lei 8080/1990. Atividade: realizar reuniões com conselhos estaduais sobre as comissões e sua missão e papel. Produto: Comissões estaduais e/ou municipais criadas. Responsável: Mesa Diretora do CNS. Ação: criar espaço de articulação entre as comissões do CNS responsáveis pelas conferências temáticas com as comissões estaduais e de capitais. Atividade: realizar reuniões com os conselhos estaduais sobre as conferencias temáticas. Produto: espaço de articulação criado. Responsável: Mesa Diretora do CNS. Ação: fortalecer o papel articulador das Plenárias Nacional e Estaduais de conselhos de saúde. Ação: realizar reuniões das plenárias nacional e estaduais com pauta previamente discutida. Produto: papel articulador de Fóruns e Plenárias fortalecido. Responsável: Mesa Diretora. Ação: estabelecer diálogo entre o CNS e as demais instâncias de controle interno e externo. Atividade: realizar reuniões para discutir estratégias conjuntas. Produto: Espaço de diálogo criado. Responsável: Presidência e Mesa Diretora. Ação: Viabilizar espaço no site do CNS para os conselhos estaduais e municipais de saúde. Atividade: criar espaço no site do CNS para conselhos estaduais e municipais de saúde. Produto: espaço criado no site do CNS. Responsável: Secretaria Executiva/Assessoria de Comunicação CNS. **Objetivo 3 -** Aperfeiçoar a Política de Educação Permanente do Controle Social. Ação: atualizar a Política Nacional de Educação Permanente para Controle Social do SUS. Atividade: aprovar, no Pleno do CNS, a Política Nacional de Fortalecimento da Educação Permanente para o Controle Social. Produto: Política atualizada e aprovada. Responsável: Pleno CNS. Ação: implementar a Política Nacional de Fortalecimento da Educação Permanente para o Controle Social. Atividades: monitorar as iniciativas de educação permanente para que as mesmas atendam às diretrizes aprovadas nas instâncias de controle social. Relatórios semestrais de avaliação da implementação da politica. Produto: Política implementada. Responsável: Pleno/ Mesa Diretora e Comissão de Educação Permanente. Ação: criar a Escola Nacional de Educação Permanente do Controle Social como instrumento de aglutinação das iniciativas de formação já existentes. Atividades: Elaborar proposta de Projeto da Escola Nacional de Educação Permanente do Controle Social. Retomar parceria com instituições formadoras (públicas), a exemplo do DAGEP/MS e FIOCRUZ, entre outras. Produto: Escola criada. Responsável: Pleno e Mesa Diretora. Ação: realizar processo de educação permanente com a atual composição do Pleno do CNS e suas comissões, a partir da educação popular em saúde. Atividades: elaborar proposta de formação para os conselheiros nacionais de saúde e membros das comissões intersetoriais. Promover capacitação dos novos conselheiros (do CNS na parte técnica, administrativa e política) e atualizar a metodologia de integração. Produto: formação de conselheiros. Responsável: Mesa Diretora e Comissão de Educação Permanente. Ação: utilizar o AVASUS como um dos instrumentos de formação e capacitação dos conselheiros de saúde. Produto: AVASUS utilizado na formação de conselheiros. Ação: apresentar à SGTES proposta de inclusão do conteúdo do controle social nos processos de formação por ela coordenados. Atividade: realizar reunião com SGTES para apresentar proposta de conteúdo e monitorar implantação. Produto: proposta elaborada e apresentada à SGTES/MS. Ação: estimular os estados e municípios a implantarem a comissão de educação permanente. Atividade: realizar reuniões com conselhos estaduais de saúde. Produto: Comissões criadas nos estados e municípios. **Objetivo 4**. Instituir uma Política de Comunicação Social do CNS em defesa do SUS e do Direito à Saúde. Ação: desenvolver campanha em defesa do direito à saúde como elemento garantidor do estado democrático de direito. Atividade: desenvolver ações da Frente Nacional em Defesa do SUS (ABRASUS) nos estados e municípios. Produto: campanha desenvolvida. Responsável: Presidência e Assessoria de Comunicação. Ação: formular uma Política de Comunicação para o CNS. Atividade: realizar reunião da Mesa Diretora com assessoria de comunicação. Produto: Política formulada. Trimestre/ano: Agosto/2016. Responsável: Mesa Diretora e Pleno. Ação: implementar a Política de Comunicação do CNS. Atividade: apresentar a proposta no Pleno e elaborar plano de