



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

Aos nove e dez dias do mês de novembro de dois mil e dezessete, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde “O Milton Visconde”, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar, Brasília-DF, realizou-se a Ducentésima Nonagésima Nona 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, às 9h13, o Presidente do CNS procedeu à abertura dos trabalhos, cumprimentando os presentes e os internautas que acompanhavam a reunião em tempo real. Em seguida, apresentou os objetivos da reunião: **1)** Apreciar e aprovar os informes e as indicações. **2)** Apreciar os itens do Radar. **3)** Apreciar e deliberar sobre as demandas da Comissão Intersetorial de Orçamento e financiamento – COFIN. **4)** Promover o debate acerca da Política Nacional de Atenção Básica. **5)** Acompanhar, refletir e rever possíveis encaminhamentos da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. **6)** Assistir, apreciar e debater acerca da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência no SUS. **7)** Apreciar e deliberar sobre os pareceres da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho – CIRHRT. **8)** Apreciar e deliberar sobre as demandas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. **9)** Apreciar e deliberar sobre encaminhamentos das Comissões Intersetoriais, representações externas e Grupos de Trabalhos. **Na sequência, submeteu à apreciação do Pleno a pauta da reunião. ITEM 1 – APROVAÇÃO DA PAUTA DA 299ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS. Deliberação: aprovada, por unanimidade, a pauta da reunião. APROVAÇÃO DA ATA DA 297ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS. Deliberação: aprovada, com uma abstenção, a ata da 297ª Reunião Ordinária do CNS. ITEM 2 – EXPEDIENTE – Justificativa de ausências. Apresentação de Convidados (as), Novos (as) Conselheiros (as) e Coordenadores (as) de Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. Informes. Indicações. Coordenação: conselheiro Geordecio Menezes de Souza, da Mesa Diretora do CNS; e Neide Rodrigues dos Santos, Secretária-Executiva do CNS. INDICAÇÕES - 1)** Indicação de representante para compor do Conselho Consultivo da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH que tem por finalidades consulta, controle social e apoio à Diretoria Executiva e ao Conselho de Administração. *Composição:* Aguardando Nomeação - representação: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Aguardando Nomeação - representação: Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (Andifes). Aguardando Nomeação - representação: Ministério da Educação. Aguardando Nomeação - Representação: Ministério da Saúde. Aguardando Nomeação - Representação: Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR). Vago - Conselho Nacional de Saúde (CNS). Vago - Representante dos trabalhadores dos HUFs filiais da Ebserh. *São competências do Conselho Consultivo:* opinar sobre as linhas gerais das políticas, diretrizes e estratégias da EBSEH, orientando o Conselho de Administração e a Diretoria Executiva no cumprimento de suas atribuições; propor linhas de ação, programas, estudos, projetos, formas de atuação ou outras medidas, orientando para que a EBSEH atinja os objetivos para a qual foi criada; acompanhar e avaliar periodicamente o desempenho da EBSEH; e assistir à Diretoria e ao Conselho de Administração em suas funções, sobretudo na formulação, implementação e avaliação das estratégias de ação da EBSEH. *Posição do CNS:* Em sua 238ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 9 e 10 de outubro de 2012, o Conselho Nacional de Saúde optou por não compor o Conselho Consultivo da EBSEH e deliberou por encaminhar uma solicitação de exclusão de representante do CNS no referido conselho, em virtude de divergências quanto às finalidades da EBSEH, e porque não foi feita consulta prévia ao CNS quanto a sua participação, constante no Estatuto Social da empresa (Decreto n.º 7.661/2011). Além disso, o CNS expressou seu entendimento colegiado acerca da EBSEH em três atos normativos: **a)** Moção de Repúdio nº 13, de 13 de setembro de 2012 – no documento, o CNS repudia: a Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, que instituiu a EBSEH e a Portaria MEC/GM nº 442, de 25 de abril de 2012; qualquer forma de discriminação do MEC às universidades públicas federais que decidirem não contratar a EBSEH para gestão de seus Hospitais Universitários; qualquer iniciativa do governo federal de não abrir concursos públicos por Regime Jurídico Único – RJU nas universidades públicas federais para o pleno

55 funcionamento dos HUs, bem como o não repasse de recursos orçamentários como forma de
56 retaliação, imposição e coação pela decisão de não contratar a EBSEH para gestão de seus Hospitais
57 Universitários; **b)** Recomendação CNS nº 25, de 10 de outubro de 2012 – no documento, o CNS
58 recomendou: **1)** Ao Poder Executivo e ao Congresso Nacional que revogue a Lei 12.550/2011 que cria
59 a EBSEH; **2)** Ao Ministério da Educação e ao Ministério da Saúde a firmarem contratos de gestão
60 diretamente com as Universidades, visando dotar os Hospitais Universitários de Autonomia
61 Administrativa e Financeira com recursos financeiros adequados ao seu funcionamento e imediata
62 recomposição de seu quadro funcional através de Concursos Públicos pelo Regime Jurídico Único; e **c)**
63 Resolução nº 458, de 10 de outubro de 2012, que resolve: I - Reafirmar seu posicionamento contra a
64 EBSEH; II - Deliberar que o Ministério da Saúde garanta o financiamento e a força de trabalho
65 necessários ao pelo funcionamento dos Hospitais Universitários Federais. **Encaminhamento:**
66 **atendendo à solicitação do Fórum Nacional de Trabalhadores da Saúde - FENTAS, este ponto**
67 **será definido na próxima reunião do CNS, de modo a possibilitar que os segmentos dos**
68 **usuários e dos profissionais de saúde debatam para definição (o Fórum de Usuários registrou a**
69 **decisão de não indicar representante para o Conselho da EBSEH, mas irá rediscutir). 2)** Grupo
70 de Trabalho para o Acompanhamento e a Consolidação de Portarias do Ministério da Saúde. *Indicação:*
71 três representantes do segmento dos usuários: **José Felipe dos Santos; Luiz Aníbal Vieira Machado;**
72 **e José Vanilson Torres da Silva.** Um representante do segmento dos profissionais da saúde: **Joana**
73 **Batista Oliveira Lopes.** Um representante do Segmento dos Gestores/Prestadores de Serviço: **Karla**
74 **Larica Wanderley.** A primeira reunião do GT deve ocorrer ainda em 2017. **3)** Comissão Nacional de
75 Ética em Pesquisa – CONEP/CNS - indicação de um representante do segmento dos usuários para
76 substituir a conselheira **Maria Zenó Soares da Silva** e um representante dos profissionais de saúde em
77 substituição à conselheira **Analice Dantas Santos.** **Deliberação: aprovada, por unanimidade, a**
78 **indicação do conselheiro Dylson Bessa, representante do segmento de usuários, para a CONEP.**
79 **A indicação de representante do segmento dos profissionais de saúde será feita na próxima**
80 **reunião do CNS. INFORMES - 1)** Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira,** em nome do conselheiro
81 **Artur Custódio M. de Souza,** fez um informe sobre a 1ª Conferência Livre de Vigilância em Saúde com
82 ênfase em Hanseníase, realizada nos dias 19 e 20 de outubro de 2017, em Palmas, Tocantins, como
83 uma etapa preparatória para a 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde - CNVS. O evento
84 contou com 540 participantes e foram escolhidos três pessoas para participarem, como convidados, na
85 etapa nacional da Conferência. Destacou também como resultado a aprovação de manifesto com
86 ênfase em hanseníase (o documento foi disponibilizado aos conselheiros). **2)** Conselheiro **Ronald**
87 **Ferreira do Santos,** Presidente do CNS, fez um relato da sua participação em eventos externos,
88 representando o Conselho: participação na Conferência Livre do Campo e da Floresta; Conferência
89 Estadual de Vigilância em Saúde de São Paulo; audiência pública sobre as ações de prevenção ao
90 suicídio; audiência com o ministro Faccini sobre a EC nº. 29; reunião com representação do Conselho
91 Nacional de Educação; audiência com ministro **Dias Toffoli** sobre a EC nº. 86; ato ecumênico na
92 Câmara dos Deputados em defesa do SUS; seminário na Universidade de Brasília; 8º Fórum Nacional
93 de Assistência Farmacêutica; Conferência de Vigilância em Saúde do Distrito Federal; abertura dos
94 trabalhos da Câmara Técnica da CIRHRT/CNS; articulação com a Rede Unida para participação do
95 CNS no XXIII Congresso da Rede; presença na audiência pública para debate da liminar concedida
96 pela Justiça Federal de Brasília, a partir de ação movida pelo Conselho Federal de Medicina, que
97 suspendeu a requisição de exames por enfermeiros na atenção básica; reunião com o MP do DF para
98 tratar da divergência de entendimento do papel do CNS na avaliação de abertura de cursos de
99 Medicina do Programa Mais Médicos; e participação na reunião da Comissão Intergestores Tripartite,
100 com destaque para a decisão sobre a Política Nacional de Atenção Básica, contrariando o
101 compromisso assumido com a representação dos agentes comunitários de saúde de rediscutir a
102 Política. **3)** Conselheiro **André Luiz de Oliveira** fez um breve informe sobre a última reunião da
103 Comissão Intergestores Tripartite, realizada em outubro de 2017, com destaque para os itens de pauta:
104 discussões e pactuações; informes – PNAB, perfil da formação dos agentes de saúde e programa
105 nacional de qualificação do agentes de saúde. Em relação às pactuações, destacou o processo
106 interfederativo de resposta rápida à sífilis na rede de atenção à saúde; e estratégia de eliminação da
107 Hepatite C. **JUSTIFICATIVAS DE AUSÊNCIA** – enviaram justificativas previamente: **Antônio Pitol;**
108 **Carlos de Souza Andrade; João Paulo dos Reis Neto; Sônia Aparecida Pinheiro Pereira.** Na
109 reunião, foram justificadas as ausências dos seguintes representantes do Ministério da Saúde: **Ricardo**
110 **José Magalhães Barros; Antônio Carlos Figueiredo Nardi; e Cleusa Rodrigues da Silveira**
111 **Bernardo. ITEM 3 – RADAR - A insulina da Ucrânia; e a não distribuição da insulina no Programa**
112 **Farmácia Popular. Panorama da sífilis no Brasil e as estratégias de enfrentamento. Estado da**
113 **arte do combate ao *Aedes aegypti*. Apresentação: Gerson Fernando Mendes Pereira,** Diretor-
114 Substituto do Departamento das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais – DIAVH/SVS; **Tatiana**
115 **Mingote Ferreira de Ázara,** representante do Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis
116 – DEVIT/SVS; e **Antônio Raimundo,** coordenador Geral de Assistência Farmacêutica Básica –

117 CGAFB/DAF/MS. *Coordenação:* conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS. **A**
118 **insulina da Ucrânia e não distribuição de insulina no Programa Farmácia Popular** – O expositor
119 deste ponto foi o coordenador Geral de Assistência Farmacêutica Básica – CGAFB/DAF/MS, **Antônio**
120 **Raimundo**, que abordou dois pontos na sua fala: a insulina da Ucrânia e a não distribuição de insulina
121 no Programa Farmácia Popular. Sobre a insulina da Ucrânia, explicou que era distribuída no Brasil, por
122 meio de Parceria para o Desenvolvimento Produtivo - PDP com Farmanguinhos, desde 2013. Todavia,
123 essa Parceria encerrou-se e está em andamento nova PDP, para distribuição, com a Fundação Baiana
124 de Pesquisa Científica e Desenvolvimento Tecnológico, Fornecimento e Distribuição de Medicamentos
125 – Bahiafarma. Sobre a distribuição da insulina NPH e regular no Brasil, explicou que está normal em
126 todos os Estados. Também esclareceu que está regular a distribuição desse medicamento na Farmácia
127 Popular. Aproveitou para falar do preço da insulina praticado na Farmácia Popular e a comprada dos
128 laboratórios públicos e privados. Na Farmácia Popular, cada ml da insulina regular e NPH custa R\$
129 2,66. Por outro lado, o valor pago pela CGAFB/DAF/MS é R\$ 0,85 pela insulina NPH e a regular é R\$
130 0,24 cada ml. Portanto, a diferença de valores é R\$ 148 milhões. Em que pese essa diferença, disse
131 que a retirada das duas insulinas da Farmácia Popular não está em debate. Conselheiro **Rodrigo**
132 **silvestre**, diretor do Complexo Industrial e Inovação em Saúde, responsável pelo Programa Parceria de
133 Desenvolvimento Produtivo, explicou que a PDP para produção da insulina da Ucrânia foi necessária
134 porque Farmanguinhos declarou não dispor de estrutura produtiva/industrial para produção da insulina.
135 Assim, está em definição um contrato de transferência de tecnologia de Farmanguinhos à Bahiafarma
136 para produção de insulina da Ucrânia. Inclusive, o Estado da Bahia destinou recurso para construção
137 da fábrica. Aproveitou para reafirmar o compromisso do Departamento de manter a vigilância do
138 processo e frisar a capacidade da FIOCRUZ para acompanhar a transferência de tecnologia e a
139 competência da Bahiafarma para produzir insulina de qualidade no Brasil. Também disse que esse
140 processo de transferência de tecnologia é resultado de uma relação bilateral entre o governo brasileiro
141 e o ucraniano, estabelecido pelo Itamaraty. **Manifestações.** Conselheiro **Nelson Mussolini** salientou
142 que é preciso avaliar com cuidado a questão da produção da insulina da Ucrânia, lembrando que a
143 ANVISA cancelou recentemente o certificado de boas práticas farmacêuticas da fábrica produtora
144 desse medicamento, na Ucrânia, por falta de condições de produção. Além do mais, lembrou que
145 laboratórios já produzem esse medicamento no Brasil. A respeito dos preços praticados na Rede Aqui
146 tem Farmácia Popular, disse que é preciso fazer cálculos considerando o custo da logística envolvida.
147 Também solicitou cuidado ao comparar custo da compra pública e da dispensação. Afora essa questão,
148 destacou a redução de internações em decorrência de diabetes e pressão arterial por conta do
149 fornecimento de medicamentos. Conselheiro **Luiz Carlos Medeiros de Paula** manifestou sua
150 preocupação com o tema lembrando que são 14 milhões de pessoas com diabetes (7% da população
151 brasileira) e a OMS aponta que, em 2040, serão 23 milhões. Lembrou que hoje 2 milhões de pessoas
152 com diabetes usam insulina NPH, que é dispensada exclusivamente pelo governo, e a falta desse
153 insumo causaria graves prejuízos aos usuários - problemas cardiovasculares, renais, oftalmológicos – e
154 ao Ministério da Saúde. Reconheceu que o MS tem buscado formas para garantir maior acesso ao
155 medicamento, mas preocupava a definição de ações com base no critério de custo-benefício e adoção
156 de PDPs que, na sua visão, representam retrocesso. Lembrou que o Programa Aqui tem Farmácia
157 Popular, presente em mais de 35 mil pontos, representa um avanço, pois facilitou o acesso do usuário
158 ao medicamento. Nesse sentido, perguntou ao Ministério da Saúde se procede a notícia de retirada
159 desses pontos de distribuição em 2018. Afora essa questão, fez as seguintes indagações: Como está a
160 transferência de tecnologia aos laboratórios nacionais? Por que o acordo com a INDAR vem sendo
161 renovado há anos, mesmo sem apresentação de resultado ao Brasil? Quem aprova a qualidade da
162 insulina ucraniana? **Retorno da mesa.** Finalizado o primeiro bloco de intervenções, o coordenador da
163 CGAFB/DAF/MS, **Antônio Raimundo**, respondeu aos questionamentos dos conselheiros pontuando
164 que: o Ministério da Saúde está negociando com os laboratórios para reduzir os preços dos
165 medicamentos que compõem o elenco da Farmácia Popular e não para retirar a insulina do Programa,
166 ou seja, não procede a notícia de retirada da insulina no Aqui tem Farmácia Popular em 2018, pois a
167 intenção é mantê-la, mas pagando preço justo; a preocupação do Ministério da Saúde é ampliar cada
168 vez mais o acesso dos usuários aos medicamentos; e a ANVISA, órgão que fiscaliza a qualidade dos
169 medicamentos, não notificou o MS que a insulina da INDAR está fora dos padrões de qualidade.
170 Conselheiro **Luiz Carlos Medeiros de Paula** informou que disponibilizara ao Pleno dossiê da FENAD
171 que aponta dados diferentes do afirmado pelo representante do Ministério da Saúde sobre a qualidade
172 da insulina fornecida pela INDAR. Conselheira **Oriana Bezerra Lima** perguntou ao convidado se o MS
173 provocou a ANVISA para se manifestar sobre a qualidade da insulina fornecida pela INDAR.
174 Conselheiro **André Luiz de Oliveira** frisou que é preciso ter cuidado com a qualidade do produto
175 ofertado aos usuários e não apenas com custo-efetividade. **Retorno da mesa.** Em resposta às
176 indagações, o coordenador da CGAFB/DAF/MS, **Antônio Raimundo**, pontuou que: a insulina da
177 INDAR é distribuída no Brasil desde 2012 e, para ser utilizada no país, precisa cumprir todos os
178 protocolos da ANVISA; a intenção do MS é manter a insulina no Aqui tem Farmácia Popular, mas

179 entende que é preciso negociar os preços dos medicamentos que compõem o elenco para garantir a
180 sustentabilidade do Programa, dado o aumento do custo (em 2017, R\$ 2,8 bi e, para 2018, mais de R\$
181 3 bi). Considerando a importância e a urgência do tema, o Presidente do CNS apresentou a seguinte
182 proposta de encaminhamento: remeter à Comissão Intersectorial de Ciência, Tecnologia e Assistência
183 Farmacêutica o debate sobre a revisão Política Nacional de Assistência Farmacêutica – PNAF, com
184 envolvimento de vários atores, inclusive para levantar questões a serem tratadas na 16ª Conferência
185 Nacional de Saúde. Conselheiro **Nelson Mussolini** salientou que é preciso pautar com urgência o
186 debate do tema no CNS. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** acrescentou a seguinte proposta:
187 solicitar ao Ministério da Saúde que apresente informações sobre o monitoramento da qualidade das
188 insulinas oriundas da parceria com a Ucrânia. Conselheiro **Ivo Ferreira Brito** salientou que é preciso
189 debater, em separado, assistência farmacêutica na atenção básica; e transferência de tecnologia. O
190 Presidente do CNS destacou que a intenção é sistematizar o debate sobre a Política Nacional de
191 Assistência Farmacêutica e ciência e tecnologia, para aprofundar a discussão, sob a coordenação da
192 CIAF/CNS. **Retorno da mesa.** Conselheiro **Rodrigo Gomes Marques Silvestre** explicou que o
193 Certificado de Boas Práticas de Fabricação - CBPF da INDAR para a insulina está válido até março de
194 2018 e a ANVISA apontou exigências para renovação. Se as exigências não forem cumpridas e o
195 certificado interrompido, o MS comprará o medicamento da ata de registro de preço vigente,
196 assegurando suprimento e evitando desabastecimento. O coordenador da CGAFB/DAF/MS, **Antônio**
197 **Raimundo**, destacou que o MS acompanha as resoluções da ANVISA, inclusive para impedir a falta de
198 medicamentos aos usuários. Feitas essas considerações, a mesa procedeu aos encaminhamentos.
199 **Deliberação: como resultado do debate, o Plenário decidiu: 1) solicitar ao Ministério da Saúde**
200 **informações sobre o monitoramento da qualidade das insulinas oriundas da parceria com a**
201 **Ucrânia e manifestação sobre a retirada das insulinas no Programa "Aqui Tem Farmácia**
202 **Popular"; e 2) sistematizar, via Comissão Intersectorial de Ciência, Tecnologia e Assistência**
203 **Farmacêutica, debate sobre a Política Nacional de Assistência Farmacêutica – PNAF, ciência,**
204 **tecnologia e inovação e Parcerias para Desenvolvimento Produtivo, com envolvimento de vários**
205 **atores, inclusive para levantar questões a serem tratadas na 16ª Conferência Nacional de Saúde.**
206 **Panorama da Sífilis no Brasil e as estratégias de enfrentamento –** O Diretor-Substituto do
207 Departamento das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais – DIAVH/SVS, **Gerson Fernando Mendes**
208 **Pereira**, apresentou o panorama da sífilis no Brasil e a resposta rápida nas Redes de Atenção.
209 Começou explicando que a sífilis é uma doença de notificação compulsória no país (congenita, em
210 gestantes e adquirida) e observa-se aumento das taxas de incidência e detecção. Citou as taxas 2015 –
211 2016: adquirida: aumento de 26,8%; gestante: aumento de 14,6%; e congenita: aumento de 4,7%.
212 Lembrou inclusive a meta de eliminação da sífilis congênita, definida pela OMS, de menos de mil casos
213 a cada mil nascidos vivos. Em relação à sífilis adquirida por Região, destacou o aumento do número de
214 casos por conta da melhoria da vigilância epidemiológica e real aumento da incidência de casos. A
215 média nacional de sífilis adquirida é 42,5% e alguns Estados apresentam aumento acima desse índice
216 com destaque para Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Espírito Santo. No caso da sífilis em gestantes
217 por Região, destacou crescimento exponencial ao longo dos anos (a notificação compulsória iniciou-se
218 em 2005). Mostrou gráfico para destacar o aumento da detecção de casos no primeiro trimestre da
219 gravidez, por conta da qualificação do pré-natal na atenção básica, apesar do índice ainda estar abaixo
220 do desejado. Citou ainda os seguintes dados: evolução dos indicadores operacionais; muitos Estados
221 com alta detecção de sífilis em gestantes; número significativo de óbitos (incluindo aborto e natimorto)
222 por sífilis congênita em menores de 1 ano registrados; e taxa de mortalidade por sífilis congênita em
223 2016 - 6,1%. Diante desse cenário, disse que foi definida resposta rápida à sífilis nas Redes de
224 Atenção, aprovada na Tripartite, por meio de Projeto Interfederativo, com o objetivo de reduzir a sífilis
225 adquirida e em gestantes e eliminar a sífilis congênita no Brasil. Neste ponto, destacou, inclusive, que o
226 aumento da sífilis é um problema mundial e não apenas restrito ao Brasil. Detalhou os objetivos
227 específicos da estratégia: resposta integrada e colaborativa: redes de cuidado articuladas em uma
228 relação interfederativa; e setores sociais e comunidades articuladas: resposta rápida fortalecida; e
229 vigilância epidemiológica fortalecida. Falou das características da Estratégia Interfederativa: caráter
230 estruturante com indução nacional e resposta local; engajamento dos atores no território; fortalecimento
231 da regionalização; promoção de ações conjuntas integradas e colaborativas entre a vigilância e a
232 atenção em saúde no território; e articulação intersectorial, com participação direta das organizações de
233 base comunitária no território, visando o fortalecimento da resposta nacional à sífilis. Diante do quadro
234 nacional, explicou que será feita ação em todos os municípios, mas priorizando os cem responsáveis
235 por quase 70% dos casos de sífilis no país. Assim, serão trabalhadas as seguintes áreas de
236 cooperação interfederativa para respostas rápidas: gestão e governança; cuidado integral;
237 educomunicação; e vigilância. Na linha da operacionalização, destacou que foram definidas as
238 seguintes linhas de indução: Linha 1 – Ações de Abrangência Universal: compra e distribuição de
239 insumos de diagnóstico e tratamento (penicilina benzatina e cristalina); desenvolvimento de
240 Instrumentos de disseminação de informação estratégica aos gestores, auxiliando a tomada de

