



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

Aos catorze e quinze dias do mês de setembro de dois mil e dezessete, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde “Omiton Visconde”, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar, Brasília-DF, realizou-se a Ducentésima Nonagésima Sétima 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 **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, da Mesa Diretora do CNS. 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) Apreciar os itens do Radar. 2) Apreciar e deliberar sobre os pareceres da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho – CIRHRT. 3) Apreciar e debater sobre os Objetivos do Desenvolvimento Sustentáveis - ODS. 4) Apreciar e deliberar sobre as demandas da Comissão Intersetorial de Orçamento e financiamento – COFIN. 5) Acompanhar, refletir e rever possíveis encaminhamentos da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. 6) Avaliar a realização da reunião descentralizada do Conselho Nacional de Saúde e as visitas na Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro. 7) Avaliar a realização da Etapa Nacional da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres.** Na sequência, apresentou a pauta da reunião. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DA PAUTA DA 297ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS. APROVAÇÃO DAS ATAS DAS 292ª, 296ª REUNIÕES ORDINÁRIAS E DA 61ª REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DO CNS – Primeiro, o Presidente do CNS apresentou a pauta da 297ª Reunião Ordinária do CNS, que foi aprovada por unanimidade.** Neste momento, conselheiro **Antônio Muniz** reiterou o pedido de que seja disponibilizada pauta em Braille para que ele acompanhe os itens debatidos. Em resposta, foi esclarecido a ele que a pauta em Braille não foi disponibilizada porque a máquina de impressão estava quebrada. Todavia, seria providenciada para as próximas reuniões plenárias do CNS. Em seguida, o Presidente do Conselho submeteu à aprovação do Pleno as atas da 292ª e 296ª Reuniões Ordinárias e da 61ª Reunião Extraordinária do CNS, enviadas previamente aos conselheiros. **Deliberação: aprovadas as atas da 292ª e 296ª Reuniões Ordinárias e da 61ª Reunião Extraordinária do CNS com uma abstenção.** **ITEM 2 – EXPEDIENTE - Coordenação:** conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, da Mesa Diretora do CNS; e **Neide Rodrigues dos Santos**, Secretária-Executiva do CNS. **JUSTIFICATIVA DE AUSÊNCIAS DE CONSELHEIROS E CONSELHEIRAS – Antônio Pitol; Carolina Abad; José Vanilson Torres da Silva; Maria Zenó Soares da Silva; Nelcy Ferreira da Silva; e Oriana Bezerra Lima.** **INFORMES - 1) conselheiro Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, fez um informe sobre os pontos debatidos na 1ª Reunião Extraordinária da Comissão Intergestores Tripartite, realizada no dia 17 de agosto de 2017 e na 8ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite, realizada no dia 31 de agosto de 2017. A pauta da 1ª RE da CIT foi a seguinte: 1) Discussões e Pactuações: a) Informatização e conectividade das UBS – SE/MS. b) Modelos de informações clínicas: Sumário de Alta da Internação e Registro de Atendimento Clínico para Atenção Básica e ambulatorial especializada – SAS/MS. c) Transferências dos procedimentos FAEC para o MAC, com série histórica definida – SAS/MS. d) Suspensão de recursos por não preenchimento do SISCAN – SAS/MS. e) Minuta de Resolução que estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS – SE/MS. 2) Apresentações e discussões: a) Resultados da Consulta Pública Tripartite sobre a revisão da PNAB – SAS/MS. b) Monitoramento da Assistência Farmacêutica: avanços e perspectivas – SCTIE/MS. 3) Informe: a) Unificação dos Blocos de Financiamento do Sistema Único de

53 Saúde (SUS) – SE/MS. A pauta da 8ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite,  
54 realizada no dia 31 de agosto de 2017, foi a seguinte: 1) Discussões e Pactuações: a) Minuta  
55 de Portaria que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de  
56 diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde  
57 (SUS) – SAS/MS. b) Minuta de Resolução que estabelece as diretrizes de atualização da  
58 Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) no âmbito do Sistema Único de  
59 Saúde (SUS) – SCTIE/MS. 2) Apresentações e Debates: a) Panorama e Diagnóstico da  
60 Política Nacional de Saúde Mental – SAS/MS. b) Panorama da Estratégia de Cirurgias  
61 Eletivas – SAS/MS. 3) Informes: a) Sala Nacional de Coordenação e Controle: ações  
62 estratégicas para o combate ao Aedes aegypti – SVS/MS. b) Avaliação da Cobertura Vacinal  
63 de Influenza – SVS/MS. c) Situação Epidemiológica dos casos de Febre Amarela, Dengue,  
64 Zika e Chikungunya – SVS/MS. d) Encaminhamentos acerca da situação atual do Sistema de  
65 Informações do Câncer (SISCAN) – SAS/MS. e) Transferência fundo a fundo/rateio de  
66 recursos – SE/MS. f) Panorama do Programa Mais Médicos – SGTES/MS. 2) Conselheiro  
67 **Nelson Mussolini** fez um informe sobre o ofício da Interfarma enviado aos senadores e  
68 principais autoridades do governo federal sobre os critérios para a indicação de diretores para  
69 as agências reguladoras, em especial, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa.  
70 Disse que essa medida faz parte de um esforço para lembrar as autoridades que as normas  
71 da legislação em vigor precisam ser cumpridas e, como encaminhamento, propôs a aprovação  
72 de documento do CNS em apoio a essa iniciativa. Como resultado deste informe, o Plenário  
73 aprovou, no segundo dia de reunião, uma recomendação (no item das Comissões). 3)  
74 Conselheira **Simone Leite** fez os seguintes informes da ANEPS. 1) Continuidade do Edpop  
75 SUS. 2) Encaminhamentos do workshop sobre práticas integrativas e complementares de  
76 saúde e sua interface com a educação popular em saúde. 2.1 Criação do Programa de  
77 Práticas Integrativa e Educação Popular em Saúde – convênio Mops\Aneps e UFS. 3)  
78 Conferência de vigilância em saúde e as práticas integrativas e complementares de saúde. 4)  
79 Tenda Nise da Silveira – 2ª Conferência Nacional da Saúde das Mulheres. 5) Curso sobre  
80 Reiki em Brasília. 4) Homenagem ao Conselheiro **João Donizeti Scaboli** pelo título de  
81 cidadão praiagrandense em função dos 22 anos do Projeto Verão em AIDS. **INDICAÇÕES -**  
82 1) Comissão Intersetorial de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica – CICTAF.  
83 Indicação da coordenação adjunta: um representante do segmento dos usuários, em virtude  
84 da substituição do Conselheiro **Dalmare Anderson**, representante da Associação Nacional de  
85 Pós Graduandos – ANPG, na composição do CNS. A indicação será feita na próxima reunião  
86 do CNS. 2) Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – CISTT.  
87 Indicação da coordenação adjunta: um representante do segmento dos usuários, em virtude  
88 da substituição da Conselheira **Juliana Santorum**, representante da Confederação Nacional  
89 dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG, na composição do CNS. Este ponto foi definido  
90 no segundo dia de reunião (item 9). 3) Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e  
91 Relações de Trabalho – CIRHRT. Referendar a indicação do Conselheiro **Douglas Vinícius**  
92 **Reis Pereira**, representante da Direção Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM,  
93 como coordenador adjunto da CIRHRT. *Indicação:* o Plenário referendou a indicação, feita na  
94 última reunião do CNS, do Conselheiro **Douglas Vinícius Reis Pereira** para coordenador  
95 adjunto da CIRHRT. 4) Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher – CISMu. Indicação da  
96 Coordenação adjunta: um representante do segmento dos profissionais de saúde, em virtude  
97 da substituição da conselheira Alessandra Ribeiro, representante do Conselho Federal de  
98 Serviço Social – CFESS, na composição do CNS. *Indicação:* conselheira **Analice Dantas**  
99 **Santos**. 5) Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar – CISS. Indicação da coordenação  
100 adjunta: um representante do segmento dos usuários, em virtude da substituição do  
101 conselheiro **Adriano Macedo**, representante da Associação Brasileira Superando o Lúpus, na  
102 composição do CNS. *Indicação:* conselheira **Carolina Abad**. 6) 8º Encontro Nacional das  
103 Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – CISTTs. Data: 18 a 20  
104 de outubro de 2017. Local: Brasília-DF. *Indicação:* cinco representantes do segmento dos  
105 usuários: **Luiz Carlos Medeiros de Paula; Sônia Aparecida Pinheiro Pereira; Jani Betânia**  
106 **Souza Capiberibe; Ubiraci Matildes; e Marisa Furia;** e cinco representantes do segmento  
107 dos profissionais de saúde: representantes do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN,  
108 Federação Nacional dos Assistentes Sociais – FENAS, Federação de Sindicatos de  
109 Trabalhadores Técnicos Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil  
110 – FASUBRA, Conselho Federal de Psicologia – CFP e Federação Nacional dos  
111 Farmacêuticos – FENAFAR. 7) 4º Congresso Todos Juntos Contra o Câncer. Data: 26, 27 e  
112 28 de setembro de 2017. Local: São Paulo – SP. *Indicação:* conselheira **Carolina Abad**. 8)

113 Encontro Estadual de Lésbicas Negras e Populares de Natal. Data: 13 a 15 de outubro de  
114 2017. Local: Natal-RN. *Indicação:* conselheira **Heliana Hemetério dos Santos. 9)**  
115 Conferência livre sobre violência no trânsito. Data: 16 de outubro de 2017. Local: Teresina –  
116 PI. *Indicação:* conselheira **Maria Laura de Carvalho Bicca. 10)** VII Encontro Nacional –  
117 RPN+Brasil: 22 anos resistindo por #Nem1DireitoAMenos. Data: 19 a 22 de outubro de 2017.  
118 Local: Fortaleza – CE. *Indicação:* conselheiro **Moyses Toniolo. 11)** II Encontro Nacional de  
119 Consultórios e de Rua. Data: 23 e 24 de outubro de 2017. Local: Brasília – DF. *Indicação:*  
120 conselheiro **José Vanilson Torres da Silva. Deliberação: aprovadas, em bloco, as**  
121 **indicações.** Neste ponto, foi solicitada aos conselheiros a entrega dos planos de voo durante  
122 a reunião. **ITEM 3 – RADAR - Política Nacional de Saúde Mental. Avaliação da cobertura**  
123 **vacinal de influenza. Sala Nacional de Coordenação e Controle: ações estratégicas para**  
124 **o combate ao *Aedes aegypti*. Encaminhamentos acerca da situação atual do Sistema de**  
125 **Informações do Câncer – SISCAN. Apresentação: Quirino Cordeiro Júnior, Coordenador**  
126 **Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas - CGMAD/DAPES/SAS/MS; conselheira Ana**  
127 **Sandra Fernandes Arcoverde Nóbrega, Coordenadora da Comissão Intersetorial de Saúde**  
128 **Mental - CISM; Shirlene Queiroz de Lima, integrante da CISM; Antônia Maria de Silva**  
129 **Teixeira, Técnica da Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunização –**  
130 **CGPNI/DEVIT/SVS/MS; Renato Alves, Diretor Substituto do Departamento de Vigilância das**  
131 **Doenças Transmissíveis – DEVIT/SVS/MS; e Fábio Ramos, Departamento de Atenção**  
132 **Especializada e Temática – DAET/SAS/MS. Coordenação: conselheira Francisca Rêgo**  
133 **Oliveira Araújo, da Mesa Diretora do CNS; e conselheiro Ronald Ferreira dos Santos,**  
134 **Presidente do CNS. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL - Apresentação: Quirino**  
135 **Cordeiro Júnior, Coordenador Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas -**  
136 **CGMAD/DAPES/SAS/MS; conselheira Ana Sandra Fernandes Arcoverde Nóbrega,**  
137 **Coordenadora da Comissão Intersetorial de Saúde Mental – CISM/CNS; e Shirlene Queiroz**  
138 **de Lima, integrante da CISM/CNS. Iniciando este ponto, o Coordenador da CGMAD/MS,**  
139 **Quirino Cordeiro Júnior, apresentou o panorama e diagnóstico da Política Nacional de**  
140 **Saúde Mental, com foco em dois pontos: Serviços da RAPS e questões a serem debatidas.**  
141 **Contextualizando, explicou que o marco legal é a Lei nº. 10.216/2001, que redirecionou o foco**  
142 **do tratamento na base comunitária. Em 2010, foi instituída Redes de Atenção à Saúde**  
143 **composta por: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de**  
144 **Cuidado à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Apresentou**  
145 **dados quantitativos da rede atual: CAPS I: 1194; CAPS II: 509; CAPS III: 100; CAPS i: 229;**  
146 **CAPS ad: 324; CAPS ad III: 106; Total Geral: 2.462. Falou sobre o componente de Atenção**  
147 **Residencial de Caráter Transitório, destacando que são 57 unidades de acolhimento**  
148 **habilitadas (AC, AL, BA, CE, DF, MG, MS, PB, PI, PE, PI, PR, RS, SC, SE e SP) e 1663**  
149 **serviços hospitalares de referência com leitos de saúde mental habilitados. Também mostrou**  
150 **um quadro com distribuição dos SRT habilitados por UF e Tipo que totalizam 489. Seguindo**  
151 **para a segunda parte da apresentação, destacou os pontos levados para discussão na CIT: 1)**  
152 **recursos financeiros sem comprovação de execução; 2) monitoramento; 3)**  
153 **desinstitucionalização; 4) TEDs; 5) programas de prevenção; e 6) solicitações de habilitação e**  
154 **incentivo. No que se refere a recursos financeiros sem comprovação de execução, explicou**  
155 **que o quadro é o seguinte: a) Incentivos: CAPS, SRT, Leitos, UA – R\$ 31.694.000,00;**  
156 **Diligências – R\$ 5.352.000,00; Leitos em Comunidades Terapêuticas – R\$ 7.084.800,00;**  
157 **Casa de Acolhimento Transitório – R\$ 5.892.000,00; Consultório de Rua – R\$ 900.000,00; e**  
158 **Incentivo para Obras – R\$ 18.360.000,00; b) Adiantamento de Recursos:**  
159 **desinstitucionalização e Ações contra o Crack – R\$ 95.219.215,06; c) Serviços Habilitados**  
160 **sem Execução: 11 serviços - R\$ 19.797.444,00; d) Editais e convênios: Reabilitação**  
161 **Psicossocial – R\$ 110.000,00; e Percursos Formativos – R\$ 889.500,00. Considerando esse**  
162 **quadro, o total de recursos sem comprovação de execução é R\$ 185.298.959,06. Sobre**  
163 **CAPS, SRT, Leitos e UA, disse que o total geral de incentivos não executados é de**  
164 **R\$ 31.694.000,00, totalizando quase 500 CAPs que receberam recursos para criação e não**  
165 **ocorreu. Além disso, destacou incentivos em diligência, totalizando R\$ 5.352.000,00 (CAPS:**  
166 **81; SRT: 77; UAA: 6; UAI: 1; e leitos: 213). Sobre as obras, lembrou que foram publicadas,**  
167 **desde dezembro de 2016, com recursos aportados para construção de CAPs e Unidades de**  
168 **Acolhimento, perfazendo o total de quase 150 serviços, mas a construção não ocorreu.**  
169 **Acrescentou que hoje 54 obras estão em fase de diligência para análise. Citou ainda os**  
170 **serviços financiados e não-existentes: 603 CAPS; 176 SRT; 152 UA; e 879 leitos. Seguindo,**  
171 **falou sobre o monitoramento que é essencial para fiscalizar as ações realizadas.**  
172 **Contextualizou que, em 2016, 210 serviços não apresentaram produção durante um ano. No**

173 caso do matriciamento à atenção básica, disse que, em 2016, apenas 15% dos CAPS  
174 apresentaram registro sistemático de ações de matriciamento; e, sobre atendimento à crise,  
175 pouco mais de 20%. Chamou a atenção ainda para baixa taxa de ocupação de leitos  
176 psiquiátricos em hospital geral (desde 2013) e lembrou que, independente da ocupação, os  
177 leitos recebem financiamento (R\$ 67 mil reais/ano/cada). Comentou ainda a taxa de  
178 ocupação dos hospitais psiquiátricos, explicando que Nota Técnica do DRAC, publicada em  
179 2015, mostrou que 44 hospitais psiquiátricos apresentavam taxa de ocupação acima da  
180 capacidade instalada. Sobre o processo de desinstitucionalização, falou a respeito do PNASH  
181 com destaque à Portaria 1.727/2016 que indicou 27 Hospitais Psiquiátricos para  
182 Descrédenciamento do SUS. Explicou que houve decisão judicial contra a avaliação do  
183 PNASH no Hospital de Caxias do Sul/RS e avaliação no Estado de São Paulo e foi solicitada  
184 manifestação do Governo do Estado. Nesse contexto, fez um destaque ao TAC de Sorocaba,  
185 assinado em uma situação de claro desrespeito e violação de direitos humanos nos hospitais  
186 de Sorocaba, com período de execução de 2012 a 2016. Disse que são 849 pacientes  
187 moradores em quatro Hospitais (Vera Cruz (Sorocaba), Clínica Psiquiátrica (Salto de  
188 Pirapora), Hospital Santa Cruz (Salto de Pirapora) e Hospital Vale das Hortências (Piedade)).  
189 Acrescentou que até o momento foi cumprido 66% do TAC e boa parte das ações foi realizada  
190 no final de 2016. Acrescentou que foram R\$ 2.503.000,00 de recursos Federais para incentivo  
191 de Implantação, com custeio mensal de R\$ 2.093.717,88. Todavia, o Ministério da Saúde  
192 recebeu denúncias do Conselho Municipal de Saúde de Sorocaba e da Coordenação de  
193 Saúde Mental dos Municípios em relação a desvio de recursos enviados pelo Ministério da  
194 Saúde, desvio do benefício do Programa de Volta para Casa, hospitais com funcionamento  
195 Irregular, maus tratos e violação de direitos nos hospitais e nas SRTs, hospitais com  
196 funcionamento irregular, mortes nos hospitais e SRTs (no primeiro semestre de 2017, mais de  
197 dez pessoas faleceram), problemas técnicos na condução da desospitalização, município com  
198 sobrecarga financeira e sobrecarga ao sistema de saúde municipal. Diante da situação, as  
199 denúncias foram encaminhadas ao DENASUS, que está acompanhando. Também falou  
200 sobre o Programa de Volta para Casa, uma iniciativa importante, que precisa de  
201 monitoramento. Informou, inclusive, que decisão judicial bloqueou a conta do Programa e o  
202 Ministério realizou levantamento e identificou 243 pessoas que morreram e continuam na folha  
203 de pagamento. Sobre os TEDs, destacou dois grandes em execução: 1) UFSC - "Qualificação  
204 em EAD para o cuidado em rede às pessoas em situação de crise e urgência em saúde  
205 mental". Total: R\$ 5.300.000,00. Já repassados: R\$ 1.616.000,00; e 2) FIOCRUZ -  
206 "Desenvolvimento e disseminação de novas tecnologias de cuidado e qualificação da Rede de  
207 Atenção Psicossocial – RAPS". Prazo de Execução: 2 Anos. Valor Total: R\$ 40.890.802,24. Já  
208 repassados: R\$ 4.500.000,00. No que se refere aos programas de prevenção, citou os  
209 seguintes: Sistema de Prevenção em Álcool e Drogas; Programa Elos; Programa #Tamojunto;  
210 e Programa Famílias Fortes. Acrescentou que são programas baseados em evidências  
211 (resultados de efetividade), com ações realizadas ao longo do ano, que estão presentes em  
212 14 estados em 2017 (a meta é chegar aos 27 Estados). Explicou que foi feita avaliação  
213 desses programas e os resultados foram os seguintes (cada um dos programas é pesquisado  
214 por universidades): **1) #TamoJunto**: relatório 2015 apontou ações iatrogênicas do Programa.  
215 Publicação dos Resultados: Revista *Prevention Science*; **2) Elos**: relatório 2015 apresentou  
216 resultados mistos; relatório 2017 apontou resultados positivos para alguns desfechos (estudo  
217 com problemas metodológicos); **3) Famílias Fortes**: pesquisa em curso e ainda sem dados de  
218 efetividade. Diante dessa situação, disse que o Ministério definiu a suspensão da expansão  
219 dos Programas, considerando que não há evidências para uso como política pública e foi  
220 constituído grupo de pesquisadores externos para avaliação dessas iniciativas e proposição  
221 de ações futuras. Por fim, acerca das solicitações de habilitação e incentivo, informou que a  
222 situação é a seguinte: 55 CAPS, 62 SRT e 56 leitos, perfazendo impacto financeiro de  
223 R\$ 43.252.335,92/ano. Conselheira **Ana Sandra Fernandes Arcoverde** Nóbrega, enquanto  
224 coordenadora da CISM/CNS, fez uma fala manifestando preocupação com a matéria  
225 publicada que explicita a posição do Coordenador Geral de Saúde Mental, Álcool e outras  
226 Drogas em defesa do retorno do modelo manicomial e da expansão dos leitos psiquiátricos  
227 como política pública. Da forma que a matéria foi veiculada, clarificou, o coordenador assume  
228 discurso de cuidado mínimo e processo de exclusão, com argumento da produtividade e  
229 fragilidade da rede substitutiva. Na sequência, a integrante da CISM, **Shirlene Queiroz de**  
230 **Lima**, fez um contraponto aos dados apresentados pelo coordenador de Saúde Mental, Álcool  
231 e outras Drogas, de acordo com as discussões da CISM. Primeiro, disse que, além do  
232 quantitativo de serviços que receberam recursos para implantação e não foram abertos, é

233 preciso apresentar dados sobre a quantidade de serviços em funcionamento sem  
234 financiamento. Lembrou que, em longo prazo, o não recebimento causa efeito rebote que  
235 justificativa a não abertura por receio dos gestores de não terem recursos para manter os  
236 serviços. Outras questões apontadas pela Comissão que merecem respostas é o colegiado de  
237 coordenadores de saúde mental sem reunião e o Saúde mental em dados que não é  
238 apresentado desde 2016. Destacou que a rede de saúde mental vem sendo consolidada a  
239 partir da Portaria MS nº 3.088/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas  
240 com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool  
241 e outras drogas e do Decreto 7.508, com avanços na área. Todavia, a partir do início da  
242 expansão dos planos, enfrentam-se dificuldades e o atual coordenador comprometeu-se a  
243 buscar mais recursos para custeio. Sobre leitos em hospitais psiquiátricos, manifestou  
244 preocupação com a expansão e lembrou que o país comemora, em 2017, 40 anos de luta  
245 antimanicomial e essa deve ser a política legítima. Nessa linha, frisou que qualquer mudança  
246 deve ter a participação dos interessados e do controle social. Sobre o matriciamento,  
247 reconheceu a fragilidade da notificação por meio da RAPs e BPA e, diante da mudança de  
248 indicador (taxa de matriciamento), os serviços estão se habituando a essa nova forma.  
249 Também disse que é preciso resposta do governo sobre o prazo para o pagamento dos  
250 serviços aprovados pela área técnica, mas sem recurso financeiro. Também manifestou  
251 preocupação da CISM sobre a pactuação da CIT sobre aporte de recurso para o sistema  
252 único da assistência social, com impacto nos usuários do BPC. Além dessa questão, registrou  
253 a preocupação com ataque às políticas públicas e a definição de ações sem a participação do  
254 controle social e profissionais de saúde. Também disse que a CISM tem recebido  
255 questionamentos e denúncias e citou as seguintes: De onde vem o recurso para a  
256 comunidade terapêutica? Qual a posição do coordenador sobre a lógica de ampliação de  
257 leitos psiquiátricos? Por fim, como encaminhamento, solicitou autorização para realizar  
258 reunião ampliada da CISM e a aprovação de ações de controle social para as ações do  
259 encontro “30 anos da Carta de Bauru”. **Manifestações.** Conselheira **Carmem Lúcia Luiz**  
260 destacou dois pontos da Lei 10.216 a serem considerados no debate: pacientes psiquiátricos  
261 devem ser tratados em ambientes terapêuticos em meios menos invasivos; e tratados  
262 preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental. Para melhor entendimento da  
263 situação, fez os seguintes questionamentos: quantos CAPS I, II, AD, infantil foram habilitados  
264 no último ano? Qual a justificativa para abertura de novos leitos considerando o percentual de  
265 leitos não ocupados em hospital geral? Como garantir olhar de gênero em relação à Política  
266 de Saúde Mental, considerando que mulheres e homens adoecem de forma distinta? e como  
267 enfrentar a medicalização da sintomatologia das mulheres advindas da opressão (mais de  
268 70% da medicação psiquiátrica dispensada no SUS é para mulheres)? Conselheiro **Antônio**  
269 **Muniz da Silva** somou-se às preocupações colocadas pelas conselheiras e salientou que é  
270 preciso somar esforços da CISM e da CIPD para debate conjunto e posicionamento contrário  
271 às medidas colocadas pelo Ministério da Saúde. Na sequência, interveio o conselheiro  
272 **Ricardo José Magalhães Barros**, na condição de Ministro de Estado da Saúde. Inicialmente,  
273 saudou os presentes e propôs que a apresentação sobre a febre amarela fosse feita em outra  
274 oportunidade, a fim de assegurar a continuidade do tema em debate. Aproveitou para elogiar o  
275 excelente trabalho do coordenador da saúde mental que visitou unidades para diagnóstico da  
276 situação da saúde mental e está debatendo caminho para melhorar a aplicação de recursos e  
277 tornar CAPs mais eficazes. Lembrou que o custeio de procedimentos é feito pelos três entes,  
278 mas Estados e Municípios estão enfrentando dificuldades em cumprir o que lhe cabem.  
279 Esclareceu que o Ministério da Saúde está repassando os recursos pontualmente, mas esses  
280 valores, por vezes, não chegam a Estados e Municípios, dificultando a efetiva aplicação das  
281 políticas públicas de saúde. Ponderou que a situação da saúde mental é similar a outras áreas  
282 e, diante do diagnóstico de que não está bom, propõe-se mudança, mas há queixas. Citou,  
283 inclusive, o debate da PNAB que foi alvo de questionamentos. A esse respeito, informou que  
284 será lançado programa de qualificação de 180 mil agentes comunitários com vistas a avançar  
285 na resolutividade de 85% na atenção básica. Explicou que a intenção é remunerar  
286 devidamente todos os profissionais das equipes, de modo a assegurar o cumprimento da  
287 carga horária, evitando que as pessoas recorram a hospitais ou pronto atendimento, pela falta  
288 de confiança da população de que terá equipe nas unidades básicas. Por fim, disse que foi  
289 disponibilizada apresentação sobre a eliminação da febre amarela e conclamou a população a  
290 continuar os esforços para eliminação do mosquito a fim de garantir a continuidade da queda  
291 nos índices de pessoas com doenças transmitidas por esse vetor. O Presidente do CNS  
292 agradeceu a presença do Ministro de Estado da Saúde e frisou que o radar cumpre o papel de