trabalho. Produto: Política implementada. Responsável: Mesa Diretora/ Pleno/Assessoria de Comunicação. Ação: criar uma estrutura permanente de tecnologia em informação e comunicação para o CNS. Atividades: utilizar o Facebook e o Twitter do CNS como instrumento de compartilhamento de informações. Criação de um novo site para o CNS. Desenvolver aplicativo de comunicação para o controle social. Utilizar ferramentas de comunicação acessíveis e em linguagem popular (cartilhas, programas de rádio comunitária) com foco em populações em situação de vulnerabilidade. Utilizar e divulgar plataforma colaborativa SUSCONECTA. Produto: Estrutura criada e ferramentas de comunicação desenvolvidas e implantadas . Responsável: Mesa Diretora e Assessoria de Comunicação. Ação: estruturar no CNS uma Assessoria de Comunicação que dê suporte às ações dos conselheiros em seus estados. Atividade: contratar equipe de comunicação. Produto: assessoria estruturada. Responsável: Presidência e Mesa Diretora. Ação: criar programa do CNS na TV Brasil, Canal Saúde, NBR e Voz do Brasil. Atividade: desenvolver e firmar projetos de parceria com instituições dos programas. Produto: Programas criados. Responsável: Assessoria de Comunicação. Ação: buscar outras formas de comunicação, tais como cordel, teatro e vídeo para redes sociais como forma de atingir diversos públicos. Atividades: criar mural informativo no hall de entrada do Anexo do MS com ações e atividades do CNS. Publicar boletins mensais sobre as atividades do Conselho Nacional de Saúde. Produto: estratégias de comunicação implantadas. Responsável: Assessoria de Comunicação. Ação: convocar a primeira conferência nacional livre de comunicação em saúde. Atividade: elaborar proposta de resolução e aprovar no Pleno do CNS. Produto: Conferência convocada (resolução). Responsável: Pleno. Ação: atualizar o Programa de Inclusão Digital (PID). Atividade: realizar levantamento do atual estado de arte do PID e atualizar informações. Produto: PID atualizado. Responsável: Secretaria Executiva. Ação: atualizar e divulgar a Carta de Direito dos Usuários do SUS. Atividade: revisar a Carta de Direito dos Usuários do SUS e produzir novo lay out para publicação. Produto: Carta atualizada e divulgada. Responsável: assessoria de comunicação. Ação: trazer o tema da articulação e mobilização para a “Comissão de Comunicação” (incluindo o papel interno e externo – parlamentar/órgãos/movimentos). Produto: tema remetido à Comissão de Comunicação. Responsável: assessoria de comunicação. **Objetivo 5**. Lutar por financiamento suficiente e alocação eficiente dos recursos financeiros do SUS. Ação: realizar sistematicamente a análise do relatório de prestação de contas anual e do relatório de gestão do MS, em todas as comissões do CNS. Atividade: viabilizar equipe técnica especializada para a realização de monitoramento anual. Produto: Relatórios analisados. Responsável: COFIN e Mesa Diretora. Ação: contemplar no plano de trabalho das Comissões o acompanhamento e monitoramento das Resoluções e propostas aprovadas pelas instâncias colegiadas do SUS. Atividade: realizar, de forma sistemática, oficinas macrorregionais de orçamento e financiamento. Produto: monitoramento das Resoluções contemplado no Plano de Trabalho das Comissões. Responsável: COFIN e Mesa Diretora. Ação: acompanhar mensalmente o cumprimento das deliberações das instâncias do CNS referentes ao orçamento e financiamento do SUS. Atividade: estabelecer uma lista de itens da LC 141 para monitoramento sistemático pelo CNS. Produto: cumprimento das Resoluções monitorado. Responsável: COFIN e Mesa Diretora do CNS. Ação: Intensificar agenda com parlamentares para fortalecimento do SUS e seu financiamento. Atividades: sensibilizar parlamentares e bancadas para que as emendas de saúde fortaleçam o SUS público e universal e de qualidade. Monitorar e analisar emendas parlamentares individuais e de bancadas da saúde incorporadas na LOA (Lei Orçamentária Anual). Definir estratégias de apoio à aprovação da PEC 01/2015. Produto: parlamentares e bancadas contatadas. Responsável: Mesa Diretora e Assessoria Parlamentar. *Ação:* definir estratégias de luta por novas fontes de financiamento, mediante a tributação progressiva e que sejam exclusivas para o SUS proibindo qualquer tipo de desvinculação. *Atividade:* Definir estratégias de apoio às ações de ressarcimento