



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

Aos seis e sete dias do mês de abril de dois mil e dezessete, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde "O Milton Visconde", Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar, Brasília-DF, realizou-se a Ducentésima Nonagésima Segunda Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde - CNS. A mesa de abertura foi composta pelo conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS e pela conselheira **Jani Capiberibe**, representante do segmento de usuários. Estabelecido o quórum, o Presidente do CNS procedeu à abertura dos trabalhos, cumprimentado os presentes e os internautas que acompanhavam a reunião em tempo real. Em seguida, apresentou os objetivos da reunião: **1)** Acompanhar, debater e rever encaminhamentos sobre os pontos do RADAR - Fiscalização Sanitária dos Alimentos, em especial a carne e Aquisição de Asparaginase pelo Ministério da Saúde; **2)** Apreciar e deliberar sobre os pareceres da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho – CIRHRT; **3)** Conhecer, refletir, debater e definir sobre possíveis encaminhamentos referentes ao tema Política, Planejamento e Gestão em Saúde; **4)** Acompanhar, refletir e rever possíveis encaminhamentos referentes às temáticas da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde e da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres; **5)** Apreciar e deliberar sobre as demandas da Comissão Intersetorial de Orçamento e financiamento – COFIN; **6)** Apresentar, debater e deliberar sobre as Recomendações do Tribunal de Contas da União ao Conselho Nacional de Saúde. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DAS ATAS 287ª E 293ª DAS REUNIÕES ORDINÁRIAS DO CNS - APROVAÇÃO DA PAUTA DA 294ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS – Primeiro, o Presidente do CNS fez a leitura da pauta da reunião que foi aprovada por unanimidade.** Seguindo, colocou em apreciação as atas da 60ª Reunião Extraordinária e da 289ª Reunião Ordinária do CNS. **Deliberação: aprovadas, por unanimidade, as atas da 60ª Reunião Extraordinária e da 289ª Reunião Ordinária do CNS. ITEM EXTRA - BALANÇO DOS 300 DIAS DE GESTÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE –** Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, da Mesa Diretora do CNS, assumiu a coordenação e, de imediato, abriu a palavra ao Ministro de Estado da Saúde para apresentação. O Ministro iniciou a exposição do balanço dos 300 dias de gestão do Ministério da Saúde, explicando que nesse período foi possível alcançar R\$ 2,9 bilhões de eficiência, assegurando mais serviços para a população. Disse que a economia na negociação de contratos de medicamentos permitiu ampliar a assistência: compra de 5 milhões a mais de doses da Vacina dTpa, para os próximos dois anos; economia de 45% na compra do Raltegravir 100mg para tratar HIV em crianças e adolescentes; aquisição de 435 mil comprimidos de Raltegravir, enquanto em 2016 foram adquiridos 30 mil comprimidos; e incorporação de reagentes para o Teste da Chikungunya e Dengue. Também destacou eficiência de R\$ 940,5 milhões na negociação de contratos e convênios; R\$ 515,6 milhões de eficiência na negociação de contratos de medicamentos, entre janeiro e março; R\$ 379 milhões na revisão de convênios de contratação de profissionais; mais R\$ 39,9 milhões economizados na redução de contratos de informática; e R\$ 5 milhões na revisão de contratos administrativos. Dessa maneira, o resultado da eficiência total em 300 dias de gestão foi de R\$ 2,9 bilhões, sendo: 100 dias de gestão - R\$ 1,05 bilhão; 200 dias de gestão - R\$ 0,89 bilhão; e 300 dias de gestão - R\$ 0,94 bilhão. Destacou a ampliação dos serviços de saúde em todo o Brasil nesses 300 dias de gestão, com destaque para os seguintes números: 5.958 serviços de saúde contemplados; 126 UPAs habilitadas; 340 novas ambulâncias para renovação da frota; e oferta de mais medicamentos. Acrescentou que as compras estão na internet para que as empresas ofereçam o melhor preço. Disse que são R\$ 5,5 bilhões para serviços de saúde em todo o país, sendo R\$ 4,2 bilhões de emendas Parlamentares individuais e de bancada (Academia da Saúde, incremento de Teto MAC, ampliação e reforma de UBS, entre outros) e R\$ 1,3 bilhão custeio de serviços (leitos, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Saúde Bucal, SAMU, entre outros). Além disso, informou que municípios brasileiros foram beneficiados com repasse de R\$ 1,3 bilhão para garantir o atendimento da população em serviços que estavam funcionando sem contrapartida federal, sobrecarregando estados e municípios: 5.958 serviços; 122 municípios; e 27

53 unidades federativas (100% da verba para custeio anual). Já os 27 Estados receberão R\$ 4,2 bilhões
54 para custeio, totalizando 14.521 emendas parlamentares aprovadas. Esses recursos serão investidos
55 em ações como Academia da Saúde, incremento de Teto MAC, ampliação e reforma de UBS, entre
56 outros. No caso da FUNASA, disse que serão mais de R\$ 468,8 milhões de investimentos em 800
57 projetos de saneamento básico. Entre as ações, controle da qualidade da água, drenagem urbana,
58 melhorias sanitárias, resíduos sólidos, saneamento rural e sistemas de abastecimento de água e
59 esgotamento sanitário. Salientou ainda aumento de 89% no orçamento da Fundação para 2017 (R\$
60 940 milhões). Além disso, será destinada verba para abastecimento de água e de esgotamento
61 sanitário em municípios com população de até 50 mil habitantes. Além dessas ações, informou que o
62 Presidente Michel Temer anunciou renovação da frota do SAMU para todo país: 340 ambulâncias
63 substituídas; 19 estados contemplados; 2.452 municípios cobertos pelo SAMU 192; e R\$ 1 bilhão
64 investidos em custeio, em 2016. Citou ainda habilitação de 126 UPAS que não contavam com recursos
65 federais - R\$ 231,6 milhões por ano para custeio dessas unidades. Com isso, 100% das UPAs em
66 funcionamento passam a receber custeio federal. Detalhou o panorama atual: 262 UPAs em obras e
67 536 UPAs em funcionamento. Acrescentou que gestor definirá capacidade de atendimento das UPAS
68 24 HORAS. Além das Unidades, lembrou que o país possui 7.147 obras em execução que juntas
69 somam R\$ 2,2 bilhões em empenhos. Continuando, falou do SUS LEGAL explicando que União,
70 Estados e Municípios decidiram por repasses mais eficientes. Com essa proposta, a transferência de
71 recursos dar-se-á em duas modalidades - custeio e investimento – diferente da forma anterior em que o
72 Ministério da Saúde possuía mais de 800 formas de transferir recursos distribuídos em seis blocos.
73 Para melhor entender a situação, disse que há R\$ 5,7 bilhões bloqueados nos antigos blocos.
74 Esclareceu ainda que será feito repasse para obras em parcela única a fim de assegurar o
75 cumprimento do prazo de entrega e a aplicação do recurso será automática. Essa medida reduz
76 burocracia para liberação de recursos e início da obra. Com garantia de recebimento, empreiteiras
77 cobrarão menos e manterão ritmo. Falou também da informatização que promove segurança do
78 investimento e controle de resultados. Nessa linha, citou a reestruturação do SISMOB para atualização
79 das informações das obras em andamento pelos gestores. O aplicativo está disponível para os gestores
80 nas versões: web, celular e tablet e a Versão web disponível em: [http://portalsaude.saude.gov.br/index](http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/sismob)
81 [x.php/sismob](http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/sismob). Caso alguma etapa ou prazo das obras não sejam cumpridos, os recursos poderão ser
82 resgatados automaticamente. Além dessa questão, referiu-se a outras medidas em andamento para
83 garantir eficiência da gestão: revisão do papel dos núcleos do MS nos estados; consolidação e extinção
84 das contradições das 17.000 portarias estruturantes do SUS; e unificação e simplificação dos fluxos
85 para habilitação dos serviços. Falou ainda sobre o combate ao *Aedes aegypti*, salientando que 100%
86 dos municípios devem informar sobre a situação da infestação do mosquito. O objetivo é que os
87 municípios planejem as ações de combate e controle do *Aedes*. Disse que antes o levantamento era
88 feito a partir da adesão voluntária de municípios, mas agora os municípios que não realizarem o
89 levantamento não receberão segunda parcela do Piso Variável de Vigilância em Saúde. Ainda nesse
90 ponto, informou que o Presidente da República comandou pessoalmente o lançamento da campanha
91 Sexta sem Mosquito, com mutirão em órgãos públicos, estatais, unidades de saúde, escolas,
92 residências, canteiros de obras e outros locais, marcando a intensificação das ações. Além disso,
93 ministros visitam capitais do país para conscientizar sobre importância da prevenção. Como resultado,
94 houve queda expressiva nos casos de dengue em 2017, comparado ao mesmo período do ano
95 passado. Discorreu também sobre o Programa Mais Médicos, explicando que 18.240 médicos atuam
96 pelo Programa em 4.058 municípios. Explicou que mais de 4 mil médicos intercambistas serão
97 substituídos por brasileiros a partir deste ano e 1.674 vagas foram oferecidas em edital de novembro,
98 com mais de 8 mil inscritos. Como resultado, foram mais de 1.302 vagas preenchidas com médicos
99 brasileiros e 372 vagas remanescentes preenchidas por intercambistas. A previsão é de novo edital
100 para a 1ª quinzena de abril. Seguindo, falou sobre o HÓRUS: informatização dos sistemas para
101 controle de medicamentos, com criação de uma base nacional de informações. O Sistema estará
102 vigente a partir do segundo semestre de 2017 e gestores terão 90 dias a partir da vigência do sistema
103 para cadastrar informações. O gestor que não prestar informações terá suspensão temporária de
104 recursos. Também informou o lançamento das diretrizes de assistência ao parto normal, com destaque
105 para humanização do parto normal no SUS, protagonismo da mulher na hora do parto e elaboração e
106 discussão do Plano de Parto entre a mulher e a equipe da maternidade/pré-natal. A intenção dessa
107 iniciativa é reduzir as altas taxas de intervenções e cesarianas desnecessárias. Além disso, comunicou
108 que todas as mulheres terão acesso ao DIU de Cobre no SUS, lembrando que Unidades Básicas de
109 Saúde já ofertam esse método, que é o mais utilizado no mundo. A intenção é garantir a decisão da
110 mulher e o planejamento reprodutivo e aumentar a prevalência do DIU para 10% entre os métodos
111 contraceptivos até 2020. Citou ainda a ampliação da vacinação em todas as faixas etárias, uma
112 medida que foi possível devido à economia de R\$ 66,5 milhões, com redução de 11% no valor de três
113 vacinas: Hepatite A, HPV e dTpa. Destacou também a aquisição de mais de 11,5 milhões de doses da
114 vacina de febre amarela e ampliação do público-alvo de seis vacinas: Tríplice viral, Tetra viral, dTpa

115 adulto, HPV, Meningocócica C e Hepatite A. Discorreu ainda sobre o compromisso com a OMS para
116 redução da obesidade na população até 2019 com destaque para as seguintes ações: implementar
117 ações de alimentação e nutrição em 1.000 municípios; reduzir o consumo regular de refrigerante e suco
118 artificial em pelo menos 30% da população; e ampliar em no mínimo 17,8% o percentual de pessoas
119 que consomem frutas e hortaliças regularmente. Comentou a parceria entre saúde e educação para
120 ampliar cobertura vacinal de HPV e Meningite C nas escolas, explicando que essas receberão material
121 informativo sobre as duas doenças e suas consequências e serão enviadas cartas para professores,
122 alunos e familiares, alertando sobre a importância da vacinação. Destacou que 52% dos municípios
123 brasileiros estão com cobertura vacinal considerada muito baixa. Citou o cadastro para mapear
124 necessidades de equipamentos nos serviços de saúde, esclarecendo que os gestores têm até o dia 30
125 de março para formalizarem a sua necessidade de equipamentos e materiais permanentes e a
126 informação será utilizada no planejamento de distribuição de equipamentos (formulário disponível no
127 site do Ministério: www.saude.gov.br). Informou também a entrega do primeiro de 80 aceleradores
128 lineares e citou que serão mais 20 equipamentos para 2017. Lembrou que, em 2014, o Ministério da
129 Saúde licitou compra de 80 aceleradores no valor US\$ 600 mil, com economia superior a 50% com o
130 cancelamento de aceleradores por meio de convênios. O primeiro foi inaugurado em Campina Grande
131 (PB) e os próximos a serem entregues: Feira de Santana (BA); Maceió (AL); e Curitiba (PR). O objetivo
132 é oferecer atendimento mais próximo do paciente. Fez um destaque também à incorporação de oito
133 novas tecnologias para ampliar assistência à população - medicamentos de tecnologia de ponta:
134 Dolutegravir (AIDS), Rivastigmina (adesivo para Alzheimer), Paracalcitol (hiperparatireoidismo),
135 Cinacalcete (hiperparatireoidismo), Tobramicina (antibiótico inalatório), 4 em 1 (Veruprevir, Ritonavir,
136 Ombitasvir e Dasabuvir) – Hepatite C, cirurgia bariátrica por videolaparoscopia e escleroterapia para
137 tratamento de Varizes. Informou que há 844 medicamentos na RENAME e 4.542 procedimentos na
138 Tabela SUS. No mais, ressaltou o investimento na compra de medicamentos para atendimento à
139 população: R\$ 6,2 bilhões repassados pelo Ministério da Saúde aos Estados para a compra de
140 medicamentos (incluindo Farmácia Popular); R\$ 11,8 bilhões - compra centralizada pelo Ministério da
141 Saúde de medicamentos, vacinas e soros que são enviados aos estados. Essa medida permite
142 adequar oferta da penicilina para o combate à sífilis (resolvida a questão da Penicilina Benzatina e
143 Penicilina Cristalina). Falou ainda do estímulo do governo à produção nacional de 56 medicamentos
144 prioritários para o SUS - 23 são biológicos, 29 de síntese química, dois hemoderivados, um teste de
145 diagnóstico para Zika, Dengue e Chikungunya e um de fermentação. Além disso, empresas nacionais
146 deverão apresentar propostas de parcerias de desenvolvimento produtivo e dois dos medicamentos
147 mais caros para o SUS estão no roll: Sofosbuvir e Eculizumabe, indicado para insuficiência renal.
148 Juntos, eles demandam cerca de R\$ 1 bilhão do orçamento por ano. Acrescentou que, em 2016, 16
149 protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas foram aprovados pela CONITEC e 8 novos protocolos -
150 Protocolo de uso da zidovudina para tratamento do adulto com leucemia/linfoma associado ao vírus
151 HTLV-1, PCDT de Imunossupressão Cardíaco, PCDT de Imunossupressão de Pulmão, PCDT de
152 Imunossupressão Hepático, Diretriz Brasileira para o Tratamento Percutâneo do Aneurisma de Aorta
153 Abdominal, Distúrbio Mineral Ósseo, Diretrizes Metodológicas para Elaboração de Diretrizes Clínicas e
154 Diretriz de Parto Normal. Além disso, foram feitas oito atualizações: PCDT de Raquitismo e
155 Osteomalácia, PCDT de Hipoparatiroidismo, PCDT de Hepatite B e Coinfecções, PCDT de
156 Endometriose, PCDT de Dermatiosite e Polimiosite, PCDT de Angioedema, PCDT de Anemia na
157 Insuficiência Renal Crônica – reposição de ferro, PCDT de Anemia na Insuficiência Renal Crônica –
158 alfaepoetina. Acrescentou que outros sete protocolos clínicos e diretrizes estão em fase final de
159 avaliação. Para 2017, serão 18 atualizações e 14 novos PCDT. Disse ainda que 100% dos brasileiros
160 terão prontuário eletrônico e, para tanto, as unidades tiveram prazo de 60 dias (outubro a dezembro)
161 para adotar plataforma digital ou justificar. O Brasil possui 41,6 mil UBS em funcionamento, em 5.506
162 municípios, e são R\$ 67 milhões investidos na aquisição de três servidores que aumentam em dez
163 vezes a capacidade de armazenamento e processamento de dados. Destacou que Prontuário
164 Eletrônico chegou a 57 milhões de brasileiros, 98,3% dos municípios responderam a chamada do E-
165 SUS AB. São 11.112 UBS com Prontuário Eletrônico e 5.474 municípios com informações online; 96
166 municípios ainda não justificaram. Nesse processo, explicou, o cidadão será fiscal do SUS: avaliará
167 todos os atendimentos que receber do Sistema. Além disso, poderá acompanhar o que está sendo
168 lançado em seu nome. Nessa perspectiva, a informatização permite melhor atendimento ao cidadão e a
169 correta aplicação dos recursos. Com isso, redução de custos, evitando, por exemplo, duplicidades de
170 exames. Comunicou também a inclusão de mais de 3,6 milhões de meninos na vacinação contra o HPV
171 em 2017. O Brasil é o 1º país da América do Sul e 7º do mundo a inserir a vacina para meninos no
172 programa nacional (antes: meninas de 9 a 13 anos; mudou: meninos de 12 a 13 anos e meninas até 14
173 anos). Também falou sobre o acordo com o Conselho Nacional de Justiça - CNJ para reduzir a
174 judicialização, que gera impacto superior a R\$ 7 bilhões no SUS - juízes poderão consultar pareceres
175 médicos e jurisprudências em uma base de dados única. O investimento é de R\$ 3,3 milhões para a
176 construção da base de dados (Proadi/hospital Sírio Libanês). Informou ainda aumento de 3.340% no