241 decisão; instrumentalização de salas de situação em todos os estados e no Distrito Federal;
242 fortalecimento de estrutura laboratorial para IST (clamídia, gonorreia e sífilis); realização de campanhas
243 nacionais de prevenção; e desenvolvimento de estudos e pesquisas voltados para o enfrentamento da
244 sífilis no SUS; Linha 2 – ações com municípios selecionados por critério epidemiológico (*locus*
245 estratégico nas suas regiões de saúde – 60% dos casos – 100 municípios): cooperação para o
246 fortalecimento de comitês de investigação da transmissão vertical da sífilis e de salas de situação de
247 vigilância epidemiológica; cooperação para o monitoramento das ações do projeto nas salas de
248 situação; cooperação para implementação das linhas de cuidado de sífilis com intervenção em
249 populações-chave; cooperação para avaliação das ações de enfrentamento nos respectivos Planos
250 Municipais/Programações de Saúde e Relatórios de Gestão; cooperação para o fortalecimento de
251 ações intersetoriais no território; e cooperação para fortalecimento entre a rede de atenção à saúde e
252 os diferentes espaços de produção de cuidado. Apresentou a estrutura de governança do projeto:
253 instituição do Grupo de Acompanhamento do Projeto - SVS e SAS do Ministério da Saúde,
254 representantes do CONASS e CONASEMS, e representantes das instituições parceiras; e instituição do
255 Grupo de Acompanhamento Local - coordenado pelas secretarias estaduais e distrital de saúde em
256 parceria com as secretarias municipais de saúde e COSEMS. Destacou ainda o modelo de governança
257 da rede de cooperação técnica interfederativa para o enfrentamento da sífilis, integrando três processos
258 sinérgicos e interdependentes: cooperação; processo formativo; e monitoramento das ações. Na linha
259 da qualificação da vigilância da sífilis, citou a Nota Informativa nº 2 – SEI/2017 – DIAHV/SVS/MS, que
260 altera os critérios de definição de casos para notificação de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis
261 congênita, com alinhamento com as recomendações da Opas e da OMS, buscando definições
262 atualizadas e menos subnotificação. Na linha da informação, destacou o Painel de indicadores:
263 informações sobre sífilis, HIV/Aids e hepatites virais por município e o Boletim Epidemiológico da Sífilis.
264 **Manifestações.** Conselheiro **Marcos da Silveira Franco** explicou que as razões para o aumento da
265 sífilis no Brasil e mundo não estão claras, mas, no caso brasileiro, é histórica a negligência com as
266 DSTs. Ponderou que, no âmbito dos princípios da precaução, a proibição do uso da penicilina gerou
267 necessidade de aprimorar os mecanismos de enfrentamento da sífilis. No seu modo de ver, as
268 entidades precisam mobilizar-se para o enfrentamento da sífilis e de outras doenças DSTs. Conselheiro
269 **André Luiz de Oliveira** concordou que é preciso o envolvimento dos diversos setores para reduzir
270 sífilis. Também fez os seguintes questionamentos, para melhor entendimento da situação: houve
271 dificuldade de disponibilização de antibióticos na rede e, se houve, esse fato contribuiu para o aumento
272 da sífilis? O crescimento da sífilis no Brasil é similar ao que ocorre no mundo? Conselheiro **Ivo**
273 **Ferreira Brito** explicou que o crescimento da sífilis no mundo, desde 2002/2003, aponta para a
274 necessidade de entender a informação epidemiológica, inclusive com dados e informações
275 comportamentais. Acrescentou que essa curva coincide com o crescimento da gonorreia resistente em
276 escala mundial e com a mudança global do mundo em termos de saúde pública. Detalhou que se
277 observa mudança no padrão de comportamento dos microorganismos em função do modo social e
278 econômico que determinam as condicionantes do processo de adoecimento, o que aponta a
279 necessidade de alertas mais eficientes e eficazes do ponto de vista epidemiológico. Além disso, frisou
280 que é preciso enfrentar questões locais como desabastecimento de medicamentos, organização de
281 serviços. Finalizando, lembrou que acordos para eliminação foram assinados ao longo dos anos, mas
282 nada foi feito efetivamente para resolver o problema. Diante da situação, disse que é preciso envolver
283 os vários setores da sociedade para reverter essa situação. Conselheiro **José Felipe dos Santos**
284 sentiu falta de campanhas de prevenção da sífilis e de diálogo com os grupos vulneráveis e fez um
285 paralelo com o aumento exponencial de casos (5000%). Lembrou inclusive que o II Plano Operativo da
286 SGP/MS foi aprovado e não contempla ações voltadas à redução e eliminação da sífilis. Assim,
287 perguntou qual a política do Departamento para grupos vulneráveis e qual o orçamento disponível para
288 a campanha de resposta à sífilis. Conselheiro **Cláudio Ferreira do Nascimento**, na sua intervenção,
289 destacou que é preciso melhorar os cuidados e o acesso às políticas de prevenção no SUS e, diante da
290 gravidade da situação, é necessária ação urgente de enfrentamento. Nessa linha, perguntou qual será
291 o apoio técnico e financeiro às equipes de saúde da família, responsável pela prevenção e quanto o MS
292 investirá para o avanço das políticas de enfrentamento da sífilis. Como encaminhamentos, propôs:
293 solicitar ao MS e à CIT que apresente o percentual de investimento técnico e financeiro para combater
294 o crescimento exponencial de casos de sífilis no Brasil; pautar debate sobre as causas do aumento
295 expressivo de casos; e identificar os problemas políticos relacionados ao aumento de sífilis congênita.
296 Conselheiro **Giovanny Kley Silva Trindade** disse que é preciso identificar o público mais afetado pela
297 sífilis e ponderou que a situação é ainda mais grave que a apresentada. Conselheiro **Ivo Ferreira Brito**
298 explicou que o projeto teve grande participação dos setores da sociedade civil. Também sugeriu que
299 fosse feita apresentação sobre o financiamento do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle
300 das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (maior carteira de projetos financiados do MS). Conselheira
301 **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, para melhor entendimento da situação, fez as seguintes
302 perguntas: quais são os dados de outros países? Há dificuldade na distribuição de medicamentos?

303 Falta acesso? Há dados relativos a 2017? Qual investimento na ESF para monitoramento e prevenção
304 da sífilis? Conselheiro **Marcos da Silveira Franco** salientou que o desabastecimento de medicamentos
305 foi um problema mundial, mas esse é um debate que está às vésperas de ser resolvido. O Presidente
306 do CNS recuperou que a situação da sífilis e o problema da falta de medicamentos foram objeto de
307 debate na reunião de abril de 2016 e, como resultado final desse debate, o CNS convocou a 1ª CNVS.
308 Nessa perspectiva, salientou que para, enfrentar essa situação, são necessárias grandes ações.
309 **Retorno da mesa.** O diretor-substituto do DIAVH/SVS, **Gerson Fernando Mendes Pereira**, respondeu
310 aos questionamentos destacando os seguintes aspectos: apesar do uso indiscriminado da penicilina,
311 ainda não há resistência; o MS passou a comprar a penicilina de forma centralizada, contribuindo para
312 evitar desabastecimento; são populações prioritárias: profissionais do sexo, conscritos, população
313 LGBT; é necessária pesquisa qualitativa para entender o porquê do aumento expressivo da sífilis. O
314 coordenador da mesa sintetizou os encaminhamentos e foi acrescentada a seguinte proposta: CES e
315 CMS participem do esforço do MS de enfrentamento da sífilis. **Deliberação: como resultado final**
316 **deste ponto, as propostas aprovadas foram as seguintes: 1) pautar debate sobre o panorama da**
317 **Sífilis no Brasil e as estratégias de enfrentamento nas comissões do CNS e utilizar os dados**
318 **como subsídio para debate e formulação na 1ª CNVS; 2) solicitar às coordenações das**
319 **Comissões intersetoriais do CNS de Vigilância em Saúde - CIVS, Política de Promoção da**
320 **Equidade (População Negra; LGBT; Campo; Floresta e Águas; Povos e Comunidades**
321 **Tradicionais) – CIPPE e Atenção à Saúde de Pessoas com Patologias, DST-AIDS, Tuberculose,**
322 **Hanseníase e Hepatites Virais – CIASPP que integrem o esforço do MS, por meio da SVS,**
323 **visando envolver o conjunto dos conselhos estaduais e municipais de saúde nas estratégias de**
324 **enfrentamento da sífilis. Estado da arte do combate ao *Aedes Aegypti* -** A representante do
325 Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis – DEVIT/SVS, **Tatiana Mingote Ferreira de**
326 **Ázara**, fez um histórico sobre o combate ao *Aedes aegypti* no Brasil, explicando que foi
327 institucionalizado de forma sistematizada, a partir do século XIX, quando diversas epidemias de febre
328 amarela urbana ocorriam no país, levando à morte milhares de pessoas. Oswaldo Cruz no Rio de
329 Janeiro instituiu as brigadas sanitárias (1902-1907) cuja função era detectar casos de febre amarela e
330 eliminar os focos de *A. aegypti*. Considera-se que o combate à febre amarela também teve impacto na
331 transmissão da dengue na primeira metade do século XX. Em 1947, a Organização Pan-Americana da
332 Saúde e a Organização Mundial da Saúde decidiram coordenar a erradicação do *A. aegypti* no
333 continente Americano. O Brasil erradicou o vetor como resultado de medidas para controle da febre
334 amarela, em 1955. Em 1967, confirmou-se a reintrodução do *A. aegypti* no País (PA) e em 1969 (MA).
335 Já em 1973 um último foco foi eliminado e o vetor, novamente, considerado erradicado do território
336 brasileiro. Em 1976 registrou-se a presença de *Aedes aegypti* nos Estados do Rio Grande do Norte e
337 Rio de Janeiro. A Fundação Nacional de Saúde - Funasa foi criada em 1990 e passou a ser
338 responsável pela coordenação das ações de controle da dengue. Em 1997 foi criado Plano de
339 Erradicação do *Aedes aegypti* (PEAa) que incorporou novas práticas e conceitos da erradicação e
340 também princípios do SUS, como a descentralização da política e das ações de controle do vetor para
341 Estados e Municípios. A não-universalização das ações em cada Município e a descontinuidade na
342 execução das atividades de combate ao vetor contribuíram para que o plano não obtivesse sucesso.
343 Em 2001, a Funasa abandonou oficialmente a meta de erradicar *A. aegypti* do país e passou a
344 trabalhar com o objetivo de controlar o vetor. Feito esse resgate histórico, apresentou a estrutura do
345 Programa Nacional de Controle da Dengue - Vigilância Entomológica/controle de vetores - PNCD
346 (2002), constituído por dez componentes de ação (caráter intersetorial e permanente): 1) Vigilância
347 epidemiológica; 2) Combate ao vetor; 3) Assistência aos pacientes; 4) Integração com atenção Básica;
348 5) Ações de saneamento ambiental; 6) Ações integradas de educação em saúde, comunicação e
349 mobilização social; 7) Capacitação de recursos humanos; 8) Legislação de apoio; 9) Sustentação
350 político-social; e 10) Acompanhamento/avaliação do programa. No que diz respeito à vigilância
351 entomológica/controle de vetores, destacou as seguintes atividades de prevenção: mobilização:
352 gestores e população; visitas domiciliares; inquérito larvário; eliminação de criadouros (controle
353 mecânico, legal, biológico, manejo); e tratamento químico de criadouros. Em relação aos
354 macrodeterminantes - aglomerados subnormais, destacou tratar-se de um fenômeno metropolitano,
355 26,4% da população urbana do país. Além disso, salientou que são 88,2% dos domicílios em favelas
356 concentrados em regiões com mais de 1 milhão de habitantes, 6.329 favelas em 323 municípios e
357 11,42 milhões (6%) de pessoas morando em favelas. Ainda acerca dos macrodeterminantes - Resíduos
358 Sólidos Urbanos – RSU, explicou que são coletados mais de 62,5 milhões de toneladas; 52,3% do lixo
359 urbano concentrado em 110 cidades com mais de 250 mil habitantes; 30% dos municípios utilizam
360 lixões sem destino adequado; e entre 2003 e 2015, 29% massa *per capita*. Também sobre
361 macrodeterminantes, saneamento básico, pontuou que 83,3% dos domicílios brasileiros possuem
362 abastecimento de água tratada; 50,3% dos domicílios não dispõem de coleta de esgoto; e a
363 intermitência no abastecimento afeta 20% dos distritos abastecidos. Mostrou uma série histórica de
364 municípios infestados por *Aedes aegypti* no Brasil, 1976-2017 e explicou que 5.200 fizeram

365 levantamento e encontraram o vetor (maior parte do país infestada pelo *Aedes*). Detalhou os métodos
366 de controle vetorial existentes e em desenvolvimento com destaque para reunião internacional para
367 implementação de alternativas para o controle do *Aedes aegypti* no Brasil com o objetivo de avaliar
368 novas tecnologias para o controle do vetor com base em evidências de seus resultados e potencial
369 utilização em escala ampliada. Disse que as recomendações da reunião foram as seguintes: 1)
370 Tecnologias recomendadas para inclusão nas diretrizes do PNCD; 2) Tecnologias recomendadas para
371 inclusão nas diretrizes do PNCD para a situação específica das gestantes; e 3) Tecnologias
372 recomendadas para estudos e pesquisas. Apresentou a situação dos estudos desenvolvidos. **1)**
373 Inclusão PNCD. **1.1** PNCD: Proposta metodológica de estratificação de áreas de risco para o dengue,
374 chikungunya e zika em cidades endêmicas brasileiras. **a)** As áreas de estudo foram Natal/RN,
375 Recife/PE, Fortaleza/CE e Belo Horizonte/MG. Os objetivos foram avaliar e identificar áreas de risco
376 aumentado para transmissão da dengue em determinados territórios utilizando estatísticas espaciais
377 locais; e direcionar ações específicas de controle vetorial para áreas de risco. Status: Projeto iniciado.
378 Primeira parcela do recurso já repassada, segunda está em tramitação. Pesquisadores encaminharam
379 dois relatórios parciais com resultados prévios. **1.2** Inclusão PNCD: Uso da estratégia Ecobio social
380 para o controle de vetores da dengue, chikungunya e vírus Zika. **a)** Áreas de estudo: Natal/RN,
381 Recife/PE, Fortaleza/CE, Belo Horizonte/MG e Goiânia/GO. Objetivos: estudar a dinâmica de
382 transmissão das três arboviroses transmitidas pelo *Aedes aegypti* (Dengue, Chikungunya e Zika) para
383 projetar intervenções multissetoriais de prevenção e controle. Status: projeto não iniciado. Aguardando
384 adequações no projeto pelo pesquisador. **1.3** Inclusão PNCD: Controle de *Aedes spp.* com estações
385 disseminadoras de larvicidas. Objetivo: avaliar a eficácia da disseminação do larvicida piriproxyfen
386 (PPF) por mosquitos e redução da população dos insetos em campo nas áreas onde a estratégia for
387 utilizada. Status: projeto iniciado. Recurso repassado para pesquisador. Coletas iniciais para obtenção
388 de linha de base entomológica começaram a ser feitas, mas até o momento não foram compartilhados
389 resultados prévios. **1.4** Inclusão PNCD: Controle de *Aedes spp.* com estações disseminadoras de
390 larvicidas. **a)** Áreas de estudo: Natal/RN; Recife/PE; Fortaleza/CE; Belo Horizonte/MG; e Marília/SP.
391 Objetivo: avaliar a eficácia da disseminação do larvicida piriproxyfen (PPF) por mosquitos e redução da
392 população dos insetos em campo nas áreas onde a estratégia for utilizada. Status: Projeto iniciado.
393 Recurso repassado para pesquisador. Coletas iniciais para obtenção de linha de base entomológica
394 começaram a ser feitas, mas até o momento não foram compartilhados resultados prévios. **1.5** Inclusão
395 PNCD: borrifação residual intradomiciliar. Áreas de estudo: Natal/RN, Recife/PE, Fortaleza/CE, Belo
396 Horizonte/MG e Marília/SP. Objetivo: aplicação de inseticida residual dentro das residências, em locais
397 que possam matar os mosquitos adultos por contato (parte inferior de móveis, tanques, pias, atrás de
398 móveis). Status: projeto não iniciado. Recurso liberado em 17/10/2017. **2. Recomendações. 2.1**
399 Recomendadas para proteção a gestantes: Repelentes tópicos, cortinas e telas. Objetivo: métodos de
400 proteção individual aprovados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para evitar o
401 contato dos mosquitos com as mulheres grávidas. **2.2** - Recomendadas para proteção a gestantes:
402 Repelentes espaciais. Objetivo: repelir mosquitos do interior de residências por meio de dispositivos
403 contendo inseticidas com liberação lenta e contínua. Status: não há projeto em acompanhamento com
404 esta temática. **3) Recomendações. 3.1** Recomendadas para estudos e pesquisas: Liberação em larga
405 escala de mosquitos *Aedes aegypti* com a bactéria *Wolbachia* para a redução da transmissão dos vírus
406 da Dengue, Chikungunya e Zika. Local: Niterói/RJ e Rio de Janeiro/RJ. Objetivo: liberar em larga escala
407 de mosquitos *Aedes aegypti* com a bactéria *Wolbachia* em áreas urbanas, usando uma alternativa
408 inovadora, segura e sustentável para avaliar impacto destas liberações na incidência de dengue e
409 outras doenças transmitidas pelo vetor. Status: projeto iniciado. Segunda etapa do projeto iniciada no
410 município de Niterói-RJ. Aguardando repasse da segunda parcela dos recursos. Sem resultados
411 prévios repassados. **3.2** Recomendadas para estudos e pesquisas: Pesquisa e inovação para aplicação
412 da técnica do inseto estéril, associada a técnica do inseto incompatível no controle do vetor *Aedes*
413 *aegypti*. Local: Recife/PE. Objetivo: avaliar a eficiência do uso da Técnica do Inseto Estéril e da sua
414 associação com Técnica do Inseto Incompatível, integradas aos métodos de controle vetorial aplicados
415 pelo poder público. Status: projeto não iniciado. Proposta no sistema SISPROFNS com parecer de
416 mérito homologado. Aguardando autorização para área técnica realizar inserção do parecer econômico
417 e andamento do processo para repasse do recurso. **3.3** Recomendadas para estudos e pesquisas:
418 Mosquitos transgênicos. Local: Piracicaba/SP. Objetivo: reduzir a população de *Aedes aegypti* e casos
419 de dengue, chikungunya e zika com a soltura de machos estéreis por modificação genética. Status: não
420 houve repasse de relatórios ou resultados prévios. Foram solicitadas informações mais detalhadas,
421 como também um projeto em parceria com alguma instituição de pesquisa, para que a metodologia seja
422 avaliada de forma adequada, até o momento não apresentado. Demais pesquisas em
423 acompanhamento: Monitoramento da resistência de *Aedes aegypti* a inseticidas. Área de estudo: 144
424 municípios. Objetivo: Monitorar a suscetibilidade das populações de *Aedes aegypti* a inseticidas
425 utilizados atualmente no país. Status: projeto iniciado. Recurso repassado. De acordo com o
426 cronograma estipulado, os municípios elencados estão realizando a coleta de ovos para envio ao