do SUS por produtos nocivos à saúde (ex. tabaco). Definir estratégias de luta pela revogação da desvinculação das receitas da União - DRU. Produto : estratégias definidas. Responsável: Pleno e Mesa Diretora. Ação: solicitar ao governo que torne acessível ao CNS e divulgue as avaliações que são feitas a respeito de renúncia de receita e a possível reavaliação de sua manutenção. Produto: solicitação feita. Responsável: COFIN e Mesa Diretora. Ação: construir agenda com MPOG (Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão) para que aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde seja considerada como despesa obrigatória. Atividade: identificar fontes de financiamento permanente e necessária para plena execução da política de saúde. Produto: agenda construída. Responsável: Presidência e Mesa Diretora. Ação: fiscalizar o ressarcimento do SUS. Atividade: fiscalização feita. Responsável: COFIN e Mesa Diretora. Ação: monitorar mensalmente as transferências fundo a fundo. Atividades: realizar levantamento de informações junto ao CONASS, CONASEMS e Conselhos sobre dotação orçamentária dos conselhos de saúde. Monitorar o destino dos recursos transferidos aos estados e municípios – propor diálogo com órgãos de controle para possibilitar melhor fiscalização e monitoramento do fluxo de recursos. Produto: transferências monitoradas. Responsável: COFIN e Mesa Diretora. Ação: Definir a comissão específica que fará o adequado monitoramento de eventuais desperdícios e falta de materiais e medicamentos. Produto: Comissão definida. Responsável: Mesa Diretora. Ação: articular o CNS com o TCU, CNMP e CNJ para garantir os recursos necessários para implementação integral do SUS. Produto: articulação feita. Responsável: COFIN e Mesa Diretora. **Objetivo: 6**. Qualificar a participação do Controle Social na formulação e avaliação das políticas de saúde. Ação: definir estratégias para adequar as estruturas dos conselhos de saúde. Produto: estratégias definidas. Responsável: Mesa Diretora. Ação: integrar as estratégias de educação permanente e popular nas ferramentas e processos de controle social. Produto: estratégias de educação popular incorporadas. Responsável: Pleno e Mesa Diretora. Ação: participar ativamente do Fórum Interconselhos, garantindo o retorno adequado e sistematizado da representação ao CNS nesta e outras instâncias onde o CNS participa. Produto: Retorno dos representantes do CNS no Fórum Interconselhos. Responsável: Presidência e Mesa Diretora. Ação: Criar fórum entre Mesa Diretora e representantes do CNS em outras instâncias e estabelecer mecanismo de prestação de contas e análise (apresentação de relatório ou informe sobre participação) para manutenção da representação. Produto: Fórum criado. Responsável: Mesa Diretora. Ação: monitorar a execução das propostas da 15ª CNS e das demais Conferências de Saúde. Produto: Relatório anual de monitoramento. Responsável: Pleno /Secretaria Executiva. Ação: Definir estratégia que garanta participação de mais conselheiros nas atividades e representações do CNS. Produto: Estratégia definida. Responsável: Pleno e Mesa Diretora. Ação: promover eventos nacionais com órgãos do poder público, movimentos sociais e judiciário para Educação Permanente dos Conselheiros acerca das leis, direitos, deveres e caráter deliberativos do Controle Social. Produto: eventos realizados. Responsável: Mesa Diretora e Comissão de Educação Permanente. Ação: Garantir articulação com órgãos do poder público, movimentos sociais e judiciário visando legitimar o caráter deliberativo do Conselho. Produto: articulações efetivadas. Responsável: Mesa Diretora. Ação: estimular o rodízio de participação de conselheiros nacionais nas atividades e representações do CNS. Produto: rodízio implantado. Responsável: Pleno e Mesa Diretora. **Objetivo 7**. Promover a participação dos conselhos de saúde na regionalização e na gestão do SUS regional. Ação: realizar oficinas macrorregionais para articulação e fortalecimento do controle social, possibilitando o intercâmbio de boas experiências. Produto: oficinas realizadas. Responsável: Mesa Diretora. Ação: definir estratégias de participação do controle social na realidade indígena e de outras populações em situação de vulnerabilidade (quilombolas, população em situação de rua entre outros). Produto: Estratégias definidas. Responsável: Mesa