177 número de transporte de órgãos realizados pela FAB. Em 2016, 172 órgãos foram transportados pela
178 FAB, sendo apenas 5 antes da publicação do decreto - repasse de R\$ 5 milhões para o Ministério da
179 Defesa, desde agosto. Por fim, disse que transparência e eficiência permitem uma gestão objetiva e
180 com qualidade, nos termos do art. 37 da Constituição Federal: “A administração pública direta e indireta
181 obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.” Aberta a
182 palavra ao Plenário, os conselheiros e as conselheiras levantaram as seguintes questões: preocupação
183 com a “sobra” de recursos enquanto pessoas morrem por falta de exames, de medicamentos e de
184 consultas; questionamento sobre onde não foi aplicado recurso para ter sobrado dinheiro?; saúde é
185 direito da população, mas esse direito está sendo reduzido; mesmo com contingenciamento, houve
186 sobra de recursos, o que é preocupante; de quanto foi o contingenciado e onde houve corte? Quais
187 programas sofreram corte de recurso?; o Plenário não foi informado sobre este ponto de pauta, o que
188 dificulta o aprofundamento do debate; é preciso seguir a pauta, conforme aprovada, com acesso prévio
189 ao que será discutido na reunião; é preciso ter atenção ao problema da falta de medicamentos –
190 imunossuppressores, por exemplo; elogio à transparência no trabalho executado pelo MS – visão de
191 diálogo e de solução de problemas; que medidas serão adotadas acerca da SESAI/saúde indígena; é
192 importante investir nas políticas de prevenção e cuidado – priorizar práticas integrativas e
193 complementares, uma vez que podem diminuir o gasto com medicamentos, internações;
194 questionamentos do Fórum dos Usuários ao Ministério da Saúde: Qual estratégia para vacinação das
195 populações de maior vulnerabilidade – do campo, quilombolas, ribeirinhas – contra a febre amarela?
196 Como está sendo pensada estratégia para esclarecer a população sobre quem realmente precisa
197 dessa vacinação? A vacina contra febre amarela está disponível àqueles que necessitam?; pessoas
198 que usam imunossuppressores precisaram ser esclarecidas sobre os riscos da doença; as campanhas
199 veiculadas pelo Ministério da Saúde têm formato de imagem e dificultam o acesso das pessoas com
200 deficiência às informações; o balanço da gestão do Ministério da Saúde deveria ser sido incluído como
201 ponto de pauta da reunião; o acesso da população aos serviços de saúde tem sido negado e a
202 apresentação feita não condiz com a realidade; as ações têm sido debatidas na CIT e não no CNS,
203 órgão máximo de deliberação do SUS; questionamento sobre a meta relativa à redução de sobrepeso -
204 mais de 50% da população possui problema com peso, então, por que a meta é ampliar em, no mínimo,
205 17,8% o percentual de pessoas que consomem frutas e hortaliças regularmente?; e preocupação com a
206 qualidade dos instrumentos utilizados por cirurgias de videolaparoscopia realizadas pelo SUS. O
207 Ministro de Estado da Saúde, **Ricardo Barros**, comentou as falas dos conselheiros, desculpando-se
208 inicialmente por não ter disponibilizado a apresentação com antecedência. Esclareceu que os recursos
209 economizados foram investidos em outras áreas, assim, não há dinheiro sobrando, mas sim faltando.
210 Citou, por exemplo, que em 2017 o MAC apresenta déficit de R\$ 3 bilhões, e frisou que a ideia é fazer
211 mais com o mesmo recurso. Sobre a SESAI/MS, disse que os contratos serão revisados e a gestão
212 será centralizada; as ONG serão vinculadas à universidade para atender a saúde indígena. Clarificou
213 ainda que não há contingenciamento na saúde e que o compromisso do Presidente da República é não
214 ter cortes no orçamento dessa área. Acrescentou que o MS está pontualmente em dia com o repasse
215 de recursos para Estados e Municípios, assim, é preciso verificar se esses entes repassaram recurso
216 aos fornecedores. A respeito da febre amarela, esclareceu que São Paulo apresenta demanda
217 espontânea de vacinas e a fracionada apresenta a mesma quantidade de anticorpos (o estudo
218 continuará para saber a validade). Disse que a vacina será disponibilizada sempre que houver
219 necessidade e que foram 16 milhões de doses aplicadas, 908 casos com reação adversa e dezenove
220 óbitos por reação (sob investigação). Colocou ainda que foram incluídas quatorze novas práticas
221 integrativas, com investimento em prevenção e estímulo às entidades que fazem prevenção. Sobre
222 acessibilidade na comunicação, disse que pode ser garantida libras ou letras maiores na publicidade. **A**
223 **respeito das farmácias próprias, disse que não definiu o fechamento, mas sim que não haverá repasse**
224 **para pagar custeio, aluguel.** No mais, pontuou que são 260 mil brasileiros com o vírus HIV e é preciso
225 estimular o tratamento, além de intensificar a testagem. Ainda sobre a vacina de febre amarela, afirmou
226 que as pessoas precisam ser vacinadas com orientação médica. **ITEM 2 – EXPEDIENTE -**
227 **Justificativa de ausências. Apresentação de Convidados (as), Coordenadores de Plenária de**
228 **Conselhos de Saúde e Novos (as) Conselheiros (as). Informes. Indicações.** *Composição da mesa:*
229 conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS; e **Neide Rodrigues dos Santos**,
230 Secretária-Executiva do CNS. *Coordenação:* conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, da Mesa
231 Diretora do CNS. **Justificativa de ausências** – foram enviadas previamente as seguintes justificativas
232 de ausência: conselheira **Ana Cláudia Pereira Martins**; conselheiro **Carlos de Souza Andrade**;
233 conselheira **Carmem Lúcia Luiz**; conselheira **Carolina Abad**; conselheiro **Dalmare Anderson Bezerra**
234 **de Oliveira Sá**; conselheiro **José Vanilson Torres da Silva**; conselheiro **Luiz Carlos Medeiros de**
235 **Paula**; conselheira **Lenir Santos**; conselheira **Maria Aparecida Diogo Braga**; e conselheira **Nelcy**
236 **Ferreira da Silva.** **Apresentação de Convidados (as), Coordenadores de Plenária de Conselhos**
237 **de Saúde e Novos (as) Conselheiros (as)** – foi registrada a presença dos seguintes coordenadores
238 de plenária na reunião: **Dione Laurindo**; e **Jacildo de Siqueira Pinho.** **INFORMES - 1)** Informe e

pedido de apoio à Campanha “Chega de agrotóxicos”, disponível no site www.chegadeagrototoxicos.org.br. *Apresentação:* conselheira **Juliana Acosta Santorum**. **2)** Informe sobre a Jornada de Luta da Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM 2017. *Apresentação:* conselheiro **Fenando Pigatto**. **3)** Informes da ANEPS: **a)** Início de mais uma etapa do curso de aperfeiçoamento de Educação Popular em Saúde nos Estados: Mato Grosso, Pará e Rio Grande do Sul. Em breve: Paraíba, Ceará e Bahia; **b)** Congresso Nacional e III Região Nordeste das Práticas Integrativas e Complementares – PICS, na cidade de Natal/RN, em outubro de 2017; **c)** Seminário sobre Judicialização na Saúde no município de Nossa Senhora do Socorro, em 5 de abril de 2017, com a participação da Conselheira Lenir Santos e promotores de Saúde. Organizado pelo COSEMS Sergipe; **d)** Implantação do programa das Práticas Integrativas e Complementares de Saúde entre a UFS, MOPS e ANEPS Sergipe que será lançado em maio do corrente ano; e **e)** Mostra de Educação Popular: 3 de maio em Salvador/BA e 14 de junho de 2017, em Sergipe. *Apresentação:* Conselheira **Simone Maria Leite Batista**. **4)** Informe sobre a Carta do Fórum Nacional de Residentes em Saúde a respeito da não realização de reuniões da Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde desde outubro de 2016. *Apresentação:* conselheira **Juliana Acosta Santorum**. **5)** Conselheiro **Guilherme Franco** fez um informe sobre o III Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Data: 1º a 4 de maio de 2017. *Local:* Rio Grande do Norte. **6)** *Dia Mundial em Memória das Vítimas de Acidentes de Trabalho* – 28 de abril. *Apresentação:* conselheiro **João Donizete Scaboli**. A CISTT/CNS se reunirá nos dias 11 e 12 de abril e definirá encaminhamentos a respeito da data. **7)** Informe sobre o dia nacional de paralisação contra a reforma da previdência e convocação das entidades que compõem o CNS para participar do ato (28 de abril). *Apresentação:* conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS. **8)** Informe de audiência pública na Câmara dos Deputados, no dia 11 de abril, às 9h30, para discutir a comercialização e distribuição de vacina contra Dengue. *Apresentação:* conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS. Devido o avançado da hora, acordou-se que as indicações seriam feitas no segundo dia de reunião. **ITEM 3 – 2ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DAS MULHERES – Eixo IV – Políticas Públicas para as Mulheres e a Participação Social –** *Apresentação:* **Maria do Socorro de Souza**, ex-Presidente do Conselho Nacional de Saúde; **Rurany Ester Silva**, fundadora do Grupo Transas do Corpo do Estado do Goiás. *Coordenação:* conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Heliana Neves Hemetério dos Santos**. A primeira expositora foi a ex-Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, que iniciou agradecendo o convite e manifestando satisfação por retornar ao CNS. Após cumprimentar o Plenário, passou a tratar do tema, destacando que o desafio principal é definir formas de mobilizar setores da sociedade para participar da conferência. Pontuou também duas grandes bandeiras: direitos sexuais e reprodutivos no contexto da tríplice epidemia; e saneamento como direitos humanos. Após essas considerações iniciais, passou a expor sobre o tema falando sobre a 2ª Conferência nacional de saúde da mulher, com foco nos desafios para a integralidade com equidade. Começou destacando as mensagens da 2ª CNSMu: Conferência temáticas - As mulheres como sujeitos sociais e políticos e suas necessidades como objeto central da política pública; integralidade: todas as necessidades – não somente o SUS, mas intersetorialidade de políticas públicas; equidade: justiça social, reconhecimento das diferenças, diversidades de direitos – meninas, jovens, adultas, idosas – cidadãs, trabalhadoras, campo e da cidade, negras, deficiência, diferentes orientações sexuais; inserção nos territórios de vida e trabalho; princípios do feminismo – autonomia das mulheres sobre seus corpos e suas vidas; respeito às diferenças, enfrentamento ao machismo e todas as formas de dominação, exploração, discriminação às mulheres; e cenário nacional – espaço de luta e resistência frente ao Estado de exceção - forças antidemocrática e conservadoras que comandam o país. Nessa linha, apontou os desafios para a preparação e realização: análise da condição social das mulheres na sociedade – Quem são, onde vivem, como vivem, que necessidades, que proteção social recebem; e que qualidade de vida estas mulheres têm?; aprofundar a discussão acerca do papel do Estado em garantir Direitos - EC 95/2016, PEC 287, Reforma Trabalhista; balanço das Políticas de Proteção Social às Mulheres: em que e como o SUS está atendendo suas necessidades de saúde? Possibilidades de Intersetorialidade – PNPM; estratégia de diálogo, articulação e mobilização com setores da sociedade - movimentos sociais, academia, órgãos públicos: Como mobilizá-las para participação social? Sujeito – mobilizado, organizado, pautas, articula-se em redes, que defende e propõe direitos – criador de direitos (Roberto Lyra Campos – José Geraldo de Souza). Seguindo, apresentou bandeiras e pautas que podem unir e mobilizar as mulheres para a 2ª. CNSMu. No aspecto geral, destacou a EC 95/2016, a PEC 287, a reforma trabalhista – mais desigualdade, mais pobreza, mais violência setores populares e médios. Na saúde: direitos sexuais e direitos reprodutivos no contexto da zika e arboviroses – jovens, negras, pobres, Nordeste e Norte. Citou também o aporte político-institucional da defesa dos direitos das mulheres como DH destacando os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável 2015-2030 – pobreza, fome, igualdade de gênero, saúde (mortalidade materna), saneamento. Fez uma explanação sobre o movimento político, destacando o Pacto social-democrático DE 1988 – crescimento econômico,

301 inclusão social e participação, o Projeto social-desenvolvimentista Lula e Dilma – Todos ganharam –
302 setores produtivos nacionais (CNI, CNA), classe média e os mais pobres. Além disso, citou: Políticas de
303 proteção social universais e focalizadas - Desenvolvimento na vida das pessoas e não só no
304 crescimento econômico / PIB – IDH (ONU 2014); IDHM (PNUD, IPEA 2013). Maior crescimento em
305 municípios do Nordeste – Semiárido (Tânia Bacelar); e Políticas do governo Temer: ameaçam a
306 soberania, a democracia, os direitos sociais - aprofundam as desigualdades, injustiças e violência,
307 forças ultraneoliberais X poder e soberania dos Estados-nações - A América Latina é a periferia do
308 Capitalismo; 700 grandes empresas no controle de 80% mercado mundial – crescimento da taxa de
309 lucro x crescimento da produção e do impacto social; pautas das agendas das Agências Internacionais
310 do Sistema ONU, OCD. Paz? ODS? Também destacou seis dos dezessete Objetivos do
311 Desenvolvimento Sustentável, para reflexão: Objetivo 1. Acabar com a pobreza em todas as suas
312 formas, em todos os lugares; Objetivo 2. Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e
313 melhoria da nutrição e promover a agricultura sustentável; Objetivo 3. Assegurar uma vida saudável e
314 promover o bem-estar para todos, em todas as idades; Objetivo 5. Alcançar a igualdade de gênero e
315 empoderar todas as mulheres e meninas; e Objetivo 6. Assegurar a disponibilidade e gestão
316 sustentável da água e saneamento para todos. Continuando, apresentou dados sobre a condição social
317 das mulheres: maior expectativa de vida – média nacional 75 anos, 5 meses e 26 dias (IBGE, 2016);
318 Mulheres 78,8 – 79,1; homens 71,6 – 71-9; 43,25% da força-de-trabalho no Mercado de Trabalho – em
319 2004, 12,5 milhões de mulheres, em 2014, 21,4 milhões; ocupações, cargos e salários menores (MT e
320 Previdência Social, 2016); SUS – maioria são técnicas de enfermagem, pediatras, ginecologistas,
321 dermatologistas, nutricionistas, psicólogas, dentistas, fisio, mas dificilmente cirurgiãs ou chefes de
322 equipe de um hospital. Pobreza caiu 13,6% em 2001 para 4,9% em 2013. Mulheres as maiores
323 beneficiadas; e previsão do Banco Mundial – aumento de 2,5 até 3,6 milhões de pobres em 2017 –
324 Esses brasileiros não eram miseráveis em 2015, média 38 anos, chefes de família, 38% ensino médio,
325 trabalhavam com carteira assinada. Sugeriu, inclusive, aumento do Programa Bolsa Família para
326 atender os novos pobres. Acréscimo de 900 milhões. Também falou sobre os casos de Zika e
327 arboviroses, mostrando que são exemplos da desigualdade e pobreza que atingem as mulheres:
328 novembro/2015 ao final de 2016 - 10,2 mil casos notificados de alterações no crescimento e
329 desenvolvimento de recém-nascidos possivelmente associados ao zika; 2.205 confirmadas como
330 vinculadas à arbovirose ou outras infecções; 2.829 permanecem sob investigação – relação com as
331 síndromes congênitas do zika; Dos 5.194 casos suspeitos da SCZ (4 de janeiro/2015 a 27 de fevereiro
332 de 2016), 71,3% das mães dessas crianças tinham de 15 a 29 anos; quase 77% das mães se
333 declararam pardas e 7,8% se disseram negras; quase 49% eram solteiras no momento do parto e
334 outras 28,4% viviam em união estável; e surtos: Pernambuco, Bahia e alguns estados do Sudeste,
335 agora novos casos em investigação no Pará e na Região Sul. Salientou que o Zika expôs 'falências' e
336 desafios na garantia dos direitos das mulheres no Brasil, diz ONU. Disse que ativistas, pesquisadores e
337 representantes de ONGs participaram da 5ª Sala de Situação Mulheres e Zika com representantes da
338 ONU e a discussão centrou-se no combate ao mosquito ou de ações voltadas a crianças com
339 microcefalia, e não nos direitos das mulheres. Citou caso relatado na 5ª Sala de Situação – Mulheres e
340 Zika – Rio, março/2017. Vanessa, geógrafa, mãe do Dimitri, 1 anos e 4 meses, que nasceu com
341 microcefalia, mas o problema de saúde só foi descoberto pelos pais após o parto, quando Vanessa leu
342 na ficha de registro cartório o nome da malformação. Vanessa apresentou sintomas de zika,
343 diagnosticados como uma “dengue leve”, e de outros clínicos terem identificado um tamanho da cabeça
344 do bebê “menor que o padrão”. Nas palavras dessa mãe, a experiência tem sido de muita luta - 30
345 convulsões por dia. A assistência é dividida entre Estado e iniciativa privada. Também há dificuldades
346 por conta das despesas médicas + custos alimentícios — leite 90 reais, óculos 800 reais. Seguindo,
347 apresentou as seguintes questões a serem considerados no debate: segundo dados da ONU 2016,
348 quase metade das gravidezes das mulheres no Brasil não são planejadas (ONU, 2016); adolescentes
349 negras engravidam mais do que brancas (IPEA, 2017); a taxa de fecundidade das mulheres
350 brasileiras/o número de filhos por mulher, vem caindo ao longo dos anos, mas entre as mulheres
351 negras o ritmo é menor; em 1999, as adolescentes negras tinham fecundidade 38,9% maior do que as
352 brancas; em 2009, a fecundidade das negras ficou 65% maior do que a fecundidade das adolescentes
353 brancas; mais negros no Brasil: em 2010, o número de brasileiros que se declararam negros (97
354 milhões) foi maior do que o número de brancos (91 milhões). Isso aconteceu pela primeira vez desde
355 1890, quando negros e pardos eram maioria no país; o aumento dos negros em 2010 pode ser
356 decorrente tanto da fecundidade mais elevada entre as mulheres negras quanto pelo aumento das
357 pessoas que se declararam pardas no Censo 2010. Falou sobre direitos sexuais e direitos
358 reprodutivos: impactos da epidemia em grupos raciais, destacando resultados do Estudo na
359 Universidade de Brasília (UnB), publicado, em 22 de dezembro 2016, no *Journal of Family Planning and*
360 *Reproductive Health Care*, realizado com mais de 2.000 mulheres brasileiras, com idades entre 18 e 39
361 anos: mais da metade das mulheres jovens adiam gravidez com receio do impacto do Zika vírus;
362 número de mulheres que relataram evitar a gravidez no Nordeste (66%) em comparação ao sul (46%)