293 tratar das questões mais agudas da saúde. Conselheira **Sueli Terezinha Goi Barrios**,  
294 militante da luta antimanicomial, ouviu com preocupação a exposição do coordenador por  
295 entender que representou uma tentativa de desqualificar a rede de saúde mental (não  
296 funcionamento dos serviços, alto custo). No seu entendimento, o Ministério da Saúde defende  
297 o modelo da hospitalização psiquiátrica, contrariando as deliberações das conferências de  
298 saúde e, portanto, sugeriu que o Conselho se manifeste contra essa lógica que representa um  
299 retrocesso. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** também manifestou preocupação com o  
300 exposto pelo coordenador por entender que desconsidera o processo histórico da área de  
301 saúde mental. Discordou que comunidades terapêuticas recebam recurso público mesmo fora  
302 do sistema de saúde mental. Por fim, solicitou ao coordenador que o MS dialogue com o  
303 controle social e os trabalhadores para tomada de decisão. Conselheiro **Dylson Ramos**  
304 **Bessa Junior** chamou a atenção para a falta de atenção à saúde e exclusão das pessoas  
305 com deficiência e aproveitou para perguntar como funciona o CAPS e o motivo da não  
306 utilização do recurso destinado a esses centros. Conselheiro **João Donizeti Scaboli**, na sua  
307 fala, destacou o adoecimento mental de trabalhadores por conta da precarização nos  
308 ambientes de trabalho e ponderou que é preciso gerar empregos com qualidade para evitar  
309 esse problema cada vez mais comum. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente  
310 do CNS, pontuou que se vive um cenário de disputas em relação ao destino das políticas  
311 públicas e o Conselho, espaço para debate e definição das diretrizes para elaboração das  
312 políticas, deve estar atento a esse movimento. Nesse contexto, salientou que é importante  
313 conhecer o diagnóstico, mas os números não podem mascarar as disputas de modelo de  
314 atenção e nem desrespeitar os contratos já definidos no país (debate sobre universalidade e  
315 integralidade). Por fim, destacou que é preciso trazer as polêmicas e aprofundar o debate,  
316 inclusive nas comissões, para tomada de decisão. **Retorno da mesa.** O  
317 Coordenador/CGMAD/SAS/MS, **Quirino Cordeiro Júnior**, comentou as questões levantadas  
318 durante o debate pontuando que: não fez defesa do modelo manicomial em suas falas e  
319 exposições - moções de repúdio a falas suas nesse sentido se valerem, no mínimo, de  
320 desonestidade intelectual; problemas na condução da política mental - os dados referem-se a  
321 período de 10 anos; recursos para comunidades terapêuticas - hoje o Ministério da Saúde não  
322 aporta recursos para essas comunidades, mas houve aporte em gestões anteriores no  
323 programa emergencial de políticas de álcool e drogas ( uma parte foi implementado, outra  
324 não); matriciamento - foi incluído como indicador do SISPACTO, mas o monitoramento aponta  
325 que o matriciamento dos CAPS para atenção básica à saúde é ruim há bastante tempo; nos  
326 últimos dez anos, grande volume de recurso foi aportado para efetivação da Política, mas não  
327 houve o devido acompanhamento; é preciso averiguar as denúncias relativas a Sorocaba,  
328 mas há relatos desde 2015 e nada foi feito; e é dever do MS realizar o monitoramento das  
329 políticas e ações e realizar os ajustes necessários. A integrante da CISM, **Shirlene Queiroz**  
330 **de Lima**, agradeceu os esclarecimentos do coordenador que, na sua fala, deixou claro que  
331 não há interesse de reabertura de leitos e retorno da política antimanicomial. Também reiterou  
332 o pedido à Coordenação que repasse o montante de recurso relativo a serviços em  
333 funcionamento não habilitados e serviços habilitados em 2016 e 2017. Por fim, concordou que  
334 é imprescindível o recorte de gênero na Política Nacional de Saúde Mental. Conselheira **Ana**  
335 **Sandra Fernandes Arcoverde Nóbrega**, coordenadora da CISM, agradeceu o coordenador  
336 pelo posicionamento e concordou que é preciso mudar, desde que seja para melhor e a partir  
337 do conhecimento histórico. Além disso, sugeriu que o Conselho reforce seu posicionamento  
338 contrário a qualquer retrocesso na Política de Saúde Mental (contra o retorno da política  
339 manicomial) e inclua na agenda o encontro “30 anos da Carta de Bauru”. Em resposta à  
340 solicitação da coordenadora da CISM/CNS, o coordenador **Quirino Cordeiro Júnior** disse  
341 que o quantitativo de serviços a serem habilitado constava na sua apresentação. Conselheira  
342 **Francisca Rego** solicitou ao coordenador que divulgue os dados necessários para que o  
343 CNS, inclusive por meio da CISM, cumpra o seu papel de monitoramento. Feitas essas  
344 considerações, a mesa procedeu aos encaminhamentos. **Deliberação: o Plenário aprovou**  
345 **as seguintes propostas: a) agendar reunião ampliada da Comissão Intersetorial de**  
346 **Saúde Mental - CISM, envolvendo outros atores; b) reforçar, por meio de documento,**  
347 **posicionamento do CNS de apoio à luta antimanicomial e posição contrária a qualquer**  
348 **retrocesso na Política de Saúde Mental; c) incluir na agenda do CNS o encontro “30**  
349 **anos da Carta de Bauru”; e d) pautar o tema “saúde mental” nas demais comissões do**  
350 **CNS, de acordo com a temática de cada uma (saúde da mulher, saúde do trabalhador,**  
351 **por exemplo).** Com esses encaminhamentos, a coordenadora da mesa agradeceu os  
352 convidados e passou ao segundo tema do radar. **SALA NACIONAL DE COORDENAÇÃO E**

353 **CONTROLE: AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O COMBATE AO AEDES AEGYPTI – O**  
354 Diretor Substituto do Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis –  
355 DEVIT/SVS/MS, **Renato Alves**, fez um informe sobre o trabalho da Sala Nacional de  
356 Coordenação e Controle para o enfrentamento ao *Aedes* e suas consequências e a situação  
357 epidemiológica de dengue, chikungunya e febre amarela. Começou lembrando que a Sala é  
358 uma estratégia do Plano Nacional de Enfrentamento ao *Aedes aegypti* e suas consequências,  
359 na frente de combate ao mosquito. Salientou que, em 30 de junho de 2017, foi publicada a  
360 Portaria GM/MS nº1.682, que encerra a Emergência em Saúde Pública de importância  
361 Nacional – ESPIN por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil e desativa  
362 o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública - COES. Todavia, ações de  
363 vigilância para manutenção do controle e da rede de assistência continuam e a Sala Nacional  
364 permanece mobilizada e funcionando no Ministério da Saúde. Destacou que a Sala Nacional  
365 coloca em um mesmo ambiente para definição de estratégias diferentes entes, para além da  
366 saúde. Nesse sentido, diversas estratégias que envolvem os setores que compõem a Sala  
367 estão sendo constituídas como: coleta de pneus; mobilização da defesa civil para  
368 fortalecimento do combate ao mosquito; educação e saúde - combate ao mosquito nas  
369 unidades de ensino. Também falou do planejamento da SNCC para o 2º semestre de 2017,  
370 com destaque para as seguintes ações: Mobilização Nacional - 23 a 27 outubro; e Campanha  
371 Publicitária 2018/2019 e do Dia Nacional, com divulgação do LIRAA índice Brasil. Seguindo,  
372 falou sobre a situação epidemiológica da dengue, chikungunya, zika e microcefalia. Sobre a  
373 dengue e chikungunya, destacou redução importante do nível de transmissão em 2017. No  
374 caso da dengue, em 2015, 1.509.869 casos prováveis (744,5 casos /100 mil hab.) e, em 2017,  
375 220.489 casos prováveis (107,0 casos/100 mil hab.). Sobre zika, em 2016, 211.487 casos  
376 prováveis (102,6 casos/100 mil hab.) e, em 2017, 15.586 casos prováveis (7,6 casos/100 mil  
377 hab.). A respeito das visitas realizadas (1º, 2º e 3º ciclos), disse que atingiu 60% do total dos  
378 imóveis, com positividade abaixo de 3%. A respeito dos insumos, destacou abastecimento  
379 nacional e distribuição regionalmente, especialmente no que se refere ao controle químico e,  
380 sobre supervisão e controle, até novembro, aquisição de 300 carros e 200 equipamentos de  
381 UBV. Também destacou o trabalho de aperfeiçoamento dos sistemas de informação, com  
382 desenvolvimento do BI (*Business Intelligence Software*) para respostas de maneira mais  
383 automática. Citou ainda capacitação em manejo clínico de chikungunya, dengue e zika.  
384 Seguindo, fez breve informe sobre a situação da febre amarela, explicando que o surto,  
385 iniciado em dezembro de 2016, encerrou-se (último caso em julho de 2017). Nesse período de  
386 transmissão, a taxa de letalidade foi de 33% para o Brasil e variou entre 32 e 45% nos  
387 diversos Estados. Mostrou a distribuição dos casos, nos quatro principais Estados, todos do  
388 Sudeste: Minas Gerais, Espírito Santo, Rio de Janeiro e São Paulo, com concentração nos  
389 dois primeiros (mais de 80% dos casos confirmados). Ao longo desse período, foram 3.564  
390 casos suspeitos notificados, 777 casos confirmados (21,8%), configurando-se no maior surto  
391 de febre amarela silvestre já registrada, com dez Estados afetados (N, CO, SE) e 98,3% na  
392 região Sudeste. Na distribuição por gênero de idade, destacou que o surto foi de transmissão  
393 silvestre da febre amarela, atingindo pessoas de sexo masculino, de 15 a 60 anos (idade  
394 produtiva). Discorreu sobre as epizootias, estratégia fundamental na vigilância da febre  
395 amarela, que consiste na detecção da circulação do vírus em macacos para antecipar as  
396 áreas de circulação e vacinar oportunamente. Detalhou que foram 5.364 epizootias em PNH  
397 notificadas, 1.412 confirmadas (26,3%) e em locais sem registro de casos humanos (BA, RO e  
398 RR). Destacou que o Ministério da Saúde reforçou vacinação, com 27,8 milhões de doses  
399 extras distribuídas aos Estados. Além disso, salientou que o Ministério da Saúde intensificou  
400 vacinação em 1.121 municípios e alerta para baixa cobertura. Todavia, apenas 205 atingiu  
401 cobertura vacinal acima de 95% (desejável). Assim, é preciso monitorar os dados de  
402 vacinação buscando atingir a meta porque essa ação é fundamental para evitar nova  
403 expansão da doença, que possui alta letalidade, considerando cenário favorável à transmissão  
404 em novembro e dezembro de 2017. **AVALIAÇÃO DA COBERTURA VACINAL DE**  
405 **INFLUENZA –** A Técnica da Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunização –  
406 CGPNI/DEVIT/SVS/MS, **Antônia Maria de Silva Teixeira**, terceira expositora, apresentou  
407 avaliação da cobertura vacinal de influenza no Brasil. Explicou que a campanha de influenza  
408 existe no Brasil desde 1999 e até 2009 destinava-se exclusivamente para idosos e populações  
409 de riscos. A partir de 2010, com o advento da influenza pandêmica (H1N1), foram incluídos  
410 outros grupos prioritários e gradativamente outros vêm sendo incorporados outros. Assim,  
411 hoje o público alvo é composto por crianças, trabalhadores de saúde, gestantes, puérperas,  
412 indígenas, idosos e professores, além das pessoas privadas de liberdade e trabalhadores

413 dessa área. Disse que até 2007 as coberturas vacinais da influenza possuíam meta  
414 estabelecida de 70% da população alvo, de 2007 a 2016, a cobertura passou a 80% e partir  
415 de 2017 a meta passou a 90% da população alvo. Disse que a estimativa da Campanha  
416 Nacional de Vacinação contra Influenza 2017 é vacinar cerca de 54 milhões de pessoas, de  
417 diferentes grupos prioritários, entres eles, idosos, crianças menores de 5 anos, pessoas com  
418 comorbidades. Seguindo, mostrou gráficos com percentual de coberturas vacinais da  
419 campanha nacional de vacinação contra influenza, por grupos prioritários, 2011 a 2017; e  
420 evolução da cobertura vacinal na campanha Influenza, Brasil, 2016 e 2017 (evolução da  
421 cobertura vacinal em 2017 ocorreu de modo lento e no prazo de encerramento da campanha  
422 (26 de maio, apenas 68% da cobertura estimada em 90%). Acrescentou que a campanha foi  
423 prorrogada, mas até 4 de setembro não se atingiu a cobertura (87,52%). Ainda sobre a  
424 Campanha nacional de vacinação contra influenza: grupo alvo em 2017: total de doses  
425 aplicadas: 53.184.367; cobertura vacinal para crianças: 77% (baixa); idoso: 94%; puérperas:  
426 94%; professores: 92%; e demais grupos: abaixo da meta. Salientou que, por conta do  
427 número de vacinas em estoque, a vacinação foi estendida a outros grupos e apenas dez das  
428 27 Unidades Federais alcançaram a meta de 90%. Também destacou a situação dos  
429 municípios: 5 com cobertura menor que 50%; e 3.392 alcançaram a cobertura de 90%.  
430 Apresentou dados também sobre as doses aplicadas em população privada de liberdade e  
431 funcionários do sistema prisional do Brasil, 2015 a 2017, respectivamente: 394.520; 2016:  
432 487.308; 496.312; e funcionários: 93.120; 132.201; e 141.504. Acerca das doses aplicadas em  
433 grupos de comorbidades, 2013 a 2017, destacou que o percentual de 2016 é maior em  
434 qualquer um dos grupos. A respeito das doses aplicadas por grupo sem comorbidades, por  
435 UF, 2016 e 2017: doses aplicadas nesse grupo não alvo da campanha: 4.669.761 (2017);  
436 794.156 (2016); 1.324.105 (2015) - faixa etária mais vacinada – 9 a 19 anos. Finalizando esse  
437 ponto, apresentou dados sobre doses aplicadas em 2015, 2016 e 2017 na Campanha de  
438 vacinação contra influenza: 2015: 35.623.117 nos grupos prioritários excluindo comorbidades;  
439 46,2 milhões de doses em todos os grupos (dados finais); 2016: 38.735.927 nos grupos  
440 prioritários excluindo comorbidades; 51,1 milhões de doses em todos os grupos (dados finais);  
441 e 2017: 38.505.565 nos grupos prioritários excluindo comorbidades; 53,1 milhões de doses em  
442 todos os grupos (dados preliminares até 13 de setembro) – foram distribuídas 59 milhões de  
443 doses. Além da situação da cobertura vacinal da influenza, comentou que uma das grandes  
444 preocupações nos últimos anos, especialmente em 2016, foi a queda na cobertura vacinal  
445 principalmente no grupo das crianças. Em algumas delas, o percentual de vacinação foi de  
446 cerca de 10% e uma dessas coberturas vacinais muito baixa refere-se à poliomielite, doença  
447 erradicada nas Américas. Citou, por exemplo, que em 2017 a cobertura chegou a 84% da  
448 população alvo (menor de um ano) e o percentual relativo ao reforço é pior ainda. Sobre a  
449 tríplice viral (sarampo, rubéola e caxumba), a cobertura relativa à primeira dose está abaixo do  
450 alcançado em anos anteriores e, sobre a 2ª dose, nem 70% da população foi vacinada.  
451 Nesse contexto, lembrou que o Ministério desenvolve, desde 2012, a campanha de  
452 multivacinação e, em 2017, volta-se para não vacinados menores de 15 anos. A campanha  
453 iniciou-se no dia 11 de setembro, o dia “D” em 16 de setembro, encerrando-se no dia 22.  
454 Espera-se que os 47 milhões da população menor de 15 anos procurem os serviços de saúde  
455 e receba doses das vacinas disponibilizadas no calendário de vacinação. Conselheira **Sônia**  
456 **Maria Feitosa Brito**, Secretária Substituta da SVS/MS, reforçou preocupação com dois  
457 grupos populacionais com baixa cobertura vacinal (2016 e 2017): gestantes e crianças  
458 menores de cinco anos. Disse que a situação é grave e é preciso esforço e envolvimento de  
459 todos os setores para conscientizar sobre a importância da vacinação, lembrando que o Brasil  
460 possuiu uma das melhores e mais abrangente cobertura vacinal do mundo. Reiterou a  
461 importância da divulgação da campanha, promovida pelo Ministério da Saúde, de atualização  
462 dos cartões de vacinação de crianças e adolescentes, um esforço para ampliar a cobertura  
463 vacinal no país, inclusive para que o Brasil não recrudescer em relação a doenças já  
464 controladas como o sarampo. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS,  
465 agradeceu as informações e frisou que o controle social deve definir estratégias para estimular  
466 a atualização da carteira de vacinação, para além da campanha que será realizada pelo  
467 Ministério da Saúde. A seguir, foi aberta a palavra aos conselheiros. **Manifestações.**  
468 Conselheira **Shirley Marshal Diaz Morales** perguntou se houve estudo sobre a causa da  
469 queda do índice de vacinação no país e lembrou que hoje se enfrenta contexto difícil de  
470 estrutura precarizada. Também solicitou apresentação de prestação de contas sobre os  
471 recursos direcionados a campanhas, vigilância em saúde e com relação ao PMAQ  
472 (infraestrutura para UBS). Conselheira **Maria das Graças Gervásio** colocou a Pastoral da

473 Criança à disposição para contribuir no processo de divulgação de informações sobre a  
474 campanha de atualização da caderneta vacinal. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca**  
475 também perguntou que aspectos dificultam a vacinação (movimentos anti-vacina?) e lembrou  
476 a importância das ações públicas realizadas em anos anteriores para incentivar a vacinação.  
477 Conselheiro **João Donizeti Scaboli** saudou o Ministério da Saúde pela campanha e reforçou  
478 a importância de divulgar na ponta a importância da vacinação. Além disso, frisou que é  
479 necessário trabalhar as várias questões que têm impacto no retorno de doenças já  
480 controladas como os acidentes ambientais que ocorreram no país. **Retorno da mesa.** A  
481 Técnica da CGPNI/DEVIT/SVS/MS, **Antônia Maria de Silva Teixeira**, agradeceu as falas e  
482 comentou os seguintes aspectos: não há estudo científico sobre os motivos da baixa adesão à  
483 vacinação e a hipótese é que as pessoas, por não conviverem mais com as doenças,  
484 acreditam que não precisam vacinar-se; grupos anti-vacinas ainda não possuem peso no  
485 Brasil; hoje, o calendário nacional contempla dezoito vacinas e, para completar todo o  
486 esquema vacinal, a criança com quinze meses de vida precisa ir ao posto de vacinação nove  
487 vezes, daí a dificuldade de mães que trabalham fora levarem os filhos; no caso da vigilância  
488 da cobertura vacinal, a informação é repassada aos COSEMS, ao CONASS, CONASEMS,  
489 Secretarias de Estado e Coordenação Estadual de Imunização, mas não sabe o quanto é  
490 considerada na tomada de medidas; e sistema de informação do Programa – registro nominal  
491 implantado em mais de 60% das salas. Conselheira **Sônia Brito**, Secretária Substituta da  
492 SVS/MS, após agradecer as contribuições do Pleno, avaliou que a baixa cobertura vacinal  
493 decorre de vários fatores e o MS participa de fóruns para contribuir na otimização dessa  
494 cobertura em todo o país. Informou ainda que os recursos para campanha operacional foram  
495 diluídos no repasse mensal. Por fim, falou sobre o curso online de atualização sobre “Sala de  
496 Vacina”, uma parceria entre Ministério da Saúde e Sociedade Brasileira de Imunização  
497 (SBlm), com duração de quatro meses, e destacou a grande procura (no dia anterior, mais de  
498 6 mil inscritos).

499 Após as falas das expositoras, o coordenador da mesa procedeu aos encaminhamentos e os  
500 conselheiros fizeram acréscimos. **Deliberação: como resultado final deste debate, o**  
501 **Plenário aprovou as seguintes propostas: a) contribuir na divulgação da campanha,**  
502 **promovida pelo Ministério da Saúde, de atualização dos cartões de vacinação de**  
503 **crianças e adolescentes, convocando as entidades que compõem o CNS a participar**  
504 **desse esforço para ampliar a cobertura vacinal no país; b) solicitar à área técnica do**  
505 **Ministério da Saúde que encaminhe o material de divulgação da campanha ao CNS para**  
506 **que as entidades socializem; e c) mobilizar conselhos estaduais e municipais a**  
507 **acompanharem a implementação da política nacional de imunização e o**  
508 **monitoramento/acompanhamento dos recursos enviados a estados e municípios**  
509 **destinados ao processo de vacinação, inclusive com avaliação do impacto do PMAQ na**  
510 **cobertura vacinal. ENCAMINHAMENTOS ACERCA DA SITUAÇÃO ATUAL DO SISTEMA**  
511 **DE INFORMAÇÕES DO CÂNCER – SISCAN** - O representante do Departamento de Atenção  
512 Especializada e Temática – DAET/SAS/MS, **Fabio Ramos**, expôs sobre o SISCAN, com  
513 abordagem sobre o status atual, fluxo e perspectivas. Começou explicando que o SISCAN é  
514 uma versão em plataforma *web* que integra os sistemas de informação do Programa Nacional  
515 de Controle do Câncer do Colo do Útero - SISCOLO e do Programa Nacional de Controle do  
516 Câncer de Mama – SISMAMA. Detalhou que o SISCAN está integrado ao Sistema de  
517 Cadastro e Permissão de Acesso do Ministério da Saúde - SCPA, ao Cadastro Nacional de  
518 Usuários do SUS - CADSUSWEB e ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde -  
519 CNES. Pontou as principais questões/problemas a serem enfrentados: padrão de informação  
520 heterogêneo: módulo diagnóstico e seguimento (colo de útero e mamografia) e módulo de  
521 tratamento (todos tipos de câncer); dificuldades de utilização por parte dos usuários por  
522 ausência de treinamento: coordenações realizando vinculações incorretas de laboratórios;  
523 dificuldade na integração de sistemas - exemplo: CADSUS impossibilitando o preenchimento  
524 de requisições de exames; e diversas prioridades: prioridade no projeto SISCAN – DAET,  
525 reorganização sistêmica e de processos de trabalho (136, atendimento ao usuário, formato de  
526 trabalho com níveis de atendimento), Relatórios, Webservice – canal de informação entre  
527 sistemas, Business Intelligence – BI: todos tenham acesso a informação e apresentem  
528 resultados (garante transparência e eficiência), estabilização do SISCAN (estabilizado com  
529 poucas demandas pontuais em vista de meses atrás), desenvolver novo plano de trabalho  
530 para evolução e aderência do sistema e monitoramento sobre a utilização do sistema pelos  
531 usuários e transparência. Salientou que o DAET acompanha o DATASUS por meio de  
532 ferramenta chamada Redmine e todas as demandas de correção do Sistema e novas

533 funcionalidades são solicitadas ao DATASUS. Disse que hoje não é possível disponibilizar  
534 informação de imediato. Detalhou o fluxo de manutenção-investigação: a) Manutenção  
535 evolutiva e/ou corretiva e/ou investigativa: de ofício; e usuário; b) macro processo: desenvolver  
536 a evidência do fato (descrever o fato questionado descrever o roteiro, gerar imagem do  
537 sistema (print de tela de cada passo), descrever os dados utilizados no acesso, filtro,  
538 operação do sistema, anexar demais documentos pertinentes), enviar evidência para caixa  
539 corporativa do MS (atendimento Siscan – email: [rede.cronicas@saude.gov.br](mailto:redes.cronicas@saude.gov.br)), realiza-se  
540 entendimento e replicação do fato questionado, criar demanda Redmine para o Departamento  
541 de Informática, entra no ciclo de engenharia de software com metodologia de gestão de  
542 projetos, demanda produzida, entra em fase de homologação (equipe MS e depois Usuário) e  
543 demanda liberada para transição para o ambiente de produção. O Presidente do CNS fez um  
544 destaque para o grau de dificuldade e complexidade do processo de produção da informação  
545 para tomada de decisão e sugeriu que o CNS se debruce sobre a gestão da informação.  
546 Nessa linha, cumprimentou esforço da equipe para apresentar as dificuldades enfrentadas e a  
547 busca por solução. A partir da exposição, sugeriu como encaminhamento: que o CNS crie GT  
548 para tratar sobre gestão da informação, porque tem servido para estruturar ações do SUS.  
549 **Deliberação: o Plenário aprovou a criação de GT do CNS para tratar sobre gestão da**  
550 **informação.** Com esse encaminhamento, o Presidente agradeceu a presença dos expositores  
551 e encerrou a manhã do primeiro dia de reunião. Retomando, a mesa foi composta para o  
552 quarto item da pauta. **ITEM 4 – OBJETIVOS DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL –**  
553 **ODS - Apresentação: Paulo Gadelha**, representante da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ;  
554 **Richarlls Martins**, Coordenador da Rede Brasileira de População e Desenvolvimento –  
555 REBRAPD; e conselheira **Carmem Lúcia Luiz**. *Coordenação:* conselheiro **Ronald Ferreira**  
556 **dos Santos**, Presidente do CNS. O primeiro expositor foi o representante da FIOCRUZ,  
557 **Paulo Gadelha**, que fez uma abordagem sobre a Agenda 2030: desafios e oportunidades  
558 para o SUS. Agradeceu o convite para tratar do tema no CNS e lembrou, na última reunião, o  
559 acordo firmado entre CNS e FIOCRUZ. Começou explicando que durante a Rio+20 assumiu-  
560 se como compromisso o documento “*O Futuro que Queremos*”, no qual países e sociedade  
561 global são convocados para a construção da Agenda do Desenvolvimento 2030 e os Objetivos  
562 de Desenvolvimento Sustentável -ODS. Explicou que a Agenda 2030 é universal, indivisível,  
563 integrada e “aspiracional”. Integra as dimensões econômica, social e ambiental e sintetiza em  
564 seu lema central, “Ninguém deixado para trás”, a ideia-força da equidade na busca do alcance  
565 dos princípios diretores voltados para Pessoas, Planeta, Prosperidade, Paz e Parcerias (5 Ps).  
566 Além disso, representa o consenso de 193 países e mostra evolução aos ODM,  
567 principalmente quanto à valorização da inclusão social. Acrescentou que os dezessete ODS  
568 refletem temas centrais como a qualidade de vida das pessoas e o futuro do planeta e,  
569 respeitando seu caráter universal, cabe aos países ajustar essas diretrizes e seus  
570 mecanismos de implementação ao contexto nacional. Esclareceu que a Agenda 2030 é a mais  
571 abrangente referência no período contemporâneo para a mobilização de valores,  
572 direcionamento de modelos de desenvolvimento inclusivos e sustentáveis e justiça social, e  
573 construção de alianças para sua conquista. É também horizonte para construção de  
574 perspectivas de médio e longo prazo, tendo em vista o marco de 2030. Entretanto, seu  
575 potencial de promoção de mudanças só se efetivará se a Agenda 2030 for conhecida e  
576 reconhecida como instrumento político incorporado na agenda das instituições e movimentos  
577 sociais. Destacou que o Brasil contribuiu fortemente para aprimorar a visão sobre o  
578 desenvolvimento sustentável e o desenho da Agenda 2030 e os ODS e foi determinante para  
579 o alargamento dos temas sociais, a incorporação do tema saúde e o reconhecimento do papel  
580 central da ciência, tecnologia e inovação em saúde. Seguindo, abordou os desafios no  
581 processo político global que dificultam a efetivação dos Objetivos: crise econômica 2007-  
582 2008h hegemonia e capacidade de veto; e mecanismos de Implementação (Addis Abeba)  
583 restritivos, a exemplo - cooperação internacional e a Ajuda Oficial para o Desenvolvimento  
584 (ODA). Acrescentou a esse panorama a crise econômica (Estados Unidos e países da União  
585 Europeia) com deslocamento da hiperglobalização para o protecionismo, enfraquecimento do  
586 multilateralismo, Brexit, fundamentalismo e exarcebamento de conflitos e governo Trump - EUA  
587 fora do Acordo de Paris. A esse panorama, apontou os seguintes destaques recentes: HLPF  
588 (Fórum Político de Alto Nível): *Declaração de Ministros sobre Desenvolvimento Sustentável*  
589 *2017: Acordo de Paris, Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, das Crianças e dos*  
590 *Adolescentes e Cooperação Sul-Sul e triangular; Fórum dos Países da América Latina e do*  
591 *Caribe sobre Desenvolvimento Sustentável - CEPAL; XI Conferência de Chefes de Estado e*  
592 *de Governo da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa - CPLP; Relatório Voluntário*