Diretora e Comissão de Políticas de Promoção de Equidade. Ação: definir estratégias de participação de conselheiros nacionais em âmbito locorregional nas instâncias colegiadas do SUS. Produto: estratégias definidas. Responsável: Mesa Diretora. Ação: promover encontros nas regiões com conselheiros em parceria com conselhos estaduais para debater o SUS regional e a regionalização e envolver conselhos municipais. Produto: encontros realizados. Responsável: Mesa Diretora. Ação: definir estratégias de participação do controle social na realidade indígena. Produto: estratégias definidas. Responsável: Mesa Diretora. Objetivo 8. Promover a valorização do trabalhador e a desprecarização das relações de trabalho no SUS. Ação: articular ações conjuntas do CNS com os observatórios de Recursos Humanos em Saúde existentes. Produto: Ações conjuntas realizadas. Responsável: Mesa Diretora e Secretaria Executiva. Ação: reforçar a participação da SEGETS no debate da precarização do trabalho em saúde. Produto: proposição feita. Responsável: Mesa Diretora e CIRHT. Ação: solicitar que a Assessoria Parlamentar monitore os Projetos de Lei referentes aos direitos trabalhistas na área da saúde. Produto: solicitação feita. Responsável: Mesa Diretora/CIST e Assessoria Parlamentar. Ação: promover um seminário em parceria com o DIESAT com a pauta da precarização do trabalho em saúde. Produto: seminário realizado. Responsável: Mesa Diretora e CIST. Ação: estabelecer na agenda do CNS a discussão sobre a carreira para o SUS. Produto: agenda estabelecida. Responsável: Mesa Diretora e CIRHT. **Objetivo 9:** Apoiar a implementação da Política Nacional de Educação Permanente no SUS. Ação: ampliar a equipe de assessoria técnica da CIRH conforme demanda. Produto: assessoria ampliada. Responsável: Mesa Diretora e Secretaria Executiva. Ação: acompanhar a implementação e a implantação da Política Nacional de Educação Permanente junto a SGTES. Produto: Política monitorada. Responsável*:* Mesa Diretora e Comissão de Educação Permanente. *Ação:* incluir o tema das relações de trabalho em saúde na CIRH. *Produto:* Item incluído na Pauta. Ação: ampliar o debate do CNS sobre o significado da Política de Educação Permanente para o SUS e da Educação Popular. Produto: debate realizado. Responsável: Mesa Diretora e Comissão de Educação Permanente. **Objetivo 10.** Ordenar e regular a formação profissional em saúde. Ação: realizar o debate sobre o conceito de Ordenação e a necessidade quantitativa e qualitativa da formação dos trabalhadores da saúde. Produto: debate realizado. Responsável: Mesa Diretora e CIRHT. Ação: definir estratégia de alinhamento da demanda (Responsabilidade MS) com a oferta (Responsabilidade MEC) da formação em saúde. Produto: estratégia definida. Responsável: Mesa Diretora e CIRHT. Ação: definir estratégia para buscar meios para garantir estudo da Política Nacional de Saúde em todo o processo de formação em saúde, desde o ciclo básico. Produto: estratégia definida. Responsável: Mesa Diretora e CIRHT. Ação: elaborar um diagnóstico da formação em saúde no Brasil em parceria com representantes das Instituições Formadoras e MEC para assegurar o compromisso da formação com o SUS. Produto: diagnóstico elaborado. Responsável: Mesa Diretora e CIRHT. Ação: debater e atualizar a NOB – RHSUS. Produto: debate realizado. Responsável: Mesa Diretora e CIRHT. Ação: propor ao MS programas de desenvolvimento pedagógico e conceitual sobre o Sistema Único de Saúde para docentes e preceptores. Produto: proposição feita. Responsável: Mesa Diretora, CIRHT e Comissão de Educação Permanente. Ação: definir estratégia para potencializar os serviços de saúde como espaços políticos pedagógicos para formação dos professores e preceptores. Produto: estratégia definida. Responsável: Mesa Diretora, CIRHT e Comissão de Educação Permanente. Ação: definir estratégia para atuação conjunta do CNS com as entidades formadoras em saúde. Produto: estratégia definida. Responsável: Mesa Diretora, CIRHT e Comissão de Educação Permanente. Ação: ampliar o acompanhamento da CIRHT a todos os cursos de formação superior e cursos técnicos em saúde. Produto: Relatório de acompanhamento. Responsável: Mesa Diretora e CIRHT. Ação: definir estratégia para validar as avaliações realizadas pela CIRHT em relação aos cursos de graduação em saúde. Produto: estratégia definida. Responsável: Mesa Diretora e CIRHT. Ação: realizar o debate no CNS sobre quais as necessidades de formação com base na demanda e perfil epidemiológico brasileiro. Produto: debate realizado. Responsável: Mesa Diretora. Ação: definir estratégia para apoiar as descentralizações dos centros de formação em saúde respeitando as especificidades locorregionais. Produto: estratégia definida. Responsável: Mesa Diretora. Ação: definir estratégia para apoiar as discussões e estratégias para integração do ensino-serviço na formação em saúde. Produto: estratégia definida. Responsável: Mesa Diretora e CIRHT. Ação: definir estratégia para garantir que o CNS componha o CNE. Produto: estratégia definida. Responsável: Mesa Diretora. Ação: definir estratégia para apoiar as iniciativas da SGTES de aproximação do MS com o MEC. Produto: estratégia definida. Responsável: Mesa Diretora. Ação: definir estratégia para apoiar iniciativas que estimulem e valorizem a dedicação exclusiva. Produto: estratégia definida. Responsável: Mesa Diretora. Ação: avaliar a metodologia de trabalho e a estrutura da Comissão com vistas a atender seus objetivos (incorporar a avaliação dos demais cursos da saúde, perfil dos membros, formação em saúde, plano de carreira para o SUS). Produto: estrutura e metodologia de trabalho da CIRH avaliadas. Responsável: Mesa Diretora e CIRHT. Ação: retomar a relação da CIRH com o MEC por meio de uma agenda permanente de trabalho. Produto: agenda de trabalho construída. Responsável: Mesa Diretora e CIRHT. **Objetivo 11.** Contribuir para a implementação da Política Nacional de Saúde do/a Trabalhador/a. Ação: orientar os Conselhos Estaduais de Saúde e a CIST Estaduais a discutirem e elaborarem as prioridades de Saúde do Trabalhador para inclusão no Plano Estadual de Saúde. Atividade: orientar a incorporação da PNST nos Planos Estaduais de Saúde. Produto: orientação feita. Responsável: Mesa Diretora e CIST. Ação: emitir Recomendação para todos os Conselhos de Saúde da importância da criação da CIST em todos os Conselhos de Saúde (estaduais e municipais), segundo a Lei 8.080/90. Atividade: realizar reuniões ampliadas entre a CIST Nacional, CIST Estaduais e Conselhos Estaduais de Saúde para orientação de constituição de CIST municipais e para o fortalecimento das ações. Produto: recomendação emitida. Responsável: Pleno. Ação: realização do VIII Encontro Nacional da CIST. Produto: encontro realizado. Responsável: Mesa Diretora e CIST. Ação: realização de Encontros Estaduais da CIST Nacional. Produto: encontros realizados. Responsável: Mesa Diretora e CIST. Ação: convidar as CISTs estaduais a participarem de todas as reuniões da CIST Nacional. Produto: convite feito. Responsável: Mesa Diretora e CIST. Ação: orientar as CIST estaduais a convidarem as CIST municipais para suas reuniões. Produto: orientação feita. Responsável: Mesa Diretora e CIST. Ação: colocar informações de agendas, plano de trabalho, CISTs existentes e demais informações no site do CNS. Produto: informações disponibilizadas no site do CNS. Responsável: Mesa Diretora e Assessoria de Comunicação. Ação: criar um grupo de comunicação dos coordenadores da CIST Nacional e CISTs estaduais. Produto: grupo criado. Ação: criar um informativo online que dê publicidade às ações da CIST Nacional e às ações de Saúde de Trabalhador. Produto: informativo online criado. Responsável: Mesa Diretora e CIST. Ação: acessar os bancos de dados institucionais e sistematizar as informações sobre Saúde do Trabalhador (determinantes sociais, acidentes e doenças relacionadas ao trabalho): I. Pesquisa Nacional de Saúde (MS); II. SIM e SINAN: estudar morte e adoecimento relacionado ao trabalho visando fomentar políticas de promoção de Saúde do Trabalhador; III. Dados de fiscalizações sobre segurança e medicina do trabalho do antigo MTE; e IV. Dados de doenças e acidentes do trabalho registrado do INSS (DATAPREV). Produto: informações acessadas e sistematizadas. Responsável: Mesa Diretora e CIST. Ação: articular a implementação de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica, segundo a PNST, junto às áreas competentes do Ministério da Saúde. Produto: articulação feita. Responsável: Mesa Diretora e CIST. Ação: definir estratégia de fomento das ações de educação permanente em Saúde do Trabalhador para os profissionais da Rede de Atenção à Saúde e para os movimentos sindicais