

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

**CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

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

Aos oito e nove dias do mês de dezembro 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 Oitava Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS. O Presidente do CNS, **Ronald Ferreira dos Santos**, procedeu à abertura dos trabalhos, cumprimentado os presentes e os internautas que acompanhavam a reunião em tempo real. Em seguida, apresentou os objetivos da 288ª RO: **1)** Acompanhar, debater e rever encaminhamentos sobre os pontos do RADAR; **2)** Apresentar, debater e deliberar sobre as demandas da COFIN; **3)** Apresentar, debater e deliberar sobre as demandas da CIRHRT; **4)** Conhecer, refletir, debater e definir sobre possíveis encaminhamentos referentes ao trabalho decente preconizado pela Organização Internacional do Trabalho - OIT e suas relações com a Saúde; **5)** Acompanhar, refletir e rever possíveis encaminhamentos referentes as temáticas da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde e da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres; e **6)** Conhecer e refletir sobre o atual contexto da saúde indígena brasileira. **ITEM 1** – **EXPEDIENTE - Aprovação da pauta da 288ª RO e da Ata da 286ª Reunião Ordinária do CNS. Justificativas de ausência.** *Apresentação:*conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos,** Presidente do CNS. **Primeiro, submeteu à apreciação do Plenário a pauta da 288ª Reunião Ordinária, que foi aprovada, por unanimidade, com inclusão de informe sobre atualização das ações de combate à AIDS**. Na sequência, colocou em votação a ata da 286ª Reunião Ordinária que foi enviada previamente aos conselheiros. **Deliberação: a ata da 286ª RO foi aprovada com três abstenções.** Seguindo, apresentou as justificativas de ausênciana 288ª RO do CNS: **Alexandre Frederico de Marca; Andreia de Oliveira; Carlos de Souza Andrade; Heliana Neves Hemeterio dos Santos; José Vanilson Torres da Silva; Maria Thereza Ferreira Teixeira; Maria Zenó Soares da Silva; Nelcy Ferreira da Silva; Oriana Bezerra Lima;** e **Zaíra Maria Tronco Salerno. ITEM 2 – RADAR - Relatório de Adesão dos Municípios ao Prontuário Eletrônico. Edital do Programa Mais Médicos. Resultado do Grupo de Trabalho sobre Planos de Saúde Acessíveis. Combate ao Aedes Aegypti (dengue, zika vírus e chikungunya) e as suas consequências.** *Coordenação:*conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos,** Presidente do CNS. Iniciando, o Presidente compôs a mesa com os representantes do Ministério da Saúde que iriam expor sobre o tema. **Combate ao Aedes Aegypti (dengue, zika vírus e chikungunya) e as suas consequências.** *Apresentação:* **Mariana Leal,** assessora da Secretaria de Vigilância em Saúde/MS; **Cássia Fernandes,** Tecnologista em Gestão de Políticas Públicas/MS; e **Betânia Meireles**, representando a diretora do DEGES/MS. Antes de abrir para as expositoras, conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos,** Presidente do CNS, interveio para apresentar a proposta da Mesa Diretora do CNS de realizar debate on-linecom os conselhos estaduais e municipais de saúde sobre o combate ao *Aedes* na ordinária do CNS do mês de janeiro de 2017. Conselheiro **Neilton Araújo** **de Oliveira** acrescentou que a intenção é mobilizar o controle social para participar das ações de combate ao mosquito, especialmente nos meses de dezembro de 2016 e janeiro de 2017. A assessora da Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, **Mariana Leal,** começou a sua exposição explicando que representantes das Secretarias foram convidados para apresentar as últimas ações de combate ao Aedes nos três componentes – atenção/cuidado, educação e pesquisa. No que se refere à atenção/cuidado, informou que foi lançado novo Protocolo “Orientações Integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional”, documento único focado nas infecções congênitas. Acrescentou que houve mudança na definição de casos de Síndrome Congênita Associada à infecção pelo vírus Zika, com inclusão de novos critérios e procedimentos para definição das ações de vigilância e de atenção às crianças suspeitas de síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika: circunferência craniana/perímetro cefálico; sinais e sintomas; notificação tardia; teste rápido de zika; 2º Ultrassom Obstétrico; transmissão sexual e sanguínea; e orientações sobre o registro no RESP, SINASC, SIM, SINAN. Também destacou que foi adotada a recomendação da OMS para a medida do perímetro cefálico e agora será levado em consideração o período gestacional, idade e sexo da criança, sendo: 1) Sexo: Meninos, Medida PC Atual: 31,9 cm; Nova medida PC (37 semanas): 30,5 cm; Diferença: 1,4 cm; 2) Sexo: Meninas Medida PC Atual: 31,5 cm; Nova medida PC (37 semanas): 30,2 cm; Diferença: 1,3 cm. Também explicou que o novo Protocolo apresenta novas definições para casos inconclusivos e excluídos. Também destacou a revisão dos critérios de notificação, investigação e classificação dos casos: a) Notificação de Casos: Crianças com até 48 horas de vida (InteGrowth); Crianças com mais de 48 horas de vida (InteGrowth ou OMS); Feto; e b) Notificação de Óbitos: Óbito Neonatal Precoce; Natimorto ou óbito fetal; Aborto. Acrescentou que o Protocolo apresenta novas orientações sobre o acompanhamento dos casos: encaminhamento assistencial e registro dos dados, revisão das orientações relativas ao cuidado com integração dos fluxos e procedimentos de investigação e traz recomendações sobre sistemas de informação, educação, comunicação, aspectos éticos e intersetorialidade. Também explicou que foram definidas alterações mais comuns identificadas durante o pré-natal, no primeiro mês de vida e após o primeiro mês de vida. Finalizando, destacou a situação do momento atual: envio do documento preliminar para todos os Estados para análise; realização de webconferência com todos os Estados para tirar dúvidas e acolher sugestões; elaboração dos algoritmos e fluxogramas que sintetizam as orientações; elaboração e envio de Nota Informativa Conjunta SAS e SVS referente às mudanças nos protocolos vigentes e regras de transição; finalização da edição para publicização; informe Epidemiológico agora quinzenal; e informe Integrado de atenção e vigilância a partir de janeiro de 2017. Seguindo, a representante do Departamento de Ciência e Tecnologia/SCT/MS, **Cássia Fernandes,** explanou sobre as ações relativas ao Eixo 3 - Desenvolvimento Tecnológico, Educação e Pesquisa do Plano Nacional de Enfrentamento ao Aedes e suas consequências. Explicou que o Eixo 3 apresenta sete Ações, 52 Sub-ações e 226 Atividades, desenvolvido de forma articulada por SCTIE/MS, SGTES/MS, SVS/MS, CNPq/MCTIC e Capes/MEC. Detalhou que o Eixo 3 contempla: **1)** Ações de Diagnóstico: desenvolver tecnologias laboratoriais para o diagnóstico da infecção pelo vírus Zika; **2)** Ações de controle vetorial: ampliar e avaliar os resultados da utilização de novas tecnologias de controle vetorial em complemento à atividade de rotina; **3)** Pesquisas sobre vírus Zika: ações para desenvolvimento de pesquisas sobre vírus Zika e relação com doenças e agravos; **4)** Ações de desenvolvimento de vacinas; **5)** Ações de tratamento: desenvolver tratamentos para a infecção por Zika e suas consequências; **6)** Criação de rede de especialistas:criar e Implementar a Rede Nacional de Especialistas em Zika e Doenças Correlatas (Renezika); e **7)** Ações de Educação:capacitar profissionais de saúde, educação, assistência social, defesa civil e militares. Para elaboração das ações, explicou que foram definidas prioridades. Informou que foi realizada reunião internacional para implementação de alternativas para o controle do *Aedes aegypti* no Brasil, em fevereiro de 2016. No mês seguinte, foi realizada oficina de prioridades de pesquisa em arboviroses, organizada pelo DECIT/SCTIE, com o objetivo de discutir as principais lacunas de conhecimento e definir prioridades de pesquisa. Ainda na linha de definição de prioridades, salientou o fomento descentralizado (pesquisas nos Estados) e, como resultado, destacou a recomendação para que todos os editais da VI edição do PPSUS incluíssem uma linha de pesquisa relacionada à prevenção e combate ao vírus zika: Estudos envolvendo arboviroses (com ênfase em zika vírus). Seguindo, detalhou o panorama das contratações realizadas nas diferentes modalidades de fomento. No que se refere à contratação direta, explicou que, em situações com características específicas, podem ser encomendados projetos diretamente a instituições de reconhecida competência. Explicou que DECIT/SCTIE e SVS contrataram 25 pesquisas (R$ 154 milhões); CAPES/MEC contratou doze pesquisas (R$ 6 milhões); e CNPq/MCTIC quinze pesquisas contratadas (R$ 5 milhões). Acrescentou que essas contratações visaram: desenvolvimento de vacina (zika e fase 3 dengue); Controle Vetorial; Vírus zika e relação com doenças e agravos; e tecnologias laboratoriais para diagnóstico. Detalhou o desenvolvimento de Vacinas – zika, destacando: **a)** Vacina Biomanguinhos – coordenador: Marcos Freire; Instituição: Fiocruz Biomanguinhos e Fiocruz Pernambuco; Abordagens utilizadas: **1)** Vacina inativada, **2)** Vacina recombinante, **3)** Vacina de DNA; Recursos: R$ 5.615.000,00; **b)** Vacina IEC/Texas – coordenador: Pedro Vasconcelos; Instituições: Instituto Evandro Chagas e Universidade do Texas; Abordagens utilizadas: Vacina atenuada e Subunidade vacinal; Recursos US$ 1.944.000,00 (R$ 6.318.000,00). Destacou ainda a pesquisa de controle vetorial com uso da infecção da *Wolbachia* em mosquitos para controlar a transmissão de dengue. Explicou que, de 2011 a 2015, foram investidos R$ 5,7 milhões (DECIT/SCTIE/MS e Fundação Gates). Detalhou as áreas de soltura: Tubiacanga (Ilha do Governador), Vila Valqueire e Urca no Rio de Janeiro, e Jurujuba, em Niterói. Em 2016, foram investidos R$ 12 milhões (Ministério da Saúde) e R$ 10 milhões (Gates). Disse que a fase atual é de ampliação do Projeto para bloqueio da transmissão da Dengue, Zika e Chikungunya em municípios dos estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais e estados da Região Nordeste. Salientou que testes realizados em laboratório demonstram que *Wolbachia* também pode reduzir a transmissão pelo mosquito dos vírus chikungunya e zika. Destacou outras pesquisas de controle vetorial, contratadas pela SVS/MS, resultado da reunião com especialistas realizada em fevereiro de 2016: Controle de Aedes spp. com estações disseminadoras de larvicidas; Proposta metodológica de estratificação de áreas de risco para o dengue, chikungunya e zika em cidades endêmicas brasileiras; Uso da estratégia Eco bio social para o controle de vetores da dengue, chikungunya e vírus Zika”; Monitoramento da resistência de Aedes aegypti a inseticidas; Avaliação da efetividade das novas alternativas de controle do vetor de dengue, chikungunya e Zika: Monitoramento de rumores sobre dengue, chikungunya e Zika nas redes sociais; e Estudos clínico-epidemiológico para o entendimento de importantes aspectos da historia natural das infecções produzidas pelo vírus zika e sua inter-relação com o vírus dengue, chikungunya no mesmo ambiente urbano. No que se refere ao fomento descentralizado (PPSUS), explicou que são Editais multitemáticos lançados por UF, envolvendo a concorrência livre de projetos de pesquisa de todas as instituições do próprio estado. Detalhou que dos 102 projetos de pesquisa, dezoito estão relacionados a zika. Sobre o fomento nacional, disse que foi publicada chamada Pública nº 14 - Prevenção e Combate ao vírus Zika com 529 projetos inscritos e 71 projetos selecionados nas linhas temáticas do Projeto. Destacou o número de projetos expressivos na Região Nordeste (21 projetos), com média de R$ 900 mil por projeto. Falou também do Seminário Marco Zero, previsto na Chamada Pública nº 14 - Prevenção e Combate ao vírus Zika, com 130 participantes, tendo por resultado: proposta de criação de consórcio entre coortes; troca de experiências entre projetos de soroprevalência; e exportação de material biológico humano (vácuo legislativo). Dos projetos do edital relacionados ao controle de vetor, destacou, por exemplo, vacina contra o Aedes (vacina para imunizar o mosquito – a intenção é impedir que o mosquito se contamine com o vírus). Também detalhou outras iniciativas para enfrentamento da infecção pelo vírus zika e doenças correlatas: Criação de rede de especialistas – RENEZIKA (Portaria GM nº 1.046 de 20 de maio de 2016). Detalhou que o objetivo é integrar gestores, pesquisadores e representantes da sociedade civil, facilitando a formulação e a implantação de ações e políticas para o enfrentamento da infecção pelo vírus Zika e doenças correlatas no âmbito local, regional e nacional. Destacou que são 129 integrantes - especialistas e representantes de instituições e a Secretaria Executiva é composta pelas sete Secretarias do MS. Citou ainda a realização do 1º Encontro da Rede que discutiu Plano de trabalho dos GT: Assistência às Crianças e suas Famílias, Monitoramento das Anomalias Congênitas, Diagnóstico Laboratorial, Inovações em Controle Vetorial; Pesquisa, Tradução e Disseminação do conhecimento; Encontro com representantes do setor privado que será realizado no dia 14/12 durante Prêmio de Incentivo em Ciência e Tecnologia para o SUS (o objetivo é mapear as áreas de investimento da indústria e o conhecer as iniciativas relacionadas à Emergência da Zika, com vistas a traçar novas estratégias para o desenvolvimento de tecnologias). Na sequência, **Betânia Meireles**, representando a diretora do DEGES/MS, apresentou resumo das ações de educação na saúde realizadas pela SGTES. Iniciou explicando que desde o início do evento de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) relacionado ao vírus Zika e as doenças correlatas, a SGTES vem implementando ações de educação na saúde para a qualificação dos profissionais de saúde e da sociedade civil sobre o tema. Acrescentou que o conjunto de ofertas educacionais é elaborado em parceria com as áreas técnicas do Ministério da Saúde (SAS/SVS) e com os Núcleos de Telessaúde dos territórios. Os módulos educacionais são disponibilizados, em sua maior parte, na modalidade de educação a distância (EaD). Explicou que as ofertas educacionais e dispositivos orientadores para a qualificação sobre o combate ao Aedes e suas consequências, entre elas o vírus Zika e doenças correlatas, atualmente estão disponibilizados na Universidade Aberta do SUS – UNASUS, no Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS – AVASUS, nos Núcleos de Telessaúde, no Portal Saúde Baseada em Evidências e na Comunidade de Práticas. Disse que atualmente há sete cursos disponíveis no Sistema UNASUS e no AVASUS, com aproximadamente 170 mil matriculados, entre gestores, profissionais de saúde, docentes, estudantes, população em geral. O curso “Zika abordagem clínica na Atenção Básica” apresenta maior número de matriculados (47mil). Detalhou que os cursos são: Atualização no combate vetorial ao *Aedes aegypti*, Estimulação precoce, manejo clínico da chikungunya, manejo clínico da dengue, Zika: abordagem clínica na Atenção Básica, Qualificação e triagem ocular neonatal e Importância do Brincar e da participação familiar para o desenvolvimento infantil. No tocante às ações do Programa Nacional Tele Saúde Brasil Rede, disse que há atividades de Teleconsultorias e Tele-educação. Salientou que de novembro de 2015 a novembro de 2016 foram realizadas aproximadamente 31 mil ações de Teleconsultorias e Tele-educação na temática da Zika, Chikungunya e Dengue. Também apresentou resumo das ações realizadas pela SGTES em relação ao Plano Nacional de Enfrentamento ao Aedes e suas consequências: Portal Saúde Baseada em Evidências - 585 conteúdos disponíveis em bases científicas sobre o tema do Vírus Zika e doenças correlatas (inclui Dengue, Chikungunya e microcefalia); eComunidade de Práticas - chamada de postagem de Relatos de Experiência do trabalhador no combate ao Aedes: 188 relatos publicados; criação de Comunidade específica: “Conversando sobre o Aedes”: 2.331 visualizações da página. Por fim, detalhou as ações previstas para 2017: **1)** Articulação interministerial: elaboração de oferta educacional voltada à integração das ações de saúde e assistência social; **2)** Ações em parceria com o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde – Hospital do Coração: Curso na modalidade de Educação a Distância (EAD): qualificação de profissionais no atendimento de crianças de 0 a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, Aula prática (presencial): Disponibilização de 410 vagas para profissionais que atuam em territórios considerados prioritários pela SAS/MS; **3)** Atualização e lançamento de novas ofertas educacionais: ocorrerá a partir da publicação do documento com Orientações integradas SAS e SVS (em elaboração); e está em processo de atualização o Curso de Manejo Clínico da Dengue; **4)** Telessaúde: os Núcleos de Telessaúde promoverão ações com abordagens mais ativas nos municípios com número elevado de casos relacionados à Emergência em Saúde. Ações em parceria com a Vigilância em Saúde; e **5)** Comunidade de Práticas:Fóruns on-line para mobilizar debates com gestores e profissionais de saúde sobre temas relacionados ao enfrentamento do Aedes; e abertura de novas Chamadas de Relatos de Experiências. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** acrescentou que as explanações visaram apresentar as ações relativas aos três eixos do Plano de Enfrentamento da Dengue, Zika e Chikungunya. **Manifestações.** Conselheiro **André Luiz de Oliveira** saudou as expositoras pelas apresentações e agradeceu as informações que permitiram atualizar a situação de enfrentamento da Dengue, Zika e Chikungunya. Também perguntou à primeira expositora que medida será adotada para rastrear crianças com perímetro encefálico menor que 33 cm nascidas antes da adoção do novo parâmetro, considerando o risco de não investigar crianças afetadas pelo vírus Zika. Conselheiro **Adriano Macedo Félix** manifestou preocupação com a possibilidade de descontinuidade das ações de enfrentamento ao Aedes por conta da mudança na gestão dos municípios e por falta de recursos na área da saúde. Também perguntou como serão feitos os cursos on-line considerando a inexistência de infraestrutura para realização. Conselheira **Carmem Lúcia Luiz** solicitou informações à segunda expositora sobre o número de infecções antes e depois da pesquisa de Controle Vetorial com uso da infecção da *Wolbachia* em mosquitos nos municípios do Rio de Janeiro e demais Estados. Conselheira **Juliana Santorum** saudou as expositoras pela apresentação, mas sentiu falta de ações relacionadas ao saneamento básico, considerando ser esta uma das condições estruturantes para proliferação do mosquito. Também solicitou maiores informações sobre o impacto do uso da infecção da *Wolbachia* em mosquitos no ambiente e os testes realizados e perguntou se o projeto de pesquisa foi aprovado pela CONEP/CNS. Conselheira **Semiramis Maria Amorim Vedovatto** agradeceu as apresentações das expositoras, todavia, sentiu falta de ações emlongo prazo. Lembrou que pesquisas demandam avanços tecnológicos e recursos, assim, perguntou como fazer o enfrentamento do Aedes com o cenário de cortes de recursos na saúde. Conselheiro **Artur Custódio Moreira de Souza** salientou que é preciso preparar as equipes de vigilância para fazer papel investigativo, utilizando as tecnologias disponíveis. Conselheiro **Nilton Pereira Junior** saudou as expositoras e destacou que o aumento da transparência e publicação dos critérios de contratação de pesquisas traz avanços. Nessa linha, destacou que a seleção e a contratação de projetos devem ser públicas e transparentes e deve-se garantir acesso ao resultado das pesquisas contratadas de forma direta (sem editais). Além disso, salientou que, para além dos cursos a distancia, é preciso garantir formação mais permanente em relação a dengue, zika e chikungunya, com ações voltadas às graduações na área da saúde e às residências médicas e multiprofissionais. A representante da Rede Nacional Lai Lai Apejo, **Michele Ribeiro,** salientou que as mulheres negras estão mais expostas a infecções congênitas da síndrome, principalmente por habitarem regiões onde não há saneamento básico e o armazenamento de água potável é necessário. Perguntou se foi considerado o quesito raça/cor nas pesquisas a serem realizadas considerando que dados não oficiais apontam que 70% das crianças com microcefalia são filhos de mulheres negras. Nessa linha, salientou a importância de dados desagregados por raça/cor nos boletins epidemiológicos. Também perguntou como a população pode ter acesso a informações nos locais onde não é possível acessar a internet e solicitou maiores considerações sobre a pesquisa de vacina para imunizar o mosquito. Conselheiro **Moyses Toniolo de Souza** também cumprimentou as convidadas pelas explanações e saudou as iniciativas do portal saúde baseado em evidências e a criação da ação de Comunidade “Conversando sobre o *Aedes*”. Também perguntou quais são as outras infecções relacionadas à síndrome do vírus Zika. Finalizou salientando a necessidade de pautar no radar a apresentação de dados sobre a sífilis congênita, uma emergência de saúde pública. Conselheira **Elionice Conceição Sacramento** perguntou se há pesquisas sobre o processo de adoecimento da população que vive e trabalha nas águas e se existe ações específicas para esse público. Avaliou que o Nordeste precisa ser priorizado haja vista a maior incidência de casos em relação a outras regiões. Também perguntou qual a posição sobre os levantamentos da Universidade Federal da Bahia que apontam a necessidade de incluir os pescadores e pescadoras como público prioritário para receber a vacina contra o zika vírus. Também sugeriu que o CNS recomende à FUNASA que a temática de combate ao *Aedes* seja debatida nos seminários regionais que serão realizados para consolidar o Plano Nacional de Saneamento Rural. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos,** Presidente do CNS, avaliou que as comissões devem debater os temas levantados durante o debate (pesquisas de contratação direta, por exemplo) e levantar subsídios para definição de propostas de encaminhamentos concretos para enfrentar essa situação. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** informou que o representante do Ministério da Saúde indicado para apresentar os dados epidemiológicos estava presente e a apresentação dele fora disponibilizada aos conselheiros. Como encaminhamento, sugeriu que os conselheiros analisassem a apresentação e, se fosse o caso, fizessem considerações após as respostas das convidadas. Também disse que há um esforço do Ministério da Saúde com a FUNASA e associações na área de saneamento e frisou que representantes do Ministério poderiam ser convidados para levar discussão mais abrangente às comissões. **Retorno da mesa.