363 chama atenção dos cientistas; mulheres negras e pardas mais propensas a evitar a gestação do que as
364 brancas. Ainda na sua explanação afirmou que há uma agenda pendente no Brasil sobre direitos
365 sexuais e reprodutivos com as jovens. Nessa linha, falou sobre jovens em situação socio-educativa
366 (prisional), destacando os resultados de pesquisa realizada em 7 estados (AL, BA, MS, PE, RS, SP) –
367 Faculdade de Saúde Pública/USP e LIESP. Os temas foram: visitas íntimas, homoafetividade,
368 prevenção às DST/HIV/Aids, distribuição e acesso aos preservativos, aborto legal, pré-natal, formação
369 nesses temas dos/as funcionários/as que estão em contato com as/os jovens cumprindo medida. Disse
370 que foram entrevistadas (os) profissionais que atuam nas unidades socioeducativas, operadores (as) de
371 direito e garotas cumprindo medida de privação de liberdade. Os resultados foram os seguintes: quase
372 unanimidade dos profissionais do sistema socioeducativo é contra visita íntima ser um usufruto para
373 adolescentes e jovens, em especial para as garotas, bem como distribuição de preservativos dentro das
374 unidades socioeducativas. O preconceito dos profissionais que repercute no não cumprimento da lei do
375 SINASE no que diz respeito às necessidades de saúde, em especial da saúde sexual e saúde
376 reprodutiva, e aos direitos sexuais e direitos reprodutivos de adolescentes e jovens em situação de
377 conflito com a lei. Sobre Escola e UBS como lugar de educação sexual e reprodutiva, citou estudo da
378 UFMG com 135 jovens Rede pública de ensino, Alfenas/ MG, 2012: 7,8% das adolescentes
379 entrevistadas já tiveram pelo menos uma gravidez; maior proporção de gestação precoce entre
380 adolescentes que abandonaram os estudos; 37,4% das jovens entrevistadas participou de atividades
381 educativas sobre saúde sexual e reprodutiva; mais de 60% de jovens nunca participaram de alguma
382 atividade educativa sobre o tema; e 71,2% sabia que o SUS fornece gratuitamente métodos
383 contraceptivos. Destacou conhecimentos e desconhecimentos sobre serviços e métodos
384 contraceptivos: adolescentes não utilizam contraceptivos ou os utilizam de forma inadequada; dúvidas
385 sobre os métodos contraceptivos, vergonha, dificuldades do tema; educação sexual no ambiente
386 escolar é eficaz para a ampliação do conhecimento sobre métodos e serviços; a rede municipal de
387 serviços de saúde necessita organizar a assistência à saúde dos adolescentes; e política de integração
388 entre saúde e educacional para atenção integral à saúde do adolescente. Finalizando, falou também
389 sobre água e saneamento como Direito Humano, destacando a Declaração Universal dos Direitos
390 Humanos (1948) e outras declarações e acordos internacionais. Disse que no Brasil não há menção
391 sobre o Saneamento básico na CF de 1988 – Lei Federal 11.445/2007 - 40% da população brasileira
392 (77 milhões de habitantes) não tem acesso adequado à água e que 60% (114 milhões de pessoas) não
393 dispõe de solução adequada para seu esgotamento sanitário. As Regiões Norte e Nordeste são menos
394 favorecidas, coberturas são mais baixas nas zonas rurais, inferiores nas vilas e favelas. No Brasil, 1,8
395 milhão de domicílios sem banheiro ou sanitário de uso exclusivo, sendo 1,2 milhão em áreas rurais; são
396 6 milhões de pessoas em casas sem banheiro. As mulheres são as mais afetadas pela falta de água e
397 de saneamento básico, segundo dados da ONU, 2016, Na maioria das culturas, as mulheres são
398 encarregadas de carregar água para uso doméstico – humano. Parte do relatório dedicada ao ciclo
399 menstrual da mulher e da ausência de instalações adequadas para este ciclo e como isto implica em
400 violações dos direitos básicos de qualquer ser humano. Acrescentou que o estudo mostra o
401 crescimento da oferta 2005/2006 com o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC 1 e PAC 2) e
402 Plano Nacional de Saneamento, 2013. O relatório "Igualdade de gênero e direitos humanos à água e
403 ao esgotamento sanitário - O corpo que entorta pra lata ficar reta", completo está disponível no link:
404 http://www.direitoshumanos.mg.gov.br/images/direitos_humanos/relatorio_direito_humano_agua.pdf. A
405 segunda expositora, **Rurany Ester Silva**, fundadora do Grupo Transas do Corpo do Estado do Goiás,
406 iniciou a sua fala cumprimentando os presentes e salientando que a 2ª CNSMu acontecerá após 30
407 anos da primeira e é preciso debater os motivos dessa demora. Focou sua explanação na questão da
408 saúde, espaços de luta para melhorar as condições de vida das mulheres. Salientou que política
409 pública é resultado de lutas para melhorar as condições de vida. Lembrou que em 1983 foi criado o
410 PAIME e, nesse contexto, perguntou no que se avançou nesse período. Em 2004, o PAIME foi
411 transformado em política de assistência das mulheres. Apontou como aspecto importante da política a
412 participação das mulheres no controle social. Nessa linha, citou os seguintes marcos históricos:
413 Constituição Federal - garante a questão de igualdade; Conferência Internacional sobre População e
414 Desenvolvimento (CIPD), na cidade do Cairo - garantias dos direitos reprodutivos; Conferência de
415 Beijing (1995) – ampliação dos direitos reprodutivos; 1ª Conferência Nacional de Políticas para as
416 Mulheres – 1ª CNPM; 2ª CNPM – ações pactuadas para mulheres; 3ª CNPM - diversidade das
417 mulheres, temática de gênero, plano de ação; 4ª CNPM – conferência difícil de realizar porque
418 aconteceu em momento político complexo. Nessa perspectiva, salientou que as conferências são
419 espaços importantes de debate e precisam ser incentivadas. Destacou ainda que mulheres têm sido
420 estimuladas a participar de iniciativas populares e citou, por exemplo, a Marcha das Mulheres Negras.
421 Ainda sobre as conferências, frisou que é essencial avaliar os resultados, considerando avanços e
422 retrocessos e citou, para ilustrar, a pauta sobre o aborto, que avança e retrocede. Nessa perspectiva,
423 ponderou que é preciso trabalhar melhor os direitos e a garantia deles. Além disso, é preciso lutar pela
424 cidadania e garantia de direitos. A propósito, reforçou a importância de movimento contra a reforma da

425 previdência, que afeta os direitos especialmente das mulheres. Essa luta, no seu entendimento, deve
426 acontecer nas ruas, por conta da composição atual do Congresso Nacional e do momento atual de
427 retrocessos na garantia de direitos. Por fim, disse que a organização da conferência deve ser feita com
428 cuidado a fim de não haver retrocessos. Concluídas as exposições, foi aberta a palavra ao Plenário
429 para manifestações. Nas falas, foram colocados os seguintes aspectos: é momento de ampliar a
430 participação social na democracia direta para ação nos três poderes; é preciso mobilizar a sociedade
431 para enfrentar as iniciativas do Congresso Nacional que retiram direitos já assegurados; a Conferência
432 reafirma a discussão das mulheres na sociedade sobre a perda de direitos; é preciso enfrentar pautas
433 como racismo, machismo, homofobia; as pessoas que lutam por uma sociedade mais justa e fraterna
434 devem insurgir contra as iniciativas maléficas para a população; CNS e 2ª CNSMu devem cobrar
435 taxaço de grandes fortunas, a fim de garantir mais recursos para a saúde; é preciso dar visibilidade
436 também às iniciativas positivas que estão acontecendo e que precisam de apoio. **Retorno da mesa.** A
437 expositora **Rurany Ester Silva**, na sua fala final, salientou que, além da mobilização e chamada das
438 mulheres, é preciso tratar de questões como mortalidade materna, racismo institucional, entre outros
439 temas. Frisou que é preciso definir estratégias de mobilização para que todos os setores se envolvam
440 na conferência. Por fim, ressaltou a importância de reforçar a realização de conferências municipais, a
441 fim de fazer chegar o debate na base. A ex-Presidente do Conselho Nacional de Saúde, **Maria do**
442 **Socorro de Souza**, salientou que a responsabilidade do Conselho é do tamanho da responsabilidade
443 das entidades na defesa da política social. Destacou que é preciso disponibilizar informação para
444 tomada de decisão, ou seja, politizar o debate para dar sentido à mobilização. Inclusive, sugeriu que o
445 Conselho incentive a criação de espaços para debate, uma vez que a disputa pública na perspectiva de
446 retrocesso desmotivou o diálogo. No seu ponto de vista, diante de um cenário com poucas
447 possibilidades de avanço, investir na formação de base é um caminho. Conselheira **Heliana Neves**
448 **Hemetério dos Santos** salientou que é preciso divulgar os documentos para fazer chegar as
449 informações às bases. Chamou a atenção para importância de maior articulação entre as comissões do
450 Conselho, a fim de trabalhar temas transversais. Também ressaltou que o racismo institucional está
451 presente em todos os lugares e precisa ser combatido. Por fim, conclamou as entidades a assumirem a
452 2ª Conferência porque as mulheres, por ter olhar holístico do mundo, estão doentes e pedem ajuda. Na
453 fala final, conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**, coordenadora da mesa, salientou que as
454 entidades e movimentos devem envolver-se com as conferências temáticas previstas – de saúde da
455 mulher e de vigilância em saúde. Avaliou que o CNS está diante de oportunidades e as mulheres
456 precisam ser fortes diante dos adoecimentos sociais, políticos, econômicos. Considerando as falas,
457 propôs a aprovação de moção de repúdio a atos de racismo e depreciação das mulheres. Feita essa
458 fala, procedeu aos encaminhamentos. **Deliberação: como resultado do debate deste ponto, o**
459 **Plenário decidiu: a) por unanimidade, elaborar moção de repúdio a todas as formas de**
460 **preconceito contra as mulheres (o texto da moção seria apreciado no segundo dia); b) com uma**
461 **abstenção, elaborar moção de apoio às práticas positivas na defesa e respeito às mulheres (o**
462 **texto da moção será elaborado para apreciação na próxima reunião do CNS); e c) por**
463 **unanimidade, definir estratégias para participação da sociedade nas conferências municipais e**
464 **estaduais de Saúde das Mulheres.** Definido esse ponto, a mesa suspendeu para o almoço.
465 Retomando, houve inversão de pauta, iniciando-se pelo item 10. **ITEM 10 – COMISSÕES**
466 **INTERSETORIAIS DO CNS - Coordenação:** conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do
467 CNS; e conselheira **Juliana Acosta Santorum**. **1) Comissão Intersetorial de Promoção, Proteção e**
468 **Práticas Integrativas e Complementares em Saúde CIPPSPICS – informes da última reunião e**
469 **apresentação de recomendações elaboradas pela Comissão.** Conselheiro **Willen Heil e Silva** fez
470 os seguintes informes da CIPPSPICS: **1) Encaminhamentos da Reunião da CIPPSPICS de 14 e 15 de**
471 **março de 2013: 1.1.** A CIPPSPICS solicita que o CNS faça indicação para compor o Comitê Gestor da
472 Política Nacional de Promoção da Saúde, que é coordenado pela SVS, com a composição definida na
473 Portaria nº 227, de 19 de fevereiro de 2016, e no qual o Conselho tem direito a um representante.
474 Devido a mudanças na gestão no MS, estão sendo retomadas as indicações para composição deste
475 Comitê. **1.2** A Comissão debateu a importância da inclusão das Práticas Integrativas e
476 Complementares e da Educação Popular nas diretrizes curriculares e aprovou dois encaminhamentos:
477 **a) Articulação com a CIRHRT para inclusão das PICS e Educação Popular nas DCNs; e b)**
478 **Recomendação para o Conselho Nacional de Educação: “Que estimule os cursos de Graduação em**
479 **Saúde a incluir em suas Diretrizes Curriculares a orientação para a discussão de conteúdos**
480 **relacionados à promoção da saúde e seus determinantes, às Práticas Integrativas e Complementares e**
481 **à Educação Popular em Saúde como elementos constituintes da formação, garantindo um egresso**
482 **capaz de reorientar os serviços de saúde e fortalecer a autonomia dos sujeitos e a cidadania, com olhar**
483 **emancipatório, garantindo a humanização e integralidade na atenção, reafirmando os preceitos do**
484 **Sistema Único de Saúde.” 1.3** Após debate sobre a importância de fortalecer e ampliar a formação dos
485 ACS, por meio da Educação Popular, a Comissão indicou a seguinte Recomendação para a SGEPE e a
486 Escola Joaquim Venâncio - Fiocruz: A continuidade do EdPopSUS, assim como a sua expansão para

os estados que ainda não foram contemplados com a sua execução; a sensibilização dos gestores estaduais e municipais a ofertarem o EdPoPSUS como formação permanente e continuada aos seus profissionais, garantindo a esses a possibilidade de participação, requalificando as práticas em seus territórios; e a inclusão das políticas de Promoção da Saúde e das Práticas Integrativas, Complementares e Populares de Saúde na pauta da Educação Permanente e Continuada dos profissionais de saúde. **1.4** A Comissão convidou representante do CONITEC para conhecer como se dá o processo de inclusão de novas tecnologias em saúde e debater a possibilidade de inclusão das PICS. A representante do DGITS colocou que é um desafio para o qual estão à disposição. O CNS já tem representação no CONITEC e a CIPPSPICS entende que é importante aprofundar este debate e, posteriormente, alinhar este tema com os representantes do CNS. **2)** Publicada a Portaria nº 849, de 27/03/2017, do Ministério da Saúde que inclui na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), 14 novas práticas: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga. **3)** No dia 30 de março de 2017, **a CIT aprovou a Resolução nº 15, que dispõe sobre o Plano Operativo para implementação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS).** **4)** Plano de Trabalho da CIPPSPICS - Meta 1: Assessorar o CNS no monitoramento e efetivação das Políticas no âmbito da Comissão (PNPICS, PNEPS e PNPS) - Realizar diagnóstico das ações que estão sendo desenvolvidas em cada uma das três políticas no âmbito da CIPPSPICS (Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PNPICS, Política Nacional de Educação Popular em Saúde – PNEPS e Política Nacional de Promoção à Saúde – PNPS), comparando com as deliberações da 15ª Conferência Nacional de Saúde, o Planejamento do CNS, o PAS, o RAG e o PPA – Prazo: 90 dias. Acompanhar o planejamento e a execução das ações referentes as três políticas (PNPICS, PNEPS e PNPS) – Prazo: permanente. Meta 2: Pautar as três políticas (PNPICS, PNEPS e PNPS) nas conferências que serão realizadas em 2017: elaborar documento com a interface entre as políticas e as conferências que serão realizadas em 2017: Conferência Livre de Comunicação, 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde e 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres – Prazo: 30 dias. Meta 3: Assessorar o CNS no acompanhamento dos Projetos de Lei pertinentes à finalidade da Comissão: demandar levantamento para assessoria parlamentar do CNS para análise da Comissão – Prazo: permanente. Meta 4: Garantir o pleno funcionamento da Comissão (*Planejamento CNS): levantar plataformas e possibilidades de realização de reuniões virtuais. Calendário de Reuniões: Reunião Virtual; 20/6 – 9h às 12h. Próxima reunião presencial: 31 de julho e 1º de agosto. Prazo: 3 meses. Meta 5: Sensibilizar os gestores e conselhos na criação das CIPPSPICS e pautar os temas pertinentes a essas políticas nos âmbitos estaduais e municipais: levantamento dos conselhos estaduais e das capitais que tem as CIPPSPICS – Prazo: 30 dias. Realizar informe para o Pleno do Conselho – Prazo: após resultado. Meta 6: Realizar sistematicamente a análise do relatório de prestação de contas anual e do relatório de gestão do MS: solicitar à assessoria da COFIN a realização de oficina virtual de capacitação em orçamento e financiamento, para os membros da Comissão. Prazo: 10 dias. Acompanhar a execução orçamentária das ações das três políticas (PNPICS, PNEPS e PNPS) - Prazo: permanente. Realizar avaliação periódica do Relatório Anual de Gestão do Ministério da Saúde - Prazo: permanente. Meta 7: Contemplar no plano de trabalho das Comissões o acompanhamento e monitoramento das Resoluções e propostas aprovadas pelas instâncias colegiadas do SUS: Acompanhar as deliberações da CIT em relação as três políticas (PNPICS, PNEPS e PNPS) - Prazo: permanente. Provocar a CIT para pautar as políticas (PNPICS, PNEPS e PNPS) - Prazo: permanente. Meta 8: Qualificar a participação da representação do CNS na CONITEC (*planejamento CNS): encaminhar à Mesa Diretora do CNS as demandas da Comissão em relação ao CONITEC. Prazo: 30 dias. Solicitar que a CONITEC desenvolva critérios de novas metodologias de avaliação para incorporação das PICS, com participação das respectivas áreas técnicas. - Prazo: 60 dias. Na sequência, fez a leitura de duas minutas de recomendação, elaboradas pela Comissão. O texto da primeira é o seguinte: “Recomendação nº 000, de 07 de abril de 2017. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Nonagésima Segunda Reunião Ordinária, realizada nos dias 06 e 07 de abril de 2017, 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 o Conselho Nacional de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, é órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, que 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 legalmente constituído em cada esfera do governo (artigo 1º, II, §2º da Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990); Considerando a Portaria n.º 971/GM/MS, de 03 de maio de 2006, que institucionaliza no SUS a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC); Considerando que em 2013 foi instituída a Política Nacional

549 de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS (PNEP-SUS), aprovada pelo Conselho Nacional de
550 Saúde (CNS), como produto de um processo dialógico de mais de dois anos que contou com a
551 participação de movimentos sociais e instâncias governamentais; Considerando que, ao atuar nos
552 campos da prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde baseada em
553 modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo, a PNPIC contribui para o
554 fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS; Considerando a resolução da Assembleia Mundial
555 de Saúde (WHA62.13), de 2009, que recomendou ao Diretor Geral da OMS a construção da “Estratégia
556 de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023”, que considera as Práticas Integrativas e
557 Complementares (PICs) como pilar principal da prestação de serviços de saúde, ou seu complemento;
558 Considerando a Portaria n.º 2.761, de 19 de novembro de 2013, que institui a PNEPS-SUS;
559 Considerando que a PNEPS-SUS reafirma o compromisso com a universalidade, a equidade, a
560 integralidade e a efetiva participação popular no SUS, e propõe uma prática político-pedagógica que
561 perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo
562 entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à
563 produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS; Considerando que a
564 PNEP-SUS valoriza a “formação, comunicação e produção de conhecimento”, que “compreende a
565 ressignificação e a criação de práticas que oportunizem a formação de trabalhadores e atores sociais
566 em saúde na perspectiva da educação popular”; Considerando que a realização do EdPopSUS se
567 configurou em uma das estratégias prioritárias do plano operativo da PNEP-SUS, curso direcionado,
568 sobretudo, à formação de agentes comunitários de saúde (ACS) e agentes de vigilância em saúde
569 (AVS); Considerando que, na sua 1ª edição, entre os anos de 2013 e 2014, o EdPopSUS1, teve uma
570 duração de 53 horas, envolvendo 9 Unidades da Federação (Piauí, Pernambuco, Ceará, Sergipe,
571 Bahia, Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul e Distrito Federal), tendo aproximadamente 19 mil
572 trabalhadores da saúde inscritos, configurando-se como uma experiência positiva que sustenta a
573 importância de sua continuidade e aprofundamento; Considerando que, tanto o Departamento de Apoio
574 à Gestão Participativa/ Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde
575 (DAGEP/SGEP) como a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz
576 (EPSJV/FIOCRUZ) reafirmaram parceria para a continuidade do EdPopSUS, tendo planejado no ano
577 de 2015 a 2ª edição do curso, agora denominado EdPopSUS2, com carga horária de 160 horas, e 7 mil
578 vagas orientadas, principalmente, a ACS e AVS, reservando 30% de vagas para outros profissionais e
579 lideranças comunitárias, ampliando o público-alvo e a consequente disseminação dessa política; e
580 Considerando que o curso busca favorecer a atuação dos trabalhadores nos processos de conquista de
581 direitos à saúde da população e no fortalecimento da participação social e acontecerá inicialmente em
582 13 estados brasileiros: Bahia, Ceará, Maranhão, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Paraíba,
583 Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, São Paulo e Sergipe, além de contribuir com a
584 implantação da PNEPS-SUS, promovendo a qualificação da prática educativa de profissionais e
585 lideranças comunitárias que atuam em territórios com cobertura da Atenção Básica do SUS.
586 Recomendamos à SGEP, à Escola Joaquim Venâncio – Fiocruz e a toda estrutura de Escolas da
587 Saúde: A continuidade do EdPopSUS, assim como a sua expansão para os estados que ainda não
588 foram contemplados com a sua execução; A sensibilização dos gestores estaduais e municipais a
589 ofertarem o EdPoPSUS como formação permanente e continuada aos seus profissionais, garantindo a
590 esses a possibilidade de participação, requalificando as práticas em seus territórios; A inclusão das
591 políticas de Promoção da Saúde e das Práticas Integrativas, Complementares e Populares de Saúde
592 na pauta da Educação Permanente e Continuada dos profissionais de saúde.” A segunda
593 recomendação é a seguinte: “O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima
594 Nonagésima Segunda Reunião Ordinária, realizada nos dias 06 e 07 de abril de 2017, no uso de suas
595 atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de
596 dezembro de 1990; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da
597 Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e
598 Considerando que a saúde é um direito fundamental de todo ser humano e dever do Estado, conforme
599 preconizado pelo art. 196 da Constituição Federal de 1988 e que o Sistema Único de Saúde (SUS) é
600 uma política de Estado que visa à promoção, prevenção e recuperação da saúde e deve ordenar a
601 formação de recursos humanos e produção de tecnologias de acordo com as necessidades de saúde
602 da população; Considerando que o Conselho Nacional de Saúde (CNS), em caráter permanente e
603 deliberativo, é órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço,
604 profissionais de saúde e usuários, que atua na formulação de estratégias e no controle da execução da
605 política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas
606 decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo
607 (artigo 1º, II, §2º da Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990); Considerando a Portaria n.º 2.446, de
608 11 de novembro de 2014, que redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS);
609 Considerando a Portaria n.º 971/GM/MS, de 03 de maio de 2006, que institucionaliza no SUS a Política
610 Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC); Considerando que, ao atuar nos campos