427 pesquisar. Ainda sem resultados prévios. Demais pesquisas em acompanhamento: Comparação de
428 armadilhas para vigilância de *Aedes aegypti*. Áreas de estudo: Brasília/DF, Manaus/AM e Rio de
429 Janeiro/RJ. Objetivo: realizar testes comparativos em campo com diferentes tipos de armadilha para
430 vigilância entomológica de *Aedes aegypti*. Status: Projeto iniciado. Projeto iniciado. Testes já
431 começaram a ser realizados nos municípios de Manaus e Brasília. Sem repasse de resultados prévios
432 até o momento. Demais pesquisas em acompanhamento - Avaliação de formulações de larvicidas
433 biológicos. Área de estudo: Macapá/AP. Objetivo: avaliar novas formulações de biolarvicidas para
434 possível implementação no PNCD. Status: projeto iniciado. Iniciadas as avaliações de simulado de
435 campo com o larvicida Kullicide. Sem repasse de resultados prévios até o momento. Destacou a
436 situação atual novas tecnologias: Recomendadas para inclusão PNCD: finalizado o Processo de
437 Contratação e acompanhamento e suporte pesquisadores - execução (mínimo 2 anos); e
438 recomendadas para estudos e pesquisas: acompanhamento dos resultados e avaliação de novas
439 propostas. Por fim, fez as seguintes considerações: risco nos municípios: circulação simultânea de
440 dengue, chikungunya e Zika - complexos fatores determinantes e condicionantes de saúde envolvidos
441 na dinâmica da transmissão de arboviroses, devem ser considerados para a avaliação e escolha e
442 execução das metodologias, compatíveis com a realidade local; necessidade de adoção de novas
443 estratégias de controle vetorial - adoção de metodologia inovadora não suprime continuidade de
444 execução das ações rotineiras já preconizadas pelo programa, tendo assim caráter complementar ao
445 realizado atualmente; e investimentos em projetos de diferentes linhas de pesquisa - multiplicidade de
446 fatores que interferem na dinâmica dos arbovírus transmitidos pelos *Aedes* exigem diversas
447 abordagens. Na sequência, foi aberta a palavra aos conselheiros e nas breves considerações foram
448 levantados os seguintes aspectos: é importante trabalhar em ações de eliminação do mosquito na linha
449 da prevenção; preocupação com as estratégias adotadas e necessidade de apresentar a situação real
450 do país – demissões, desestruturação dos serviços nos municípios; faz-se necessário buscar formas
451 para reduzir os agravos; mudanças na atenção básica não apontam para o combate ao vetor. **Retorno**
452 **da mesa.** A representante do DEVIT/SVS, **Tatiana Mingote Ferreira de Ázara**, fez comentários gerais
453 sobre as intervenções, destacando, entre outros aspectos, que ações preventivas são fundamentais e
454 as campanhas visam manter a mobilização contra o *Aedes*. **ITEM 4 – FORMAÇÃO E MOBILIZAÇÃO**
455 **PARA O CONTROLE SOCIAL NO SUS – Apresentação:** conselheira **Sueli Terezinha Goi Barrios**,
456 coordenadora da Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o Controle Social no SUS –
457 CIEPCSS. *Coordenação:* conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**, da Mesa Diretora do CNS.
458 Conselheira **Sueli Terezinha Goi Barrios**, coordenadora da CIEPCSS, atualizou o Pleno sobre o
459 desenvolvimento do Projeto “Formação para o Controle Social no SUS”, coordenado pela
460 CIEPCSS/CNS, destacando: **a)** sete oficinas realizadas: todas oficinas tiveram mais de 100 inscritos;
461 oficina de Campo Grande teve 130 participantes e multiplicadores: participantes das oficinas de Aracaju
462 e Campo Grande já realizaram atividades de multiplicação; **b)** estão agendadas mais 38 oficinas até
463 abril de 2018; **c)** 45 oficinas agendadas, no total; **d)** inscritos até 6 de novembro de 2017: 3.100
464 inscritos, sendo 80% conselheiros e 20% lideranças de movimentos sociais. Na sequência, apresentou
465 o calendário das oficinas agendadas: *novembro de 2017:* 21 e 22 – RJ, Rio de Janeiro; 28 e 29 – RS,
466 Palmeira das Missões; *dezembro 2017:* 5 e 6: RS, Porto Alegre; 6 e 7: PE, Região Metropolitana; 12 e
467 13: AL, Arapiraca e Sertão do Ipanema; *fevereiro de 2018:* 20 e 21: GO, local a confirmar; 27 e 28: PE,
468 Região do Agreste; 28 de fevereiro e 1º de março de 2018: DF, local a confirmar. *Março de 2018:* 8 e 9:
469 ES, Vitória; 20 e 21: GO, local a confirmar; 21 e 22: DF, local a confirmar. *Abril de 2018:* 3 e 4: PE,
470 Região Sertão Vale do São Francisco; e 17 e 18: GO, local a confirmar. **Manifestações.** Conselheira
471 **Ivone Martini de Oliveira** elogiou a iniciativa de realização do curso de formação e a cartilha elaborada
472 para essa iniciativa. Conselheiro **José Felipe dos Santos** cumprimentou o CNS pela iniciativa, mas
473 ponderou que é preciso melhorar os canais de comunicação para divulgar atividades do Conselho e
474 garantir maior envolvimento dos conselheiros. Conselheira **Simone Maria Leite Batista** também
475 destacou a importância dessa iniciativa e salientou que projetos como esse e o EdpopSUS precisam
476 ser continuados pelo Estado, mesmo sem o recurso federal, inclusive definindo parceria com as
477 universidades. Destacou, por exemplo, que o Edpopsus já atingiu a meta, mas vários estados desejam
478 dar continuar e sinalizou que a Região Norte precisa ser uma prioridade. Conselheiro **Luiz Aníbal**
479 **Vieira Machado** reiterou a importância da capacitação de conselheiros e informou que em Cachoeira
480 do Sul, nos dias 24 e 25, foi realizado mais um módulo de capacitação. Conselheira **Francisca Valda**
481 **da Silva** saudou o CNS pela ousadia de realizar capacitação de conselheiros que, antes, era feita por
482 outros órgãos. Todavia, avaliou que essa formação de conselheiros deve ser ampliada a outros setores
483 da sociedade. Conselheiro **Cláudio Ferreira do Nascimento** salientou que no curso de formação é
484 preciso debater a situação política do país e conceitos como democracia, controle social e que não se
485 deve reproduzir nesses processos de formação o caráter burocrático do controle social inclusive pelo
486 momento que se vive de ataque ao conjunto de setores mais oprimidos. Por fim, concordou com a
487 importância de ampliar essa formação para outros setores da sociedade. Conselheiro **Ronald Ferreira**
488 **dos Santos**, Presidente do CNS, salientou que o debate sobre formação é estratégico e, portanto, tem

489 sido pautado constantemente. Disse que o controle social precisa dar resposta ao que a atual
490 conjuntura exige e que é preciso aperfeiçoar o processo de comunicação entre o controle social.
491 Conselheiro **João Bosco Cavalcanti Chaves** cumprimentou o Conselho pela iniciativa, lembrando que
492 atende à Resolução do CNS n.º. 507/2016. Conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite** perguntou se os
493 indígenas estão contemplados nesse projeto de formação. **Retorno da mesa.** Nas considerações
494 finais, conselheira **Sueli Terezinha Goi Barrios** reforçou a importância da capacitação de conselheiros,
495 lembrando que durante o processo é realizada discussão política. Aproveitou para solicitar aos
496 conselheiros que leiam a cartilha do Projeto para melhor conhecimento. Lembrou que cada Estado
497 possui suas especificidades e citou, por exemplo, que em Aracaju houve grande número de inscritos,
498 inclusive foi solicitada a realização de outra oficina. Nessa linha, informou que serão realizadas novas
499 oficinas nos locais onde for possível. No mais, disse que é feita articulação com instituições formadoras
500 inclusive para utilização dos espaços para realização do processo. Por fim, sugeriu que os conselheiros
501 acompanhem o Facebook do CNS para conhecer as atividades agendadas. Após essas considerações,
502 a coordenadora da mesa procedeu aos encaminhamentos. **Deliberação: neste ponto de pauta, as**
503 **definições foram as seguintes: 1) ampliar a divulgação das oficinas de formação ao Pleno do**
504 **CNS; 2) ampliar a participação dos conselheiros e das conselheiras nacionais, da comunidade**
505 **acadêmica e dos movimentos sociais nas oficinas de formação; e 3) recomendar aos**
506 **conselheiros e às conselheiras que contribuíam com a divulgação das oficinas de formação e a**
507 **mobilização dos Conselhos dos Estados que ainda não agendaram as oficinas, a saber:**
508 **Maranhão; Rio Grande do Norte; Mato Grosso; Paraná; Santa Catarina; Amazonas; Tocantins e**
509 **Rio de Janeiro.** Definido esse ponto, a mesa suspendeu para o almoço. Retomando, a mesa foi
510 composta para o item 5 da pauta. **ITEM 5 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE FINANCIAMENTO E**
511 **ORÇAMENTO – COFIN - Composição da mesa:** conselheiro **Wanderley Gomes da Silva**,
512 coordenador da COFIN/CNS; **Alexandre Gomide Lemos**, Coordenador-Geral de Auditoria da Área de
513 Saúde – CGAAS/SFC/CGU; **Fernando Gaiger Silveira**, Pesquisador do Instituto de Pesquisa
514 Econômica Aplicada – IPEA; **Rodrigo Eloy Arantes**, Chefe de Divisão da Coordenação-Geral de
515 Auditoria da Área da Saúde; e **Francisco Funcia**, assessor técnico da COFIN/CNS. **Coordenação:**
516 conselheiro **André Luiz de Oliveira**, coordenador adjunto da COFIN. Primeiro, o coordenador adjunto
517 da COFIN/CNS, informou o Pleno sobre a realização da oficina da Região Sul, nos dias 28 e 29 de
518 outubro, em Florianópolis/SC, com a participação dos conselheiros municipais e estaduais de saúde,
519 dos estados e municípios das macrorregiões de SC, com exceção do Estado do Paraná que realizava a
520 conferência estadual de Vigilância em Saúde. Além desse informe, apresentou a proposta de realizar
521 Seminário “Controle Social na Saúde: Financiamento do SUS”, no dia 16 de novembro de 2017, em
522 parceria com a Controladoria-Geral da União - CGU, na modalidade a distância – EAD, com dois
523 módulos iniciais: controle e auditoria; e ciclo orçamentário. Explicou que a iniciativa visa fortalecer o
524 controle social por meio da formação de conselheiros estaduais e municipais de saúde, em temas de
525 controle (interno e externo), transparência pública e participação social. Os eventos ocorrerão em cinco
526 estados: Acre, Alagoas, Goiás, Mato Grosso e Rio Grande do Norte. Os encontros são voltados a
527 conselheiros estaduais e municipais de saúde (membros da comissão de financiamento do conselho,
528 membros da Mesa Diretora do conselho e demais conselheiros titulares). Programação: 9h: Recepção
529 dos participantes. 9h15: Abertura. 9h30: Palestra: "O Controle na Administração Pública". 11h:
530 Intervalo. 11h15: Videoconferência: "Ciclos Orçamentários" (Wanderley Gomes – coordenador da
531 COFIN/CNS e Francisco Funcia - Consultor do Conselho Nacional)
532 13h: Encerramento. Será necessário divulgar o evento também no portal do CNS para inscrições. A
533 chamada será direcionada para: <http://www.cgu.gov.br/seminario-controle-social-na-saude>. A
534 representante da CGU, **Larissa Costa**, complementou que a CGU dispõe de unidades regionais nos
535 Estados e a Coordenação possui ações voltadas ao fomento do controle social. Disse que a intenção é
536 mobilizar número máximo de conselheiros para participar do curso EAD. Não havendo inscritos, o
537 coordenador da mesa colocou em votação a proposta de seminário. **Deliberação: neste ponto de**
538 **pauta, as deliberações foram as seguintes: 1) aprovada, por unanimidade, a proposta de realizar**
539 **Seminário “Controle Social na Saúde: Financiamento do SUS”, no dia 16 de novembro de 2017,**
540 **em parceria com a Controladoria-Geral da União - CGU, na modalidade a distância – EAD, com**
541 **dois módulos iniciais: controle e auditoria; e ciclo orçamentário.** Seguindo, conselheiro **André**
542 **Luiz de Oliveira**, coordenador adjunto da COFIN, informou que representantes de áreas temáticas do
543 Ministério da Saúde (DAB, SVS, DECIT) participaram da última reunião da COFIN e justificaram a
544 execução orçamentária até agosto de 2017. Além disso, a Comissão solicitou as justificativas, por
545 escrito, da baixa execução a algumas áreas, inclusive para subsidiar a definição de medidas corretivas.
546 Um já responderam e a COFIN aguarda a posição de outras. Feita essa contextualização, o assessor
547 técnico da COFIN, **Francisco Funcia**, apresentou a análise complementar do Relatório de Prestação
548 de Contas Quadrimestral (RQPC) 2º Quadrimestre/2017 do MS, com proposta de indicação de medidas
549 corretivas. Começou com os seguintes destaques acerca da dotação atualizada e disponibilidade para
550 empenho – ASPS e NÃO ASPS – 1º quadrimestre/2017 (posição de 31 de agosto): ASPS: R\$ 108,8 bi

551 para empenho; os 15% da receita corrente líquida estimada resultaria em R\$ 114,7. Portanto, há
552 descumprimento da LC 141. Medidas corretivas: Disponibilidade empenho menor que R\$ 113,1
553 bilhões/15% da RCL (em desacordo com a LC 141). Acerca dos Restos a pagar, salientou que até o
554 final de agosto de 2017 foi pago R\$ 1,126 bi a menos em relação ao pago no mesmo período de 2016
555 (16% a menos). Disse que essa situação é preocupante porque o valor pago de Restos a Pagar integra
556 a base de cálculo do piso/teto para 2018. Por área/unidade, detalhou o que foi pago a menos de Restos
557 a Pagar: FNS – menos 13%; FUNASA – menos 51,9%; FIOCRUZ – menos 44,6%; e - GHC – menos
558 15,8%. Por outro lado, a ANSS pagou a mais 8,8% e a ANVISA 69,02%. Detalhou as principais receitas
559 próprias do MS: DPVAT: Arrecadada em 2016: R\$ 3.801.125.467; Estimada na LOA 2017: R\$
560 4.125.758.667; Arrecadada até agosto/2017: R\$ 2.467.867.271; Projeção para 2017: R\$ 3.035.450.083;
561 e Frustração de Arrecadação projetada: R\$ -1.090.308.584; Ressarcimento Operadoras Planos de
562 Saúde: Arrecadada em 2016: R\$ 358.506.282; Estimada na LOA 2017: R\$ 361.041.000 (como foi feita
563 essa estimativa?); Arrecadada até agosto/2017: R\$ 325.637.148; Projeção para 2017: R\$ 421.905.148;
564 e Excesso de Arrecadação projetado: R\$ 60.864.148. Sobre as transferências Fundo a Fundo,
565 desembolso Financeiro – janeiro a agosto de 2017, disse que a maior parte é direcionada a municípios
566 (72%) e para 27% para estados. Em relação à transferência a Estados e Municípios, mostrou quadro
567 geral por modalidade de aplicação 30/31/40/41/45 a Estados e Municípios para salientar que o baixo
568 empenho poderá comprometer a liquidação e pagamento se não houver forte incremento. Por fim,
569 apresentou a proposta de indicação de medidas corretivas para ser encaminhada à Presidência da
570 República (LC 141/2012), nos seguintes termos: o CNS recomenda ao Exmo. Sr. Presidente da
571 República a adoção de medidas urgentes antes do final do exercício de 2017 para que não ocorra a
572 redução de recursos em 2018 para as despesas com ações e serviços públicos de saúde (conforme
573 princípio constitucional da vedação de retrocesso): I. Ampliar as disponibilidades orçamentária (para
574 efetivar empenhos até 31/12/2017) e financeira (para efetivar pagamentos até 31/12/2017) para garantir
575 o mínimo (piso) de 2017 estimado em R\$ 114,7 bilhões (equivalente a 15% da Receita Corrente Líquida
576 de 2017); II. Adicionalmente ao item anterior, promover a liberação de recursos orçamentários (para
577 efetivar empenhos até 31/12/2017) e financeiros (para efetivar pagamentos até 31/12/2017) para a
578 imediata compensação (como aplicação adicional ao mínimo de 2017): a) Dos Restos a Pagar
579 cancelados até 31/12/2017 pelo valor integral nos termos da Lei Complementar nº 141/2012 (e não
580 somente daqueles referentes aos empenhos realizados após 2012, nos termos deliberados pelo CNS);
581 b) Complementar dos restos a pagar cancelados de 2015 (conforme apontado na Resolução do CNS
582 sobre o RAG 2016); c) Da aplicação abaixo do mínimo verificada em 2016 (conforme apontado na
583 Resolução do CNS sobre o RAG 2016 e na medida cautelar concedida pelo Ministro Levandowski na
584 ADI 5595); d) Dos valores do pré-sal, considerando a medida cautelar concedida pelo Ministro
585 Levandowski na ADI 5595. III. A ampliação das disponibilidades orçamentárias e financeiras indicadas
586 nos itens I e II (a,b,c) deverá estar em conformidade com as diretrizes para o estabelecimento de
587 prioridades para o exercício de 2017 aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde por meio da
588 Resolução nº 509, de 7 de abril de 2016. Conselheiro **Wanderley Gomes da Silva** manifestou
589 preocupação com a situação dos hospitais federais e a tendência de agravamento dessa situação.
590 Conselheiro **Wilen Heil e Silva** perguntou sobre os valores dos Restos a Pagar a serem compensados
591 e perguntou o motivo da não inclusão desse dado no documento. Também frisou a importância de
592 parceria com o MP para enfrentar as ações articuladas de desmonte do SUS. Conselheira **Oriana**
593 **Bezerra Lima**, acerca da exposição do assessor da COFIN, fez as seguintes perguntas: os hospitais
594 universitários referidos na apresentação são os administrados pela EBSEH? Quais os
595 encaminhamentos do MS em relação às solicitações do CNS? Conselheiro **Luiz Aníbal Vieira**
596 **Machado** falou das dificuldades enfrentadas pelos usuários do SUS no acesso às ações e serviços de
597 saúde muitas vezes pela falta de recursos. Conselheiro **Antônio Lacerda Souto** informou que não há
598 previsão de recurso em 2018 para um conjunto de políticas voltadas ao desenvolvimento do campo e
599 houve redução de orçamento para áreas da saúde, por conta da EC nº 95 e do modelo de
600 desenvolvimento adotado pelo governo que prioriza o grande capital em detrimento de segmentos
601 historicamente excluídos. Também solicitou a disponibilização de material didático sobre orçamento e
602 financiamento, inclusive para subsidiar os movimentos sociais na luta por mais recursos para a saúde.
603 **Retorno da mesa.** Conselheiro **André Luiz Oliveira** lembrou que, em 2016, a COFIN realizou
604 treinamento para os conselheiros nacionais e sugeriu aos que chegaram após essa data que se
605 apropriem do Manual de Orçamento e Finanças Públicas para Conselheiras e Conselheiros de Saúde.
606 O assessor técnico da COFIN/CNS respondeu às questões colocadas nas falas dos conselheiros
607 destacando que: os Restos a Pagar cancelados que precisam ser compensados são relativos a anos
608 anteriores a 2017 e o CNS entende que devem ser compensados inclusive os anteriores a 2012; o MS
609 respondeu a solicitações do CNS na última reunião da COFIN e posteriormente será enviado
610 consolidado à SPO/MS para respostas; e é preciso aprofundar debate sobre renúncia fiscal e impacto
611 na saúde. Após essas considerações, a mesa colocou em votação o mérito da recomendação.
612 **Deliberação: aprovado, com duas abstenções, o mérito de minuta de recomendação ao Exmo.**