** A assessora da Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, **Mariana Leal,** respondeu aos questionamentos dos conselheiros explicando que: 1) as ações estão conectadas à orientação atual da OMS; foi feito estudo das ocorrências no RESP com as novas medições e o comportamento das curvas é estável (ou seja, crianças com microcefalia não deixam de ser incluídas, por outro lado, estão sendo incluídas não somente aquelas com microcefalia, mas também outras que apresentam alterações nos exames – com isso, garante-se mais precisão para a entrada das crianças, com ampliação dos critérios, não só pela medição do perímetro encefálico. Não Haverá grande aumento ou diminuição de casos porque a epidemia está estabilizada e a melhor precisão possibilitará diagnóstico mais preciso; o MS está trabalhando com parceiros na perspectiva de recuperação de dados anteriores para reclassificação do ponto de vista da pesquisa (série histórica); 30% dos casos acompanhados pela atenção não estão notificados na vigilância; o novo protocolo recomenda a investigação de outras doenças – sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, entre outras, possibilitando associação com as anomalias congênitas; está sendo debatida a possibilidade de monitoramento e vigilância mais ampliada das anomalias congênitas; é preciso qualificar o diagnóstico, até mesmo porque há tratamento; a intenção é qualificar a capacidade e monitoramento dessas doenças; e está sendo feita busca ativa das crianças. A Tecnologista em Gestão de Políticas Públicas/MS, **Cássia Fernandes,** respondeu às perguntas esclarecendo: 1) Projeto *Wolbachia* - a *Wolbachia* é uma bactéria natural da natureza e não se trata de mosquito transgênico; a nova ampliação do projeto foi aprovada pela CONEP e foi autorizada pelo IBAMA; foi feita consulta a órgãos mesmo não sendo necessário por não ter impacto; 2) Dados epidemiológicos para continuidade da pesquisa – de 2011 a 2015, foram criados os mosquitos e feito estudo da tecnologia, em seguida, foram soltos; primeiro, a soltura ocorreu em áreas restritas para garantir o monitoramento; a perspectiva do projeto, de 2012-2019, é a soltura em grandes centros urbanos e chegará ao Nordeste; há estudos internacionais demonstrando a eficiência em relação à dengue; 3) Recursos - além dos recursos do Brasil, há perspectiva de recursos internacionais porque outros países estão interessados em pesquisas para evitar que a epidemia se alastre; um dos objetivos da RENEZIKA é a identificação de fontes de financiamento; 4) Resultados – o edital começou agora e há previsão de resultados em curto, médio e longo prazo; a partir dos resultados, serão definidas prioridades; 5) Transparência – dos R$ 154 milhões do Ministério da Saúde para contratação, R$ 100 milhões foram destinados para vacina fase 3 da dengue sob a responsabilidade do Butantã, R$ 12 milhões para o projeto *Wolbachia*; e R$ 30 milhões para as outras pesquisas; muitas das pesquisas de contratação direta dão continuidade a estudos que já estavam começando; os projetos possuem controle; o edital tem prazo de 4 anos para resposta e será feito monitoramento quadrimestral das pesquisas do edital; 6) uma das pesquisas na região Nordeste visa identificar a população e o Ministério da Saúde tem o cuidado de dar peso maior a pesquisas que tratam de aspectos específicos. A representante da diretora do DEGES/MS, **Betânia Meireles**, respondeu aos questionamentos destacando que: é preciso reconhecer e valorizar as práticas realizadas pelos profissionais nos territórios e investir ainda mais na estratégia de divulgação dos espaços nos territórios para maior acesso dos profissionais a estes espaços; foi definida parceria com a OPAS, com investimento para aprimoramento do Portal (é um espaço voltado para profissionais de saúde); questões de longo prazo – o Ministério da Saúde compartilha e debate com as SES e SMS para atingir as populações específicas; o momento é de planejamento, com revisão do que foi feito no período de novembro de 2015 a novembro a 2016 e definição de ações permanentes; foi publicado edital da residência e está incluída a temática do combate ao *Aedes* e suas consequências. O Presidente do CNS elogiou as expositoras pelas apresentações e reiterou que as informações da SVS foram disponibilizadas aos conselheiros. **Relatório de Adesão dos Municípios ao Prontuário Eletrônico –** O diretor do Departamento de Atenção Básica – DAB, **Alan Nuno**, iniciou sua exposição informando que o Ministro da Saúde lançou, no dia 6 de outubro, a versão 2.1 do E-SUS AB. A atualização traz melhorias significativas, tanto na Coleta de Dados Simplificada (CDS), quanto no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). Além disso, traz o aplicativo e-SUS AB Território, que foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde para ser utilizado no processo de trabalho dos agentes de saúde (ACS/ACE/AAS). Explicou que os municípios brasileiros têm 60 dias para adotarem o prontuário eletrônico no atendimento ao cidadão ou justificarem os motivos da não implantação do prontuário. O pagamento do PAB Variável fica condicionado ao envio de informação por meio do prontuário eletrônico. Disse que na última reunião da CIT, realizada no dia 24 de novembro de 2016, foi pactuada a Resolução nº. 7, publicada no dia 28, que define o uso do prontuário e conjunto de regras. Explicou que 1.959 municípios (até o final de novembro de 2016) utilizam solução de prontuário eletrônico (35,2%), em 10.835 unidades básicas de saúde, representando 26,1% das unidades do país. Em relação às justificativas, explicou que, até 6 de dezembro de 2016, 4.487 municípios justificaram (80,6%) os motivos da não implantação do prontuário (por problema de equipamento, por problema de conectividade, falta de capacitação ou treinamento dos profissionais, capacidade institucional do município em dar suporte na área de TI). O Ministério da Saúde está contatando os municípios que não justificaram para fazê-lo, a fim de não serem prejudicados. De posse desses dados, o MS apresentará relatório no dia 14 de dezembro detalhando os motivos apresentados no formulário de justificativas. A partir das informações, em janeiro de 2017, será apresentado plano de apoio à implantação do prontuário. Explicou que a intenção do MS é distribuir computadores às unidades que não possuem e implantar programa de apoio à conectividade nos municípios. Também informou que foi realizado pregão eletrônico para aquisição do repositório nacional para o registro eletrônico de saúde que permitirá, a partir de fevereiro de 2017, prontuários compartilhados entre os serviços da atenção básica. Detalhou que essa é a primeira etapa da implantação do registro eletrônico de saúde e a intenção é expandir aos serviços de saúde. Finalizou destacando que a intenção é ampliar a capacidade dos profissionais de saber as condições de saúde dos usuários, e possibilitar a adoção de planos terapêuticos mais apropriados. E, no caso da atenção básica, possibilitar a troca de informações para garantir a coordenação do cuidado e aumentar a capacidade de resolutividade das unidades. **Manifestações.** Conselheiro **Artur Custódio M. de Souza** pontou os seguintes aspetos na sua fala: 1) é preciso solicitar documento detalhando a documentação do sistema e do fluxo das informações, porque, até então, tem circulado texto genérico. 2) "informatizar" sem intenso e contínuo processo de capacitação (não apenas treinamento) das equipes, é perda de recursos públicos como aconteceu com os milhões de reais desperdiçados na implantação do Sistema do cartão SUS; 3) obrigatoriedade de total transparência nos valores envolvidos e não só no sistema (recursos dos municípios, aquisição de equipamentos, conectividade); 4) não há justificativa, fundamentação e estudo que expliquem a necessidade de adoção de identificação biométrica digital; 5) o cartão/prontuário não pode funcionar como barreiras que impeçam o atendimento dos usuários. Por fim, disse que defende a incorporação da TI em saúde, mas é preciso cuidado na implantação sob pena de repetir erros do passado que prejudicaram o SUS.Conselheiro **Adriano Félix** saudou a iniciativa, mas manifestou preocupação com a viabilidade de implantação, uma vez que muitas unidades de saúde não possuem, sequer, computador. Também manifestou preocupação com o acesso ao prontuário eletrônico e perguntou o que está previsto para assegurar o sigilo e a confidencialidade dos dados dos usuários. Conselheiro **Moyses Toniolo de Souza** disse que é preciso assegurar prazo maior aos gestores que assumirão em janeiro de 2017 para tomar conhecimento da situação e não serem prejudicados com suspensão de recursos pela não justificativa do gestor anterior. Também manifestou preocupação com sigilo e confidencialidade dos dados do Prontuário Eletrônico, especialmente dos pacientes com doenças crônicas, principalmente infectocontagiosas, que sofrem preconceitos. Conselheira **Juliana Acosta Santorum** perguntou como o gestor municipal irá priorizar o investimento em informatização diante da escassez de recursos na área da saúde. Conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo** perguntou qual o prazo para viabilizar a infraestrutura necessária à implantação do Prontuário e destacou preocupação com a possibilidade dessa ferramenta ser uma barreira para o acesso do usuário (inviabilizar o atendimento dos usuários nos casos de falta de energia, por exemplo). Conselheiro **Nilton Pereira Júnior** perguntou se houve perda de dados dos municípios do E-SUS e como está o contrato de banda larga para os municípios. Conselheira **Francisca Valda** **da Silva** perguntou queestratégia será adotada para apoiar os municípios na implantação do Prontuário a fim de não sejam penalizados com suspensão de recursos. **Retorno da mesa.** O diretor do DAB/MS, **Alan Nuno**, em resposta às intervenções, disse que: é importante debater o fluxo do sistema porque afeta o processo de trabalho e colocou-se à disposição para apresentar o modelo que se defende; há vários estudos que demonstram a importância do prontuário eletrônico - sugestão: convidar profissionais que utilizam prontuário para falar sobre o impacto no atendimento em saúde; a ferramenta potencializa o atendimento e não se trata de barreira do acesso; o tema do sigilo e da confidencialidade é central no debate do compartilhamento de informações dos usuários e há protocolos a esse respeito; com o registro eletrônico, o prontuário ficará de posse do usuário e este definirá quem e qual informação poderá ser acessada; o prazo para justificar a não implantação é 10 de dezembro de 2016 e os novos gestores de municípios que não justificaram serão contatados; os investimentos em informatização não concorrerão com a atenção aos usuários; é preciso realizar capacitação para qualificar o uso adequado do prontuário eletrônico; o MS fará investimento importante em 2017 para informatizar as unidades de saúde; nenhum município informou perda de dados com a nova versão do sistema; o contrato de banda larga foi encerrado por conta do alto custo e da dificuldade de gestão por parte do Ministério da Saúde (4 mil unidades possuíam conectividade e hoje estão sem) - a intenção deste Ministério é estabelecer custeio mensal para os municípios contratarem banda larga e fazerem a gestão. Feitos esses esclarecimentos, o Presidente do CNS passou aos encaminhamentos que emergiram do debate. **Deliberação:** **o Plenário decidiu que o tema deverá ser debatido no Grupo de Trabalho do CNS sobre Atenção Básica, que será constituído; e que as Comissões Intersetoriais de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica – CICTAF e de Recursos Humanos e Relação de Trabalho – CIRHRT promoverão debate sobre o impacto das forças produtivas nos processos de trabalho. Edital do Programa Mais Médicos –** ACoordenadora de atividades, da equipe de Planejamento e Dimensionamento da SGTES/MS, **Grasiela Damasceno de Araújo,** atualizou as informações sobre o Programa mais Médicos, nos termos do Edital nº 14 de 2016. Explicou que o Edital prevê 1.178 vagas, mas esse número poderá variar porque foram abertas vagas preferencialmente aos médicos brasileiros que estão no PROBAB para que continuem no Programa na modalidade do Projeto mais Médicos (por mais três). Detalhou que essa é uma estratégia que visa estabelecer vinculo maior entre os médicos e as comunidades que atendem. Destacou que as 1.178 vagas deverão ser confirmadas pelos gestores de 15 de dezembro de 2016 a 5 de janeiro de 2017. Acrescentou que o edital prevê a participação de médicos brasileiros formados no exterior. No mais, comunicou que os médicos brasileiros participantes do Programa poderão solicitar a renovação do prazo de permanência no Programa (3 anos). **Manifestações.** Conselheiro **Adriano Félix** perguntou como substituir os médicos estrangeiros do Programa considerando que os brasileiros não querem ir para o interior. Conselheira **Semiramis Maria Amorim Vedovatto** também questionou como ficará a situação dos pequenos municípios e dos distantes quando os médicos brasileiros não querem ir para áreas longínquas. Salientou que os médicos estrangeiros contribuíram para melhorar a qualidade de vida das populações – redução da mortalidade materna, por exemplo – em locais antes esquecidos. Portanto, manifestou preocupação com as novas regras do Programa. Conselheiro **Nilton Pereira Júnior** destacou que a intenção do Edital é repor as 1100 vagas (substituição de médicos cubanos e preenchimento de vagas ociosas). Todavia, a mudança no tempo de permanência no Programa (antes, os médicos teriam que participar um ano para receber os 10% de bônus na prova da residência médica, agora, são três anos) dificultará a fixação do médico na Região. Conselheira **Juliana Santorum** falou sobre a Nota lançada pela CONTAG sobre o Programa Mais Médicos. Lembrou que de 2013 para cá, o programa Mais Médicos para o Brasil contratou 18.240 médicas e médicos, beneficiando 63 milhões de pessoas em 4.058 municípios de todo o País. Aproximadamente 13 mil médicos estrangeiros participam do programa e, dentre estes, cerca de 11 mil são cubanos, devido à baixa procura pelos profissionais formados no Brasil. O programa foi criado a partir de reivindicações da população por ampliação do acesso às ações e serviços de saúde. A realidade no Brasil era de alta concentração de médicos nas capitais e grandes cidades, principalmente nas regiões Sudeste e Sul. Desde o primeiro edital, é baixo o interesse dos médicos brasileiros, e são estes profissionais que mais evadem do programa. Em curto prazo, o Mais Médicos vem cumprindo com o papel de ampliação de acesso ao SUS, com a superação gradativa dos vazios assistenciais e ampliação da Atenção Básica. Nestes três anos, o programa tem levado profissionais médicos para as periferias das grandes cidades, comunidades rurais e indígenas, munícipios do interior do País, lugares estes que não conseguiam fixar médicos brasileiros. Em médio e longo prazo, o programa pretendia criar novos parâmetros para a formação médica, superando a concentração de cursos em grandes centros urbanos, que atendem mais a lógica de mercado do que as necessidades sociais, não considerando se o local tem condições, ou se já existem muitos médicos na região. Modifica, também, o formato de acesso à residência médica, priorizando a Saúde da Família. O programa prevê, ainda, ações voltadas ao investimento em infraestrutura e expansão de serviços e unidades de saúde. Mas, o programa Mais Médicos está ameaçado. Uma Comissão Mista no Senado está avaliando 28 emendas ao texto original da Medida Provisória 723/16, que prorrogou por mais três anos o programa. As emendas dizem respeito, principalmente, à formação médica brasileira e à permanência de médicos estrangeiros no programa. O atual ministro da Saúde, Ricardo Barros, anunciou mudanças significativas para o próximo edital do programa: substituir cubanos por brasileiros e as vagas serão para capitais, regiões metropolitanas e municípios com mais de 250 mil habitantes. Este novo formato que o governo pretende adotar mantém a mesma lógica de antes: concentrar médicos brasileiros nas grandes cidades, atendendo os interesses da corporação médica, que desde o início foi contra o Mais Médicos. O que estamos vendo é uma desconfiguração total do programa Mais Médicos para o Brasil. Com as ameaças apontadas, características do programa se perdem totalmente e só restará o seu nome. A participação de profissionais estrangeiros é essencial para o atendimento nas regiões mais vulnerabilizadas do País, onde médicos brasileiros não querem ir. A prioridade deve continuar sendo os municípios do interior, as periferias e as áreas mais remotas. Os sujeitos que vivem no campo, na floresta e nas águas também têm seus direitos. Disse que a CONTAG se manifesta contrária às condições do novo edital e as emendas parlamentares que visam deturpar as características originais do Mais Médicos. Para ter saúde no campo, um SUS do tamanho do Brasil!. Por fim, disse que é preciso pautar apresentação no CNS sobre os resultados do Programa, sobretudo dos eixos da formação e infraestrutura. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** defendeu a manutenção do Programa na forma como foi pensado originalmente e sugeriu a elaboração de moção do CNS agradecendo os médicos cubanos que participaram do Programa mais Médicos e prestaram atendimento à saúde da população brasileira. Conselheira **Francisca Valda da Silva** também manifestou preocupação com a possibilidade de desfiguração do Programa mais Médicos e lembrou que o CNS defendeu que este fosse uma etapa de um “programa mais saúde”, com equipe multiprofissional. Perguntou se há estudo do Ministério acerca das 28 emendas ao texto original da Medida provisória 723 que desfigura o Programa em relação à ida de médicos para municípios com baixo IDH, mudança no perfil dos profissionais médicos. Também perguntou o significado da extinção de 300 cargos no âmbito do Programa. Conselheira **Liu Leal** manifestou preocupação com a possibilidade de desassistência a várias populações por conta da mudança no Programa, configurando-se em agravante da universalização da saúde e do acesso. Também sugeriu incluir no item “radar” o monitoramento da alocação dos médicos do Programa. Por fim, perguntou sobre os outros dois eixos do Programa: residência e graduação e solicitou informações sobre a precedência acerca da alocação do PAB. Conselheiro **Rildo Mendes** destacou que os médicos cubanos participantes do Programa foram a locais onde os médicos brasileiros não quiseram ir como as aldeias indígenas. Assim, manifestou preocupação com a situação das comunidades indígenas diante da nova proposta para o Programa. Conselheira **Carmem Lúcia Luiz** defendeu a manutenção do Programa no formato original, por entender que a nova proposta, apresentada pelo governo, significa “menos médicos”. Conselheira **Jani Betânia Souza Capiberibe** também defendeu a manutenção do Programa no formato original, a fim de garantir a permanência de médicos nos estados que antes não tinham esse profissional. Conselheira **Maria das Graças Silva Gervásio** perguntou qual a perspectiva de retomar o Programa na forma original. Retorno da mesa. A coordenadora de atividades/SGTES/MS**, Grasiela Damasceno de Araújo,** comentou as falas dos conselheiros destacando, inicialmente, a importância de monitoramento do Programa mais Médicos. Sobre o processo de reposição de vagas, explicou que a meta do Programa, já cumprida, é de 18 mil médicos. Destacou que a reposição de vagas é um processo constante e acontece por meio de dois mecanismos: editais de provimento; e cooperação Brasil/OPAS/Cuba. No início de 2016, foi realizado estudo sobre a atratividade das vagas para os médicos brasileiros e a conclusão foi que as 18 mil não poderiam ser ocupadas por médicos brasileiros, em sua plenitude, sendo necessário manter a cooperação, no mínimo, por mais 3 anos. Assim, o governo brasileiro, governo Cubano e OPAS definiram manter mais de 9 mil vagas por cooperação. Todavia, essas vagas não serão substituídas de uma vez. Assim, o processo atual de substituição se iniciará pelos médicos do primeiro ciclo e, em 2017, os médicos dos próximos ciclos. Destacou que os editais visam a reposição de vaga de médicos brasileiros e intercambistas individuais. Explicou que será verificado, por meio dos editais, se as vagas oriundas da cooperação serão ocupadas, de fato, por brasileiros. Se não, a decisão será revista com a possibilidade de serem ocupadas por meio da cooperação. Destacou que, paralelamente à reposição das vagas de médicos brasileiros e intercambistas individuais, está sendo feita reposição das vagas pela cooperação. A previsão é a seguinte: 1.384 de novos médicos da cooperação, em dezembro de 2016; 1.000 em janeiro de 2017; e 1.000 em fevereiro de 2017. Também informou que será realizada nova reunião tripartite - governo brasileiro, governo Cubano e OPAS - em Cuba, para definir o planejamento da reposição das vagas em 2017, a partir de março de 2017. Explicou que o processo de transição não é rápido, mas não deve ultrapassar o período de 90 dias para que o município não fique sem o PAB e seja prejudicado. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** propôs que o tema seja pauta permanente da CIRHRT/CNS, para debate e monitoramento (chamar representantes do Ministério da Saúde para aprofundar debate); e pautar informes permanentes sobre o Programa mais Médicos nas reuniões do Conselho (item do Radar). Devido à exiguidade do tempo nas reuniões do CNS, propôs que fossem debatidas em plenário as questões macro e estratégica e os temas fossem aprofundados nas comissões afins. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, lembrou que é papel das comissões aprofundar debate e trazer subsídios para deliberação do CNS. Disse que não há contradição acerca do encaminhamento apresentado: definir o tema como pauta permanente da CIRHRT/CNS, para debate e monitoramento; e pautar informes permanentes sobre o Programa mais Médicos nas reuniões do Conselho (item do Radar). As demais comissões devem aprofundar o debate sobre os temas afins. Conselheiro **Moyses Toniolo de Souza** solicitou ao Ministério da Saúde que apresente, por escrito, as informações sobre os itens pautados no Conselho para facilitar a análise dos dados. O assessor técnico da CIRHRT/CNS, **Americo Yuiti Mori,** interveio para informar que o CNS solicitou acesso ao sistema de gerenciamento de Programas, responsável pela gestão dos dados do Programa Mais Médicos, e a Comissão iniciou processo de monitoramento da alocação dos médicos do Programa. A coordenadora de atividades, da equipe de Planejamento e Dimensionamento da SGTES/MS**, Grasiela Damasceno de Araújo,** respondeu às demais intervenções destacando que disponibilizará a senha de sistema, para monitoramento. Informou ainda que é realizada formação dos médicos cubanos por meio dos módulos de acolhimento (módulos de acolhimento em Cuba – formados 1.500 médicos em outubro; mais 1.500 em formação no mês de novembro e esse processo continuará de janeiro a maio de 2017). Após esse módulo de acolhimento, os médicos realizam a especialização. Acrescentou que nesse processo de planejamento está sendo feita atualização para especialização a fim de ser ofertada aos médicos que irão chegar. Além disso, está disponível outros módulos educacionais de assuntos diversos de interesse do SUS. Também explicou que o PROVAB está suspenso temporariamente, por isso, não foi ofertado neste edital. Disse que aguarda as informações sobre a oferta nos próximos editais. A respeito das residências, disse que foram lançados 3 editais – nº 5, medicina de família e comunidade; n°. 16 – residência médica; e n°. 17 – financiamento de bolsas das residências em área profissional. Acrescentou que o foco dos editais da área médica e profissional é o enfrentamento da zika, dengue e chikungunya. Acrescentou que a previsão é iniciar a publicação das portarias de resultado a partir de 20 de dezembro de 2016. Conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** solicitou a representante do MS informações sobre a abertura de cursos de medicina em municípios distantes como parte do Programa. O Presidente do CNS solicitou que a SGTES/MS solicite as informações sobre os componentes do Programa. **Deliberação: neste item, o Plenário decidiu redigir moção agradecendo os médicos cubanos que participaram do Programa mais Médicos e prestaram atendimento à saúde da população brasileira. O texto da moção seria apresentado posteriormente. Indicadas para redigir o texto: Maria Laura Carvalho Bicca, Juliana Santorum e Cleneide Paulo Oliveira. Além disso, o Pleno decidiu: solicitar à SGTES o envio de informações detalhadas sobre o Programa, para serem distribuídas aos conselheiros; definir o tema como pauta permanente da CIRHRT/CNS, para debate e monitoramento; e pautar informes permanentes sobre o Programa mais Médicos nas reuniões do Conselho (item do Radar). Deliberação geral do item “Radar”: solicitar ao Ministério da Saúde que apresente por escrito as informações sobre os itens pautados para facilitar a análise dos dados. Resultado do Grupo de Trabalho sobre Planos de Saúde Acessíveis.** *Apresentação:*conselheira **Karla Larica Wanderley**, representando o Ministério da Saúde. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** justificou que o **Secretário** de Atenção à Saúde – SAS, **Francisco** **de Assis Figueiredo**, não pôde estar presente para apresentar informe sobre o tema, por conta da reunião da Tripartite, mas enviou dados para serem apresentados ao CNS.Além disso, informou que o Ministro de Estado da Saúde estava na reunião da Tripartite e estaria presente à reunião do CNS às 16h.Em seguida, apresentou a novaconselheira **Karla Larica Wanderley,** representante do MS, e abriu a palavra a ela para informe.Segundo relato da conselheira,21 entidades relacionadas ao tema foram convidadas para debate do temae até aquele momento foram realizadas cinco reuniões. Destacou que os resultados do debate serão encaminhados à ANS para análise e manifestação. Após a manifestação da Agência, será marcada nova reunião para elaboração de proposta a ser apresentada. Conselheiro **Moyses Toniolo de Souza** lamentou a ausência do secretário da SAS/MS para informe mais detalhado e a falta de informações mais concretas sobre os debates feitos até aquele momento. Conselheiro **Nilton Pereira Junior** solicitou à representante do MS que detalhe as 21 entidades convidadas para debater o tema. Além disso, solicitou que as reuniões da CIT não coincidam com as reuniões do CNS, a fim de evitar prejuízos aos debates deste Colegiado. Lembrou que a Portaria nº 1.482/2016, assinada pelo Ministro da Saúde, definiu que o GT encerraria os seus trabalhos no dia 4 de dezembro de 2016 e apresentaria relatório final. Além disso, recordou que o Ministro da Saúde não homologou a Resolução CNS n.º 534/2016 contrária a qualquer proposta de criação de Planos de Saúdenão foi assinada a Resolução do CNS e que solicita a revogação da Portaria nº 1.482/2016. Como encaminhamento, sugeriu que o CNS aprovasse moção de repúdio ao descumprimento dessa Portaria, caso o relatório não fosse apresentado até o dia seguinte. Atendendo à solicitação, conselheira **Karla Larica Wanderley** listou as 21 entidades convidadas para debater o tema: Confederação Nacional de Saúde – CNS; ANAB; Unidas; AMB; ABRANGE; CNSEG; IDEC; UNIMED; APM; IESS; CMB; ANS; CONASS; CONASEMS; SENACON; ANAHP; PROTESTE; SINOG; SIBEM; HUMANITAS; e FENASAUDE. Conselheiro **Neilton Araujo de Oliveira** informounão será possível apresentar relatório final no dia seguinte, porque as proposições seriam apreciadas pela ANS e retornariam ao GT para finalização da proposta. Diante desse esclarecimento, conselheiro **Nilton Pereira Júnior** sugeriu que o CNS elaborasse moção de repúdio ao Ministério da Saúde pelo descumprimento do prazo de entrega do Relatório Final do grupo de Trabalho sobre Planos Acessíveis definido na Portaria nº 1.482/2016; pela não homologação da Resolução CNS n.º 534, de 19 de agosto de 2016. O Presidente do CNS sintetizou os encaminhamentos oriundos do debate. **Deliberação: o Plenário decidiu elaborar moção de repúdio ao Ministério da Saúde pelo descumprimento do prazo de entrega do Relatório Final do grupo de Trabalho sobre Planos Acessíveis definido na Portaria nº 1.482/2016; pela não homologação da Resolução CNS n.º 534, de 19 de agosto de 2016, que se posiciona contrário a qualquer proposta de criação de Planos de Saúde a exemplo do Grupo de Trabalho para discussão e elaboração de projeto de Plano de Saúde Acessível; e repúdio à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS pela ausência de discussão sobre o projeto de Planos Acessíveis de Saúde na Câmara de Saúde Suplementar - CAMSS, mesmo após requerimentos feitos pela representante do Conselho Nacional de Saúde e pela Mesa Diretora do CNS. Além disso, o Plenário decidiu que: o tema será permanente no item “Radar” das reuniões do Conselho para monitoramento deste Colegiado; e a Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar acompanhará o debate deste tema no âmbito do Ministério da Saúde, inclusive requisitando informações à SAS/MS.