611 da prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde baseada em modelo de
612 atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo, a PNPIC contribui para o fortalecimento
613 dos princípios fundamentais do SUS; Considerando a resolução da Assembleia Mundial de Saúde
614 (WHA62.13), de 2009, que recomendou ao Diretor Geral da OMS a construção da “Estratégia de la
615 OMS sobre medicina tradicional 2014-2023”, que considera as Práticas Integrativas e Complementares
616 (PICs) como pilar principal da prestação de serviços de saúde, ou seu complemento; Considerando a
617 Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013, que institui a Política Nacional de Educação Popular em
618 Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS); Considerando que a PNEPS-SUS
619 reafirma o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação
620 popular no SUS, e propõe uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a
621 promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes,
622 valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de
623 conhecimentos e a inserção destes no SUS; Considerando que a Educação Popular, a um só tempo, é
624 uma concepção prático-teórica e uma metodologia de educação que articula os diferentes saberes e
625 práticas, as dimensões da cultura e dos direitos humanos, o compromisso com o diálogo e com o
626 protagonismo das classes populares nas transformações sociais; Considerando que o objeto das
627 Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Saúde é permitir que os currículos propostos
628 possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de
629 perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências
630 nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no SUS,
631 considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira; Considerando que o objetivo das Diretrizes
632 Curriculares dos Cursos de Graduação em Saúde é levar os alunos dos cursos de graduação em saúde
633 a aprender a aprender que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e
634 aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para
635 assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos
636 indivíduos, famílias e comunidades; e Considerando o atual momento em que as Diretrizes Curriculares
637 dos Cursos de Graduação em Saúde estão em processo de discussão e reformulação, para posterior
638 apreciação pelo Ministério da Educação (MEC). Recomenda ao Conselho Nacional de Educação e à
639 SGTES: que estimule os cursos de Graduação em Saúde a incluir em suas Diretrizes Curriculares a
640 orientação para a discussão de conteúdos relacionados à promoção da saúde e seus determinantes, às
641 Práticas Integrativas e Complementares e à Educação Popular em Saúde como elementos constituintes
642 da formação, garantindo um egresso capaz de reorientar os serviços de saúde e fortalecer a autonomia
643 dos sujeitos e a cidadania, com olhar emancipatório, garantindo a humanização e integralidade na
644 atenção, reafirmando os preceitos do Sistema Único de Saúde.” **Deliberação: aprovadas as duas**
645 **recomendações, elaboradas pela CIPPSPICS. 2) Comissão Intersetorial de Educação**
646 **Permanente para o Controle Social do SUS – CIEPCSS – conselheira Sueli Terezinha Goi Barrios,**
647 coordenadora da Comissão, apresentou informe sobre a última reunião da Comissão, realizada no dia
648 30 de março de 2017, para sistematização do resultado dos questionários. Explicou que, das 96
649 entidades, poucas responderam ao questionário. Assim, a Comissão decidiu reenviar o documento para
650 respostas. **Para conhecimento. Não houve deliberação. 3) Comissão Intersetorial de Alimentação**
651 **e Nutrição – CIAN – Conselheira Zaira Maria Tronco Salerno,** coordenadora da CIAN, fez informe
652 sobre a última reunião da Comissão, realizada nos dias 21 e 22 de março. Também submeteu à
653 apreciação do Pleno a proposta de inclusão de subeixo sobre a situação epidemiológica da alimentação
654 e nutrição na 1ª CNVS. Informou ainda que a Comissão apresentará proposta ao Pleno sobre taxaçoão
655 de bebidas açucaradas e controle da alimentação disponibilizada nas cantinas escolares. Por fim, fez a
656 leitura da minuta de Moção de Apoio, elaborada pela Comissão: “Moção de Apoio nº 000, de 7 de abril
657 de 2016. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Nonagésima Primeira
658 Reunião Ordinária, realizada nos dias 09 e 10 de março de 2017, no uso de suas atribuições conferidas
659 pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pelo
660 Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República
661 Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e Considerando os debates promovidos
662 pela Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição (CIAN) do Conselho Nacional de Saúde (CNS),
663 na reunião realizada nos dias 21 e 22 de março de 2017, sobre os últimos acontecimentos relacionados
664 à operação da Polícia Federal denominada “Operação Carne Fraca” e as ocorrências envolvendo
665 frigoríficos, que estão sendo apuradas; Considerando o caráter sensacionalista dado pela imprensa e,
666 por outro lado, o padrão de qualidade que o Brasil alcançou no quesito da segurança sanitária dos
667 alimentos; Considerando que esse episódio traz à tona questões centrais sobre o funcionamento do
668 atual sistema alimentar no Brasil, e que precisa, forçosamente, ser repensado, tendo em vista estar
669 voltado ao agronegócio, em associação às grandes empresas transnacionais de insumos e de
670 alimentos e ao uso intensivo de agrotóxicos, ou seja, um sistema insustentável, como mostram
671 evidências científicas, nacionais e internacionais, denunciando os danos à saúde humana e animal e ao
672 ambiente, daí resultantes; Considerando que a epidemia da obesidade reflete bem esse sistema, que

673 induz ao consumo de alimentos ultraprocessados, em detrimento de alimentos *in natura*, além de violar
674 e negar a cultura alimentar – uma expressão de identidade de um povo ou de uma nação;
675 Considerando que, em atenção ao Direito Humano à Alimentação Adequada e Saudável - DHAA,
676 consagrado no artigo 6º da Constituição Federal de 1988, a CIAN reafirmou, em 2010, as diretrizes da
677 Política Nacional de Alimentação e Nutrição - PNAN, da Política Nacional de Segurança Alimentar e
678 Nutricional, da Política Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica e das diretrizes do Guia
679 Alimentar para a População Brasileira, do Ministério da Saúde, como instrumentos indutores de um
680 novo modelo alimentar que garanta o DHAA e a segurança alimentar e nutricional para toda a
681 população brasileira; Considerando que tais políticas abrigam perspectivas de enfrentamento das
682 contradições do sistema alimentar hegemônico e que são necessárias ações intersetoriais, que
683 favoreçam a inclusão; Considerando que a segurança sanitária dos alimentos não se confunde com o
684 conceito de Segurança Alimentar, construído pelo Brasil, em conferências nacionais de Segurança
685 Alimentar e Nutricional (SAN), com ampla participação popular, e explicitado na Lei Orgânica de
686 Segurança Alimentar, de 2006 e que além da segurança sanitária do alimento, é necessário que a
687 produção de alimentos seja livre de agrotóxicos e de transgênicos, e pautada em um sistema alimentar
688 sustentável, do ponto de vista social, econômico e ambiental; Considerando a pertinência da
689 construção histórica do conceito brasileiro de segurança alimentar e nutricional, entendido como o
690 acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer
691 acesso a outras necessidades essenciais, baseado em práticas alimentares promotoras de saúde, que
692 respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis
693 (Lei n.º 11.346/2006 – Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional); e Considerando que a
694 garantia de comida de verdade, no campo e na cidade, só é possível a partir de uma nova forma de
695 lidar com o campo, pensando e respeitando a biodiversidade, a ruralidade, as tradições, o
696 conhecimento popular e a cultura alimentar das diferentes regiões e dos diferentes povos que
697 constituem a sociedade brasileira. Vem a público: reiterar seu apoio à Lei n.º 11.346/2016 (Lei Orgânica
698 de Segurança Alimentar e Nutricional).” Concluída a leitura, os conselheiros solicitaram esclarecimentos
699 sobre a moção de repúdio, mas não houve posições contrárias. **Deliberação: como resultado final
700 deste debate, o Plenário aprovou a inclusão de subeixo sobre a situação epidemiológica da
701 alimentação e nutrição na 1ª CNVS; e aprovou, com três votos contrários e uma abstenção, a
702 moção que reitera o apoio do CNS à Lei n.º 11.346/2016 (Lei Orgânica de Segurança Alimentar e
703 Nutricional). Além disso, neste ponto, foi sugerido convidar a ANVISA para debater no CNS a
704 RDC n.º 49, de 31 de outubro de 2013, que dispõe sobre a regularização para o exercício de
705 atividade de interesse sanitário do microempreendedor individual, do empreendimento familiar
706 rural e do empreendimento econômico solidário. ITEM 5 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE
707 RECURSOS HUMANOS E RELAÇÕES DE TRABALHO – CIRHRT - Apresentação: Danilo Amorim,
708 coordenador adjunto da CIRHRT. Coordenação: conselheira Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro,
709 coordenadora adjunta da CIRHRT; e conselheiro João Donizeti Scaboli. Iniciando, o coordenador
710 adjunto da CIRHRT, Danilo Amorim, apresentou informe sobre os encaminhamentos da 175ª
711 RO/CIRHRT, realizada nos dias 3 e 4 de abril de 2017, com destaque para os pontos que demandavam
712 deliberação do Pleno. 1) Discussão do GT sobre as Diretrizes Curriculares do curso de Farmácia. Nota
713 Técnica sobre DCN do curso de graduação em Farmácia, elaborada por subgrupo da Comissão. A nota
714 foi discutida e aprovada na última reunião da Comissão. Assim, foi anexada em Resolução a ser
715 submetida ao Pleno/CNS, nos mesmos moldes do que foi feito com as DCNs da graduação em Saúde
716 Coletiva. Também informou que aconteceu audiência pública no CNE/MEC, no dia 3 de abril de 2017,
717 período da tarde, ocasião em que o CNS foi representado pelo conselheiro José Eri de Medeiros,
718 CONASEMS/CIRHRT. Pela CIRHRT, participaram Débora Melecchi - CTB/CIRHRT/Titular e Rogério
719 Roberte - CFFa/CIRHRT/Suplente. Encaminhando, a coordenadora-adjunta da CIRHRT colocou em
720 votação a nota técnica, aprovada na reunião da CIRHRT/CNS. **Deliberação: aprovada, com uma
721 abstenção, a Resolução/Nota Técnica sobre as DCNs do curso de graduação em Farmácia.**
722 Conselheiro Danilo Amorim também informou que no dia seguinte seria realizada outra audiência
723 pública no CNE/MEC para debater as diretrizes do curso de graduação em saúde coletiva e comunicou
724 que a nota técnica, aprovada pelo CNS, já fora encaminhada ao CNE. Disse que representaria o CNS
725 na atividade junto com as conselheiras Cleoneide Paulo e Francisca Rego e levaria o posicionamento
726 do CNS. Seguindo, conselheira Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro fez um resgate sobre o debate
727 relativo ao PL 559, que cria o Serviço Social de Saúde – Sistema “S”. Explicou que, após discussão, o
728 encaminhamento da Comissão é criar “GT da Formação Técnica” na CIRHRT, para tratar da temática
729 em todos os seus aspectos, incluindo a discussão do PL 559/2015. Apresentou as sugestões de
730 conselheiros nacionais de saúde para compor o GT: José Eri de Medeiros/CONASEMS/CIRHRT;
731 Danilo Aquino Amorim/DENEM/CIRHRT; Haroldo Jorge de Carvalho Pontes/CONASS/CIRHRT; João
732 Rodrigues Filho/CNTS; Alexandre Frederico de Marca/CNC; representação da COFIN; representação
733 da CNTSS. Além disso, manter como convidados do GT: membros da CIRHRT e COFIN que já vêm
734 trabalhando com a discussão do PL: Maria Luiza Jaeger/Rede Unida/CIRHRT; Jane Aurelina Temóteo**

735 de Queiroz Elias/UNASUS/CIRHRT; Daniela de Oliveira Ribeiro/CNC/CIRHRT; Ruth Ribeiro
736 Bittencourt/CEFESS/COFIN; Carlos Ocké/IPEA/COFIN; e Wanderley Gomes da Silva/CONAM/COFIN.
737 Disse que a intenção é marcar reunião do Grupo um dia antes da reunião da CIRHRT/CNS ou da
738 COFIN/CNS. Conselheiro **Danilo Amorim** explicou que a Comissão iniciou debate sobre formação de
739 nível técnico na área da saúde e o GT também irá debater este tema. Aberta a palavra ao Plenário,
740 foram levantadas as seguintes questões: o GT a ser constituído deve promover debate também sobre
741 as atribuições dos agentes comunitários de saúde; manifestação de interesse da conselheira **Dulcilene**
742 **Silva Tiné** em participar do GT, ainda que na condição de convidada; o PL é amplo e alcança vários
743 níveis de formação e qualificação de profissionais da área de saúde, sendo maior que um GT do
744 Conselho; o debate do tema deve ser amplo, inclusive com a presença de representantes da CNTS,
745 CONASS, CONASEMS; dada a amplitude do tema, é preciso encontrar uma solução mais ágil e mais
746 ampla que um GT de Comissão do CNS; o GT, a ser composto por membros da COFIN e CIRHRT,
747 poderá levantar informações/subsídios para deliberação do CNS; o Sistema “S” presta serviço
748 significativo no país e é preciso ter cuidado nesse debate; manifestação de interesse da representação
749 do CFEn de participar desse debate; o PL é amplo e o assunto de alta complexidade, por essa razão,
750 faz-se necessário constituir GT para aprofundar o tema que irá refletir na formação futura; é preciso
751 pautar debate desse tema no Plenário do CNS. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente
752 do CNS, disse que o tema é complexo e relaciona-se com o debate sobre modelo de atenção. Avaliou
753 que a formação do GT é importante, pois permitirá debate mais aprofundado e democrático,
754 assegurando, inclusive, a participação de convidados. **Retorno da mesa.** Conselheiro **Danilo Amorim**
755 destacou que as intervenções apontam a complexidade e a amplitude do debate sobre o PL e, nesse
756 entendimento, a CIRHRT propôs criação de GT para levantar informações (da Confederação Nacional
757 do Comércio, Confederação Nacional de Saúde, receita federal) que irão subsidiar a elaboração de
758 parecer a ser submetido à apreciação do Pleno. Conforme Regimento Interno do CNS, o GT deverá ser
759 composto por até cinco conselheiros e está aberto a convidados. Conselheira **Cleoneide Paulo**
760 explicou que a proposta é criar um GT composto por integrantes da CIRHRT e da COFIN para debater
761 formação técnica, incluindo o PL 559 e ampliar o debate sobre o tema nas comissões e no Plenário do
762 CNS. O Presidente do CNS entendeu que o GT debateria o PL 559 e seria feito debate separado sobre
763 ensino técnico. **Deliberação: aprovada a criação de Grupo de Trabalho para discutir, em um**
764 **primeiro momento, o PL 559/2015”, incluindo até dez conselheiros nacionais de saúde, por**
765 **envolver duas Comissões Intersetoriais, a CIRHRT e a COFIN.** Foram indicados os seguintes
766 nomes: **José Eri de Medeiros**, CONASEMS/CIRHRT; **Danilo Aquino Amorim**, DENEM/CIRHRT;
767 **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, CONASS/CIRHRT; **João Rodrigues Filho**, CNTS; **Alexandre**
768 **Frederico de Marca**, CNC; **Dulcilene Silva Tiné**, CNS; **Wanderley Gomes da Silva**, CONAM/COFIN.
769 Manter como convidados do GT membros da CIRHRT e COFIN que já vêm trabalhando com a
770 discussão do PL: **Maria Luiza Jaeger**, Rede Unida/CIRHRT; **Ruth Ribeiro Bittencourt**,
771 CFESS/COFIN; **Daniela de Oliveira Ribeiro**, CNC/CIRHRT; e **Jane Aurelina Temóteo de Queiroz**
772 **Elias**, UNASUS/CIRHRT. Seguindo, conselheiro **Danilo Amorim**, coordenador adjunto da CIRHRT,
773 submeteu à apreciação do Pleno encaminhamento sobre a proposta do FENTAS de debate sobre o
774 movimento da Associação Nacional de Peritos Médicos - ANMP do Instituto Nacional de Seguridade
775 Social - INSS, de inadmissibilidade da atuação de equipe multiprofissional, de forma interdisciplinar, em
776 avaliações/perícias e prescrições de órteses, próteses ortopédicas não-implantáveis, Meios Auxiliares
777 de Locomoção e de Acessórios (OPM) no âmbito do INSS. **Deliberação: o Plenário decidiu que a**
778 **CIRHRT enviará relatório da discussão desse ponto de pauta na Comissão, realizada em 3 de**
779 **abril de 2017, ao FENTAS, para que o Fórum aprofunde o debate e devolva à CIRHRT/CNS, com**
780 **mais subsídios e esclarecimentos, para novo ponto de pauta na Comissão.** Seguindo, apresentou
781 o encaminhamento da 291ª RO/CNS, de 9 e 10 de março, de pautar informe no Radar sobre o
782 Programa Mais Médicos - PMM e debater em ponto de pauta específico o tema “Residências
783 Multiprofissionais e Médica”, com convite ao MEC. **Deliberação: foi definido que a CIRHRT/CNS**
784 **contribuirá na construção do ponto de pauta e nos debates sobre o tema que acontecerão na**
785 **reunião do CNS do mês de maio; e que o Conselho solicitará ao MEC e ao MS que recomendem**
786 **a convocação imediata de reunião da CNRMS.** Quanto à próxima reunião do GT, com demandas da
787 Mesa Diretora do CNS de março, apresentou a pauta sugerida pela CIRHRT: Plano de Trabalho e
788 Agenda de Reuniões; Diretrizes Gerais/comuns para os cursos de graduação da área da saúde; e
789 estruturação da CIRHRT no campo da formação em saúde (Câmara Técnica). **Deliberação: aprovada**
790 **a realização da reunião, com a pauta sugerida pela CIRHRT, mas com data a definir.** Seguindo, o
791 coordenador adjunto da Comissão apresentou os pareceres elaborados pela CIRHRT/CNS – quatorze
792 processos analisados, sendo nove de Autorização (dois de Odontologia, cinco de Psicologia e dois de
793 Enfermagem); quatro de Reconhecimento de Curso (um de Medicina, um de Odontologia, um de
794 Enfermagem e um de Psicologia); e um de Renovação de Reconhecimento (Licenciatura em
795 Psicologia). **Pareceres insatisfatórios: 1) Processo: 201505396 – Faculdade Maurício de Nassau de**
796 **São Luís – Autorização. Odontologia. Parecer: satisfatório. 2) Processo: 201505662 – Faculdade**