613 **Sr. Presidente da República para que adote medidas corretivas urgentes a fim de evitar a**
614 **redução de recursos em 2018 para as despesas com ações e serviços públicos de saúde (o texto**
615 **foi apreciado no segundo dia de reunião). Renúncia fiscal e impacto na saúde – Apresentação:**
616 **Alexandre Gomide Lemos**, Coordenador-Geral de Auditoria da Área de Saúde – CGAAS/SFC/CGU;
617 **Fernando Gaiger Silveira**, Pesquisador do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA; e
618 **Rodrigo Eloy Arantes**, Chefe de Divisão da Coordenação-Geral de Auditoria da Área da Saúde/CGU.
619 O primeiro expositor foi o Coordenador Gera/CGAAS/SFC/CGU, **Alexandre Gomide Lemos**, que
620 iniciou agradecendo, em nome da CGU, a oportunidade de apresentar o resultado do trabalho da
621 Controladoria. Destacou a sinergia entre a missão da CGU e do CNS e frisou que o resultado dos
622 trabalhos da Coordenação pode servir de insumo importante para o trabalho do Conselho. Na
623 perspectiva da Controladoria, o principal produto são as recomendações. Detalhou que a avaliação do
624 PRONON é uma parte do plano operacional da Coordenação que dará cobertura ao tema transversal
625 da renúncia tributária, no que diz respeito à Política Nacional de Combate ao Câncer. Feitas essas
626 considerações iniciais, passou a palavra ao Chefe de Divisão da Coordenação-Geral de Auditoria da
627 Área da Saúde, **Rodrigo Eloy Arantes**, que apresentou o resultado da avaliação do PRONON. Iniciou,
628 contextualizando que, no que diz respeito a renúncias tributárias do governo federal, o gasto tributário
629 (IRPF/IRPJ, PIS/COFINS, Filantrópicos e PRONON/PRONAS representa 20% do todo (Fonte:
630 Radiografia do gasto tributário em saúde 2003-2013 (Carlos Ocké e Filipe Gama). Discorreu sobre o
631 PROADI, PRONON e PRONAS, políticas com lógica semelhante, mas com objeto distinto. Começou
632 pelo PROADI, explicando que se trata de programa de fortalecimento do SUS voltado a hospitais de
633 excelência, com celebração de projetos para o SUS. Esses hospitais são certificados como CEBAS (Lei
634 12.101/09) e, com isso, passam a ter isenções de Contribuições Sociais. O montante é de R\$ 1 bilhão
635 (por triênio). Na linha do controle desses projetos, a Controladoria realizou auditoria de contas na
636 SAS/MS voltada a avaliar o gerenciamento da Secretaria na certificação de entidades beneficentes
637 (201305858) e fiscalização no hospital Moinhos de Vento/RS (AAC da SAS/MS – CEBAS 01407805).
638 Além disso, a Controladoria está realizando trabalho em relação ao PRONON – PRONAS (201701280
639 (AEPG Oncologia). Tratam-se de entidades filantrópicas que realizam projetos para o SUS nas áreas
640 de oncologia e assistência a pessoas com deficiência. O financiamento desses projetos é feito por meio
641 de doações de outros entes públicos ou privados. O doador passa a ter abatimento no IRPF e IRPJ.
642 Salientou que política de renúncia tributária é um método inovador de execução de política, envolve
643 parceria público-privado, com flexibilidade e gestão por projetos. Sobre a distribuição geográfica dos
644 recursos do PRONON, disse que se trata de uma política concentrada nos Estados de Sudeste (São
645 Paulo – Hospital de Câncer de Barreto (30% do recurso do Projeto), Minas Gerais) e Rio Grande do
646 Sul. Feita essa contextualização, apresentou os principais resultados e as recomendações da Auditoria
647 CGU nº 201701280 sobre o PRONON, começando pelas principais conclusões: concentração dos
648 recursos; falhas na aprovação de Projetos; ausência de critérios; falhas nos objetos financiados
649 (contínuos); e ausência de monitoramento, avaliação e transparência. Exemplo: Mário Penna – situação
650 crítica. PRONON atende as instituições beneficiadas. Na sequência, detalhou as principais
651 recomendações Auditoria CGU nº 201701280: inversão da lógica de financiamento – por meio de
652 editais; considerar continuidade e custo-benefício; capacitação de instituições; força-tarefa para análise
653 de PC; mecanismos de monitoramento; e mecanismos de transparência. Por fim, disse que a tendência
654 é de priorização e ampliação dessas políticas de renúncia tributária na saúde por parte do governo e o
655 desafio é a falta de ferramentas para gerenciá-las e mensurar os resultados. Na sequência, explanou
656 sobre o tema o pesquisador do IPEA, **Fernando Gaiger Silveira, que iniciou informando o**
657 **lançamento, pelo** governo federal, naquela semana, de documento sobre subsídios, isenções fiscais e
658 gastos tributários e solicitando atenção do Pleno para essa questão. Destacou que há discussão
659 conceitual sobre o que é gasto tributário e a Receita possui visão ampla a respeito. Explicou que o
660 gasto tributário totaliza R\$ 400 bilhões e os principais são: Simples (R\$ 63 bilhões), desoneração da
661 folha, desoneração da cesta básica e grandes grupos. Além disso, enumerou grupos ligados à saúde
662 (Carlos Ocké): imposto de renda à pessoa física - limitação na dedução e saúde; pessoa jurídica -
663 facilidades de IPI, outros tributos e medicamentos; entidades filantrópicas ligadas à saúde. Para além,
664 incluiu o apoio à saúde privada (imposto de renda à pessoa física e à pessoa jurídica). Salientou que o
665 Brasil é o único país que não possui limite de dedução de imposto de renda. Segundo Ocké, essas
666 deduções representam R\$ 40 bilhões e o imposto de renda da pessoa física e jurídica representa
667 metade desse valor. Salientou que é preciso solicitar à Receita Federal que verifique como o benefício
668 se dá por tamanho de empresa em relação à variável lucro. Sobre o imposto de renda de pessoa física,
669 frisou que é preciso buscar limites de dedução. Destacou que os dois gastos são concentrados,
670 regressivos e prejudicam a distribuição de renda e o financiamento do SUS (R\$ 20 bilhões sem controle
671 e benefícios a 12% da população). Falou também sobre o gasto com entidades filantrópicas, explicando
672 que é de R\$ 24 bilhões/ano. Disse que há poucos estudos sobre as especificidades das entidades
673 filantrópicas. Sobre medicamentos, destacou que não só a indústria farmacêutica possui benefícios.
674 Assim, é preciso examinar o apoio à indústria: setor automotivo, inclusão digital, telecomunicações e

675 medicamentos. Salientou que grande parte dos países não utiliza mais os tributos indiretos para
676 beneficiar produtos ditos “essenciais”. Nas suas palavras, não há razão para ter esse tipo de benefício
677 porque para ter uma política ativa de medicamentos é melhor garantir recurso para quem está
678 pressionado (via gasto) do que isentar os produtos de benefícios. Também discordou da continuidade
679 dos dois grupos de benefícios para idosos que custam R\$ 15 bilhões, sendo R\$ 10 bi para doenças
680 crônicas e R\$ 5 bi para isenção de aposentados. Detalhou que 75% dos benefícios para doenças
681 crônicas (R\$ 10 bilhões) concentra-se nos 4% mais ricos da população brasileira e representa R\$
682 1.400,00. Em relação aos Estados, não há conhecimento sobre a situação. Salientou que o grande
683 ganho dos últimos anos foi o crescimento de 2,5% da saúde e da educação no PIB, melhorando a
684 renda das pessoas. A respeito da reforma tributária, apontou que o grande ganho é que o pensamento
685 econômico majoritário defende equidade dos sistemas tributários. Salientou que o governo tenta fugir
686 do debate sobre a tributação de lucros e dividendos distribuídos a pessoas físicas. Apontou ainda que
687 90% das empresas brasileiras são Simples. Destacou que o Simples, a não distribuição de lucros e
688 dividendos e o MAI levam o planejamento tributário a minar a base de financiamento da previdência
689 social. Salientou que o cenário é o seguinte: bloqueio governamental em progressividade que não quer
690 abrir mão de algumas questões principalmente de tributação de lucros e dividendos e vários bloqueios
691 políticos. Na progressividade, apontou que o Judiciário é conservador no que diz respeito a direitos
692 tributários, ou seja, não vê impostos patrimoniais como caminho para progressividade a não ser o
693 imposto de renda. **Manifestações.** Conselheira **Carolina Abad** ressaltou a importância de maior
694 participação social no PRONON e solicitou a disponibilização da apresentação do representante da
695 CGU a fim de obter mais subsídios para o debate do tema. Também discordou da nova metodologia de
696 aprovação do projeto na CIB. Conselheira **Oriana Bezerra Lima** saudou a mesa e fez os seguintes
697 questionamentos: a CGU realizará auditoria de outros projetos? Quais as prestações de contas serão
698 analisadas? Nessa lógica, propôs que o Pleno do CNS avaliasse a prestação de contas dos
699 filantrópicos, para manifestação do Colegiado. Conselheira **Analice Dantas Santos** saudou a COFIN
700 por trazer esse tema para o CNS e reiterou que é preciso dar continuidade a essa discussão, com
701 tempo maior para analisar os dados apresentados e com outros dados da CGU e do IPEA. Também
702 destacou que, no debate sobre a rede de assistência filantrópica, é preciso entender que as instituições
703 de assistência social realizam cuidado, que é uma atribuição do setor saúde. Além disso, destacou que
704 é necessário saber o aporte de recursos disponibilizados a essa rede. Sobre o PRONON, citou a
705 situação pontual do Hospital Universitário Alberto Antunes da UF de Alagoas, 100% SUS, que luta há
706 dois anos para ter acelerador linear, mas não conseguiu. Por outro lado, a rede privada de Alagoas já
707 recebeu esse equipamento. Conselheiro **Cláudio Ferreira do Nascimento** salientou que esse debate é
708 importante porque permite identificar e debater as lacunas do SUS e das demais políticas do país.
709 Sobre a reforma tributária, disse que é preciso debater a associação à série de contrarreformas
710 adotadas, em especial a contrarreforma da previdência. Salientou que a carga tributária pesa
711 efetivamente para os mais pobres, pois a maior parte da carga tributária das empresas é transferida
712 para os produtos vendidos (tributação se dá sobre o consumo e não sobre a produção). Conselheiro
713 **Giovanny Kley Silva Trindade** ressaltou que o imposto é um ato de solidariedade e o usuário do SUS
714 não discute o Sistema como uma perspectiva de solidariedade porque não consegue quantificar as
715 ações e serviços ofertados. Na discussão sobre filantropia, frisou que é preciso debater o que
716 representa de fato, pois, em alguns casos, as instituições filantrópicas substituem o Estado e não são
717 apenas complementar. Além disso, é preciso fazer avançar o debate inclusive sobre a prestação de
718 contas, o que é financiado e o retorno das ações. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**, na lógica de
719 clarificar melhor o PRONAD, PRONON, PRONAS, sugeriu convidar representante da área técnica do
720 MS para maior detalhamento e fazer a correlação. Sobre a concentração do PRONON, disse que o
721 Ministério da Saúde está buscando ocupar os espaços nos Estados e regiões onde não há serviços.
722 Pontuou que um dos princípios constitucionais que menos se avançou e se trabalhou no SUS é a
723 equidade. Destacou o tema envolve muitas questões que, inclusive, não serão resolvidas com lei
724 específica ou com discussão setorial. Ponderou que é preciso dar visibilidade a esse debate, no âmbito
725 do Conselho e em outros setores, inclusive para garantir mudança cultural. Conselheiro **Ronald**
726 **Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, iniciou destacando que o direito à saúde é o caminho para
727 qualquer avanço da civilização e fez referência ao Manifesto do CNS que apresenta ação
728 política/intervenção concreta. Conselheira **Lenir Santos** salientou que é preciso pautar debate sobre a
729 renúncia fiscal para que cumpra o papel a que se destina. **Retorno da mesa.** O pesquisador do IPEA,
730 **Fernando Gaiger Silveira**, fez comentários gerais sobre as falas destacando: avaliação interna ou
731 autoavaliação não é um processo positivo; é preciso realizar estudo sobre filantropia; é preciso garantir
732 mais recursos para saúde e melhor distribuição. O Coordenador-Geral/CGAAS/SFC/CGU, **Alexandre**
733 **Gomide Lemos**, agradeceu o convite e dispôs-se a voltar ao CNS, inclusive para apresentar os
734 resultados de outras auditorias. Conselheiro **Wanderley Gomes da Silva**, coordenador da
735 COFIN/CNS, propôs, como encaminhamento, dar sequência a esse debate na COFIN. Após essas
736 falas, a mesa procedeu aos encaminhamentos. Também foi sugerido que o CNS provoque discussão

737 no Congresso Nacional sobre isenção tributária. **Deliberação: neste ponto, o Plenário decidiu:**
738 **continuar debate na COFIN sobre renúncia fiscal e impacto na saúde na perspectiva de reforma**
739 **do Estado e rediscutir, na Comissão, PRONAD, PRONON, PRONAS, com a participação do MS e**
740 **representantes desses programas; e provocar discussão com o Congresso Nacional sobre**
741 **isenção tributária. Além disso, foi solicitado à COFIN que promova debate e faça levantamento**
742 **de dados sobre a situação das entidades filantrópicas. ITEM 7 – 1ª CONFERÊNCIA NACIONAL**
743 **DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - Paz e Refugiado. Apresentação das propostas da Anvisa para a 1ª**
744 **CNVS. Coordenação: conselheiro Geordecí Menezes de Souza, da Mesa Diretora do CNS. Nesse**
745 **ponto, conselheiro Fernando Pigatto, coordenador adjunto da 1ª CNVS, apresentou minuta de**
746 **resolução sobre as conferências fora do prazo, a fim de incorporá-las à etapa nacional. As propostas da**
747 **ANVISA para a Conferência seriam apresentadas no segundo dia de reunião. Após destacar o esforço**
748 **para realizar a Conferência, diante das dificuldades, o coordenador adjunto fez a leitura da minuta de**
749 **resolução: “Resolução nº XXX, de 10 de novembro de 2017. O Plenário do Conselho Nacional de**
750 **Saúde - CNS, em sua Ducentésima Nonagésima Nona Reunião Ordinária, realizada nos dias 9 e 10 de**
751 **novembro de 2017, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº**
752 **8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, pelo Decreto nº**
753 **5.839, de 11 de julho de 2006, cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do**
754 **Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e considerando a realização da 1ª Conferência**
755 **Nacional de Vigilância em Saúde (1ª CNVS) no período de 28 de novembro a 1º de dezembro de 2017**
756 **(Resolução CNS nº 535, de 19 de agosto de 2016); considerando que as etapas Municipais e/ou**
757 **Macrorregionais Estaduais/Distrito Federal foram definidas por meio da Resolução do CNS (item III do**
758 **Art. 2º da Resolução nº 535, de 19 de agosto de 2016); considerando que o item II do Art. 2º da**
759 **Resolução CNS nº 539, de 9 de dezembro de 2016, define o período de 1º de setembro de 2017 até 21**
760 **de outubro de 2017 para a realização da Etapa Estadual da 1ª CNVS; considerando que as unidades**
761 **federativas puderam, em acordo com os municípios, antecipar a realização da etapa Estadual/Distrito**
762 **Federal, desde que comunicassem a Comissão Organizadora Nacional da 1ª CNVS (parágrafo único**
763 **Art. 2º da Resolução CNS nº 539, de 09 de dezembro de 2016); considerando que, segundo a**
764 **Resolução CNS nº 535, de 19 de agosto de 2016, Art. 10, na Etapa Nacional participarão somente**
765 **os(as) Delegados(as) eleitos(as) nas Conferências Estaduais (Distrito Federal), os(as) Delegados(as)**
766 **eleitos(as) pelo Conselho Nacional de Saúde, obedecendo a paridade prevista na Resolução CNS nº**
767 **453, de 10 de maio de 2012, e convidados (as); e considerando que, por dificuldades conjunturais,**
768 **alguns Conselhos Estaduais de Saúde (CES) informaram à Comissão Organizadora da 1ª CNVS a**
769 **realização de suas conferências em período posterior ao definido pela Resolução CNS nº 539, de 09 de**
770 **dezembro de 2016, atendendo aos demais requisitos definidos no Regimento da 1ª CNVS (Resolução**
771 **CNS nº 535, de 19 de agosto de 2016). Resolve: Art. 1º. Considerar aptos para participação na Etapa**
772 **Nacional da 1ª CNVS os (as) delegados (as) eleitos (as), nas Conferências Estaduais/Distrito Federal**
773 **desde que estas tenham ocorrido no período de 22 de outubro a 12 de novembro de 2017. § 1º O**
774 **previsto no caput deste artigo também se aplica aos Relatórios produzidos nas Conferências**
775 **Estaduais/Distrito Federal, para efeito de integração ao Relatório Consolidado das Etapas**
776 **Estaduais/Distrito Federal, desde que respeitado o prazo de 22 de outubro a 12 de novembro nos**
777 **termos deste artigo. § 2º Os Conselhos Estaduais de Saúde/Distrito Federal deverão encaminhar à**
778 **Comissão Organizadora da 1ª CNVS o respectivo relatório de propostas aprovadas, a listagem de**
779 **delegados (as) e suplentes eleitos (as), assim como efetivar a inscrição de delegados (as) eleitos (as)**
780 **até o dia 16 de novembro de 2017. Art. 2º Os casos omissos nesta Resolução serão resolvidos pela**
781 **Mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde”.** **Deliberação: aprovada, por unanimidade, a minuta**
782 **de resolução. ITEM 6 – POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA – PNAB - Apresentação:**
783 **Fernando Cândido do Nascimento, Presidente da Federação Nacional de Agentes Comunitários de**
784 **Saúde e Agentes de Combate às Endemias - FENASCE; Gilmar de Assis, Promotor de Justiça do**
785 **Estado de Minas Gerais, membro do Fórum Nacional da Saúde e colaborador do Conselho Nacional do**
786 **Ministério Público - CNMP; conselheira Shirley Marshal Diaz Morales, do GT do CNS sobre Atenção**
787 **Básica; e conselheira Maria da Conceição Silva, do GT do CNS sobre Atenção Básica. Coordenação:**
788 **conselheiro Ronald Ferreira dos Santos, Presidente do CNS. O Presidente do CNS agradeceu a**
789 **presença dos convidados e informou que a Presidente da CONACS estava se dirigindo ao CNS e o**
790 **deputado Mandeta, também convidado para o debate, participava de votação nominal na Câmara dos**
791 **Deputados naquele momento, mas tentaria vir ao Conselho para participar do debate. Sobre a PNAB,**
792 **explicou que não houve avanços em relação à proposta de rever os pontos apontados pelo CNS e**
793 **pontuou como elementos novos a serem considerados no debate: consulta pública sobre a Política da**
794 **Pessoa Idosa e a aprovação a regulamentação dos ACS. O promotor Gilmar de Assis foi o primeiro**
795 **expositor e iniciou a sua fala agradecendo a oportunidade de participar do debate representando a**
796 **procuradora-geral da República, Raquel Dodge. Explicou que, no entendimento do MP, todos os aspectos de**
797 **ações de serviços de saúde voltam-se para priorização da atenção básica. Nessa perspectiva, o Fórum**
798 **realizou, no dia 29 e 30 de junho de 2017, com a presença de 26 unidades do Ministério Público, ação**

799 nacional de defesa da atenção básica. Como resultado, foi aprovada, pelas 26 unidades,
800 recomendação com parâmetros para a atuação do Ministério Público no dever constitucional de defesa
801 do acesso e da qualidade da atenção básica e na execução das atividades relacionadas à Ação
802 Nacional de Saúde. A intenção é dar ao MP uma ação mais coordenada para estruturação e
803 capacitação para temática da saúde. Disse que a minuta, que ainda será apreciada pelo Pleno do
804 CNMP, recomenda ao MP da União e dos Estados a adoção de efetivas providências que fortaleçam a
805 atuação constitucional dos órgãos de execução na tutela do direito à saúde e em especial: criar
806 unidades especializadas na defesa da saúde, observadas as peculiaridades de cada instituição; criar
807 centros de apoio operacionais de defesa da saúde, ou órgãos equivalentes, para proporcionar o devido
808 suporte técnico aos órgãos de execução; e regulamentar a atuação prioritariamente na tutela coletiva,
809 observadas as peculiaridades de cada instituição. Além disso, comunicou que foi instituída a “Semana
810 Nacional de Mobilização do Ministério Público na defesa do acesso e da qualidade da atenção básica”,
811 como ação nacional, a ser executada anualmente. Lembrou que, nos termos da CF, o Ministério
812 Público possui o dever de zelar do direito fundamental da saúde, o que aponta para atuação
813 diferenciada. Disse que foi aprovado *checklist* nacional da fiscalização das Unidades Básicas de Saúde
814 - UBS nos municípios, mas essa listagem será revisitada por conta da aprovação da PNAB. Salientou
815 que as informações serão sistematizadas para induzir o planejamento estratégico de atuação e
816 fiscalização da atenção básica em todo o país. Em relação à PNAB, pontuou como retrocessos o
817 financiamento e regionalização. Destacou que a regionalização no Brasil é retórica, pois pouco se faz
818 nesse sentido. No caso do financiamento da saúde, lembrou que a CF definiu que deve ser feito de
819 forma solidária e tripartite e o Ministério Público entende a necessidade de visitar o sistema legislativo
820 no sentido de entender de que não há espaço para incentivos financeiros. Destacou que a intenção é
821 repensar a estratégia a fim de gastar o finito recurso de saúde com sabedoria, gestão e planejamento
822 sistêmico. Explicou que o MP, por meio do Fórum, deseja colaborar com o SUS. No caso da nova
823 PNAB, afirmou que é flagrante o descumprimento do art. 198 da CF porque a comunidade não foi
824 chamada a participar da construção e a AMPASA está à disposição do Conselho para levar a discussão
825 ao STF caso não seja definida saída na lógica do diálogo. Finalizando, colocou o Fórum do MP à
826 disposição para encaminhar projetos convergentes. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**,
827 Presidente do CNS, salientou que uma das principais funções do CNS é guardar a Constituição
828 Federal, assim, é importante fortalecer a articulação com outros órgãos, como o Fórum, na defesa da
829 Carta Magna. Conselheira **Shirley Marshal Diaz Morales**, do GT/AB do CNS, manifestou satisfação
830 com a fala do promotor e ressaltou a importância da parceria entre o Fórum Nacional da Saúde e o
831 CNS. Informou, inclusive, que a Federação Nacional de Enfermeiros – FNE apresentará representação
832 para provocar o Ministério Público para manifestação sobre a PNAB. Inclusive, destacou que o
833 Ministério da Saúde não respondeu aos memorando do CNS que solicitam informações inclusive sobre
834 a consulta pública da Política. Frisou que o CNS possui capacidade técnica para debater o tema e
835 solicitou os documentos para subsidiar a análise. Lembrou, inclusive, que a Comissão Intergestores
836 Tripartite tem pautado temas sem o debate prévio do Conselho. Citou, por exemplo, que o CNS definiu
837 que debateria o tema “modelos de atenção” e a CIT já se antecipou pautando o debate deste tema na
838 próxima reunião. Nas suas palavras, a CIT desvirtuou-se do seu objeto, que é a pactuação e o CNS,
839 que é deliberativo, nem mesmo é considerado consultivo. Recuperou que na última reunião do CNS o
840 Ministro comprometeu-se a rediscutir os cinco pontos elencados pelo CNS que subsidiaram os Projetos
841 de Decreto Legislativos, mas na última reunião da CIT o representante do MS afirmou que a PNAB não
842 seria rediscutida ou modificada. Assim, seria necessária manifestação do Ministério Público a respeito.
843 Destacou, inclusive, que a PNAB foi publicada há pouco e já causou resultados negativos como
844 demissões de trabalhadores. Nessa linha, citou o Manifesto de Trabalhadores, Trabalhadoras, Usuários
845 e Usuárias do SUS do Rio de Janeiro, denunciando o agravamento o desmonte do SUS no Rio de
846 Janeiro. Disse que a intenção é aprovar recomendação à AMPASA para que entre com ADI e, além
847 disso, o GT se dispõe a ir à reunião da Associação para tratar da conjuntura. Também solicitou o apoio
848 do Ministério Público para fortalecer o debate do tema no Congresso Nacional. Por conta do atraso na
849 pauta, o procurador não pode permanecer no debate e despediu-se do CNS, colocando a AMPASA à
850 disposição para outros debates. Continuando, conselheira **Shirley Marshal Diaz Morales** pontuou, de
851 um modo geral, as proposições do GT: pautar o debate nas comissões, reafirmar a Resolução do CNS
852 sobre o tema; manter o acompanhamento da atenção básica; utilizar os instrumentos disponíveis em
853 relação à Política 2436 - PDC que está em debate na Câmara dos Deputados (deputado Mandetta) e
854 PDCs em debate no Senado Federal – 198 (Humberto Costa) 193 (Cássio Cunha Lima). Com isso,
855 frisou que o debate não é partidário uma vez o Legislativo entende que a Portaria afeta a população e
856 pode implicar em prejuízos irreversíveis. Salientou que as entidades do CNS devem apoiar a posição
857 do Pleno e lembrou que os cinco pontos colocados pelo Conselho foram considerados na
858 argumentação dos PDCs. Finalizando, disse que o CNS tem sido relegado da discussão da PNAB,
859 inclusive com o argumento de que o debate é partidário. Acrescentou que o MS possui representante
860 no GT, mas o indicado participou de apenas uma reunião. Fechou afirmando que o Grupo do Conselho