593 para a Agenda 2030 e Comissão Nacional (Brasil); e Frente Nacional de Prefeitos e Encontro  
594 dos Municípios com o Desenvolvimento Sustentável - EMDS. Em relação à saúde, frisou que  
595 é a maior meta dos governos e a pedra angular do desenvolvimento sustentável (8ª  
596 Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Declaração de Helsinque sobre Saúde em  
597 Todas as Políticas (2013)) e é, ao mesmo tempo, pré-condição, resultado e indicador da  
598 Agenda 2030. Detalhou que o ODS 3, “Assegurar vidas saudáveis e promover o bem-estar  
599 para todos em todas as idades”, reconhece que a saúde é expressão e resultado da interação  
600 dinâmica da biologia individual com os determinantes sociais, econômicos e ambientais,  
601 passíveis de transformação somente por meio de políticas e ações intersetoriais coerentes,  
602 coordenadas e promotoras da equidade. Destacou, ainda, que “A Cobertura Universal é a  
603 chave para a realização de todas as metas do OD3” (HLPF, 2017). Assim, o SUS é  
604 fundamental para esse outros Objetivos que dizem respeito a desenvolvimento inclusivo,  
605 sistema de governança. Enumerou as metas do ODS 3: **3.1** Até 2030, reduzir a taxa de  
606 mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos; **3.2** Até  
607 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com  
608 todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000  
609 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000  
610 nascidos vivos; **3.3** Até 2030, acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e  
611 doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e  
612 outras doenças transmissíveis; **3.4** Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por  
613 doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-  
614 estar; **3.5** Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de  
615 drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool; **3.6** Até 2020, reduzir pela metade as mortes e  
616 os ferimentos globais por acidentes em estradas; **3.7** Até 2030, assegurar o acesso universal  
617 aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e  
618 educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas  
619 nacionais; **3.8** Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro,  
620 o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas  
621 essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos; **3.9** Até 2030,  
622 reduzir substancialmente o número de mortes e doenças por produtos químicos perigosos,  
623 contaminação e poluição do ar e água do solo; **3.a** Fortalecer a implementação da  
624 Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em todos os países, conforme apropriado;  
625 **3.b** Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos para as doenças  
626 transmissíveis e não transmissíveis, que afetam principalmente os países em  
627 desenvolvimento, proporcionar o acesso a medicamentos e vacinas essenciais a preços  
628 acessíveis, de acordo com a Declaração de Doha, que afirma o direito dos países em  
629 desenvolvimento de utilizarem plenamente as disposições do acordo TRIPS sobre  
630 flexibilidades para proteger a saúde pública e, em particular, proporcionar o acesso a  
631 medicamentos para todos; **3.c** Aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o  
632 recrutamento, desenvolvimento e formação, e retenção do pessoal de saúde nos países em  
633 desenvolvimento, especialmente nos países menos desenvolvidos e nos pequenos Estados  
634 insulares em desenvolvimento; e **3.d** Reforçar a capacidade de todos os países,  
635 particularmente os países em desenvolvimento, para o alerta precoce, redução de riscos e  
636 gerenciamento de riscos nacionais e globais de saúde. Seguindo, falou sobre o papel da  
637 FIOCRUZ em relação ao tema, explicando que a matriz histórica da Fundação assenta-se em  
638 uma forte correlação entre base científica e tecnológica e visões sobre saúde e  
639 desenvolvimento, construção nacional e papel do Estado. Nessa perspectiva, a Presidência da  
640 Fiocruz, por meio da Portaria da Presidência nº 773, de 5 de junho de 2017, criou um Grupo  
641 de Trabalho para desenvolver o Marco Referencial e o Plano de Trabalho da Estratégia da  
642 Agenda 2030 na Fiocruz. Frisou que tomar a Agenda 2030 enquanto referência significa  
643 entendê-la como objeto de disputa de sentidos e formas diferenciadas de sua tradução em  
644 práticas, o que implica em constante diálogo crítico. Ao mesmo tempo em que a Agenda 2030  
645 e os ODS são valorizados com a construção de conhecimento e definição de políticas e  
646 instrumentos para sua implementação e monitoramento, deve-se produzir um esforço  
647 conceitual e programático para o desenvolvimento de agendas fundadas em nossos  
648 referenciais teóricos, visão de sociedade e país e empenho na obtenção de cenário de futuro  
649 desejável coerente com essa visão. Nesse sentido, apresentou as iniciativas da Fiocruz:  
650 Centro Colaborador de Saúde e Ambiente (OPAS); Centro Colaborador Sul-Sul (OMS);  
651 Cooperação Fiocruz – CEPAL; Saúde Amanhã - Sistemas de Cuidado à Saúde; Centro de  
652 Estudos Estratégicos - Web Survey e Plataforma Radar ODS; PROADESS – Indicadores; e

653 Plataforma on-line CTI&I. Sobre a Agenda 2030 e o SUS, destacou tratar-se de um eixo  
654 privilegiado de articulação do conjunto dos ODS no Plano Nacional e na Saúde Global e o  
655 papel reitor do CNS na Implementação dos ODSs relacionados à saúde. Além disso, citou: a  
656 saúde em todas as políticas (OPAS); a integração entre Plano Nacional de Saúde - PNS e  
657 ODS; relação saúde e desenvolvimento (Complexo Econômico e Produtivo da Saúde – CEIS);  
658 ação multisetorial; e planejamento interfederativo que garanta a “ aterrização dos ODS nos  
659 territórios”. Finalizando, informou e convidou o CNS a participar de seminário da  
660 ONU/FIOCRUZ sobre ciência, tecnologia e inovação na Implementação da Agenda 2030 para  
661 o Desenvolvimento Sustentável e seus Objetivos relacionados à Saúde. Na sequência, o  
662 coordenador da REBRAPD, **Richarlls Martins**, ex-conselheiro do CNS, iniciou sua  
663 explanação manifestando sua satisfação em retornar ao CNS para participar do debate deste  
664 tema tão importante e complexo. Contextualizou que a Agenda 2030 é a continuidade dos  
665 Objetivos do Milênio, que terminou em 2015. Citou, por exemplo, que o Brasil não cumpriu a  
666 meta relativa à mortalidade materna até 2015, porque o governo define políticas de forma  
667 generalista, sem considerar o quesito raça/cor. Em 2000, os países das nações unidas  
668 acordaram objetivos, com grande sucesso em âmbito internacional. Explicou que os ODM  
669 possuíam características voltadas para os países em desenvolvimento; e os ODS trabalham a  
670 perspectiva das desigualdades que há entre e dentro dos países, a partir de três pilares:  
671 crescimento econômico, crescimento social e crescimento sustentável. Detalhou que o  
672 processo de construção dos ODS levou mais de dois anos, com maior participação da  
673 sociedade civil, especialmente a brasileira e a latino-americana e culminou com a aprovação  
674 das dezessete metas dos Objetivos na Assembleia Geral da ONU, em 2015. Explicou que o  
675 tema da saúde está presente nas dezessete metas, mas o Objetivo 3 trata de saúde e bem-  
676 estar. De um modo geral, esclareceu, as metas do ODS 3 estão envolvidas a partir de nove  
677 eixos, entre eles, saúde sexual e reprodutiva, doenças crônicas não-transmissíveis, suicídio,  
678 tabaco. Destacou que o governo brasileiro elaborou relatório voluntário que analisa a  
679 implementação da agenda dos ODS no primeiro um ano e meio, mas não trata das metas  
680 relativas ao ODS 3 nesse documento. Em contrapartida, foi lançado, em julho de 2017,  
681 Relatório luz do GT da Sociedade Civil para agenda de 2030 - Desenvolvimento sustentável  
682 que analisa as metas relacionadas ao ODS 3. O documento, entre outras questões, aponta o  
683 aumento da pobreza nesse primeiro um ano e meio de implementação dos ODS e sinaliza que  
684 o país pode voltar para o mapa da fome. De um modo geral, avaliou que o conjunto amplo da  
685 população ainda não tem conhecimento dessa agenda, o que dificulta o processo de  
686 implantação. Destacou que se percebe estratégia, iniciada pelo CNS, de dar visibilidade a  
687 essa agenda e tentar levar o debate para CES e CMS na lógica de pensar estratégia coletiva  
688 de articulação. Nesse contexto, apontou como recomendações do Relatório para o Estado  
689 Brasileiro: ampliar o financiamento da saúde para cumprir os ODS; garantir a ampliação da  
690 área de recursos humanos no que tange à assistência médica; e garantir a regulação da  
691 saúde suplementar e das parcerias público privadas. No caso do CNS, disse que deve ser  
692 indutor dessa agenda e, nesse sentido, sugeriu a construção de GT ou Comissão do CNS que  
693 trate da implantação da agenda ODS vinculada à saúde. Além disso, sugeriu que o Conselho  
694 solicite a participação na Comissão Nacional dos ODS. Propôs, por fim, que a COFIN faça  
695 estudo sobre a vinculação das metas dos ODS ao orçamento público. Conselheira **Carmen**  
696 **Lúcia Luiz** manifestou satisfação com o debate deste tema neste momento em que país  
697 adota uma série de medidas de retrocessos. Lembrou que a saúde é resultante do modo de  
698 vida e precisa estar contemplada em todas as políticas, porque todas as áreas da vivência  
699 humana repercutem na saúde. No caso do ODS relativo à saúde, abordou o objetivo de  
700 redução da mortalidade materna e lembrou que 90% das mortes maternas são evitáveis e não  
701 são compatíveis com o estágio tecnológico do país. Na sua visão, para diminuir essas mortes,  
702 é preciso reduzir o índice de cesarianas realizadas no Brasil, pois esse tipo de cirurgia eleva o  
703 risco de infecção e contribuiu para morte de mulheres. Falou também sobre a violência como  
704 problema estruturante destacando que o Brasil possui um dos melhores programas de  
705 enfrentamento da violência sexual, mas não consegue fazer intervenção que modifique o  
706 quadro da vida das mulheres em âmbito nacional. Entre as várias outras questões a serem  
707 enfrentadas, citou o aumento dos casos de HIV/AIDS, destacando, por exemplo, que, no  
708 Paraná, nos últimos seis anos, houve aumento de 360% dos casos. No caso do  
709 enfrentamento de álcool e drogas, disse que países com resultado positivo nessa questão  
710 trabalharam na perspectiva de redução de danos e o Brasil, na contramão, quer trabalhar na  
711 lógica da abstinência, o que não funciona. Além dessas questões, lembrou que, desde 1986, a  
712 1ª CNSMu aprovou a proposta de não medicalizar mulheres por conta dos sintomas da

713 opressão de gênero e, por não estar na lógica da política, é preciso pensar ação estratégica.  
714 Solicitou que o CNS conheça essas propostas e as apoiem porque são essenciais para  
715 melhoria de vida das mulheres e da população como um todo. **Manifestações.** Conselheiro  
716 **André Luiz de Oliveira** saudou os expositores e sugeriu que a demanda direcionada à  
717 COFIN seja remetida ao GT do CNS a ser criado. Sobre a temática do álcool e drogas,  
718 ponderou que não está convencido sobre a melhor estratégia de enfrentamento (redução de  
719 danos ou abstinência) e lembrou que há excelentes experiências de tratamentos e  
720 acompanhamentos de uso de drogas ilícitas. No seu ponto de vista, o melhor caminho é  
721 sensibilizar os laços familiares, assegurar tratamento adequado e dificultar o acesso às  
722 drogas. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** saudou o CNS por trazer esse tema e os  
723 convidados pelas abordagens e avaliou que é preciso mapear e reconhecer as entidades que  
724 desenvolvem ações na lógica dos ODS. Dada a amplitude do tema, disse que é preciso  
725 constituir espaço mais amplo para de acompanhamento. Por fim, perguntou como custear  
726 grande movimento sobre os ODS e colocou a FENAS à disposição para realizar ações nesse  
727 sentido. Conselheira **Sueli Terezinha Goi Barrios** destacou a importância de pautar debate  
728 sobre o tema e apontou que as perspectivas são sombrias em relação ao cumprimento das  
729 metas da Agenda 20-30, diante do corte/desfinanciamento da saúde. No caso do objetivo  
730 relativo à saúde, disse que é preciso debater a meta “atingir a cobertura universal à saúde”,  
731 avaliando o significado de “cobertura universal”. Em relação à agenda da pesquisa e  
732 desenvolvimento, também manifestou preocupação com o corte no orçamento voltado à  
733 pesquisa e com o desmonte da ciência e tecnologia. Finalizando, sugeriu que o CNS  
734 aprofunde o debate sobre a estratégia do governo para cumprir as metas das quais é  
735 signatário. Conselheiro **Antônio Lacerda Souto** salientou que, para cumprir os ODS, é  
736 preciso trabalhar nas três dimensões do desenvolvimento e pontou que o Brasil, apesar de  
737 signatário dos Objetivos, está indo na contramão desse modelo. Na prática, o governo  
738 brasileiro aposta no modelo do grande capital, o que não contribui para atingir as metas.  
739 Recordou, inclusive, que políticas importantes estavam sendo desenvolvidas contribuindo para  
740 dinamizar a econômica do País, mas o MDA, responsável por coordenar essas iniciativas, foi  
741 extinto. Ponderou que a saúde possui interface com os dezessete objetivos do ODS e, para o  
742 atual governo, as políticas sociais são consideradas despesas, por isso, há cortes. Salientou  
743 que é preciso ter pauta sobre os ODS com o governo e defendeu a criação de GT para  
744 monitorar essa temática. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS,  
745 explicou que, ao pautar o tema, a intenção é organizar sistematicamente o debate a partir de  
746 um GT, para levantar subsídios. No seu modo de ver, a primeira tarefa do Grupo é promover  
747 articulação com a FIOCRUZ para buscar dados. Além disso, frisou que o tema deve ser pauta  
748 no conjunto das comissões do CNS. **Retorno da mesa.** O representante da FIOCRUZ, **Paulo**  
749 **Gadelha**, respondeu às colocações dos conselheiros contemplando na sua fala os seguintes  
750 aspectos: a FIOCRUZ, como parte do SUS, está à disposição para responder as demandas  
751 do Conselho, fórum privilegiado de deliberação; a Agenda 20-30 está inserida em um campo  
752 de disputa e a favor há mecanismos de debate para acompanhamento da implementação da  
753 agenda; mantidas as condições no cenário global, os objetivos não serão alcançados; sobre  
754 indicadores, é possível trabalhar com o CNS por meio da experiência do PROAD; o primeiro  
755 desafio é o quão inteligível essa ferramenta pode se colocar como mecanismo de mobilização;  
756 e a cobertura do sistema de saúde é central para o cumprimento dos ODS, o que coloca o  
757 SUS em primeiro plano - esse aspecto precisa ser explorado. O coordenador da REBRAPD,  
758 **Richarlls Martins**, nas suas considerações finais, pontuou três questões: CNS deve constituir  
759 espaço para aprofundar o debate dessa agenda, dada sua importância para o campo da  
760 saúde, dos direitos humanos e da cidadania; é preciso pautar debate dos ODS no conjunto  
761 das comissões do Conselho, uma vez que esse é um tema transversal a todas as áreas; o  
762 Conselho deve constituir comissão de relações internacionais e saúde e reforçar a defesa do  
763 direito universal à saúde; a agenda ODS é também uma agenda de denúncia e, nesse  
764 momento, é preciso voltar-se para o cenário internacional a fim de denunciar cenários  
765 violadores de direitos, em defesa dos direitos humanos à saúde e à cidadania. Conselheira  
766 **Carmen Lúcia Luiz**, a partir das falas, frisou que é preciso pensar também na  
767 responsabilidade das pessoas sobre os ODS e salientou a importância de representação mais  
768 incisiva para cumprir os Objetivos. Após essas considerações, a mesa procedeu aos  
769 encaminhamentos. **Deliberação: como resultado do debate, o Plenário aprovou a criação**  
770 **de GT do CNS, composto paritariamente por cinco integrantes, para tratar sobre os**  
771 **ODS, com monitoramento e acompanhamento do cumprimento das metas,**  
772 **essencialmente o objeto 3 que trata da saúde e bem estar, em articulação com a**

773 FIOCRUZ (foram indicados para compor o GT – *usuários*: Heliana Neves Hemeterio dos  
774 Santos; Carmem Lúcia Luiz; e Maria das Graças Gervásio. Faltam as indicações dos  
775 segmentos de trabalhadores e de gestores/prestadores de serviço). Além disso, o Pleno  
776 decidiu pautar debate dos ODS no conjunto das comissões do Conselho, uma vez que  
777 esse é um tema transversal a todas as áreas. **ITEM 5 – FORMAÇÃO E MOBILIZAÇÃO**  
778 **PARA O CONTROLE SOCIAL NO SUS** - *Apresentação*: Valdevir Both, Coordenador do  
779 Projeto de Formação para o Controle Social no SUS através do Centro de Educação e  
780 Assessoramento Popular – CEAP; e conselheira Sueli Goi Barrios, coordenadora da  
781 Comissão de Educação Permanente para o Controle Social no SUS – CIPCSUS/CNS.  
782 *Coordenação*: conselheiro Ronald Ferreira dos Santos, Presidente do CNS. Iniciando, o  
783 Presidente do CNS lembrou que o Pleno aprovou e está em andamento processo de formação  
784 de conselheiros, em parceria com o CEAP, sob a coordenação da CIPCSUS/CNS. Trata-se de  
785 uma resposta às demandas das conferências de saúde e precisa do envolvimento de todo o  
786 Pleno. Conselheira Sueli Goi Barrios, coordenadora da CIPCSUS/CNS, fez um informe sobre  
787 o andamento do Projeto de Formação e Mobilização para o Controle Social no SUS, pensado  
788 de forma coletiva, com a participação da CIPCSUS/CNS, em parceria com o CEAP. Disse que  
789 foram realizadas oficinas pilotos e foi definido calendário de oficinas nos Estados, que devem  
790 ser acompanhadas pelos conselheiros. Além disso, será realizada oficina com o conjunto dos  
791 conselheiros nacionais. A intenção dessas oficinas é capacitar os participantes no sentido de  
792 atuarem na defesa do Estado Democrático de Direitos, dos direitos sociais e do SUS. Por fim,  
793 convidou para compor a mesa o ator Daniel Sabino que participou do vídeo sobre o Projeto de  
794 Formação para o Controle Social no SUS. O Coordenador do Projeto de Formação para o  
795 Controle Social no SUS, Valdevir Both, apresentou o material didático utilizado no processo  
796 de formação: vídeo áudio visual; e cartilha. Também apresentou o calendário das oficinas:  
797 São Paulo – 9 e 10 de outubro de 2017: Capital; 7 e 8 de março de 2018: Capital; 21 e 22 de  
798 março de 2018: Araraquara; 4 e 5 de abril de 2018: Marília; Rio Grande do Sul: 26 e 27 de  
799 setembro de 2017: Pelotas, 19 e 20 de outubro de 2017: Santa Maria, 28 e 29 de novembro  
800 de 2017: Palmeira das Missões e 5 e 6 de dezembro de 2017: Porto Alegre; Minas Gerais: 9 e  
801 10 de novembro de 2017, 13 e 14 de dezembro de 2017, 15 e 16 de março de 2018 e 22 e 23  
802 de março de 2018 – locais a confirmar; Bahia: 18 e 19 de outubro de 2017, 13 e 14 de  
803 novembro de 2017, 16 e 17 de novembro de 2017, 5 e 6 de dezembro e 12 e 13 de dezembro  
804 de 2017 – locais a confirmar; Sergipe: irá remarcar; Piauí: 7 e 8 de novembro de 2017:  
805 Teresina, 6 e 7 de fevereiro de 2018: Teresina; Goiás: 20 e 21 de fevereiro de 2018, 20 e 21  
806 de março de 2018, 17 e 18 de abril de 2018 – local a definir; e Paraíba: 18 e 19 de novembro  
807 de 2017 e 25 e 26 de novembro de 2017. Destacou que está negociando com os Estados que  
808 ainda não marcaram e a intenção é concluir as oficinas no primeiro semestre de 2018. Por fim,  
809 solicitou que os conselheiros participem da agenda e divulguem as atividades. Após a  
810 apresentação, foram as apresentadas as seguintes sugestões: pautar informe permanente  
811 sobre o andamento do Projeto, para acompanhamento do Pleno; os materiais educativos do  
812 CNS devem ser elaborados segundo os critérios de acessibilidade (incluir descrição e  
813 linguagem de sinal no vídeo; e garantir material em Braille); e as publicações do CNS devem  
814 ser feitas em papel reciclado. O Conselho buscará adequar o material às sugestões.  
815 **Deliberação: neste ponto, o Plenário decidiu pautar informe permanente nas reuniões**  
816 **do Conselho sobre o andamento do Projeto e a realização das oficinas, para**  
817 **acompanhamento.** Na sequência, o Presidente do CNS fez um informe sobre o Projeto  
818 Conselho Presente, desenvolvido sob a coordenação da CIPCSUS/CNS e da Mesa Diretora  
819 do CNS, que visa trabalhar a agenda política do CNS. Informou que está confirmada, dia 18  
820 de setembro de 2017, no Rio de Janeiro, atividade articulada com o CES, CMS, Frente  
821 Parlamentar em Defesa do SUS, Assembleia Legislativa. Além disso, estão marcadas as  
822 seguintes atividades do Projeto em 2017: Rio Grande do Sul, 18 de outubro; Piauí, 25 de  
823 outubro; Espírito Santo, 31 de outubro; e Sergipe 21 de novembro. Os demais estados estão  
824 definindo suas agendas de atividade do Projeto. **Deliberação: informar os conselheiros**  
825 **sobre a agenda de atividades para participação em seus respectivos estados; e pautar**  
826 **informe permanente no CNS.** Por fim, a coordenadora da CIPCSUS/CNS agradeceu a  
827 assessoria técnica da Comissão e a Secretaria Executiva do CNS pelo apoio à iniciativa.  
828 **EXTRA – minuta de resolução.** O Presidente do CNS lembrou que na reunião plenária do  
829 CNS realizada em abril de 2017, o Tribunal de Contas da União - TCU apresentou um  
830 conjunto de recomendações ao Conselho. Em resposta, a Mesa Diretora do CNS, com o apoio  
831 da assessoria técnica do Conselho, elaborou notas de esclarecimento. Lembrou que o TCU  
832 definiu até 19 de setembro como prazo para que o CNS cumprisse as determinações do

833 Acórdão, aprovado no mês de julho. Em resposta foi elaborada e enviada aos conselheiros  
834 minuta de resolução a respeito. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** recordou que, em agosto  
835 de 2016, o TCU solicitou informações ao Conselho e, como desdobramento, foram realizadas  
836 atividades. Em 1º de setembro de 2016, foi realizada reunião conjunta com CONASS,  
837 CONASEMS e MS; em outubro de 2016, equipe técnica do CNS e integrantes da Mesa  
838 Diretora reuniram-se com representação do TCU; em abril de 2017, o tema foi debatido no  
839 Conselho, com a presença do representante do TCU; em 31 de maio de 2017, foi publicado o  
840 Acórdão do TCU nº. 1.130/2017 com as determinações e recomendações do Tribunal para  
841 análise e deliberação do CNS. Para atender o item 9.3 do Acórdão, explicou que foi elaborada  
842 minuta de resolução que apresenta as seguintes diretrizes para estruturação e funcionamento  
843 dos Conselhos de Saúde a serem aplicadas em conjunto com o previsto na Resolução CNS nº  
844 453/2012, com o seguinte teor: “Primeira Diretriz: Os Conselhos de Saúde tem a prerrogativa  
845 e a responsabilidade objetiva de estabelecer as diretrizes para a gestão e para a atenção à  
846 saúde em sua esfera de competência. Segunda Diretriz: Os Conselhos de Saúde e o  
847 Governo, em suas três esferas, devem ter ciência de que toda pactuação em saúde deve ser  
848 feita com base em informações sobre as necessidades de saúde e as possibilidades para a  
849 articulação regional no contexto da integralidade da saúde. Terceira Diretriz: As condições  
850 estruturais necessárias aos Conselhos de Saúde para o permanente acompanhamento dos  
851 encaminhamentos e efetivação das deliberações aprovadas em suas reuniões plenárias e nas  
852 Conferências de Saúde direcionadas à gestão das secretarias de saúde devem ser  
853 asseguradas por sua respectiva esfera governamental, nos termos previstos pela Lei  
854 Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e pela Resolução CNS nº 454, de 14 de  
855 junho de 2012. I - O monitoramento das ações de saúde e da efetivação das deliberações do  
856 controle social, como previsto no *caput* desta diretriz fundamenta-se no princípio da  
857 transparência dos atos da gestão da saúde, pilar do Estado Democrático de Direito; II - Para  
858 que o monitoramento seja eficaz faz-se necessário o estabelecimento e divulgação de canais  
859 de comunicação com as diferentes partes interessadas (sociedade civil, prestadores de  
860 serviços de saúde etc.), com o intuito de conhecer os problemas na prestação de serviços de  
861 saúde que mais afetam a população e de reduzir o risco de que a atuação do ente federado  
862 não reflita os interesses das partes afetadas. Quarta Diretriz: os Conselhos de Saúde  
863 Nacional, Estaduais, Municipais e do Distrito Federal devem observar o disposto na Quinta  
864 Diretriz da Resolução CNS nº 453/2012 no que se refere à elaboração e reformulação dos  
865 Planos de Saúde, devendo-se atentar-se para o fato de que desconformidades no plano de  
866 saúde podem ensejar, ante o previsto no art. 4º, *caput* e inciso III, da Lei nº 8.142/1990 e Art.  
867 22, inciso II, da Lei Complementar 141/2012, a transferência da administração dos recursos do  
868 fundo de saúde para outro ente (estado ou União), nos termos do Art. 4º, parágrafo único, da  
869 Lei nº 8.142/1990. Quinta Diretriz: A omissão na execução das atribuições dos Conselhos de  
870 Saúde Estadual, Municipal e do Distrito Federal pode ensejar, ante o previsto no art. 4º, *caput*  
871 e inciso II, da Lei nº 8.142/1990 e Art. 22, inciso I, da Lei Complementar 141/2012, a  
872 transferência da administração dos recursos do fundo de saúde para outro ente (estado ou  
873 União), nos termos do art. 4º, parágrafo único, da Lei nº 8.142/1990. Sexta Diretriz: A  
874 autoridade máxima da direção do SUS em sua esfera de competência não deve, nem pode  
875 acumular o exercício de presidente do Conselho de Saúde, a fim de privilegiar o princípio da  
876 segregação das funções de execução e fiscalização da Administração Pública. Sétima Diretriz:  
877 O Conselho Nacional de Saúde, em parceria com o Ministério da Saúde elaborará, no prazo  
878 de 180 dias, um programa de capacitação para Conselheiros de Saúde, observando as  
879 especificidades regionais e as diretrizes para as Redes de Atenção à Saúde.” Também  
880 informou que foi elaborada nota técnica do CNS sobre o Acórdão TCU 1.130/2017 e o  
881 documento foi enviado ao Tribunal. Entre outros aspectos, a Nota solicita mais 90 dias para  
882 elaboração e ampla discussão em comissões e Pleno da proposta de Plano de Trabalho e ser  
883 encaminhada de forma conclusiva à corte de contas da União. **Manifestações.** Conselheiro  
884 **Neilton Araújo de Oliveira** explicou que a minuta visa responder, inicialmente, o Tribunal e  
885 define o prazo de 180 dias para elaboração de um programa de capacitação para conselheiros  
886 de saúde. Salientou, ainda, que o CNS não definiria perfil de conselheiro nesse momento,  
887 considerando se tratar de um tema que precisa de debate aprofundado e amadurecimento.  
888 Ponderou também que o prazo de 90 dias é insuficiente para cumprir as tarefas colocadas  
889 pelo TCU. Disse que há um debate acumulado sobre o tema, mas é preciso ter clareza que a  
890 discussão continuará, sendo necessária a colaboração e o envolvimento de todos os  
891 conselheiros para executar as ações nos prazos definidos. Conselheira **Denise Torreão**  
892 **Corrêa da Silva** avaliou que o CNS deve pautar debate sobre perfil de conselheiros para