797 Joaquim Nabuco de Olinda – Autorização. Psicologia. Parecer: insatisfatório. **3)** Processo: 201506635 –
798 Instituto de Ensino Superior de Olinda – Autorização. Enfermagem. Parecer: insatisfatório. **4)** Processo:
799 201506667 – Centro Universitário Maurício de Nassau – Autorização. Odontologia. Parecer:
800 insatisfatório. **5)** Processo: 201500797 – Faculdade do Médio Parnaíba – Autorização. Psicologia.
801 Parecer: insatisfatório. **6)** Processo: 201500866 – Faculdade Centro Mato Grossense (FACEM).
802 Autorização. Psicologia. Parecer: insatisfatório. **7)** Processo: 201504946 – Faculdade Pitágoras de
803 Governador Valadares. Autorização. Psicologia. Parecer: insatisfatório. **8)** Processo: 201505316 –
804 Centro Universitário Toledo. Autorização. Psicologia. Parecer: insatisfatório. **9)** Processo: 201603921 –
805 Faculdade de Presidente Prudente. Reconhecimento. Enfermagem. Parecer: insatisfatório.
806 **Deliberação: os nove pareceres insatisfatórios foram aprovados, em bloco, com uma abstenção.**
807 **Pareceres satisfatórios com recomendações: 10)** Processo: 201600903 – Faculdade Capixaba da
808 Serra. Autorização. Enfermagem. Parecer: satisfatório. **11)** Processo: 201604578 – União das
809 Faculdades dos Grandes Lagos. Reconhecimento. Medicina. Parecer: satisfatório. **12)** Processo:
810 201505752 – Faculdade Integrada de Pernambuco. Reconhecimento. Odontologia. Parecer:
811 satisfatório. **13)** Processo 201506707 – Universidade Salgado de Oliveira. Reconhecimento. Psicologia.
812 Parecer: satisfatório. **Deliberação: aprovados, em bloco, por unanimidade, os quatro pareceres**
813 **satisfatórios com recomendações. 14)** Processo 201417913- Universidade Federal de Goiás – UFG.
814 Renovação de reconhecimento (Licenciatura) Psicologia. **Deliberação: o processo será devolvido ao**
815 **MEC, por se tratar de licenciatura em Psicologia. ITEM 4 – RADAR - Aquisição de Asparaginase**
816 **pelo Ministério da Saúde. Programa Farmácia Popular do Brasil: Rede Própria. Apresentação:**
817 **Renato Alves Teixeira Lima**, Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica – DAF/SCTIE/MS;
818 e **Leonardo Batista Paiva**, Chefe de Gabinete do Diretor-Presidente da Agência Nacional de Vigilância
819 Sanitária – ANVISA. *Coordenação:* conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS. O
820 primeiro expositor foi o diretor do DAF/SCTIE/MS, **Renato Alves Teixeira Lima**, que expôs sobre a
821 aquisição de Asparaginase pelo Ministério da Saúde. Iniciou explicando que faria a mesma
822 apresentação que fez na reunião com sociedades médicas que tratam especialmente do câncer infantil.
823 Iniciou declarando-se sem conflito de interesses de qualquer tipo ou natureza no que se refere à
824 aquisição deste medicamento. Começou pela legislação vigente para aquisição no âmbito do SUS: Lei
825 nº 8.666/93 e os órgãos responsáveis pela fiscalização; e CGU/TCU/MPU/Polícia Federal. Salientou
826 que o ideal seria que todo medicamento tivesse registro sanitário para garantir a qualidade do
827 medicamento ofertado. Para registro de medicamento, é preciso seguir protocolo, que define vinte itens
828 a serem cumpridos. No caso de aquisição de medicamentos sem registro no Brasil, pode ser feita
829 importação excepcional levando-se em conta dois critérios: registro sanitário no país de origem e
830 certificação de boas práticas de fabricação (RDC nº 55/2010). Sobre a L-Asparaginase, explicou que
831 não consta na farmacopeia brasileira e a aquisição se dava com inexigibilidade, sem concorrência,
832 porque apenas uma empresa possuía registro sanitário na Anvisa. Além disso, a medicação sempre foi
833 fornecida pelo mesmo laboratório, mas de fabricantes diferentes (até 2013). Explicou que a fabricante,
834 Merck Sharp & Dohme (MSD), parou de fabricar, assim, o fornecedor firmou acordo com a Lundbeck
835 INC; quando essa não mais fabricou, fez acordo comercial com a OSO Biopharmaceutical. No entanto,
836 em 2013, a Biopharmaceutical informou que interromperia a fabricação do medicamento (que à época
837 se chamava ELSPAR) e o laboratório fornecedor não se precaveu para buscar outro fabricante e
838 realizar registro no Brasil. Com isso, perdeu-se o registro do medicamento no Brasil. Diante dessa
839 situação, o laboratório que fornecia a medicação buscou a empresa MEDAC para produção do
840 medicamento; foi feito pedido de registro na Anvisa e a aquisição foi feita com inexigibilidade, sem
841 concorrência, para abastecer de 2014 a 2016. Em 2015, o pedido de registro do medicamento foi
842 negado pela Anvisa e a empresa apresentou recurso, mas foi negado novamente, porque a empresa
843 não apresentou a documentação exigida. Além disso, a MEDAC informou que descontinuará a
844 fabricação do medicamento. Diante da situação de nenhum registro e nenhum pedido, em abril de
845 2016, o MS realizou cotação internacional e quatro empresas ofertaram o produto: Xetley; Quantum;
846 Bagó; e Baxter. Ao analisar, verificou-se que nenhuma possuía registro do medicamento no Brasil,
847 nenhuma possuía estudos clínicos avaliados pela ANVISA ou MS sobre o medicamento. A substância
848 Asparaginase encontra-se na farmacopeia chinesa. Explicou que, na análise de preço, a diferença entre
849 a empresa que apresentou menor valor e a que ofertava por dois anos, sem registro, por inexigibilidade,
850 era mais de R\$ 20 milhões. Com isso, foi exigido da empresa com menor valor os documentos de
851 acordo com legislação para importação (registro sanitário no país de origem e certificado de boas
852 práticas de fabricação no país de origem) e a documentação foi entregue. Como análise complementar
853 – além da legislação, a empresa atendeu à solicitação do MS e apresentou registro sanitário em outros
854 países. Além disso, o MS fez a comunicação com MS de outros países. Porém, após a compra do
855 medicamento, seguindo todos os procedimentos legais para a aquisição de medicamentos do SUS,
856 iniciou-se processo de questionamento, o que gerou pânico nas famílias e nos profissionais. Feitas
857 essas considerações, esclareceu trechos da reportagem, veiculada no jornal Fantástico, sobre a
858 aquisição do medicamento feita pelo Ministério da Saúde. Concluída a apresentação, foi aberta a

859 palavra ao Plenário para considerações. Nas falas, foram levantados, entre outros, os seguintes
860 aspectos: é preciso rever a RDC nº. 8/2014; é de suma importância verificar *in loco* as práticas de
861 fabricação dos medicamentos; faz-se necessário buscar esclarecer o máximo possível a situação para
862 tomar as providências necessárias; qual a visão do Ministério da Saúde acerca da reportagem
863 veiculada no Fantástico (Foi precipitada? Incompleta? Maliciosa? Intencional?); Que providências o
864 Ministério da Saúde adotará acerca da reportagem?; crítica à compra de medicamentos, pelo Ministério
865 da Saúde, sem registro na Anvisa; e a qualidade do medicamento é muito boa, assim, é preciso fazer
866 reflexão sobre o interesse de desqualificar a Anvisa. **Retorno da mesa.** O diretor do DAF/SCTIE/MS,
867 **Renato Alves Teixeira Lima**, respondeu aos questionamentos destacando que: a compra do
868 medicamento foi feita de acordo com os procedimentos legais para a aquisição de medicamentos do
869 SUS; Anvisa analisou os documentos e autorizou importação excepcional – pode-se questionar a
870 resolução, mas é a vigente - cabe propor a mudança; MS considera importante investigação da polícia
871 federal; não houve tempo para verificação *in loco* das práticas de fabricação, porque a falta do
872 medicamento causaria mortes de pacientes; já estão sendo debatidas modificações na RDC 8/2014 e é
873 importante a participação do CNS; a matéria veiculada foi tendenciosa, maliciosa, inadequada;
874 definição do Ministro: comprar medicamentos que possuem registro no Brasil, se tiver mais de um,
875 realizar concorrência; diante da reportagem, Ministro da Saúde concedeu entrevista ao jornal Fantástico
876 para esclarecimento; e PDPs – medicamentos estratégicos para o país; e medicamento está na
877 assistência farmacêutica porque os hospitais tiveram dificuldade na aquisição pela falta de registro.
878 **Deliberação: solicitar ao Ministério da Saúde que informe o CNS sobre os desdobramentos**
879 **acerca da aquisição da Asparaginase. Programa Farmácia Popular do Brasil –** Seguindo, o diretor
880 do DAF/SCTIE/MS, **Renato Alves Teixeira Lima**, fez uma apresentação sobre o Programa Farmácia
881 Popular do Brasil. Começou explicando que hoje o Programa Farmácia Popular do Brasil conta com
882 35.088 estabelecimentos, distribuídos em 4.487 municípios, sendo atendidos 80% dos municípios
883 brasileiros. Falou sobre a Farmácia Popular do Brasil, destacando: Rede Própria (112 itens) e 505
884 unidades da Rede Própria em 410 municípios (*); Aqui Tem Farmácia Popular (25 itens); e 34.583
885 Farmácias/Drogarias credenciadas em 4.487 municípios. Explicou que o orçamento do Farmácia
886 Popular do Brasil (ref. dez/2016) é dividido em duas ações programáticas (20YR e 20YS). Valor
887 executado em 2016 = R\$ 2.773.564.883,33; R\$ 99.650.591,33; Rede Própria (112 itens); Total
888 manutenção: R\$ 77.700.000,00; RH + Material = R\$ 3.230.518,99; Medicamentos = R\$ 18.720.062,34.
889 Sobre a abrangência da Rede Própria do Programa, explicou que são apenas dezoito municípios com
890 rede própria, porém possuem farmácias SUS e privadas que podem ser habilitadas com o Programa
891 Aqui Tem. Contextualizando a reformulação da Rede Própria, explicou que foi criado para ter 600
892 unidades ativas e houve diminuição das unidades e hoje são 342. O custo administrativo é de
893 80.930.518,99 (81%) e 18.720.062,34 (19%). Explicou que a proposta para pactuação apresentada na
894 CIT é a seguinte: encerramento do custeio da Rede Própria (RP); atualização da população de
895 196.155.807,00 habitantes em 2011, para 207.005.889,00 habitantes em 2016; e distribuição *per capita*
896 de 100% do recurso. R\$ 99.650.581,33 *per capita* - 5,10 para 5,58. Com isso, seria garantida a
897 ampliação do acesso a medicamentos passando de R\$ 18.720.062,34 para R\$ 99.650.581,33. Além
898 disso, credenciamento de farmácias privadas (Aqui Tem). Aberta a palavra aos conselheiros, os
899 conselheiros fizeram questionamentos que foram respondidos pelo expositor. Entre as questões
900 colocadas pelo Plenário, destacam-se as seguintes: preocupação com a proposta e questionamento
901 sobre a pactuação sem debate prévio com o Conselho; o repasse de recurso do Programa aos
902 municípios, por meio da assistência farmacêutica básica, não resolve o problema; dever-se-ia fazer um
903 processo de transição para não prejudicar a assistência ao usuário; o fim do custeio pode significar o
904 fim do Programa, pois acarretará fechamento de unidades; foi feito estudo sobre o impacto do
905 fechamento das 400 unidades?; decisões como essa, que afetam diretamente o usuário, não podem
906 ser tomadas apenas sob o viés financeiro; copagamento na farmácia popular fere o princípio da
907 gratuidade; o fim da farmácia própria não prejudicará a assistência; é preciso debater também o
908 componente “Aqui tem Farmácia Popular”; é necessário saber os impactos das verbas que serão
909 destinadas aos municípios. (retiradas do Programa Farmácia Popular); o CNS precisa aprofundar o
910 debate sobre o papel do CNS e CIT porque há compreensão distinta dos papéis. **Deliberação:**
911 **aprofundar o debate sobre o papel do CNS e da CIT (a Mesa Diretora do CNS definirá**
912 **metodologia); pautar debate no CNS sobre o Programa “Aqui tem Farmácia Popular”; e solicitar**
913 **ao CONASEMS estudo sobre os impactos das verbas que serão destinadas aos municípios.**
914 **(retiradas do Programa Farmácia Popular). ITEM 6 – POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM**
915 **SAÚDE - Modelo de Atenção à Saúde contratado na Constituição Federal de 1988 - Apresentação:**
916 conselheiro **André Luiz de Oliveira**, representante da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil –
917 CNBB; **Eliana Pires Rocha**, Procuradora da República no Distrito Federal e integrante do Grupo
918 Técnico da Saúde, da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão - PFDC; conselheiro **Jurandi**
919 **Fruitoso Silva**, representante do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS; **Stefan**
920 **Sperling**, membro do Núcleo de São Paulo do CEBES e da Rede Nacional de Médicas e Médicos

921 Populares. *Coordenação:* conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS; e
922 conselheira **Juliana Santorum**. O primeiro expositor, conselheiro **André Luiz de Oliveira**, da Mesa
923 Diretora do CNS, iniciou a sua explanação destacando que o modelo de atenção à saúde contratado na
924 Constituição Federal de 1988 é inclusivo, com atendimento integral. No contexto atual, lembrou as
925 mudanças que estão ocorrendo no país no campo político, econômico e social e, nesse sentido, referiu-
926 se às pessoas que deixaram de ter planos privados de saúde e ao crescimento do desemprego no país.
927 Nesse cenário, lembrou que 157 milhões de pessoas (77% da população brasileira) depende do SUS
928 como única possibilidade de acesso à saúde. Dentro dessa perspectiva, justificou a importância da luta
929 do controle social em defesa do SUS, modelo inclusivo e democrático e maior patrimônio do povo
930 brasileiro. Destacou que a saúde, direito de todos, é uma área sensível e a maior reivindicação do povo
931 brasileiro, conforme aponta estudos científicos. Reconheceu que o Sistema enfrenta uma série de
932 dificuldades para avançar, contudo, isso não deve ser justificativa para não assegurar “tudo a todos”.
933 Frisou que os conselheiros têm o compromisso com a sociedade brasileira de defender os princípios da
934 integralidade, da equidade e da universalidade no SUS. Para isso, no seu ponto de vista, é preciso
935 melhorar os mecanismos de gestão e garantir acesso aos serviços. Finalizando, conclamou a todos a
936 continuar a luta em defesa do SUS, segundo o princípio da universalidade, reafirmando os
937 compromissos como cidadãos. O segundo expositor, **Stefan Sperling**, membro do Núcleo de São
938 Paulo do CEBES e da Rede Nacional de Médicas e Médicos Populares, fez uma fala com foco nos
939 desafios a serem enfrentados na garantia do modelo de atenção à saúde contratado na Constituição
940 Federal de 1988. Contextualizou, inicialmente, citando a Declaração de Viena, 2016, em que os
941 signatários elegeram os determinantes políticos, além dos determinantes e condicionantes sociais,
942 como fatores de risco e promoção de qualidade de vida para o Sistema. Um desses determinantes de
943 risco é o autoritarismo político sobre espaços de deliberação e construção democrática. Nesse ponto,
944 frisou que não se deve permitir que o autoritarismo enfraqueça as ações e adoça a população.
945 Também fez um resgate histórico sobre o princípio da universalidade com destaque para dois
946 momentos: William Henry Beveridge, 1942, Plano Beveridge; e Conferência de Alma-Ata, 1978. Nesse
947 contexto, frisou que, ao pensar na gestão do Sistema, é preciso descentralizar a doença e centralizar
948 no cuidado da pessoa. Continuando, lembrou que em 1979/1980, a Fundação Rockefeller e a OMS, em
949 articulação com UNICEF, pautaram projeto de desconstrução da universalidade/integralidade que vige
950 até hoje, em uma resposta ao modo como a universalidade afronta os interesses do capital. Destacou
951 que o sistema pautou-se por modelos programáticos (preventivismo) e, para ilustrar as contradições
952 postas, destacou a recomendação de realizar mamografia a partir de 50 anos, mesmo sem fatores de
953 risco. Nas suas palavras, hoje, reproduz-se contradições históricas de modelos que precisam ser
954 vencidos. Apontou pautas colocadas que precisam de ressignificação: formação dos profissionais de
955 saúde: quais e quantos especialistas se deseja; responsabilidade da gestão – enfrentamento da
956 austeridade. Neste ponto, citou o periódico “The Lancet”, que, em dezembro de 2016, análise de uma
957 série histórica interrompida, produzida por dois grandes nomes da comunidade científica, Professor
958 Ioannis Laliotis e Professor John Ioannidis. Realizada nos intervalos de janeiro de 2001 a agosto de
959 2008 e, após, de setembro de 2008 a dezembro de 2013 na Grécia, captura o cenário econômico e
960 sanitário prévio e sequente à crise global do capital e à implantação da Troika no país. Os resultados
961 consolidados são constrangedores para a agenda neoliberal: revelam evidência estatisticamente
962 significativa de maior número de mortes por efeitos adversos durante o tratamento dos pacientes,
963 segundo os próprios pesquisadores contrastando com as evidências disponíveis, e permitindo indicar a
964 precarização do Sistema Nacional de Saúde, sobretudo na desregulamentação do mundo do trabalho
965 dos profissionais de saúde. O período de austeridade traduziu-se, finalmente, por 242 novas mortes
966 mensais, estimadas desde o início da crise. Finalizando, colocou como desafios para a gestão: pensar
967 na estruturação da rede, com inserção de profissionais mais competentes focados na busca da
968 efetividade do Sistema, fortalecendo a atenção primária e os especialistas que nela atuam, entendendo
969 que o programatismo vertical trará mais iniquidades, assegurando a transição da centralidade da
970 doença para a pessoa. Frisou que pautar a austeridade no momento de retração econômica do país
971 pode levar a morte de pessoas. Por fim, nesse momento de retração de direitos e de desqualificação de
972 espaços democráticos, citou Sérgio Arouca: “as discussões aqui não são simplesmente técnicas e
973 científicas, não se deseja apenas um modelo técnico científico, mas sim, um projeto civilizatório, pois o
974 que se quer para a saúde, se quer para o Brasil.” Conselheiro **Jurandi Frutuoso Silva**, representante
975 do CONASS, expôs na sequência e iniciou destacando a sua participação no processo de construção
976 dos princípios do SUS. Entre as dificuldades enfrentadas desde a criação do Sistema, citou a não
977 efetivação como o povo brasileiro deseja e merece. Lembrou que o SUS, sistema forte e robusto, desde
978 a sua concepção, enfrenta o problema da falta de financiamento. Esse subfinanciamento, na sua
979 avaliação, retarda a evolução do SUS, bem como ameaça sua existência, e impossibilita a oferta de
980 ações e serviços que atenda as necessidades da população. A esse fato, acrescentou a retirada de
981 conquistas sociais que também enfraquece o SUS e, em contrapartida, fortalece o sistema privado.
982 Aliás, ponderou que eventual “falência” do SUS causará colapso na saúde do país e a consequência