861 tem trabalhado para cumprir o objetivo para o qual foi constituído. O Presidente da FENASCE,
862 **Fernando Cândido do Nascimento**, agradeceu o convite e cumprimentou o CNS pela luta contra a
863 nova PNAB. Salientou que a categoria dos agentes Comunitários de Saúde - ACSs e Agentes
864 Comunitários de Endemia - ACEs viveram momento de tensão com a publicação das Portarias nºs 958
865 e 959 que, após luta da categoria, foram canceladas. Sobre a nova PNAB, disse que a Federação
866 moveu Ação Civil Pública inclusive com pedido de antecipação de tutela, pois o entendimento é que a
867 proposta prejudica a categoria. Disse que, após ouvir as partes envolvidas (contestações de MS,
868 CONASS e CONASEMS), a liminar será julgada. Destacou que a Política não estabelece mais o
869 quantitativo mínimo de agentes comunitários por equipe e ainda flexibiliza a área de abrangência da
870 equipe, restringindo a atuação dos agentes a áreas vulneráveis ou com risco epidemiológico. Com isso,
871 ocorrerá demissões em massa como já vem ocorrendo no Rio de Janeiro, no Rio Grande do Sul e em
872 São Paulo. Afirmou que o fator econômico é o determinante para reformulação da Política de Atenção
873 Básica. Além da Ação Civil Pública, a Federação tem apoiado os movimentos de parlamentares contra
874 a Política e afirmou que é importante que a sociedade se mobilize contra a proposta. Por fim, disse que
875 a luta contra a PNAB não possui bandeira política e não tem viés político-ideológico-partidário, mas se
876 baseia nos sérios prejuízos que trará à sociedade porque prejudica o modelo da ESF. Agradeceu a
877 oportunidade e despediu-se do Pleno. O Presidente do CNS saudou o representante da FENASCE e
878 frisou que a parceria do CNS com a categoria dos agentes comunitários tem sido importante e fortalece
879 a luta do controle social. Na sequência, conselheira **Shirley Marshal Diaz Morales**, do GT/AB do CNS
880 sobre Atenção Básica, apresentou os encaminhamentos do GT ao Plenário: **1)** aprovar o mérito de
881 recomendação às entidades do CNS, com prerrogativa de interpor Ação Direta de Inconstitucionalidade
882 – ADI ao Ministério Público Federal e à Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde
883 - AMPASA, a propositura de ADI contra a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017; **2)** aprovar o
884 mérito de recomendação ao Presidente da Câmara de Deputados e ao Presidente do Senado: que, nos
885 limites das respectivas competências legais e regimentais, coloquem em regime de urgência de
886 votação a tramitação de Projetos de Decretos Legislativos; **3)** realizar atividades durante a 1ª CNVS
887 (não interferirá na programação já aprovada): rodas de conversa sobre a atenção básica; lançamento
888 de cordel na roda; e reprodução de vídeos para formação de multiplicadores para debate do tema nos
889 estados; **4)** aprovar moção de apoio ao Manifesto de Trabalhadores e Trabalhadoras, usuários e
890 usuárias do Sistema Único de Saúde do Rio de Janeiro de 3 de agosto de 2017; e **5)** no próximo Pleno,
891 apreciar a proposta de criação de comissão ou câmara técnica de atenção básica. Conselheira **Maria**
892 **da Conceição Silva**, do GT/AB do CNS, acrescentou que o tema está em debate nas diversas
893 instituições do país porque a nova PNAB aponta para a desconstrução do SUS. Reiterou que não
894 houve debate com os usuários e trabalhadores suficiente para definir uma PNAB nos termos da 15ª
895 Conferência Nacional de Saúde, que fortaleça o SUS. **Manifestações.** Conselheiro **Cláudio Ferreira**
896 **do Nascimento** frisou que, além dos encaminhamentos propostos, é preciso que as organizações
897 realizem mobilização mais ampla contra a PNAB e outras medidas de ataque ao setor saúde.
898 Conselheiro **Antônio Lacerda Souto** avaliou que a sociedade brasileira, principalmente os mais
899 excluídos e pobres, ainda não entendeu o impacto negativo da PNAB para a vida das pessoas. Nesse
900 sentido, convidou representante do GT/AB do CNS para fazer fala no coletivo de políticas sociais que
901 irá debater a PNAB, dia 6 de dezembro, com a participação de representações dos 27 Estados.
902 Conselheira **Sônia Maria Feitosa Brito**, em relação aos encaminhamentos do GT, destacou não ser
903 contra o debate do tema na 1ª CNVS, todavia, apelou ao Conselho que não defina encaminhamentos
904 que interfiram no público da Conferência e na estrutura já definida, a fim de não prejudicar o evento.
905 Conselheiro **Luiz Aníbal Vieira Machado** reiterou a preocupação com a proposta porque causará
906 demissão de agentes e não é possível fazer prevenção sem os ACS. Além disso, denunciou o desvio
907 de função dos ACSs, o que prejudica as ações de saúde nos municípios. Conselheira **Francisca Rêgo**
908 **Oliveira Araújo** salientou que não há convergência entre os indicadores, situação de adoecimento da
909 população brasileira e as novas propostas apresentadas pela PNAB porque pode ocorrer diminuição de
910 equipes e resignificar a quantidade de famílias acolhidas. Inclusive, salientou que a falta de assistência
911 resultará no aumento da judicialização. Nessa linha, disse que a PNAB precisa ser rediscutida, tendo
912 em vista os prejuízos que a proposta pode acarretar. Conselheira **Sueli Terezinha Goi Barrios**
913 manifestou apoio aos encaminhamentos do GT e salientou a importância de criar comissão do CNS
914 para tratar da atenção básica. Também frisou que é preciso ter clareza que a nova PNAB é parte de um
915 conjunto de ações de ataque ao SUS (proposta de planos acessíveis de saúde e blocos de
916 financiamento, sem priorizar a atenção básica). Salientou que é preciso apropriar-se da PNAB para
917 conversar com segmentos além do CNS, com a população, os usuários, os trabalhadores da saúde e
918 instituições formadoras de ensino. A conselheira estadual **Edna Maria dos Anjos** denunciou a situação
919 do Estado de Rondônia e o Município de Cacoal e é preciso reforçar o papel do ACS, porque hoje há
920 grande descumprimento da Lei 11.350. Nessa linha, perguntou qual o papel dos ACSs. Conselheiro
921 **Giovanny Kley Silva Trindade**, além de apoiar as propostas do GT, sugeriu realizar ação corpo a
922 corpo na Câmara dos Deputados e Senado Federal para convencimento de parlamentares e

923 constrangimento na rede social em relação à PNAB. Também reforçou a importância de realizar
924 atividade na 1ª CNVS para envolver os participantes na luta e constituir comissão do CNS para debater
925 atenção básica. No mais, sugeriu a aprovação de moção de apoio ao “Dia Nacional de Mobilização,
926 Paralisação e Luta”, marcado pelas centrais sindicais para o dia 10 de novembro de 2017, ato contrário
927 à Reforma Trabalhista que entra em vigor no dia 11 de novembro de 2017. Também denunciou que o
928 governo do Acre propôs transferir a administração do único hospital do Estado para OS e o CES/AC
929 aprovou moção de repúdio a essa iniciativa. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do
930 CNS, identificou nas falas consenso acerca das propostas do GT e o adendo do conselheiro **Giovanny**
931 **Kley Silva Trindade** (moção de apoio ao “Dia Nacional de Mobilização, Paralisação e Luta”).
932 Conselheiro **Renato Almeida de Barros** destacou que irá propor ao CES/MG debate sobre a situação
933 dos ACS e ACE e a PNAB e convidou a conselheira Shirley Marshal e representante do IPEA para
934 participar desse momento. Frisou que é preciso seguir o regime jurídico do Estado e do Município para
935 contratação dos ACS e é necessário apoio inclusive jurídico nesse sentido. O Presidente do CNS
936 informou que a CIRHRT está debatendo o tema da regulamentação dos ACS e a carreira do SUS. Na
937 sequência, conselheira **Shirley Marshal Diaz Morales**, do GT/AB do CNS, sintetizou os
938 encaminhamentos para votação. **Deliberação: o Plenário aprovou, em bloco, as seguintes**
939 **propostas: 1) o mérito de recomendação às entidades do CNS, com prerrogativa de interpor**
940 **Ação Direta de Inconstitucionalidade – ADI ao Ministério Público Federal e à Associação**
941 **Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde - AMPASA, a propositura de ADI contra a**
942 **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017; 2) o mérito de recomendação ao Presidente da**
943 **Câmara de Deputados e ao Presidente do Senado: que, nos limites das respectivas**
944 **competências legais e regimentais, coloquem em regime de urgência de votação a tramitação**
945 **de Projetos de Decretos Legislativos; 3) realização de atividades durante a 1ª CNVS (não**
946 **interferirá na programação já aprovada): rodas de conversa sobre a atenção básica; lançamento**
947 **de cordel na roda; e reprodução de vídeos para formação de multiplicadores para debate do**
948 **tema nos estados; 4) Moção de apoio ao Manifesto de Trabalhadores e Trabalhadoras, usuários**
949 **e usuárias do Sistema Único de Saúde do Rio de Janeiro de 3 de agosto de 2017; 5) moção de**
950 **apoio ao “Dia Nacional de Mobilização, Paralisação e Luta”, marcado pelas centrais sindicais**
951 **para o dia 10 de novembro de 2017, ato contrário à Reforma Trabalhista que entra em vigor no**
952 **dia 11 de novembro de 2017. O texto deve ser divulgado pela assessoria de comunicação do**
953 **CNS; e 5) no próximo Pleno, apreciar a proposta de criação de comissão ou câmara técnica de**
954 **atenção básica. A Mesa Diretora do CNS apresentará proposta.** Com esse ponto, a mesa encerrou
955 o primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros e conselheiras: *Titulares* –
956 **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil- CNBB; **Antônio Muniz da Silva**,
957 Organização Nacional dos Cegos do Brasil – ONCB; **Cláudio Ferreira do Nascimento**, Federação
958 Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação Nacional das
959 Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA; **Cleusa Rodrigues da Silveira Bernardo**,
960 Ministério da Saúde - MS; **Dylson Ramos Bessa Junior**, Organização Nacional de Entidades de
961 Deficientes Físicos – ONEDEF; **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das Organizações indígenas
962 da Amazônia Brasileira (COIAB); **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Ensino
963 em Fisioterapia – ABENFISIO; **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem –
964 ABEn; **Geordecy M. Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **Giovanny Kley Silva Trindade**,
965 Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG; **Jani Betânia Souza Capiberibe**, Associação
966 Brasileira de Autismo – ABRA; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João Rodrigues Filho**,
967 Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; **Antônio Lacerda Souto**, Confederação
968 Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG, **Carolina Abad**, Federação Brasileira de
969 Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama – FEMAMA; **Luiz Alberto Catanoce**, Sindicato
970 Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical – SINDNAPI; **Luiz Aníbal Vieira**
971 **Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da
972 Saúde; **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Oriana Bezerra Lima**,
973 Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV); **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos Indígenas da
974 Região Sul – ARPINSUL; **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos –
975 Fenafar; **Wanderley Gomes da Silva**, Confederação Nacional das Associações de Moradores –
976 CONAM; **Wilen Heil e Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); e
977 **Zaira Tronco Salerno**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN). *Suplentes* – **Analice Dantas**
978 **Santos**, Conselho Federal de Serviço Social – CFESS; **Ana Sandra Fernandes Arcoverde Nóbrega**,
979 Conselho Federal de Psicologia – CFP; **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello**, Associação Brasileira
980 Superando o Lúpus; **Cláudia Vieira Carnevalle**, Nova Central Sindical dos Trabalhadores – NCST;
981 **Cleusa de Carvalho Miguel**, Movimento dos Portadores de Esclerose Múltipla – MOPEM; **Douglas**
982 **Vinicius Reis Pereira**, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM; **Deise**
983 **Araújo Souza**, Confederação Nacional do Comércio – CNC; **Elgiane de Fatima Machado Lago**,
984 Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil – CTB; **Fernando Zasso Pigatto**, Confederação

985 Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Gilene José dos Santos**, Sindicato Nacional dos
986 Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical – Sindnapi; **Heleno Rodrigues Corrêa Filho**;
987 Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES **Ivo Ferreira Brito**, Ministério da Saúde; **Ivone**
988 **Martini de Oliveira**, Conselho Federal de Enfermagem – COFEN; **João Bosco Cavalcanti Chaves**,
989 Federação Nacional dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais – FENAFITO; **Jorge Alves de**
990 **Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB; **José Felipe dos Santos**,
991 Articulação Brasileira de Gays – ARTGAY; **Jupiara Gonçalves de Castro**, Federação de Sindicatos de
992 Trabalhadores Técnicos Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil –
993 FASUBRA; **Lenir Santos**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down – FBASD;
994 **Lenise Aparecida Martins Garcia**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB **Luciana**
995 **Rodriguez Teixeira de Carvalho**, União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS;
996 **Luiz Carlos Medeiros de Paula**, Federação Nacional de Associações e Entidades de Diabetes –
997 FENAD; **Maria da Conceição Silva**, União de Negros pela Igualdade; **Marlonei Silveira dos Santos**,
998 Federação Nacional dos Médicos – FENAM; **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira**, Associação
999 Brasileira de Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Renato Almeida de Barros**, Confederação
1000 Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CNTSS; **Rodrigo Gomes Marques Silvestre**,
1001 Ministério da Saúde; **Silma Maria Alves de Melo**, Conselho Federal de Biologia – CFBio; **Shirley**
1002 **Marshal Diaz Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE; **Sueli Terezinha Goi Barrios**,
1003 Associação Brasileira da Rede Unida – REDE UNIDA; **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da Criança;
1004 e **Viviane Lira da Silva**, União Brasileira de Mulheres – UBM. Iniciando o segundo dia de reunião, a
1005 mesa foi composta para a continuidade do item 7 da pauta. **ITEM 7 – 1ª CONFERÊNCIA NACIONAL**
1006 **DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – Apresentação das propostas da Anvisa para a 1ª CNVS.**
1007 *Apresentação:* **Pedro Ivo Sebba Ramalho**, diretor adjunto de Gestão Institucional da Agência Nacional
1008 de Vigilância Sanitária – ANVISA. *Coordenação:* conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, da Mesa
1009 Diretora do CNS. O diretor adjunto apresentou as ações e propostas da Anvisa para a 1ªCNVS.
1010 Primeiro, informou que Grupo de Trabalho foi constituído pelo Diretor-Presidente da Anvisa (Portaria nº
1011 605/DIGES/Anvisa, de 10 de abril de 2017) com o objetivo de propor e implementar medidas que visem
1012 ampliar a participação da Agência na 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde - 1ª CNVS,
1013 composto por representações das seguintes áreas: Diretoria de Gestão Institucional; Diretoria de
1014 Autorização e Registro Sanitários; Diretoria de Regulação Sanitária; Diretoria de Coordenação e
1015 Articulação do SNVS; e Diretoria de Controle e Monitoramento Sanitários. Também foram instituídos
1016 subgrupos de trabalho, nos termos da Portaria nº 1505/Anvisa, de 4 de setembro de 2017: formulação:
1017 10 componentes, o principal objetivo é elaborar sugestões de propostas do Sistema Nacional de
1018 Vigilância Sanitária para a 1ª CNVS; mobilização: formado por 12 componentes, o principal objetivo é
1019 mobilizar profissionais de VISA para as etapas municipais/macrorregionais, estaduais e nacional da 1ª
1020 CNVS; e logística: formado por 5 componentes, o principal objetivo é elaborar o Termo de Execução
1021 Descentralizada para transferência de recursos da Anvisa ao Ministério da Saúde. Também foram
1022 realizadas três Conferências Livres, na sede da Anvisa, em Brasília/DF, no mês de junho, com apoio da
1023 Secretaria de Vigilância em Saúde e CNS. O evento contou com cerca de 250 representantes das
1024 Secretarias Estaduais de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde das Capitais e dos Conselhos de
1025 Secretarias Municipais de Saúde dos Estados de todas as regiões do país. Os eventos possibilitaram a
1026 participação dos profissionais do SNVS na dinâmica da preparação para a 1ª CNVS, o fomento ao
1027 debate sobre temas de interesse da Vigilância Sanitária junto à sociedade; incentivo aos profissionais
1028 para participação nas etapas municipais, estaduais e nacional e a apresentação de sugestões conforme
1029 os Eixos Temáticos da Conferência. Apresentou as datas das Conferências Livres de Vigilância em
1030 Saúde da Anvisa: Sul e Sudeste - 7 de Junho/2017; Norte e Nordeste - 13 de Junho/2017; e Centro-
1031 Oeste e Norte - 27 de Junho/2017. Também destacou a participação nas etapas estaduais,
1032 conferências livres e outros eventos: Conferência Estadual de Pernambuco - 12 a 14 de junho;
1033 Conferência Estadual do Piauí - 21 e 22 de junho; Reunião de Dirigentes de Vigilância em Saúde -
1034 SVS/MS - 27 de junho; Seminário Preparatório com Foco no Trabalho - SP - 18 e 19 de julho;
1035 Conferência Estadual do Espírito Santo - 21 a 23 de julho; Conferência Livre da SVS/MS - 16 a 18 de
1036 agosto; Conferência Estadual do Tocantins - 29 a 31 de setembro; Conferência Livre de Minas Gerais -
1037 1º a 4 de agosto; Conferência Estadual de Minas Gerais - 26 a 28 de setembro; Conferência Estadual
1038 da Paraíba - 10 e 11 de outubro; Conferência Estadual do Amazonas - 18 a 20 de outubro; Conferência
1039 Estadual do Maranhão - 19 e 20 de outubro; Conferência Estadual de Roraima - 30 e 31 de outubro; e
1040 Conferência Distrital de Vigilância em Saúde - DF - 7 e 8 de novembro. Explicou ainda que foi
1041 elaborado Termo de Execução Descentralizada para transferência de recursos da Anvisa ao Ministério
1042 da Saúde, para viabilização do apoio financeiro à 1ª CNVS (Valor previsto: R\$ 800.000,00 e
1043 participação nas equipes de fiscalização e de apoio na organização da 1ª CNVS, junto com a Secretaria
1044 de Vigilância em Saúde e o CNS. Detalhou os representantes da ANVISA nas Comissões - CNS e
1045 SVS/MS: Comissão Executiva: Pedro Ivo Sebba Ramalho; Comissão Organizadora: Chiara Chaves
1046 Cruz da Silva; Comissão de Comunicação e Mobilização: Carlos Estenio Freire; Comissão de