893 posteriormente aprovar diretrizes a respeito. Além disso, sugeriu responder ao TCU que o  
894 CNS já dispõe de documentos que tratam indiretamente de perfil de conselheiro (Regimento  
895 Interno do CNS, Resolução 453). Conselheiro **José Eri de Medeiros** manifestou-se contrário  
896 à iniciativa do TCU ou de qualquer outro órgão de definir capacitação de conselheiro,  
897 entendendo que esse agente possui papel político, portanto, não carece de capacitação, mas  
898 sim de qualificação. Também discordou da discussão de perfil de conselheiros e lembrou que  
899 o TCU não pode legislar para o município, nem regulamentar lei. Frisou que esse é um tema  
900 que precisa ser debatido em profundidade e, no seu modo de ver, as definições configuram-se  
901 em interferência do TCU no controle social. Para melhor entendimento da situação,  
902 conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** resgatou como o TCU chegou ao Acórdão: grupo  
903 do TCU analisou a legislação brasileira referente à saúde pública, incluindo as normativas do  
904 CNS; após análise dos instrumentos normativos que instrumenta o SUS, o Grupo conclui que  
905 o controle social não estava cumprindo o papel definido em lei; para melhor embasamento, o  
906 TCU realizou pesquisa com gestores e controle social do país - 86% dos gestores  
907 responderam a pesquisa e 76% do controle social; com base na pesquisa e no estudo da  
908 legislação, o Tribunal elaborou recomendações (CNS, MS, CONASS e CONASEMS)  
909 consubstanciadas em Acórdão. Salientou que o TCU é um órgão de controle e, como  
910 encaminhamento, defendeu a aprovação da resolução e o debate dos aspectos definidos no  
911 Acórdão, inclusive o que não há consenso, para definição. Conselheiro **Ronald Ferreira dos**  
912 **Santos**, Presidente do CNS, clarificou que é atribuição legal do TCU acompanhar a execução  
913 dos recursos públicos federais. Além disso, pontuou que, pela primeira vez, o Tribunal  
914 publicou Acórdão com determinações e recomendações. Assim, foi elaborada minuta do CNS  
915 para responder as determinações e o Conselho deve debater as recomendações, inclusive  
916 aquelas sobre as quais não há acordo como perfil/competência de conselheiros. Conselheiro  
917 **Cláudio Ferreira do Nascimento** disse que a preocupação central deste debate é o risco de  
918 perda da autonomia do Conselho, inclusive no que se refere à garantia da participação  
919 popular. Como encaminhamento, sugeriu que a Mesa Diretora do CNS faça arguição ao TCU  
920 considerando que a recomendação contrapõe-se à garantia da participação das pessoas na  
921 construção das políticas de saúde. O Presidente do CNS disse que o CNS já apresentou essa  
922 posição no início do debate, mas ainda assim o TCU aprovou o Acórdão. Conselheiro **Cláudio**  
923 **Ferreira do Nascimento** frisou que é necessário compreender que o TCU está equivocado  
924 sobre o que recomenda ao CNS. Conselheiro **Luiz Carlos Medeiros de Paula** reforçou a  
925 preocupação com o Acórdão do TCU e manifestou apoio à minuta de resolução. Feitas essas  
926 considerações, a mesa colocou em votação a minuta de Resolução que apresenta diretrizes  
927 para estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde a serem aplicadas em conjunto  
928 com o previsto na Resolução CNS nº 453/2012. **Deliberação: a resolução foi aprovada com**  
929 **duas abstenções.** Definido esse ponto, a mesa suspendeu para o lanche. Retomando, a  
930 mesa foi recomposta para debate do item 6 da pauta. **ITEM 6 – COMISSÃO**  
931 **INTERSETORIAL DE FINANCIAMENTO E ORÇAMENTO – COFIN – DESDOBRAMENTOS**  
932 **DA DECISÃO DA LIMINAR DA EMENDA CONSTITUCIONAL (EC) 95/201 - Apresentação:**  
933 **Grazielle Custódio David**, Assessora Política no Instituto de Estudos Socioeconômicos –  
934 **INESC**; e **Francisco Funcia**, assessor da COFIN/CNS. **ESTADO DA ARTE DO**  
935 **FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA E AS PERSPECTIVAS COM A REVISÃO DA**  
936 **POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA – PNAB - Heider Aurélio Pinto**, integrante da  
937 Comissão Intersectorial de Orçamento e Financiamento – COFIN; e Conselheira **Shirley**  
938 **Marshal Morales**, integrante do GT do CNS que debateu a revisão da PNAB. *Coordenação:*  
939 conselheiro **André Luiz Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS e coordenador adjunto da  
940 COFIN/CNS. **DESDOBRAMENTOS DA DECISÃO DA LIMINAR DA EMENDA**  
941 **CONSTITUCIONAL (EC) 95/201 –** Neste ponto, a primeira expositora foi a assessora política  
942 no INESC, **Grazielle Custódio David**, que fez uma abordagem histórica do financiamento da  
943 saúde pública e efeitos da liminar na Ação Direta de Inconstitucionalidade - ADI nº. 5.595.  
944 Iniciou pelo histórico do financiamento do SUS, explicando que a Constituição, em 1988, no  
945 artigo que menciona a saúde como direito de todos e dever do Estado, não definiu de onde  
946 viria o dinheiro. Assim, defensores do SUS recorreram ao Legislativo e ao Judiciário na busca  
947 constante e incansável por um financiamento adequado para o funcionamento do Sistema.  
948 Após 12 anos, a Emenda Constitucional nº 29/2000 iniciou o processo para garantir valor  
949 mínimo a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde. Porém, a norma descreveu  
950 apenas de onde o dinheiro deveria vir no caso dos estados e municípios, mas não o valor. No  
951 caso da União, o resultado foi pior, pois uma nova Lei teria que ser editada. Assim,  
952 permaneceu a busca do SUS por um financiamento adequado, progressivo e justo. Foram

953 mais 12 anos para que a Lei Complementar 141/2012 fosse aprovada e a norma definiu as  
954 fontes e porcentagens de recursos. Disse que, em 2013, a Lei nº 12.858 tratou da vinculação  
955 de parcela da participação no resultado ou da compensação financeira pela exploração de  
956 petróleo e gás natural - dos contratos firmados a partir de 3/12/2012 sob os regimes de  
957 concessão, de cessão onerosa e de partilha de produção, exploradas em plataforma - no  
958 montante de 25% para a saúde e de 75% para a educação. Porém, o efeito da lei, de fato,  
959 durou muito pouco e, em 2015, primeiro ano de nova leva de medidas de austeridade fiscal no  
960 Brasil, pós crise econômica global de 2008, uma nova Emenda Constitucional (nº 86) foi  
961 aprovada, trazendo grande retrocesso para o financiamento da saúde. Isso porque além de  
962 reduzir os recursos financeiros para o SUS com um escalonamento ao longo de 5 anos, para  
963 finalmente chegar em 15% da Receita Corrente Líquida – RCL, os royalties do petróleo foram  
964 incluídos como uma das fontes para o cumprimento do mínimo a ser aplicado em saúde.  
965 Assim, uma receita que deveria ser adicional tornou-se parte do mínimo. Uma receita ainda  
966 pequena, mas com grande potencial de crescimento. Desse modo, o resultado foi uma  
967 aplicação baixa em saúde para o ano de 2016. Nesse momento, mais uma vez os defensores  
968 do SUS foram buscar no Judiciário a defesa de recursos financeiros apropriados, o que  
969 resultou na Ação Direta de Inconstitucionalidade – ADI nº 5.595. Um ano depois, em 31 de  
970 agosto de 2017, o Ministro do Supremo Tribunal Federal – STF, Ricardo Lewandowski, deferiu  
971 medida liminar suspendendo os efeitos de artigos da EC 86, que tratavam do escalonamento  
972 e inserção dos royalties no cálculo do mínimo a ser aplicado em saúde. A liminar foi emitida  
973 para evitar que o Orçamento de 2018 para a saúde seja elaborado com recursos inferiores e  
974 para que o valor devido seja restituído em 2017, de acordo com art. 25 da LC 141. Feita essa  
975 contextualização histórica, passou a discorrer sobre os efeitos da liminar na ADI 5.595.  
976 Explicou que, diante da suspensão dos artigos 2º e 3º da EC 86 pela liminar e a manutenção  
977 do artigo 1º, a União passaria a ter que aplicar em saúde 15% da RCL mais os royalties do  
978 petróleo como recurso adicional. Ocorre que isso teria que valer desde quando a EC 86  
979 passou a vigorar, tendo um efeito temporal no valor que foi aplicado em saúde em 2016.  
980 Assim, a União deveria corrigir o valor que havia aplicado, saindo de 13,2% da RCL com os  
981 royalties incluídos no mínimo a ser aplicado em saúde, para 15% da RCL mais os 25% dos  
982 royalties do petróleo dos contratos a partir de 3 de dezembro de 2012. Isso quer dizer que há  
983 previsão de complementação de R\$ 2,48 bilhões ao orçamento da Saúde referente a 2016.  
984 Detalhou um pouco mais os cálculos sobre os royalties do petróleo para a saúde: foram  
985 incorporados como fonte para o mínimo da saúde, e sequer foram utilizados em sua  
986 totalidade. De R\$ 10,8 milhões, apenas R\$ 139,5 mil aplicados; agora, deveria ser um recurso  
987 adicional e aplicado em sua totalidade. Em 2017, os 15% da RCL já foram a base de cálculo  
988 em decorrência da EC nº 95 de 2016, conhecida como Teto dos Gastos, que também já havia  
989 suspenso o efeito do art. 2º da EC nº. 86. Porém, agora, com a liminar, o orçamento do SUS  
990 deverá também ser complementado, de forma adicional, com os 25% dos royalties do  
991 petróleo. Isso representa R\$ 21 milhões a mais a ser investido em Saúde em 2017, conforme  
992 apurado em 09/09/17 no Portal Siga Brasil, o que ainda pode aumentar até o fim do ano.  
993 Ressaltou ainda a potencialidade ao longo dos anos que os royalties do petróleo representam  
994 para a saúde como um recurso adicional: de R\$ 10,8 milhões em 2016, está em R\$ 21  
995 milhões em 2017; crescimento de 94,4% em apenas um ano. Entretanto, assim como ocorreu  
996 em toda a história do financiamento do SUS e de todas as políticas públicas promotoras de  
997 direito, há risco de retrocessos em relação à liminar por conta da EC 95. Como existe um  
998 limite para os gastos sociais, um aumento nos recursos para a saúde, com o adicional dos  
999 royalties, pode representar menos recursos ainda para outras políticas públicas essenciais. A  
1000 questão é que a saúde das pessoas é extremamente influenciada por diversos outros setores,  
1001 como saneamento básico, habitação, acesso à água potável, educação. O resultado é que o  
1002 “teto dos gastos” pode inviabilizar a melhora da saúde da população por cortar recursos  
1003 financeiros para outras políticas, mesmo com mais orçamento para o SUS. Essa questão foi  
1004 inclusive defendida pelo Ministro na sua liminar: “alterações que impliquem retrocesso no  
1005 estágio de proteção dos direitos e garantias fundamentais não são admissíveis, ainda que a  
1006 pretexto de limites orçamentário-financeiros”, em consonância com o princípio de não  
1007 retrocesso social. Isso quer dizer que, a cada avanço na proteção dos direitos, não é possível  
1008 retroceder, inclusive no seu financiamento, mesmo com a justificativa de dificuldades  
1009 financeiras. Frisou que uma forma de garantir um adequado financiamento do SUS, sem  
1010 afetar outras políticas públicas, seria a ministra do STF, Rosa Weber, declarar inconstitucional  
1011 o teto para saúde e educação na ADI 5.658, na qual é relatora. Ainda mais adequada seria a  
1012 revogação da EC 95, por sua inviabilidade técnica e humanitária. Por fim, considerando que o

1013 processo da ADI nº. 5595 foi liberado para entrar na pauta do plenário do STF, naquele dia, é  
1014 essencial a defesa da sociedade para que a decisão seja no mesmo sentido em que foi a  
1015 liminar, defendendo o não retrocesso dos direitos sociais e visando garantir um financiamento  
1016 mais adequado para a saúde. Na sequência, o assessor da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**,  
1017 fez uma abordagem sobre os efeitos da concessão da medida cautelar na Ação Direta de  
1018 Inconstitucionalidade - ADI nº. 5.595, pelo ministro Ricardo Lewandowski, no dia 31 de agosto.  
1019 Começou explicando que a ADI 5.595 (Concessão da medida cautelar na ADI 5.595 pelo  
1020 ministro Ricardo Lewandowski, no dia 31 de agosto) foi proposta pela Procuradoria Geral da  
1021 República com o objetivo de suspender os dispositivos da Emenda Constitucional 86/2015 que  
1022 representavam a redução da aplicação mínima em Ações e Serviços Públicos de Saúde -  
1023 ASPS, sendo: escalonamento progressivo dos percentuais de aplicação mínima, iniciando  
1024 com 13,2% da Receita Corrente Líquida (RCL) em 2016 até atingir 15% da RCL em 2020; e  
1025 inclusão do rateio dos recursos do Pré-Sal para saúde no conjunto das receitas que financiam  
1026 a aplicação federal em saúde, em substituição ao caráter de aplicação adicional ao mínimo.  
1027 Salientou que esse escalonamento do percentual da aplicação mínima de 15% em cinco anos  
1028 correspondia a uma perda para o financiamento do SUS porque as despesas empenhadas em  
1029 ações e serviços de saúde em 2014 e 2015 foram muito superiores aos mínimos de 13,2% da  
1030 RCL e 13,7% da RCL estabelecidos para 2016 e 2017. Em resposta, a cautelar do STF deixa  
1031 claro que não pode ocorrer redução na aplicação em saúde, nem sob a alegação  
1032 governamental de restrição orçamentária e financeira. Destacou que esse entendimento inicial  
1033 do STF contrário à redução de recursos para o SUS, que será analisado e julgado no  
1034 plenário, é muito importante para tentar impedir a redução de recursos federais para a  
1035 aplicação em ASPS, que ocorrerá com o “teto” de despesas estabelecido pela EC 95/2016 de  
1036 2018 a 2036. Disse que esse teto será calculado a partir dos valores pagos em 2017  
1037 atualizados tão somente pela variação da inflação (medida pelo IPCA/IBGE). Clarificou que  
1038 isso é um problema para o financiamento do SUS porque: impede que o crescimento real da  
1039 receita seja utilizado para reforçar o financiamento das políticas sociais em geral, e do SUS  
1040 em particular; representa uma queda nos valores federais de aplicação em saúde em relação  
1041 aos anos anteriores (equivalente a uma perda estimada superior a R\$ 400 bilhões acumulada  
1042 até 2036); e recoloca a aplicação em ASPS financiadas com recursos do Pré-Sal como  
1043 adicional ao valor mínimo da aplicação a ser realizada em cada exercício (com efeitos a partir  
1044 de 2016). (Observação: o valor da receita do Pré-Sal para saúde está sendo pesquisado).  
1045 Citou trechos da medida cautelar do STF destacados por Elida Graziane no artigo “STF  
1046 reconhece o ‘direito a ter o custeio adequado de direitos’ na ADI 5595”, disponível em  
1047 [http://www.conjur.com.br/2017-set-12/contas-vista-stf-reconhece-direito-custeio-adequado-](http://www.conjur.com.br/2017-set-12/contas-vista-stf-reconhece-direito-custeio-adequado-direitos-adi-5595)  
1048 [direitos-adi-5595](http://www.conjur.com.br/2017-set-12/contas-vista-stf-reconhece-direito-custeio-adequado-direitos-adi-5595) (Acesso em 13/09/2017): “a ocorrência de reforma constitucional que vise ao  
1049 aprimoramento dos direitos e garantias fundamentais é medida desejável de atualização dos  
1050 fins e preceitos da CF, mas alterações que impliquem retrocesso no estágio de proteção por  
1051 eles alcançado não são admissíveis, ainda que a pretexto de limites orçamentário-financeiros.”  
1052 (Ricardo Lewandowski – 31/08/2017); “as alterações empreendidas pelos artigos 2º e 3º da  
1053 EC 86/2015 no financiamento mínimo do direito à saúde inegavelmente constroem a  
1054 estabilidade jurídica e o caráter progressivo do custeio federal das ações e serviços públicos  
1055 de saúde.” (Ricardo Lewandowski – 31/08/2017). Citou ainda, conforme Élica Graziane: “O  
1056 desafio presente para a eficácia dos direitos sociais e, em especial, dos direitos à saúde e à  
1057 educação – de “indiscutível primazia constitucional”, como bem assentado pelo ministro Celso  
1058 de Mello (ARE 727.864/PR) – reside precisamente em assegurar custeio juridicamente estável  
1059 e fiscalmente progressivo, diante da alegação de reserva do possível e das severas  
1060 constrições orçamentário-financeiras pelas quais o país tem passado.” Por fim, apresentou  
1061 desdobramentos da concessão da medida cautelar na ADI 5.595: aguardar para apreciação e  
1062 votação do plenário do STF (pode ser pautado a qualquer momento); apreciar e deliberar a  
1063 moção de reconhecimento do CNS à decisão do Ministro Lewandowski que reafirma a  
1064 importância da efetiva garantia dos recursos necessários ao funcionamento do SUS; e  
1065 mobilizar para entrega da moção de reconhecimento por representantes do CNS ao Ministro  
1066 Lewandowski. Como encaminhamento, apresentou a proposta de aprovar mérito de  
1067 recomendação ao Ministério da Saúde para que adote providências com vistas à ampliação  
1068 das dotações orçamentárias referentes às ações e serviços públicos de saúde do Ministério da  
1069 Saúde, de acordo com a medida cautelar na ADI nº 5.595, do Ministro Ricardo Lewandowski  
1070 (o texto foi apreciado no segundo dia). Finalizando a sua fala, registrou que a COFIN não  
1071 recebeu o PLO 2018 do MS para análise. Concluídas as exposições, o coordenador da mesa  
1072 passou à leitura da minuta de moção de reconhecimento, elaborada pela COFIN/CNS. O texto

1073 é o seguinte: “Moção de Reconhecimento nº 000, de 15 de setembro de 2017. O Plenário do  
1074 Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Nonagésima Sétima Reunião Ordinária,  
1075 realizada nos dias 14 e 15 de setembro de 2017, no uso de suas competências regimentais e  
1076 atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28  
1077 de dezembro de 1990; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as  
1078 disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação  
1079 brasileira correlata; e considerando que a Constituição Federal de 1988 determina que a  
1080 saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas  
1081 que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e  
1082 igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação; considerando o  
1083 deferimento em caráter liminar pelo Excelentíssimo Ministro do Supremo Tribunal Federal  
1084 (STF), Ricardo Lewandowski, que suspende a eficácia dos artigos 2º e 3º da Emenda  
1085 Constitucional 86/2015, proferida no dia 31 de agosto de 2017, a partir de pedido cautelar  
1086 peticionado pela Procuradoria-Geral da União que implicará na suspensão dos cortes na  
1087 área da saúde previstos na chamada “Emenda do Orçamento Impositivo” de 2015;  
1088 considerando que a decisão proferida, mesmo que em caráter liminar, demonstra a  
1089 preocupação dessa Corte Suprema com alguns dos impactos da Emenda Constitucional  
1090 86/2015, que reduziu a aplicação mínima em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS),  
1091 por meio de dois dispositivos: 1) introduziu o escalonamento progressivo dos percentuais de  
1092 aplicação mínima, iniciando com 13,2% da Receita Corrente Líquida (RCL) em 2016 até  
1093 atingir 15% da RCL em 2020; e 2) incluiu o rateio dos recursos do Pré-Sal para saúde em um  
1094 conjunto de receitas que financiam a aplicação federal em saúde, quando a lei original  
1095 determina que esses recursos sejam uma aplicação adicional ao valor da aplicação mínima  
1096 em ASPS nos termos disciplinados originalmente pelo Art. 4º, da Lei 12.858/2013; e  
1097 considerando que a preocupação deste Conselho Nacional de Saúde (CNS) também se  
1098 estende a outras emendas à Constituição Federal e neste sentido lançou no dia 31 de julho do  
1099 corrente ano um abaixo-assinado, cujo objetivo é impedir a execução ilegal da Emenda  
1100 Constitucional 95/2016, que substitui o “teto” (limite máximo) de despesas nas áreas de saúde  
1101 e educação pelo “piso” (limite mínimo) de 2018 a 2036. Vem a público: Manifestar  
1102 reconhecimento e apoio à decisão do Excelentíssimo Sr. Ministro Ricardo Lewandowski, que  
1103 reafirma a importância da efetiva garantia dos recursos necessários ao funcionamento do  
1104 Sistema Único de Saúde (SUS), na perspectiva de garantia da saúde como direito de todos os  
1105 cidadãos e um dever do Estado.” Não havendo manifestações, a mesa colocou em votação a  
1106 moção. **Deliberação: aprovada, com duas abstenções, a moção de reconhecimento à**  
1107 **decisão do Excelentíssimo Sr. Ministro Ricardo Lewandowski, que reafirma a**  
1108 **importância da efetiva garantia dos recursos necessários ao funcionamento do Sistema**  
1109 **Único de Saúde – SUS.** Em seguida, a mesa colocou em votação a proposta de definir grupo  
1110 para entregar a moção ao Ministro Ricardo Lewandowski. **Deliberação: aprovada, com duas**  
1111 **abstenções, a proposta de definir grupo para entregar a moção ao Ministro Ricardo**  
1112 **Lewandowski.** Seguindo, submeteu à apreciação do Pleno a proposta de elaborar  
1113 recomendação ao Ministério da Saúde para que adote providências com vistas à ampliação  
1114 das dotações orçamentárias referentes às ações e serviços públicos de saúde do Ministério da  
1115 Saúde. **Deliberação: aprovado, com duas abstenções, o mérito de recomendação ao**  
1116 **Ministério da Saúde para que adote providências com vistas à ampliação das dotações**  
1117 **orçamentárias referentes às ações e serviços públicos de saúde do Ministério da Saúde**  
1118 **(o texto seria apreciado no segundo dia).** Definido esse ponto, a mesa procedeu ao  
1119 segundo tema deste ponto da pauta. **ESTADO DA ARTE DO FINANCIAMENTO DA**  
1120 **ATENÇÃO BÁSICA E AS PERSPECTIVAS COM A REVISÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE**  
1121 **ATENÇÃO BÁSICA – PNAB - Heider Aurélio Pinto,** integrante da Comissão Intersetorial de  
1122 Orçamento e Financiamento – COFIN; e Conselheira **Shirley Marshal Morales,** integrante do  
1123 GT do CNS que debateu a revisão da PNAB. O primeiro a expor sobre o tema foi o integrante  
1124 da COFIN, **Heider Aurélio Pinto,** abordando os seguintes pontos: o modelo hegemônico; a  
1125 Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família; o Conselho Nacional de Saúde e a PNAB  
1126 2011; as mudanças na PNAB aprovada na CIT; análise das justificativas e efeitos da PNAB  
1127 aprovada na CIT; e conclusão. Começou explicando que o modelo de atenção hegemônico  
1128 denominado Modelo Médico-Hospitalar Neoliberal Privatista por autores como Paim se  
1129 caracteriza por ser: centrado na doença e no corpo biológico individual em vez de na pessoa  
1130 (sujeito integral), sua família, comunidade, contexto (determinantes sociais), sua história e  
1131 modos de viver a vida; centrado em procedimentos médicos (de diagnóstico e “cura”) e não no  
1132 cuidado integral do usuário; e uniprofissional, biomédico-ocidental (exclusivo e excludente),

1133 centrado no hospital e com relação profissional-cidadão unidirecional e autoritária. Sobre a  
1134 Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família, explicou que a atenção básica no Brasil é  
1135 um “conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e  
1136 a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a  
1137 manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na  
1138 situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde  
1139 das coletividades” (PNAB 2011). Acrescentou que a atenção básica no Brasil deve considerar  
1140 o cidadão/usuário em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção  
1141 integral; ser realizada por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e  
1142 participativas, sob forma de trabalho em equipe; e ser dirigida a populações de territórios  
1143 delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária. Citou ainda mais alguns de  
1144 seus princípios: acolhimento, vínculo e responsabilização; e integralidade, longitudinalidade,  
1145 resolubilidade e coordenação do cuidado. Segundo pesquisas sobre a ESF, na última década,  
1146 multiplicaram-se os estudos que evidenciam a maior capacidade da ESF em efetivar os  
1147 atributos da AB integral, melhorando o desempenho dos serviços e produzindo impacto  
1148 positivo na saúde da população, com redução da mortalidade infantil, cardiológica e  
1149 cerebrovascular e das internações por condições sensíveis à atenção primária” (Luis Facchini  
1150 coordenador da Rede de Pesquisas em Atenção Primária em Saúde). A respeito da Estratégia  
1151 da ESF, salientou que foi essencial para a expansão e consolidação da ESF o seu  
1152 financiamento indutivo” (FACCHINI, 2017). Para cada R\$10,00 investidos na Atenção Básica,  
1153 de R\$ 5,00 a R\$ 6,00 são do tesouro municipal, de R\$ 3,00 a 4,00 da União e de R\$ 0,50 a  
1154 R\$ 1,00 dos Estados – IPEA/DAB. Ou seja, a característica desse financiamento, por suas  
1155 regras, é que ele exige que o município aporte recursos juntos. Ainda nas palavras do  
1156 coordenador da Rede de Pesquisas em Atenção Primária em Saúde, a ESF é  
1157 sistematicamente melhor do que o modelo “tradicional” e isso está relacionado com a  
1158 presença de uma mesma equipe de médicos, enfermeiros, agentes comunitários e também de  
1159 dentistas por 40 horas no serviço. Com a implantação do Programa Mais Médicos (PMM), que  
1160 colocou mais de 18 mil médicos, em seu momento culminante, este efeito pró-equidade  
1161 tornou-se ainda mais marcante, beneficiando municípios e regiões mais vulneráveis”. Sobre o  
1162 Conselho Nacional de Saúde e a PNAB 2011, lembrou que a Resolução nº 439/2011 foi  
1163 norteadora da PNAB 2011: mobilizar todos os esforços e forças sociais para aumentar a  
1164 destinação de recursos para AB, especialmente União e Estados; que a AB seja efetivamente  
1165 a principal porta de entrada do SUS, com agenda aberta e acolhimento humanizado em todas  
1166 UBS, capaz de prestar atenção integral resolutiva, equânime e multiprofissional, com  
1167 condições de coordenar e garantir o cuidado do usuário mesmo quando ele necessita de  
1168 serviços de apoio diagnóstico e terapêutico em outras redes e níveis de atenção. Ainda sobre  
1169 o CNS e PNAB, destacou: que o controle social, a participação da comunidade em cada  
1170 serviço (...) sejam fatores permanentes de crítica, correção e orientação da PNAB; que se  
1171 intensifiquem os esforços e criem novas políticas que visem garantir profissionais de saúde  
1172 em todas as regiões e localidades do país, principalmente nas mais vulneráveis e de difícil  
1173 acesso, universalizando de fato o direito à saúde; e que o MS e as secretarias estaduais e  
1174 municipais aprimorem e qualifiquem os mecanismos de controle, fiscalização do cumprimento  
1175 de responsabilidades e tomem medidas de avaliação da qualidade dos serviços de AB. Sobre  
1176 as mudanças na PNAB aprovada na CIT, avaliou que o texto apresenta alguns avanços ao  
1177 incorporar conceitos de políticas implantadas depois de 2011, incorporar referenciais que já  
1178 eram trabalhados nos cursos e protocolos do Ministério da Saúde e tratar da informatização  
1179 (embora com repercussões danosas). Contudo, essas melhorias se situam em duas  
1180 tipologias: textos que tem somente o efeito de recomendações; e normas que já estavam  
1181 instituídas e que são apenas reforçadas. Salientou ainda que a PNAB apresenta “silêncios”  
1182 que funcionam como desregulações como a retirada do mínimo de Agentes  
1183 Comunitários de Saúde por equipe de saúde da família - eram quatro e agora passa a ser um  
1184 – e retirada da obrigatoriedade dos ACS cobrirem 100% população. Além disso, a PNAB  
1185 regulamenta questões questionáveis sem justificativa pertinente: unificação do território e do  
1186 trabalho (ador) ACE e ACS; Regulamentação/valorização do “modelo tradicional” vigente  
1187 antes do investimento brasileiro na ESF iniciado em 1994: financiamento/estímulo a um “não  
1188 modelo” e três profissionais, mínimo de 10 horas cada e sem ACS; e Padrão Essencial – um  
1189 pacote básico anti-PMAQ?. Seguindo, apresentou análise das justificativas e efeitos das  
1190 mudanças da PNAB aprovada na CIT considerando como principais fontes: Relatório do  
1191 GT/CNS de Atenção Básica, estudos da COFIN, análises da ABRASCO, CEBES, Rede Unida  
1192 e IPEA. Sobre os ACS e ACE, explicou que não se justificou, apenas se retirou do texto o