983 será a segregação. Nas suas palavras, a saúde passa por um momento de forte ataque, com adoção
984 de medidas que causam sérios prejuízos a direitos já conquistados, como a EC 86/2015, que altera a
985 Constituição Federal e a Lei 1.3087/2015, que autorizou a participação e até o controle do capital
986 estrangeiro nos serviços de saúde. No contexto atual, explicou, o Brasil passa por transição
987 demográfica e alimentar, com situação epidemiológica de tripla carga de doença e prevalência das
988 condições crônicas de saúde e dispõe de um sistema de saúde fragmentado que não responde à
989 situação de saúde. Além disso, evidencia-se disputa política do campo social, crise institucional e
990 desafio da força de trabalho na gestão e na formação, do incremento tecnológico e desafio do controle
991 social. Como solução para o modelo de atenção, defendeu a efetivação do Sistema conforme pensado,
992 o que significa sair do planejamento para execução de fato, do modelo de atenção de agudo para
993 crônico. Encaminhando-se para fechar sua explanação, enfatizou que o CONASS defende modelo de
994 atenção à saúde baseado em redes, com prioridade na atenção primária. Concluiu a sua intervenção
995 reiterando a necessidade de mais recursos para saúde, mas com a ideia de fazer melhor com o
996 disponível. A última expositora foi a procuradora **Eliana Pires Rocha**, integrante do Grupo Técnico da
997 Saúde/PFDC, fez uma breve fala sobre o trabalho da Procuradoria que atende demandas relativas à
998 falta de atendimento, desvio de recursos, entre outros aspectos. Citou representação anônima,
999 recebida pela Procuradoria, sobre a política de aquisição de medicamentos para atender demandas
1000 judiciais e fez alusão à extinção de recursos para oferta de medicamentos e insumos à saúde. Detalhou
1001 que na apuração, a Procuradoria identificou que, em 2015, o Ministério da Saúde destinou R\$ 1 bilhão
1002 para atender demandas judiciais relativas a medicamentos, e, até agosto de 2016, R\$ 900 milhões para
1003 esse fim. Nesse ponto, destacou a dificuldade de identificar o gestor responsável pela execução de
1004 políticas. Entre as insuficiências do processo, destacou o recurso dispendido para entrega de produtos
1005 adquiridos por demanda judicial e falta de controle do recebimento. Além disso, lembrou que, por não
1006 existir controle nacional para aquisição, muitas vezes os três entes adquirem produto solicitado.
1007 Salientou que esse é um exemplo de má gestão e precisa de debate aprofundado do Conselho.
1008 **Manifestações.** No debate, os conselheiros fizeram reflexões sobre o tema em pauta e também foram
1009 apresentadas propostas no sentido de dar continuidade e aprofundar o debate sobre planejamento, que
1010 foram acolhidas e serão remetidas à Mesa Diretora do CNS, para os devidos encaminhamentos: pautar
1011 o debate deste tema nas próximas Conferências de Saúde, nas Comissões, na agenda e no conjunto
1012 das ações do controle social; realizar seminário sobre esta temática com objetivo de aprofundar debate
1013 e envolver outros atores; repautar este debate com mais frequência e convidar outros atores envolvidos
1014 (Exemplo: MEC); e na Plenária de Conselhos e Movimentos Sociais, que será realizada em setembro
1015 de 2017, construir metodologia para trazer temas que mobilizem e formem a consciência sanitária; e
1016 encomendar diagnóstico para instituições de pesquisa sobre o impacto do atual modelo econômico de
1017 restrição técnica e financeira na saúde. **Deliberação:** como resultado do debate, o Plenário decidiu:
1018 pautar debate sobre “O desmonte da Seguridade Social” na próxima reunião do Conselho, destinando
1019 tempo adequado; e solicitar às Comissões que também debatam o tema e apresentem contribuições ao
1020 Pleno. Definido esse ponto, a mesa encerrou o primeiro dia de reunião. O item 7 da pauta foi transferido
1021 para o dia seguinte. Estiveram presentes os seguintes conselheiros e conselheiras no primeiro dia de
1022 reunião – *Titulares:* **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil- CNBB;
1023 **Antonio Carlos Figueiredo Nardi**, Ministério da Saúde (MS); **Antônio Muniz da Silva**, Organização
1024 Nacional dos Cegos do Brasil – ONCB; **Antonio Pitol**, Pastoral da Saúde Nacional; **Arlson da Silva**
1025 **Cardoso**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS; **Cleoneide Paulo**
1026 **Oliveira Pinheiro**, Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA;
1027 **Edmundo Dzuaiwi Omere**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira
1028 (COIAB); **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia –
1029 ABENFISIO; **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; **Geordecy M.**
1030 **Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **Guilherme Franco Netto**, Associação Brasileira de Saúde
1031 Coletiva – ABRASCO; **Heliana Neves Hemeterio dos Santos**, Associação Brasileira de Lésbicas,
1032 Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – ABGLT; **Jani Betânia Souza Capiberibe**, Associação
1033 Brasileira de Autismo – ABRA; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João Rodrigues Filho**,
1034 Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; **Jurandi Frutuoso Silva**, Conselho
1035 Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; **Lorena Baía de Oliveira Alencar**, Conselho Federal de
1036 Farmácia (CFF); **Luiz Alberto Catanoe**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos
1037 da Força Sindical – SINDNAPI; **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores –
1038 NCST; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Neilton**
1039 **Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da
1040 Indústria (CNI); **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV); **Rildo**
1041 **Mendes**, Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul – ARPINSUL; **Ricardo Barros**, Ministério da
1042 Saúde (MS); **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos – Fenafar; **Sônia**
1043 **Pereira**, Rede Nacional Lai Lai Apejo; **Ubiraci Matildes de Jesus**, União de Negros pela Igualdade –
1044 UNEGRO; **Wanderley Gomes da Silva**, Confederação Nacional das Associações de Moradores –

1045 CONAM; **Wilen Heil e Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); e
1046 **Zaíra Tronco Salerno**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN). *Suplentes* – **Adriano Macedo**
1047 **Félix**, Associação Brasileira Superando o Lúpus; **Agleildes Arichele Leal de Queirós**, (“Liu Leal”),
1048 Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES; **Albervan Sena**, Associação Brasileira de Linfoma e
1049 Leucemia – ABRALÉ; **Alexandre Frederico de Marca**, Confederação Nacional do Comércio de Bens,
1050 Serviços e Turismo (CNC); **Antonio César Silva Mallet**, Ministério da Saúde (MS); **Clarice Baldotto**,
1051 Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB); **Cleusa Rodrigues da Silveira Bernardo**, Ministério da
1052 Saúde (MS); **Danilo Aquino Amorim**, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina –
1053 DENEM; **Denise Torreão Corrêa da Silva**, Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFa; **Dulcilene**
1054 **Silva Tiné**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS); **Elgiane**
1055 **de Fatima Machado Lago**, Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil – CTB; **Fernando**
1056 **Zasso Pigatto**, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Gilene José dos**
1057 **Santos**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas' e Idosos da Força Sindical – Sindnapi;
1058 **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; **Ivone**
1059 **Martini de Oliveira**, Conselho Federal de Enfermagem – COFEN; **Joana Batista Oliveira Lopes**,
1060 Federação Nacional dos Odontologistas - FNO; **João Bosco Cavalcanti Chaves**, Federação Nacional
1061 dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais – FENAFITO; **Jorge Alves de Almeida Venâncio**,
1062 Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB; **José Arnaldo Pereira Diniz**, Federação
1063 Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Jupiara Gonçalves de Castro**, Federação de Sindicatos de
1064 Trabalhadores Técnicos Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil –
1065 FASUBRA; **Marco Aurelio Antas Torronteguy**, Movimento dos Portadores de Esclerose Múltipla –
1066 MOPEM; **Maria Angélica Zollin de Almeida**, Federação Nacional dos Médicos Veterinários –
1067 FENAMEV; **Maria Thereza Ferreira Teixeira**, Secretaria de Governo da Presidência da República;
1068 **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira**, Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais – ABRATO;
1069 **Silma Maria Alves de Melo**, Conselho Federal de Biologia – CFBio; **Simone Maria Leite Batista**,
1070 Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS; **Sueli**
1071 **Terezinha Goi Barrios**, Associação Brasileira da Rede Unida – REDE UNIDA; e **Vânia Lúcia Ferreira**
1072 **Leite**, Pastoral da Criança. **ITEM 8 – ATO PÚBLICO EM COMEMORAÇÃO AO DIA MUNDIAL DA**
1073 **SAÚDE - Relançamento do Manifesto da ABRASUS** - Na manhã do segundo dia de reunião, 7 de
1074 abril, os conselheiros realizaram ato público na Rodoviária do Plano Piloto, em Brasília, com
1075 lançamento da campanha ‘Mais Direitos, Menos Depressão’, em comemoração ao Dia Mundial da
1076 Saúde, celebrado em 7 de abril. Neste ano, a Organização Mundial da Saúde - OMS elegeu como
1077 prioridade o combate à depressão. A ação do Conselho na Rodoviária de Brasília foi marcada também
1078 pelo relançamento da Frente em Defesa do SUS - ABRASUS, que reúne conselhos de Saúde,
1079 entidades representativas, movimentos sociais, parlamentares e a sociedade civil organizada.
1080 conselheiro **André Luiz de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS, iniciou a tarde do segundo dia de
1081 reunião cumprimentando os conselheiros e destacando a importância do ato público em comemoração
1082 ao dia mundial da saúde realizado naquela manhã. Retomando, a mesa foi composta para o item **ITEM**
1083 **7 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE FINANCIAMENTO E ORÇAMENTO – COFIN - Composição da**
1084 *mesa*: conselheiro **Wanderley Gomes da Silva**, coordenador da COFIN/CNS; e conselheiro **André**
1085 **Luiz de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS e coordenador adjunto da COFIN/CNS. Iniciando este
1086 ponto de pauta, conselheiro **André Luiz de Oliveira** fez um informe sobre a oficina de Financiamento
1087 do SUS, realizada pela COFIN, nos dias 30 e 31 de março de 2017, na Região Norte. O evento contou
1088 com a presença de setenta participantes, representando os sete Estados da Região, e foi muito
1089 produtivo. Na sequência, explicou que o CNS aprovou a Resolução n°. 541 e a minuta foi enviada ao
1090 Ministro de Estado da Saúde, para homologação. Após análise, o Gabinete enviou a Resolução ao
1091 CNS, com as seguintes modificações: na letra “d”, substituir 2000 por 2012; e excluir o art. 3º. O
1092 Presidente do CNS explicou que a proposta é acatar as modificações feitas pelo Ministério da Saúde,
1093 de modo a garantir a homologação o mais breve possível e contribuir na LDO. Conselheiro **André Luiz**
1094 **de Oliveira** explicou que não se trata de modificar posição do Conselho, mas sim acatar as sugestões
1095 para poder contribuir na PLDO e na LOA 2018. **Deliberação: aprovadas, por unanimidade, as**
1096 **modificações na Resolução n°. 541, de 17 de fevereiro de 2017, conforme sugerido pelo Gabinete**
1097 **do Ministro de Estado da Saúde. A resolução, com as modificações, será enviada ao Ministro de**
1098 **Estado da Saúde para homologação.** Seguindo, conselheiro **André Luiz de Oliveira**, coordenador
1099 adjunto da COFIN/CNS, fez a leitura do parecer, elaborado pela COFIN/CNS, por solicitação do Pleno
1100 do CNS, sobre o Projeto de Lei n°. 4.278/2016, da Câmara dos Deputados, de autoria da Deputada
1101 Marcivania Flexa, que “altera a Lei n°. 8142, de 28 de dezembro de 1990, para dispor sobre as
1102 ouvidorias do SUS como instância de participação da comunidade”. O texto é o seguinte: “A
1103 COFIN/CNS recebeu o Projeto de Lei 4278/2016 para análise e parecer. Para esse fim, debateu o tema
1104 e criou um Grupo de Trabalho na reunião ordinária realizada no final de fevereiro de 2017 para redigir o
1105 parecer, formado por: Heider Pinto, Carlos Alberto Silva Junior e Francisco Funcia. Além disso, o
1106 coordenador da COFIN/CNS, Wanderley Gomes da Silva, manteve contato com a deputada autora do

1107 projeto de lei para conhecer o objetivo da propositura, sendo que nada foi acrescentado em relação ao
1108 que consta na documentação recebida que acompanhou o expediente encaminhado pela Mesa
1109 Diretora para a COFIN/CNS. Considerando as reflexões e os debates realizados sobre o tema, bem
1110 como a análise dos termos da propositura e das justificativas apresentadas, a COFIN/CNS é contrária
1111 ao PL nº. 4278/2016, porque “ouvidoria” é uma atividade típica de gestão, não se confundindo com
1112 controle social (Conferências e Conselhos de Saúde), até porque, geralmente, são queixas,
1113 reclamações, elogios e outras proposições dos usuários do SUS realizadas de forma individualizada,
1114 movidas pelo princípio constitucional da liberdade de expressão, mas sem caracterizar uma instância
1115 de debate, reflexão, proposição e fiscalização sobre as ações realizadas e a realizar, e que devem
1116 expressar as políticas de saúde deliberadas a partir dos fóruns de representação dos segmentos dos
1117 usuários, trabalhadores e gestores/prestadores do SUS a partir dos instrumentos de planejamento –
1118 Planos de Saúde e Planos Plurianuais, de vigência quadrienal, Programação Anual de Saúde, Leis de
1119 Diretrizes Orçamentárias e Leis Orçamentárias, de vigência anual, cuja deliberação compete ao
1120 Conselho Nacional de Saúde nos termos da Lei Complementar nº 141/2012 – e dos instrumentos de
1121 monitoramento, avaliação e prestação de contas – Relatórios Quadrimestrais de Prestação de Contas e
1122 Relatórios Anuais de Gestão, conforme estabelece a Lei Complementar nº 141/2012, bem como os
1123 Relatórios Resumidos de Execução Orçamentária (bimestrais), os Relatórios de Gestão
1124 (quadrimestrais), ambos da Lei Complementar nº 101/00, e os Balanços Orçamentário, Financeiro e
1125 Patrimonial (anuais) da Lei 4320/64. Portanto, a COFIN/CNS entende que a “ouvidoria” é uma ação de
1126 responsabilidade do Estado, não sendo e nem devendo ser uma ação do controle social, não obstante
1127 a extrema importância que essa ação tem para o exercício do controle social do SUS. Com efeito, é
1128 fundamental que o Controle Social do SUS, por meio do Conselho Nacional de Saúde - CNS, tenha: o
1129 direito de conhecer quais são as queixas, reclamações, elogios e proposições dos usuários do SUS e
1130 os respectivos relatórios consolidados dessas atividades; o direito de conhecer e opinar sobre os tipos
1131 de respostas padrão que a “ouvidoria” dá aos cidadãos; o direito de ter acesso aos resultados das
1132 avaliações e pesquisas ativas que a “ouvidoria” realiza com os cidadãos; o direito de demandar a
1133 realização de coletas de informação por telefone no formato de *survey*, avaliações e pesquisas
1134 importantes para o alcance dos resultados previstos no Plano Nacional de Saúde; e o dever de dar
1135 publicidade a estas informações e usá-las para o melhor exercício do Controle Social do SUS. Sob
1136 essa perspectiva, a melhor solução seria aproveitar a elogiosa iniciativa parlamentar e sugerir alteração
1137 no Projeto de Lei, de modo que passe a considerar a *ouvidoria* como uma obrigação do gestor e área
1138 de interesse do Controle Social do SUS. O conceito de interesse, ou outro que melhor se adequa à boa
1139 norma jurídica, refere-se à importância da atividade “ouvidoria” para o controle social e, sendo
1140 atribuição e responsabilidade do executivo, possibilite ao CNS os 4 direitos listados anteriormente. Para
1141 tanto, na hipótese do CNS não receber regularmente os relatórios estatísticos do gestor federal
1142 referente aos aspectos listados de “1” a “5”, é fundamental também a alocação de recursos
1143 orçamentários suficientes para estruturar o CNS para o desempenho daquelas funções, inclusive a
1144 prevista no item “4.” **Deliberação: o parecer foi aprovado por unanimidade e será transformado
1145 em resolução para aprovação do Pleno (até o fim da reunião).** Continuando, fez a leitura da minuta
1146 de parecer consolidado das Comissões de Financiamento e Orçamento, de Vigilância em Saúde, de
1147 Recursos Humanos e Relações de Trabalho e de Assistência Farmacêutica do Conselho Nacional de
1148 Saúde sobre a Programação Anual de Saúde de 2017 - PAS 2017 do Ministério da Saúde. O parecer é
1149 o seguinte: “Para: Mesa Diretora do CNS. De: COFIN/CNS. Assunto: Minuta de parecer consolidado
1150 das Comissões de Financiamento e Orçamento, de Vigilância em Saúde, de Recursos Humanos e
1151 Relações de Trabalho e de Assistência Farmacêutica do Conselho Nacional de Saúde sobre a
1152 Programação Anual de Saúde de 2017 (PAS 2017) do Ministério da Saúde. I. Objetivos listados na
1153 PAS: em consonância com o Plano Nacional de Saúde. II. Análise e Propostas de Encaminhamento -
1154 Geral: Solicitar ao Ministério da Saúde que informe qual é a situação atual das metas elencadas nos
1155 Objetivos tratados. Questionar ao Ministério da Saúde quais foram as bases utilizadas para a definição
1156 das metas 15, 16, 17, 18 e 19 do Objetivo 04 e das metas 7, 8 e 9 do Objetivo 05. Justificativa para esta
1157 solicitação: as metas definidas para o ano de 2017 estão muito baixas considerando que todas elas se
1158 relacionam ou têm impacto nas epidemias das arboviroses e nos riscos das doenças de transmissão
1159 hídrica. Além disso, essas metas não estão compatíveis com as metas do Plano Nacional de
1160 Saneamento Básico. Questionar à Anvisa qual é o status da meta 5 do Objetivo 08 e quais são as
1161 perspectivas para que esta meta seja atingida. A partir do Objetivo 7 até o Objetivo 13 as ações são
1162 genéricas e não têm definidas as “ações correspondentes”. Sugere-se listar ações correspondentes que
1163 dialoguem com as propostas elencadas; Onde está escrito: “Criação de mecanismos para alocação de
1164 profissionais de saúde em áreas/regiões com dificuldade de provimento”, sugere-se a seguinte proposta
1165 de redação: “Implementar Política de Fixação de Recursos Humanos objetivando mecanismos para
1166 alocação de profissionais de saúde em áreas/regiões com dificuldade de provimento”; Incluir proposta
1167 de “Apoiar o funcionamento da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS)”.
1168 Com referência a deliberações contempladas em Conferências de Saúde, a CIRHRT considera a