1047 Formulação e Relatoria: Edson Donagema; Comissão de Fiscalização: Ademir Nunes Benevides Filho
1048 e Eunice de Lima; Comissão de Apoio: Julio Cesar Sales; Marinez Messias de Freitas; Nizia Martins
1049 Sousa e Patricia Laboissiere Moreira; e Equipe de Relatoria: Luiz Augusto da Cruz e Diana Silveira de
1050 Araújo. Além disso, informou que foi contratada consultoria para o desenvolvimento de compilações
1051 histórias, pesquisas e preparação de atividades para atuação da Anvisa. No que se refere à construção
1052 das Propostas da Anvisa, no contexto regulatório e vigilância sanitária, destacou: acelerada inovação
1053 de tecnologias em saúde; cenário mundial: convergência regulatória, harmonização de práticas e
1054 compartilhamento de informações; cenário nacional: evolução da legislação e novas tecnologias
1055 demanda rever processos, práticas e normas; e sistema federativo exige permanente concertação entre
1056 as esferas de governo. Falou dos desafios da gestão em vigilância em saúde, no SNVS: distanciamento
1057 da estrutura federal do nível local; baixa uniformidade na execução das ações; indefinição dos papéis e
1058 responsabilidades; conflitos entre regulamentos editados pelos entes; custo elevado para o Sistema e
1059 Setor Regulado; comprometimento da eficiência e efetividade; e baixa percepção social sobre as
1060 entregas do Sistema. Pontuou outros desafios da gestão em vigilância em saúde: redefinir
1061 responsabilidades gestoras, aprimorando o pacto federativo; inovar no modelo e critérios de
1062 descentralização para maior efetividade na execução das ações de visa; promover a integração das
1063 práticas de vigilância e atenção, a partir do território; aprimorar a gestão da informação e fluxo de
1064 comunicação; rever modelo de financiamento com foco na qualificação da ação de vigilância sanitária;
1065 e qualificar a formação, fixação, desenvolvimento dos profissionais no SNVS. Por fim, apresentou as
1066 propostas da ANVISA para a 1ª CNVS: *coordenação do SNVS* - definição das responsabilidades
1067 gestoras das três esferas de governo, por meio de mecanismos de articulação, coordenação e
1068 execução das ações de vigilância sanitária, de maneira integrada e consoante aos princípios do SUS,
1069 visando à consolidação do SNVS; *articulação entre as vigilâncias em saúde* - articulação entre as
1070 distintas vigilâncias que compõem o processo de trabalho de Vigilância em Saúde, com planejamento
1071 conjunto das ações prioritárias, baseado nos problemas de saúde e demais dados do território e
1072 incidindo nos instrumentos de planejamento de governo (PPA, LDO e LOA) e de planejamento em
1073 saúde (PS, PAS); *território* - organização de práticas e processos de trabalho para articulação das
1074 ações de vigilância e da assistência no reconhecimento dos territórios de saúde para o ordenamento de
1075 ações que dialoguem com as realidades locais; informação para a gestão - definição de conjunto
1076 mínimo de dados compartilhados das ações de Vigilância Sanitária de cada ente do SNVS e
1077 disponibilização de ferramentas de análise no nível nacional, de forma a garantir a unidade, a
1078 uniformização da informação e a coordenação do Sistema; *gestão do trabalho e educação em saúde* -
1079 formação de competências e desenvolvimento profissional, com inserção de conhecimentos das
1080 vigilâncias na graduação, pós-graduação e nos processos de educação permanente, com vistas à
1081 interdisciplinaridade de práticas; *financiamento* - criação de novas fontes de receita para garantir o
1082 financiamento público do SUS, assegurando a garantia da qualidade da Atenção à Saúde e das ações
1083 de Vigilância em Saúde; *Laboratórios de Saúde Pública* - fortalecimento da Rede Nacional de
1084 Laboratórios de Vigilância Sanitária, sob responsabilidade pública, com garantia de financiamento para
1085 as ações de suporte à regulação realizadas com qualidade e segurança; *controle social e relação com*
1086 *a sociedade* - criação de Instâncias Intersetoriais de Vigilância em Saúde nos Conselhos de Saúde
1087 municipais, estaduais e nacional, de acordo com Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e
1088 promoção do planejamento participativo em Vigilância em Saúde para envolvimento da sociedade civil
1089 organizada na definição de temas e ações prioritárias para atuação; e *informação e educação sanitária*
1090 - ampliação da visibilidade do papel do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, em especial da
1091 Anvisa, à sociedade, a partir da identificação das ações de proteção e promoção à saúde da população,
1092 mediante a intervenção nos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos e serviços sujeitos à
1093 vigilância sanitária, em ação coordenada e integrada no âmbito do SUS. **Manifestações.** Conselheiro
1094 **João Donizeti Scaboli** saudou o representante da ANVISA e destacou a importância de debater
1095 também o tema da nanotecnologia. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** pontuou que, neste
1096 debate, é preciso tratar do desafio da ausência de uma política de vigilância em saúde. Além disso,
1097 salientou que a proteção/promoção à saúde deve ser trazida à sociedade e a Anvisa pode contribuir
1098 apresentando modelo da integralidade da atenção. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**,
1099 Presidente do CNS, destacou o esforço para trazer todos os atores para debate. Conselheiro **Geordecí**
1100 **Menezes de Souza** sentiu falta de ênfase na participação popular (controle social) e saúde do
1101 trabalhador e da trabalhadora. Também considerou importante fomentar a participação das comissões
1102 de vigilância na fiscalização da Política. **Retorno da mesa.** O diretor adjunto/ANVISA, **Pedro Ivo**
1103 **Sebba Ramalho**, agradeceu as intervenções e pontuou os seguintes aspectos levantados nas falas:
1104 ANVISA está atenta ao debate da nanotecnologia; e a Agência ainda enfrenta dificuldade para
1105 processar o debate sobre saúde do trabalhador, mas está presente nos Estados e Municípios. Por fim,
1106 agradeceu o CNS pela convocação e preparação da 1ª CNVS porque possibilitará evoluir nas ações de
1107 vigilância em saúde. **ITEM 8 – APRESENTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA**
1108 **COM DEFICIÊNCIA NO SUS** - *Apresentação:* **Sindy Maciel Silva**, representante da Coordenação-

1109 Geral De Saúde Da Pessoa Com Deficiência – CGSPD/DAPESSAS/MS. Coordenação: conselheiro
1110 **Neilton Araujo de Oliveira**; e conselheiro **Antônio Muniz**. Conselheiro **Antônio Muniz**, coordenador
1111 da Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência – CIASPD/CNS. Nas
1112 considerações iniciais, conselheiro **Antônio Muniz**, saudou a expositora e agradeceu a Mesa Diretora
1113 do CNS por pautar o debate deste tema tão relevante. A representante da CGSPD/DAPESSAS/MS,
1114 **Sindy Maciel Silva**, fez uma apresentação detalhada do Plano Viver Sem Limite, Rede de Cuidados à
1115 Saúde da Pessoa com Deficiência. Começou pelo histórico de implementação da Rede PCD,
1116 destacando os seguintes marcos: Constituição Federal, 5 de outubro de 1988, determina que é
1117 competência comum da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios cuidar da saúde e
1118 assistência pública, da proteção e garantia das pessoas com deficiência (Art. 23); Portaria nº 1.060, de
1119 5 de junho de 2002, institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência; Decreto
1120 nº 6.949, de 25 de agosto de 2009 - o Brasil promulgou a Convenção Internacional sobre os Direitos
1121 das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março
1122 de 2007; Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011 - Plano Nacional de Direitos da Pessoa com
1123 Deficiência 2011-2014 - ampliar o acesso e a qualificação da atenção à saúde das pessoas com
1124 deficiência no âmbito do SUS, com foco na organização de Redes de Atenção à Saúde, na
1125 integralidade do cuidado; Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012 - institui a Rede de Cuidados à Pessoa
1126 com Deficiência no âmbito do SUS; Portaria nº 835, de 25 de abril de 2012 - institui incentivos
1127 financeiros de investimentos e de custeios para a componente Atenção Especializada da Rede de
1128 Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS (alterada pela Portaria GM/MS nº 2.236, de 01
1129 de outubro de 2012); Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015- instituiu a Lei Brasileira de Inclusão da
1130 Pessoa com Deficiência (LBI) – Estatuto da Pessoa com Deficiência; e Portaria nº 381, de 6 de
1131 fevereiro de 2017 - dispõe sobre as transferências, fundo a fundo, de recursos financeiros de capital ou
1132 corrente, do Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios destinados à execução de
1133 obras de construção, ampliação e reforma. Seguindo, explicou que, nos termos da Lei nº. 13.146/2015,
1134 art. 2º, *“considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza*
1135 *física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir*
1136 *sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”*.
1137 Ainda no histórico da implementação da Rede PCD, detalhou que antes de 2011 a agenda da
1138 reabilitação era negligenciada pelo SUS e as ações do MS eram tímidas e centradas na habilitação de
1139 serviços existentes por modalidade de reabilitação e concessão de OPM. Detalhou os objetivos da
1140 Rede PCD: ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou
1141 permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua no SUS; garantir a
1142 articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o
1143 cuidado por meio do acolhimento e classificação de risco; desenvolver ações de prevenção e de
1144 identificação precoce de deficiências na fase pré, peri e pós-natal, infância, adolescência e vida adulta;
1145 ampliar a oferta de Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM); promover a reabilitação e
1146 a reinserção das pessoas com deficiência, por meio do acesso ao trabalho, à renda e à moradia
1147 solidária, em articulação com os órgãos de assistência social; e promover mecanismos de educação
1148 permanente para profissionais de saúde. Disse que são desafios para a implementação da Rede PCD:
1149 caráter assistencialista x modelo centrado no direito social, inclusão e autonomia; fragmentação do
1150 Cuidado x Lógica de Redes de Atenção à Saúde; mudança na lógica de financiamento - Produção x
1151 Custeio + OPM; integrar as diversas entidades filantrópicas no cuidado às pessoas com deficiência, de
1152 modo regulado; concentração de serviços e recursos no Sul/Sudeste x Vazios assistenciais no Norte,
1153 Nordeste e Centro Oeste. Apresentou a organização da Rede PCD demonstrando que está presente na
1154 Atenção Básica, na Atenção Especializada e na Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência e que
1155 dialoga com outras redes. Falou também dos recursos de custeio da Rede PCD, destacando: CER II -
1156 140.000,00/mês; 1.680.000,00/ano; CER III – 200.000,00/mês; 2.400.000,00/ano; CER IV – 345.000,00
1157 mês; 4.140.000,00/ano; Oficina Ortopédica fixa - 54.000,00/mês; 648.000,00/ano; Oficina Ortopédica
1158 itinerante - 18.000,00/mês; 216.000,00/ano; CEO - adicional de 20% (vinte por cento) sobre o valor de
1159 custeio atual do serviço: CEO I: 19.800,00/ano, CEO II: 26.400,00/ano e CEO III: 46.200,00/ano. Falou
1160 ainda dos recursos de investimento em obras da Rede PCD: **a)** construção, reforma ou ampliação -
1161 construção - o valor de transferência do Ministério da Saúde está informado no Portal do Fundo
1162 Nacional de Saúde, reforma - o valor máximo para incentivo será de 60% (sessenta por cento) do valor
1163 da construção de uma unidade nova e ampliação - o valor máximo para incentivo será de 100% (cem
1164 por cento) do valor da construção de uma unidade nova; **b)** Aquisição de equipamentos: CER II -
1165 1.000.000,00, CER III - 1.500.000,00, CER IV - 2.000.000,00 e Oficina Ortopédica Fixa - 350.000,00.
1166 Mostrou mapa da implementação da Rede PCD – Custeio/Habilitação no país, explicando que o
1167 investimento total em custeio/habilitação foi R\$ 423.237.400,00/ano e o investimento aprovado foi de
1168 R\$ 488.217.736,14/ano. No que se refere às obras de CER, citou Foz do Iguaçu/PR com o CER IV
1169 (auditiva, física, intelectual e visual). Informou ainda que foram entregues 108 veículos adaptados e a
1170 rede conta com oficinas terrestres Itinerantes (carretas). Destacou ainda o crescimento de

1171 procedimentos relacionados à concessão de OPM ambulatorial em reabilitação no SUS, entre 2011 e
1172 2016 e realização da triagem neonatal auditiva - teste da Orelhinha. Falou dos cursos oferecidos,
1173 destacando: Cursos do Viver Sem Limites: *Curso de aperfeiçoamento em Confecção e manutenção de*
1174 *órgãos, próteses e meios auxiliares de locomoção*. Público-alvo: profissionais que já atuam em oficinas
1175 ortopédicas. Objetivo: qualificar as oficinas ortopédicas existentes. Instituições parceiras: AACD, CRER,
1176 IOT, IMREA, SORRI-BAURU. 134 profissionais qualificados; e *Curso Técnico em Órgãos e Próteses*:
1177 elaboração das Diretrizes e Orientações para Formação Técnico em Órgãos e Próteses (concluída).
1178 Material didático (Caderno de textos) de apoio ao aluno que contém os conteúdos pertinentes à área de
1179 conhecimento da formação em órgãos e próteses – tiragem dois mil (em fase de revisão técnica).
1180 Destacou a capacitação de profissionais para atendimento à PCD, explicando que são 32.506
1181 matriculados e 11.919 concluintes. Falou sobre as Emendas Parlamentares, explicando que a
1182 qualificação da Rede de Cuidados da Pessoa com deficiência pode ser realizada por recursos
1183 provenientes de Emendas Parlamentares. Mostrou gráfico demonstrando o panorama das Emendas no
1184 âmbito da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência nos anos de 2012 a 2017: em 2012, 3
1185 emendas aprovadas pela CGSPCD e, em 2017, 129. Seguindo, falou sobre o Programa Nacional de
1186 Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD), criado pela Lei nº 12.715/2012
1187 e regulamentado pelo Decreto nº 7.988/2013, implementado mediante incentivo fiscal às empresas
1188 doadoras e desenvolvido por pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos que estejam
1189 credenciadas ao Programa, desde que o projeto seja aprovado pelo Ministério da Saúde. Detalhou que
1190 há três campos de atuação: serviços médico-assistenciais; formação, treinamento e aperfeiçoamento
1191 de recursos humanos em todos os níveis; e realização de pesquisas clínicas, epidemiológicas,
1192 experimentais e socioantropológicas. Constituem objetivos do PRONAS/PCD: captar e canalizar
1193 recursos destinados a estimular e desenvolver ações de promoção à saúde e de reabilitação/habilitação
1194 da pessoa com deficiência; fortalecer a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência no
1195 âmbito do SUS; e ampliar o acesso e qualificar o atendimento integral às pessoas com deficiência no
1196 campo da reabilitação. A coordenação é responsável pela análise de mérito dos projetos submetido no
1197 campo de atuação Serviços Médico Assistencial, total: R\$ 158.348.799,52. Continuando, falou sobre o
1198 Plano Nacional de Combate ao Aedes Aegypti e suas consequências, detalhando que, no eixo de
1199 atendimento às pessoas, a CGSPCD realizou as seguintes ações: ampliação da capacidade instalada,
1200 com a habilitação de 73 CER em 20 UF com casos confirmados, e qualificação das ações de
1201 reabilitação e estimulação precoce; atualização da Diretriz de Estimulação Precoce, impressão e
1202 distribuição de 68.826 exemplares. Falou sobre a implementação da Rede PCD – custeio/habilitação –
1203 Nordeste, destacando: serviços habilitados até novembro de 2015: 25 CER. Custeio anual: R\$
1204 61.020.000,00; e serviços habilitados como CER até setembro de 2017: 69. Custeio anual: R\$
1205 148.140.000,00. Falou ainda sobre o PPA 2016 a 2019, metas e iniciativas da Rede, detalhando as
1206 ações realizadas até setembro de 2017: Implantar 98 CER - 68 CER habilitados (acumulado de 192
1207 CER) – 69,4%, aprovação de 23 propostas de construções e três reformas e aprovação de 162
1208 propostas de aquisição de equipamentos de reabilitação; implantar 30 oficinas ortopédicas - 9 oficinas
1209 ortopédicas habilitadas (7 Itinerantes e 2 Fixas) – 30%; doação de 98 veículos adaptados para
1210 transporte de PCD - ata de Registro de Preço publicada no D.O.U. Previsão de aquisição do 1º lote de
1211 veículos até dezembro/2017; equipar 737 maternidades para TAN (acumulado de 812) - estudo técnico
1212 para definição das maternidades a serem equipadas em andamento e previsão para aquisição dos
1213 equipamentos: 2018; adquirir 438 mesas ginecológicas acessíveis - estudo técnico para definição das
1214 especificações das mesas ginecológicas acessíveis, estudo técnico para definição das unidades
1215 básicas de saúde com infraestrutura acessível para serem equipadas e previsão para aquisição dos
1216 equipamentos: 2018; capacitação de 10.000 profissionais de saúde - 6.501 Profissionais de saúde
1217 capacitados - 65% e 18.408 profissionais matriculados; formação de 1.000 profissionais ortesistas e
1218 protesistas - proposta em fase de cadastramento. Previsão para formação de 200 profissionais em
1219 2018. (Parceria Fiocruz/ICICT); elaborar e publicar 10 Diretriz de Atenção à Saúde das Pessoas com
1220 Deficiência - 2 diretrizes publicadas - 20% e previsão de 3 novas diretrizes publicadas até dezembro de
1221 2017 e outras 2 em 2018. Sobre a oferta de qualificação aos profissionais: AVASUS: Curso EAD
1222 Estimulação Precoce (14.055 matriculados) e Triagem Ocular Neonatal (1.055 matriculados); UNICEF:
1223 As estratégias para a estimulação de crianças com alteração no desenvolvimento no ambiente
1224 domiciliar e nas creches, para a Atenção Básica, educação infantil e proteção social básica, realizado
1225 em Recife/PE e Campina Grande/PB; OPAS: estimulação precoce e diagnóstico audiológico, de modo
1226 presencial para os profissionais de reabilitação dos Centros Especializados em Reabilitação - CER,
1227 realizado no Estado de Alagoas; HCOR: Estimulação Precoce em crianças com Síndrome Congênita
1228 do Vírus Zika e outras etiologias para profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS): 1ª
1229 Etapa: Bahia, Ceará e Rio Grande do Norte e 2ª Etapa: Maranhão, Sergipe, Paraíba, Mato Grosso e
1230 Piauí. Por fim, apresentou as inovações e avanços da Rede PCD: ampliação do investimento federal
1231 para atenção a saúde da pessoa com deficiência; ampliação do debate no campo: entidades
1232 filantrópicas; trabalhadores e gestores do SUS; movimentos sociais; forte adesão da Rede PCD nos

1233 territórios; cumprimento e/ou superação das metas estabelecidas; ampliação de acesso qualificado aos
1234 serviços de habilitação/reabilitação e da oferta de Tecnologias Assistivas e inclusão de novas OPM;
1235 indução de ações em saúde na lógica de *Redes de Atenção* e de ações intersetoriais no campo da
1236 deficiência: BPC na Escola – MDS/MEC, Sistema FM – MEC, Programa Saúde na Escola – DAB/MEC,
1237 Política Nacional da Saúde da Criança, Política Nacional de Doenças Raras e Direitos Humanos; e 1º
1238 Seminário Nacional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência – 22 e 23/11. Conselheiro **Neilton**
1239 **Araújo de Oliveira** salientou que foram mais de 5 milhões de procedimentos executados, assegurando
1240 importante inclusão e, como encaminhamento, sugeriu à área técnica que dê maior visibilidade a essas
1241 ações. Afora esse ponto, ressaltou que a intersetorialidade é um desafio para a política de cuidado para
1242 a pessoa com deficiência e precisa ser enfrentado. **Manifestações.** Conselheira **Cleoneide Paulo**
1243 **Oliveira Pinheiro** reconheceu os avanços na área, mas disse que é preciso enfrentar as dificuldades
1244 enfrentadas pelas pessoas com deficiência nos estados e municípios em relação a acesso aos serviços
1245 de saúde e aos equipamentos, discriminação, falta de acessibilidade e falta de profissionais de saúde
1246 capacitados. Nessa linha, perguntou como garantir acessibilidade e como capacitar e formar
1247 profissionais de saúde de forma intersetorial. Por fim, disse que é fundamental a participação de
1248 usuários e do controle social no 1º Seminário Nacional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
1249 – 22 e 23 de novembro. Conselheira **Jani Capiberibe** perguntou por que os profissionais de saúde
1250 ainda não são preparados para atender as pessoas com deficiência, nas suas especificidades.
1251 Conselheira **Carolina Abad** quis saber por que ainda não foi publicada a Portaria do Programa
1252 Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD). Conselheira **Maria**
1253 **da Conceição Silva** reforçou a importância de assegurar a acessibilidade (locomoção, Braille etc) e
1254 ressaltou a necessidade de garantir médicos capacitados para fazer a triagem neonatal - teste do
1255 olhinho e da orelhinha - e triagem cardiológica. Conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo** avocou o
1256 princípio da universalidade para reforçar a importância de estar presente na política da pessoa com
1257 deficiência. Também frisou a importância da interprofissionalidade e a necessidade de trabalhar na
1258 perspectiva da transversalidade. Por fim, disse que é preciso ter atenção à mobilidade e ao transporte
1259 porque excluem as pessoas da assistência. Conselheiro **Cláudio Ferreira do Nascimento**, na sua
1260 intervenção, fez os seguintes questionamentos: como é trabalhada no âmbito do Programa a
1261 necessidade de integração com outras redes? Quais são os vínculos jurídicos dos trabalhadores? Afora
1262 esses questionamentos, destacou a dificuldade dos conselhos em acompanhar o processo de
1263 organização de serviços no âmbito de organizações do terceiro setor. Conselheiro **Heleno Rodrigues**
1264 **Corrêa Filho** cumprimentou a expositora e, em nome do CEBES, entidade que representa no CNS,
1265 solicitou moção de apoio à ação intersetorial desenvolvida pela Coordenação em nível federal,
1266 inclusive, dispôs-se a redigir o texto da moção caso o CNS aprovasse o mérito da proposta.
1267 Conselheiro **Luiz Carlos Medeiros de Paula** sentiu-se contemplado nas falas anteriores e ressaltou a
1268 importância de maior aproximação e visibilidade dos segmentos de patologia e de deficiência.
1269 Conselheiro **Dylson Ramos Bessa Junior** explicou que o Maranhão foi o único Estado que não
1270 recebeu a Rede e perguntou os motivos disso. Chamou a atenção para a invisibilidade do atendimento
1271 da pessoa com deficiência na atenção básica e perguntou como está a situação dos grupos condutores
1272 regionais. Conselheira **Cleuza de Carvalho Miguel** falou sobre as dificuldades enfrentadas pelas
1273 pessoas com deficiência para conseguir atendimento de qualidade que atenda as suas necessidades.
1274 Conselheira **Ivone Martini de Oliveira** saudou a expositora e sugeriu pautar debate no CNS sobre as
1275 dificuldades enfrentadas pelas pessoas com deficiência no que se refere à locomoção e à inclusão no
1276 mercado de trabalho. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** sugeriu, no processo preparatório para
1277 a 16ª Conferência Nacional de Saúde, realizar pré-conferências sobre atenção à saúde das pessoas
1278 com deficiência e com patologia e dar mais visibilidade à Política Nacional de Saúde da Pessoa com
1279 Deficiência no processo preparatório da 16ª Conferência. **Retorno da mesa.** A representante da
1280 CGSPD/DAPESSAS/MS, **Sindy Maciel Silva**, comentou as questões colocadas nas falas destacando
1281 que: a pessoa com deficiência está presente em todas as esferas; dúvidas podem ser enviadas à
1282 coordenação; e o 1º Seminário Nacional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência é voltado a
1283 gestores para sensibilizá-los como parceiro para implementar a política, o que significa que não há
1284 trabalho voltado aos movimentos sociais. Conselheiro **Antônio Muniz** colocou a ONCB, entidade que
1285 representa no CNS, à disposição para divulgar as ações da coordenação. Também sugeriu que o CNS
1286 apoie a iniciativa de incluir pessoas ostomizadas na isenção do ICMS e inicie debate sobre a
1287 possibilidade de realização de conferência de saúde da pessoa com deficiência. Após esses
1288 comentários, a mesa procedeu aos encaminhamentos. **Deliberação: neste ponto, o Plenário**
1289 **aprovou, por consenso, as seguintes propostas: 1) solicitar à CGSPD/DAPESSAS/MS que**
1290 **encaminhe à Secretaria Executiva do CNS a relação de técnicos que são referência em cada uma**
1291 **das regiões e enviar aos conselheiros; 2) solicitar a área técnica do MS que elabore material**
1292 **sobre a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência e a Política Nacional de Saúde da**
1293 **Pessoa com Deficiência para dar visibilidade ao que é feito e o que precisa avançar; 3) no**
1294 **processo preparatório para a 16ª Conferência Nacional de Saúde, realizar pré-conferências**