1193 número mínimo e mudou a exigência de 100% para a população mais vulnerável. Para  
1194 entender, é importante analisar o contexto de 2006 a 2017: 2006 – Emenda Constitucional que  
1195 regularizou os agentes; 2015 - piso salarial e repartição dos custos entre União e municípios;  
1196 e 2017 – iminência de aumento do piso. Lembrou que o Brasil possui hoje 248 mil ACS e  
1197 aproximadamente 60 mil ACE e o que mantém o número de agentes é a obrigatoriedade de  
1198 tê-los na ESF – agora pode ter a “equipe não ESF”, o mínimo de quatro associado à cobertura  
1199 de 100% (que gera uma média de 6 ACS por equipe) e ACS pela população e ACE pelo  
1200 território e imóveis; e o efeito esperado dessa medida é a redução drástica do número de  
1201 agentes (como corte de gastos) e as consequências na ESF e na saúde da população. Ainda  
1202 sobre a regulamentação pela PNAB de questões questionáveis sem justificativa pertinente,  
1203 destacou: padrão essencial: transposição de um dispositivo da relação entre empregador e  
1204 empregado ou de “cobertura universal”, o mínimo hoje é a integralidade e a universalidade e  
1205 uma medida que inexoravelmente rebaixaria o mínimo; e regulamentação/valorização do  
1206 “modelo tradicional” vigente antes do investimento brasileiro na ESF iniciado em 1994:  
1207 financiamento/estímulo a um “não modelo”; três profissionais (sem exigir nenhuma  
1208 característica), mínimo de 10 horas cada e sem ACS, desestímulo comparativo à ESF: menos  
1209 regras, ações e necessidade de “contrapartida” financeira – efeito econômico substitutivo e  
1210 financiamento da ESF (congelado desde 2013 e com previsão de redução este ano). Sobre o  
1211 financiamento da AB “não saúde da família”, **justificativa de expandir cobertura, salientou**  
1212 **que o** aumento do financiamento, por si só, não expande a cobertura. Citou, inclusive, que  
1213 houve aumento de mais de 100% entre 2011 e 2014 (mais de 60% em valores reais) e a  
1214 cobertura só cresceu a partir de 2013 com o Programa Mais Médicos. Além disso, o valor  
1215 repassado é menor que o custo real, o que exige complementação de recursos de um gestor  
1216 municipal que se queixa de não ter mais como gastar. O Programa Mais Médicos expandiu  
1217 porque garantiu o profissional mais difícil de atrair assumiu os custos dele. Sobre o  
1218 financiamento da AB “não saúde da família”, com a **justificativa de expandir cobertura,**  
1219 **destacou que a** “flexibilização” da carga horária não promove a expansão e citou: com a  
1220 flexibilização da carga horária em 2011 (criticada pelo CNS) menos de 1 mil equipes adotaram  
1221 esse modelo – regularizou-se marginalmente o que estava irregular; a carga horária  
1222 flexibilizada piora a qualidade e, por isso, mesmo a partir de 2011 a Política Nacional  
1223 estimulou a carga horária integral e lançou programas como PROVAB e Mais Médicos que a  
1224 exigem (mínimo de 32 horas). Ainda nessa perspectiva, salientou que a qualidade da “não  
1225 ESF” é muito pior que da ESF e citou que pesquisas mostram que a qualidade é muito pior,  
1226 que é menos adequada à transição epidemiológica e demográfica e é menos custo-efetiva.  
1227 Além disso, destacou que o PMAQ exige o mínimo do mínimo para participar (e isso foi  
1228 empecilho para mais de 90% das existentes). Das que participaram, 49% não atingiram  
1229 sequer o menor padrão de qualidade e só 12 (5%) alcançaram o maior padrão. No que se  
1230 refere à justificativa de financiar equipes que cuidam de 11% da população e lidar com a  
1231 diversidade nacional, destacou os seguintes aspectos: uma inversão da equidade do  
1232 financiamento que avançou com os PAB Fixo, Variável e Programa Mais Médicos; 72% dos  
1233 recursos iriam para os 5 estados mais ricos da federação (SP, MG, RJ, RS e PR); municípios  
1234 maiores e mais ricos é que seriam beneficiados; e Regiões Norte e Nordeste, pequenos  
1235 municípios e aqueles que se esforçaram ao longo dos últimos 23 anos para ter a ESF e que  
1236 foram beneficiados com o Mais Médicos não teriam nada a ganhar (mas muito a perder).  
1237 Detalhou que as razões do financiamento da AB “não saúde da família” seriam: mudar a  
1238 distribuição/rateio dos recursos; e substituir o modelo da ESF por um com: menos qualidade,  
1239 menos “exigências”, menos gasto imediato e mais custo sistêmico. Falou também dos efeitos  
1240 do financiamento da AB “não saúde da família” e desestímulo à ESF: retrocesso nos princípios  
1241 da AB e substituição da ESF pelo modelo hegemônico; piora da qualidade dos serviços e em  
1242 indicadores (morbi-mortalidade) que vinham avançando; aumento do custo e da carga de  
1243 doenças; precarização das relações de trabalho e liberação funcional de horas de trabalho ao  
1244 mercado; e aumento da “desordem” na relação público-privado. Em conclusão, afirmou que a  
1245 proposta é o retorno de uma agenda regressiva que agora vira política pública e lembrou que,  
1246 em 2011, também houve pressões no sentido de retirar o médico como obrigatório na equipe,  
1247 retirar a exigência da carga horária e financiar a AB que não era saúde da família. Diante  
1248 disso, as **respostas foram:** Resolução 439/2011 do CNS e PNAB vigente assegurando mais  
1249 financiamento e com fatores de equidade; PMAQ – que permite financiar qualquer modelo  
1250 contanto que demonstre qualidade em um processo de avaliação; Provab e Mais Médicos  
1251 garantindo médicos; e diversificação dos tipos de equipes. Acrescentou que se trata de uma  
1252 agenda de desfinanciamento e desregulamentação que busca viabilizar o corte de gastos e

1253 que se articula com a de desregulamentação do financiamento (unificação dos blocos de  
1254 custeio em um só). Cortando gastos na AB com a retirada de exigências mínimas e com a  
1255 unificação dos blocos, esses recursos poderiam ser “direcionado” para outros usos. Por fim,  
1256 destacou que é parte da agenda pró-mercado e de quebra dos princípios de integralidade e  
1257 universalidade do SUS: repassar tudo o que for possível ao mercado na condição de  
1258 prestador dos serviços públicos (terceirização); repassar parte importante dos usuários do  
1259 SUS como “clientela” ao mercado – desregulamentação da saúde suplementar, planos  
1260 precários e padrão de baixa qualidade e demora de acesso no público; repassar parte da  
1261 capacidade do SUS ao mercado – leitos privatizados e carga horária dos trabalhadores; e  
1262 concentrar esforços só na população que não consegue consumir no mercado – focalização e  
1263 segmentação com baixo padrão de qualidade. Na sequência, conselheira **Shirley Marshal**  
1264 **Diaz Morales**, integrante do GT do CNS que debateu a revisão da PNAB, iniciou destacando  
1265 o esforço do GT para debater o tema, dada a importância da PNAB, política estruturante para  
1266 o Sistema. Lembrou que o CNS iniciou a discussão no segundo semestre de 2016 e, apesar  
1267 das solicitações, não foi apresentado texto oficial para análise do Grupo. Salientou que  
1268 modificações são necessárias, mas, para isso, é necessário ouvir o controle social. Nessa  
1269 linha, na 61ª Reunião Extraordinária, em agosto de 2017, o Plenário aprovou recomendações,  
1270 propostas pelo GT: ao Ministério da Saúde, ao Conselho Nacional de Secretarias Municipais  
1271 de Saúde - CONASEMS, ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, aos  
1272 Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde e às entidades que compõem as instâncias de  
1273 controle social do SUS para se comprometerem com a ampliação e qualificação do debate  
1274 sobre a revisão da PNAB, tratando objetivamente dos impactos assistenciais e econômicos  
1275 das medidas propostas, apresentando estudos e projeções que embasaram a decisão da CIT,  
1276 a repercussão no rateio, redistribuição de recursos federais para atenção básica repassados  
1277 aos municípios envolvendo a participação da população usuária, especialistas, trabalhadores,  
1278 gestores; que os processos de mobilização das Conferências de Vigilância em Saúde  
1279 contemplem o debate, razões, justificativas e impactos da revisão da PNAB; e a à Comissão  
1280 Intergestores Tripartite – CIT não deliberar pela revisão da PNAB enquanto este processo de  
1281 debate estiver em andamento (foi encaminhado o Ofício nº 56 à Comissão, mas não houve  
1282 resposta). Todavia, ao contrário do recomendado, o texto pactuado, após a realização de  
1283 consulta pública com duração de apenas dez dias, foi pactuado (apesar das solicitações, o  
1284 CNS não teve acesso às contribuições feitas na consulta). Esclareceu, ainda, que na reunião  
1285 da CIT o texto pactuado não foi lido para conhecimento. Diante disso, o CNS solicitou o texto  
1286 da Política, por ofício, mas não obteve resposta. Explicou que, durante a reunião do GT,  
1287 realizada no dia anterior, o texto da Política foi disponibilizado extraoficialmente pelo  
1288 representante do Ministério da Saúde presente à reunião. Além disso, ao contrário do  
1289 afirmado pelos gestores, não houve debate com trabalhadores e usuários. Diante dessa  
1290 situação, disse que o GT definiu os seguintes encaminhamentos: **1)** aprovar o relatório  
1291 elaborado pelos integrantes da 1ª composição do Grupo de Trabalho da Atenção Básica com  
1292 contribuições de colaboradores para posterior envio a Mesa Diretora e encaminhamentos  
1293 necessários e esclarecendo que este documento será utilizado pela atual composição do GT  
1294 como subsídio de suas análises; **2)** manter a Recomendação nº 35/2017 para garantia do  
1295 amplo debate sobre a PNAB no âmbito dos conselhos, e recomenda que o Ministério da  
1296 Saúde - MS não publique os textos de atualização da PNAB pactuados na última reunião  
1297 tripartite ocorrida em 31 de agosto de 2017; **3)** Que, em caso de publicação dos textos de  
1298 atualização da PNAB pactuados na CIT em 31 de agosto de 2017, o conselho oriente as  
1299 instituições para a garantia da manutenção do debate e aprovação da política no âmbito do  
1300 CNS, utilizando os mecanismos necessários no Legislativo e Judiciário; **4)** Que a COFIN  
1301 encaminhe, a partir das informações encaminhadas pelo MS relacionadas à pactuação na CIT  
1302 sobre e PNAB, os dados complementares para as análises orçamentárias e financeiras que  
1303 subsidiarão as comissões e deliberações do Pleno sobre o tema; **5)** indicar integrante da  
1304 COFIN para participar das reuniões do GT que ocorrerão na semana de reuniões ordinárias  
1305 do CNS; **6)** reiterar que o Ministério da Saúde responda oficialmente os Memorandos nºs 56 e  
1306 67/2017 do CNS que solicita a versão da minuta de Portaria pactuada na CIT sobre a PNAB e  
1307 as informações complementares necessárias às análises do GT-AB, comissões e Pleno deste  
1308 conselho; **7)** solicitar a CIT inclusão de representação do GT-AB nos espaços de discussão  
1309 relacionados ao tema da PNAB; **8)** incluir como pauta permanente as discussões sobre  
1310 pactuações da PNAB nas reuniões ordinárias do CNS; **9)** solicitar ao Ministério da Saúde a  
1311 apresentação do comparativo da PNAB vigente com os pontos de atualização e respectivas  
1312 justificativas técnicas para incorporação da proposta na versão pactuada após conclusão dos

1313 trabalhos de sistematização da consulta pública da PNAB; **10)** que o CNS institua as  
1314 discussões do Modelo de Atenção à Saúde a ser adotado no Brasil, no âmbito de suas  
1315 comissões e no Plenário, tendo em vista os impactos assistenciais e financeiros que envolvem  
1316 a Atenção Básica. Por fim, observou que o representante do segmento gestor no GT/AB  
1317 discordou do item 2 dos encaminhamentos. Para os demais itens, houve concordância, por  
1318 unanimidade, entre os membros do Grupo. Antes de abrir para manifestações do Pleno, a  
1319 assessora política no INESC, **Grazielle Custódio David**, interveio para saudar o Pleno pelos  
1320 encaminhamentos sobre a Liminar e colocar-se à disposição para outros debates. Sobre a  
1321 revisão da PNAB, explicou que cabe representação legal porque atenta contra o princípio da  
1322 equidade e da administração pública, porque as medidas vão contra a eficiência e a não  
1323 discriminação dos tratados de direitos humanos, pois o impacto será maior nas regiões mais  
1324 miseráveis do Brasil. Finalizou despedindo-se do Pleno, agradecendo a oportunidade e  
1325 colocando-se à disposição para outros debates. **Manifestações.** Conselheiro **Cláudio**  
1326 **Ferreira do Nascimento** parabenizou a COFIN e o GT pelo trabalho e frisou que as  
1327 apresentações dos expositores deixaram clara a tarefa do CNS de impedir a revisão da  
1328 Política nos termos propostos. Disse que é preciso discutir a implicação da PNAB na vida das  
1329 pessoas usuárias do SUS, a ligação com a precarização do trabalho, a terceirização das  
1330 políticas sociais e a associação com outras medidas adotadas pelo governo como a  
1331 aprovação da proposta de planos acessíveis. Salientou que é preciso chamar outros  
1332 movimentos sociais e populares e organizações de trabalhadores para impedir esse ataque  
1333 que a revisão da PAB representa e outras medidas de contraproposta. Conselheira **Denise**  
1334 **Torreão Corrêa da Silva** reiterou que é preciso debater, em conjunto, a série de medidas  
1335 nocivas adotadas como: aprovação da revisão da PNAB; aprovação da proposta de planos  
1336 acessíveis de saúde, pela ANS (no dia anterior); e publicação de nota do MS informando que  
1337 o mercado pode vender planos de saúde acessíveis (naquele dia). Frisou que é preciso  
1338 buscar medida mais eficiente que possa impedir iniciativas como essas que agridem  
1339 diuturnamente a sociedade. Também salientou que é preciso reformular a participação do  
1340 ministro de estado da saúde na reunião, de modo a garantir a participação na reunião por  
1341 maior tempo. Acrescentando às falas anteriores, conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**  
1342 avaliou que os valores se perderam no país e manifestou preocupação com a falta de  
1343 comprometimento de gestores com conquistas e direitos garantidos. Avaliou que é preciso  
1344 fortalecer os Conselhos Estaduais e Municipais para que contribuam na luta de garantia de  
1345 direitos. Disse que os ACS estão à parte desse debate e enfermeiros estão sendo  
1346 desrespeitados nesse processo de “revisão”. Salientou que é preciso resistir nesse momento e  
1347 assegurar que as escolas tenham mais cuidado na formação. Conselheiro **Ronald Ferreira**  
1348 **dos Santos**, Presidente do CNS, elogiou o Grupo pelo trabalho e a COFIN pela análise e  
1349 frisou que o CNS tem feito o que precisa ser feito, convocando, inclusive, os trabalhadores  
1350 para defesa de um modelo de sucesso traduzido na ESF (precisa ser aperfeiçoada, mas não  
1351 destruída). Também reiterou, como encaminhamento, a proposta de sistematizar o debate  
1352 sobre modelo de atenção. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** cumprimentou o Grupo  
1353 pelo trabalho e registrou que concordava com a maioria das propostas colocadas. Explicou  
1354 que o conselheiro Marcos Franco participou da reunião do Grupo, realizada no dia anterior,  
1355 mas não estava presente porque passou mal. Informou ainda que o documento de revisão da  
1356 PNAB estava passando por reparos, por isso, não foi disponibilizado; tão logo concluído, seria  
1357 enviado. Clarificou ainda que a representação do Ministério, presente à reunião do GT,  
1358 discordou do item 2 (não publicar os textos de atualização da PNAB pactuados na última  
1359 reunião tripartite ocorrida em 31 de agosto de 2017). Colocou que, mesmo com a publicação  
1360 do texto, o debate poderia continuar, entendendo que os desafios são maiores que os  
1361 colocados na mesa. Também sugeriu que um integrante da COFIN participe do GT da AB  
1362 para debater as questões financeiras e trazer informações ao CNS. Por fim, solicitou que as  
1363 propostas fossem votadas com quórum, inclusive para serem legitimadas. Conselheiro **José**  
1364 **Eri de Medeiros** cumprimentou os integrantes da mesa e pontuou que o debate não se  
1365 encerraria naquele momento. Ponderou que, para tomada de decisão, seria necessário mais  
1366 debate, inclusive com a participação de representantes das três esferas – MS, CONASS e  
1367 CONASEMS. Nessa linha, independente de publicação de Portaria da PNAB, seria importante  
1368 aprofundar o debate sobre a atenção básica. **Retorno da mesa.** O integrante da COFIN,  
1369 **Heider Aurélio Pinto**, saudou o GT pelas proposições e, concordando com a maior parte das  
1370 falas, destacou os seguintes aspectos: entidades patronais sinalizaram a possibilidade de  
1371 adotar os planos acessíveis; e queda do orçamento da atenção básica em comparação a  
1372 2014. Conselheira **Shirley Marshal Morales**, integrante do GT/AB do CNS, explicou que a

1373 proposta de manter a Recomendação nº 35/2017, para garantia do amplo debate sobre a  
1374 PNAB no âmbito dos conselhos, contrapõe-se à publicação dos textos de atualização da  
1375 PNAB. Também disse que continuar o debate com a publicação da Portaria é prejudicial.  
1376 Solicitou que os textos da PNAB sejam fornecidos para debate técnico inerente ao campo  
1377 político social. Finalizando, disse que é preciso priorizar o diálogo para o avanço das políticas  
1378 do Brasil. O assessor técnico da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, reiterou a informação de  
1379 que houve estagnação dos níveis de 2014 da relação entre o que se aplica e o que se gasta  
1380 na subfunção atenção básica em relação ao que se gasta na subfunção assistencial hospitalar  
1381 e ambulatorial, tendo por base os dados apresentados no RAG 2016. No mais, informou que o  
1382 Conselho não está debatendo o PLOA 2018 porque o MS não encaminhou ao CNS a proposta  
1383 enviada ao Congresso Nacional. Encerradas as manifestações, a mesa procedeu à  
1384 apreciação dos encaminhamentos, mas, ao verificar que não havia quórum para votação (art.  
1385 40 do Regimento Interno do CNS), adiou a deliberação para manhã do segundo dia de  
1386 reunião. **ENCERRAMENTO** – A mesa encerrou a reunião às 21:09. Estiveram presentes os  
1387 seguintes conselheiros e conselheiras – *Titulares* – **André Luiz de Oliveira**, Conferência  
1388 Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB; **Antonio Carlos Figueiredo Nardi**, Ministério da  
1389 Saúde (MS); **Antônio Lacerda Souto**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na  
1390 Agricultura – CONTAG; **Antônio Muniz da Silva**, Organização Nacional dos Cegos do Brasil  
1391 – ONCB; **Carmen Lucia Luiz**, União Brasileira de Mulheres – UBM; **Carlos de Souza**  
1392 **Andrade**, Confederação Nacional do Comércio – CNC; **Cláudio Ferreira do Nascimento**,  
1393 Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**,  
1394 Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA; **Dylson Ramos**  
1395 **Bessa Junior**, Organização Nacional de Entidades de Deficientes Físicos – ONEDEF;  
1396 **Edmundo Dzuaiwi Omere**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia  
1397 Brasileira (COIAB); **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Ensino em  
1398 Fisioterapia – ABENFISIO; **Geordeci M. Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **Guilherme**  
1399 **Franco Netto**, Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO; **Heliana Neves**  
1400 **Hemeterio dos Santos**, Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e  
1401 Transexuais – ABGLT; **Jani Betânia Souza Capiberibe**, Associação Brasileira de Autismo –  
1402 ABRA; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João Rodrigues Filho**, Confederação  
1403 Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; **Luiz Alberto Catanocce**, Sindicato Nacional  
1404 dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical – SINDNAPI; **Luiz Aníbal Vieira**  
1405 **Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Marcos da Silveira Franco**,  
1406 Ministério da Saúde; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes  
1407 Sociais (FENAS); **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Nelson Augusto**  
1408 **Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos  
1409 Indígenas da Região Sul – ARPINSUL; **Ricardo José Magalhães Barros**, Ministério da  
1410 Saúde (MS); **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos – Fenafar;  
1411 **Sônia Pereira**, Rede Nacional Lai Lai Apejo; **Wilên Heil e Silva**, Conselho Federal de  
1412 Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); e **Zaíra Tronco Salerno**, Associação  
1413 Brasileira de Nutrição (ASBRAN). *Suplentes* – **Albervan Reginaldo Sena**, Associação  
1414 Brasileira de Linfoma e Leucemia – ABRALÉ; **Analice Dantas Santos**, Conselho Federal de  
1415 Serviço Social – CFESS; **Ana Sandra Fernandes Arcoverde Nóbrega**, Conselho Federal de  
1416 Psicologia – CFP; **Antonio César Silva Mallet**, Ministério da Saúde - MS; **Clarice Baldotto**,  
1417 Associação de Fisioterapeutas do Brasil - AFB; **Douglas Vinicius Reis Pereira**, Direção  
1418 Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM; **Denise Torreão Corrêa da Silva**,  
1419 Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFa; **Eliane Maria Nogueira de Paiva Cunha**,  
1420 Sindicato dos Servidores do Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde –  
1421 UNASUS; **João Bosco Cavalcanti Chaves**, Federação Nacional dos Fisioterapeutas e  
1422 Terapeutas Ocupacionais – FENAFITO; **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral  
1423 dos Trabalhadores do Brasil – CGTB; **José Eri de Medeiros**, Conselho Nacional de  
1424 Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS; **Karla Larica Wanderley**, Ministério da  
1425 Saúde; **Lenir Santos**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down – FBASD;  
1426 **Luiz Carlos Medeiros de Paula**, Federação Nacional de Associações e Entidades de  
1427 Diabetes – FENAD; **Manoel Benedito Viana Santos**, Conselho Nacional de Técnicos em  
1428 Radiologia – CONTER; **Maria das Graças Silva Gervásio**, Conferência Nacional dos Bispos  
1429 do Brasil – CNBB; **Paulo Roberto Vanderlei Rebello Filho**, Ministério da Saúde; **Simone**  
1430 **Maria Leite Batista**, Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em  
1431 Saúde – ANEPS; **Shirley Marshal Diaz Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros –  
1432 FNE; **Sônia Maria Feitosa Brito**, Ministério da Saúde; **Sueli Terezinha Goi Barrios**,

1433 Associação Brasileira da Rede Unida – REDE UNIDA; e **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral  
1434 da Criança. Iniciando o segundo dia de reunião, conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**  
1435 assumiu a coordenação dos trabalhos e saudou os presentes. Conselheira **Clarice Baldotto**  
1436 fez uso da palavra para solicitar que a nota técnica sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais  
1437 do curso de Graduação em Fisioterapia não fosse apreciada na reunião, porque não fora  
1438 enviada com a antecedência de dez dias, conforme dispõe o art. 22 do Regimento Interno do  
1439 CNS, e as associações ligadas à Associação de Fisioterapeutas do Brasil – AFB não puderam  
1440 apreciá-la. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, da Mesa Diretora do CNS, lembrou  
1441 que a pauta da 297ª Reunião Ordinária foi apreciada e aprovada no primeiro dia de reunião,  
1442 sem questionamentos, portanto, a conselheira poderia solicitar vista à matéria. Conselheira  
1443 **Clarice Baldotto** retomou a palavra para colocar que o item 7 da pauta (Comissão  
1444 Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho – CIRHRT) não especificou os  
1445 temas que seriam tratados, portanto, não sabia que a nota técnica seria submetida à  
1446 apreciação do Pleno. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** ponderou que alguns temas,  
1447 dada urgência, eram trazidos sem atender ao prazo regimental, mas é dado ciência aos  
1448 conselheiros no momento da apresentação da pauta. Na linha de tentar resolver o impasse,  
1449 sugeriu iniciar o ponto de pauta e definir o encaminhamento no momento da discussão. Não  
1450 havendo manifestações contrárias, procedeu ao primeiro item do segundo dia de reunião.  
1451 **ITEM 7 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS E RELAÇÕES DE**  
1452 **TRABALHO – CIRHRT - Apresentação:** conselheiro **Douglas Vinicius Pereira**, coordenador  
1453 adjunto da CIRHRT. **Coordenação:** conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**,  
1454 coordenadora adjunta da CIRHRT/CNS e integrante da Mesa Diretora do CNS; e conselheiro  
1455 **Neilton Araújo de Oliveira** da Mesa Diretora do CNS. Iniciando, a coordenadora adjunta da  
1456 CIRHRT/CNS listou os pontos que seriam tratados nesse item: pareceres; informes; e  
1457 encaminhamentos. Iniciando, conselheiro **Douglas Vinicius Pereira**, coordenador adjunto da  
1458 CIRHRT/CNS, procedeu a apresentação dos 41 pareceres elaborados pela Comissão e  
1459 enviados previamente aos conselheiros, sendo: treze de Enfermagem; sete de Odontologia; e  
1460 21 de Psicologia. Seguindo a dinâmica já aprovada pelo CNS, os pareceres foram  
1461 apresentados e votados em bloco. **a) Pareceres satisfatórios: 1)** 201600780. Faculdades  
1462 Integradas Pitágoras. Montes Claros/MG. Autorização. Odontologia. Parecer: satisfatório. **2)**  
1463 201601047. Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande. Campina Grande/PB.  
1464 Autorização. Odontologia. Parecer: Satisfatório. **3)** 201602282. Faculdade Atualiza.  
1465 Salvador/BA. Autorização (vinculada ao credenciamento). Enfermagem. Parecer: Satisfatório.  
1466 **Deliberação: aprovados, em bloco, por unanimidade, os três pareceres satisfatórios. b)**  
1467 **Pareceres satisfatórios com recomendações: 4)** 201601002. Centro Universitário FACEX.  
1468 Natal/RN. Autorização. Odontologia. Parecer: satisfatório com recomendações. **5)** 201602431.  
1469 Faculdade de Educação de Porto Velho. Porto Velho/RO. Autorização. Psicologia. Parecer:  
1470 satisfatório com recomendações. **6)** 201603248. Faculdade Estácio de Teresina. Teresina/PI.  
1471 Autorização. Psicologia. Parecer: satisfatório com recomendações. **7)** 201404429. Faculdade  
1472 da Amazônia. Ananindeua/PA. Autorização. Psicologia. Parecer: satisfatório com  
1473 recomendações. **8)** 201601564. Faculdade Maurício de Nassau de Petrolina. Petrolina/PE.  
1474 Autorização. Enfermagem. Parecer: satisfatório com recomendações. **9)** 201608186.  
1475 Faculdade Superior de Ensino Programus. Água Branca/PI. Autorização. Enfermagem.  
1476 Parecer: satisfatório com recomendações. **10)** 201600873. Centro Universitário do Planalto de  
1477 Araxá. Araxá/MG. Autorização. Psicologia. Parecer: satisfatório com recomendações. **11)**  
1478 201603130. Faculdade Jardins Aracaju/SE. Autorização. Enfermagem. Parecer: satisfatório  
1479 com recomendações. **12)** 201603840. Faculdade Sete Lagoas. Sete Lagoas/MG. Autorização.  
1480 Psicologia. Parecer: satisfatório com recomendações. **13)** 201500956. Faculdade CESUMAR.  
1481 Curitiba/PR. Autorização. Psicologia. Parecer: satisfatório com recomendações. **14)**  
1482 201506922. Faculdade de Inhumas – FAC-MAIS. Inhumas/GO. Autorização. Odontologia.  
1483 Parecer: satisfatório com recomendações. **15)** 201601820. Centro Universitário São Lucas.  
1484 Porto Velho/RO. Autorização. Psicologia. Parecer: satisfatório com recomendações. **16)**  
1485 201607241. Faculdade Pio Décimo de Canindé do São Francisco. Canindé do São  
1486 Francisco/SE. Autorização. Enfermagem. Parecer: satisfatório com recomendações. **17)**  
1487 201603334. Faculdade Santo Antônio de Queimadas. Queimadas/BA. Autorização (vinculada  
1488 ao credenciamento). Enfermagem. Parecer: satisfatório com recomendações. **18)** 201508292.  
1489 Faculdade de Ensino Superior da Amazônia Reunida. Redenção/PA. Reconhecimento.  
1490 Enfermagem. Parecer: satisfatório com recomendações. **19)** 201603996. Centro Universitário  
1491 Anhanguera de São Paulo. São Paulo/SP. Reconhecimento. Enfermagem. Parecer:  
1492 satisfatório com recomendações. **Deliberação: aprovados, em bloco, por unanimidade, os**