e populares dos territórios, visando à promoção da saúde e prevenção dos agravos relacionados ao trabalho. Produto: estratégia definida. Responsável: Mesa Diretora e CIST. Ação: analisar a estruturação dos CERESTs à luz das resoluções da 4ª CNSTT e da PNST. Produto: CERESTs avaliados. Responsável: Mesa Diretora e CIST. Ação: discutir as condições de trabalho e saúde da população do campo, floresta e águas visando propor ações em articulação com a PNSCFA. Produto: debate realizado. Responsável: Mesa Diretora e CIST. Ação: definir estratégias de fortalecimento das ações de Saúde do Trabalhador dos profissionais do sexo e LGBT. Produto: estratégias definidas. Responsável: Mesa Diretora e CIST. Ação: definir estratégias de fortalecimento das ações de Saúde do Trabalhador das demais populações vulneráveis. Produto: estratégias definidas. Responsável: Mesa Diretora e CIST. Ação: negociar com o MEC a inclusão de conteúdos de Saúde do Trabalhador na matriz curricular dos cursos de graduação, em especial nos de saúde. Produto: negociação feita. Responsável: Mesa Diretora, CIRHT e CIST. Ação: elaborar documento norteador que estabeleça atribuições da CIST. Produto: documento elaborado. Responsável: Mesa Diretora e CIST. Ação: definir estratégias de fortalecimento da intersetorialidade das ações de vigilância e fiscalização objetivando eliminar o conflito de competências: antigo MTE versus SUS. Produto: estratégias definidas. Responsável: Pleno e Mesa Diretora. Ação: definir estratégias de enfrentamento à interferência da gestão local nas ações de VISAT nos territórios. Produto: estratégias definidas. Responsável: Mesa Diretora e CIST. Ação: definir estratégias de capacitação do controle social na VISAT, visando qualificar sua atuação. Produto: estratégias definidas. Responsável: Mesa Diretora e CIST. Ação: definir estratégias de fomento à constituição de códigos sanitários com base no Código de Saúde do Estado de São Paulo. Produto: estratégias definidas. Responsável: Mesa Diretora e CIST. Ação: definir estratégias de fomento à negociação e contratação coletiva em Saúde do Trabalhador, visando à promoção da saúde, prevenção de acidentes e melhoria das condições de trabalho. Produto: estratégias definidas. Responsável: Mesa Diretora e CIST. Ação: analisar as normatizações, protocolos e resoluções da Mesa de Negociação do SUS em relação à Saúde do Trabalhador. Produto: normas, protocolos e resoluções SUS analisadas. Responsável: Pleno/Mesa Diretora e CIST. Ação: participação no Projeto de Articulação e Qualificação da atuação do Controle Social na PNST. Produto: CIST participando. Responsável: Mesa Diretora e CIST. **Objetivo 12.** Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento tecnológico na área da saúde e sua incorporação pelo SUS. Ação: pautar no CNS a Agenda Nacional de Pesquisa. Produto: tema pautado. Responsável: Mesa Diretora e Comissão de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica. Ação: remeter às comissões do CNS debate sobre a qualidade de vida dos estudantes e pesquisadores. Produto: debate remetido. Responsável: Mesa Diretora. Ação: retomar apresentação nas reuniões do CNS sobre os PLs em tramitação no Congresso Nacional (Radar legislativo). Produto: PLs apresentados no Pleno. Responsável: Mesa Diretora e Assessoria Parlamentar. Ação: definir estratégias de aproximação do CNS com órgãos externos da área de educação e de ciência e tecnologia (CAPES, entre outros). Produto: estratégia definida. Responsável: Mesa Diretora. Ação: agilizar a conclusão do trabalho do GT de pesquisas no âmbito do SUS, com vistas a pautar no Pleno do CNS. Produto: trabalho concluído. Responsável: Mesa Diretora e Comissão de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica. Ação: pautar debate da Mesa Diretora do CNS com a CONITEC a fim de qualificar a participação da representação do Conselho na Comissão. Produto: debate realizado. Responsável: Mesa Diretora. Ação: agilizar a conclusão da minuta de Resolução sobre risco em pesquisa com seres humanos. Produto: minuta concluída. Responsável: Mesa Diretora e CONEP. Ação: agilizar o processo de capacitação dos CEPs sobre as novas resoluções do CNS acerca das pesquisas com seres humanos. Produto: CEPs capacitados. Responsável: Mesa Diretora e CONEP. Concluída a apresentação, conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo** destacou que o planejamento é um instrumento de trabalho que irá nortear as ações do Conselho e das Comissões. Conselheiro **Artur Custódio M. de Souza** elogiou o trabalho e sugeriu substituir a ação “agilizar o processo de capacitação dos CEPs sobre as novas resoluções do CNS acerca das pesquisas com seres humanos” por “apoiar a CONEP na formação dos CEPs”. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** fez um destaque ao objetivo relativo 4, que trata da Política de Comunicação para sugerir que neste ponto se dê destaque ao canal SUS como uma ferramenta importante de comunicação do SUS com a sociedade. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, avaliou que o planejamento é um produto que pode contribuir para qualificar a intervenção do Conselho nas mais diversas áreas. Todavia, lembrou que não se trata de um documento estático, podendo ser revisto quando necessário. Além disso, salientou que as coordenações das comissões precisam carregar o planejamento consigo e frisou que as ações deverão ser descentralizadas a fim de serem executadas. Conselheiro **Neilton** **de Araújo Oliveira** destacou que a articulação intersetorial, assim como a comunicação, é um eixo estratégico que precisa ser priorizado. Nessa lógica, avaliou que as comissões do CNS precisam trabalhar de forma articulada. Ainda nesse aspecto, avaliou que o país pode realizar conferência temática contemplando eixo amplo, de forma intersetorial. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, destacou que o planejamento prevê a realização da 1ª Conferencia Nacional Livre de Comunicação. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** cumprimentou a expositora pelo trabalho de compilação e destacou a ação “fiscalizar o ressarcimento do SUS”, entendendo que não se trata função do CNS, assim, sugeriu “acompanhar o ressarcimento “. Conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo** fez um resgate das atividades realizadas pela CONEP voltadas à aproximação dos CEPs e capacitação desses Comitês. Citou a realização de capacitações, de Encontro de Comitês, criação de GTs que resultaram na aprovação de resoluções específicas, a reformulação da Plataforma Brasil e a redefiniçao da assessoria da Comissão. Conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** salientou que foram realizados vários momentos de debate da CONEP com os Comitês, inclusive com a participação de conselheiros. Retorno da mesa. A técnica **Kátia Souto** explicou que muitas das ações já desenvolvidas pelas comissões permanentes aparecem no planejamento como ações. Disse que o desafio é integrar as ações de formação para a missão das comissões no processo de formação e qualificação do CNS, dos conselheiros nas comissões e da assessoria técnica. Disse que o plano permitirá ver as ações do Conselho como um todo e servirá de subsídio para o trabalho do Pleno e das comissões. Sobre o item da comunicação, disse que, havendo concordância do Pleno, ações seriam unificadas, resultando na diminuição do número de objetivos. Apontou como grandes desafios: qualificação dos conselheiros; fortalecimento do CNS e das comissões, com planejamento conjunto e estratégico, considerando a missão do CNS; papel da comunicação nesse processo (articulação, inclusive, entre as entidades que compõem o CNS). Sobre as correções, disse que cabem em vários pontos do documento, mas, na compilação, seguiu a orientação de preservar o resultado das oficinas. Por fim, despediu-se do Conselho, mas comprometeu-se a concluir o trabalho com o planejamento. Encaminhando, a mesa colocou em votação o documento apresentado. **Deliberação: o documento do planejamento foi aprovado por unanimidade. 20ª Plenária Nacional de Conselhos** -Conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo** submeteu à apreciação do Pleno a proposta de realização da20ª plenária nacional de conselhos em agosto, com data a ser definida posteriormente. **Deliberação: aprovada a realização.** Será debatida na Mesa diretora do CNS a participação dos conselheiros na atividade. **Proposta de moção de repúdio à manifestação do Ministro de Estado da Saúde, Ricardo Barros, em referência aos profissionais farmacêuticos e às benzedeiras.