** Definido esse ponto, a mesa encerrou a manhã do primeiro dia de reunião e suspendeu para o almoço. Retomando, a mesa foi composta para o item 3 da pauta. **ITEM 3 – PLANO DE AÇÃO NACIONAL PARA A PREVENÇÃO E CONTROLE DA RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS -** *Apresentação:* **Synara Cordeiro,** representando o Diretor do Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis – DEVIT/SVS/MS. *Coordenação:*conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira,** da Mesa Diretora do CNS. A expositora inicialmente cumprimentou o Colegiado e justificou a ausência do Diretor do Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis – DEVIT/SVS. Começando a explanação explicou que a resistência antimicrobiana (RAM) não é um fenômeno recente, mas um problema crítico de saúde pública hoje em dia. Durante várias décadas e em diferentes níveis, as bactérias responsáveis pelas infecções comuns desenvolveram resistência a cada novo antibiótico criado e a RAM evoluiu, tornando-se uma ameaça à saúde mundial. Com a escassez de novos antibióticos no mercado, a necessidade de medidas para evitar uma crise global na área da saúde é cada vez mais urgente. Salientou que a resistência aos antimicrobianos (RAM) é considerada, atualmente, um dos maiores problemas na saúde global. Desde 2014, cientistas comentam sobre uma era pós-antibióticos. Destacou que, apesar de ocorrer naturalmente, o problema tem se acelerado e agravado a partir de: uso impróprio de medicamentos antimicrobianos; de programas de prevenção e controle de infecções inadequados ou inexistentes; da má qualidade dos medicamentos; da baixa capacidade analítica dos laboratórios; da vigilância e monitoramento inadequados ou inexistentes; e da regulação insuficiente do uso de antimicrobianos. Esclareceu que as infecções já não são suscetíveis aos medicamentos comuns utilizados no seu tratamento. Dados provenientes de todo o mundo confirmam que a RAM, incluindo a resistência a múltiplos agentes, tem aumentado para vários patógenos responsáveis por infecções em unidades de saúde e na comunidade. Detalhou que são consequências diretas da RAM: prolongamento da doença; aumento da mortalidade; aumento da permanência hospitalar; ineficácia de tratamentos preventivos para procedimentos médicos: muitos dos avanços médicos dos últimos anos, tais como a quimioterapia para o tratamento do câncer e o transplante de órgãos, dependem da disponibilidade de medicamentos antimicrobianos; aumento dos custos de diagnósticos e de tratamento: consultas, infraestrutura, rastreamento, custo de equipamentos, medicamentos. Além dessas, disse que existem consequências indiretas da RAM como as perdas econômicas por queda de produtividade provocada pela doença e perda da produtividade: perda do rendimento, diminuição da produtividade do trabalhador, tempo gasto pela família. Fez um destaque à publicação “Tackling drug-resistant infections globally: final report and recommendations”, de Jim O'Neill, economista inglês conhecido por ter criado o termo BRICS para se referir as economias do Brasil, Índia, Rússia , China e a África do Sul. O livro fala do impacto da RAM destacando, entre outros aspectos, os óbitos anuais atribuídos à RAM e o custo para a economia global de USD (100 trilhões). No contexto mundial, explicou que, em 2011, a OMS introduziu um pacote de políticas para combater a AMR, listando ações críticas para cada *stakeholder* com o intuito de estimular a mudança. Em 2013, a Organização iniciou uma análise situacional de 133 países para conhecer a extensão das práticas efetivas e das estruturas para o combate à AMR. Em 2014, na 67ª Assembleia Mundial de Saúde - AMS, reconheceu-se a necessidade de se elaborar um plano de ação global para conter o problema e de se aplicar a abordagem multissetorial; e foi firmado compromisso de submeter à 68ª AMS (2015) um *draft* do plano de ação global. Em novembro de 2015, foi publicado Plano de Ação Global em RAM. Ainda no contexto mundial, detalhou que em fevereiro de 2016 foi publicado o Manual para elaboração dos planos de ação nacionais em RAM; em maio de 2016, foi feito informe sobre a elaboração dos planos nacionais na 69ª AMS; em setembro de 2016, foi realizada reunião de Ato Nível sobre RAM na Assembleia Geral da ONU - adesão de 193 países (21/09/2016); e maio de 2017: prazo para elaboração dos planos nacionais. Detalhou os países que possuem plano nacional de AMR: África: África do Sul e Etiópia; América: Canadá e Estados Unidos, Argentina e Chile; Ásia: Austrália, Camboja, Filipinas, República das Fiji, Vietnã; Europa: Alemanha, Espanha, Holanda, Noruega, Reino Unido, Macedônia e República Tcheca. Disse que abril de 2015 foi publicado o resultado da análise situacional dos países– 133 países com destaque para os seguintes aspectos: poucos países possuíam planos nacionais multissetoriais de combate à AMR; o monitoramento da RAM é infrequente; há países onde a má qualidade de medicamentos/falsificação está relacionada à ausência de padrões ou autoridades regulatórias; poucos países realizam controle do acesso a antimicrobianos; as populações estão pouco alertas ao problema; e há países sem um programa de prevenção e controle de infecções. Seguindo, falou sobre o Plano de Ação Global em Resistência a Antimicrobianos, publicado em novembro de 2015 que prevê o **engajamento** dos Estados-Membros no desenvolvimento de seus planos de ação nacionais até maio de 2017. O objetivo é assegurar a continuidade da capacidade de tratar e prevenir doenças infecciosas com medicamentos efetivos, seguros e de qualidade, utilizados de forma responsável e acessíveis a todos que deles necessitem. Escopo: resistência aos antimicrobianos. Enumerou os princípios do Plano: 1) Engajamento de toda a sociedade, incluindo a abordagem *One Health (Slid;* 2) Primeiro a prevenção; 3) Garantir o acesso e ao mesmo tempo evitar o excesso; 4) Sustentabilidade das intervenções; e 5) Metas incrementais de implementação. **Explicou que foi constituído** Grupo de Trabalho, **em outubro de 2016,** para elaboração do Plano de Ação Nacional de Prevenção e Controle da Resistência aos Antimicrobianos (PAN-BR). Detalhou que o Grupo é uma instância colegiada composta por representantes, 2 (dois) titulares e 2 (dois) suplentes, dos seguintes órgãos e entidades: I - Ministério da Saúde, que coordenará o Grupo de Trabalho; II - Casa Civil da Presidência da República; III - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); IV - Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento; V - Ministério do Meio Ambiente; VI - Ministério da Educação; VII - Ministério de Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações; VIII - Ministério da Defesa; IX - Ministério da Justiça e Cidadania; e X - Ministério das Relações Exteriores. Ainda sobre o Plano de Ação Global, detalhou que os princípios são: engajamento de toda a sociedade, incluindo a abordagem *One Health );* Primeiro a prevenção; Garantir o acesso e ao mesmo tempo evitar o excesso; Sustentabilidade das intervenções; e Metas incrementais de implementação. São objetivos estratégicos do Plano: melhorar a conscientização e a compreensão a respeito da resistência aos antimicrobianos por meio de comunicação, educação e formação efetivas; reforçar os conhecimentos e a base científica por meio da vigilância e da investigação; reduzir a incidência de infecções com medidas eficazes de saneamento, higiene e prevenção de infecções; utilizar de forma racional/prudente os medicamentos antimicrobianos na saúde humana e animal; e preparar argumentos econômicos voltados para um investimento sustentável e aumentar os investimentos em novos medicamentos, meios diagnósticos e vacinas e em outras intervenções.Também falou sobre o Manual para elaboração dos planos nacionais. Ressaltou que, para trabalhar os objetivos estratégicos diante de um tema tão transversal, foram definidas as seguintes ações: melhorar a conscientização e a compreensão a respeito da resistência aos antimicrobianos por meio de comunicação, educação e formação efetivas; reforçar os conhecimentos e a base científica por meio da vigilância e da investigação; reduzir a incidência de infecções com medidas eficazes de saneamento, higiene e prevenção de infecções; utilizar de forma racional/prudente os medicamentos antimicrobianos na saúde humana e animal; e preparar argumentos econômicos voltados para um investimento sustentável e aumentar os investimentos em novos medicamentos, meios diagnósticos e vacinas e em outras intervenções. Assim, para trabalhar a resistência a antimicrobianos foi adotado o método dos “5 porquês” para identificar causas raízes e definição de objetivos específicos, intervenções e atividades, com estabelecimento do mecanismo de governança, diagnóstico e problematização, elaboração do plano de ação e alinhamento ao Plano de Ação Nacional. Explicou que foram identificados oito problemas principais com 74 causas raízes identificadas e associadas a diferentes setores. Detalhou os problemas principais da resistência aos antimicrobianos: há um mecanismo natural de adaptação do microrganismo; a inovação em tecnologias de saúde não acompanha a velocidade da adaptação dos microrganismos; há uso indevido de antimicrobianos em humanos; uso terapêutico indevido de antimicrobianos em animais; há uso de antimicrobianos para fins não-terapêuticos em animais; há exposição humana e animal a resíduo de antimicrobianos e aos microrganismos resistentes presentes no meio ambiente; as medidas de prevenção e controle de infecções não são adotadas adequadamente; e há antimicrobianos com desvio de qualidade. Por fim, solicitou o apoio do CNS na divulgação do ciclo de estudos sobre o plano de ação que ocorrerá no dia 9 de dezembro de 2016. **Manifestações**. Conselheira **Elionice Conceição Sacramento** saudou a expositora e destacou que, nesse debate, é preciso responder apergunta: “para atender a qual interesse foi criada a raiz do problema?”. No objetivo estratégico 3, sentiu falta de investimento em medicina tradicional, entendendo que é preciso fazer o caminho inverso. Por fim, perguntou qual é o papel do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento -MAPA no Plano de Ação. Conselheiro **Moyses Toniolo de Souza** explicou que as pessoas que vivem com HIV AIDS enfrentam dificuldade de acessar medicamentos para infecções oportunistas e muitas morrem por falta de tratamento. Também perguntou sobre o fomento a pesquisas para novos fármacos. Conselheiro **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá** avaliou que faltavontade para pesquisar novos fármacos para doenças negligenciadas. Também falou sobre o problema do descarte de medicamentos que contaminam o solo e as águas. Sobre a revolução verde, chamou a atenção para o uso de agrotóxico na agricultura e de antibióticos na agropecuária que causa prejuízo para a sociedade. Conselheira **Carmem** **Lúcia Luiz** perguntou quais os malefícios/prejuízos do uso de produtos antes utilizados para a desinfecção em centros cirúrgicos e hoje vendidos em supermercados sem fiscalização da vigilância quanto ao uso. Conselheiro **Artur Custódio M. Souza** cumprimentou a expositora e destacou que o CNS possui entidades que podem contribuir com esse debate, para além da disseminação da informação, como o Movimento de Luta contra a AIDS, MORHAN. Salientou que há 8 anos o MORHAN trouxe ao CNS um protocolo da OMS de vigilância à multirresistência do bacilo de hanseníase nas antigas colônias e nada foi feito em nível federal. Na esfera estadual, o Movimento, junto com o governo de Minas Gerais, desenvolveu protocolo de vigilância do bacilo multirresistente. Salientou que o bacilo da hanseníase é um dos mais antigos e os fármacos utilizados para tratá-lo são antigos (da década de 80), porque não houve pesquisas específicas. Ressaltou que o sucesso de estratégias como o Plano depende do envolvimento de entidades e movimentos, se possível, desde a elaboração. Nessa linha, recomendou a participação desses atores nessa iniciativa, considerando a expertise de cada um. Conselheira **Lorena Baía** destacou que a resistência antimicrobiana é um grave problema de saúde pública que requer intervenções em diversas frentes. Salientou que se trata de uma questão complexa dada as diversas causas a serem enfrentadas. Destacou, por exemplo, a falta de acesso ao medicamento ou a oferta sem orientação farmacêutica para o uso racional de medicamentos. Sugeriu que seja priorizada a participação popular no GT de elaboração do plano de ação, lembrando que o CNS e os conselhos de classe não foram convidados a participar desse debate. Destacou como iniciativas positivas a realização do congresso do uso racional de medicamentos, o controle da dispensação (RDC n°. 20/2011), o registro por meio do sistema nacional de gerenciamento de produtos controlados. No caso do sistema, disse que é preciso controlar também a dispensação nas unidades de saúde pública. Conselheira **Ivone Martini de Oliveira** saudou a expositora e também manifestou preocupação com a venda livre de saneantes. Conselheiro **Willen Heil e Silva** cumprimentou a expositora, mas manifestou preocupação com o não envolvimento do CNS na construção das ações do MS, entendendo que o Conselho pode trazer grandes contribuições. Salientou ainda a importância de investir nas práticas integrativas e complementares que trazem benefícios e são de baixo custo. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** avaliou que o CNS pode contribuir com o debate dessa temática e defendeu a participação de representante deste Conselho no GT. Além disso, perguntou o impacto do setor agropecuário para essa resistência e o que é “não terapêuticos em animais”. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS,salientou que é preciso levaro debate desse tema para as conferências temáticas de saúde da mulher e de vigilância em saúde, dada a sua relevância. Sugeriu que o GT reforce a necessidade de debate dessa temática nas conferências no sentido de produzir documentos. Conselheira **Maria do Socorro Bezerra Mateus** manifestou satisfação com o debate desse tema no CNS e destacou a importância de atuação da Anvisa, do DAF, da CGLAB/SVS no sentido de trazer benefícios para os usuários do SUS. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** destacou que o tema foi pautado por conta da importância e para levantar contribuições nesse debate. **Retorno da mesa**. **Rosangela Benevides,** especialista em Regulação e Vigilância Sanitária na Anvisa e coordenadora do grupo que colabora com a elaboração do Plano, agradeceu as manifestações de apoio e destacou que as entidades podem contribuir nesse processo. Explicou que é possível rever aspectos do Plano e a proposta foi apresentada nessa perspectiva. Destacou que o problema da resistência é de interesse de todos os países porque atinge todas as economias do mundo. Sobre a medicina tradicional, disse que países tem trabalho esse tema nos planos e lembrou que a OMS estimula a utilização de alternativas de prevenção e não a terapia medicamentosa. Salientou que esse tema foi incluído na pauta de dois grandes grupos econômicos (G20 e G77), com perspectiva de fomento. Lembrou, inclusive, que um dos cinco objetivos é fomento a pesquisas e desenvolvimento de outros medicamentos. Também destacou três programas com cuidado especial da OMS - programas de tratamento do HIV, da tuberculose e malária – por conta dos relatos de resistência aos protocolos de tratamento. Sobre o SNGPC, explicou que foi criado com o objetivo de controlar o acesso livre aos antimicrobianos, mas ainda estão em debate aspectos da medida regulatória que não restrinjam o acesso e evitem o excesso. Reconheceu que o Sistema possui limitação porque só atende a drogarias. Disse o MS está estruturando uma área para monitorar o Sistema e integrar dados. A respeito do descarte, lembrou que é um dos problemas identificados e está em debate. Explicou que o MAPA está debatendo o tema e países discutem o uso de promotores de crescimento (a orientação é não utilização de moléculas importantes). Acrescentou que o Ministério retirou uma molécula dos promotores de crescimento, por conta do risco de tornar-se crítica. Sobre o uso de bactericidas, disse que o Brasil não dispõe de marco regulatório que impeça a utilização, mas outros países começaram a tratar essa questão como problema. Assim, a tendência é definir medida de restrição do uso sob o risco de não ter nenhum saneante hospitalar que funcione. Destacou que a participação do CNS e de outros conselhos é importante nesse processo e sugeriu a definição de estratégia para trabalho conjunto. Também disse que o fracionamento foi identificado como um problema e a MP não teve o efeito esperado. Assim, estão em definição ações com as áreas de registro e fiscalização a esse respeito. A representante do DEVIT/SVS/MS, **Synara Cordeiro,** respondeu que a questão dodescarte dos antimicrobianos está sendo debatida com a CGVAN. Salientou que há lacuna de conhecimento sobre o impacto desses resíduos na saúde humana e animal e o objetivo 5 aponta a necessidade de estudos e pesquisas a esse respeito. Por fim, destacou que essa primeira versão do Plano foi submetida à apreciação do CNS para receber contribuição. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** sintetizou os encaminhamentos que emergiram do debate: solicitar ao Grupo de Trabalho responsável pela elaboração do Plano o envio do material já produzido ao CNS; garantir a participação do CNS no GT (será definida Comissão ou representante do CNS para essa participação); assegurar a participação do GT no processo de preparação da 1ª Conferência de Vigilância em Saúde. Conselheiro **Artur Custódio Moreira de Souza** acrescentou a seguinte proposta: delegar à Comissão de Vigilância em Saúde que acompanhe esse debate, incluindo o tema como pauta permanente. Conselheiro **Willen Heil e Silva** solicitou que o GT se comunique com o departamento que trata da política de práticas integrativas e complementares. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** informou que já mapeou os setores específicos que irão contribuir com a construção do Plano. **Deliberação: neste item, o Plenário decidiu: solicitar ao Grupo de Trabalho responsável pela elaboração do Plano o envio do material já produzido ao CNS; garantir a participação do CNS no GT (será definida Comissão ou representante do CNS para essa participação); delegar à Comissão de Vigilância em Saúde que acompanhe esse debate, incluindo o tema como pauta permanente; assegurar a participação do GT no processo de preparação da 1ª Conferência de Vigilância em Saúde. O Grupo poderá levar o tema às Comissões do CNS para contribuições, sem prejuízo de debate com as entidades que compõem o CNS.** Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** reiterou o compromisso do governo de dar conta dessa tarefa e solicitou o apoio para mobilizar mais setores sobre essa questão. Inversão de pauta. **ITEM 5 – TRABALHO DECENTE PRECONIZADO PELA ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO - OIT E SUAS RELAÇÕES COM A SAÚDE - Guilherme Guimarães Feliciano,** Vice-Presidenteda Associação Nacional dos Magistrados da Justiça do Trabalho – ANAMATRA; **Joílson Antônio Cardoso do Nascimento,** Vice-Presidente Nacional da Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil – CTB; **Renata Coelho Vieira,** Procuradora do Trabalho – MPT. *Coordenação:* conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos,** Presidente do CNS. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, contextualizou que o tema foi pautado atendendo a solicitação da CIRHRT, considerando o contexto de ataque à proteção do trabalho. A primeira expositora foi a Procuradora do Trabalho – MPT, **Renata Coelho Vieira,** que iniciou a sua fala falando da sua trajetória como procuradora do trabalho há dezesseis anos e sua atuação na temática “saúde mental no trabalho, discriminação e inclusão”. Salientou que países da Europa são precursores de estudos sobre saúde mental no trabalho (a França possui estudo desde a década de 50) e no Brasil ainda há pouca doutrina e pesquisa a respeito. Salientou que é impossível falar em trabalho decente sem tratar de saúde mental no trabalho. Feitas essas considerações, reproduziu um vídeo com imagens que ilustram a atuação do MPT. Salientou que se evoluiu muito em regulação, mas ainda não foi possível cumprir as metas da Organização Internacional do Trabalho - OIT para o trabalho decente. Salientou que essas metas podem se resumir a dois grandes eixos - igualdade e dignidade no trabalho - e acrescentou que o SUS e o Ministério da Saúde têm tudo a ver com o trabalho decente. Explicou que, segundo estudiosos, o trabalho ocupa a pessoa como um todo; o trabalho é o eixo central da vida das pessoas; e as pessoas se reconhecem e se identificam pelo que fazem. Tanto assim, o índice de adoecimento e de suicídio na aposentadoria é crescente e os problemas do trabalho repercutem em todas as esferas da vida. Salientou que a virada do capitalismo é “o trabalho remunerado que libertou, hoje aprisiona”. Citou, por exemplo, que no Brasil um bancário se mata a cada três dias e outros três tentam e não conseguem (dados da tese “Patologia da Solidão”, de Marcelo Finase Santos). Disse que, ao contrário do ideal dos utópicos do início do capitalismo, as pessoas trabalham cada vez mais, em ritmo cada vez mais alucinante (“intensificação do trabalho”). Hoje, os setores de serviço possuem nível de demandas e exigências que a saúde humana não é capaz de suportar. Essas demandas não conseguem ser cumpridas nas oito horas de trabalho. Assim, o trabalhador leva o trabalho para outros espaços e, com isso, as pessoas abandonaram espaços comunitários, trabalho voluntário, hobby, religião e o lazer hoje é comercial (“ida aos shopping centers”). Salientou que o trabalhador de hoje precisa ser versátil, flexível e isso tem um preço na saúde mental das pessoas. Não à toa, o rivotril é o segundo medicamento mais distribuído no SUS. Destacou o alto número de doentes na sociedade brasileira hoje, grande parte por causa do trabalho. Por essa razão, disse que os acontecimentos nos ambientes de trabalho precisam ser avaliados e analisados pelo SUS. Todavia, o Sistema não está preparado para atender o adoecimento decorrente do trabalho. Assim, solicitou, em nome do Ministério Público, que a saúde debata o tema “saúde no trabalho”, considerando que está englobado no direito à saúde. E, no caso da mulher, é preciso debater em grau maior porque esta sofre assédio sexual e moral em maior número, mais prolongado e mais grave em comparação ao homem. Além disso, a mulher sofre violência doméstica e citou que, em 2015, 405 mulheres/dia buscaram o sistema por conta de violência doméstica. Nessa situação, perguntou qual tratamento a mulher recebe do Sistema e do seu empregador quando justifica a sua falta. Salientou que dados de adoecimento mental são subnotificados por conta da complexidade da situação e do papel que o SUS precisa exercer nessa rede. Reiterou que saúde mental do trabalho tem relação estreita com trabalho decente. Por isso, saudou a iniciativa de pautar esse tema no Conselho. O segundo expositor foi o Vice-Presidenteda ANAMATRA, **Guilherme Guimarães Feliciano,** que iniciou a sua fala cumprimentando os presentes em nome do Presidente da Associação que não pode estar presente. Fez uma abordagem sobre trabalho decente na perspectiva da OIT, a relação com a saúde pública e o SUS e o que o CNS pode contribuir. Começou destacando que, na visão da OIT, trabalho decente é uma noção que desenvolve tal qual os direitos humanos, que são históricos e evoluem. Esta ideia de trabalho decente envolve cinco elementos: 1) direito ao trabalho – está definido na Constituição Federal – art. 170; 2) liberdade de trabalho - discussão da escravidão ou neoescravidão ou direito de não ser escravizado; 3) trabalho com remuneração equânime e justa; 4) trabalho em condições justas – associa-se às discussões ligadas à saúde e segurança no trabalho, conceito de meio ambiente do trabalho (o SUS está inserido por determinação legal); e 5) direito à associação – direitos sindicais. Salientou que a ideia contrária ao trabalho decente, no que diz respeito à saúde pública, é o trabalho degradante. Assim, as políticas públicas de saúde no ambiente do trabalho devem voltar-se à erradicação do trabalho degradante, que no Brasil é criminalizado (art. 149, Código Penal). Explicou que, no caso do trabalho degradante, diferente do conceito de trabalho forçado, não há restrição explícita de liberdade, mas, da mesma maneira, há um atentado à dignidade do trabalhador. Destacou que a Carta Aberta à Sociedade Civil da Comissão Nacional para a Erradicação do Trabalho Escravo – CONATRAE, publicada em janeiro de 2016, entre outros aspectos, define que “b) pela definitiva assimilação, por autoridades constituídas e atores sociais, de que o trabalho degradante compõe o núcleo essencial do conceito contemporâneo de escravidão, envolvendo todo e qualquer trabalho desenvolvido sob intensas violações à dignidade/integridade do trabalhador, notadamente em matéria de saúde e segurança do trabalho, de modo a representar, em seu conjunto, a configuração de condições labor-ambientais que impliquem a privação ou a negação do reconhecimento da dignidade humana” (o documento foi assinado por mais de 40 entidades). Destacou que o foco da saúde no trabalho para o século XXI deve ser ergonomia e risco psicossocial. Salientou que, na condição de juiz do trabalho, recebe na jurisdição reclamações de trabalhadores afirmando que desenvolveram doenças de natureza psicológica ou psiquiátrica relacionadas ao trabalho. Assim, é designada perícia, mas os peritos enfrentam dificuldade para identificar nexo causal nesse particular. Em muitos casos, sequer seria o caso de discutir nexo causal, porque a imputação é normativa. Finalizando, salientou que conceitos de saúde no trabalho, trabalho decente, dignidade da pessoa humana estão intrinsicamente ligados e propôs, em nome da ANAMATRA, que se envide esforços para pensar legislação ou normativa administrativa que construa a ideia de meio ambiente do trabalho de modo sistemático (envolvendo saúde e segurança do trabalhador). Inclusive, colocou a Associação à disposição do Ministério da Saúde para contribuir nesse sentido. Concluída a explanação, o Presidente do CNS registrou a presença do Ministro de Estado da Saúde na reunião. O Ministro de Estado da Saúde, **Ricardo Barros**, enquanto conselheiro nacional de saúde, saudou a todos, desejando boas festas e agradeceu a convivência no Conselho, espaço de manifestação da diversidade da sociedade que contribui para aperfeiçoamento das políticas sociais e de saúde. Disse que espera estar junto com o CNS no próximo ano buscando avançar no diálogo e na convergência da visão diferenciada de cada segmento em busca de consenso na condução das decisões do Ministério da Saúde. Reiterou que, junto com a equipe do Ministério da Saúde, estava à disposição para continuar a parceria com o CNS. Na sequência, explanou sobre o tema o Vice-Presidente Nacional da CTB, **Joílson Antônio Cardoso do Nascimento,** que iniciou manifestando satisfação por participar do debate deste tema tão essencial para o país. Disse que o conceito de trabalho decente, criado pela OIT, se aplica à realidade de cada país. A dimensão trazida pela Organização relaciona-se com oportunidade de emprego; rendimento adequado e trabalho produtivo; jornada de trabalho decente; conciliação entre trabalho, vida pessoal e familiar; trabalho a ser abolido; estabilidade e segurança no trabalho; igualdade de oportunidades e de tratamento no emprego; ambiente de trabalho seguro; seguridade social; diálogo social e representação dos trabalhadores e empregadores. Nessa visão, a OIT chama o tema para debate em uma visão tripartite – trabalhadores, empregadores e Estado (governo). Destacou que em agosto de 2012, em Brasília, foi realizada a I Conferência Nacional de Emprego e Trabalho Decente - I CNETD, e a expectativa era de avanço em questões importantes. Todavia, não foi possível aprovar todas as propostas sobre as quais houve consenso entre trabalhadores, empregadores, governo e sociedade civil nos grupos de trabalho da Conferência porque a representação dos empregadores decidiu não participar do último momento da Conferência. Explicou que o governo brasileiro assinou memorando com a OIT e desde então tenta-se desenvolver e fortalecer o diálogo social sobre o trabalho decente no Brasil. Disse que a agenda no Brasil continua a ser trabalhada de forma setorial e contínua e aponta caminho rumo ao trabalho decente. Destacou que o primeiro aspecto para o trabalho decente é o pleno emprego, hoje está ameaçado (apenas 51% da mão-de-obra economicamente ativa no país com os direitos mínimos). Disse que a Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, que traz direitos mínimos, também está ameaçada e os trabalhadores defendem a negociação para ampliar ainda mais os direitos. Destacou que a realidade brasileira é permeada por ambiente de desconstrução de direitos conquistados com referência aos 12 milhões de brasileiros chamados “terceirizados”. São trabalhadores que exercem as mesmas funções que os demais, mas enfrentam discriminações – redução de salário, assédio moral – com alto índice de acidente de trabalho (a cada 10 acidentes fatais, 8 são de trabalhadores terceirizados). Fez menção ao problema da rotatividade que faz mal à saúde mental dos trabalhadores e, para ilustrar a situação, disse que a previsão é de R$ 40 bilhões no orçamento do Fundo de Amparo ao Trabalhador - FAT, em 2017, para pagamento de seguro desemprego. Ainda sobre a terceirização, destacou que se busca a negação do conceito da atividade fim e atividade meio. Nessa linha, destacou a luta contra o PL n°. 