1493 **dezesseis pareceres satisfatórios com recomendações. c) Pareceres insatisfatórios: 20)**  
1494 201601301. Faculdade Maurício de Nassau de Petrolina. Petrolina/PE. Autorização.  
1495 Psicologia. Parecer: insatisfatório. **21)** 201601356. Faculdade de Ciências Médicas de  
1496 Campina Grande. Campina Grande/PB. Autorização. Psicologia. Parecer: insatisfatório. **22)**  
1497 201601412. Faculdade da União de Ensino e Pesquisa Integrada. João Pessoa/PB.  
1498 Autorização. Psicologia. Parecer: insatisfatório. **23)** 201601718. Faculdade Pitágoras de Feira  
1499 de Santana. Feira de Santana/BA. Autorização. Psicologia. Parecer: insatisfatório. **24)**  
1500 201603271. Faculdade Estácio do Amazonas – Estácio Amazonas. Manaus/AM.  
1501 Autorização. Psicologia. Parecer: insatisfatório. **25)** 201603414. Centro  
1502 Universitário SOCIESC. Joinville/SC. Autorização. Psicologia. Parecer: insatisfatório. **26)**  
1503 201603415. Centro Universitário SOCIESC. Joinville/SC. Autorização. Odontologia. Parecer:  
1504 insatisfatório. **27)** 201505198. Faculdade da Amazônia. Ananindeua/PA. Autorização.  
1505 Enfermagem. Parecer: insatisfatório. **28)** 201409628. Faculdade Joaquim Nabuco Paulista.  
1506 Paulista/PE. Autorização. Psicologia. Parecer: insatisfatório. **29)** 201603669. Faculdade  
1507 Promove de Janaúba. Janaúba/MG. Autorização. Odontologia. Parecer: insatisfatório.  
1508 **30)** 201609055. Universidade Universus Veritas Guarulhos. Guarulhos/SP. Autorização.  
1509 Psicologia. Parecer: insatisfatório. **31)** 201601443. Faculdade UNINASSAU Feira de  
1510 Santana. Feira de Santana/BA. Autorização. Enfermagem. Parecer: insatisfatório. **32)**  
1511 201601635. Faculdade UNINASSAU Feira de Santana. Feira de Santana/BA. Autorização.  
1512 Odontologia. Parecer: insatisfatório. **33)** 201601637. Faculdade UNINASSAU Feira de  
1513 Santana. Feira de Santana/BA. Autorização. Psicologia. Parecer: insatisfatório. **34)**  
1514 201602287. Faculdade UNINASSAU Jaboatão dos Guararapes. Jaboatão dos  
1515 Guararapes/PE. Autorização. Psicologia. Parecer: insatisfatório. **35)** 201601416. Faculdade  
1516 DeVry João Pessoa. João Pessoa/PB. Autorização. Enfermagem. Parecer: insatisfatório. **36)**  
1517 201505415. Faculdade Metropolitana de Anápolis. Anápolis/GO. Autorização. Psicologia.  
1518 Parecer: insatisfatório. **37)** 201600814. Faculdade de Gestão e Negócios de Salvador.  
1519 Salvador/BA. Autorização. Psicologia. Parecer: insatisfatório. **38)** 201607059. Faculdade Dom  
1520 Heitor Sales. Natal/RN. Autorização. Enfermagem. Parecer: insatisfatório. **39)** 201601217.  
1521 Faculdade das Águas Emendadas. (Faculdade Ideal de Brasília). Brasília/DF. Autorização.  
1522 Psicologia. Parecer: insatisfatório. **40)** 201610170. Centro Universitário Projeção. Brasília/DF.  
1523 Autorização. Enfermagem. Parecer: insatisfatório. **41)** 201604103. Faculdade Pitágoras de  
1524 Teixeira de Freitas. Teixeira de Freitas/BA. Reconhecimento. Psicologia. Parecer:  
1525 insatisfatório. **Deliberação: os 21 pareceres insatisfatórios foram aprovados, em bloco,**  
1526 **com uma abstenção.** Seguindo, iniciou-se à apresentação da Nota técnica com  
1527 recomendações do CNS à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de  
1528 graduação em Fisioterapia. O coordenador adjunto da CIRHRT recuperou que o GT das DCN  
1529 está elaborando nota técnica com as contribuições do CNS para as DCN dos cursos da área  
1530 da saúde. Lembrou que o CNS já apreciou as contribuições relativas aos cursos de Saúde  
1531 Coletiva e Farmácia e naquele momento seria apresentada a minuta das DCN da Fisioterapia.  
1532 Para melhor entendimento, detalhou o processo de elaboração das recomendações à  
1533 proposta de DCN: inicialmente, o GT convida entidades da categoria profissional para debate;  
1534 a assessoria técnica compila as contribuições; e a Comissão apresenta as contribuições e  
1535 produz minuta para apreciação do Pleno. Feito esse preâmbulo, conselheira **Francisca Rêgo**  
1536 **Oliveira Araújo** detalhou o processo de elaboração da Nota Técnica relativa às Diretrizes  
1537 Curriculares Nacionais do curso de graduação em Fisioterapia. Contextualizou que o CNS  
1538 constituiu GT, composto por cinco integrantes, para debater as DCN visando à integração das  
1539 profissões da área da saúde. Lembrou que os Cursos de Medicina, Farmácia, Saúde Coletiva  
1540 já possuem DCN aprovadas e, no CNS, foram debatidas as Diretrizes da Enfermagem, da  
1541 Fonoaudiologia e Fisioterapia. No dia 22 de junho, foi realizada reunião ampliada da CIRHRT  
1542 que debateu o tema, com entidades representantes das profissões. Explicou que apresentaria  
1543 ao CNS um produto de debate de dois anos, informando, inclusive, que a Associação  
1544 Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO e o Conselho Federal de Fisioterapia e  
1545 Terapia Ocupacional – COFFITO realizaram oficinas nos 27 Estados para debater com  
1546 discentes, docentes e trabalhadores (mais de 2 mil pessoas ouvidas). Na sequência, foi  
1547 elaborada minuta que, submetida à consulta pública, recebeu quase 400 contribuições, na  
1548 maioria, orientação e congratulação pelo trabalho realizado. Também foram apresentadas  
1549 sugestões de melhoria de texto, esclarecimento sobre estágio e educação a distância,  
1550 Classificação Internacional de Funcionalidades - CIF. Disse que foi utilizado como instrumento  
1551 norteador/material de apoio: DCN atuais, DCN da Medicina, textos orientadores da educação.  
1552 Após esse processo, as associações de especialidades da fisioterapia contribuíram, mas

1553 ainda há pontos que causam dúvida sobre a melhor forma de abordagem, sendo, um deles, a  
1554 CIF. Sobre essa questão, decidiu-se por incluir os princípios da Classificação e rediscutiu-se o  
1555 objeto de estudo da Fisioterapia. O tema foi amplamente discutido na categoria, mas há  
1556 posição de que não está fortemente contemplado. Outra questão é a educação a distância. No  
1557 caso da Fisioterapia, frisou que a formação precisa ser presencial por se tratar de um curso  
1558 eminentemente prático, com abrangência em todas as especialidades no âmbito dos ciclos de  
1559 vida das pessoas. Salientou que, para garantir o acesso da sociedade aos serviços de  
1560 fisioterapia, era preciso modificar as DCN da profissão (de 2002). Explicou que a ABENFISIO  
1561 vem discutindo a necessidade de revisão e, em 2015, realizou consulta pública à sociedade  
1562 da fisioterapia para saber se seria importante rediscutir as Diretrizes. No entendimento da  
1563 Associação, os projetos pedagógicos precisam ser melhorados e é necessário formar em  
1564 serviço e para o SUS. Lembrou, inclusive, que o CNS aprova recomendações/sugestões ao  
1565 CNE e a intenção não é atropelar o processo, mas sim construir junto. Reforçou que o tema  
1566 foi pautado amplamente e não seria trazida minuta de resolução ao Pleno, para definição, se  
1567 assim não fosse. Justificou que a minuta de resolução foi enviada fora do prazo regimental  
1568 pela quantidade de agendas da Comissão e do CNS. Feitas essas considerações, passou à  
1569 exposição da minuta de resolução que aprova Nota Técnica que dispõe sobre as  
1570 recomendações do CNS à proposta de DCN do curso de graduação em Fisioterapia. Antes,  
1571 porém, conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**, na condição de coordenador da mesa,  
1572 esclareceu que a minuta de resolução com a Nota Técnica seria apresentada e os  
1573 conselheiros que desejassem poderiam solicitar esclarecimentos, bem como pedir vista. Dito  
1574 isso, conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo** fez considerações sobre a minuta,  
1575 destacando os seguintes aspectos: **1) Considerandos: a)** Considerando que a Constituição  
1576 Federal de 1988 determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido  
1577 mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros  
1578 agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção  
1579 e recuperação; **b)** Considerando que a ordenação da formação de recursos humanos na área  
1580 da saúde é competência do Sistema Único de Saúde - SUS, conforme disposto no artigo 200  
1581 da Constituição Federal de 1988 e na Lei n.º 8.080/1990; **c)** Considerando que o Conselho  
1582 Nacional de Saúde – CNS, conforme na Lei n.º 8.142/1990, é uma instituição de caráter  
1583 permanente e deliberativo, enquanto órgão colegiado detém em sua composição  
1584 representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na  
1585 formulação e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, bem como nas  
1586 estratégias e na promoção do processo de controle social, em toda a sua amplitude, no âmbito  
1587 dos setores público, privado e filantrópico, com observância para os aspectos econômicos e  
1588 financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legitimamente constituído  
1589 em dada esfera do governo; **d)** Considerando que as Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN  
1590 dos cursos de graduação da área da saúde têm, em seus princípios, competências,  
1591 habilidades e atitudes, prerrogativas de uma formação para lidar com projetos humanos e de  
1592 vida em todas as formas de expressão com garantias de direitos, pautadas no trabalho em  
1593 equipe de caráter interprofissional e à luz de ações multidisciplinar, interdisciplinar e  
1594 transdisciplinar, ancorados nos princípios do SUS, com ênfase na integralidade da atenção e  
1595 na universalidade de acesso; **e)** Considerando a Resolução CNS n.º 507/2016, que torna  
1596 públicas as propostas, diretrizes e moções aprovadas pelas Delegadas e Delegados na 15ª  
1597 Conferência Nacional de Saúde, com vistas a garantir-lhes ampla publicidade até que seja  
1598 consolidado o Relatório Final e que possa servir de consulta e subsídio para implantação e  
1599 implementação de políticas de saúde e de educação; **f)** Considerando a Resolução CNS nº  
1600 515/2016, que resolve que as DCN da área de saúde sejam objeto de discussão e deliberação  
1601 do CNS de forma sistematizada, dentro de um espaço de tempo adequado para permitir a  
1602 participação, no debate, das organizações de todas as profissões regulamentadas e das  
1603 entidades e movimentos sociais que atuam no controle social, para que o pleno do CNS  
1604 cumpra suas prerrogativas e atribuições de deliberar sobre o SUS, sistema que tem a  
1605 competência constitucional de regular os recursos humanos da saúde; **g)** Considerando que a  
1606 formação para o SUS deve pautar-se nas necessidades de saúde das pessoas, no respeito à  
1607 garantia de direitos e na dignidade humana e que, para tanto, requer uma formação  
1608 interprofissional, humanista, técnica, científica e de ordem prática presencial, permeada pela  
1609 integração ensino, serviço, comunidade, experienciando a diversidade de cenários/espacos de  
1610 vivências e práticas; **h)** Considerando a Resolução CNS nº 515/2016 em que o Conselho  
1611 Nacional de Saúde posicionou-se contrário à autorização de todo e qualquer curso de  
1612 graduação da área da saúde, ministrado totalmente na modalidade de Educação a Distância

1613 (EaD), na perspectiva da garantia da segurança e resolubilidade na prestação dos serviços de  
1614 saúde à população brasileira e, pelos prejuízos que tais cursos podem oferecer à qualidade da  
1615 formação de seus profissionais, bem como pelos riscos que estes trabalhadores possam  
1616 causar à sociedade, imediato, a médio e a longo prazos. **2) Minuta:** “O esboço de minuta aqui  
1617 apresentada evidencia avanços para a formação do fisioterapeuta. Está desenhada e  
1618 organizada a partir de Princípios que devem transversalizar a formação, e que orientam o  
1619 perfil do futuro profissional mediante o desenvolvimento de competências descritas de acordo  
1620 com as dimensões e seus respectivos domínios de atuação profissional. Estas dimensões e  
1621 domínios retratam os diversificados cenários os quais o fisioterapeuta pode se inserir. A  
1622 proposta de minuta apresenta ainda conceitos, condições e procedimento da formação  
1623 profissional do bacharel em Fisioterapia e procura elucidar aspectos relevantes da profissão,  
1624 como por exemplo: o perfil profissional, o objeto de estudo e de trabalho da profissão e  
1625 assistência pautada na melhor evidência científica. As condições e procedimentos envolvem  
1626 os diferentes conhecimentos necessários para formação, bem como especifica questões  
1627 relativas aos projetos pedagógicos do curso, organização curricular, a relação com o mundo  
1628 do trabalho, o desafio da complexidade do fazer em saúde potencializado pela necessidade  
1629 de saúde das pessoas e a relação com as ofertas do mundo do trabalho em consonância com  
1630 os direitos dos usuários do SUS. As Políticas Públicas de Saúde e de Educação orientam para  
1631 uma formação que ofereça cuidados e que apresente eficiência e eficácia às questões inerentes  
1632 ao processo saúde, doença e garantia de direitos, elementos essenciais às ações de  
1633 promoção e proteção da saúde, prevenção agravos, cura de doenças e a recuperação da  
1634 saúde no processo de reabilitação, prevenção e atenuação de problemas de saúde/doenças,  
1635 voltados à funcionalidade humana. Nesse contexto, o bacharel em Fisioterapia tem um papel  
1636 fundamental no cuidado, na comunicação e na relação com os usuários/pacientes/clientes,  
1637 uma vez que tem competências para olhar para o movimento humano em todas as suas  
1638 formas de expressão e potencialidades, com evidência a funcionalidade humana como objeto  
1639 de exercício do fisioterapeuta e que compreende todas as atividades realizadas pela pessoa  
1640 na sua relação com o meio ambiente, com a sociedade e no contexto biopsicossocial. **3) Da**  
1641 **análise:** “O esboço de minuta aqui apresentada evidencia avanços para a formação do  
1642 fisioterapeuta. Está desenhada e organizada a partir de Princípios que devem transversalizar  
1643 a formação, e que orientam o perfil do futuro profissional mediante o desenvolvimento de  
1644 competências descritas de acordo com as dimensões e seus respectivos domínios de atuação  
1645 profissional. Estas dimensões e domínios retratam os diversificados cenários os quais o  
1646 fisioterapeuta pode se inserir. A proposta de minuta apresenta ainda conceitos, condições e  
1647 procedimento da formação profissional do bacharel em Fisioterapia e procura elucidar  
1648 aspectos relevantes da profissão, como por exemplo: o perfil profissional, o objeto de estudo e  
1649 de trabalho da profissão e assistência pautada na melhor evidência científica. As condições e  
1650 procedimentos envolvem os diferentes conhecimentos necessários para formação, bem como  
1651 especifica questões relativas aos projetos pedagógicos do curso, organização curricular, a  
1652 relação com o mundo do trabalho, o desafio da complexidade do fazer em saúde  
1653 potencializado pela necessidade de saúde das pessoas e a relação com as ofertas do mundo  
1654 do trabalho em consonância com os direitos dos usuários do SUS. As Políticas Públicas de  
1655 Saúde e de Educação orientam para uma formação que ofereça cuidados e que apresente  
1656 eficiência e eficácia às questões inerentes ao processo saúde, doença e garantia de direitos,  
1657 elementos essenciais às ações de promoção e proteção da saúde, prevenção agravos, cura  
1658 de doenças e a recuperação da saúde no processo de reabilitação, prevenção e atenuação de  
1659 problemas de saúde/doenças, voltados à funcionalidade humana. (...)”. **4) Das**  
1660 **recomendações** - contribuições da CIRHRT/CNS à Redação das Diretrizes Curriculares  
1661 Nacionais do Curso de Graduação Bacharelado em Fisioterapia. Art. 2º, Parágrafo único.  
1662 Constituem os princípios da formação do bacharel em Fisioterapia (acréscimos feitos pela  
1663 CIRHRT destacados em itálico): VIII - Autonomia, rigor técnico-científico, atenção  
1664 biopsicossocial, e humanização nas ações em saúde, *nas práticas baseadas em evidências* e  
1665 no cuidado à pessoa. Art. 3º: caput: O bacharel em Fisioterapia terá um perfil generalista,  
1666 humanista, crítico, criativo, reflexivo e ético, para atuar nos diferentes níveis de complexidade  
1667 e de atenção à saúde, com base na *melhor evidência científica*, no rigor intelectual e nos  
1668 avanços tecnológicos, resultante da identidade profissional construída ao longo do processo  
1669 formativo; II - Sensível à realidade sociocultural, *sociodemográfica e socioeconômica* das  
1670 pessoas em seu meio; empático, atencioso e engajado às políticas públicas, questões sociais,  
1671 culturais, epidemiológicas e ambientais com vistas à sustentabilidade e ao princípio da  
1672 economicidade. Art. 5º, Parágrafo único – (...) Essa dimensão articula os saberes e fazeres

1673 específicos do bacharel em Fisioterapia, que deverá respaldar suas ações nos conhecimentos  
1674 adquiridos no campo e no núcleo profissional, por meio de atividades de promoção,  
1675 recuperação da saúde no processo de reabilitação, prevenção e atenuação de problemas de  
1676 saúde/doenças, *dirigidas* à funcionalidade humana; I – Na consulta, no diagnóstico  
1677 fisioterapêutico e no plano de ação em equipe interprofissional, deverá: a) realizar o  
1678 acolhimento, a anamnese, a avaliação cinético-funcional integral do ser humano, bem como  
1679 da coletividade, *incluindo exames funcionais, clínicos e complementares*, considerando o  
1680 raciocínio clínico, epidemiológico, métodos e técnicas de avaliação cinético-funcional e o  
1681 conhecimento das práticas baseadas em evidências nos diferentes níveis complexidade e de  
1682 Atenção à Saúde *dirigida* à funcionalidade humana; b) estabelecer vínculo terapeuta-paciente-  
1683 comunidade mediante escuta qualificada e *resolutiva*, a humanização e a comunicação  
1684 efetiva, considerando-se a história de vida, bem como os aspectos culturais, contextuais e as  
1685 relações interfamiliares; c) estabelecer diagnóstico fisioterapêutico em âmbito individual,  
1686 coletivo e do território, bem como o prognóstico e os critérios para alta fisioterapêutica; d)  
1687 elaborar e organizar o plano de ação que contemple os objetivos e recursos fisioterapêuticos e  
1688 os critérios para alta fisioterapêutica, nos diferentes níveis complexidade e de Atenção à  
1689 Saúde *dirigida* à funcionalidade humana; i) *promover o compartilhamento das informações e o*  
1690 *debate em equipe interprofissional priorizando a integralidade da atenção a saúde; j)*  
1691 *prescrever, confeccionar, adaptar e treinar a pessoa para o uso de próteses e órteses;* II - b)  
1692 produzir e implementar ações resolutivas para a promoção, prevenção, atenuação,  
1693 recuperação no processo de reabilitação, *dirigida* à funcionalidade humana, (...). Art. 8º: I -  
1694 Conhecimentos das Ciências Biológicas e da Saúde – compreende os conhecimentos dos  
1695 processos biológicos (...), *farmacológicas*, parasitológicas e microbiológicas, *suporte básico e*  
1696 *avançado de vida*, articulados aos conhecimentos e ao fazer fisioterapêutico; IV -  
1697 Conhecimentos da Saúde Coletiva – abrange os conhecimentos necessários para a  
1698 compreensão do processo saúde-doença (...) e *ainda o saber popular*; V - Conhecimentos  
1699 Fisioterapêuticos – compreende os conhecimentos específicos da Fisioterapia (...) *conhecimento das práticas integrativas e complementares; conhecimento de suporte básico*  
1700 *de vida em urgência e emergência*; conhecimentos que subsidiam a intervenção  
1701 fisioterapêutica em todas as etapas do ciclo de vida. Art. 9º: III – a) *As Atividades*  
1702 *Complementares não deverão exceder 5% da carga horária total do curso.* VI- Contemplar  
1703 atividades teóricas e práticas, sendo que as atividades práticas deverão ser realizadas (...) *em*  
1704 *todos os semestres da graduação*; XI - Possibilitar a utilização de Tecnologias de Informação  
1705 e *Tecnologias de Comunicação remota* no processo de ensino-aprendizagem, bem como nas  
1706 práticas fisioterapêuticas e de saúde, transversalizadas ao longo do eixo formador; XIV - O  
1707 estágio curricular obrigatório deverá ser realizado sob orientação e supervisão exercida por  
1708 docente fisioterapeuta e *por supervisor fisioterapeuta da Instituição de Ensino Superior - IES,*  
1709 (...); XV - No caso de supervisão exercida por profissionais fisioterapeutas do serviço de  
1710 saúde, esta deverá ter acompanhamento presencial diário/*permanente* de docente  
1711 fisioterapeuta (...). Art. 10: inclusão dos seguintes parágrafos: § 1º. *Em caso de uso de*  
1712 *recursos didáticos organizados em diferentes suportes de informação que utilizem ferramentas*  
1713 *tecnológicas e tecnologias de comunicação remota, estas não devem exceder 20% (vinte por*  
1714 *cento) da carga horária total do curso;* § 2º. *As atividades didáticas, módulos ou unidades de*  
1715 *ensino e aprendizagem que utilizem ferramentas tecnológicas e tecnologias de comunicação*  
1716 *remota, estas não se aplicam em disciplinas que envolvam formação de habilidade e atitudes*  
1717 *relacionadas às ações, vivências e práticas fisioterapêuticas, bem como em todas as*  
1718 *disciplinas relacionadas ao estágio curricular obrigatório e curricular não obrigatório;* § 3º.  
1719 *Disciplinas que envolvam formação de habilidade e atitudes relacionadas às ações, vivências*  
1720 *e práticas fisioterapêuticas, estágio curricular obrigatório e curricular não obrigatório visa a*  
1721 *segurança na realização de processos e procedimentos, referenciados no padrão de*  
1722 *qualidade das boas práticas de atenção à saúde, com o intuito de evitar riscos, efeitos*  
1723 *adversos e danos aos usuários/paciente, com base em reconhecimento clínico-*  
1724 *epidemiológico, na melhor evidência científica disponível, na garantia da integralidade do*  
1725 *cuidado da pessoa, do coletivo e do território e na garantia de direito e dignidade humana.*  
1726 **Manifestações.** Conselheiro **Antônio Muniz da Silva** lembrou que, no entendimento do MEC,  
1727 não é possível realizar curso de educação a distância para ensinar pessoas cegas ou com  
1728 baixa visão a desenvolver curso de orientação e mobilidade. Conselheira **Maria Laura**  
1729 **Carvalho Bicca** reconheceu o papel importante da Comissão nesse processo, mas entendeu  
1730 que o Plenário também pode contribuir com olhar crítico e aprovação. Conselheiro **José Eri**  
1731 **de Medeiros**, integrante da CIRHRT/CNS, explicou que esse processo de construção das

1733 recomendações foi amplo e, para além do GT e da CIRHRT como um todo, envolveu a  
1734 participação de representantes dos estudantes e da juventude. Conselheira **Analice Dantas**  
1735 **Santos** cumprimentou o GT e a CIRHRT pela nota técnica, elaborada de forma coletiva e  
1736 democrática, com escuta de várias representações, inclusive de estudantes e trabalhadores  
1737 da saúde. Na condição de docente no curso de Fisioterapia, destacou o esforço dos  
1738 profissionais dessa área para avançar nas mudanças na profissão. Da nota técnica, destacou  
1739 os seguintes aspectos relevantes: conteúdo das ciências sociais e humanas como central na  
1740 formação (o documento contribuirá para o diálogo entre a Fisioterapia com as ciências sociais  
1741 e humanas); e inclusão dos conhecimentos das práticas integrativas e complementares, do  
1742 saber popular. Conselheira **Sueli Terezinha Goi Barrios** somou-se aos elogios ao trabalho do  
1743 Grupo pela qualidade e pelo envolvimento do conjunto da sociedade e por entender que  
1744 contribuirá para o compromisso ético, político e social dos profissionais fisioterapeutas com a  
1745 sociedade, com cuidado integral e qualificado. Acrescentou ainda que as Diretrizes  
1746 contribuirão para o avanço no campo da saúde coletiva, para além da assistência. Conselheiro  
1747 **Douglas Vinicius Pereira**, coordenador adjunto da CIRHRT/CNS, desculpou-se pelo envio da  
1748 nota técnica fora do prazo, reiterando que isso ocorreu por conta do volume de atividades da  
1749 Comissão. Contudo, solicitou cuidado para que esse fato não enfraqueça esse processo  
1750 construído de forma democrática e ampla, com a participação do movimento estudantil.  
1751 Conselheiro **Wilen Heil e Silva**, representante do COFFITO no CNS, elogiou a ABENFIO pelo  
1752 trabalho, que envolveu outras entidades da área como o COFFITO, por entender que visa  
1753 enriquecer a formação do profissional fisioterapeuta. Lembrou que a resolução apresentada foi  
1754 submetida à consulta pública, debatida em vários eventos no Brasil e foi instituído GT para  
1755 debater o tema, assegurando a possibilidade de amplo debate. De todo modo, informou que  
1756 acompanharia possível pedido de vista inclusive para respaldar o trabalho do Grupo do  
1757 COFFITO e o que vem sendo feito em prol da fisioterapia e do povo brasileiro. Conselheira  
1758 **Clarice Baldotto**, representante da Associação de Fisioterapeutas do Brasil – AFB no CNS,  
1759 elogiou o trabalho da ABENFISIO, mas solicitou vista para que a AFB e suas filiadadas  
1760 pudessem analisar a nota técnica e apresentar contribuições. Conselheiro **Neilton Araújo de**  
1761 **Oliveira** interveio para agradecer a compreensão da conselheira Clarice Baldotto que, embora  
1762 tenha sido a primeira inscrita para este ponto e tenha sinalizado a possibilidade de pedido de  
1763 vista, deixou sua fala por último, possibilitando a manifestação dos demais inscritos. Seguindo  
1764 o rito regimental, consultou o Plenário se mais algum conselheiro desejaria utilizar-se do  
1765 direito de pedir vista. Conselheiro **Wilen Heil e Silva** acompanhou o pedido de vista. Diante  
1766 disso, conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** explicou que os dois conselheiros solicitantes  
1767 teriam o prazo de dez dias antes da próxima reunião do CNS para enviar os pareceres à  
1768 Secretaria Executiva que seria responsável por encaminhar os documentos, com  
1769 antecedência, aos conselheiros. Os pareceres seriam apreciados na próxima reunião do  
1770 Conselho. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** interveio para apresentar a seguinte  
1771 Questão de Ordem: somente conselheiro titular poderia solicitar vista. Assim, solicitou à mesa  
1772 que verificasse se a conselheira Clarice Baldotto estaria na condição de titular. Conselheira  
1773 **Clarice Baldotto** explicou que estava presente à reunião na condição de suplente, pois a  
1774 titular, conselheira **Francisca Rego**, estava presente e compondo a mesa. Diante desse  
1775 esclarecimento, conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** explicou que a conselheira não teria  
1776 direito ao pedido de vista. Conselheira **Clarice Baldotto** disse que desconhecia essa  
1777 determinação do Regimento Interno do CNS e agradeceu ao conselheiro Geordeci Menezes  
1778 pela informação que, no seu modo de ver, poderia ter sido feita previamente quando ela  
1779 sinalizou que solicitaria vista à matéria. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** perguntou se  
1780 outro conselheiro desejaria solicitar vista do tema em discussão. Conselheiro **Wilen Heil e**  
1781 **Silva** explicou que, no entendimento do COFFITO, a resolução coaduna com o trabalho feito,  
1782 com ampla discussão nacional. Assim, não solicitaria vista e encaminharia para aprovação da  
1783 resolução. Diante disso e, encerrada a discussão, a mesa procedeu imediatamente ao  
1784 processo de votação. Após consultar se o Pleno estava esclarecido, colocou em votação a  
1785 minuta de Resolução que aprova a Nota técnica com contribuições da CIRHRT/CNS à  
1786 redação das DCN do Curso de Graduação Bacharelado em Fisioterapia. **Deliberação:**  
1787 **aprovada, com três abstenções, a Resolução que aprova a Nota técnica com**  
1788 **contribuições da CIRHRT/CNS à redação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso**  
1789 **de Graduação Bacharelado em Fisioterapia.** Conselheiro **Artur Custódio M. de Souza**  
1790 declarou que se absteve da votação porque não acompanhou a apresentação e o debate do  
1791 tema. Conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo** agradeceu o Pleno, inclusive pelo  
1792 aprendizado diuturno. Seguindo, conselheiro **Douglas Vinicius Pereira** apresentou a seguinte