** Conselheira **Denise Torreão Corrêa da Silva** fez a leitura da proposta e logo em seguida conselheiro **Haroldo Pontes**, conselheira **Liane Terezinha** e conselheiro **Wanderley Gomes da Silva** solicitaram vistas, portanto, o debate foi suspenso. **Deliberação: conforme o Regimento Interno do CNS, os conselheiros que solicitaram vistas deverão apresentar parecer sobre a matéria que deverá ser encaminhado com antecedência aos conselheiros e apreciado na próxima reunião do CNS.** Conselheiro **Geraldo Adão Santos** também manifestou sua preocupação com a matéria acerca do SAMU, transmitida no Fantástico, no último domingo, e sugeriu a elaboração de um documento em defesa do SUS, especialmente do SAMU. **Encaminhamento: remeter à Mesa Diretora do CNS com indicativo de pautar o tema no item radar da próxima reunião do CNS. Morte de trabalhador de saúde mental por paciente em saúde mental que estava em tratamento domiciliar. Sorocaba/SP.** Conselheira **Semiramis Maria Amorim Vedovatto** fez um breve informe sobre o ocorrido, registrou solidariedade à família da vítima e fez um alerta para que esse caso isolado não seja utilizado para enfraquecer a importante política de desospitalização. ENCERRAMENTO – Nada mais havendo a tratar, conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo,** da Mesa Diretora do CNS, encerrou os trabalhos da 283ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os seguintes conselheiros no terceiro dia de reunião: *Titulares –* **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB; **Artur Custódio Moreira de Sousa**, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN); **Carmen Lúcia Luiz**, União Brasileira de Mulheres – UBM; **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA; **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO; **Geordeci M. Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **Jani Betânia Souza Capiberibe**, Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **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); **Liane Terezinha de Araújo Oliveira,** Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama – FEMAMA; **Luiz Alberto Catanoce,** Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical – SINDNAPI; **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Maria Arindelita Neves de Arruda**, Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Maria Zenó S. Silva,** Federação Nacional das Associações de Pessoas com Doenças Falciformes – FENAFAL; **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). *Suplentes -* **Alexandre Fonseca Santos**, Ministério da Saúde; **Andreia de Oliveira**, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS; **Antonio de Souza Amaral**, Associação Brasileira de Ostomizados – ABRASO; **Antonio Pitol**, Pastoral da Saúde Nacional; **Clarice Baldotto**, Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB); **Christianne Maria de Oliveira Costa**, Federação Brasileira de Hemofilia – FBH; **Danilo Aquino Amorim**, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM**; Deise Araújo Souza**, Confederação Nacional do Comércio – CNC; **Denise Torreão Corrêa da Silva**, Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFa; **Edson Luis de França** – União de Negros pela Igualdade - UNEGRO; **Elgiane de Fatima Machado Lago**, Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil – CTB; **Geraldo Adão Santo**s, Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas – COBAP; **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; **Ivone Martini de Oliveira**, Conselho Federal de Enfermagem – COFEN; **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB; **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; **Lauriluci Farias L. de Albuquerque**, Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Márcia Patrício de Araújo**, Associação Brasileira dos Ostomizados (ABRASO); **Maria Angélica Zollin de Almeida**, Federação Nacional dos Médicos Veterinários – FENAMEV; **João Paulo dos Reis Neto**, União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS; **Rafael Nunes do Nascimento**, União Nacional dos Estudantes – UNE; **Renato Almeida de Barros**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CNTSS; **Sérgio Metzger**, Associação de Diabetes Juvenil (ADJ); **Semiramis Maria Amorim Vedovatto,** Conselho Federal de Psicologia (CFP); **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**; **Tathiane Aquino de Araú**jo, Rede Nacional de Pessoas Trans- Rede Trans Brasi; e **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da Criança.