4.330, aprovado pela Câmara dos Deputados e em tramitação do Senado, que permite a terceirização da atividade-fim e estende regras para empresas públicas. Ainda sobre a estabilidade, lembrou que o Brasil é signatário da Convenção 158 da OIT , “denunciada” de forma ilegal e hoje paralisada. Também depõe contra o trabalho decente o trabalho escravo – de 1995 a 2013 foram libertados 50 mil trabalhadores e os setores do trabalho que defendem a proteção dos trabalhadores lutam pela aprovação do PL conta o trabalho escravo. Salientou que há uma pandemia no mundo em termos de acidentes de trabalho, com mortes e lesões, e os números do Brasil são extremamente altos. Destacou que são mais atingidos pela rotatividade/demissão imotivada: mulheres, população negra, pessoas com deficiência e por conta da opção sexual. Também fez alusão à luta pela redução da jornada de trabalho. Sobre a governança, disse que é preciso investir para que o pacto social ocorra de forma digna. Por fim, destacou que é preciso lutar por um trabalho decente, que significa, entre outros, dignidade para os trabalhadores e trabalhadoras, fim da discriminação, abolição do trabalho escravo. **Manifestações.** Conselheiro **João Donizeti Scaboli** cumprimentou a Mesa Diretora por pautar o tema e os expositores pelas explanações. Manifestou preocupação com o número de desempregados no país - 12 milhões de pessoas - e frisou que é preciso gerar empregos com qualidade. Fez um destaque às doenças do trabalho e frisou que é preciso buscar as causas, encontrar soluções para o problema e priorizar a prevenção. Reconheceu que houve avanços com destaque para convenções estaduais, nacionais e internacionais, realização de conferências, definição de plano de ação que envolve trabalhadores, empregadores, mas frisou que ainda há muito a avançar. Conselheira **Elionice Conceição Sacramento** disse que os povos tradicionais não terão bom natal, nem ano bom pelo contexto que se enfrenta, com destaque para reforma da previdência que retira direitos dos trabalhadores. Falou sobre os Decretos nº 8.424, de 31 de março de 2015, que regulamenta a concessão do benefício de seguro-desemprego, durante o período de defeso, ao pescador profissional artesanal e nº 8.425, de 31 de março de 2015, que regulamenta  os critérios para inscrição no Registro Geral da Atividade Pesqueira, explicando que essas normas prejudicam pescadores e pescadoras. Solicitou que o CNS se posicionasse sobre esses decretos que contribuem para o adoecimento dos pescadores e oneram o SUS. Conselheiro **José Arnaldo Diniz** cumprimentou os expositores e destacou o alto número de suicídios de servidores da área da saúde no Distrito Federal, principalmente em 2015. Também solicitou comentários sobre o assédio moral e trabalho degradante dos trabalhadores da área da saúde. Chamou a atenção aos ataques à justiça do trabalho e perguntou se isso ocorre há muito tempo ou se acirrou nos últimos tempos. Conselheiro **Moyses Toniolo de Souza** destacou sua atuação no Movimento de Luta contra a AIDS no tema **“**Aids no mundo do trabalho” e sua participação em duas conferências que debateram a recomendação 200 da OIT. Destacou que a discriminação em ambiente do trabalho por conta de doença infectocontagiosa e à população LGBTT é uma realidade e precisa ser combatida. Nessa linha, informou que o Movimento criou manual de combate a homolesbotransfobia em ambiente de trabalho servindo de referência para América Latina e para o mundo. Também falou sobre a questão do adoecimento e da relação com a seguridade social, destacando que a reabilitação não existe. Frisou ainda que o momento é de perda de direitos – revisão de benefícios, PL 739/16, nova proposta de previdência – e o movimento precisa lutar contra esse retrocesso. Por fim, agradeceu a abordagem sobre a questão da saúde mental no ambiente do trabalho. Conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo** solicitou o posicionamento dos expositores sobre a situação dos profissionais da área da saúde - não possuem plano de carreira, cargos e salários, enfrentam atraso nos salários e dias descontados – e perguntou onde esses profissionais podem buscar apoio para garantir os seus direitos. Ressaltou que uma das maiores causas de adoecimento refere-se à saúde mental e frisou que a saúde pública não cuida dos seus trabalhadores. Conselheiro **Aníbal Vieira Machado** manifestou preocupação com decisões do MP que prejudicam os usuários como solicitação de levantamento de preços de procedimentos. Sobre as questões trabalhistas, destacou que é preciso debater as doenças não transmissíveis que causam mortes no país. Também disse que o Ministério do Trabalho não tem dado o retorno necessário aos trabalhadores. Conselheiro **Willen Heil e Silva** manifestou preocupação com o contexto de flexibilização de normas sobre a justificativa de proteger o trabalhador e a trabalhadora como o debate da NR 12. Também discordou da flexibilização da maioridade para a aposentadoria, destacando ter dúvidas se a saúde ofertada ao povo brasileiro possibilitará às pessoas chegar à idade com as condições necessárias para o trabalho. Lembrou, inclusive, que o maior impacto da previdência é com afastamento – R$ 4 bilhões – e o governo debate o valor pago a essas pessoas. Disse que, ao invés de rever o valor recebido por essas pessoas, é preciso debater política para recuperar a saúde delas e possibilitar o retorno às atividades. Ressaltou que o país não investe em práticas alternativas, ao contrário, prioriza recursos para compra de medicamentos, por exemplo, que onera o Sistema e possibilita desvio de recursos. Por fim, disse que, para mudança efetiva, é preciso quebrar paradigmas e não retirar direitos. Conselheira **Carmem Lúcia Luiz** disse que muitas mulheres não têm noção das violências machistas e misóginas às quais são submetidas no ambiente do trabalho e fora dele e essas “agressões” se materializam em agravos à saúde física e mental delas. Frisou que a Política Nacional de Saúde Mental não possui olhar de gênero acerca desses agravos (mais de 70% da medicação psiquiátrica utilizada na atenção é dispensada a mulheres, ou seja, as angústias das mulheres são “silenciadas” com psicofármacos). Cumprimentou a procuradora pelo olhar de gênero na saúde mental e a explicitação dessa posição e solicitou que esse olhar se estenda para o trabalho das mulheres pescadoras. Conselheira **Liu Leal** manifestou satisfação com a oportunidade de debater o tema do trabalho de forma ampla e, nessa discussão, salientou que é necessário abordar questões importantes como “tempo livre”, diminuição da carga horário de trabalho. Também manifestou preocupação com o trabalho precarizado, alienado, indigno e explorador da sociedade. Destacou que outras questões precisam aparecer e lembrou que o serviço de saúde é um espaço importante de desvelamento de problemas. Além dessas temáticas, disse que é preciso tratar de outras como emprego, condições de trabalho, processos de organização do trabalho. Por fim, solicitou que os convidados tratassem sobre a decisão do Supremo Tribunal Federal - STF acerca do direito à greve, considerando que um dos princípios do trabalho decente é a liberdade e o direito à associação. Conselheira **Semiramis Maria Amorim Vedovatto** saudou os expositores pelas abordagens especialmente a procuradora do trabalho pela explanação sobre as questões de saúde mental. Destacou que “as condições de trabalho como fator de sofrimento mental” foi tema de debate em atividade do Conselho federal de Psicologia e lembrou que a depressão é a segunda causa de afastamento de trabalhadores. Inclusive, lembrou que o Brasil é campeão no consumo de clonazepam/rivotril que aponta para questões relativas ao trabalho. Também disse que é preciso ter atenção, além das mulheres, para profissionais como bancários, vendedores, professores, agentes penitenciários e profissionais de saúde. Frisou a necessidade de enfrentar a precarização nas áreas de trabalho, inclusive no Ministério da Saúde e lembrou os protocolos 6 e 7, que tratam, respectivamente, das diretrizes nacionais para instrumentalização de PCCS no SUS e diretrizes para desprecarização no SUS. Nesse debate, disse que é preciso lembrar populações vulneráveis como a trans, que têm direito a trabalho com carteira assinada e a de rua que não tem direito a trabalho decente e continua marginalizada. Conselheira **Sônia Aparecida Pinheiro Pereira** saudou os expositores, mas sentiu falta de abordagem sobre o trabalho infantil. Também frisou que é preciso reconhecer o racismo como determinante nas políticas, inclusive no SUS. Conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** explicou que este tema foi debatido na CIRHRT/CNS e, dada a importância, a Comissão sugeriu pautá-lo no Plenário do Conselho. Também perguntou como o trabalhador da saúde pode denunciar violências no trabalho (assédio moral e sexual, racismo, violência no trabalho, preconceito). **Jane Aurelina Temóteo de Queiroz Elias**, integrante da CIRHRT,apresentou as propostas da CIRHRT/CNS oriundas do debate do tema na Comissão: cobrar do MS a promoção do trabalho decente por meio de uma discussão qualificada para conscientização e empoderamento do trabalhador; solicitar ao MS que disponibilize, por meio da ouvidoria do SUS – 136, canal para denúncia qualificada de assédio moral, aos moldes dos registros de racismo implantado em 2015, utilizando o modelo da Ouvidoria Geral da União; e solicitar a ampliação de estudos sobre as questões de trabalho decente capazes de abarcar os riscos psicossociais do trabalho degradante à luz de casos concretos (trazendo as causas e consequências para o trabalhar, organização e sociedade) para embasar a decisão governamental por meio de evidências científicas. Conselheira **Juliana Santorum** solicitou aos expositores abordagem sobre a mudança no cálculo do fator acidentário de prevenção. Conselheira **Maria das Graças Gervásio** registrou que a Pastoral da Terra desenvolve ações importantes de prevenção e combate ao trabalho escravo no país. Também perguntou como é feito o acompanhamento e o tratamento das sequelas dos trabalhadores escravos resgatados. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** perguntou em que medida o CNS pode contar com a ajuda da ANAMATRA para efetivar as ações definidas inclusive na 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** salientou que as mazelas relativas ao trabalho têm relação com o modelo de desenvolvimento econômico do país e solicitou que os expositores tratassem sobre forma de convivência entre o modelo econômico e o trabalho decente. Também falou sobre os ataques às convenções coletivas do trabalho e citou a decisão do STF que tornou sem efeito a decisão do Superior Tribunal do Trabalho sobre as convenções coletivas. **Retorno da mesa. Renata Coelho Vieira,** Procuradora do Trabalho – MPT, destacou que a conjuntura afeta também o Ministério Público. Concordou que é preciso agravar as condenações da justiça do trabalho e avaliou que o empregador precisa de estímulos para cumprir a lei e isso passa pelas consequências. Todavia, em relação à saúde, é preciso falar em prevenção. Comprometeu-se a analisar os Decretos nº 8.424/15 e nº 8.425/15 e verificar o que é possível fazer na esfera de atribuição do Ministério Público do Trabalho. Também salientou que não se pode falar em trabalho sem falar de trabalho da mulher. Lembrou que as mulheres são tão ou mais qualificadas que os homens e ainda assim recebem menos e trabalham mais horas. Frisou que o país precisa dar atenção para o trabalho produtivo e reprodutivo da mulher. Sobre o assédio na saúde, propôs que o Ministério da Saúde adote políticas internas para garantir decência e dignidade no trabalho da saúde. Salientou que é preciso estabelecer canal com aqueles que estão na ponta, com realização de campanhas, treinamento permanente por conta do rodízio de profissionais. Também explicou que os ataques à justiça do trabalho não são de hoje, mas foram intensificados na década de 90 (nessa época foi sugerida, inclusive, a extinção da justiça do trabalho). Salientou que é recorrente o discurso “os encargos trabalhistas oneram as empresas”, mas análises econômicas provam o contrário. Nos países onde a legislação trabalhista se intensificou houve crescimento econômico. Explicou que abordou a questão de saúde mental lembrando que está ligada à vulnerabilidade sexual e de gênero. Disse que o MPT recebeu, em 2015, 5.295 novas denúncias de assédio moral, as vítimas eram mulheres em quase 90% dos casos. Salientou que a identidade de gênero deve ser uma bandeira no âmbito da saúde e a discriminação das pessoas LGBT no mercado do trabalho precisa ser combatida, lembrando que muitas vezes esta discriminação começa na própria família. A respeito da reabilitação, reconheceu que houve desaparelhamento, mas solicitou que o CNS tivesse como bandeira a Lei Brasileira de Inclusão, em vigor desde julho de 2016, que define a reabilitação como direito fundamental. Sobre a seguridade social, reconheceu que há ataque a esse direito (de solidariedade) e frisou que não se deve retroceder. A respeito das denúncias, disse que podem ser feitas à ouvidoria e é preciso estabelecer um meio de conhecer e punir as violências ao servidor público. Frisou ainda que não há quem cuide de saúde sem saúde. Também solicitou que não se confunda MP do Trabalho com Ministério Público Estadual e Ministério do Trabalho, tendo em vista que as funções são distintas. Como propostas, apresentou: incluir saúde mental nos planos de saúde do trabalhador; e fortalecer os CERESTS, com defesa da competência dos Centros em vigilância em saúde do trabalhador. Por fim, colocou-se à disposição para participar de novo encontro para aprofundar o debate. O Vice-Presidente Nacional da CTB, **Joílson Antônio Cardoso do Nascimento,** salientou que o capitalismo é uma escolha de projeto nacional que está condenado a se exaurir, porque não tem sustentabilidade. Destacou que o Brasil não conseguirá caminhar para o trabalho decente se não combater a discriminação vigente e o trabalho escravo no país. Também frisou que a terceirização é negação de direito e precisa ser combatida. Salientou que há problema com o Ministério Público porque cada procurador é uma entidade em si mesmo – “nuvem no mosaico do Estado Brasileiro”. Salientou dois princípios claros do trabalho decente: seguridade social e diálogo social e o MP, ao não garantir o direito de representação, quebra o diálogo social. Também falou sobre o direito à greve destacando que, no serviço público, beneficia a quem não quer negociar. Por fim, apontou os seguintes eixos a serem considerados pelo CNS: 1) proteção social, direito previdenciário, redução da jornada de trabalho, setores da sociedade discriminados; 2) diálogo social - não há diálogo social com negação do direito do outro. Finalizando, manifestou satisfação com o debate no CNS e com a posição deste Colegiado que aponta para futuro soberano, sustentável, com respeito aos direitos humanos. Também se colocou à disposição para participar de outros debates. O Presidente do CNS agradeceu a presença dos expositores e os convidou para participar dos debates das conferências temáticas que serão realizadas em 2017. **Guilherme Guimarães Feliciano,** Vice-Presidenteda ANAMATRA, fez comentários gerais sobre as falas dos conselheiros destacando, inicialmente, ter dúvidas sobre a possibilidade de trabalho decente no contexto da terceirização. Explicou que a terceirização de serviços é a única estratégia econômica de intermediação em que o produto final, a despeito do atravessador, é mais barato do que na origem – isso se explica por sonegação de direitos sociais. Explicou que hoje a preocupação é com “qualquer emprego” do que propriamente com empregos decentes, sobretudo no contexto de quase 13 milhões de desempregados no país. Solicitou o apoio do CNS para a aprovação, no Senado Federal, do PLS 220/2014, que altera a Consolidação das Leis do Trabalho para regular aspectos do meio ambiente do trabalho e ditar a competência para os litígios correspondentes. O projeto surgiu de sugestão apresentada pela Anamatra ao Senado e prioriza a prevenção. Sobre os Decretos n°.s 824/15 e 825/15, disse que podem ser objeto de questionamento jurídico porque violam o direito de desconexão (direito a repouso). Também explicou que suicídio no trabalho e morte por exaustão configura-se em problema no Brasil, inclusive no meio rural (“cortadores de cana”) e merece atenção (admite judicialização). Destacou que o ataque à justiça do trabalho está acontecendo novamente com base na falsa ideia de que a Justiça do Trabalho estimula a litigiosidade laboral. Ressaltou que, ao contrário, reflete com isenção cultura de sonegação de direitos sociais que se estabeleceu no país. Salientou que direitos humanos são irrenunciáveis, intransigíveis, inalienáveis e têm de ser universais. Acrescentou que lidar com direitos sociais é lidar com direitos humanos; portanto, flexibilizar direitos sociais é flexibilizar direitos humanos. Assim, na negociação, se a regra visar a diminuição do nível de proteção acerca da lei é o mesmo dizer que é possível coletivamente negociar para baixar a proteção contra o direito à vida, à proteção, entre outros. Isto é inadmissível e deve ser assim em relação aos direitos sociais. Salientou que o discurso hoje é negociar a lei para reduzir garantias, inclusive em matéria de saúde do trabalhador, o que é inadmissível. Por fim, colocou a ANAMATA à disposição para participar de outros debates, lembrando que a Associação tem compromissos com a dimensão da magistratura, com o estado social, direitos humanos e a cidadania. Após essa fala, o coordenador da mesa procedeu aos encaminhamentos. **Deliberação: o Plenário decidiu: 1) que a CISTT/CNS e a CIRHRT/CNS promoverão debate sobre políticas internas do Ministério da Saúde voltadas à saúde do trabalhador (como resultado, elaborar instrumento com indicativos para atender a essa demanda, a ser submetido à apreciação do Pleno); 2) tornar mais evidentes as questões relativas à saúde mental no Plano Nacional de Saúde do Trabalhador (a CISTT verificará como esta questão está contemplada no Plano para 2017 e verificará se é possível fazer inclusão. Se não for possível, a Comissão apresentará iniciativas para serem trabalhadas em 2017); 3) reiterar a necessidade de fortalecer os CERESTS (ações nesse sentido já estão em andamento); e 4) solicitar à Assessoria Parlamentar do CNS que faça levantamento sobre os Decretos nº 8.424, de 31 de março de 2015, que regulamenta a concessão do benefício de seguro-desemprego, durante o período de defeso, ao pescador profissional artesanal e nº 8.425, de 31 de março de 2015, que regulamenta  os critérios para inscrição no Registro Geral da Atividade Pesqueira e para a concessão de autorização, permissão ou licença para o exercício da atividade pesqueira, a fim de subsidiar à CISTT na proposição de instrumento sobre o tema. Além disso, o Plenário aprovou os encaminhamentos oriundos da CIRHRT/CNS: cobrar do MS a promoção do trabalho decente por meio de uma discussão qualificada para conscientização e empoderamento do trabalhador; solicitar ao MS que disponibilize, por meio da ouvidoria do SUS – 136, canal para denúncia qualificada de assédio moral, aos moldes dos registros de racismo implantado em 2015, utilizando o modelo da Ouvidoria Geral da União; e solicitar a ampliação de estudos sobre as questões de trabalho decente capazes de abarcar os riscos psicossociais do trabalho degradante à luz de casos concretos (trazendo as causas e consequências para o trabalhar, organização e sociedade) para embasar a decisão governamental por meio de evidências científicas.** Com esses encaminhamentos, a mesa encerrou este item de pauta. Conselheira **Carmem Lúcia Luiz** solicitou que o item de pauta relativo à 2ª Conferência de Saúde da Mulher fosse adiado para a próxima reunião do CNS porque a convidada (ex-presidente do CNS, Maria do Socorro de Souza) não pode comparecer por motivo de doença. De todo modo, entregou ao conselheiro **Neilton Araújo** documento da Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher solicitando as notas técnicas e pareceres já elaborados pelo MS sobre os projetos relativos à saúde da mulher em tramitação na Câmara dos Deputados. **ITEM 8 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS E RELAÇÕES DE TRABALHO – CIRHRT -** *Coordenação:*conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo,** da Mesa Diretora do CNS. *Apresentação:* conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro,** coordenadora-adjunta da CIRHRT/CNS. A coordenadora-adjunta da Comissão começou explicando que durante a 172ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 22 e 23 de novembro de 2016, a CIRHRT analisou seis processos – cinco de Autorização (três de Psicologia e dois de Odontologia) e o resultado da análise foi o seguinte: quatro pareceres insatisfatórios e dois pareceres satisfatórios com recomendações.Feita essa contextualização, procedeu à apresentação dos pareceres iniciando pelos insatisfatórios: **1)** **Referência: Processo nº 201205118. Interessado: Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas (FACISA).** Tangará da Serra/MT.Curso: Autorização do curso de Bacharelado em Psicologia. Parecer: insatisfatório. 2) **Referência: Processo nº 201500145. Interessado: Faculdade Sul Americana – FASAM.** Goiânia/GO. Curso: Autorização do curso de Bacharelado em Odontologia. Parecer: insatisfatório. **3) Referência: Processo nº 201506624. Interessado: Faculdade Paraíso do Ceará – FAP.** Juazeiro do Norte/CE. Curso: Autorização do curso de Bacharelado em Psicologia. Parecer: insatisfatório. **4) Referência: Processo nº 201505491. Interessado: Centro Universitário Ritter dos Reis – UniRitter.** Porto Alegre/RS.Curso: Autorização do curso de Bacharelado em Psicologia. Parecer: insatisfatório. Concluída a apresentação, não houve manifestações a respeito. Sendo assim, a coordenadora colocou em votação os pareceres. **Deliberação: aprovados os quatro pareceres insatisfatórios, elaborados pela CIRHRT.** Em seguida, a coordenadora procedeu à apresentação dos pareceres satisfatórios com recomendações: **1)** **Referência: Processo Nº 201501177. Interessado: Faculdades Integradas do Tapajós – FIT.