1793 proposta para deliberação: disponibilizar os pareceres aprovados pelo Pleno do CNS no site  
1794 do Conselho, a partir da próxima reunião do Conselho. **Deliberação: aprovado, por**  
1795 **unanimidade, que os pareceres aprovados pelo Plenário do Conselho serão**  
1796 **disponibilizados no site do CNS, a partir da próxima reunião.** Conselheira **Cleoneide**  
1797 **Paulo Oliveira Pinheiro** informou que a Comissão participou de reunião da Comissão  
1798 Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, realizada no MEC, no dia anterior, que  
1799 tratou da composição da Comissão. Além disso, comunicou que o GT de Residência  
1800 Multiprofissional realizará sua primeira reunião. Sobre a câmara técnica da CIRHRT, disse que  
1801 a Comissão analisará os currículos enviados pelas instituições para compor a câmara.  
1802 Conselheiro **Douglas Vinicius Pereira** lembrou que, atendendo à definição do CNS na última  
1803 reunião, foi enviada recomendação ao MPF para que se manifeste sobre a retirada da  
1804 prerrogativa do CNS de emitir parecer quanto à autorização de cursos de Medicina, no âmbito  
1805 do Programa Mais Médicos e a Comissão aguarda resposta. Finalizando, conselheiro **Neilton**  
1806 **Araújo de Oliveira** agradeceu a todos e, além disso, sugeriu que as entidades acompanhem  
1807 as discussões no âmbito do MEC sobre as diretrizes curriculares e apresentem contribuições.  
1808 *Inversão de pauta. ITEM 9 – COMISSÕES INTERSETORIAIS DO CNS - Coordenação:*  
1809 conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, da Mesa Diretora do CNS. a) **Comissão**  
1810 **Intersetorial de Orçamento e Financiamento – COFIN – Primeiro**, conselheiro **André Luiz**  
1811 **de Oliveira**, coordenador adjunto da COFIN, explicou que na moção de reconhecimento à  
1812 decisão do Excelentíssimo Sr. Ministro Ricardo Lewandowski, no último considerando, foi feita  
1813 a seguinte retificação: “piso” por “teto”; e “teto” por “piso”. Seguindo, a mesa colocou em  
1814 votação, em bloco, nove dos dez encaminhamentos apresentados pelo GT do CNS que  
1815 debateu a PNAB (o item 2, por solicitação do conselheiro **Neiton Araújo de Oliveira**, foi  
1816 votado separadamente), com o acréscimo de mais um encaminhamento: manter a discussão  
1817 da PNAB como agenda permanente e pautar o tema novamente, com a participação dos  
1818 Presidentes do CONASS e do CONASEMS e do Ministério da Saúde. **Deliberação: o**  
1819 **Plenário aprovou, por unanimidade, em bloco, nove dos dez encaminhamentos**  
1820 **apresentados pelo GT do CNS que debateu a PNAB (o item 2 foi votado**  
1821 **separadamente): 1) aprova o relatório elaborado pelos membros da 1ª composição do**  
1822 **Grupo de Trabalho da Atenção Básica com contribuições de colaboradores para**  
1823 **posterior envio a Mesa Diretora e encaminhamentos necessários e esclarecendo que**  
1824 **este documento será utilizado pela atual composição do GT como subsídio de suas**  
1825 **análises; 3) que, em caso de publicação dos textos de atualização da PNAB pactuados**  
1826 **na CIT em 31 de agosto de 2017, o conselho oriente as instituições para a garantia da**  
1827 **manutenção do debate e aprovação da política no âmbito do CNS utilizando os**  
1828 **mecanismos necessários no legislativo e judiciário; 4) que a COFIN encaminhe, a partir**  
1829 **das informações encaminhadas pelo MS relacionadas pactuação na CIT sobre e PNAB,**  
1830 **os dados complementares para as análises orçamentárias e financeiras que subsidiarão**  
1831 **as comissões e deliberações do Pleno sobre o tema; 5) a indicação de integrante da**  
1832 **COFIN para participar das reuniões do GT que ocorrerão na semana de reuniões**  
1833 **ordinárias do CNS; 6) reiterar que o Ministério da Saúde responda oficialmente os**  
1834 **Memorandos n°s 56 e 67/2017 do CNS que solicita a versão da minuta de Portaria**  
1835 **pactuada na CIT sobre a PNAB e as informações complementares necessárias às**  
1836 **análises do GT-AB, comissões e Pleno do Conselho; 7) solicitar à CIT inclusão de**  
1837 **representação do GT-AB nos espaços de discussão relacionados ao tema da PNAB; 8)**  
1838 **incluir como pauta permanente as discussões sobre pactuações da PNAB nas reuniões**  
1839 **ordinárias do CNS; 9) solicitar ao Ministério da Saúde a apresentação do comparativo**  
1840 **da PNAB vigente com os pontos de atualização e respectivas justificativas técnicas**  
1841 **para incorporação da proposta na versão pactuada após conclusão dos trabalhos de**  
1842 **sistematização da consulta pública da PNAB; e 10) que o CNS promova discussões**  
1843 **sobre o modelo de atenção à saúde, a ser adotado no Brasil, no âmbito de suas**  
1844 **comissões e no Pleno, tendo em vista os impactos assistenciais e financeiros que**  
1845 **envolvem a atenção básica; e aprovada a inclusão da seguinte proposta aos**  
1846 **encaminhamentos do GT: manter a discussão da PNAB como agenda permanente e**  
1847 **pautar o tema novamente, com a participação dos Presidentes do CONASS e do**  
1848 **CONASEMS e do Ministério da Saúde. Em seguida, a mesa colocou em votação, a proposta**  
1849 **2 do GT. Deliberação: aprovada, em separado, com três votos contrários e uma**  
1850 **abstenção, a proposta 2 do GT: A manutenção da Recomendação nº 35/2017 para**  
1851 **garantia do amplo debate sobre a PNAB no âmbito dos conselhos, e recomenda que o**  
1852 **Ministério da Saúde não publique os textos de atualização da PNAB pactuados na**

1853 **última reunião tripartite, ocorrida em 31 de agosto de 2017.** Continuando, fez a leitura da  
1854 minuta de recomendação cujo mérito foi aprovado o mérito no dia anterior. O texto é o  
1855 seguinte: “O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua xxxª Reunião Ordinária,  
1856 realizada nos dias 14 e 15 de setembro de 2017, no uso de suas competências regimentais e  
1857 atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28  
1858 de dezembro de 1990 e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e Considerando a  
1859 concessão da medida cautelar na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 5.595 pelo  
1860 ministro Ricardo Lewandowski, no dia 31 de agosto de 2017, suspendendo os dispositivos  
1861 (artigos 2º e 3º) da Emenda Constitucional 86/2015 que representavam a redução da  
1862 aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde (ASPS); Considerando que os  
1863 dispositivos supracitados diziam respeito ao escalonamento progressivo dos percentuais de  
1864 aplicação mínima, iniciando com 13,2% da Receita Corrente Líquida (RCL) em 2016, muito  
1865 aquém dos percentuais efetivamente aplicados em 2014 e 2015; e a inclusão do rateio dos  
1866 recursos do Pré-Sal para saúde no conjunto das receitas que financiam a aplicação federal em  
1867 saúde, em substituição ao caráter originário de aplicação adicional a esse mínimo;  
1868 Considerando que a eficácia *ex tunc* da cautelar da ADI 5.595 exige a adoção de medida  
1869 compensatória imediata, ainda em 2017, referente ao que deixou de ser aplicado em 2016,  
1870 cujo valor incorporará a base de cálculo do piso federal em saúde até 2036, cuja regra de  
1871 atualização baseada na variação anual do IPCA/IBGE será referência para se estabelecer o  
1872 teto das despesas nos termos da Emenda Constitucional 95/2016; Considerando que 15% da  
1873 Receita Corrente Líquida é o parâmetro para apuração da aplicação mínima em ações e  
1874 serviços públicos de saúde em 2016, tanto pelo que concluiu o Conselho Nacional de Saúde  
1875 (por meio do parecer integrante da Resolução 551, de 06/07/2017) nos termos Emenda  
1876 Constitucional 95/2016, como agora pela suspensão, de caráter retroativo nos termos da  
1877 citada medida cautelar concedida pelo Ministro Ricardo Lewandowski, da eficácia do  
1878 escalonamento progressivo dos percentuais de aplicação estabelecidos pela Emenda  
1879 Constitucional 86/2015; Considerando que o artigo 25 da Lei Complementar 141 estabelece  
1880 que a compensação da aplicação insuficiente em ações e serviços públicos de saúde num ano  
1881 (neste caso, em 2016) ocorra no ano subsequente (neste caso, em 2017), por meio de  
1882 dotação orçamentária específica para evidenciar no ato de prestação de contas a efetiva  
1883 compensação como aplicação adicional ao parâmetro mínimo do presente exercício;  
1884 Considerando a redução da participação da União no custeio federativo do SUS observada  
1885 nas três últimas décadas, caracterizando um quadro de subfinanciamento crônico e  
1886 progressivo do Sistema Único de Saúde. Recomenda ao Ministério da Saúde: A adoção  
1887 imediata das providências de ordem administrativa, orçamentária e financeira, quer no âmbito  
1888 interno, quer no âmbito de outros órgãos governamentais, para a ampliação das dotações  
1889 orçamentárias referentes às ações e serviços públicos de saúde do Ministério da Saúde, nos  
1890 valores correspondentes à recomposição decorrente da concessão da medida cautelar na  
1891 ADI 5.595, pelo Ministro Ricardo Lewandowski em 31/08/2017, suspendendo com efeitos *ex*  
1892 *tunc* os artigos 2º e 3º da Emenda Constitucional 86/2015. **Deliberação: aprovado, com dois**  
1893 **votos contrários, o texto da recomendação ao Ministério da Saúde. O texto deverá ser**  
1894 **entregue ao referido ministro. 2) Comissão Intersetorial de Saúde Mental – CISM/CNS -**  
1895 **Recomendação reelaborada pela Comissão (já havia sido aprovada pelo Pleno do CNS). O**  
1896 **texto é o seguinte: “O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima**  
1897 **Nonagésima Sétima Reunião Ordinária, realizada nos dias 14 e 15 de setembro de 2017, no**  
1898 **uso de suas atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela nº**  
1899 **8.142, de 28 de dezembro de 1990, pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, cumprindo**  
1900 **as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação**  
1901 **brasileira correlata; e considerando que a normatização de estabelecimentos de saúde e**  
1902 **serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) requer a indicação precisa de critérios**  
1903 **de provimentos mínimos, tais como: recursos humanos, procedimentos a serem executados,**  
1904 **valores de custeio, origem dos recursos, procedimentos de monitoramento, natureza da**  
1905 **personalidade jurídica de entidades provedoras, relação da nova portaria com as normas já**  
1906 **existentes e revogação de dispositivos contraditórios, bem como obediência às regras da**  
1907 **Vigilância Sanitária (como a RDC/ANVISA nº 50/2002, RDC/ANVISA nº 29/2011,**  
1908 **RDC/ANVISA nº 63/2011 e demais regras associadas) e que a Portaria SAS/MS n.º 1.482 não**  
1909 **estabelece tais condições; considerando que a Portaria SAS/MS nº 1.482, inclui as**  
1910 **Comunidades Terapêuticas - CT na Tabela do CNES como tipo 83, ou seja, como**  
1911 **estabelecimento de saúde que provêm práticas corporais, artísticas, culturais, físicas,**  
1912 **promoção nutricional e educação em saúde, ignorando que, em verdade, as atividades**

1913 promovidas pelas CTs se realizam primordialmente em regime de internação fechada, o que  
1914 as obrigaria a se submeter às exigências da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, reconhecida  
1915 como Lei da Reforma Psiquiátrica; considerando que a portaria em questão deixa de  
1916 considerar que já existem vários relatórios de inspeção de entidades públicas no Brasil  
1917 atestando uma série de violações dos direitos humanos nas CTs, como: Conselho Federal de  
1918 Psicologia, em seu “Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de  
1919 internação para usuários de drogas”, de 2011; e o Comitê de Prevenção à Tortura do Estado  
1920 do Rio de Janeiro, “Relatório de Inspeção em Comunidades Terapêuticas Financiadas pelo  
1921 Governo do Estado do Rio de Janeiro”, de 2013; considerando as diversas irregularidades  
1922 levantadas pelo Dr. Glaucio Ney Shiroma Oshiro, Promotor de Justiça da Promotoria  
1923 Especializada de Defesa da Saúde do Ministério Público do Acre, dirigido ao Prefeito de Rio  
1924 Branco/AC, através do Ofício nº 0205, de 12 de março de 2014, levantando uma série de  
1925 irregularidades em medida tomada pelo referido prefeito, no financiamento das CTs naquele  
1926 município, e que se aplicam integralmente à referida portaria da SAS/MS em foco;  
1927 considerando deliberação do Conselho de Saúde do Estado de Minas Gerais (CES/MG), no  
1928 sentido de que os espaços de cuidado e tratamento em saúde mental, álcool e outras drogas  
1929 de seu estado sejam 100% públicos e estatais, abertos e de base territorial, dentro das  
1930 diretrizes da Política de Redução de Danos, da Reforma Psiquiátrica e Antimanicomial e do  
1931 SUS; considerando as ações e serviços de promoção da saúde e as atividades voltadas para  
1932 redução de risco à saúde, incluídas pela Lei nº 12.868, de 2013, desenvolvidas em áreas  
1933 como: nutrição e alimentação saudável; prática corporal ou atividade física; prevenção e  
1934 controle do tabagismo; prevenção ao câncer, ao vírus da imunodeficiência humana (HIV), às  
1935 hepatites virais, à tuberculose, à hanseníase, à malária e à dengue; redução da  
1936 morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; redução da  
1937 morbimortalidade por acidentes de trânsito; prevenção da violência; e redução da  
1938 morbimortalidade nos diversos ciclos de vida; considerando que as Comunidades  
1939 Terapêuticas não podem ser consideradas estabelecimentos de saúde e nem tampouco  
1940 incluídas no cadastro do CNES, visto que não atendem aos critérios exigidos pela legislação  
1941 vigente, sob risco de incorrer em ilegalidade; e considerando que compete ao Conselho  
1942 Nacional de Saúde “atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da Política  
1943 Nacional de Saúde, na esfera do Governo Federal, inclusive nos aspectos econômicos e  
1944 financeiros” (Art. 10, I da Resolução n.º 407, de 12 de setembro de 2008). Recomenda: Ao  
1945 Ministério da Saúde que revise a Portaria SAS/MS nº 1.482/2016, mantendo como elegíveis  
1946 para inscrição no cadastro do CNES as entidades de promoção à saúde nos termos do Art. 8ª,  
1947 da Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009 e nº 12.868, de 15 de outubro de 2013,  
1948 revogando todos os artigos referentes às Comunidades Terapêuticas.” **Deliberação:**  
1949 **aprovada, por maioria, a recomendação ao Ministério da Saúde. 3) Comissão**  
1950 **Intersectorial de Saúde Indígena – CISI/CNS - Informe sobre o GT de acompanhamento**  
1951 **de plano de emergência do Alto Rio Negro. Apresentação:** conselheira **Vânia Lúcia Leite.**  
1952 A CISI, em atendimento à Recomendação do CNS nº 12 instituiu GT para acompanhamento  
1953 do Plano de Ação Emergencial Alto Rio Negro (INTEGRANTES: conselheiro Edmundo Omoro,  
1954 Haroldo Pontes e Vânia Lúcia). O Plano Emergencial trata de ações que precisariam ser  
1955 desenvolvidas emergencialmente dada a situação precária de saúde que vivem as populações  
1956 indígenas naquela região. No período de 20 a 26 de agosto de 2017 o GT participou de  
1957 atividades de acompanhamento do Plano com a seguinte programação: **1) Reunião com as**  
1958 **Lideranças Indígenas na Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro - FOIRN -**  
1959 **, diálogo com movimentos sociais e lideranças indígenas; 2) Reunião no DSEI para**  
1960 **verificação documental do Plano de Ação Emergencial DSEI Alto Rio Negro; 3) Visita in**  
1961 **loco às comunidades de Taracua e Ilha das Flores para verificar a construção e reformo**  
1962 **dos polos base e reunião com lideranças. Entre os problemas colocados: carência de**  
1963 **comunicação e informação (Como o controle social será fortalecido se não tem informação**  
1964 **nenhuma? Fazer debates nos conselhos locais) Encontramos a pauta da CISI pendurada no**  
1965 **Mural (5 horas de voadeira) se fosse de barco demoraríamos 3 dias para chegar lá; falta de**  
1966 **energia elétrica; falta de espaço adequado para acondicionamento do lixo; e falta de água**  
1967 **potável; 4) Fortalecimento do Controle Social e Interlocação com os Movimentos Sociais**  
1968 **Indígenas – a) reunião com movimentos sociais, com objetivo de debater estratégias de como**  
1969 **fortalecer o controle social lá. O CONDISI está em condição irregular e não há clareza do**  
1970 **papel da gestão e do controle social. O Conselho quer fazer gestão e a gestão controle social.**  
1971 **b) visita à CASAI. Não houve a reformulação prevista no Plano, mas sim a manutenção.**  
1972 **Conclusão: A ida do GT fez com que as ações tivessem mais agilidade. Por exemplo: ontem,**

1973 o GT foi informado que já começaram as tratativas para a construção dos Polos Base  
1974 definidos na nossa última visita Canadá e Tucumã (4 dias de viagem de barco de São Gabriel  
1975 da cachoeira para as aldeias) . O Recurso TED foi liberado. Na próxima reunião o GT  
1976 apresentará recomendações. Destaque também para a situação do Vale do Javari (Tríplice  
1977 Fronteira com Peru e Bolívia). O Ministério Público Federal confirmou o assassinato de mais  
1978 de vinte indígenas de uma tribo isolada (Tribo Warikama Djapar). Foram mortos com requinte  
1979 de crueldade pelos garimpeiros que invadem a região, rica em minério. O controle social  
1980 precisa dar a devida atenção aos problemas que afetam essas populações, muitas vezes  
1981 invisíveis aos olhos do Estado. **4) Comissão Intersetorial de Promoção, Proteção e**  
1982 **Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – CIPPICSUS – apreciação de**  
1983 **recomendação –** Conselheiro **Wilên Heil e Silva**, coordenador da CIPPICSUS/CNS,  
1984 submeteu à apreciação do Pleno a minuta de recomendação, elaborada pela CIPPICSUS. No  
1985 documento, o CNS recomenda à Câmara dos Deputados que aprecie, com urgência, o Projeto  
1986 de Lei nº 1549/2003, que regulamenta o exercício da Acupuntura e que se encontra em fase  
1987 terminativa na Comissão de Constituição e Justiça e Cidadania - CCJC da Câmara dos  
1988 Deputados, acatando na íntegra os termos do voto em separado apresentado pelo Deputado  
1989 Ronaldo Fonseca, pois atende os anseios da população, fazendo-se justiça e promovendo a  
1990 equidade, fortalecendo o SUS e o acesso universal e com segurança para o usuário às  
1991 Práticas Integrativas em Saúde; e que, posteriormente, os Senadores da República, em ato  
1992 contínuo do processo legislativo, no Senado Federal, possam prezar pelo direito constitucional  
1993 à saúde com qualidade em tempo operacionalizada de modo multi e interprofissional e  
1994 transdisciplinar com fulcro no que se recomenda como de grande relevância à Câmara  
1995 Federal. A próxima reunião da Comissão será realizada durante evento em Natal/RN, para  
1996 estimular a criação de projetos de lei estaduais e municipais sobre acupuntura. **Deliberação:**  
1997 **aprovada, por unanimidade, recomendação elaborada pela Comissão. Comissão**  
1998 **Intersetorial Alimentação e Nutrição – CIAN - Posicionamento sobre a Proposta de**  
1999 **Rotulagem Nutricional -** Conselheira **Záira Salermo**, coordenadora da CIAN, fez um informe  
2000 sobre documento com posição acerca da **proposta de rotulagem nutricional dirigido à**  
2001 **Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa.** No documento, as organizações e  
2002 pessoas físicas assinam petição manifestando posição favorável à adoção da proposta de  
2003 rotulagem nutricional apresentado pelo Idec (Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor) e  
2004 pela UFPR (Universidade Federal do Paraná) para a Anvisa. O documento reforça  
2005 recomendação do CNS acerca do tema. Para conhecimento. Não houve deliberação. **5)**  
2006 **Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – CISTT – a)**  
2007 **apreciação de resolução e recomendação; e b) definição da coordenação adjunta -**  
2008 **Conselheiro Geordecí Menezes**, coordenador da CISTT/CNS, inicialmente, justificou e  
2009 apresentou a minuta de resolução elaborada pela Comissão. O texto é o seguinte: “Resolução  
2010 nº 000, de 15 de setembro de 2017. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua  
2011 Ducentésima Nonagésima Sétima Reunião Ordinária, realizada nos dias 14 e 15 de setembro  
2012 de 2017, e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei no  
2013 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pelo  
2014 Decreto no 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da  
2015 República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando a  
2016 necessidade da efetivação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e  
2017 os princípios da integralidade e intersetorialidade nas três esferas de governo; considerando  
2018 as propostas aprovadas na 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da  
2019 Trabalhadora (4ª CNSTT), constantes do Relatório Final da 4ª CNSTT; considerando a meta  
2020 estipulada ao Ministério da Saúde de assegurar 100% das regiões de saúde com cobertura de  
2021 pelo menos um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), prevista no Plano  
2022 Plurianual 2016-2019 (Lei nº 13.249/2016); considerando as propostas e diretrizes da 15ª  
2023 Conferência Nacional de Saúde, aprovadas por meio da Resolução CNS nº 507, de 16 de  
2024 março de 2016, em especial as enumeradas no Eixo 3 - Valorização do Trabalho e da  
2025 Educação em Saúde; considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que prevê a  
2026 criação de comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional  
2027 de Saúde (CNS), integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades  
2028 representativas da sociedade civil, com a finalidade de articular políticas e programas de  
2029 interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS;  
2030 considerando a Resolução CNS nº 528, de 08 de julho de 2016, que aprova a reestruturação  
2031 da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT/CNS), para o  
2032 exercício do mandato de 2016 a 2018; e considerando que compete ao CNS o papel de

2033 fortalecer a participação e o controle social no SUS (Art. 10, IX da Resolução CNS nº 407, de  
2034 12 de setembro de 2008). Resolve: Art. 1º Criar a Câmara Técnica (CT) da CISTT/CNS, com o  
2035 objetivo de discutir um novo modelo de organização dos CERESTs com vistas à correção das  
2036 assimetrias existentes entre as diversas regiões e em atendimento às realidades locais. Art. 2º  
2037 A CT de que trata o Art. 1º desta Resolução terá, entre outras atribuições, a função de  
2038 elaborar novo modelo para organização dos CERESTs, a ser apreciado e encaminhado pelo  
2039 Pleno do CNS, observadas as propostas aprovadas na 4ª Conferência Nacional de Saúde do  
2040 Trabalhador e da Trabalhadora. Art. 3º A CT será composta por 5 (cinco) representantes de  
2041 CERESTs estaduais, sendo 1 (um) por região; 5 (cinco) representantes das CISTTs estaduais,  
2042 sendo 1 (um) por região; representação da CISTT nacional; da Secretaria de Vigilância em  
2043 Saúde (SVS) e da comunidade acadêmica, podendo chegar até 20 integrantes. §1º A CT  
2044 prevista nesta Resolução será presidida pela coordenação da CISTT/CNS. §2º A participação  
2045 na CT não representa vínculo administrativo ou trabalhista, considerando-se serviço gratuito  
2046 de relevância pública. Art. 4º Os integrantes da CT se reunirão periodicamente, de acordo com  
2047 o calendário de reuniões ordinárias a ser definido na primeira reunião da CT. Art. 5º A CT  
2048 poderá ser dissolvida ou prorrogada, a qualquer tempo, por decisão do Pleno do CNS. Art. 6º  
2049 Os casos omissos serão encaminhados pela Mesa Diretora e resolvidos, em última instância,  
2050 pelo Pleno do CNS.” Concluída a leitura, foi aberta a palavra aos conselheiros. Nas falas,  
2051 foram apresentadas sugestões de alteração na composição da Câmara Técnica. **Deliberação:**  
2052 **aprovada, por unanimidade, resolução que cria a Câmara Técnica - CT da CISTT/CNS,**  
2053 **com modificação na proposta original da composição da Câmara, que visa discutir**  
2054 **novo modelo de organização dos CERESTs com vistas à correção das assimetrias**  
2055 **existentes entre as diversas regiões e em atendimento às realidades locais. A CT será**  
2056 **composta por 5 (cinco) representantes de CERESTs estaduais, sendo cinco por região;**  
2057 **três representantes das CISTTs estaduais; representação das CISTs municipais: 3;**  
2058 **representação da CISTT nacional, da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e da**  
2059 **comunidade acadêmica: 9.** Em seguida, apresentou a minuta de recomendação, elaborada  
2060 pela CISTT/CNS. O texto é o seguinte: “Recomendação nº 000, de 15 de setembro de 2017.  
2061 O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Nonagésima Sétima  
2062 Reunião Ordinária, realizada nos dias 14 e 15 de setembro de 2017, no uso de suas  
2063 competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de  
2064 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de  
2065 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e  
2066 da legislação brasileira correlata; e considerando o Decreto nº 4.552, de 27 de dezembro de  
2067 2002, que aprova o Regulamento da Inspeção do Trabalho e define que a finalidade do  
2068 Sistema Federal de Inspeção do Trabalho é “assegurar, no território nacional, a aplicação das  
2069 disposições legais, incluindo as convenções internacionais ratificadas, os atos e decisões das  
2070 autoridades competentes e as convenções, acordos e contratos coletivos de trabalho, no que  
2071 concerne à proteção dos trabalhadores no exercício da atividade laboral”; considerando os  
2072 termos do Art. 627-A da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), segundo o qual “Poderá  
2073 ser instaurado procedimento especial para a ação fiscal, objetivando a orientação sobre o  
2074 cumprimento das leis de proteção ao trabalho, bem como a prevenção e o saneamento de  
2075 infrações à legislação mediante termo de Compromisso, na forma a ser disciplinada no  
2076 regulamento da Inspeção do Trabalho”; considerando que o procedimento especial de que  
2077 trata o Art. 627-A da CLT e o Art. 27 do Decreto nº 4.552/2002 refere-se a um procedimento  
2078 fiscal, objetivando a orientação sobre o cumprimento da legislação trabalhista bem como a  
2079 prevenção e o saneamento de infrações à legislação mediante a assinatura de Termo de  
2080 Compromisso; considerando o que dispõe o Art. 611 da CLT, que privilegia a negociação  
2081 coletiva entre patrões e empregados; considerando a necessária legitimidade/interesse para  
2082 discussão dos desdobramentos e das consequências para a efetiva melhoria nas relações  
2083 trabalhistas (saúde e segurança) e a defesa verdadeira e intransigente dos direitos sociais do  
2084 trabalhador e da trabalhadora no monitoramento dos atos patronais; considerando o que  
2085 preconiza a legislação internacional aplicada à espécie, qual seja, a Convenção 81 da  
2086 Organização Internacional do Trabalho (OIT), que dispõe em seu Art. 17.2 que “os inspetores  
2087 do trabalho terão direito a decidir se devem advertir e aconselhar, em vez de iniciar ou  
2088 recomendar um procedimento”; considerando o alinhamento entre a Política Nacional de  
2089 Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, instituída pela Portaria GM/MS nº 1.823, de 23 de  
2090 agosto de 2012 e a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho, instituída por meio  
2091 do Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011; considerando a Instrução Normativa (IN) nº  
2092 133, de 21 de agosto de 2017, da Secretaria de Inspeção do Trabalho (SIT/MT), que dispõe