1169 necessidade de acrescentar objetivos/metas/ações, tais como as relacionadas à Carreira do SUS, por
1170 exemplo. III. Análise e propostas de encaminhamento – específico por Meta de cada. Neste ponto, o
1171 assessor da COFIN fez comentários gerais da análise da COFIN a respeito dos treze objetivos (meta
1172 prevista 2016 (FONTE: MS/SPO RPCQ 3º/2016), meta executada 2016 (FONTE: MS/SPO RPCQ
1173 3º/2016); análise COFIN/CNS: valor executado 2016 (FONTE: MS/SPO LOA 2017 Programa e Ações -
1174 consolidado); análise e propostas de encaminhamento das comissões do CNS que analisaram a PAS
1175 2017 e que foram consolidadas pela COFIN/CNS. Por fim, fez comentários gerais sobre o quadro-
1176 resumo quantitativo dos apontamentos feitos na coluna “Análise e propostas de encaminhamento das
1177 comissões do CNS que analisaram a PAS 2017 e que foram consolidadas pela COFIN/CNS” dos
1178 quadros das metas por objetivo (última coluna): Não localizado esse PO (Plano Orçamentário) – 39;
1179 Verificar divergência de valor 2017 – 31; Ação não localizada na LOA 2017 - 18 ; Adequado ou “OK” -
1180 17; Aumento da meta 2017 inconsistente com redução de recurso 10 6,3% 72,8% Faltam dados para
1181 análise – 10; Apontamentos sobre incompatibilidade com a meta de 2019 do PNS - 6; Redução da
1182 meta em 2017 com aumento de recurso – 6; Aumento da meta em 2017 com aumento mais que
1183 proporcional de recurso – 5; Incompatibilidade entre aumento da meta 2017 e o aumento de recurso –
1184 3; Meta igual ou semelhante com aumento de recurso – 3; Meta igual ou semelhante com redução de
1185 recurso – 2; Aumento da meta em 2017 com aumento menos que proporcional de recurso - 1;
1186 Redução da meta 2017 mais que proporcional à redução do recurso – 1; Verificar meta X recurso (2016
1187 e 2017) – 1; Solicitar esclarecimento ao Ministério da Saúde – 1; Diversos – 4. Por fim, agradeceu as
1188 contribuições da Comissões e explicou que a proposta é encaminhar as indagações (da última coluna,
1189 principalmente) às áreas técnicas. As respostas consolidadas seriam trazidas na próxima reunião do
1190 CNS. O Presidente do CNS explicou que os conselheiros poderão enviar considerações à SE/CNS ou à
1191 assessoria técnica da COFIN. Aberta a palavra ao Plenário, foram apresentadas as seguintes questões:
1192 solicitar à SGE/MS que encaminhe dados sobre o objetivo 11 – 1 e 3 para análise da COFIN; Incluir
1193 comitê de educação popular em saúde no objetivo 11; considerando que não é possível modificar a
1194 PAS em vigência, indicar que as mudanças sejam incorporadas na próxima PAS; a Comissão
1195 Intersetorial de Ciclos de Vidas solicitará esclarecimentos à CGPAN sobre o Objetivo 3 durante a
1196 próxima reunião; e solicitar esclarecimentos à área técnica sobre o objetivo 13, item 2. **Deliberação: os**
1197 **esclarecimentos solicitados pelos conselheiros, bem como outros que poderão ser**
1198 **encaminhados até o dia 12 de abril à assessoria técnica da COFIN, serão enviados às áreas**
1199 **técnicas do Ministério da saúde. As respostas serão trazidas na próxima reunião do CNS.** Por
1200 fim, conselheiro **Wanderley Gomes da Silva** informou que no dia seguinte seria feito o relançamento
1201 do Manifesto da Frente em Defesa do Sistema Único de Saúde - ABRASUS. O documento – assinado
1202 por parlamentares, entidades de classe e sociedade civil organizada – lista diretrizes importantes na
1203 defesa da saúde pública brasileira. **Deliberação: dar ampla divulgação ao documento. ITEM 9 –**
1204 **RECOMENDAÇÕES DO TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO AO CNS - Apresentação: Marcelo**
1205 **André Barbosa da Rocha Chaves**, Secretário de Controle Externo da Saúde do Tribunal de Contas da
1206 União. *Coordenação:* conselheiro **Arlison da Silva Cardoso**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira
1207 **Sônia Aparecida Pinheiro Pereira**. O Secretário do TCU, **Marcelo André Barbosa da Rocha**
1208 **Chaves**, iniciou a fala cumprimentando o Plenário e agradecendo o convite. Explicou que as
1209 recomendações do TCU, direcionadas ao CNS, visam o fortalecimento do Conselho, órgão que possui
1210 papel estratégico de governança. Focou sua apresentação em três trabalhos realizados recentemente,
1211 os dois primeiros julgados (Acórdãos), e o terceiro não julgado (as recomendações ainda não foram
1212 endossadas, mas são importantes). 1) Governança no SUS - TC 027.767/2014-0. Acórdão 2.888/2015-
1213 Plenário. Explicou que, para esse trabalho, três pontos foram definidos para análise: institucionalização,
1214 gestão de risco, coordenação e coerência. Objetivo: avaliar pactuação intergovernamental no SUS. No
1215 que se refere à institucionalização, explicou que são aspectos formais ou informais da existência da
1216 política, relacionados a capacidades organizacionais, normatização, padrões, procedimentos,
1217 competências e recursos que possibilitam o alcance dos objetivos e resultados da política pública.
1218 Como resultado do trabalho, o Tribunal fez as seguintes recomendações ao Ministério da Saúde, com
1219 base no art. 250, inciso III, do Regimento Interno do TCU: que em 120 dias apresente um plano de
1220 ação, com cronograma de execução, a fim de: promover discussão na Comissão Intergestores
1221 Tripartite (CIT) para regulamentar os critérios legais para o rateio dos recursos federais vinculados à
1222 saúde, nos termos do art. 17 da Lei Complementar nº. 141/2012 e do art. 35 da Lei nº. 8.080/1990, com
1223 a possibilidade de redefinição das competências federais, estaduais e municipais no âmbito do SUS,
1224 observando as seguintes diretrizes: a) integrar os incentivos financeiros oferecidos pelo Ministério da
1225 Saúde, de modo a reduzir o excesso de normas atualmente existentes nas transferências financeiras
1226 federais; b) detalhar de maneira suficiente as competências nos três níveis de governo, de modo a
1227 evitar sobreposições de responsabilidades e a possibilitar a identificação precisa das responsabilidades
1228 executivas e financeiras de cada ente em relação às ações e dos serviços de saúde; e c) considerar as
1229 fragilidades técnicas e financeiras da maior parte dos municípios brasileiros. Também explicou que,
1230 durante o trabalho, foi feita pesquisa que apontou motivo para não realização de acordos de

1231 colaboração (COAP, PPI, Termo de Compromisso de Gestão, Consórcio): falta de recursos do
1232 município para assumir responsabilidades em relação a outros municípios participantes das Redes de
1233 Atenção à saúde; dificuldades na sistemática de financiamento; ausência de articulação regional entre
1234 municípios; infraestrutura inadequada para o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde; ausência
1235 de atuação da Secretaria Estadual de Saúde; outros. Além disso, o Tribunal sugeriu ao MS que: discuta
1236 o COAP; utilize o mapa da saúde como referência prioritária para a questão das emendas
1237 parlamentares; regionalização – aperfeiçoar a orientação para estados e municípios sobre o processo
1238 de regionalização; e gestão de riscos. Seguindo, falou sobre o Acórdão 316/2017 que sugere ao CNS:
1239 que estude medidas para aprovar metodologia de rateio de recursos federais, com prazo de sessenta
1240 dias após a ciência. Acrescentou que esse prazo não é rígido, portanto, é possível ampliá-lo. Seguindo,
1241 explicou que os Tribunais realizaram pesquisa, por meio de questionário de autoavaliação, em todos os
1242 estados e municípios do Brasil e o índice de resposta foi de 76%. Destacou que os resultados da
1243 pesquisa seriam apreciados pelo TCU, portanto, não poderiam ser apresentados. Nessa linha, disse
1244 que apresentaria sugestões da equipe técnica, não se tratando de decisão final do TCU, uma vez que
1245 não foram apreciadas. Feita essa ressalva, apresentou as sugestões: recomendar, com fulcro na Lei n.º.
1246 8.443/1992, art. 43, inciso I, c/c RITCU, art. 250, inciso III, ao Conselho Nacional de Saúde que: a)
1247 elabore e divulgue um modelo de competências com as características profissionais (conhecimentos,
1248 habilidades, atitudes e outras características) necessárias e desejáveis ao desempenho do cargo de
1249 conselheiro de saúde, considerando que o conselho de saúde deve exercer o papel de principal ator da
1250 governança organizacional; b) estabeleça, em articulação com o Ministério da Saúde, com base no
1251 modelo de competências elaborado acima, um programa de capacitação para conselheiros de saúde;
1252 c) estabeleça mecanismos para que somente pessoas com as características profissionais
1253 (conhecimentos, habilidades, atitudes e outras características) necessárias ao desempenho do cargo
1254 de conselheiro de saúde, conforme definido no modelo de competências elaborado, possam exercer
1255 essa atribuição; d) elabore e divulgue, após discussão realizada no âmbito de Grupo de Trabalho
1256 formado pelo CNS, Conass e Conasems, um modelo de competências com as características
1257 profissionais (conhecimentos, habilidades, atitudes e outras características) necessárias e desejáveis
1258 ao desempenho do cargo de secretário estadual de saúde e de secretário municipal de saúde; e)
1259 estabeleça, em articulação com o Ministério da Saúde, com base nos modelos de competências
1260 elaborados, um programa de capacitação para secretários municipais de saúde e outro para secretários
1261 estaduais de saúde. Recomendar, com fulcro na Lei 8.443/1992, art. 43, inciso I, c/c RITCU, art. 250,
1262 inciso III, ao Conselho Nacional de Saúde que : f) em atenção ao art. 10, inciso IX, da Resolução-CNS
1263 407/2008: f.1) estabeleça mecanismos para que a autoridade máxima da direção do SUS não acumule
1264 a função de presidente do conselho de saúde, a fim de privilegiar o princípio da segregação das
1265 funções de execução e fiscalização; f.2) elabore modelos de diretrizes para a atenção à saúde e para a
1266 gestão da saúde, que sirvam de exemplo para os demais conselhos de saúde, avaliando como
1267 sugestão aquelas constantes da prática “E2.5 - Estabelecer diretrizes para a gestão da saúde” e “E2.6.
1268 - Estabelecer diretrizes para a atenção à saúde” contidas no questionário aplicado aos Conselhos de
1269 Saúde; f.3) elabore modelos de diretrizes para abertura de dados e divulgação de informações
1270 relacionadas à saúde, que sirvam de exemplo para os demais conselhos de saúde, avaliando como
1271 sugestão aquelas constantes da prática “C3.1 - Dar transparência às partes interessadas, admitindo-se
1272 o sigilo, como exceção, nos termos da lei” contida no questionário aplicado aos Conselhos de Saúde;
1273 f.4) oriente os conselhos de saúde que a omissão na execução das suas atribuições pode ensejar, ante
1274 o previsto no art. 4º, *caput* e inciso II, da Lei 8.142/1990 e art. 22, inciso I, da Lei Complementar
1275 141/2012, a transferência da administração dos recursos do fundo de saúde para outro ente (estado ou
1276 união), nos termos do art. 4º, parágrafo único, da Lei 8.142/1990 (seção 2.1.2); f.5) oriente os
1277 conselhos de saúde sobre: a) fato de que desconformidades no plano de saúde podem ensejar, ante o
1278 previsto no art. 4º, *caput* e inciso III, da Lei 8.142/1990 e art. 22, inciso II, da Lei Complementar
1279 141/2012, a transferência da administração dos recursos do fundo de saúde para outro ente (estado ou
1280 união), nos termos do art. 4º, parágrafo único, da Lei 8.142/1990 (seção 2.2.1); b) a importância do
1281 estabelecimento de diretrizes para a gestão e para a atenção à saúde (seção 2.2.2); c) a importância de
1282 que toda pactuação em saúde seja feita com base em informações sobre as necessidades e as
1283 possibilidades para a integração regional (seção 2.2.3); d) a importância de realizarem monitoramento
1284 das diretrizes expedidas para a gestão das secretarias de saúde (seção 2.3.1) e) a importância da
1285 transparência para a gestão da saúde (seção 2.3.4). Por fim, entregou materiais elaborados pelo
1286 Tribunal sobre formação de conselheiros e atenção básica. Na sequência, o assessor técnico do CNS,
1287 **Fredson Carneiro**, fez um informe sobre o encaminhamento do CNS acerca das recomendações do
1288 TCU. Explicou que o Conselho recebeu as recomendações do TCU (288, 316/2017) e o levantamento
1289 do Tribunal (que ainda será apreciado) e a equipe técnica está trabalhando para responder, em diálogo
1290 com o TCU e o MS. Todavia, é preciso pautar debate no CNS para posicionamento político. Sobre a
1291 recomendação relativa a critério de rateio, lembrou que o CNS aprovou a Recomendação n.º. 006/2017
1292 com posicionamento a respeito. Aberta a palavra ao Plenário, foram levantados os seguintes aspectos:

1293 a Secretaria Executiva e a Mesa Diretora do CNS, ao tomar conhecimento das recomendações, vêm
1294 buscando respostas a partir da legislação e dos debates; desde 2012 o CNS vem apontando a
1295 necessidade de cumprir o art. 17 da LC 141 – cabe ao gestor apresentar e ao CNS aprovar os critérios;
1296 a COFIN acompanha o GT da Tripartite responsável pela elaboração dos critérios e o CNS apontou
1297 conjunto de recomendações a respeito; é preciso debater posteriormente as recomendações que serão
1298 apreciadas pelo plenário do Tribunal, porque são polêmicas; como o TCU pensa a possibilidade de
1299 orientar os secretários de saúde; para além de perfil técnico, para ser conselheiro, é preciso considerar
1300 outros aspectos; perfil/formação de conselheiro de saúde é um tema amplo e complexo e merece
1301 aprofundamento (sugestão: remeter à CIEPCS); é preciso conhecer os principais pontos das
1302 recomendações do TCU ao Conselho para análise da Mesa Diretora do CNS e encaminhar os pontos
1303 de consenso para debate nas comissões do Conselho; o diálogo deve multiplicar-se em diferentes
1304 espaços, de forma permanente, por conta da dinâmica de mudança. A renovação de conselheiros de
1305 saúde é importante e passa pela formação que deve ser apropriada à realidade; faz-se necessário
1306 trazer o debate sobre critérios de rateio para o CNS, entendendo que o Colegiado pode contribuir na
1307 discussão; é importante realizar seminários de acolhimento dos novos secretários municipais de saúde.
1308 **Retorno da mesa.** O Secretário do TCU, **Marcelo André Barbosa da Rocha Chaves**, na sua
1309 intervenção final, pontuou os seguintes aspectos: **a recomendação do TCU sobre perfil técnico** é uma
1310 sugestão – a proposta é pensar rol de competências para auxiliar os conselheiros, secretários, ministro
1311 a desempenhar a sua função; possibilidades de treinamento – utilizar a rede do CONASS, CONASEMS
1312 e tribunais nesse processo; já existe curso a distancia para os conselheiros de assistência social e é
1313 possível pensar em fazer algo semelhante para a saúde; no site do TCU há cursos disponíveis que
1314 podem auxiliar no desempenho das atividades; e o Tribunal tem buscado aproximar-se do gestor para
1315 conhecer a realidade daquele que tem a missão de cuidar da saúde. Na sequência, houve uma rodada
1316 de encaminhamentos. **Deliberação: como resultado final, o Plenário decidiu: em articulação com**
1317 **CONASS, CONASEMS, Ministério da Saúde e a CIEPCSS, identificar iniciativas de formação e**
1318 **capacitação que estão sendo realizadas; considerando os debates na Comissão Intergestores**
1319 **Tripartite e na COFIN/CNS sobre formas/critérios de rateio, pautar novamente o tema no CNS**
1320 **para aprofundar a discussão; pautar no Pleno a proposta de recomendação do TCU (TC**
1321 **011.770/2015-5) para aprofundar o debate como um todo – encaminhar a solicitação à Mesa**
1322 **Diretora do CNS; e solicitar à assessoria técnica do Conselho que sistematize os principais**
1323 **pontos das recomendações do TCU ao Conselho para análise da Mesa Diretora do CNS e**
1324 **encaminhar os pontos de consenso para debate nas comissões do Conselho.** Na sequência, a
1325 mesa foi recomposta para tratar dos itens pendentes da pauta. Composição: conselheiro **Ronald**
1326 **Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS; e **Neide Rodrigues**, Secretária-Executiva do CNS.
1327 **INFORME SOBRE O GRUPO DE TRABALHO - GT DO CNS QUE DEBATEU A ATENÇÃO BÁSICA -**
1328 Conselheira **Juliana Santorum**, do GT do CNS sobre AB, explicou que o Grupo recebeu documento
1329 em fase de elaboração e enfrentou dificuldades para entender o que modificará na Política Nacional de
1330 Atenção Básica - PNAB. De todo modo, o Grupo debateu a proposta e destacou pontos que merecem
1331 aprofundamento: agentes de endemia vinculados à equipe de saúde da família; retomada de conceitos
1332 superados como educação continuada; e proposição de carteira de serviços. Como encaminhamento,
1333 sugeriu realizar mesa ou oficina, durante o Congresso da ABRASCO, para aprofundar o debate do
1334 tema. Além disso, solicitou o envio da PNAB vigente para definição do que não se deve mudar e o que
1335 está sendo proposto. **Deliberação: neste ponto de pauta, o Plenário decidiu: durante o Congresso**
1336 **da ABRASCO, realizar mesa ou oficina para aprofundar o debate sobre a reformulação da**
1337 **Política de Atenção Básica; cada comissão que se reunir ou a coordenação avalie a atual**
1338 **Política e o impacto das mudanças; e realizar reunião do GT no Congresso da ABRASCO.**
1339 *Indicações - 1) 3º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde – ABRASCO.*
1340 *Data: 1º a 4 de maio de 2017. Local: Natal/RN. Deliberação: aprovada a proposta da Mesa Diretora*
1341 *do CNS de participantes no congresso da ABRASCO: 1) Participação em todo o evento: a)*
1342 *conselheiros da Mesa Diretora do CNS; b) conselheiros coordenadores das Comissões;*
1343 *c) conselheiros do GT de Atenção Básica; e d) conselheiros das Comissões de Organização,*
1344 *Formulação e Relatoria e Mobilização e Comunicação da 1ª CNVS. Participação no Pré-*
1345 *Congresso: integrantes das Comissões de “Organização”, “Formulação e Relatoria” e*
1346 *“Mobilização e Comunicação” da 1ª CNVS. 2) 15ª Edição da Mostra Nacional de Experiências Bem-*
1347 *Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças – EXPOEPI. Data: 31 de maio a 2 de*
1348 *junho de 2017. Local: Brasília/DF. Encaminhamento: o Plenário aprovou a proposta de*
1349 *participantes do CNS na EXPOEPI, conforme sugerido pela Mesa Diretora do Conselho:*
1350 *a) conselheiros integrantes da Mesa Diretora do CNS; b) conselheiros coordenadores das*
1351 *Comissões; c) conselheiros e integrantes da Comissão Organizadora da 1ª CNVS; d) quatro*
1352 *representantes da Comissão Organizadora da 2ª Conferência Nacional de Saúde da Mulher; e)*
1353 *oito representantes do segmento dos usuários - nomes indicados: Sônia Aparecida Pinheiro*
1354 *Pereira; Antônio Muniz da Silva; Elgiane de Fátima Machado Lago; Heliana Neves Hemeterio dos*