1295 sobre atenção à saúde das pessoas com deficiência e com patologia e dar mais visibilidade à
1296 Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência no processo preparatório da 16ª; 4)
1297 sensibilizar conselhos profissionais, entidades de trabalhadores para o cuidado da pessoa com
1298 deficiência; 5) enviar correspondência aos CMS e CES para que divulguem e acompanhem as
1299 ações desenvolvidas em âmbito local relativas ao cuidado e inclusão das pessoas com
1300 deficiência; 6) pautar debate no CNS sobre cuidado da pessoa com deficiência e inclusão no
1301 mercado de trabalho e mobilidade urbana; 7) promover debate sobre o tema com outros
1302 conselhos de políticas públicas; 8) iniciar debate sobre a possibilidade de realização de
1303 conferência de saúde da pessoa com deficiência; e 9) apoiar a iniciativa de incluir pessoas
1304 ostomizadas na isenção do ICMS. Além disso, o Pleno votou, em separado, e aprovou, por
1305 unanimidade: 1) o mérito de moção de apoio ao trabalho realizado pela CGSPD/DAPESSAS/MS
1306 (o texto foi apreciado no segundo dia de reunião); e 2) o mérito de recomendação ao Ministério
1307 de Desenvolvimento Social - MDS que promova intensa campanha na imprensa do país sobre o
1308 prazo de comparecimento dos usuários idosos e com deficiência ao INSS para inscrição no CAD
1309 Único até o dia 31 de dezembro de 2017 (o texto foi apreciado no segundo dia de reunião). ITEM
1310 9 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS E RELAÇÕES DE TRABALHO –
1311 CIRHRT - *Apresentação:* conselheira Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro, coordenadora adjunta da
1312 CIRHRT; e conselheiro Douglas Vinicius Pereira, coordenador adjunto da CIRHRT. *Coordenação:*
1313 conselheira Francisca Rêgo Oliveira Araújo, da Mesa Diretora do CNS. Inicialmente, conselheiro
1314 Douglas Vinicius Pereira, coordenador adjunto da CIRHRT, apresentou informações gerais sobre os
1315 54 pareceres elaborados pela Comissão que seriam submetidos à apreciação do Pleno: 5 satisfatórios,
1316 35 satisfatórios com recomendações e 14 insatisfatórios, a saber: maioria instituições de direito privado,
1317 com fins lucrativos; Faculdade; no Sudeste; maior parte cursos de Enfermagem e Psicologia; e de
1318 autorização. Detalhou as recomendações apresentadas pela Comissão para os cursos: disponibilizar
1319 Termos de Convênio/Cooperação Técnica ou outros instrumentos que comprovem parceria com os
1320 gestores do SUS para utilização da rede de serviços e outros equipamentos sociais da região; anexar o
1321 Projeto Pedagógico de Curso (PPC) ao processo e-MEC; apresentar estratégias de inserção dos
1322 estudantes, desde o início do curso, junto à comunidade e na rede de serviços instalada, evidenciando
1323 a integração ensino-serviço-gestão-comunidade; eplicitar a forma como os estudantes do período
1324 noturno são/serão inseridos nos estágios e a viabilidade do uso da rede de serviços neste turno;
1325 demonstrar no PPC como se desenvolvem/desenvolverão as atividades que promovem conhecimentos,
1326 saberes e práticas da realidade local; demonstrar no PPC as estratégias utilizadas para o
1327 desenvolvimento de responsabilidades entre a instituição de ensino, os estudantes, os profissionais de
1328 saúde e a comunidade local; o curso apresenta um quantitativo de vagas excessivo em relação à
1329 capacidade instalada para a prática. Assim, recomenda-se à IES redução no número de vagas
1330 ofertadas nos próximos ciclos avaliativos; adequar a proposta levando em conta a relação entre a
1331 distribuição das ofertas de formação e a distribuição da população locorregional; adequar a proposta
1332 levando em conta a atual disponibilidade e distribuição de profissionais da área na região; o curso
1333 apresenta um quantitativo de vagas excessivo em relação ao número de professores. Desta forma,
1334 recomenda-se ampliar o corpo docente; o curso apresenta um quantitativo de vagas excessivo em
1335 relação ao número de professores e suas respectivas cargas horárias. Recomenda-se ampliar o corpo
1336 docente em regime de trabalho integral; ofertar/ampliar cursos de especializações e residências em
1337 saúde de acordo com as necessidades locorregionais, articulando e integrando, desta forma, a
1338 graduação à formação profissional em serviço; apresentar/ampliar estratégias de educação permanente
1339 e continuada dos docentes e profissionais dos serviços de saúde que recebem os estudantes nos
1340 cenários de práticas; implementar/ampliar estratégias e metodologias pedagógicas que promovam a
1341 educação interprofissional, a interdisciplinaridade, o trabalho em equipe e as práticas colaborativas;
1342 criar/aperfeiçoar o Núcleo Docente Estruturante (NDE), incluindo a participação dos estudantes nas
1343 discussões; incluir a participação de estudantes no Núcleo Docente Estruturante (NDE); criar/ampliar
1344 canais/mecanismos de participação da sociedade; criar/ampliar canais/mecanismos de diálogo da
1345 instituição de ensino com os movimentos sociais; criar/ampliar estratégias que favoreçam o diálogo
1346 entre docentes, estudantes e controle social do SUS, em especial, com os Conselhos Estaduais e
1347 Municipais de Saúde; esclarecer se a instituição de ensino tem um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)
1348 implantado e com o devido registro na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Além disso,
1349 apresentou as justificativas: não há menção a Termos de Convênio/Cooperação Técnica entre a IES e
1350 a gestão do SUS que comprovem a utilização da rede de serviços e de outros equipamentos sociais
1351 existentes na região; não há indicativos claros sobre a articulação da instituição de ensino com a gestão
1352 local do SUS no que se refere ao envolvimento desta na construção do PPC do curso; não há descrição
1353 do modo de inserção dos estudantes, desde o início do curso, na comunidade e na rede de serviços
1354 instalada, de forma a evidenciar a integração ensino-serviço-gestão-comunidade; não há menção sobre
1355 a capacidade de atendimento e disposição dos estudantes, física e numericamente, nos cenários de
1356 prática; trata-se de curso isolado na área de saúde na instituição de ensino, o que limita as

1357 oportunidades de formação interprofissional e o desenvolvimento de práticas colaborativas e
1358 interdisciplinares; não há demonstração clara de compromisso do curso com a produção de
1359 conhecimentos direcionados para as necessidades da população e para o desenvolvimento tecnológico
1360 da região; não há demonstração clara de compromissos com a oferta de especializações e residências
1361 em saúde, de acordo com as necessidades do SUS, articulando e integrando a graduação à formação
1362 em serviço; não há demonstração clara de compromissos com a educação permanente e continuada
1363 dos docentes e profissionais dos serviços de saúde que recebem os estudantes nos cenários de
1364 práticas; não há proposta de contrapartida da IES, enquanto instituição privada, para a utilização de
1365 equipamentos públicos como campo de ensino em serviço; a proposta não apresenta relevância social
1366 e não contribui para a superação dos desequilíbrios entre a distribuição de vagas no país,
1367 considerando-se a oferta já existente para o curso na região; não há referência à constituição de
1368 Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) nos documentos anexados ao sistema e-MEC pela instituição de
1369 ensino; não foram encontrados nos documentos disponibilizados no sistema e-MEC informações que
1370 comprovem o atendimento à legislação vigente no que se refere à acessibilidade; e observaram-se
1371 alguns dados divergentes nos documentos anexados pela IES no sistema e-MEC, fragilizando a
1372 confiabilidade das demais informações disponibilizadas no processo em questão. O Presidente do CNS
1373 elogiou a iniciativa de apresentação mais detalhada sobre os pareceres e conclamou as entidades a
1374 divulgar as informações para servir de ação política. Na sequência, o coordenador adjunto da Comissão
1375 procedeu à apresentação dos pareceres. **Insatisfatórios: 1)** Faculdade Pitágoras. Minas Gerais. Belo
1376 Horizonte. Odontologia. Autorização. **2)** Faculdade Adventista Paranaense. Paraná. Ivatuba. Psicologia.
1377 Autorização. **3)** Faculdade Ubaense Ozanam Coelho. Minas Gerais. Ubá. Enfermagem. Autorização. **4)**
1378 Faculdade de Ciências Econômicas e Administrativas Santa Rita de Cássia. São Paulo. São Paulo.
1379 Psicologia. Autorização. **5)** Faculdade Pitágoras de Contagem. Minas Gerais. Contagem. Psicologia.
1380 Autorização. **6)** Faculdade Orígenes Lessa. São Paulo. Lençóis Paulista. Psicologia. Autorização. **7)**
1381 Faculdade de Araraquara. São Paulo. Araraquara. Enfermagem. Autorização. **8)** Faculdade Una De
1382 Uberlândia. Minas Gerais. Uberlândia. Psicologia. Autorização. **9)** Universidade Pitágoras UNOPAR.
1383 Paraná. Arapongas. Psicologia. Autorização. **10)** Centro Universitário do Sul de Minas. Minas Gerais.
1384 Varginha. Psicologia. Autorização. **11)** Faculdade Promove de São Paulo. São Paulo. São Paulo.
1385 Odontologia. Autorização vinculada ao credenciamento. **12)** Faculdade de Gestão e Negócios de
1386 Salvador. Bahia. Salvador. Enfermagem. Autorização. **13)** Faculdade São Miguel. Pernambuco. Recife.
1387 Odontologia. Autorização. **14)** Faculdade de Ciências e Tecnologia Mater Christi. Rio Grande do Norte.
1388 Mossoró. Psicologia. Autorização. **Deliberação: aprovados, com uma abstenção, os pareceres**
1389 **insatisfatórios.** Na sequência, passou aos pareceres satisfatórios com recomendações: **15)** Faculdade
1390 Cidade de João Pinheiro. Minas Gerais. João Pinheiro. Psicologia. Autorização. **16)** Faculdade
1391 Anhanguera de Valparaíso. Goiás. Valparaíso de Goiás. Psicologia. Autorização. **17)** Faculdade União
1392 Araruama de Ensino S/S LTDA. Rio de Janeiro. Araruama. Odontologia. Autorização. **18)** Centro
1393 Universitário Curitiba. Paraná. Curitiba. Psicologia. Autorização. **19)** Faculdade Promove de Belo
1394 Horizonte. Minas Gerais. Belo Horizonte. Odontologia. Autorização. **20)** Faculdade Anchieta de Ensino
1395 Superior do Paraná. Paraná. Curitiba. Psicologia. Autorização. **21)** Faculdade de Tecnologia do Amapá.
1396 Amapá. Macapá. Enfermagem. Autorização. **22)** Faculdade ENIAC. São Paulo. Guarulhos. Psicologia.
1397 Autorização. **23)** Faculdade Anhanguera de Matão. São Paulo. Matão. Enfermagem. Autorização. **24)**
1398 UTO Superior de Educação Ibituruna. Minas Gerais. Montes Claros. Odontologia. Autorização. **25)**
1399 Faculdade Unida de Campinas Goiânia – FACUNICAMPS Goiânia. Goiás. Goiânia. Psicologia.
1400 Autorização. **26)** Faculdade de Tecnologia e Ciências do Norte do Paraná. Paraná. Paranaíba.
1401 Odontologia. Autorização. **27)** Faculdade Una de Sete Lagoas. Minas Gerais. Sete Lagoas. Psicologia.
1402 Autorização. **28)** Faculdade de Ibaiti. Paraná. Ibaiti. Enfermagem. Autorização. **29)** Faculdade
1403 SOCIESC de Balneário Camboriú. Santa Catarina. Balneário Camboriú. Psicologia. Autorização. **30)**
1404 Faculdade Galileu. São Paulo. Botucatu. Psicologia. Autorização. **31)** Instituto Master de Ensino
1405 Presidente Antônio Carlos. Minas Gerais. Araguari. Psicologia. Autorização. **32)** Faculdade
1406 Metropolitana de Manaus – FAMETRO. Amazonas. Manaus. Medicina. Autorização. **33)** Faculdade
1407 Positivo Joinville. Santa Catarina. Joinville. Enfermagem. Autorização vinculada ao credenciamento. **34)**
1408 Faculdade de Ensino Superior de Catalão. Goiás. Catalão. Psicologia. Reconhecimento. **35)** Faculdade
1409 de Getúlio Vargas. Rio Grande do Sul. Getúlio Vargas. Psicologia. Reconhecimento. **36)** Centro
1410 Universitário Santanna. São Paulo. São Paulo. Enfermagem. Renovação de reconhecimento. **37)**
1411 Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Rio Grande do Norte. Natal. Medicina. Renovação de
1412 reconhecimento. **38)** Universidade do Vale do Itajaí. Santa Catarina. Itajaí. Medicina. Renovação de
1413 reconhecimento. **39)** Universidade Metropolitana de Santos. São Paulo. Santos. Medicina. Renovação
1414 de reconhecimento. **40)** Centro Universitário do Espírito Santo. Espírito Santo. Colatina. Medicina.
1415 Renovação de reconhecimento. **41)** Universidade Pitágoras UNOPAR. Paraná. Arapongas.
1416 Enfermagem. Renovação de reconhecimento. **42)** Universidade Federal do Piauí. Piauí. Teresina.
1417 Medicina. Renovação de reconhecimento. **43)** Faculdade do Nordeste da Bahia. Bahia. Coronel João
1418 Sá. Enfermagem. Autorização. **44)** Faculdade de Ciências e Empreendedorismo. Bahia. Santo Antônio

1419 de Jesus. Psicologia. Autorização. **45)** Faculdade Paraíso do Ceará. Ceará. Juazeiro do Norte.
1420 Enfermagem. Autorização. **46)** Faculdade dos Guararapes. Pernambuco. Recife. Enfermagem.
1421 Autorização. **47)** Centro Universitário Maurício de Nassau. Pernambuco. Recife. Psicologia. **48)**
1422 Faculdade de Ciências de Timbaúba - FACET. Pernambuco. Timbaúba. Enfermagem. Autorização. **49)**
1423 Faculdade Anhanguera de Taguatinga. Distrito Federal. Brasília. Psicologia. Autorização. **Deliberação:**
1424 **aprovados, por unanimidade, os pareceres satisfatórios com recomendações.** Em seguida,
1425 apresentou os *satisfatórios*: **50)** Faculdade Pitágoras de Belo Horizonte. Minas Gerais. Belo Horizonte.
1426 Enfermagem. Autorização. **51)** Centro Universitário do Distrito Federal. Distrito Federal. Brasília.
1427 Enfermagem. Renovação de reconhecimento. **52)** Universidade Federal de Mato Grosso. Mato Grosso.
1428 Cuiabá. Medicina. Renovação de reconhecimento. **53)** Universidade Luterana do Brasil. Rio Grande do
1429 Sul. Carazinho. Enfermagem. Renovação de reconhecimento. **54)** Universidade Federal do Maranhão.
1430 Maranhão. São Luís. Enfermagem. Renovação de reconhecimento. **Deliberação: aprovados por**
1431 **unanimidade.** Em seguida, submeteu à apreciação do Pleno minuta de moção de reconhecimento,
1432 elaborada pela Comissão: “O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Ducentésima
1433 Nonagésima Nona Reunião Ordinária, realizada nos dias 9 e 10 de novembro de 2017, no uso de suas
1434 competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela
1435 Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as
1436 disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira
1437 correlata; e considerando que a Constituição Federal de 1988 prevê, em seu Art. 196, que “a saúde é
1438 direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à
1439 redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços
1440 para sua promoção, proteção e recuperação”; considerando o Art. 200 da Constituição Federal de
1441 1988, que determina que compete ao Sistema Único de Saúde (SUS), entre outras atribuições, ordenar
1442 a formação dos trabalhadores da área de saúde; considerando o Decreto nº 9.057, de 25 de maio de
1443 2017, que regulamenta o Art. 80 da Lei nº 9.394/1996, e permite o credenciamento de Instituições de
1444 Educação Superior exclusivamente para oferta de cursos de graduação na modalidade a distância, sem
1445 prever um tratamento diferenciado para cursos da área da saúde; considerando o crescimento
1446 exponencial e desordenado de cursos de graduação na área da saúde na modalidade de Educação a
1447 Distância (EaD) e os diagnósticos situacionais que revelam um quadro que não se coaduna com as
1448 necessidades para o adequado exercício profissional; considerando que a formação em saúde não
1449 pode ocorrer de forma dissociada do trabalho em saúde, ou seja, é imprescindível a integração ensino-
1450 serviço-gestão-comunidade; considerando que a formação no/para o SUS deve ser pautada pelas
1451 necessidades de saúde das pessoas e pela integralidade da atenção e, para tanto, requer uma
1452 formação interprofissional, humanista, técnica e de ordem prática presencial; considerando que os
1453 estudantes precisam ser inseridos nos cenários de práticas do SUS e outros equipamentos sociais
1454 desde o início da formação, rompendo com a dicotomia teoria-prática, o que lhes garantirá
1455 conhecimentos e compromissos com a realidade de saúde do seu país e sua região; considerando que
1456 a educação na saúde requer interação constante entre os trabalhadores da área, estudantes e usuários
1457 dos serviços de saúde, para assegurar a integralidade da atenção, a qualidade e a humanização do
1458 atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades; considerando que, para além dos
1459 conhecimentos requeridos para a atuação profissional, a formação na área da saúde exige o
1460 desenvolvimento de habilidades e atitudes que não podem ser obtidas por meio da modalidade EaD,
1461 visto tratar-se de competências que se adquirem nas práticas inter-relacionais; considerando a
1462 Resolução CNS nº 515, de 7 de outubro de 2016, com posicionamento contrário à autorização de todo
1463 e qualquer curso de graduação da área da saúde ministrado na modalidade EaD, pelos prejuízos que
1464 tais cursos podem oferecer à qualidade da formação de seus profissionais, bem como pelos riscos que
1465 estes trabalhadores possam causar à sociedade, imediato, a médio e a longo prazos, refletindo uma
1466 formação inadequada e sem a necessária integração ensino-serviço-gestão-comunidade; e
1467 considerando o Projeto de Decreto Legislativo (SF) nº 111/2017, de autoria do senador Humberto Costa
1468 (sob relatoria do senador Sérgio Petecão), que susta os efeitos do Decreto nº 9.057/2017 e os Projetos
1469 de Lei nº 7.121/2017, nº 5.414/2016 e nº 6.858/2017, de autoria dos deputados Alice Portugal, Rodrigo
1470 Pacheco e Rômulo Gouveia, respectivamente (apensados e sob relatoria do deputado Átila Lira), que
1471 se posicionam de forma contrária à autorização e reconhecimento de cursos de graduação da área da
1472 saúde ministrados na modalidade EaD. Vem a público: Manifestar reconhecimento e apoio à aprovação
1473 do Projeto de Decreto Legislativo (SF) nº 111/2017 e aos Projetos de Lei nº 7.121/2017, nº 5.414/2016
1474 e nº 6.858/2017, com o objetivo de que os cursos de graduação da área da saúde sejam ministrados
1475 exclusivamente na modalidade presencial para garantir segurança e resolubilidade na prestação dos
1476 serviços de saúde à população brasileira.” Feita a apresentação e aberta a palavra ao Plenário, foram
1477 apresentadas as seguintes sugestões: excluir a palavra “exclusivamente” porque causa dúvidas, uma
1478 vez que 20% da oferta da carga horária pode ser a distância; é preciso ter clareza da diferença entre
1479 formação a distância e ferramentas tecnológicas não presenciais utilizadas nos cursos de graduação
1480 presencial; a intenção é garantir a segurança dos serviços prestados aos usuários. Após