2093 sobre o procedimento especial para a ação fiscal de que trata o Art. 627-A da CLT, e revoga a  
2094 Instrução Normativa nº 23, de maio de 2001, objetivando, em tese, regulamentar o  
2095 procedimento especial para a ação fiscal, conferindo segurança jurídica ao instituto para a  
2096 atuação dos Auditores-Fiscais do Trabalho e das chefias de fiscalização junto aos  
2097 administrados sujeitos à inspeção do trabalho, tendo como escopo fundamental o de prevenir  
2098 e sanear irregularidades da legislação trabalhista; e considerando que a Nota Técnica nº  
2099 205/2017/SIT/MT, ao justificar a edição da referida IN 133, reconhece que “a nova Instrução  
2100 Normativa não impede que ocorram notificações coletivas, nem o chamamento de sindicatos  
2101 ou outras entidades representativas no curso de um procedimento especial para ação fiscal.  
2102 **Recomenda:** À Secretaria de Inspeção do Trabalho do Ministério do Trabalho (SIT/MT): 1) A  
2103 republicação da Instrução Normativa nº 133/SIT/MT, de 21 de agosto de 2017 que dispõe  
2104 sobre o procedimento especial para a ação fiscal de que trata o artigo 627-A da Consolidação  
2105 das Leis do Trabalho, com a inclusão no artigo 1º desta IN, da participação das entidades  
2106 sindicais representativas dos trabalhadores, como item obrigatório, no curso de um  
2107 procedimento especial para ação fiscal no local de trabalho; e 2) A garantia de que nos  
2108 espaços de aperfeiçoamento e revisão de normas vigentes sobre a matéria em questão,  
2109 sejam convocados à participação representantes de todas as áreas técnicas, categorias  
2110 profissionais envolvidas e órgãos de Controle Social. **Deliberação: aprovada, por**  
2111 **unanimidade, a recomendação à Secretaria de Inspeção do Trabalho do Ministério do**  
2112 **Trabalho - SIT/MT. b) Indicação da coordenação adjunta: um representante do segmento dos**  
2113 **usuários, em virtude da substituição da Conselheira Juliana Santorum, representante da**  
2114 **Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG, na composição do**  
2115 **CNS. Deliberação: aprovada a indicação do conselheiro Luiz Aníbal Vieira Machado para**  
2116 **coordenação adjunta da CISTT/CNS. 6) Apreciação de minuta de resolução, elaborada**  
2117 **pela Comissão Intersetorial de Saúde Mental – CISM/CNS, cujo mérito foi aprovado no**  
2118 **primeiro dia de reunião (item 3 da pauta). O texto é o seguinte: “Resolução nº 000, de 15 de**  
2119 **setembro de 2017. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima**  
2120 **Nonagésima Sétima Reunião Ordinária, realizada nos dias 14 e 15 de setembro de 2017, e no**  
2121 **uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei no 8.080, de 19 de**  
2122 **setembro de 1990; pela Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pelo Decreto no 5.839, de**  
2123 **11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do**  
2124 **Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando a necessidade da efetivação**  
2125 **e defesa da Política Nacional de Saúde Mental e a luta por uma sociedade sem manicômios;**  
2126 **considerando a necessidade de manutenção e ampliação da Rede de Atenção Psicossocial**  
2127 **(RAPS), instituída pela Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011, com republicação em 21**  
2128 **de maio de 2013, e que dispõe sobre a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção**  
2129 **à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes**  
2130 **do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);**  
2131 **considerando os princípios da Carta de Bauru, documento ao final do II Congresso Nacional**  
2132 **dos Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em 1987, que apresentou os princípios do**  
2133 **Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e foi um marco decisivo para a Reforma**  
2134 **Psiquiátrica brasileira; considerando a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a**  
2135 **proteção e os direitos das pessoas com deficiência mental e redireciona o modelo assistencial**  
2136 **em saúde mental; considerando as propostas e diretrizes da 15ª Conferência Nacional de**  
2137 **Saúde, aprovadas por meio da Resolução CNS nº 507, de 16 de março de 2016;**  
2138 **considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de**  
2139 **19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o**  
2140 **planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa; e considerando**  
2141 **que compete ao CNS a função de atuar na formulação de estratégias e no controle da**  
2142 **execução da Política Nacional de Saúde, na esfera do Governo Federal, inclusive nos**  
2143 **aspectos econômicos e financeiros, bem como o papel de fortalecer a participação e o**  
2144 **controle social no SUS (Art. 10, I e IX da Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de 2008).**  
2145 **Resolve:** 1) Reafirmar o posicionamento do CNS frente à Política Nacional de Saúde mental,  
2146 com base na Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, não sendo admitida qualquer alteração  
2147 nesta política que possa ferir os princípios da reforma psiquiátrica brasileira; 2) Manifestar-se  
2148 mais uma vez em defesa da luta antimanicomial e pela busca de uma sociedade sem  
2149 manicômios; 3) Posicionar-se em apoio ao encontro “30 anos da Carta de Bauru”, que está  
2150 sendo organizado por diversas entidades, movimentos e associações de usuários e familiares,  
2151 a ocorrer dos dias 8 a 10 de dezembro de 2017, na cidade de Bauru, em São Paulo.  
2152 **Deliberação: aprovada, por unanimidade, a resolução. 7) Apreciação de minuta de**

2153 **recomendação** - mérito foi sugerido pelo conselheiro **Nelson Mussolini** no primeiro dia de  
2154 reunião. O texto é o seguinte: “O texto é o seguinte: “Recomendação nº xxx, de 15 de  
2155 setembro de 2017. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima  
2156 Nonagésima Sétima Reunião Ordinária, realizada nos dias 14 e 15 de setembro de 2017, e no  
2157 uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de  
2158 setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pelo Decreto nº 5.839, de  
2159 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do  
2160 Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando a Constituição da República  
2161 Federativa do Brasil de 1988 (CF/1988) que, em seu Art. 196, determina que a promoção da  
2162 saúde, bem como sua proteção e recuperação deve ser garantida pelo Estado, mediante  
2163 políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e  
2164 ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde; considerando a Lei nº 9.782,  
2165 de 26 de janeiro de 1999, que, entre outras coisas, define o Sistema Nacional de Vigilância  
2166 Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e determina que “a  
2167 Agência terá por finalidade institucional promover a proteção da saúde da população, por  
2168 intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços  
2169 submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das  
2170 tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos e de fronteiras”;  
2171 considerando a Lei nº 9.986, de 18 de julho de 2000, que dispõe sobre a gestão de recursos  
2172 humanos das Agências Reguladoras e dá outras providências, que em seu Art. 5º determina  
2173 que “o Presidente ou o Diretor-Geral ou o Diretor-Presidente (CD I) e os demais membros do  
2174 Conselho Diretor ou da Diretoria (CD II) serão brasileiros, de reputação ilibada, formação  
2175 universitária e elevado conceito no campo de especialidade dos cargos para os quais serão  
2176 nomeados, devendo ser escolhidos pelo Presidente da República e por ele nomeados, após  
2177 aprovação pelo Senado Federal, nos termos da alínea f do inciso III do Art. 52 da CF/1988;  
2178 considerando a mensagem presidencial nº 313, de 24 de agosto de 2017, publicada no Seção  
2179 1 do Diário Oficial da União (DOU), de 25 de Agosto de 2017, que tratou do “Encaminhamento  
2180 ao Senado Federal, para apreciação, do nome do Senhor ROBERTO CAMPOS MARINHO  
2181 para exercer o cargo de Diretor da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, na  
2182 vaga decorrente do término do mandato do Senhor José Carlos Magalhães da Silva  
2183 Moutinho”; considerando a “Nota de repúdio à nova indicação política para diretoria da  
2184 Anvisa”, da União Nacional dos Servidores de Carreira das Agências Reguladoras  
2185 Federais (UnaReg), que aponta “a necessidade de que o perfil dos candidatos contemple a  
2186 competência técnica, a experiência profissional e – no caso da Anvisa, o compromisso com o  
2187 Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e o desenvolvimento econômico do país”;  
2188 considerando que a referida Nota alertou ainda “para o abuso de poder expresso nessa  
2189 indicação do executivo, que ignora a experiência e capacidade técnica necessárias para que o  
2190 indicado trate de forma responsável com assuntos pertinentes à missão institucional de  
2191 proteger e promover a saúde da população brasileira”; considerando a manifestação da  
2192 Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa (Interfarma) de que “o país depende e  
2193 precisa de um rígido e eficiente sistema de regulação em saúde, que precisa ser  
2194 constantemente fortalecido, haja vista a gravidade dos problemas que enfrenta. E o sistema  
2195 pressupõe capacidade, experiência e independência para agir em nome do interesse de todos  
2196 os brasileiros e da saúde pública”; e considerando que as indicações para cargos públicos  
2197 devem observar o histórico, o conhecimento técnico e o compromisso dos indicados com o  
2198 fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e não somente contemplar indicações de  
2199 cunho político. **Recomenda:** À Presidência da República: que contemple em suas indicações  
2200 aos cargos públicos, em especial na área da saúde, a competência técnica, a experiência  
2201 profissional e o compromisso com a política de saúde no Brasil; e Ao Senado Federal: que  
2202 rejeite, da mesma forma como já foi feita para outra indicação para este mesmo cargo na  
2203 Agência Nacional de Vigilância Sanitária, o nome do Senhor Roberto Campos Marinho, até  
2204 que seja feito o encaminhamento de um nome que atenda ao determinado pela Lei nº 9.986,  
2205 de 18 de julho de 2000.” **Deliberação: aprovada, com modificação e três abstenções,**  
2206 **recomendação à Presidência da República: que contemple em suas indicações aos**  
2207 **cargos públicos, em especial na área da saúde, a competência técnica, a experiência**  
2208 **profissional e o compromisso com a política de saúde no Brasil; e ao Senado Federal:**  
2209 **que rejeite, da mesma forma como já foi feita para outra indicação para este mesmo**  
2210 **cargo na Agência Nacional de Vigilância Sanitária, o nome do Senhor Roberto Campos**  
2211 **Marinho, por não atender ao determinado pela Lei nº 9.986, de 18 de julho de 2000. 8)**  
2212 **Comissão Intersetorial de Assistência Farmacêutica – CIAF. Deliberação: aprovada**

2213 **convocação de reunião da CIAF para debater a nota técnica sobre a revisão da Rename**  
2214 **(remeter à Mesa Diretora do CNS). ITEM 8 – 1ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE**  
2215 **VIGILÂNCIA EM SAÚDE** - Conselheiro Geordeci Menezes de Souza pontuou os itens que  
2216 seriam tratados neste ponto de pauta: mudança da data da 1ª Conferência Nacional de  
2217 Vigilância em Saúde – minuta de resolução; Regulamento da 1ª CNVS; proposta de  
2218 programação da etapa nacional da 1ª CNVS; prazo para indicação dos delegados nacionais  
2219 da conferência; indicação dos delegados nacionais; e convidados. Primeiro, justificou que foi  
2220 sugerida mudança de data da 1ª CNVS porque ocorrerá, em Brasília, no período de 16 a 25  
2221 de novembro de 2017, uma das etapas dos Jogos Escolares da Juventude, maior evento  
2222 esportivo estudantil do país. Feita a essa justificativa, fez a leitura da minuta de resolução com  
2223 a mudança de datas: “Resolução nº XXX, de 15 de setembro de 2017. O Plenário do  
2224 Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Nonagésima Sétima Reunião Ordinária,  
2225 realizada nos dias 14 E 15 de setembro de 2017, no uso de suas competências regimentais e  
2226 atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28  
2227 de dezembro de 1990, e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, cumprindo as  
2228 disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação  
2229 brasileira correlata. Resolve: retificar o Regimento da 1ª Conferência Nacional de Vigilância  
2230 em Saúde (Resolução CNS nº 535/2016), e seu respectivo Cronograma (Resolução CNS nº  
2231 539/2016), que passarão a ter em seus artigos destacados abaixo, as seguintes redações:  
2232 “Regimento - Resolução CNS nº 535, de 19 de agosto de 2016. CAPÍTULO II - Seção I - DA  
2233 REALIZAÇÃO. Art. 2º. A 1ª CNVS terá abrangência nacional, mediante a realização das  
2234 Etapas Preparatórias; Municipais e/ou Macrorregionais; Estaduais/Distrito Federal; Nacional,  
2235 assim como Conferências Livres, conforme abaixo: I - Etapa Nacional - de 28 de novembro a  
2236 01 de dezembro de 2017; (...). CAPÍTULO VII - DOS PARTICIPANTES. Art. 22. A 1ª CNVS  
2237 contará com os seguintes participantes, conforme distribuição constante do Anexo I deste  
2238 Regimento, que será publicado em resolução posterior: a. Delegados(as) eleitos(as) pelo  
2239 Conselho Nacional de Saúde, com direito a voz e voto; b. Delegados(as) eleitos(as) na Etapa  
2240 Estadual da 1ª CNVS, conforme previsto no Anexo I deste Regimento, com direito a voz e  
2241 voto; e c. Convidados(as), com direito a voz. §1º. No processo eleitoral para a escolha de  
2242 Delegados (as), deverão ser eleitos(as) Delegados(as) suplentes, no total de 30% (trinta por  
2243 cento) das vagas de cada segmento, devendo ser encaminhada a ficha de inscrição do (a)  
2244 Delegado (a) suplente, assim caracterizado no conjunto dos delegados (as) inscritos (as), à  
2245 Comissão Organizadora da 1ª CNVS; §2º. Serão convidados (as) para a 1ª CNVS  
2246 representantes de ONGs, entidades, instituições nacionais e internacionais e personalidades  
2247 nacionais e internacionais, com atuação de relevância em Vigilância em Saúde e setores  
2248 afins, num percentual máximo de até 10% (dez por cento) do total de Delegados (as) Eleitos  
2249 (as) (nos Estados e no Distrito Federal), que serão indicados pela Comissão Executiva, e  
2250 aprovados pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde. Art. 23. As inscrições dos (as)  
2251 Delegados (as) para a Etapa Nacional da 1ª CNVS deverão ser feitas junto à Comissão  
2252 Organizadora até a data a ser definida e informada por esta Comissão por meio de expediente  
2253 próprio. Art. 24. A comunicação dos (as) Delegados (as) Suplentes Eleitos (as) em  
2254 substituição aos Delegados (as) Titulares Eleitos (as) poderá ser realizado até a data a ser  
2255 definida e informada por esta Comissão por meio de expediente próprio. “Cronograma -  
2256 Resolução CNS nº 539, de 09 de setembro de 2016. CAPÍTULO II - DO CRONOGRAMA. Art.  
2257 2º. A 1ª CNVS terá abrangência nacional, mediante a realização das Etapas Preparatórias;  
2258 Municipais e/ou Macrorregionais; Estaduais/Distrito Federal; Nacional, assim como as  
2259 Conferências Livres, observando-se o seguinte cronograma: III - Etapa Nacional - de 28 de  
2260 novembro a 01 de dezembro de 2017. (...) Permanecem inalterados os demais dispositivos  
2261 dos referidos atos normativos (Regimento e Cronograma Geral dessa 1ª CNVS) constantes da  
2262 Resolução CNS nº 535, de 19 de agosto de 2016 e da Resolução CNS nº 539, de 09 de  
2263 setembro de 2016.” **Deliberação: aprovada, por unanimidade, resolução que modifica a**  
2264 **data da etapa nacional da 1ª CNVS para 28 de novembro a 1º de dezembro de 2017. O**  
2265 **Pleno também aprovou, por unanimidade, a inclusão do conselheiro Antônio Muniz na**  
2266 **comissão de Comunicação e Mobilização da 1ª CNVS.** Seguindo, o coordenador da mesa  
2267 submeteu à apreciação do Pleno o Regulamento da 1ª CNVS, enviado previamente aos  
2268 conselheiros. Não havendo contribuições, colocou o documento em votação. **Deliberação:**  
2269 **aprovado, por unanimidade, o Regulamento da 1ª CNVS. Ainda neste ponto, o Pleno**  
2270 **decidiu pautar, na próxima reunião, no ponto da 1ª CNVS, debate sobre “paz e**  
2271 **refugiados” (remeter à Mesa Diretora).** Continuando, apresentou a proposta de  
2272 programação da etapa nacional da 1ª CNVS: 1º dia. 8h às 18h - Credenciamento e

2273 Programação livre. 14h30 às 17h30 - Paineis: 1: Vigilância em Saúde: Direito, Conquista e  
2274 Defesa de um SUS Público de Qualidade. 18h às 19h: Abertura. 19h - Coquetel. 2º dia. 8h30  
2275 às 10h30 - Paineis: 2: “O Lugar da Vigilância em Saúde no SUS” e “Saberes, Práticas,  
2276 processos de Trabalhos e Tecnologias na Vigilância em Saúde”. 11h às 13h. Painel 3:  
2277 “Responsabilidades do Estado com a Vigilância em Saúde” e “Vigilância em Saúde  
2278 Participativa e Democrática para Enfrentamento das Iniquidades Sociais em Saúde”. Almoço.  
2279 14h às 18h. Grupos. 3º dia. 8h às 12h. Grupos. 12h às 13h – Almoço. 13h às 15h - Grupos. 16h  
2280 - Ato público (das 15h em diante, atividade cultural e atividade informativa). 4º dia. 8h às 12h -  
2281 Plenária final. 12h às 13h – Almoço. 13h às 17h - Plenária Final. **Deliberação: após**  
2282 **considerações, o Pleno aprovou, por unanimidade, a programação da Conferência,**  
2283 **excluindo a atividade “ato público” (essa atividade também deverá ser excluída do**  
2284 **Regulamento).** Seguindo, conselheiro **Geordecí Menezes de Souza** apresentou a proposta  
2285 de prorrogar o prazo para indicação dos delegados nacionais da conferência até 22 de  
2286 setembro. Os nomes deverão ser enviados, pelo conselheiro titular, para o site da  
2287 Conferência. [1cnvs@saude.gov.br](mailto:1cnvs@saude.gov.br). **Deliberação: aprovada, com um voto contrário, a**  
2288 **prorrogação do prazo para indicação dos delegados nacionais da conferência: até 22 de**  
2289 **setembro. Os nomes deverão ser enviados, pelo conselheiro titular, para o e-mail da**  
2290 **Conferência: [1cnvs@saude.gov.br](mailto:1cnvs@saude.gov.br).** Sobre a indicação dos delegados nacionais, o  
2291 coordenador da mesa apresentou a seguinte proposta de divisão das 52 vagas ((no total, são  
2292 148, restando 52 ao excluir os 96 conselheiros nacionais): quatro vagas para representantes  
2293 da População de Rua (um por Região, exceto Nordeste porque conselheiro Vanilson Torres  
2294 compõe a comissão organizadora), cinco representantes do movimento indígena; cinco  
2295 integrantes da CIVS/CNS; dezenove vagas para o segmento dos usuários; e dezenove vagas  
2296 para profissionais de saúde e para gestores/prestadores de serviço. As Indicações deverão  
2297 ser feitas pelos fóruns de segmentos até o dia 22 de setembro de 2017. **Deliberação: após**  
2298 **sugestões, o Plenário aprovou, com um voto contrário, a seguinte proposta de divisão**  
2299 **das 52 vagas dos delegados nacionais (no total, são 148, restando 52 ao excluir os 96**  
2300 **conselheiros nacionais: quatro vagas para representantes da População de Rua (um**  
2301 **por Região, exceto Nordeste porque conselheiro Vanilson Torres compõe a comissão**  
2302 **organizadora), cinco representantes do movimento indígena; quatro integrantes da**  
2303 **CIVS/CNS; cinco representantes dos Agentes Comunitários de Saúde - ACS; dezesseis**  
2304 **vagas para o segmento dos usuários; nove vagas para profissionais de saúde; e nove**  
2305 **vagas para gestores/prestadores de serviço. Os fóruns farão as indicações. A**  
2306 **assessoria técnica verificará as vagas que sobraram e enviarão aos segmentos para**  
2307 **indicação.** Sobre os 148 convidados da 1ª CNVS, propôs que os nomes sejam apresentados  
2308 pelos segmentos, na próxima reunião do CNS, para aprovação (74 para usuários; 37  
2309 profissionais; e 37 gestores/prestadores). **Deliberação: aprovado que os nomes dos 148**  
2310 **convidados serão apresentados pelos segmentos, na próxima reunião do CNS, para**  
2311 **aprovação (74 para usuários; 37 profissionais; e 37 gestores/prestadores).** Definido esse  
2312 ponto, a mesa suspendeu para o almoço. Retomando, a mesa foi composta para o item 10 da  
2313 pauta. **ITEM 10 – AVALIAÇÃO DAS VISITAS REALIZADAS NA FUNDAÇÃO OSWALDO**  
2314 **CRUZ - Coordenação:** conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS. Neste  
2315 ponto de pauta, os conselheiros e as conselheiras avaliaram as visitas às instalações da  
2316 Fundação Oswaldo Cruz, durante a 296ª Reunião Ordinária do CNS, realizada no mês de  
2317 agosto, a fim de conhecer melhor os trabalhos realizados pela Fundação. Para as visitas, que  
2318 ocorreram no período da tarde da 296ª RO, os presentes dividiram-se em grupos. Aberta a  
2319 palavra ao Pleno, os conselheiros elogiaram a estrutura e a produção da FIOCRUZ,  
2320 referência para o desenvolvimento da saúde no Brasil. Entre os locais visitados, os  
2321 conselheiros citaram: instalações do Canal Saúde, com destaque para estrutura e trabalho  
2322 de excelência; Centro de Saúde dos Trabalhadores da Fiocruz – bem equipado, excelente  
2323 estrutura, laboratórios completos; Castelo da instituição; unidade de produção de vacinas (Bio-  
2324 Manguinhos) e Instituto Nacional de Infectologia Carlos Chagas - INI, unidade de referência no  
2325 estado do Rio de Janeiro para o tratamento de doenças como a AIDS, Tuberculose, Doença  
2326 de Chagas, Zika, entre outras; esforço da Fiocruz voltado a descentralização e popularização  
2327 da ciência e da pesquisa nos últimos anos, com protagonismo de unidades, como a Escola  
2328 Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz) e a Escola Politécnica de Saúde  
2329 Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz); Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria –  
2330 ENSP/FIOCRUZ – destaque para os relevantes e fundamentais serviços prestados para a  
2331 construção e manutenção do SUS; beleza e exuberância do campus, de um lado, e, de outro,  
2332 falta de acessibilidade (foram feitas sugestões de melhoria nesse sentido). Como

2333 encaminhamento, conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** fez a leitura de moção de  
2334 reconhecimento para apreciação do Pleno. O texto é o seguinte: “O Plenário do Conselho  
2335 Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Nonagésima Sétima Reunião Ordinária, realizada  
2336 nos dias 14 e 15 de setembro de 2017, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei nº  
2337 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pelo  
2338 Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da  
2339 República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando a  
2340 realização 61ª Reunião Extraordinária e da 296ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de  
2341 Saúde, nos dias 09, 10 e 11 de agosto de 2017, nas dependências da ENSP/ Fiocruz, que  
2342 proporcionou aos (as) conselheiros (as), e assessorias, visitas aos diferentes serviços e  
2343 departamentos da Fiocruz, dentre estes o Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria –  
2344 CSEGSF/ENSP/FIOCRUZ, ocasião em que houve um convite aos presentes para participação  
2345 na Semana de seu aniversário; considerando que o Centro de Saúde Escola Germano Sinval  
2346 Faria – CSEGSF/ENSP/FIOCRUZ foi inaugurado em 1967 como um espaço de prática de  
2347 ensino e pesquisa em saúde pública e consolidou o componente assistencial ao longo dos  
2348 anos por influência do Movimento da Reforma Sanitária; considerando que o  
2349 CSEGSF/ENSP/FIOCRUZ experimentou diferentes modelos assistenciais e inovou em 2000  
2350 com a implantação de duas equipes do, então, Programa de Saúde da Família: uma no  
2351 Parque João Goulart e outra em Mandela de Pedra. A partir de 2013, por meio do Projeto  
2352 Teias-Escola, coordena as sete equipes da Estratégia de Saúde da Família do CSEGSF, a  
2353 Clínica da Família Victor Valla, o NASF, a equipe de Consultório na Rua e o CAPS Augusto  
2354 Magal, respondendo por cerca de 45.000 mil moradores de Manguinhos; considerando que o  
2355 CSEGSF/ENSP/FIOCRUZ tem como missão “Promover a saúde e cuidar da população  
2356 referida, na integralidade da atenção, e desenvolver ensino, pesquisa e tecnologia em saúde  
2357 pública”; considerando as comemorações do Cinquentenário do Centro de Saúde Escola  
2358 Germano Sinval Faria – ENSP/FIOCRUZ, de 28 a 31 de agosto de 2017, com a realização da  
2359 Semana de Aniversário para “festejar o trabalho executado por muitos que, ao longo deste  
2360 cinquentenário, mantiveram um indissociável reconhecimento da função pública do Estado  
2361 com o compromisso na defesa e aplicação de políticas públicas inclusivas e democráticas”,  
2362 segundo Eliane Vianna, chefe do CSEGSF/ENSP/Fiocruz; considerando que, apesar da atual  
2363 conjuntura em que vários retrocessos estão acontecendo no Brasil e o significado do Sistema  
2364 Único de Saúde (SUS) como um dos maiores avanços civilizatórios, a semana de aniversário  
2365 do CSEGSF/ENSP/Fiocruz, Ensino, Cuidado e Pesquisa, reafirmou o seu compromisso com a  
2366 saúde pública e o território, 1967-2017, comemorando juntos comunidades e servidores o  
2367 seus cinquenta anos e ações em que pulsaram a promoção da saúde e a valorização da vida;  
2368 considerando a competência do Conselho Nacional de Saúde no fortalecimento da  
2369 participação e do controle social no SUS (Art. 10, IX da Resolução n.º 407, de 12 de setembro  
2370 de 2008). Vem a público: reconhecer e prestar homenagem ao Centro de Saúde Escola  
2371 Germano Sinval Faria – ENSP/FIOCRUZ, por seus relevantes e fundamentais serviços  
2372 prestados para a construção e manutenção do SUS, por meio do trabalho e luta dos seus  
2373 servidores, das comunidades da região e da gestão participativa.” **Deliberação: aprovada,**  
2374 **por unanimidade, moção de reconhecimento e de homenagem ao Centro de Saúde**  
2375 **Escola Germano Sinval Faria – ENSP/FIOCRUZ.** Por fim, foi reproduzido vídeo, feito pela  
2376 Fundação, sobre a reunião do CNS na Fiocruz. Definido esse ponto, o Presidente do CNS fez  
2377 uma fala convocando as entidades que compõem o CNS a realizar ações mais articuladas  
2378 para coleta de assinaturas ao abaixo-assinado contra a Emenda Constitucional - EC 95 e o  
2379 retrocesso no SUS. **ITEM 11 – AVALIAÇÃO DA 2ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**  
2380 **DAS MULHERES – 2ª CNSMu** - Este item foi adiado para a próxima reunião, porque a  
2381 comissão organizadora da Conferência se reunirá na próxima semana para avaliar a 2ª  
2382 CNSMu. **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, deu-se por encerrada a 297ª  
2383 Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os seguintes conselheiros e conselheiras:  
2384 *Titulares* – **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil- CNBB;  
2385 **Antônio Muniz da Silva**, Organização Nacional dos Cegos do Brasil – ONCB; **Artur**  
2386 **Custódio Moreira de Sousa**, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela  
2387 Hanseníase (MORHAN); **Breno de Figueiredo Monteiro**, Confederação Nacional de Saúde –  
2388 CNS; **Carmen Lucia Luiz**, União Brasileira de Mulheres – UBM; **Carlos de Souza Andrade**,  
2389 Confederação Nacional do Comércio – CNC; **Cláudio Ferreira do Nascimento**, Federação  
2390 Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação  
2391 Nacional das Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA; **Dylson Ramos Bessa**  
2392 **Junior**, Organização Nacional de Entidades de Deficientes Físicos – ONEDEF; **Edmundo**

2393 **Dzuaiwi Omore**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB);  
2394 **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia –  
2395 ABENFISIO; **Geordeci M. Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **Guilherme Franco**  
2396 **Netto**, Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO; **Heliana Neves Hemeterio** dos  
2397 Santos, Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais –  
2398 ABGLT; **Jani Betânia Souza Capiberibe**, Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **João**  
2399 **Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos  
2400 Trabalhadores na Saúde – CNTS; **Antônio Lacerda Souto**, Confederação Nacional dos  
2401 Trabalhadores na Agricultura – CONTAG; **Luiz Alberto Catanoe**, Sindicato Nacional dos  
2402 Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical – SINDNAPI; **Luiz Aníbal Vieira**  
2403 **Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Marcos da Silveira Franco**,  
2404 Ministério da Saúde; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes  
2405 Sociais (FENAS); **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Nelson Augusto**  
2406 **Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos  
2407 Indígenas da Região Sul – ARPINSUL; **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos  
2408 Farmacêuticos – FENAFAR; **Sônia Aparecida Pinheiro Pereira**, Rede Nacional Lai Lai  
2409 Apejo; **Wilen Heil e Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional  
2410 (COFFITO); e **Zaira Tronco Salerno**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN). *Suplentes*  
2411 – **Albervan Reginaldo Sena**, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia – ABRALE;  
2412 **Analice Dantas Santos**, Conselho Federal de Serviço Social – CFESS; **Ana Sandra**  
2413 **Fernandes Arcoverde Nóbrega**, Conselho Federal de Psicologia – CFP; **Antonio César**  
2414 **Silva Mallet**, Ministério da Saúde (MS); **Clarice Baldotto**, Associação de Fisioterapeutas do  
2415 Brasil (AFB); **Douglas Vinicius Reis Pereira**, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de  
2416 Medicina – DENEM; **Denise Torreão Corrêa da Silva**, Conselho Federal de Fonoaudiologia –  
2417 CFFa; **Eliane Maria Nogueira de Paiva Cunha**, Sindicato dos Servidores do Sistema  
2418 Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde – UNASUS; **José Eri de Medeiros**,  
2419 Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS; **Lenir Santos**,  
2420 Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down – FBASD; **Luiz Carlos**  
2421 **Medeiros de Paula**, Federação Nacional de Associações e Entidades de Diabetes – FENAD;  
2422 **Maria das Graças Silva Gervásio**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB;  
2423 **Rafaela Bezerra Fernandes**, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social –  
2424 ABEPSS; **Simone Maria Leite Batista**, Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de  
2425 Educação Popular em Saúde – ANEPS; **Sônia Maria Feitosa Brito**, Ministério da Saúde;  
2426 **Sueli Terezinha Goi Barrios**, Associação Brasileira da Rede Unida – REDE UNIDA; e **Vânia**  
2427 **Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da Criança.