** Santarém/PA. Curso: Autorização do curso de Bacharelado em Odontologia. Parecer: satisfatório com recomendações. Recomenda-se, para o próximo ciclo avaliativo, que a IES: 1) considere este parecer favorável apenas à abertura do curso no período diurno, com redução para 120 vagas anuais, com entrada semestral de 60 vagas, uma vez que se considera excessivo o número de alunos proposto para o período noturno (120 vagas), havendo impossibilidade de absorção destes alunos na rede de saúde neste turno, para atividades práticas e estágios, conforme preconizam as DCNs e a Resolução CNS/MS Nº 350/2005; 2) amplie a carga-horária total do curso (diurno) que, inclusive, apresenta divergências nos diversos documentos apresentados, de forma a contemplar maior número de horas para atividades práticas em estágios na rede instalada de saúde do SUS, a fim de formar profissionais mais alinhados ao sistema público de saúde, o que é extremamente importante para a região; e 3) explicite em seu PPC como se dará a inserção dos alunos na rede de saúde do SUS, física e numericamente, desde o início do curso, conforme preconizam as DCNs e a Resolução CNS/MS nº 350/2005. **2) Referência: Processo Nº 201418318. Interessado: Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ).** Campus Centro-Oeste (CCO). Dona Lindu - Divinópolis/MG. Curso: Renovação do Reconhecimento do curso de Bacharelado em Medicina. Parecer: satisfatório com recomendações. Recomenda-se, para o próximo ciclo avaliativo, que a IES: 1) apesar de o curso apresentar articulação da IES com a rede de saúde do SUS e o Relatório de Avaliação da visita in loco do INEP afirmar que a IES mantém vários convênios hospitalares, nenhum Termo de Convênio/Cooperação Técnica e/ou COAPES foi disponibilizado via Sistema e-MEC. Recomenda-se à instituição, para os próximos ciclos avaliativos, anexar ao processo Termos de Convênio/Cooperação Técnica e/ou COAPES, via Sistema e-Mec; 2) Apesar de o PPC do curso demonstrar compromisso com o diálogo entre docentes, estudantes e sociedade, recomenda-se à IES, para os próximos ciclos avaliativos, estruturar melhor seu Núcleo Docente Estruturante – NDE, incluindo a participação dos estudantes nas discussões; 3) A carga horária do Internato em Medicina de Família (440 horas) e do Internato em Traumatologia (374 horas) corresponde a 25,6% da carga horária prevista para o internato médico. Recomenda-se que no mínimo 30% (trinta por cento) da carga horária prevista para o internato médico da Graduação em Medicina seja desenvolvida na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS conforme Art. 25 § 3º das Diretrizes Curriculares Nacionais de Medicina de 2014. Essa e outras adequações curriculares devem ser implantadas até 31 de dezembro de 2018 conforme determinam as DCNs de 2014. 4) O curso de graduação em medicina conta atualmente com 54 docentes, número inferior ao verificado na renovação de reconhecimento do curso em 2014, quando o curso possuía 76 docentes. Recomenda-se atenção ao quantitativo do corpo docente de forma a garantir a implementação do PPC, a adequação às Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014 e a supervisão dos estudantes em campos de prática fora da sede do curso. 5) Recomenda-se estímulo ao fortalecimento da produção científica socialmente relevante, voltada para as necessidades da população e para o desenvolvimento tecnológico da região, conforme determina a Resolução CNS/MS nº. 350/2005. 6) Recomenda-se desenvolvimento pleno das competências do NAPE (Núcleo de Apoio Pedagógico) de forma a cobrir todas as áreas temáticas do curso. 7) Recomenda-se a adequação da infraestrutura da sala da coordenação do curso de forma a garantir a necessária privacidade para o atendimento individual, tanto de discentes como de docentes e/ou de serviços técnico-administrativos. **Deliberação: aprovados os dois pareceres satisfatórios com recomendações, elaborados pela CIRHRT.** Em seguida, a coordenadora-adjunta apresentou os seguintes informes: **1)** a assessoria técnica da CIRHRT agendará uma reunião com o CNE, em que participarão integrantes da Mesa Diretora e Coordenadores da CIRHRT, para buscar aproximação/interlocução, inclusive na temática das DCNs da saúde; **2)** a assessoria de comunicação do CNS publicará no site CNS nota sobre o início dos trabalhos do GT das DCNs; **3)** será enviado Ofício-Circular às Associações de Ensino das profissões da saúde informando a publicação da Resolução n°. 515/2016, que cria o GT das DCNs, e o início dos trabalho do Grupo, solicitando divulgação às instituições de ensino; e **4)** o CNS recebeu, para análise, via Sistema e-Mec, processos de dois cursos de Autorização de Enfermagem.Além desses informes, a coordenadora informou que há 24 processos para análise da CIRH, portanto, será necessário realizar duas reuniões da Comissão. **Deliberação:** **o Plenário aprovou as datas das duas primeiras reuniões ordinárias da CIRHRT de 2017, em função dos prazos para análise e apresentação dos pareceres de processos de autorização e reconhecimento de cursos (24 em lista de espera até aquele momento), sendo: 173ª RO/CIRHRT em 1° e 2 de fevereiro (12 processos) e 174ª RO/CIRHRT em 6 e 7 de março (12 processos). Além disso, o Pleno definiu que: a assessoria técnica da CIRHRT agendará uma reunião com o Conselho Nacional de Educação, da qual participarão integrantes da Mesa Diretora do CNS e coordenação da CIRHRT, para buscar aproximação/interlocução, inclusive na temática das DCNs da saúde; a assessoria de comunicação do CNS publicará no site CNS nota informando o início dos trabalhos do GT das DCNs; será enviado ofício-circular às Associações de Ensino das profissões da saúde informando a publicação da Resolução 515/2016, da criação do GT das DCNs e o início dos seus trabalhos, solicitando divulgação às instituições de ensino superior. A primeira reunião do GT das DCNs SE será realizada no dia 31 de janeiro de 2017, para estudo das DCNs da Saúde Coletiva e Farmácia.** Definido esse ponto, a mesa encerrou o primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros e conselheiras: *Titulares –* **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil- CNBB; **Antônio Pitol**, Pastoral da Saúde Nacional; **Artur Custódio Moreira de Sousa**, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN); **Carmen Lucia Luiz**, União Brasileira de Mulheres – UBM; **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA; **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá,** Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG; **Edmundo Dzuaiwi Omore,** Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO; **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; **Geordeci M. Souza,** Central Única dos Trabalhadores; **Jani Betânia Souza Capiberibe**, Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **João Donizeti Scaboli,** Força Sindical; **Juliana Acosta Santorum**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG; **Lenir Santos**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down – FBASD; **Lorena Baía de Oliveira Alencar**, Conselho Federal de Farmácia (CFF); **Luiz Alberto Catanoce,** Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical – SINDNAPI; **Luiz Aníbal Vieira Machado,** Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Maria Laura Carvalho Bicca,** Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Moyses Toniolo de Souza**, Articulação Nacional de Luta Contra a Aids – ANAIDS; **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Nelson Augusto Mussolini,** Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Nilton Pereira Júnior,** Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO; **Rildo Mendes,** Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul – ARPINSUL; **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos – Fenafar; **Sônia Aparecida Pereira**, Rede Nacional Lai Lai Apejo; **Wanderley Gomes da Silva**, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; e **Wilen Heil e Silva,** Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). *Suplentes –* **Adriano Macedo Félix**, Associação Nacional de Grupos de Pacientes Reumáticos – ANAPAR; **Agleilde Arichele Leal de Queirós (Liu Leal),** Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES; **Alessandra Ribeiro de Sousa**, Conselho Federal de Serviço Social – CFESS; **Alexandre Fonseca Santos,** Ministério da Saúde; **Cláudia Vieira Carnevalle,** Nova Central Sindical dos Trabalhadores – NCST; **Cleusa Rodrigues da Silveira Bernardo**, Ministério da Saúde (MS); **Deise Araújo Souza,** Confederação Nacional do Comércio – CNC; **Dulcilene Silva Tiné**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS); **Elionice Conceição Sacramento,** Movimento dos Trabalhadores Sem Terra – MST; **Fernando Zasso Pigatto**, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Gilene José dos Santos**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical – Sindnapi; **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; **José Felipe dos Santos**, Articulação Brasileira de Gays – ARTGAY; **Jupiara Gonçalves de Castro**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil – FASUBRA; **Karla Larica Wanderley,** Ministério da Saúde; **Maria Ângela Dantas Lira,** Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **Maria Angélica Zollin de Almeida,** Federação Nacional dos Médicos Veterinários – FENAMEV; **Maria das Graças Silva Gervásio**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Mariana Carvalho Pinheiro**, Ministério da Saúde; **Rodrigo Gomes Marques Silvestre**, Ministério da Saúde; **Semiramis Maria Amorim Vedovatto,** Conselho Federal de Psicologia (CFP); **Simone Maria Leite Batista,** Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS; e **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da Criança. Iniciando o segundo dia de reunião, a mesa foi composta para o item 7 da pauta. **ITEM 7 – ATUAL CONTEXTO DA SAÚDE INDÍGENA BRASILEIRA -** *Apresentação:***Rodrigo Sérgio Garcia Rodrigues,** Secretário Especial de Saúde Indígena – SESAI/MS; **Patrícia Chagas Neves,** Coordenadora-Geral de Promoção dos Direitos Sociais – CGPDS/FUNAI; e conselheiro **Rildo Mendes**, representando a Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul – ARPINSUL. *Coordenação:*conselheiro **Edmundo Dzuawi Omoré,** da Mesa Diretora do CNS e coordenador da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena – CISI/CNS; e conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, coordenador adjunto da CISI/CNS.O primeiro expositor foi o conselheiro **Rildo Mendes**, representante da ARPINSUL, que iniciou a sua explanação destacando que a saúde dos povos indígenas passa por um dos momentos mais difíceis desde a Constituição Federal de 1988. Salientou que os problemas estão relacionados à aniquilação da demarcação das terras indígenas, com exploração de minerais nas terras desses povos. Disse que a FUNAI, responsável por políticas de demarcação de terras indígenas, está em processo de extinção, com enfraquecimento ao longo dos últimos anos. Inclusive, disse que a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil *-* APIB publicou carta denunciando as atrocidades cometidas pelo governo como banalização da demarcação das terras indígenas; enfraquecimento do Subsistema de Saúde Indígena; e a fragilidade do estado da FUNAI. Além dessas questões, destacou a ausência de política de Estado voltada ao estímulo à produção de alimentos para os povos indígenas. Explicou que o Ministério da Saúde publicou duas portarias que enfraqueciam a SESAI e os povos indígenas realizaram mobilização nacional contra esses instrumentos. Com isso, o Ministério revogou as duas normas. Também salientou que o Ministério da Saúde publicou portaria de reestruturação que inviabilizou o funcionamento de seis Distritos Sanitários da Amazônia (a reestruturação determina que os cargos comissionados devem ser ocupados por servidores e nestes distritos não há servidores do governo). Além disso, o concurso aberto pelo governo para ocupar vagas nos DSEIS (três vagas para cada distrito) não é atrativo nesse caso. Também informou que a CISI/CNS esteve no Distrito de São Gabriel da Cachoeira e encontrou situação caótica no local. Destacou que, para resolver o problema de gestão nos Distritos, que é a principal dificuldade da saúde indígena, seria necessário resolver o problema da área meio. Também frisou que os dados da execução orçamentária daSESAI são preocupantes – baixa execução dos recursos para saneamento (apenas 57% até 22 de novembro) e de emendas. Frisou que o movimento deseja fortalecer a SESAI, mas a Secretaria precisa ouvir a posição do movimento. Destacou que foi aberto diálogo com o Ministro da Saúde e chegou-se à proposta de criação de GT para elaborar nova proposta de contratação de pessoal na saúde indígena. Finalizando, disse que o cenário atual é complexo e é preciso continuar a luta. Na sequência, explanou a coordenadora da CGPDS/FUNAI, **Patrícia Chagas Neves,** que iniciou cumprimentando os presentes e manifestando satisfação por debater esse tema no CNS. Explicou que é impossível falar de saúde sem falar da terra e, nessa linha, afirmou que o processo de demarcação das terras indígenas é essencial para melhorar a situação da saúde indígena. Nas suas palavras, “sem terra não há saúde”, uma vez que essas questões estão diretamente ligadas. Destacou que a FUNAI, enquanto órgão indigenista, visa trabalhar de forma conjunta com a SESAI, mas há barreiras na ponta ao tentar encaminhar o trabalho de forma efetiva. Destacou que se enfrenta dificuldade de execução tanto da saúde quanto dos coordenadores regionais da Fundação – dificuldade de fixar servidores, realizar as licitações – e é preciso pensar em saídas para enfrentar as dificuldades de forma conjunta – FUNAI e SESAI. Também falou sobre o corte de recursos da FUNAI (a previsão para 2017 é R$ 110 milhões, o que não é suficiente para cobrir sequer as despesas da área meio) e manifestou preocupação com a repercussão na saúde indígena. Salientou que, além da rede de saúde na ponta, é preciso considerar a rede de assistência social, que não trabalha com povos indígenas e não reconhece a especificidade dessa população, o que contribui para a situação atual. Explicou que a FUNAI pleiteou assento no Conselho Nacional de Assistência Social para fazer trabalho análogo ao que é feito na CISI/CNS, entendendo que pode contribuir para melhorar a saúde indígena. Disse que é preciso debater questões multidimensionais para fazer avançar a saúde indígena. Informou ainda que será realizado encontro sobre o processo de alcoolização dos povos indígenas, uma iniciativa da FUNAI, SESAI, CGNMAT/MS, FIOCRUZ/MS e o GT, formado para tratar da saúde mental dos povos indígenas, apresentará diretrizes para trabalhar o processo de alcoolização nos povos indígenas. Salientou que o CNS, a CISI, o FPCONDISI possuem papel importante na definição de formas de trazer as questões interculturais para a gestão. Por fim, disse que a Fundação tem recebido manifestações das comunidades contra a municipalização da saúde indígena e encaminhou cópia destes documentos à SESAI e ao CNS. Conselheiro **Edmundo Omore** registrou a presença de representantes indígenas na reunião. Na sequência, falou o Secretário da SESAI/MS, **Rodrigo Sérgio Garcia Rodrigues**, que saudouo Colegiado do CNS e manifestou satisfação por participar da primeira reunião do Conselho. Cumprimentou o conselheiro Rildo Mendes pela fala principalmente no que diz respeito à falta de política indigenista no país. Explicou que a ausência dessa política gerou um vazio e os movimentos precisam mobilizar-se no sentido de discutir política indigenista ampla. Disse que o vácuo deixado pela FUNAI em algumas questões sobrecarrega a SESAI e esta Secretaria precisa desempenhar outras ações para além da atenção à saúde dos povos indígenas. Destacou como marcos históricos da saúde indígena e conquistas do movimento indígena: Lei Sérgio Arouca; criação da SESAI (resultado da luta do movimento); e criação GT para discutir o modelo a ser adotado pela saúde indígena. Explicou que, após ser nomeado, recebeu a visita do conselheiro Edmundo Omore e, atendendo a solicitação dele, chamou as representações indígenas para o diálogo. Destacou que essa representação está presente às reuniões dos conselhos distritais, o que fortaleceu o CONDISI e a política de saúde indígena. Além disso, disse que indígenas foram chamados a trabalhar na Secretaria pela competência. Afirmou que não há risco de municipalização da saúde, conforme compromisso do Ministro da Saúde, e prevalecerá o que for consenso nos grupos de trabalho. Lembrou que há uma ação transitada e julgada com prazo para que o Ministério da Saúde realize concurso para ocupar 16 mil vagas para a saúde indígena, o que é inviável. Destacou que São Gabriel da Cachoeira é a maior área indígena do país, uma área de difícil acesso, com sérios problemas como alto índice de alcoolismo. Informou, inclusive, que o MS iniciou ação no Distrito por conta da inércia da gestora do local. Por fim, disse que disponibilizou apresentação sobre indicadores da saúde indígena e ações da SESAI/CNS. Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes,** coordenador adjunto da CISI/CNS, destacou a importância do debate desse tema no CNS, dada a gravidade da situação da saúde indígena – mortes, assassinatos, alcoolismo, suicídio - e a possibilidade de os conselheiros conhecerem melhor o subsistema de saúde indígena. Ratificou que a SESAI é uma conquista do movimento indígena, mas é preciso considerar as fragilidades da Secretaria como falta de pessoal, problema de atuação nos DSEIs, orçamento insuficiente e baixa execução orçamentária. Lembrou que a CISI visitou o DSEI do Alto Rio Negro a partir de grave denúncia e elaborou relatório da visita. Destacou que a Comissão identificou grave problema de gestão e a denúncia envolve a direção e a presidência do controle social (DSEI). Como resultado dessa atividade, recordou que o CNS aprovou, na última reunião, três recomendações elaboradas pela Comissão que estão sendo encaminhadas. Explicou que, na próxima reunião da CISI/CNS, está pautado debate sobre saúde mental e municipalização (sobre este último tema, sugeriu retomar o debate no CNS, se necessário). Disse que a Comissão definirá calendário na próxima reunião, mantendo debate descentralizado e a intenção é convidar outros conselheiros para acompanhar a reunião da CISI. Além disso, frisou que é preciso maior interlocução entre o controle social da saúde e o controle social indígena. Por fim, explicou que a Comissão não dispõe de representação do segmento dos usuários na suplência, portanto, solicitou que o CNS defina novo prazo para apresentação de pleitos de entidades para ocupar essas vagas. **Manifestações.** Conselheiro **Nelson Mussolini** saudou o Secretário por reconhecer as falhas, entendendo que esse é primeiro passo para consertar o rumo e avançar. Destacou a importância de pautar esse tema no Conselho para dar conhecimento da situação da saúde indígena. Conselheiro **Moyses Toniolo de Souza**, primeiro,manifestou satisfação com a presença de indígenas na SESAI/MS. Ressaltou a importância de debater a situação de AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis na população indígena e a violência e discriminação causadas por isso. Também solicitou dados sobre a saúde indígena - número de unidades, relação com as unidades de saúde dos municípios próximos às aldeias, oferta de serviços de média e alta complexidade, principais problemas da saúde indígena – para que o CNS se aproprie da situação e possa contribuir. Conselheira **Elionice Conceição Sacramento** explicou que os povos tradicionais entendem que sem território não existe saúde. Falou sobre a CPI da FUNAI que, no seu modo de ver, visa barrar o avanço da regularização dos territórios, com reflexos na saúde indígena e na situação dos povos de comunidades tradicionais. Também falou sobre o PL que disponibiliza as terras dos povos e comunidades tradicionais para fins de compra por estrangeiros e frisou que esse Projeto aumenta o processo de adoecimento mental dos povos e das comunidades tradicionais. Ressaltou que pensar saúde dos povos indígenas e dos povos tradicionais significa enfrentar o modelo de desenvolvimento que expulsa os povos de seus territórios e inviabiliza a vida destes. Por fim, apelou ao CNS para que saia da condição de conforto porque é sério o que está em curso no país. Conselheiro **Artur Custódio M. de Souza** concordou com a intervenção do conselheiro Haroldo Ponte e frisou que o CNS precisa entender a complexidade do subsistema de saúde indígena. Para subsidiar as discussões e a definição de encaminhamentos, solicitou que fossem disponibilizados indicadores, por escrito, sobre doenças negligenciadas (hanseníase, oncocercose, entre outras), situação das CASAIS, assistência farmacêutica, síndrome de alcoolismo fetal. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** lembrou que o relatório da última Conferência Temática de Saúde Indígena apresenta dados importantes que podem servir de subsídio para debate e definição de políticas. Conselheiro **Nilton Pereira Junior** manifestou insatisfação com a condução da política de saúde indígena e contestou aspectos da fala do Secretário. Ao contrário da afirmação “a gestão da SESAI visa o diálogo”, destacou que o Ministro da Saúde editou portaria que desestruturou os DESEIS e revogou este instrumento somente após ocupação dos povos indígenas. Citou pontos não abordados que precisam ser debatidos: modelo de atenção à saúde indígena no Brasil (calamidade da assistência indígena – altos índices de mortalidade infantil indígena – 140 mortes/1000 crianças; e altos índices de mortalidade materna, de homicídio, suicídio, acidentes – maiores em comparação a população brasileira em geral. Disse que é preciso pensar no modelo de atenção desejável que considere as especificidades dessa população. Também destacou que é necessário debater a gestão, lembrando que a saúde indígena é terceirizada. A SESAI, apesar de ser um avanço, tem pouca capacidade de controle, fiscalização e definição da formulação da política de saúde. Avaliou que é possível estruturar, do ponto de vista público, uma rede de atenção à saúde indígena. Por fim, manifestou preocupação com a diminuição de recursos destinados à prevenção e promoção à saúde indígena e ao saneamento básico. Conselheira **Semiramis Maria Amorim Vedovatto** citou a experiência de Curitiba que possui uma casa para atender as populações indígenas que migram de um local para outro. Também falou da preocupação com a problemática de álcool e outras drogas nas populações indígenas e destacou a importância de ações para enfrentar essa situação. Conselheiro **Antônio Pitol** perguntou os motivos da posição contrária dos povos indígenas à municipalização da saúde indígena. Conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, integrante doGT do CNS que esteve em São Gabriel da Cachoeira, explicou que o Grupo identificou diversos e graves problemas no local, com destaque para falta de saneamento de básico e de água potável. Também chamou a atenção para o estoque de alimento industrializados nas CASAIS para distribuição às aldeias e, nesse sentido, perguntou o que está sendo feito do ponto de vista da segurança alimentar e nutricional para os povos indígenas. Conselheiro **Willen Heil e Silva** lembrou que o CNS debateu o tema por várias vezes, constituiu GTs que foram às aldeias e identificaram irregularidades, mas esse trabalho não foi utilizado para melhoria da saúde indígena. Perguntou o que está sendo feito para que o indígena resgaste a produção dos seus alimentos e os saberes de saúde na linha da política de práticas integrativas e complementares. Salientou que é preciso formar/capacitar os indígenas para realizar ações nas aldeias. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** destacou que a saúde indígena é complexa e a solução, portanto, não será simples. Assim, a SESAI ou GT não dará conta dessa complexidade, apesar de entender que o grupo pode ser um instrumento potente de interlocução e articulação. Nesse sentido, solicitou que a CISI integre o GT de modo a contribuir com o debate e trazer informes/subsídios de forma permanente que possibilitem a definição de ações capazes de operar mudanças. Conselheiro **José Arnaldo Diniz** agradeceu a presença do movimento indígena na Comissão Intersetorial de Saúde Bucal e manifestou satisfação com a inserção da saúde bucal na equipe base da saúde indígena. Também perguntou qual a perspectiva de incremento para atendimento em saúde bucal diante da sinalização de redução de investimentos na saúde indígena. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** salientou que a questão é tão complexa que os resultados alcançados ainda são pequenos diante dos desafios enormes. Portanto, é preciso comprometimento e envolvimento cada vez maior sem nenhum demérito ao que já foi feito.Conselheira **Maria das Graças** **Gervásio** salientou que o trabalho solidário das igrejas e outras instituições é importante e os indicadores podem ser utilizados para melhoria das condições de saúde dos povos indígenas. Citou, por exemplo, que a Pastoral trabalha há 33 anos com voluntariado inclusive na saúde indígena e há 389 pessoas capacitadas pelo manual “Guia do líder”. No total, são 677 pessoas nas comunidades indígenas acompanhando mais de 4 mil famílias, envolvendo 6.098 crianças. Desse total, 42% das crianças indígenas são levadas aos serviços de saúde. Com base no peso e idade das crianças, observou-se diminuição da desnutrição, de um lado, e aumento do sobrepeso, do outro (são 68 municípios que envolvem 145 comunidades indígenas). Conselheiro **André Luiz de Oliveira** explicou que sua pergunta seria direcionada ao Secretário da SESAI/MS, mas ele não estava mais presente. Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** informou que o Secretário da SESAI/MS sentiu-se mal durante o debate e retirou-se para atendimento. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** deixou registradaa sua indagação: qual o real motivo da baixa execução orçamentária da SESAI/MS? Também cumprimentou os representantes indígenas pela luta em prol da causa e manifestou apoio. Conselheiro **José Eri de Medeiros** recuperou que, em 2007, o CNS junto com outras entidades, inclusive o CONASEMS, esteve no Vale do Javari e apresentou relatório que, após aprovado, foi enviado ao governo. Avaliou, inclusive, que o Conselho teve importância vital na criação da SESAI/MS. Disse que o CONASEMS, apesar não estar presente na CISI, é solidário à causa indígena. **Lúcio Flores**, do povo Terena, assessor da SESAI/CNS, manifestou satisfação com a possibilidade de diálogo entre o movimento indígena, SESAI e controle social com vistas à melhoria da saúde indígena. Salientou que a discussão sobre as terras indígenas é essencial para assegurar boa qualidade de vida aos povos indígenas, uma vez que a “terra” é base da existência dos povos indígenas. Salientou que o alcoolismo é um sério problema nas aldeias e manifestou interesse em participar do GT que irá debater este tema. Sobre a municipalização, avaliou que a intenção não é excluir os municípios, uma vez que esses entes estão próximos aos territórios indígenas. Todavia, os povos indígenas enfrentam dificuldades em acessar o atendimento na atenção básica prestado nos municípios e enfrentam rejeição e discriminação nos municípios. Também falou sobre os grandes empreendimentos e o trabalho exaustivo de indígenas nesses locais e destacou que os povos indígenas não participam da discussão sobre as grandes obras. Por fim, salientou que é preciso entrosamento de diferentes setores do país e esforço do CNS para que as representações indígenas participem das discussões que envolvem seus interesses. A coordenadora-geral de Atenção Primária à Saúde Indígena, **Vera** **Bacelar**, explicou que a Coordenação é responsável por estabelecer diálogo do ponto de vista da organização da atenção primária à saúde indígena com diversos setores do MS e com outros órgãos. Comprometeu-se a apresentar documento com os indicadores sobre as ações realizadas pela Secretaria e citou, por exemplo, articulação de trabalho com o Departamento de DST/AIDS. Salientou que há um conjunto de interlocuções em curso para qualificar o trabalho da atenção primária à saúde indígena. Salientou que houve expansão da força de trabalho com a criação da SESAI, mas é preciso qualificar os trabalhadores que atuam na saúde indígena, especialmente por meio das conveniadas. Também reconheceu a necessidade de qualificar as equipes de saúde indígena e frisou que esse é o desafio que a SESAI está enfrentando. Explicou que, dos 20 mil trabalhadores (aproximadamente), 7 mil são agentes indígenas de saúde ou agentes indígenas de saneamento. Disse que a coordenação acompanhou a visita da CISI/CNS ao distrito de São Gabriel da Cachoeira e está sendo realizada força tarefa no local, junto com o movimento social local e com o apoio do Exército, desde julho de 2016, por conta da gravidade da situação. Disse também que está sendo feito trabalho de análise de compra de alimentos para CASAIS inclusive com base no Guia de Alimentação da População Brasileira. Também informou que foi lançada agenda com a SAS/MS para enfrentamento da mortalidade infantil indígena, com foco nos DSEIS com altos índices. Disse que a Secretaria disponibilizará as informações solicitadas pelos conselheiros e colocou a área à disposição do CNS e da CISI para apresentação detalhada sobre os DSEIs. **Patrícia Chagas Neves,** Coordenadora da CGPDS/FUNAI, solicitou à SESAI/MS que disponibilize dados sobre DSTs nas áreas com empreendimentos como Belo Monte. Disse que a CPI do INCRA e da FUNAI traz prejuízos aos povos indígenas e aos servidores e gestores à frente desses órgãos. Salientou que a intenção é retirar a demarcação de terras do âmbito do Executivo e essa é uma preocupação. Explicou que a CPI tem feito visitas às terras indígenas sem informar os órgãos indigenistas, acuado os indígenas nas terras e não se se sabe o resultado deste processo. Explicou que os povos indígenas discordam do atendimento direto pelo município (“municipalização da saúde”), entre outros aspectos, pelo preconceito institucional dos municípios. Também salientou que é preciso melhorar a prestação de serviços na média e alta complexidade, ofertada aos povos indígenas. Explicou que a Política Nacional de Gestão Ambiental e Territorial de Terras Indígenas dialoga com a gestão territorial que perpassa várias dimensões: saúde, plantação, etnomapeamento. Disse que todos são responsáveis pela política indigenista e sugeriu que a CISI dialogue com o CNPI. Conselheiro **Rildo Mendes,** primeiro, ressaltou que é preciso criar GT para revisão da política nacional de saúde indígena. Sobre os dados da saúde indígena, manifestou preocupação com a confiabilidade das informações apresentadas pelos DSEIS, entendendo que não refletem a realidade.Sobre alcoolismo, disse que não há profissional qualificado para tratar dessa temáticanas aldeias. Para tratar desse tema, o profissional precisa conhecer a especificidade cultural e a realidade epidemiológica da região, além de conhecer o histórico da comunidade. Sobre a assistência farmacêutica, disse que é preciso definir política para valorizar o saber indígena. Por fim, disse que os povos indígenas estão sozinhos na luta e é preciso somar forças em busca de política social para essa população. Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** sintetizou os encaminhamentos oriundos do debate**: definir** novo prazo para inscrição de entidades do segmento dos usuários para ocupar as vagas de suplência naComissão de Saúde Indígena – CISI; e delegar à SE/CNS a definição de prazo para candidatura, entre outros aspectos. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** sugeriu que também fosse aberto novo prazo para inscrição de entidades do segmento dos usuários para ocupar as vagas de suplência naComissão de Saúde Bucal – CISB, pois o número de entidades de usuários não foi suficiente para ocupar as vagas. Conselheiro **Moyses Toniolo de Souza** explicou que o Fórum de Usuários definiu que deveriam ser indicados para CISI/CNS representantes das cinco regiões de saúde indígena. Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** explicou que a intenção é contemplar outras entidades representantes dos usuários para além das lideranças indígenas. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** sugeriu que a SE/CNS faça o levantamento de outras comissões que estejam na mesma situação. **Deliberação: o Plenário decidiu abrir novo prazo para inscrição de entidades do segmento dos usuários para ocupar as vagas de suplência na Comissão de Saúde Indígena – CISI e na Comissão Intersetorial de Saúde Bucal, pois as duas não possuem representantes de usuários na suplência. A SE/CNS definirá os aspectos para viabilizar a candidatura das entidades como prazos e fará o levantamento, com a contribuição da Mesa Diretora do CNS, de outras comissões que estejam na mesma situação. Não houve manifestações contrárias à proposta de garantir a participação da CISI/CNS no Grupo de Trabalho, instituído pela Portaria nº 2.445/2016, para apresentar proposta de modelo de contratação da força de trabalho e melhoria da atenção à saúde indígena.** Finalizando, conselheiro Edmundo Omore agradeceu os convidados e encerrou o debate deste item. Antes de proceder ao próximo item da pauta, conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** registrou, com pesar, ofalecimento de Anderson Soares, filho do presidente do CES de Rondônia, Raimundo Nonato; e a perda do filho da conselheira Patrícia Novo. **ITEM 6 – CONFERÊNCIAS - 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres.** *Coordenação:* conselheiro **Geordeci Menezes de Souza,** da Mesa Diretora do CNS. **1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde – 1ª CNSVS -** Conselheiro **Fernando Pigato**, coordenador adjunto da comissão organizada da Conferência e coordenador da CIVS/CNS, submeteu à apreciação do Pleno a proposta de composição das comissões de Comunicação e Mobilização e de Formulação e Relatoria, para deliberação do Pleno. **1)** ***Comissão*** *d****e Comunicação e Mobilização.*** Membro da Comissão Executiva da Conferência: **Fernando Zasso Pigatto.** Membros da Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde: **Maria Laura Carvalho Bicca** – FENAS; **Artur Custódio Moreira de Sousa** – MORHAN; **Marcelo Eliseu Sipioni** – ASBRAN; **Vanja Andréia Reis dos Santos** – UBM; **Jose Vanilson Torres da Silva** – MNPR; **Etieno de Sousa Pereira** – CTB; **Edson Antônio Donagema** – Anvisa. Demais Instituições/Entidades: Força Sindical – **Gilson Silva;** SVS/ASCOM – Indicar; CONASS – Indicar; CONASEMS – Indicar; CONAM – **Wanderley Gomes da Silva;** Fórum das Centrais – Indicar; CNBB – Indicar. Conselheiros Nacionais: **Nelcy Ferreira da Silva**; e **Geordeci Menezes de Souza**. *Núcleo de Comunicação:* **Nelcy Ferreira da Silva; Geordeci Menezes de Souza;** SVS/ASCOM – Indicar; Anvisa - **Edson Antônio Donagema. 2) *Comissão de Formulação e Relatoria.*** Membros da Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde: **Davi Vital do** **Rosário** – FENAFAL; **Ivo Ferreira Brito** – SVS; **Rilke Novato Público** – FENAFAR. Demais Instituições/Entidades: ANVISA – Trajano; CONASEMS – Indicar; CONASS – Indicar; Dieese – Indicar; Fiocruz – Indicar; ABRASCO – Indicar; CEBES – Indicar. Conselheira **Ivone Martini de Oliveira** solicitou que fossem contemplados maisrepresentantes do segmento dos trabalhadores e o conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** lembrou, tradicionalmente, que a comissão de relatoria é acrescida de participantes das comissões estaduais de relatoria. **Deliberação: aprovadas as composições das Comissões** d**e Comunicação e Mobilização e de Formulação e Relatoria por unanimidade.** Em seguida, conselheiro **Fernando Pigato** fez a leitura da minuta de resolução do cronograma da 1ª CNVS. O texto é o seguinte: “O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Octogésima Oitava Reunião Ordinária, realizada nos dias 08 e 09 de dezembro de 2016, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e pelo Decreto nº. 5.839, de 11 de julho de 2006, resolve: Aprovar o Cronograma e publica o Anexo I previsto no artigo 22 do Regimento da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (1ª CNVS) e dá outras providencias. **CAPÍTULO I.** DOS OBJETIVOS. Art. 1º. A 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde – 1ª CNVS tem por objetivos: I - Propor diretrizes para a Formulação da Política Nacional de Vigilância em Saúde e o fortalecimento dos programas e ações de vigilância em saúde; II – Reafirmar, impulsionar e efetivar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito da formulação da Política Nacional de Vigilância em Saúde, centrada no direito à Proteção da Saúde, e alicerçada num SUS público e de qualidade; III – Definir o papel da Vigilância em Saúde na integralidade do cuidado individual e coletivo em toda a Rede de Atenção à Saúde; IV - Fortalecer o território como espaço fundamental para a implementação da política e das práticas da Vigilância em Saúde; V - Fortalecer os programas e as ações de Vigilância em Saúde considerando: a) o acesso e a integração das práticas e processos de trabalho das vigilâncias epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental e do trabalhador e dos laboratórios de saúde pública; b) o acesso e a integração dos saberes e tecnologias das vigilâncias: epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental, do trabalhador e dos laboratórios de saúde pública; c) a gestão de risco como estratégia para a identificação, planejamento, intervenção, regulação, ações intersetoriais, comunicação e monitoramento de riscos, doenças e agravos à população; d) o monitoramento de vetores e de agentes causadores de doenças e agravos, inclusive as negligenciadas; VI – Fortalecer as políticas intersetoriais para promoção da saúde e redução de doenças e agravos, inclusive as negligenciadas; VII – Fortalecer a participação social na Vigilância em Saúde; VIII – Discutir as responsabilidades do Estado e dos governos com a Vigilância em Saúde. **CAPÍTULO II -** DO CRONOGRAMA. Art. 2º. A 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde – 1ª CNVS terá abrangência nacional, mediante a realização das Etapas Preparatórias; Municipais e/ou Macrorregionais; Estaduais/Distrito Federal; Nacional, assim como as Conferências Livres, observando-se o seguinte cronograma: I - Etapas Municipais e/ou Macrorregionais - de 22 de junho de 2017 até 31de agosto de 2017; II - Etapa Estadual – de 01 de setembro de 2017 até 21 de outubro de 2017; III - Etapa Nacional - de 21a 24 de novembro de 2017; IV - Etapas Preparatórias às Conferências Municipais e/ou Macrorregionais e Estaduais/Distrito Federal e Nacional como: Conferências Livres, Plenárias, Oficinas e outras poderão ser realizadas até o início das referidas etapas. Parágrafo Único. As unidades federativas poderão em acordo com os municípios, antecipar a realização da etapa Estadual/Distrito Federal, desde que comunique a Comissão Organizadora Nacional da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. **CAPÍTULO III -** DOS PARTICIPANTES. Art. 3. Publicação do Anexo I, previsto no artigo 22 do Regimento da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, com a disposição dos participantes (Delegados por Estados e Delegados Nacionais, observando-se a paridade constante Resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde e ainda dos Convidados e Participantes Livres). Estado/Região. Total Delegados. Região Norte: 220. Acre: 24; Amapá: 24; Amazonas: 36; Pará: 52; Rondônia: 32; Roraima: 24; Tocantins: 28; Região Nordeste: 412; Alagoas: 36; Bahia: 76; Ceará: 56; Maranhão: 48; Paraíba: 36; Pernambuco: 56; Piauí: 36; Rio Grande do Norte: 36; Sergipe: 32. Região Centro-Oeste: 152. Distrito Federal: 36; Goiás: 48; Mato Grosso: 36; Mato Grosso do Sul: 32; Região Sudeste: 392. Espírito Santo: 36; Minas Gerais: 96; Rio de Janeiro: 80; São Paulo: 180. Região Sul: 176. Paraná: 64; Rio Grande do Sul: 64; Santa Catarina: 48. Total de Delegados dos Estados: 1.352. Total de Delegados Nacionais - 10%: 148. Total de Delegados na Conferencia: 1.500. Total de Convidados - 10%: 148. Total de Participantes Livres - 5%: 75. Total de Participantes na Conferência: 1.723. Art. 4. As dúvidas quanto à aplicação desta Resolução nas Etapas Municipais e/ou Macrorregionais, Estaduais/Distrito Federal e Nacional serão esclarecidas pela Comissão Organizadora da 1ª CNVS.” Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** ressaltou que não é possível ampliar o número de participantes da Conferência para além do já definido. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** sugeriu a identificação de municípios que possuem trabalho de relevância em vigilância em saúde para subsidiar os debates. Conselheiro **João Donizeti Scaboli** salientou a importância de realizar seminário preparatório para a Conferência e o conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** respondeu que a Mesa Diretora está analisando essa possibilidade. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira,** dado onúmero de atividades previstas para 2017, disse que a CIVS e a CISMU deverão realizar oficina interna para, inclusive, elaborar plano de trabalho para 2017. **Deliberação: aprovada a minuta de resolução, por unanimidade.** Finalizando,Conselheiro **Fernando Pigatto** informou que será realizada reunião da CIVS nos dias 12 e 13 de dezembro de 2016 para elaborar plano de trabalho. Definido esse ponto, a mesa interrompeu para o almoço. Retomando, a mesa foi composta para o item 4 da pauta. **ITEM 4 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO – COFIN.** *Apresentação:* **Francisco Funcia**, assessor da COFIN/CNS; conselheiro **Wanderley Gomes da Silva**, coordenador da COFIN; **Arionaldo Bonfim,** Subsecretário de Orçamento e Financiamento – SPO/MS. *Coordenação:* conselheiro **André Luiz de Oliveira,** da Mesa Diretora do CNS. Iniciando, o coordenador da mesa explicou que o assessor da COFIN/CNS abordaria na sua explanação: Execução Orçamentária e Financeira do Ministério da Saúde de janeiro a outubro de 2016; PLOA 2017 – MS - análise e comparações;; e subsídios para debate da PEC 55/16 (antiga 241). O assessor da COFIN/CNS, **Francisco Funcia,** começou sua explanação pela execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde de janeiro a outubro de 2016, destacando os seguintes aspectos: **1)** Níveis de empenhamento e liquidação:Total – nível de empenho adequado, nível de liquidação regular; OCC – nível de empenho adequado, nível de liquidação regular; Pessoal – nível de empenho adequado, nível de liquidação adequado; **2)** Itens com nível de liquidação regular: Atenção à Saúde Bucal, INCa, Hospitais próprios, Vigilância Sanitária – PAB, Farmácia Básica – PAB, Qualificaçao Profissional do SUS, DATASUS, Manutenção administrativa, Programa de prevenção de DST/AIDS, Aquisição e distribuição de Medicamentos DST/AIDS, Farmácia Popular, Medicamentos Excepcionais, Saúde Indígena e PROESF; **3)** Itens com nível de liquidação inadequado: Vacinas e vacinação, REHUF, Sangue e Hemoderivados, Incentivo Financeiro – vigilância em saúde; Publicidade de Utilidade Pública, Aquisição e Distribuição de Medicamentos Estratégicos, Manutenção de Unidades Operacionais. **4)** Nível de Liquidação Intolerável e Inaceitável: **a)** Fundo Nacional de Saúde: Outros Programas, Vigilância Epidemiológica, Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, Reaparelhamento de Unidades do Ministério, Fomente à Pesquisa em Ciência e Tecnologia, Combate às Carências Nutricionais, Emendas Parlamentares. **b)** Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Nível de Liquidação Inadequado: destaque para Vigilância Sanitária de Produtos e Serviços; **c)** Fundação Nacional de Saúde - Nível de Liquidação Inadequado: Manutenção Administrativa, Nível de Liquidação Intolerável e Inaceitável: Programa de Aceleração do Crescimento - PAC, Saneamento Básico (demais ações), Outros Programas, Saneamento Básico (Demais Ações), Emendas Parlamentares; nível de execução da FUNASA é muito baixo (22%). **c)** Fundação Oswaldo Cruz – Nível de liquidação preocupante:Estudos e Pesquisas; nível de liquidação inadequado: Farmácias Populares; nível de liquidação intolerável : Vacina e Vacinação, Nível de liquidação inaceitável: Emendas. **d)** Agência Nacional de Saúde Suplementar (não faz parte da computo da aplicação em ASS). O nível de execução, em maior parte, é inadequado, intolerável e inaceitável. **e)** Grupo Hospitalar Conceição - nível de execução regular: atenção hospitalar da unidade;emendas parlamentares – nível de execução inaceitável (não houve empenho); **5)** Itens de despesa com liquidação acima de R$ 600 milhões, que 94% do gasto do MS com OCC ASPS: Média e Alta Complexidade (nível de empenho preocupante e liquidação regular); Programa Saúde da Família (nível de liquidação adequado); Medicamentos Excepcionais (nível liquidação regular); Piso da Atenção Básica – PAB Fixo (nível liquidação preocupante); Vacina e Vacinação (nível liquidação inadequado); Farmácias Populares (nível liquidação regular); Incentivo Financeiro – Vigilância em saúde ((nível de liquidação e empenho inadequados); Saúde Indígena (nível de empenho e liquidação regular); Farmácia Básica (nível liquidação regular); Programa Sangue e Hemoderivados (nível liquidação inadequado); Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU (nível liquidação adequado); Aquisição e Distribuição de Medicamentos DST AIDS (nível liquidação regular); Pioneiras Sociais (nível liquidação adequado); Qualificação Profissional do SUS (nível liquidação regular); Hospitais Próprios (nível liquidação regular). **6)** Execução Financeira dos Restos a Pagar (até 23 de novembro de 2016): R$ 7,155 bi do total de R$ 15,800 bi; R$ 879 mi cancelados; concentração em 2013, 2014 e 2015; maior concentração no FNS e FUNASA. Seguindo, fez uma breve explanação sobre subsídios para debater com os defensores da PEC 55: haverá perdas para o SUS. Destacou que a PEC 55/2016 (antiga PEC 241): ajuste fiscal com retirada de direitos sociais. Explicou que propõe “teto” para despesas primárias (e não para as financeiras); despesas federais com saúde e educação (mínimo de 2017 será congelado até 2036 corrigido apenas pela variação anual do IPCA). SUS-PISO 2017: 15,0% da Receita Corrente Líquida (RCL):R$ 113,7 bilhões. Mesmo com essa antecipação dos 15%, valor ainda menor que empenhado 2014 + Despesa 2014 empenhada em 2015 (corrigido pelo IPCA para 2017): R$ 119,2 bilhões = perda de R$ 5,5 bilhões e depois queda continuada de 2018 a 2036. Ressaltou que a PEC 55 reduzirá o piso do SUS no período 2018-2036: o valor mínimo de 2017 será corrigido somente pela variação anual da inflação medida pelo IPCA/IBGE nesse período, com quedas da despesa per capita e em relação ao PIB. Considerando a série histórica (despesa empenhada x despesa autorizada na Lei Orçamentária – 2008 a 2015), o aplicado é equivalente ao PIB. Assim, a história demonstra que o piso se transforma em teto.Explicou que o Congresso Nacional pode colocar recursos além do piso, masa série histórica mostra que não se transforma em recurso liberado pela área econômica para empenho para ASPS. Salientou que a defesa de melhoria da gestão não significa que sobra recursos no SUS e que o desperdício corresponda a R$ 210 bi. Também mostrou quadro com asprincipais despesas empenhadas em 2015 e corte PEC 55 de 30% e salientou que cabe aos gestores se os valores serão suficientes ou não (possivelmente não). Além disso, mostrou quadro com principais despesas empenhadas em 2015 e corte PEC 55 exceto MAC, destacando que o corte é de 55% em todos os itens. Seguindo, fez uma breve explanação sobre o Projeto de Lei Orçamentária Anual - PLOA 2017 – MS - análise e comparações. Explicou que os parâmetros do PLOA 2017 são: R$ 758 bi de receita; PIB de R$ 6,6 tri; IPCA acumulado de 4,8%/ano. Assim, o valor de ASPS em relação à receita corrente e mais as emendas parlamentares seria de R$ 110 bi. Em comparação ao empenhado em 2015, em termos nominais, R$ 10 bi a mais; e o disponível para 2016 é R$ 106,9, assim seria R$ 3 bi a mais. Disse que esses números referem-se a primeira apresentação, pois o MS encaminhou a programação original sem emendas com R$ 105 bi, acrescentando as emendas chegava a R$ 110 bi; na tramitação no Congresso Nacional, está em R$ 115 bi. Fez os seguintes destaques da análise da alocação de recursos orçamentários por ação (queda de valores alocados no Orçamento: 0220 - Contribuição à União Internacional Contra o Câncer - UICC (MS); 125H - Construção do Complexo Integrado do Instituto Nacional de Câncer – INCa; 12L4 - Implantação, Construção e Ampliação de Unidades de Pronto Atendimento – UPA; 12L5 - Construção e Ampliação de Unidades Básicas de Saúde – UBS; 20AD - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família; e 8577 - Piso de Atenção Básica Fixo. Itens do FNS/SAS: PLOA 2017 x dotação atualizada 2016 (31/08) - variações nulas (não cobre a inflação): 15EG - Implantação da Nova Sede do Instituto Nacional de Cardiologia – INC; 20YQ - Apoio Institucional para Aprimoramento do SUS; 6148 - Assistência Médica Qualificada e Gratuita a Todos os Níveis da População e Desenvolvimento de Atividades Educacionais e de Pesquisa no Campo da Saúde - Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais – SARAH; 6233 - Implantação e Implementação de Políticas de Atenção à Saúde Mental; 8721 - Implementação da Regulação, Controle e Avaliação da Atenção à Saúde; 8735 - Implementação de Ações Voltadas à Alimentação e Nutrição para a Saúde; e 8739 - Implementação da Política Nacional de Humanização – PNH. Itens do FNS/SAS: PLOA 2017 x dotação atualizada 2016 (31/08) com variações abaixo do IPCA de 4,8% para 2017 (0% A 1,0%): 4324 - Atenção à Saúde das Populações Ribeirinhas da Região Amazônica mediante Cooperação com a Marinha do Brasil; 6217 - Atenção à Saúde nos Serviços Ambulatoriais e Hospitalares do Ministério da Saúde; 6217.6506 - Hospital Geral dos Servidores – HGS; 6217.6507 - Hospital Geral de Bonsucesso – HGB; 6217.6508 - Hospital Geral de Jacarepaguá – HGJ; 6217.6511 - Hospital Geral da Lagoa – HGL; 8573 - Implementação, Acompanhamento e Avaliação da Política Nacional de Atenção Básica – PNAB; e 8759 - Aperfeiçoamento, Avaliação e Desenvolvimento de Ações e Serviços Especializados em Traumatologia e Ortopedia – INTO. Itens do FNS/SAS: PLOA 2017 X dotação atualizada 2016 (31/08) - variações abaixo do IPCA de 4,8% para 2017 (e acima de 1,0%): 20AI - Auxílio-Reabilitação Psicossocial aos Egressos de Longas Internações Psiquiátricas no Sistema Único de Saúde (De Volta Pra Casa); 6217.6509 - Hospital Geral de Ipanema – HGI; 6217.6510 - Hospital Geral do Andaraí – HGA; 8755 - Aperfeiçoamento, Avaliação e Desenvolvimento de Ações e Serviços Especializados em Cardiologia-INC; 8758 - Aperfeiçoamento, Avaliação e Desenvolvimento de Ações e Serviços Especializados em Oncologia – INCA; 20SP - Operacionalização do Sistema Nacional de Transplantes; e 8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade. FNS/SAS: PLOA 2017 X dotação atualizada 2016 (31/08) - variações acima do IPCA de 4,8% para 2017 (e até 7,5%): 20QH - Implantação da Segurança Alimentar e Nutricional na Saúde; 20QI - Implantação e Manutenção da Força Nacional de Saúde; 20YI - Implementação de Políticas de Atenção à Saúde - ASPS - Discricionária (#); 4295 - Atenção aos Pacientes Portadores de Doenças Hematológicas; e 8730 - Ampliação da Resolutividade da Saúde Bucal na Atenção Básica e Especializada - ASPS – Discricionária. FNS/SAS: PLOA 2017 x dotação atualizada 2016 (31/08) - variações acima do IPCA de 4,8% para 2017 (de 7,5% a 10%): 20G8 - Reestruturação dos Serviços Ambulatoriais e Hospitalares Prestados pelos Hospitais Universitários Federais (Financiamento Partilhado - REHUF); 20R4 - Apoio à Implementação da Rede Cegonha; 6516 - Aperfeiçoamento e Avaliação dos Serviços de Hemoterapia e Hematologia; e 8761 - Custeio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192. FNS/SAS: PLOA 2017 x dotação atualizada 2016 (31/08) - variações acima do IPCA de 4,8% para 2017 (de 10% a 50%): 09LP - Participação da União no Capital Social - Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia – HEMOBRÁS; 20B0 - Estruturação da Atenção Especializada em Saúde Mental - ASPS – Discricionária; 7690 - Estruturação dos Serviços de Hematologia e Hemoterapia; e 8933 - Estruturação de Serviços de Atenção às Urgências e Emergências na Rede Assistencial. FNS/SAS: PLOA 2017 x dotação atualizada 2016 (31/08) - variações acima do IPCA de 4,8% para 2017 (acima de 50%): 216O - Apoio à Gestão das Santas Casas de Misericórdia Outras Entidades sem Fins Econômicos (#); 217K - Atenção à Saúde das Populações Residentes em Áreas Remotas da Região Amazônica, mediante Cooperação com o Exército Brasileiro (#); 8535 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde; e 8581 - Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde. FNS/SCTIE: PLOA 2017 x dotação atualizada 2016 (31/08) – variações negativas: 211V - Implantação de Unidades da Rede Própria do Programa Farmácia Popular do Brasil; 20YS - Manutenção e Funcionamento do Programa Farmácia Popular do Brasil pelo Sistema de Copagamento; 20YR - Manutenção e Funcionamento do Programa Farmácia Popular do Brasil pelo Sistema de Gratuidade; 20K5 - Apoio ao Uso de Plantas Medicinais e Fitoterápicos no SUS; e 20AE - Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos na Atenção Básica em Saúde. FNS/SCTIE: PLOA 2017 x dotação atualizada 2016 (31/08) - variações nulas – 20YQ - Apoio Institucional para Aprimoramento do SUS; 2B42 - Cooperação Técnica Nacional e Internacional em Ciência e Tecnologia em Saúde; 4368 - Promoção da Assistência Farmacêutica por Meio da Aquisição de Medicamentos do Componente Estratégico; 20K3 - Avaliação e Incorporação de Tecnologias de Saúde no âmbito do SUS. FNS/SCTIE: PLOA 2017 x dotação atualizada 2016 (31/08) - variações positivas: 20AH - Organização dos Serviços de Assistência Farmacêutica no SUS; 4705 - Apoio Financeiro para Aquisição e Distribuição de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; 6146 - Pesquisa em Saúde e Avaliação de Novas Tecnologias para o SUS; 20K4 - Apoio ao Sistema de Ética em Pesquisa com Seres Humanos; 8636 - Inovação e Produção de Insumos Estratégicos para a Saúde; e 20K7 - Apoio à Modernização do Parque Produtivo Industrial da Saúde. FNS/SGTES: PLOA 2017 x dotação atualizada 2016 (31/08) - variações negativas e positivas. Negativas: 212H - Pesquisa e Desenvolvimento nas Organizações Sociais; e 20YQ - Apoio Institucional para Aprimoramento do SUS; Positivos: 20YD - Educação e Formação em Saúde; e 214U - Implementação do Programa Mais Médicos. FNS/SE: PLOA 2017 x dotação atualizada 2016 (31/08) – variações negativas – 2000 - Administração da Unidade - ASPS -Discricionária – SAA; 216H - Ajuda de Custo para Moradia ou Auxílio-Moradia a Agentes Públicos - não ASPS - Discricionária - SAA/CGESP; 7666 - Investimento para a Qualificação da Atenção à Saúde e Gestão do SUS - ASPS - Discricionária – SE; 8715 - Preservação, Organização, Disseminação e Acesso ao Conhecimento e ao Patrimônio Cultural da Saúde - ASPS - Discricionária – SAA. FNS/SE: PLOA 2017 x dotação atualizada 2016 (31/08) - variações nulas - 20AB - Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios para Execução de Ações de Vigilância Sanitária - ASPS - Obrigatória – ANVISA; 20QG - Atuação Internacional do Ministério da Saúde - ASPS - Discricionária – AISA; 4572 - Capacitação de Servidores Públicos Federais em Processo de Qualificação e Requalificação - ASPS - Discricionária - SAA/CGESP; 4641 - Publicidade de Utilidade Pública - ASPS - Discricionária - GM/ASCOM; e 8753 - Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS - ASPS - Discricionária - SE/DEMAS. FNS/SE: PLOA 2017 x dotação atualizada 2016 (31/08) - variações positivas: 2B52 - Desenvolvimento Institucional da Gestão Orçamentária, Financeira e Contábil do Fundo Nacional de Saúde e dos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde - ASPS - Discricionária – FNS; 20YN - Sistemas de Tecnologia de Informação e Comunicação para a Saúde (e-Saúde) - ASPS - Discricionária – DATASUS; e 8648 - Desenvolvimento e Fortalecimento da Economia da Saúde e Programas de Cooperação Técnica para o Aperfeiçoamento do SUS - ASPS - Discricionária - SE/DESID. FNS/SGEP: PLOA 2017 x dotação atualizada 2016 (31/08) - variações negativas e positivas – negativas: 20YM - Ampliação das Práticas de Gestão Participativa, de Controle Social, de Educação Popular em Saúde e Implementação de Políticas de Promoção da Equidade - ASPS – Discricionária; 6182 - Fortalecimento da Ouvidoria Geral do Sistema Único de Saúde - ASPS – Discricionária; e 8708 - Fortalecimento da Auditoria do Sistema de Saúde - ASPS – Discricionária. Positivas - 2016 - Funcionamento do Conselho Nacional de Saúde - ASPS – Discricionária; e 8287 - Qualificação da Integração das Ações e Serviços de Saúde dos Entes Federativos - ASPS – Discricionária. FNS/SESAI: PLOA 2017 X dotação atualizada 2016 (31/08) - variações nulas – Negativos: 20YP - Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde Indígena - ASPS – Discricionária; e 7684 - Saneamento Básico em Aldeias Indígenas para Prevenção e Controle de Agravos - ASPS – Discricionária. FNS/SVS: PLOA 2017 x dotação atualizada 2016 (31/08) - variações negativas e nulas – Negativas: 20YJ - Fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde; e 0000 - Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios para a Vigilância em Saúde - Despesas Diversas. Nulas: 00NK - Doação à Aliança Global para Vacinas e Imunização – GAVI; 4370 - Atendimento à População com Medicamentos para Tratamento dos Portadores de HIV/AIDS e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis; 20AC - Incentivo Financeiro às Ações de Vigilância, Prevenção e Controle das DST/AIDS e Hepatites Virais; e 20YQ - Apoio Institucional para Aprimoramento do SUS. Também fez destaques de algumas ações anteriormente apresentadas: FNS/SAS: PLOA 2017 x dotação atualizada 2016 - (31/08) - investimentos – total e ações: 8535 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde – 114% a mais de recursos em relação a 2016; 8581 - Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde – 71% a mais de recursos em relação a 2016; e 8933 - Estruturação de Serviços de Atenção às Urgências e Emergências na Rede Assistencial: 20% a mais de recursos em relação a 2016. Também apresentou quadros sobre PLOA 2017 x dotação atualizada 2016 (31/08) relativa relação a investimentos no que se refere a planos orçamentários. Por fim, apresentou os comentários/questionamentos das Comissões e/ou conselheiros do CNS encaminhadas à COFIN: 1. Assistência Farmacêutica Básica/SCTIE - Houve redução de R$ 19.570.000,00. Qual o motivo? Se houve redução do valor pago pelo MS para as farmácias e drogarias do Programa Aqui Tem Farmácia Popular, não seria possível ampliar o investimento na assistência farmacêutica básica, considerando que o repasse per capita permanece o mesmo no último período? 2. Fitoterápicos/SCTIE. Houve redução de R$ 1.000.000,00. Qual o motivo? 3. Auditoria/SGEP. Houve redução de R$ 1.600.000,00. Qual o motivo? Qual o impacto no número de auditorias feito anualmente? 4. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP. Orçamento: 2016 = 220.000.000 - 2017 = 177.120.000. Houve redução de R$ 42.880.000. Qual o motivo? 5. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA – SGEP. AÇÃO: 20YM - Ampliação das Práticas de Gestão Participativa, de Controle Social, de Educação Popular em Saúde e Implementação de Políticas de Promoção da Equidade. VALOR: 43.500.000 – Meta física: 15.000 Atores sociais. Redução da meta anual: A meta que consta no PNS é de capacitar 80 mil pessoas no período de 4 anos, o que daria 20 mil/ano, número superior a previsão de 2017 que seria de 15 atores sociais/ano, totalizando nos 4 anos, 60 mil pessoas. Por que? Quais as atividades que serão desenvolvidas nesta ação e para qual público exatamente? Referem-se a todos os projetos da SGEP – quais?. 6. O que está previsto para a “Manutenção do Conselho Nacional de Saúde”? É a programação que o CNS encaminhou ou houve redução?. 7. Muitas ações foram programadas com valores abaixo da variação anual do IPCA. Houve redução de programação em relação a 2016? O que explica essa redução em termos reais? **Manifestações.** Conselheiro **Moyses Toniolo de Souza** fez um destaque à execução orçamentária das unidades especializadas de saúde e destacou que a maior parte da média e alta complexidade está na iniciativa privada. Perguntou os motivos da execução irregular do orçamento destinado a ações de DST/AIDS, com destaque para os itens “Programa de Prevenção DST AIDS” e “Aquisição e Distribuição de Medicamentos para DST/AIDS”, considerando os índices de infecção por HIV (a cada ano, mais de 40 mil pessoas se infectam por HIV) e os casos de sífilis congênita. Manifestou preocupação com a lógica da PLOA que prioriza o investimento na “promoção da doença”. Conselheiro **Artur Custódio M. de Souza** agradeceu o assessor da Comissão pelos dados e solicitou informações mais detalhadas sobre o orçamento destinado à eliminação da hanseníase, inclusive para subsidiar as ações do MORHAN. Conselheira **Semiramis Maria Amorim Vedovatto** explicou que a CISM/CNS encaminhou documento para a COFIN/CNS, destacando os seguintes aspectos: os recursos alocados para saúde mental estão adequados para a rede atual, mas não para o planejamento constante no Plano Nacional de Saúde; Ação 8535 – rubrica sem recursos; diminuição do aporte financeira na rubrica PO 007; proposta de inclusão das ações da RAPS no PAB e MAC; não há previsão de recursos para os centros de convivência, um dos componentes da RAPS; e diminuição dos recursos para os NAFs. Conselheiro **Willen Heil e Silva** saudou o assessor da COFIN pela explanação e solicitou que este ponto de pauta seja apresentado no primeiro dia de reunião, com maior tempo. Sugeriu a elaboração de planilha dinâmica que gere impacto sobre o antes e o depois da PLOA 2017. Registrou sua angústia com diretrizes aprovadas em conferências e incluídas no Plano Nacional de Saúde que não são comtempladas na PLOA, a exemplo das diretrizes da Política de Práticas Integrativas e Complementares. Sobre a PEC 55/16, disse que, ao contrário da afirmação de setores, haverá perda de recursos para a saúde. Conselheiro **Adriano Félix** destacou que a judicialização não se refere apenas a medicamentos para doenças raras e negligenciadas, pois contempla outros medicamentos, procedimentos não ofertados pelo Sistema, acesso não universal, entre outros aspectos. Também destacou que os municípios sofrem com a não liberação de recursos e com o não pagamento dos restos a pagar, prejudicando a população. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** perguntou como é destinado recursos para as pioneiras sociais. Conselheira **Francisca Valda da Silva** frisou queos municípios não têm condições de arcar com mais gastos na saúde e perguntou se é real a perda de R$ 11 milhões no orçamento de 2017. Destacou que o cenário com base nas projeções apresentadas é devastador, portanto, é preciso definir ações para sensibilizar a população sobre a gravidade da situação. Conselheiro **Nilton Pereira Junior** afirmou que a PEC 55 reduzirá o orçamento da saúde e frisou que a PLOA 2017 está abaixo da projeção da PEC (MAC aumentará, em comparação a 2016, apenas 2,6%, abaixo da inflação; e o PAB apresenta decréscimo real – redução de 1% no PAB fixo e 1,1% no PAB Variável; redução de 44% do orçamento da Ouvidoria do SUS; diminuição de 9,5% dos recursos da auditoria; redução de 2 a 4% dos recursos da SESAI; não ampliação dos recursos para medicamentos de DST/AIDS; redução de 29% do incentivo financeiro da vigilância em saúde para estados e municípios). Além da redução de recursos, manifestou preocupação com criação de ação que destina recursos para apoio da gestão das santas casas e perguntou qual o objetivo desse item. Por fim, sentiu falta de representantes da SPO/MS nesse debate tão importante. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** recordou que o item da COFIN estava pautado no primeiro dia de reunião, à tarde, e os representantes da SPO/MS estiveram presentes à reunião durante três momentos. Todavia, o Plenário decidiu adiar o tema para o segundo dia de reunião, mas a SPO/MS foi informada dessa mudança. Conselheira **Gerlane Baccarin** frisou que é interesse do Ministério da Saúde debater esse tema no Conselho e os representantes da SPO/MS estão se dirigindo ao CNS. Reiterou que houve mudança na pauta (o tema estava pautado no dia anterior) e a SPO/MS não foi informada que o tema seria debatido naquele momento. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** explicou que o Subsecretário de Orçamento e Financiamento – SPO/MS, **Arionaldo Bonfim,** foi informado que o tema seria pautado na tarde do segundo dia de reunião. Conselheiro **Moyses Toniolo de Souza**, em que pese a mudança na pauta, lembrou que o Ministério da Saúde assumiu compromisso de garantir a presença de representantes nos debates do Conselho.Conselheiro **Wanderley Gomes da Silva** reforçou a preocupação do Pleno acerca do orçamento da saúde e destacou dois aspectos centrais da apresentação do assessor técnico da COFIN: prioridade de investimento público no setor privado e fragilização do SUS e da política de prevenção. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** registrou a presença do Subsecretário de Orçamento e Financiamento – SPO/MS, **Arionaldo Bonfim.** Conselheiro **Artur Custódio M. de Souza** disse que orçamento aponta mudança política e ideológica, assim, sugeriu análise política dos dados orçamentários. **Retorno da mesa.** O assessor técnico da COFIN, **Francisco Funcia**, primeiro, disse que não havia divergência de fundo entre o seu posicionamento e o do Subsecretário Arionaldo Bonfim, mas sim diferenças pontuais. Ressaltou que a pauta da COFIN, pela natureza e pelo volume de informações, precisa de espaço maior na pauta da reunião do CNS. Sobre os itens “Programa de Prevenção DST AIDS” e “Aquisição e Distribuição de Medicamentos para DST/AIDS”, explicou que o nível de liquidação é regular e o nível de empenho de um deles é adequado. Disse que é possível detalhar, com o apoio da SPO, os itens de interesse específico dos conselheiros. Nessa linha, a leitura da execução orçamentária deve ser associada à análise dos dados pelas comissões do Conselho (interface entre COFIN e demais comissões). Ressaltou que é positiva a interlocução da COFIN/CNS com a SPO/MS, lembrando que a Secretaria, sempre que solicitada, disponibiliza as informações ao CNS. Sugeriu, em relação a políticas específicas, convidar a área técnica para participar do debate. Solicitou à conselheira Semiramis Amorim que encaminhe os apontamentos feitos pela CISM para serem enviados à SPO. Nessa linha, sugeriu que as comissões do CNS identifiquem as ações orçamentárias que desejam acompanhar a execução orçamentária e comuniquem à COFIN/CNS. Ressaltou que a “cortina de fumaça” criada pelo relator da PEC 241 foi antecipar para 2017 os 15% da receita corrente líquida, percentual que, pela EC n°. 86, somente chegaria em 2020 (como piso). Porém, desde 2014, vem se aplicando 14,3% da receita corrente líquida; 14,8% em 2015; 15% em 2016; e 15% em 2017 (projeção). A PEC determina que a partir de 2018, será o piso de 2017 corrigido pela variação da inflação. Assim, considerar que corrigir pela inflação protege o valor aplicado é esquecer o crescimento da população (0,8 a 1% ao ano), os gastos com a incorporação tecnológica, envelhecimento da população, entre outros aspectos. Concordou que os municípios não têm condições de arcar com mais gastos na saúde. Explicou que na sua apresentação fez uma simulação da aplicação se a PEC estivesse em vigor. Concordou que é possível quantificar o quanto da judicialização é medicamento e o quanto se refere a outras questões. Disse que os recursos dos Restos a Pagar, enquanto estão abertos, podem ser executados. Por fim, destacou que, na prática, o orçamento de 2017 seria de R$ 108 bi (em 2016, R$ 104 bi) e R$ 115 bi com as emendas. Assim, ressaltou que é preciso verificar como ficou a programação orçamentária originalmente encaminhada ao Congresso Nacional. O Subsecretário de Orçamento e Financiamento – SPO/MS, **Arionaldo Bonfim**, cumprimentou os conselheiros e reiterou o seu compromisso e da equipe da SPO com os debates do Conselho.Fez breves considerações sobre as questões colocadas: **1)** o dia2 de dezembro de 1016 foi o último dia de empenho do MS e até essa data a saúde estava com R$ 15 bilhões acima do mínimo estabelecido pela Emenda n°. 86; e, com a última reestimativa, o valor foi para R$ 11 bilhões – desse total, foram empenhados R$ 3 bi; **b)** diferente dos anos anteriores, o MS pagará integralmente o MAC em 2016 (só depende de aprovação de crédito pelo Congresso Nacional); **c)** até 5 de dezembro de 2016, foi pago o PAB fixo dos 5.550 municípios; **d)** todas as despesas do MS até o mês de novembro estão pagas, diferente de anos anteriores; **e)** Restos a Pagar – R$ 15,8 bilhões inscritos em Restos a Pagar; até 9 de dezembro de 2016 foram pagos R$ 8 bi de inscritos e reinscritos; R$ 850 milhões cancelados (reposição de R$ 432 mi em 2016); dos R$ 6,9 bi de Restos a Pagar, há possibilidade de pagar de R$ 1 a R$ 2 bi neste exercício; **f)** Rede Sara – unidade mantida única e exclusivamente com orçamento do MS; há contrato de gestão administrado por um grupo de trabalho, coordenador pela SAS/MS, que estabelece metas a cada exercício; ao quantificar as metas, é repassado custo para repasse de recursos pelo MS – valor repassado hoje é R$ 79 milhões/mês; **g)** Santas Casas – a SAS/MS tem compromisso com os prestadores de serviços nos estados e municípios e portarias estabelecem repasse de recursos para essas instituições – foi definido pagamento de dívida com as Santas Casas em duas parcelas - novembro e dezembro de 2016; **h)** Proposta orçamentária 2017 – destaques: R$ 1,5 bilhões de emendas impositivas e R$ 4,6 bilhões de emendas individuais; o relator teve que acatar emendas de bancadas não impositivas e, para isso, foi feito corte de R$ 520 milhões no orçamento da saúde que recai sobre despesas de investimento – a ideia é recompor esse valor; proposta orçamentária 2017 encaminhada de R$ 104 bilhões foi para R$ 115 bilhões por conta da PEC; **i)** valor estimado do MAC é de R$ 5 bilhões//ano para dar conta de serviços em andamento ou não e que ainda não são devidamente custeados pelo MS; e **j)** ação nova “Apoio à gestão das santas casas” – desde a criação do Timemania foi destinado recurso às santas casas para melhoria da gestão, principalmente capacitação; assim, foi incluída uma ação para essa finalidade a fim de dar transparência. Conselheiro **Wanderley Gomes da Silva** informou que nos dias23 e 24 de novembro de 2016, em Recife, foi realizada oficina da COFIN, Nordeste 2, que contemplou os Estados da Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe e Bahia. Lembrou o objetivo da atividade: formar multiplicadores para a atuação do controle social no planejamento, monitoramento, avaliação e fiscalização dos recursos para a saúde, além de fortalecer as Comissões de Orçamento e Financiamento nos Conselhos de Saúde. **Deliberação: incluir o ponto de pauta da COFIN no primeiro dia, com prazo maior.** Conselheiro **Wilen Heil e Silva** perguntou como encaminhar a proposta de incluir rubrica relativa à Política das Práticas Integrativas e Complementares na PLOA 2017. Conselheiro **Adriano Félix**, em relação às sentenças judiciais,sugeriu separar o que é gasto com medicamentos e outros procedimentos. Conselheiro **Artur Custódio M. de Souza** sugeriu informar os convidados sobre a possibilidade de mudanças na pauta das reuniões, a fim de evitar constrangimentos no caso de modificações. O Subsecretário de Orçamento e Financiamento – SPO/MS, **Arionaldo Bonfim**, explicou que a SAS/MS pode levar a demanda sobre ação relativa a práticas integrativas e complementares e não há problema para criar essa ação no orçamento. Sobre as sentenças judiciais, disse que não é possível criar ação no orçamento para pagamento de sentença. O assessor da COFIN esclareceu que a proposta não é criar ação para sentenças judiciais, mas sim separar os gastos com medicamentos e os com outros procedimentos. O Subsecretário de Orçamento e Financiamento – SPO/MS esclareceu que o MS gasta com despesas no exterior, doenças raras, cerca de R$ 10 milhões/mês e com medicamentos de alto custo R$ 1,3 bilhão em 2016, com tendência de crescimento para 2017. Com esses esclarecimentos, a mesa agradeceu os convidados e encerrou o debate deste item. **ITEM 9 – INFORMES GERAIS - CALENDÁRIO DE REUNIÕES 2017 – INFORMES DAS COMISSÕES DO CNS – INDICAÇÕES.** *Coordenação:*conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, da Mesa Diretora do CNS;e **Neide Rodrigues dos Santos,** Secretária-Executiva do CNS. **CALENDÁRIO DE REUNIÕES DO CNS 2017 –** Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, considerando o avançado da hora, sugeriu ao Plenário a aprovação das datas das reuniões de janeiro e fevereiro de 2017 e a apreciação das demais datas na próxima reunião do Conselho. Explicou, rapidamente, que a proposta é realizar as reuniões às quartas e quintas ao invés de quintas e sextas, como é hoje, considerando que o levantamento da SE/CNS apontou que o custo é menor e facilita os encaminhamentos aprovados nas reuniões. Apresentada a proposta, houve algumas manifestações, mas não houve consenso sobre os dias da semana para realização das reuniões. Sendo assim, a mesa procedeu à votação. Primeiro, colocou em apreciação as propostas: **1) definir o calendário de 2017 naquela reunião**; ou 2) definir o calendário na primeira reunião de 2017. **Proposta 1 recebeu 17 votos.** Proposta 2 recebeu 2 votos. 3 abstenções. Diante desse resultado, a mesa colocou em votação as propostas: 1) realizar as reuniões às quartas e quintas. 2) **manter a reunião às quintas e sextas.** Proposta 1 nove votos. **Proposta 2, 13 votos**. 5 abstenções. Diante desse resultado, o coordenador da mesa apresentou a seguinte proposta de calendário, mantendo as reuniões do CNS às quintas e sextas-feiras: 289ª RO: 26 e 27 de janeiro; 290ª RO: 16 e 17 de fevereiro; 291ª RO: 9 e 10 de março; 292ª RO: 6 e 7 de abril; 293ª RO: 11 e 12 de maio; 294ª RO: 8 e 9 de junho; 295ª RO: 6 e 7 de julho; 296ª RO: 10 e 11 de agosto; 297ª RO: 14 e 15 de setembro; 298ª RO: 5 e 6 de outubro; 299ª RO: 9 e 10 de novembro; 300ª RO: 7 e 8 de dezembro. **Deliberação: o Plenário aprovou o calendário de reuniões ordinárias do CNS de 2017.** O calendário de reuniões da Mesa Diretora do CNS em 2017, definido a partir do calendário das reuniões plenárias do Conselho, é o seguinte: 120ª RO: 24 e 25 de janeiro; 121ª RO: 9 de fevereiro; 122ª RO: 2 de março; 123ª RO: 30 de março; 124ª RO: 4 de maio; 125ª RO: 1° de junho; 126ª RO: 29 de junho; 127ª RO: 27 de julho; 128ª RO: 5 de setembro; 129ª RO: 28 de setembro; 130ª RO: 1° de novembro; 131ª RO: 30 de novembro; 132ª RO: 14 de dezembro. **INFORMES SOBRE AS REUNIÕES DAS COMISSÕES INTERSETORIAIS.** Conselheira **Semiramis Amorim Vedovatto**, coordenadora da CISM/CNS, informou a realização da reunião da Comissão Intersetorial nos dias 25 e 25 de novembro de 2017, destacando como resultados: *definição do calendário de reuniões* para 2017, com indicativo de reunião descentralizada; envio de questões para manifestação da assessoria jurídica; e elaboração de minuta de recomendação acerca da coordenação da área de saúde mental. Feito esse breve informe, fez a leitura da recomendação ao Ministério da Saúde. O texto é o seguinte: “Recomendação nº xxxx, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2015. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Octogésima Oitava Reunião Ordinária, realizada nos dias 8 e 9 de dezembro de 2016, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, face as dificuldades enfrentadas no últimos 12 meses e das analises realizadas pela Comissão Intersetorial de Saúde Mental sobre as dificuldades enfrentadas no âmbito da política de saúde mental para a Reforma Psiquiátrica no Brasil enfrentadas desde o movimento “Fora Valencius” que completa um ano e da ausência de Coordenador Nacional de Saúde Mental desde 6 de maio de 2016 que tem dificultado a orientação as coordenações estaduais e municipais; Considerando que os últimos anos têm sido marcados por vários retrocessos no âmbito da política de saúde mental com a disseminação de internações compulsórias, retrocesso de investimentos nos serviços substitutivos, aprovação do marco regulatório das comunidades terapêuticas pelo CONAD, da edição recente da Portaria 1484, de 25 de Outubro de 2016 que reconhece as chamadas comunidades terapêuticas como estabelecimentos de saúde no CNES possibilitando o cadastramento e a identificação das entidades de promoção à saúde e das comunidades terapêuticas no CNES e o não credenciamento de cerca de 300 equipamentos relacionados a Rede de Atenção Psicossocial desde janeiro/2016 em diversos municípios brasileiros , demonstrando um desalinhamento da à política de saúde mental construída nesse país; Considerando que desde a exoneração do Valencius Wurch em 6 de maio de 2016, a coordenação nacional de saúde mental tem sido exercida de forma interina, sem portaria de nomeação, por profissional experiente na área da Saúde Mental, concursada e do quadro do Ministério da Saúde, o que causa dificuldades de acesso e de orientação quanto ao enfrentamento das questões relacionadas a área de Saúde Mental e de Álcool e outras Drogas, financiamento, credenciamento de equipamentos e da realização de ações como a suspensão da reunião do Colegiado; Considerando que este Plenário defende que as indicações para as Secretarias, Coordenações e Programas estratégicos do Ministério da Saúde, devem estar alinhadas à atual Política de Saúde Mental e a todos os consensos internacionais sobre a reestruturação da atenção em saúde mental para além do caráter hegemônico e centrado no modelo hospitalocêntrico e ambulatorial, devendo ser de base territorial, articulado em rede, com ênfase no cuidar em liberdade, e nos princípios e valores que norteiam o SUS. **Recomenda ao Ministério da Saúde:** A efetivação no cargo de Coordenação Nacional de Saúde Mental da atual servidora para que possa ter maior capilaridade e resolutividade no cumprimento e respeito a uma política pública de Estado, aplicado ao campo da Saúde Mental, garantindo a plena implementação e investimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de acordo com os Decretos n.