1355 Santos; Jani Betânia Souza Capiberibe; Luiz Aníbal Vieira Machado; Simone Leite; e Antônio
1356 Pitol; f) quatro representantes do segmento dos trabalhadores; g) quatro do segmento dos
1357 gestores/prestadores de serviço; e h) Integrantes da Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde –
1358 CIVS/CNS. Os nomes deverão ser indicados até 11 de abril, com os planos de voos. **(Conselheira**
1359 **Oriana Bezerra justificou que não poderia participar da EXPOEPI). 3)** O Ministério da Saúde, em
1360 atendimento à Portaria de 834, de 14 de maio de 2013, solicita a indicação de um representante do
1361 segmento dos usuários, titular e suplente, para compor o Comitê Nacional para a Promoção do Uso
1362 Racional de Medicamentos. *Indicações:* Titular - conselheira **Carolina Abad**; e suplente - conselheira
1363 **Maria Conceição da Silva. 4)** A Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) convida para a
1364 atividade “Acampamento Terra Livre. Data: 24 a 28 de abril. Local: Brasília/DF. *Indicações:* conselheiro
1365 **Rildo Mendes**; e conselheiro **Edmundo Omore. 5)** 13ª Conferência Municipal de Saúde - tema:
1366 Políticas de Saúde: Contexto e desafios do SUS na atualidade com participação popular. Data: 23 e 24
1367 de junho de 2017. Local: Cascavel/PR. *Indicação:* aprovada a indicação do conselheiro **Moysés**
1368 **Toniolo. 6)** 2º Encontro Brasil & EUA de Autismo. Data: 8 de julho de 2017. Local: Recife/PE.
1369 *Indicação:* aprovada a indicação da conselheira **Marisa Furia Silva. 7)** Definição das novas indicações
1370 para composição da Coordenação da Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar – CISS.
1371 **Deliberação: aprovada a indicação do conselheiro Geordecy Menezes de Souza para coordenar**
1372 **interinamente a Comissão até a recomposição. 8)** Seminário Internacional do CONASS sobre
1373 Segurança no Trânsito. Data: 25 e 26 de abril de 2017. Local: Brasília/DF. **Encaminhamento: a**
1374 **assessoria técnica do CNS acompanhará o evento e será verificada a possibilidade de**
1375 **participação de conselheiro que resida em Brasília. GT de revisão da Carta dos Direitos dos**
1376 **Usuários da Saúde - conselheira Priscilla Viegas Barreto de Oliveira fez um informe sobre o**
1377 **processo de trabalho do Grupo do CNS responsável pela revisão da Carta. Deliberação: nesse ponto,**
1378 **o Plenário decidiu que os integrantes do GT e dois integrantes da Mesa Diretora do CNS**
1379 **comentarão as diretrizes da Carta (diretrizes comentadas); e o GT dará continuidade ao trabalho**
1380 **de atualização do documento com vistas à realização de consulta pública, no sentido de**
1381 **democratizar a construção do documento (o processo de consulta será iniciado na 1ª**
1382 **Conferência Livre de Comunicação em Saúde). Comissão Intersetorial de Orçamento e**
1383 **Financiamento - COFIN –** apreciação da minuta de resolução elaborada conforme o parecer aprovado
1384 no item 7 da pauta. O texto é o seguinte: “Minuta de Resolução nº xxx, de 07 de março de 2017. O
1385 Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Nonagésima Segunda Reunião
1386 Ordinária, realizada nos dias 06 e 07 de abril de 2017, no uso de suas competências regimentais e
1387 atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de
1388 dezembro de 1990, pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, cumprindo as disposições da
1389 Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e
1390 considerando o capítulo da Constituição Federal que define a natureza pública e universal do SUS;
1391 Considerando a necessidade de mudança do modelo de atenção à saúde essencial na consolidação do
1392 SUS e do direito universal à saúde; considerando o caráter deliberativo do controle social, destacando
1393 que cabe aos Conselhos de Saúde, enquanto instância máxima do Sistema Único de Saúde, deliberar
1394 sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades nas matérias constantes dos planos
1395 plurianuais, das leis de diretrizes orçamentárias, das leis orçamentárias e dos planos de aplicação dos
1396 recursos dos fundos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (Lei
1397 Complementar nº 141/2012, §4º, artigo 30); considerando o parecer sobre o Projeto de Lei 4278/2016,
1398 da Câmara dos Deputados, de autoria da Deputada Marcivania Flexa, que “altera a Lei 8142 de 28 de
1399 dezembro de 1990, para dispor sobre as ouvidorias do Sistema Único de Saúde (SUS) como
1400 participação da comunidade; considerando que a “Ouvidoria” é uma ação de responsabilidade do
1401 Estado, não sendo e nem devendo ser uma ação do controle social; considerando as reflexões e os
1402 debates realizados sobre o tema, bem como a análise dos termos da propositura e das justificativas
1403 apresentadas; resolve: Posicionar-se contrário ao Projeto de Lei 4278/2016.” **Deliberação: no final do**
1404 **segundo dia de reunião, o Plenário aprovou, por unanimidade, o texto da resolução, com**
1405 **posicionamento contrário ao Projeto de Lei 4.278/2016, conforme o parecer aprovado. ITEM 11 –**
1406 **1ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE -** *Coordenação:* conselheiro **André Luiz**
1407 **de Oliveira, da Mesa Diretora do CNS. Conselheira Oriana Bezerra Lima fez um informe detalhado**
1408 **sobre o processo preparatório da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde – 1ª CNVS.**
1409 **Começou destacando que nos dias 22, 23 e 24 de março de 2017 reuniram-se a Comissão**
1410 **Organizadora e Comissão Executiva, a Comissão de Mobilização e Comunicação e a Comissão de**
1411 **Formulação e Relatoria. No que se refere à Comissão Organizadora e Executiva, foi definido: ajustar os**
1412 **subeixos para que favoreçam a discussão de integração das vigilâncias, não reforçando a**
1413 **fragmentação. Esse agrupamento deve ser refletido tanto no documento orientador quanto na divisão**
1414 **dos grupos de trabalho na etapa Nacional da 1ª CNVS; e minuta de Programação da Etapa Nacional.**
1415 **Sobre as diretrizes metodológicas, disse que a primeira versão deverá ser definida na próxima reunião**
1416 **(25 e 26 de abril de 2017). A respeito da proposta de ajuste dos subeixos, explicou que ainda deverá**

1417 ser definida considerando a proposta feita pela Comissão de Formulação e Relatoria. Feito esse
1418 apanhado geral, passou a detalhar os subeixos de cada um dos eixos. Eixo 1: Política Nacional de
1419 Vigilância em Saúde e o fortalecimento do SUS como direito de Proteção e Promoção da Saúde e
1420 Prevenção de agravos. *Subeixos*: O papel da vigilância em saúde na integralidade do cuidado individual
1421 e coletivo em toda a Rede de Atenção à Saúde; Acesso e integração dos saberes, das práticas,
1422 processos de trabalho e tecnologias das vigilâncias epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental e do
1423 trabalhador e dos laboratórios de saúde pública; e Implementação de políticas intersetoriais para
1424 promoção da saúde e redução de doenças e agravos, inclusive as negligenciadas. Eixo 2:
1425 Fortalecimento dos programas e ações de Vigilância em Saúde. *Subeixos*: Gestão de risco de
1426 estratégias para a identificação, planejamento, intervenção, regulação, ações intersetoriais,
1427 comunicação e monitoramento de riscos, doenças e agravos à população; e Monitoramento de vetores
1428 e de agentes causadores de doenças e agravos, inclusive as negligenciadas. Eixo 3:
1429 Responsabilidades do Estado e dos governos com a vigilância em saúde. *Subeixos*: Financiamento
1430 adequado e suficiente; Garantia da continuidade da execução dos programas; Estabilidade na
1431 execução das ações programáticas; Planejamento; e outros. Eixo 4: Participação social no
1432 fortalecimento da vigilância em saúde. *Subeixos*: Capacitação; Mobilização; Responsabilização e
1433 Princípio de cidadania. Seguindo, falou da metodologia para a elaboração do Termo de Referência -
1434 TR: discussão sobre alguns pontos para subsidiar a reunião entre a SE do CNS e a SVS sobre o TR;
1435 dar continuidade à análise do TR na próxima reunião (25 e 26 de abril de 2017); e infraestrutura
1436 necessária: ponto adiado até a conclusão da elaboração do TR. No que se refere à Comissão
1437 Mobilização e Comunicação, destacou a definição dos instrumentos/estratégias de mobilização e
1438 participação dos segmentos/setores: **1)** Material de divulgação da 1ª CNVS (panfletos, *cards*, ...): **a)**
1439 Linguagem popular, de forma a facilitar o entendimento sobre o papel das vigilâncias, e apresentar a
1440 conferência – seus objetivos, propostas, eixos de discussão. Preparar materiais de apoio, conceituando
1441 as diversas vigilâncias, com uma linguagem mais acessível; Elaborar material, no formato de *Perguntas*
1442 e *Respostas*, sobre alguns pontos estratégicos do Regimento e do Regulamento, para ampla
1443 divulgação; a partir dos objetivos da Conferência, preparar um material preliminar para estimular a
1444 mobilização; **b)** definir uma logomarca para a Conferência, bem como sua identidade visual; **c)** Plano
1445 de Comunicação da Conferência; **d)** camisetas com a logomarca da conferência, como forma de
1446 facilitar a divulgação quando da presença em eventos; e **e)** site próprio para a Conferência (hotsite,
1447 blog); **2)** Definição dos instrumentos estratégias de mobilização e participação dos segmentos/setores:
1448 **a)** envolver as entidades e instituições na divulgação da Conferência: Ministério da Saúde, ANVISA,
1449 FIOCRUZ; entidades que compõem o Pleno do CNS e as entidades que participam das comissões; e
1450 rádios e TVs públicas; **b)** participar das grandes atividades previstas até a realização da 1ª CNVS,
1451 distribuindo materiais de divulgação (corpo a corpo) e buscando organizar atividades e/ou intervenções
1452 nestes eventos; **c)** buscar estabelecer contato com pessoas que não atuam ou não estão envolvidos
1453 com as ações do controle social. Nesse sentido, buscar envolver as torcidas organizadas, como forma
1454 de chegar com a divulgação da 1ª CNVS nos estádios de futebol; e **d)** estimular conferências livres em
1455 localidades onde há populações vulneráveis (ribeirinhas, indígenas, atingidos por barragens, área de
1456 mineração, remanescentes de quilombos, assentamentos, ciganos, população em situação de rua,
1457 entre outras). No que se refere à Comissão de Formulação e Relatoria, explicou que, considerando o
1458 reagrupamento dos subeixos proposto pela Comissão de Organizadora, a estrutura do Documento
1459 Orientador foi reorganizada da seguinte forma: *Eixo Principal*: Política Nacional de Vigilância em Saúde
1460 e o fortalecimento do SUS como direito de Proteção e Promoção da Saúde e Prevenção de agravos;
1461 *Eixo transversal* (a ser discutido por todos os grupos da Conferência) – documento contendo uma
1462 análise sobre: modelo de desenvolvimento do Brasil; Políticas Públicas – atual ordem política;
1463 consequências socioambientais; perigos, ameaças, riscos, vulnerabilidades, agravos e danos; Rede de
1464 articulação intersetorial; e Vigilância Cidadã. *Subeixo 1* - Lugar da vigilância em saúde no SUS: garantia
1465 de acesso; modelo de atenção; territorialização; o papel da vigilância em saúde na integralidade do
1466 cuidado individual e coletivo em toda a Rede de Atenção à Saúde. *Subeixo 2* – Responsabilidades do
1467 Estado e dos governos com a vigilância em saúde: planejamento; financiamento; e gestão. *Subeixo 3* -
1468 Saberes, Práticas, processos de trabalhos e tecnologias na vigilância em saúde: implementação de
1469 políticas intersetoriais para promoção da saúde e redução de doenças e agravos, inclusive as
1470 negligenciadas; gestão de risco de estratégias para a identificação, planejamento, intervenção,
1471 regulação, ações intersetoriais, comunicação e monitoramento de riscos, doenças e agravos à
1472 população; monitoramento de vetores e de agentes causadores de doenças e agravos, inclusive as
1473 negligenciadas; e integração das vigilâncias epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental e do
1474 trabalhador e dos laboratórios de saúde pública. *Subeixo 4* – Participação social no fortalecimento da
1475 vigilância em saúde: capacitação; mobilização; responsabilização; e princípio de cidadania. Detalhou
1476 que os próximos passos são os seguintes: **1)** Comissão Organizadora e Executiva: **a)** finalização da
1477 Proposta de Documento de Metodologia; **b)** Avaliação do TR; **c)** definição da Infraestrutura Necessária;
1478 **2)** Comissão Mobilização e Comunicação; **3)** Reuniões da Comissão Formulação e Relatoria; **4)**

1479 Primeira Versão do Documento Orientador para apreciação do Pleno em RO de Maio; **5)** Fechamento
1480 do Documento Orientador; e **6)** Definição da Metodologia da Relatoria. Após a apresentação, foram
1481 apresentadas as seguintes propostas: incluir nos objetivos da 1ª CNVS o tema “Desenvolvimento
1482 Sustentável”; e encaminhar minuta de Documento Orientador da 1ª CNVS, para considerações dos
1483 conselheiros, antes da Reunião Ordinária que irá aprová-la. **Deliberação: incluir nos objetivos da 1ª**
1484 **CNVS o tema “Desenvolvimento Sustentável”; e encaminhar minuta de Documento Orientador**
1485 **da 1ª CNVS, para considerações dos conselheiros, antes da Reunião Ordinária que irá aprová-la.**
1486 **Apreciação do texto da moção de repúdio cujo mérito fora aprovado no debate do item 3 da**
1487 **pauta. Deliberação: aprovado o texto da moção de repúdio, com uma modificação (transformar em**
1488 **considerando o seguinte trecho do resolve: “Devemos ressaltar que não é possível um país que**
1489 **busca um desenvolvimento civilizatório, não observar as diferenças étnicos raciais existentes**
1490 **na formação do povo brasileiro, na busca de uma sociedade mais justa e igualitária”).** No
1491 documento, o CNS externa repúdio a qualquer iniciativa que tenha como objetivo depreciar a população
1492 afrodescendente do nosso país, a exemplo da população quilombola que de forma definitiva contribui para
1493 a construção da cultura e da economia do nosso país. A moção será encaminhada à presidência e ao
1494 Conselho de Ética da Câmara dos Deputados. Além disso, foi sugerida a elaboração de moção de
1495 repúdio a outras formas de preconceito, para além do racismo, como machismo, assédio, entre outros
1496 (proposição da conselheira **Juliana Santorum**). **Informe sobre o início do processo de**
1497 **recomposição da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP/CNS - Apresentação:**
1498 conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**. O tema será pauta na próxima reunião do CNS.
1499 **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, a mesa encerrou os trabalhos da 292ª Reunião
1500 Ordinária. Estiveram presentes os seguintes conselheiros e conselheiras no segundo dia: *Titulares* –
1501 **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil- CNBB; **Antônio Muniz da Silva**,
1502 Organização Nacional dos Cegos do Brasil – ONCB; **Antonio Pitol**, Pastoral da Saúde Nacional;
1503 **Arilson da Silva Cardoso**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS;
1504 **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira
1505 (COIAB); **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia –
1506 ABENFISIO; **Guilherme Franco Netto**, Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO; **Jani**
1507 **Betânia Souza Capiberibe**, Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **João Rodrigues Filho**,
1508 Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; José Fernando Uchôa Costa Neto,
1509 Ministério da Educação (MEC); **Juliana Acosta Santorum**, Confederação Nacional dos Trabalhadores
1510 na Agricultura – CONTAG; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais
1511 (FENAS); **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal
1512 de Medicina Veterinária (CFMV); **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul –
1513 ARPINSUL; e **Sônia Pereira**, Rede Nacional Lai Lai Apejo. *Suplentes* – **Adriano Macedo Félix**,
1514 Associação Brasileira Superando o Lúpus; **Albervan Sena**, Associação Brasileira de Linfoma e
1515 Leucemia – ABRALE; **Alexandre Fonseca Santos**, Ministério da Saúde; **Alexandre Frederico de**
1516 **Marca**, Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC); **Antonio de Souza**
1517 **Amaral**, Associação Brasileira de Ostomizados – ABRASO; **Clarice Baldotto**, Associação de
1518 Fisioterapeutas do Brasil (AFB); **Fernando Zasso Pigatto**, Confederação Nacional das Associações de
1519 Moradores – CONAM; **Gerlane Baccarin**, Ministério da Saúde; **Gilene José dos Santos**, Sindicato
1520 Nacional dos Aposentados, Pensionistas' e Idosos da Força Sindical – Sindnapi; **Haroldo Jorge de**
1521 **Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; **Jorge Alves de Almeida**
1522 **Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB; **José Arnaldo Pereira Diniz**, Federação
1523 Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Jupiara Gonçalves de Castro**, Federação de Sindicatos de
1524 Trabalhadores Técnicos Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil –
1525 FASUBRA; **Karla Larica Wanderley**, Ministério da Saúde; **Marco Aurelio Antas Torronteguy**,
1526 Movimento dos Portadores de Esclerose Múltipla – MOPEM; **Maria Angélica Zollin de Almeida**,
1527 Federação Nacional dos Médicos Veterinários – FENAMEV; **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira**,
1528 Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Silma Maria Alves de Melo**, Conselho
1529 Federal de Biologia – CFBio; **Simone Maria Leite Batista**, Articulação Nacional de Movimentos e
1530 Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS; **Shirley Marshal Diaz Morales**, Federação
1531 Nacional dos Enfermeiros – FNE; **Sueli Terezinha Goi Barrios**, Associação Brasileira da Rede Unida –
1532 REDE UNIDA; e **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da Criança.
1533
1534
1535
1536
1537
1538
1539