º 7508/2011 e n.º 3088/2011 (decreto da RAPS), bem como o compromisso do governo federal com a manutenção e continuidade da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas dentro dos princípios estabelecidos e ratificados pelas deliberações da 15ª Conferência Nacional de Saúde, no Relatório Final e Moções da XVIII Reunião do Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental e as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde Mental. Além disso, o Pleno do CNS convoca todo o controle social a se manifestar pela Reforma Psiquiátrica, “nenhum passo atrás, manicômio nunca mais!”.” **Deliberação: não havendo destaques, a recomendação foi aprovada por unanimidade. Comissão Intersetorial de Saúde Mental – CISI** - Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** registrou que a Comissão Intersetorial de Saúde Mental – CISI reuniu-se nos dias 1º e 2 de dezembro de 2016 e definiu uma série de encaminhamentos. **Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - CISTT** - Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** informou que a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - CISTT realizou reunião virtual no dia 5 de dezembro de 2016.  **Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição – CIAN** – Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** fez a leitura da minuta de moção elaborada pela CIAN. O texto é o seguinte: “**MOÇÃO XXX, DE XXX DE 2016.** O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Octogésima Oitava Reunião Ordinária, realizada nos dias 8 e 9 de dezembro de 2016, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e Considerando a necessidade de deter e prevenir o aumento da prevalência de obesidade e sobrepeso na população brasileira e a necessidade de enfrentar os obstáculos para a implementação e efetividade da Guia Alimentar para População Brasileira enquanto instrumento para contribuir com a garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável (Lei nº 11.346/2006 - LOSAN); Considerando a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), redefinida pela Portaria n.º 2.446, de 11 de novembro de 2014; Considerando a Portaria n.º 2.715, de 17 de novembro 2011, que atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN); Considerando que no Brasil o consumo de açúcar por crianças e adolescentes passa de 17% do valor diário de calorias e que o máximo recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), não deveria passar de 5% do valor diário de calorias, sendo aceitável um consumo de até 10%; Considerando que o número de crianças e adolescentes com excesso de peso e obesas no mundo aumentou mais de 30% entre 1990 e 2013 (OMS) e considerando que 23,7% dos escolares brasileiros de 13 a 17 anos estão com excesso de peso e 7,8% obesos (PENSE 2015); considerando que cabe ao Estado adotar medidas que garantam a tutela dos direitos à vida, saúde e alimentação das crianças e dos adolescentes, permitindo-lhes o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, o que passa, necessariamente, pela implementação de medidas que garantam o acesso a uma alimentação adequada e saudável no ambiente escolar; Considerando que produtos ultraprocessados são desbalanceados nutricionalmente, tendem a ser consumidos em excesso e seu consumo deve ser evitado; Considerando que a oferta de bebidas açucaradas é um fator relevante para o aumento da obesidade e que para se prevenir doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes e doenças cardiovasculares, há que se promover medidas aptas a restringir a sua oferta; e Considerando que é vedada e considerada abusiva toda publicidade que se aproveite da deficiência de julgamento e experiência da criança (art.37 do Código de Defesa do Consumidor) e que o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) aprovou a Resolução n.º 163/2014, que dispõe sobre a abusividade do direcionamento de publicidade e de comunicação mercadológica à criança e ao adolescente. Vem a público: Manifestar apoio ao Projeto de Lei n.º 1.755/2007, que trata da proibição de venda de refrigerantes em escolas de educação básica; ao Projeto de Lei n.º 2.389/2011, que trata da instituição de diretrizes para a promoção de alimentação adequada e saudável nas escolas de educação infantil, ensino fundamental e ensino médio das redes pública e privada, em âmbito nacional; e ao Projeto de Lei n.º 4.910/2016, que trata da regulamentação da publicidade de bebidas açucaradas.” **Deliberação: a moção foi aprovada por unanimidade. Informe sobre o Encontro Nacional das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, realizado nos dias 16 e 18 de novembro de 2016 na cidade de São Luís, Maranhão –** Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** informou que no Encontro os participantes promoveram debate sobre os desafios da atual conjuntura para a atuação do controle social e ações para implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Feito esse breve informe, apresentou moção de repúdio e recomendação oriundas dessa atividade. O texto é o seguinte: “**MOÇÃO DE REPÚDIO Nº 008, 09 DE DEZEMBRO DE 2016.** O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Octogésima Oitava Reunião Ordinária, realizada nos dias 08 e 09 de dezembro de 2016, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e Considerando que os participantes do VII Encontro Nacional das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, realizado nos dias 16 e 18 de novembro de 2016 na cidade de São Luís, Maranhão, em função da conjuntura que o país atravessa, se manifestaram contra toda e qualquer retirada de direitos da classe trabalhadora; Considerando que a PEC 241, votada e aprovada na Câmara dos Deputados, atual PEC 55, que tramita no Senado Federal, congela por 20 anos os investimentos nas políticas públicas como saúde, educação, previdência e outras áreas de promoção de direitos; Considerando que a Reforma da Previdência penaliza os trabalhadores e as trabalhadoras do campo e da cidade, ao aumentar os requisitos para aposentadoria e pensões, e redução dos benefícios; Considerando que a proposta de Reforma Trabalhista visa flexibilizar direitos dos trabalhadores e das trabalhadoras o que fere o princípio da proibição de retrocessos sociais; Considerando que a terceirização precariza as relações e as condições de trabalho, com impactos sobre a saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras; Considerando que está havendo retrocessos nas Normas Regulamentadoras – NRs, a exemplo na sustação da NR 12 – Máquinas e Equipamentos, proposta pelo Senador Cássio Cunha Lima (PSDB-PB) através do PDL nº 43/2015, o qual recebeu parecer favorável do Senador Armando Monteiro (PTB-PE); Considerando que as alterações nas regras dos benefícios previdenciários com revisão e cortes de benefícios, já pagos, por doença e acidentes de trabalho são prejudiciais à saúde do trabalhador e da trabalhadora; Considerando que há retrocessos nas medidas aprovados pela bancada patronal e governo no Conselho Nacional de Previdência Social, que alteram as regras do Fator Acidentário de Prevenção em detrimento das políticas de prevenção de doenças e acidentes de trabalho; Considerando o uso indiscriminado de agrotóxicos e pulverização aérea de veneno; e Considerando a perseguição e criminalização da luta dos movimentos sociais e sindicais. **Vem a público:** repudiar as investidas do Governo Michel Temer, do Congresso Nacional e do Supremo Tribunal Federal que têm, sistematicamente, atacado os direitos dos trabalhadores e das trabalhadoras numa afronta aos direitos básicos previstos na Declaração Universal dos Direitos Humanos e na Constituição Federal de 1988.” **Deliberação: o Plenário aprovou, com dois votos contrários, a moção de repúdio.** Em seguida, fez a leitura da minuta de recomendação. O texto é o seguinte: “**RECOMENDAÇÃO Nº 016, 09 DE DEZEMBRO DE 2016.** O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Octogésima Oitava Reunião Ordinária, realizada nos dias 08 e 09 de dezembro de 2016, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e Considerando que os participantes do VII Encontro Nacional das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, realizado nos dias 16 e 18 de novembro de 2016 na cidade de São Luís, Maranhão, apresentaram manifestação sobre o acidente de trabalho ampliado ocorrido em 05 de novembro de 2015, com o rompimento da barragem de Fundão da Mineradora Samarco S.A, no Distrito de Bento Rodrigues, localizado na cidade de Mariana, Minas Gerais; Considerando que esse acidente se originou no processo de trabalho e extrapolou os limites físicos da mineradora, causando danos humanos, sociais, culturais, econômicos e ambientais com consequências à saúde física e mental tanto para trabalhadores e trabalhadoras quanto para a população em geral, de forma imediata, a médio e longo prazo; Considerando que a tragédia ocupacional foi construída a partir do acúmulo de problemas técnicos e organizacionais que interagiram e contribuíram de múltiplas formas para ocorrência do acidente do trabalho e do maior desastre ambiental brasileiro; Considerando que os rejeitos de minério de ferro do rompimento da barragem ocasionaram e continuam causando impactos humanos, sociais, culturais, econômicos e ambientais para a população em geral, e em especial os trabalhadores e as trabalhadoras, ao longo de toda a Bacia Hidrográfica do Rio Doce; Considerando que milhares de pessoas, após um ano do rompimento da barragem, continuam sem água potável ou em contato com os rejeitos e que muitas pessoas, inclusive crianças e idosos, continuam com problemas de acesso a água de qualidade e ou estão adoecendo devido o contato com a lama e ou consumo de água contaminada; Considerando que entre as vítimas que sofreram e continuam sofrendo danos por causa do rompimento da barragem estão trabalhadores da Samarco e das empresas terceirizadas, incluindo os que estão atuando nas obras de recuperação; Considerando que ademais, foram afetados os trabalhadores envolvidos no resgate, salvamento, assistência e atendimento às vítimas, além de artesãos, envolvidos com o turismo regional, agricultores familiares, pequenos produtores, fazendeiros, pescadores artesanais, faiscadores e trabalhadores das comunidades tradicionais e dos povos indígenas; Considerando que o Decreto de Requisição Administrativa do Governo de Minas Gerais, que dispõe sobre a concessão de terrenos em Bento Rodrigues para que a mineradora Samarco construa o Dique 4 e alagar o distrito; Considerando que o acordo firmado pelos Governos Federal, do estado de Minas Gerais e do estado do Espírito Santo com a Samarco, que cria a Fundação da Renova e dá às mineradoras o poder de definir quem são, como indenizar os atingidos e como e onde serão feitas as medidas reparadoras; Considerando a inobservância dos direitos humanos básicos e a criminalização dos movimentos sociais que lutam para que a Samarco respeite os direitos dos atingidos e das atingidas; Considerando a remoção dos três promotores da Força Tarefa do Ministério Público de Minas Gerais que estavam investigando o rompimento da barragem de Fundão, com atuação positiva em defesa dos direitos dos atingidos e das atingidas; Considerando que o fornecimento de água para a população das áreas atingidas pelo acidente é impróprio para consumo humano. **Recomenda ao Governo Federal, ao Governo do Estado de Minas Gerais, ao Ministério Público Federal, a Justiça Federal, ao Governo do Estado do Espirito Santo, ao Governo Municipal da Cidade de Mariana e os Ministérios Públicos de Minas Gerais e do Espirito Santo que adote as medidas cabíveis para: 1)** Paralisar imediatamente a construção do Dique 4 em Bento Rodrigues, visto que o mesmo visa garantir a expansão minerária e não a contenção de lama da barragem; **2)** Tombar a cidade de Bento Rodrigues como monumento histórico nacional; **3)** Proibir permanentemente a construção de novas barragens de rejeitos a montante, inclusive as já aprovadas pelos órgãos governamentais; **4)** Criar uma Força Tarefa Intersetorial, incluindo o SUS com toda a sua complexidade, como a saúde do trabalhador, o meio ambiente e a atenção primária, além de universidades, representantes dos trabalhadores, controle social e outros representantes da sociedade civil; **5)** Articular com instituições de fiscalização e inspeção de barragens, com interdição de todas com riscos e/ou falta de documentos; **6)** Garantir a responsabilização cível e penal dos proprietários de barragens abandonadas; **7)** Proibir ou restringir a construção de barragens de rejeitos, caso exista povoamento em um raio mínimo de 10 quilômetros à jusante (abaixo); **8)** Acompanhar a população exposta à lama com análise prospectiva da situação de saúde e trabalho dos municípios afetados.” **Deliberação: o Plenário aprovou, com adendo (“envolver também MP de MG e MP do ES e justiça federal”) e uma abstenção, a recomendação.** Por fim, conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** informou que durante do Encontro foi lançada a cartilha da CISTT. Conselheira Maria Laura Carvalho Bicca cumprimentou a CISTT pela realização do encontro e sugeriu a elaboração de nota de agradecimento ao governo do Estado do Maranhão e ao CEREST Estadual pela realização do Encontro. **Deliberação: o Plenário decidiu que deverá ser redigida nota de agradecimento ao governo do Estado do Maranhão e ao CEREST Estadual pela realização do Encontro.** Nasequência, o coordenador da mesa fez a leitura do texto da minuta de moção repúdio relativa à proposta de planos acessíveis de saúde. A proposta foi elaborada conforme deliberação no item “Radar”.O texto é o seguinte: “O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, na sua Ducentésima Octogésima Oitava Reunião Ordinária, realizada nos dias 08 e 09 de dezembro de 2016, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e Considerando que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, conforme prevê o art. 196 da Constituição Federal de 1988; Considerando que a Lei nº 8.142/1990 dispõe que o CNS, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legitimamente constituído em dada esfera do governo; Considerando que a Lei nº 8.080/1990 determina a participação do sistema privado de forma complementar e define como princípios norteadores do SUS a universalidade, a integralidade, a igualdade da assistência à saúde e a organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos; Considerando que não cabe ao Estado brasileiro promover o setor privado mas sim regular o mercado a partir da Agência Nacional de Saúde e demais dispositivos do controle social; Considerando que os recursos públicos da Seguridade Social têm sido constantemente retirados por medidas como isenções fiscais aos serviços e planos privados de saúde e pela desvinculação de Receitas da União, o que tem sucateado o SUS e fortalecido o sistema financeiro; Considerando que os recursos para o financiamento do SUS são insuficientes e há previsão de perdas ainda mais elevadas por meio da PEC 241/PEC 55, que trata da desvinculação de receitas e estabelecimento de tetos orçamentários; Considerando que a Portaria nº 1.482, de agosto de 2016, que prevê a discussão e elaboração de projeto de Plano de Saúde Acessível, fere os princípios constitucionais da política de saúde brasileira e reforça o setor privado; Considerando a Resolução CNS n.º 534, de 19 de agosto de 2016, que se posiciona contrário a qualquer proposta de criação de Planos de Saúde a exemplo do Grupo de Trabalho para discussão e elaboração de projeto de Plano de Saúde Acessível. Vem a público: Externar repúdio ao Ministério da Saúde: Pelo não cumprimento dos prazos e responsabilidades constantes na Portaria Ministerial n.º 1.482, de 04 de agosto de 2016, que instituiu Grupo de Trabalho para discutir projeto de Plano Acessível de Saúde, já que, conforme o artigo 4º da referida Portaria, este Grupo de Trabalho “teria prazo máximo de duração de 60 (sessenta) dias, podendo ser prorrogado uma única vez por igual período”. Neste sentido, o Grupo de Trabalho deveria apresentar seu Relatório Final até dia 04 de dezembro de 2016, o que não ocorreu até a presente data; Pela não homologação da Resolução CNS n.º 534, de 19 de agosto de 2016, que se posiciona contrário a qualquer proposta de criação de Planos de Saúde a exemplo do Grupo de Trabalho para discussão e elaboração de projeto de Plano de Saúde Acessível; e Externar repúdio à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) pela ausência de discussão sobre o projeto de Planos Acessíveis de Saúde na Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS), mesmo após requerimentos feitos pela representante do Conselho Nacional de Saúde e pela Mesa Diretora.” **Deliberação: a moção de repúdio foi aprovada com um voto contrário.** Em seguida, foi feita a leitura da minuta de moção de apoio à Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS, SGETS/MS e Embaixada Cubana. A proposta foi elaborada conforme deliberação no item 3 da pauta – Radar. O texto é o seguinte: “O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua XXXX Reunião Ordinária, realizada nos dias 08 e 09 de dezembro de 2016, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, considerando que: De 2013 até hoje, o Programa Mais Médicos para o Brasil vem cumprindo um importante papel para implementação do Sistema Único de Saúde - SUS com seus eixos de provisão, formação e infra estrutura. Com este programa foi possível contratar até o momento 18.240 médicas e médicos, beneficiando 63 milhões de pessoas em 4.058 municípios de todo o país. Destes profissionais, mais de 60% são médicos oriundos da cooperação entre Brasil e Cuba, mediado pela Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS. O Mais Médicos vem possibilitando a democratização do acesso ao SUS, a ampliação da Atenção Básica, a superação gradativa dos vazios assistenciais e da concentração de médicos nas capitais e grandes cidades. O programa tem levado profissionais médicos para as periferias das grandes cidades, comunidades rurais e indígenas, munícipios do interior do país, lugares estes que não conseguiam fixar médicos brasileiros. No momento em que encerra o período de 3 anos de permanência no país dos primeiros médicos cooperados, e que estes médicos e médicas de Cuba voltam ao seu país, o Conselho Nacional de Saúde manifesta-se pelo apoio ao Programa Mais Médicos, no formato em que foi concebido e vem sendo implementado, principalmente por meio da cooperação entre os governos Brasileiro e Cubano, mediado pela OPAS, no sentido de: 1) expressar o mais profundo agradecimento aos mais de 11 (onze) mil médicos e médicas cubanas, que até o momento prestaram atendimento à saúde da população brasileira, nos mais longínquos lugares deste Brasil ainda tão desigual; 2) solicitar aos responsáveis pela cooperação Brasil – Cuba nos termos do Programa Mais Médicos, que seja assegurada a permanência de médicos e médica cubanas no Brasil”. Após a leitura, foram apresentadas as seguintes considerações: o texto deve dialogar com a denúncia feita e acrescentar questões que tratem do Programa como um todo e não provimento emergencial; elaborar outro documento com agradecimento à Embaixada Cubana e à OPAS e fazer a entrega em reunião do CNS; e elaborar documento sobre o programa como um todo. **Deliberação: o Plenário aprovou, com um voto contrário, o mérito da minuta apresentada e decidiu que o texto servirá de subsídio para elaboração da redação final. Entrega de documentos da Articulação Nacional de Luta contra a AIDS ao Ministério da Saúde -** Conselheiro **Moysés Toniolo** entregou formalmente ao Conselho três documentos da Articulação de luta contra a AIDS. **Deliberação: pautar no item “Radar” da reunião ordinária do mês de janeiro de 2017 informe sobre a situação da epidemia de AIDS no Brasil e ações para 2017 (convidar representante do Departamento de Doenças Transmissíveis do MS).** Os conselheiros também fizeram homenagemà conselheira **Semiramis Maria Amorim Vedovatto** que não mais comporia o Conselho. **INDICAÇÕES - 1)** Conforme Portaria nº 2.837, de 1º de dezembro de 2011, proceder indicação de 02 (dois) novos representantes - titular e suplente - do Conselho Nacional de Saúde (CNS), prioritariamente do segmento LGBT para composição do Comitê Técnico de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Comitê Técnico LGBT). O Comitê custeará as passagens e tem diárias no valor atual de R$ 224,20 (duzentos e vinte quatro reais e vinte centavos) para as suas reuniões. **a)** *Titular:*conselheira **Heliana Neves Hemetério dos Santos**; e **b)** *Suplente:* **Tathiane Aquino de Araújo. 2)** A Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa, em parceria com OPAS/OMS e ICICT/FIOCRUZ realiza o XI Colegiado de Coordenadores de Saúde da Pessoa Idosa, Seminário Nacional do IV Mapeamento de Experiências Exitosas de Gestão Pública no Campo do Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa e I Mapeamento de  Experiências de Excelência no Cuidado à Pessoa Idosa no Contexto domiciliar e convida o Conselho Nacional de Saúde para participar da Mesa de Abertura e nas discussões com os gestores durante as atividades. Data: 12 a 14 de dezembro de 2016. Local: Brasília/DF. Não houve indicação. **3)** Fórum Social das Resistências. Data: 17 a 21 de janeiro de 2017. Local: Porto Alegre/RS. *Indicação:* coordenadoras da CISMU (**Carmem Lúcia** e **Alessandra Ribeiro)** e coordenadores da CISV (**Fernando Pigatto, Oriana Bezerra** e **Artur Custódio)** e membros da Mesa Diretora do CNS. **REPRESENTAÇÕES EXTERNAS DO CNS – 1) PRONON e PRONAS/PCD. Deliberação: confirmada a indicação provisória do conselheiro Antonio Muniz da Silva. 2) COMITÊ NACIONAL DE ENFRENTAMENTO AO TRÁFICO DE PESSOAS - CONATRAP -** O Comitê Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas agradeceu as indicações das conselheiras Maria Laura e Carmem Lucia, entretanto, solicitou que os representantes do CNS sejam do segmento do governo. Dessa forma, orienta uma nova indicação para permitir que seja mantida a paridade no referido Comitê. **Encaminhamento: a SE/CNS verificará como se dá a composição do Comitê e informará no próximo Pleno do CNS, para definição a respeito. ITENS EXTRAS - GT do CNS para debater a atenção básica e apresentar diretrizes para o processo de revisão da atenção básica. Encaminhamento: o Plenário decidiu que o GT será composto na reunião ordinária do mês de janeiro de 2017. Informe -** Falecimento da ex-conselheira nacional de saúde, Rosangela Santos, representante da FARBRA. O Plenário fez um minuto de silêncio em memória ao trabalho da conselheira no controle social e decidiu que será enviada nota de pesar aos familiares e à entidade que ela representava. **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, da Mesa Diretora do CNS, encerrou a 288ª Reunião Ordinária desejando boas festas a todos. Estiveram presentes os seguintes conselheiros e conselheiras no segundo dia de reunião: *Titulares –* **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil- CNBB; **Antônio Pitol**, Pastoral da Saúde Nacional; **Artur Custódio Moreira de Sousa**, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN); **Carmen Lucia Luiz**, União Brasileira de Mulheres – UBM; **Carolina Abad,** Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama – FEMAMA; **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA; **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá**, Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG; **Edmundo Dzuaiwi Omore,** Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO; **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; **Geordeci M. Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **Jani Betânia Souza Capiberibe,** Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **João Donizeti Scaboli,** Força Sindical; **Juliana Acosta Santorum,** Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG; **Luiz Alberto Catanoce**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical – SINDNAPI; **Luiz Aníbal Vieira Machado,** Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Moyses Toniolo de Souza**, Articulação Nacional de Luta Contra a Aids – ANAIDS; **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Nelson Augusto Mussolini,** Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Nilton Pereira Júnior**, Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO; **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul – ARPINSUL; **Sônia Aparecida Pereira**, Rede Nacional Lai Lai Apejo; **Wanderley Gomes da Silva**, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; e **Wilen Heil e Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). *Suplentes -* **Adriano Macedo Félix**, Associação Nacional de Grupos de Pacientes Reumáticos – ANAPAR; **Agleilde Arichele Leal de Queirós** (Liu Leal), Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES; **Alexandre Fonseca Santos**, Ministério da Saúde; **Antonio César Silva Mallet,** Ministério da Saúde (MS); **Cláudia Vieira Carnevalle,** Nova Central Sindical dos Trabalhadores – NCST; **Deise Araújo Souza,** Confederação Nacional do Comércio – CNC; **Elionice Conceição Sacramento**, Movimento dos Trabalhadores Sem Terra – MST; **Fernando Zasso Pigatto,** Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Gerlane Baccarin,** Ministério da Saúde; **Gilene José dos Santos**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas' e Idosos da Força Sindical – Sindnapi; **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; **Karla Larica Wanderley,** Ministério da Saúde; **Maria Ângela Dantas Lira**, Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **Maria Angélica Zollin de Almeida**, Federação Nacional dos Médicos Veterinários – FENAMEV; **Maria das Graças Silva Gervásio**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Mariana Carvalho Pinheiro,** Ministério da Saúde; **Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Semiramis Maria Amorim Vedovatto,** Conselho Federal de Psicologia (CFP); e **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da Criança.