1481 esclarecimentos, a mesa procedeu aos encaminhamentos. **Deliberação: aprovada, com adendo, dois**
1482 **votos contrários e uma abstenção, moção de apoio aos Projetos de Lei contrários à modalidade**
1483 **EaD para cursos da área da saúde que tramitam na Câmara dos Deputados.** Na sequência, o
1484 Pleno também apreciou a proposta de alteração da data da reunião ordinária da CIRHRT/CNS.
1485 **Deliberação: alterada a data da reunião ordinária da CIRHRT/CNS de 11 e 12 de dezembro para**
1486 **12 e 13 de dezembro de 2017.** Em seguida, o coordenador adjunto da CIRHRT apresentou a arte
1487 visual, criada pela Equipe de Comunicação do CNS, a partir de demanda reportada pela CIRHRT e seu
1488 GT/DCN, para evidenciar o posicionamento contrário do CNS à utilização da modalidade EaD nos
1489 cursos de graduação na área da saúde. **Deliberação: aprovada, por aclamação, a arte visual, criada**
1490 **pela Equipe de Comunicação do CNS, para evidenciar o posicionamento contrário do CNS à**
1491 **utilização da modalidade EaD nos cursos de graduação na área da saúde. ITEM 10 – COMISSÃO**
1492 **NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA – CONEP - Apresentação:** conselheiro **Jorge Alves de**
1493 **Almeida Venâncio**, coordenador da CONEP/CNS. **Coordenação:** conselheira **Francisca Rêgo**
1494 **Oliveira Araújo**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando, conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**
1495 reafirmou a importância de defender a manutenção do sistema da ética em pesquisa no âmbito do
1496 controle social (CONEP/CNS) e de garantir à sociedade os resultados e benefícios das pesquisas
1497 realizadas. Feita essa consideração, listou os pontos que seriam tratados: resolução que regulamenta o
1498 direito do participante de pesquisa ao acesso pós-estudo em protocolos de pesquisa clínica destinados
1499 aos pacientes diagnosticados com doenças ultrarraras; recomendação aos conselhos estaduais e
1500 municipais de saúde; e eleição de novos integrantes da CONEP. Dando sequência, conselheiro **Jorge**
1501 **Alves de Almeida Venâncio**, coordenador da CONEP/CNS, primeiro, fez dois informes de duas
1502 conquistas: defesa de manutenção da CONEP durante a audiência na Câmara dos Deputados, dia 14
1503 de setembro de 2017, que debateu o PL que visa extinguir a Comissão; e edição de selo comemorativo
1504 dos 20 anos da CONEP. Feito esse registro, justificou os motivos para a elaboração da resolução que
1505 regulamenta o direito do participante de pesquisa ao acesso pós-estudo em protocolos de pesquisa
1506 clínica destinados aos pacientes diagnosticados com doenças ultrarraras. Na sequência, submeteu à
1507 apreciação do Pleno a minuta de resolução. O texto é o seguinte: “O Plenário do Conselho Nacional de
1508 Saúde, em sua XXXXXXXXXXXX Reunião Ordinária, realizada nos dias XX e XX7 de XXXX de 2017, no
1509 uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de
1510 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006,
1511 cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação
1512 brasileira correlata; e Considerando a Portaria nº 199 do Ministério da Saúde, de 30 de janeiro de 2014
1513 que institui a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, aprova as
1514 Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do Sistema Único de Saúde
1515 (SUS) e institui incentivos financeiros de custeio; Considerando a necessidade de definir diretrizes e
1516 ações no âmbito das pesquisas envolvendo pessoas com doenças ultrarraras no país; considerando as
1517 particularidades da população atingida por doenças ultrarraras, que apresentam baixa incidência na
1518 população geral, torna-se necessário normatizar e garantir o fornecimento de tratamento pós-estudo
1519 aos participantes de pesquisa por tempo determinado; considerando que o medicamento experimental
1520 pode curar, retardar a progressão da doença e atenuar os efeitos da doença ultrarrara, sobretudo em
1521 crianças; considerando que esta tem sido uma reivindicação dos pacientes com doenças ultrarraras.
1522 Resolve: Art. 1º Esta resolução regulamenta o direito do participante de pesquisa ao acesso pós-estudo
1523 em protocolos de pesquisa clínica destinados aos pacientes diagnosticados com doenças ultrarraras.
1524 Art. 2º Para fins desta Resolução, considera-se ultrarrara a doença crônica, debilitante ou que ameace
1525 a vida, com incidência menor ou igual a 1 caso para cada 50.000 habitantes. Parágrafo único –
1526 Considerando a necessidade de construir dados nacionais fidedignos acerca das doenças ultrarraras
1527 no país, o Ministério da Saúde adotará como referência, transitoriamente, os indicadores internacionais
1528 de incidência e, sempre que assim o exigirem razões de saúde pública, devidamente justificadas,
1529 poderá determinar a revisão deste critério. Art. 3º Nas pesquisas em doenças ultrarraras, o patrocinador
1530 deve se responsabilizar e assegurar a todos os participantes de pesquisa ao final do estudo, o acesso
1531 gratuito aos melhores métodos profiláticos, diagnósticos e terapêuticos que se demonstraram eficazes
1532 pelo prazo de cinco anos após obtenção do registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária
1533 (Anvisa). No caso de medicamentos, o prazo de 5 (cinco) anos será contado a partir da definição do
1534 preço em reais na Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED). (estimular que o
1535 registro resulte na definição em reais - patrocinador registrava na ANVISA e o registro era feito em
1536 dólar). 1º § Ficam asseguradas as mesmas prerrogativas aos participantes de pesquisa contidas no
1537 caput deste artigo durante o intervalo entre o final do estudo e o início do prazo de (5) cinco anos (prazo
1538 razoável para que o MS incorpore o medicamento no SUS). 2º § O acesso também será garantido no
1539 intervalo entre o término da participação individual e o final do estudo, podendo, nesse caso, esta
1540 garantia ser dada por meio de estudo de extensão, de acordo com análise devidamente justificada do
1541 médico assistente do participante. Art. 4º Permanece assegurado aos participantes de pesquisa não
1542 contemplados nesta resolução, ao final do estudo, o acesso gratuito e por tempo indeterminado, por

1543 parte do patrocinador, aos melhores métodos profiláticos, diagnósticos e terapêuticos que se
1544 demonstraram eficazes.” Por fim, disse que a proposta foi aprovada por unanimidade na CONEP e visa
1545 aperfeiçoar o sistema de proteção do participante de pesquisa. **Manifestações.** Conselheiro **Nelson**
1546 **Mussolini** cumprimentou a CONEP pela iniciativa por entender que é preciso melhorar o marco
1547 regulatório das pesquisas, pois estas significam transferência de conhecimento. Na lógica da
1548 ampliação, sugeriu aprovar resolução que trate também de pacientes diagnosticados com doenças
1549 raras. Também fez questão de deixar claro que a indústria é contra o pagamento de pessoas para
1550 participar de pesquisas e lembrou que pesquisas, entre outros aspectos importantes, contribuem para
1551 eliminar doença. Conselheiro **Giovanny Kley Silva Trindade**, considerando a importância da ciência e
1552 tecnologia para o desenvolvimento do país, sugeriu a aprovação de moção de repúdio ao corte de 25%
1553 nos recursos destinados à área. Como contrapartida, conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**,
1554 entendendo a importância da ciência e tecnologia para o país, sugeriu a aprovação de recomendação
1555 do CNS para a recomposição do orçamento dessa área. Conselheira **Francisca Valda da Silva**
1556 explicou que a resolução foi construída passo a passo, ouvindo vários setores em fóruns ampliados,
1557 oficinas de trabalho, com protagonismo do CNS, por meio da CONEP. Conselheiro **Jorge Alves de**
1558 **Almeida Venâncio**, coordenador da CONEP, reiterou que a minuta de resolução sobre doenças
1559 ultrarraras foi construída de forma ampla e, como encaminhamento, sugeriu aprofundar o debate da
1560 proposta do conselheiro Mussolini, com convite a representantes das áreas envolvidas, de modo a
1561 formular os elementos necessários. Conselheiro **Nelson Mussolini** concordou com a colocação do
1562 coordenador da CONEP e salientou que é preciso convidar também a associação de pacientes de
1563 doenças raras para o debate. No seu entendimento, essa nova norma trará ganhos para o país e para o
1564 sujeito de pesquisa. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** concordou com o encaminhamento
1565 proposto e manifestou-se favorável à inclusão sugerida pelo conselheiro Mussolini. Conselheiro Jorge
1566 Alves de Almeida Venâncio salientou que era preciso ouvir o posicionamento de entidades de sujeitos
1567 de pesquisa de doenças raras para subsidiar a posição do CNS. Conselheiro **Neilton Araújo de**
1568 **Oliveira** explicou que não se trata de levar posição, mas sinalizar que é importante aprofundar o debate
1569 sobre doenças raras. Conselheiro **Nelson Mussolini**, buscando consenso, sugeriu adiar a votação da
1570 resolução e aprofundar o debate sobre doenças raras visando a elaboração de minuta que contemple
1571 doenças ultrarraras e doenças raras. A proposta seria apreciada e votada na reunião ordinária do mês
1572 de fevereiro de 2017. Diante desse encaminhamento, a mesa colocou em votação as duas propostas:
1573 **1) Votar a resolução sobre ultrarraras e promover debate posteriormente visando a construção**
1574 **de minuta sobre doença raras. 2) adiar a votação da resolução sobre ultrarraras e promover debate**
1575 **posteriormente visando a construção de minuta sobre doença raras.** A apreciação e votação ocorreriam
1576 na reunião ordinária do mês de fevereiro de 2017. **Aprovada, por maioria, a proposta número 1.**
1577 **Uma abstenção. Deliberação: como resultado final, o Plenário aprovou, por maioria, com uma**
1578 **abstenção, resolução que regulamenta o direito do participante de pesquisa ao acesso pós-**
1579 **estudo em protocolos de pesquisa clínica destinados aos pacientes diagnosticados com**
1580 **doenças ultrarraras. Além disso, o Plenário definiu que o GT da CONEP deverá aprofundar**
1581 **debate sobre doenças raras, visando à elaboração de resolução, envolvendo associações de**
1582 **portadores de doenças raras e demais segmentos envolvidos no tema. Foi indicado o prazo até**
1583 **março de 2018 para apreciação do produto do trabalho do GT no Pleno do CNS.** Seguindo, o
1584 coordenador da CONEP procedeu ao processo para escolha dos novos membros para a Comissão.
1585 Lembrou que o processo de eleição da CONEP é realizado nos termos da Resolução nº. 446 e, no
1586 período concluíam mandato catorze membros, devendo ser indicados onze titulares e três suplentes
1587 para o mandato 2018 – 2021 a partir da lista de nomes pelos Comitês de Ética em Pesquisa - CEPs.
1588 Explicou que a comissão eleitoral constituída, composta por 50% de representantes da CONEP e 50%
1589 por representação do MS, definiu proposta de nomes por consenso para ser submetida à deliberação
1590 do Pleno do CNS. Conselheiro **Nelson Mussolini** interveio para registrar que não discordava da lista
1591 definida pela comissão eleitoral da CONEP, mas entendia que os currículos dos candidatos deveriam
1592 ter sido enviados previamente aos conselheiros, para avaliação e definição dos novos integrantes da
1593 Comissão. Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio** esclareceu que o mandato dos quatorze
1594 integrantes encerrava-se em dezembro de 2017, sendo assim, apelou ao Pleno que avaliasse se o
1595 adiamento da eleição não impediria a convocação dos membros eleitos para reunião da Comissão de
1596 janeiro de 2018. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** solicitou ao coordenador da CONEP que
1597 verificasse os motivos do não envio prévio dos currículos aos conselheiros e desse retorno ao CNS. O
1598 Presidente do CNS chamou a atenção para a dificuldade de diálogo com a secretaria executiva da
1599 CONEP e recordou que a Comissão não está fora do âmbito do Conselho. **Diante dessas falas, a**
1600 **coordenadora da mesa submeteu à apreciação do Plenário a seguinte proposta de**
1601 **encaminhamento: adiar a eleição de novos integrantes da CONEP para o segundo dia da**
1602 **próxima reunião do CNS (o coordenador da CONEP não poderá participar do primeiro dia da**
1603 **reunião). Para tanto, serão enviados aos conselheiros, com antecedência, conforme dispõe o**
1604 **Regimento Interno do CNS, os currículos dos candidatos e o relatório da Comissão. Ficou**

1605 **acordado que será assegurada a emissão de passagens para reunião da CONEP em janeiro de**
1606 **2018. Deliberação: a proposta de encaminhamento foi aprovada por unanimidade.** Seguindo, o
1607 coordenador da CONEP submeteu à apreciação do Pleno a seguinte proposta de recomendação: “O
1608 Plenário do Conselho Nacional de Saúde - CNS, em sua Ducentésima Nonagésima Nona Reunião
1609 Ordinária realizada nos dias 09 e 10 de novembro de 2017, e no uso de suas competências regimentais
1610 e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de
1611 dezembro de 1990; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da
1612 Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; considerando
1613 que a CONEP é uma instância colegiada de abrangência nacional, responsável pela análise dos
1614 aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos, bem como pela adequação e atualização
1615 das normas atinentes tendo as suas atividades orientadas e em conformidade com princípios éticos
1616 normatizados pela Resolução CNS nº 466/2012 e normas conexas; Considerando que a CONEP atua
1617 na preservação dos aspectos éticos de defesa da integridade e dignidade dos participantes de pesquisa
1618 e que tem por missão estabelecer diretrizes e normas que disciplinem pesquisas com seres humanos,
1619 tendo como papel primordial, atuar na proteção dos participantes de pesquisa e coordenar a rede de
1620 Comitês de Ética em Pesquisa - CEP no país; considerando que os Comitês de Ética em Pesquisa -
1621 CEP são colegiados interdisciplinares e independentes existentes nas instituições que realizam
1622 pesquisas, que têm por finalidade defender os direitos e interesses dos participantes em sua
1623 integridade e dignidade, e para contribuir com o desenvolvimento das pesquisas dentro dos padrões
1624 éticos; Considerando que os CEP contribuem para a qualidade das pesquisas realizadas e para permitir
1625 discussão do papel destes estudos no desenvolvimento institucional e social da comunidade, e ainda
1626 para a valorização do pesquisador que recebe o reconhecimento de que sua proposta é eticamente
1627 adequada; considerando que o Sistema CEP/CONEP é composto pela Comissão Nacional de Ética em
1628 Pesquisa, uma comissão permanente do Conselho Nacional de Saúde/MS e pelos Comitês de Ética em
1629 Pesquisa – CEP - compondo um sistema que utiliza mecanismos, ferramentas e instrumentos próprios
1630 de inter-relação, num trabalho cooperativo que visa, especialmente, à proteção dos participantes de
1631 pesquisa do Brasil; considerando que o Sistema CEP/CONEP é um sistema descentralizado no qual os
1632 CEP possuem autonomia de análise ética e que conta atualmente com aproximadamente 800 CEP
1633 distribuídos em todo o território nacional. Sua relevância vem do fato de a quase totalidade das
1634 pesquisas, especialmente as da área biomédica, são realizadas em ambientes públicos e com pessoas
1635 em estado de vulnerabilidade física e social; considerando que de acordo com o estabelecido nas
1636 normas atualmente vigentes (Resolução CNS nº 240/1997 e na Norma Operacional CNS nº 001/2013,
1637 item 2.B) todo Comitê de Ética em Pesquisa terá, em sua composição, pelo menos, um representante
1638 de usuários, respeitando-se a proporcionalidade pelo número de membros, os quais acrescentam o
1639 ponto de vista dos participantes da pesquisa, defendendo os seus interesses; considerando que
1640 conforme estabelecido na Norma Operacional CNS nº 001/2013, item 2.2. B.2, a indicação da
1641 representação de usuários deve ser feita, preferencialmente, pelos Conselhos Municipais ou Estaduais
1642 de Saúde, cabendo ao CNS, por meio da CONEP, contribuir no processo de fortalecimento da
1643 participação dos representantes de usuários e, ainda, que a indicação do usuário também poderá ser
1644 feita por movimentos sociais, entidades representativas de usuários e encaminhadas para a análise e
1645 aprovação da CONEP; considerando que o controle ético das pesquisas em todas as áreas do
1646 conhecimento e que envolvem cidadãos brasileiros faz parte da rede de controle social do SUS e, para
1647 tal a indicação dos Representantes dos Usuários deve ser homologada pelos Conselhos Municipais de
1648 Saúde; e considerando a necessidade de reforçar o papel dos Comitês de Ética em Pesquisa e da
1649 Comissão Nacional de Ética em Pesquisa como entidades de controle social no âmbito do SUS.
1650 Recomenda: aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde que divulguem de forma clara e
1651 ostensiva o papel do Sistema CEP/CONEP no controle social do Sistema Único de Saúde, o que
1652 desencadeará um processo de conhecimento e aproximação entre estes atores envolvidos e o
1653 fortalecimento do controle ético das pesquisas no país.” Concluída a leitura, foi sugerido aprovar o
1654 mérito, mas rever a redação da minuta. **Deliberação: aprovado, por unanimidade, o mérito de**
1655 **recomendação aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde que divulguem de forma clara e**
1656 **ostensiva o papel do Sistema CEP/CONEP no controle social do Sistema Único de Saúde (o**
1657 **texto reformulado foi apreciado no segundo dia de reunião).** Por fim, a coordenadora da mesa
1658 submeteu à apreciação do Pleno a proposta de elaborar recomendação sobre a garantia de maior
1659 aporte de recursos financeiros para as pesquisas na área de Ciência e Tecnologia, endereçada ao
1660 Ministério da Saúde, Ministério da Ciência e Tecnologia e governo Federal. **Deliberação: aprovado o**
1661 **mérito de recomendação sobre a garantia de maior aporte de recursos financeiros para as**
1662 **pesquisas na área de Ciência e Tecnologia, endereçada ao Ministério da Saúde, Ministério da**
1663 **Ciência e Tecnologia e governo Federal (propositores: conselheiros Neilton Araújo e Giovanny**
1664 **Kley Silva Trindade).** Definido esse ponto, a mesa suspendeu para o almoço. Retomando, a mesa foi
1665 composta para o item 11 da pauta. **ITEM 11 – COMISSÕES INTERSETORIAIS DO CNS -**
1666 **Representações externas. Grupos de Trabalho - Coordenação: conselheiro Geordeci Menezes de**

1667 **Souza**, da Mesa Diretora do CNS. **1) Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar – CISS** -
1668 apresentação de material gráfico contra a proposta de nova lei de planos de saúde para divulgação.
1669 Conselheira **Carolina Abad** explicou que a votação do PL 7.819, dos planos privados de saúde, foi
1670 adiada para o dia 29 de novembro de 2017 e a equipe de comunicação elaborou *cards* e documentos
1671 contra o Projeto. Além disso, lembrou que a votação se dará no primeiro dia da 2ª Conferência de
1672 Saúde das Mulheres, assim, sugeriu definir no local um comitê para acompanhar a votação. **2)**
1673 **Desdobramento ITEM 5 – Comissão Intersetorial de Financiamento e Orçamento – COFIN –**
1674 **apreciação de minuta de recomendação.** No texto, o CNS recomenda ao Exmo. Sr. Presidente da
1675 República a adoção de medidas corretivas urgentes, antes do final do exercício de 2017, para que não
1676 ocorra a redução de recursos em 2018 para as despesas com ações e serviços públicos de saúde
1677 (conforme princípio constitucional da vedação de retrocesso) como decorrência da redução da base de
1678 cálculo (valores pagos em 2017) e com o objetivo de aprimorar o desenvolvimento das ações e serviços
1679 públicos de saúde no âmbito federal. **Deliberação: a recomendação foi aprovada com duas**
1680 **abstenções.** **3) Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – CISTT –**
1681 Neste ponto, o coordenador da CISTT/CNS, conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, tratou dos
1682 seguintes pontos: **a)** Informe sobre o 8º Encontro das CISTTs estaduais e municipais e o 8º Encontro
1683 da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), realizado entre os dias 18 a
1684 20 de outubro de 2017, em Brasília-DF. **b)** Apreciação de duas minutas de reconhecimento e duas
1685 minutas de recomendação. **i)** Minuta de recomendação sobre ações de vigilância em saúde, a
1686 Convenção de Segurança em Mineração e o rompimento da barragem de rejeitos Casa da Pedra da
1687 Companhia Siderúrgica Nacional. **ii)** Minuta de recomendação à CGST/DSAST/SVS sobre a
1688 implantação de um canal de comunicação entre a CGST, o controle social e a RENAST em todo o
1689 Brasil. **iii)** Moção de reconhecimento à AGU, ao COFEN e à Presidência do TRF da 1ª Região, pela
1690 histórica decisão que garantiu à população Brasileira o reestabelecimento do acesso digno e de
1691 qualidade dos serviços de saúde, e o desenvolvimento das políticas públicas do SUS, como direito de
1692 todos e dever do Estado. **iv)** Minuta de moção de reconhecimento à Ministra do STF, Rosa Weber, por
1693 reconhecer que a Portaria MTB nº 1.129/2017 atinge princípios da Constituição Federal. Primeiro, fez o
1694 informe sobre o 8º Encontro das CISTTs estaduais e municipais e o 8º Encontro da Rede Nacional de
1695 Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), com destaque para as propostas aprovadas na
1696 atividade. Também apresentou ao Plenário a proposta de prorrogação do prazo para indicação de
1697 nomes para compor a Câmara Técnica da CISTT, até 30 de novembro, porque houve problema no
1698 servidor do Conselho e os e-mails não chegaram. No dia 20 de novembro de 2017 seria publicada lista
1699 preliminar, para conhecimento. A Comissão, que se reuniria em dezembro de 2017, analisaria a
1700 seleção feita. **Deliberação: aprovada, com uma abstenção, a prorrogação do prazo para indicação**
1701 **de nomes para compor a Câmara Técnica da CISTT - até 30 de novembro. No dia 20 de**
1702 **novembro de 2017 será publicada lista preliminar, para conhecimento.** Seguindo, procedeu à
1703 leitura das minutas. **a) Recomendação nº 000 de 10 de novembro de 2017.** O Plenário do Conselho
1704 Nacional de Saúde (CNS), em sua Ducentésima Nonagésima Nona Reunião Ordinária, realizada nos
1705 dias 9 e 10 de novembro de 2017, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas
1706 pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pelo
1707 Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República
1708 Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e considerando que a Constituição
1709 Federal de 1988 prevê, em seu Art. 196, que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido
1710 mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e
1711 ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”;
1712 considerando que o Conselho Nacional de Saúde tem por finalidade atuar na formulação e no controle
1713 da execução da Política Nacional de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, nas
1714 estratégias e na promoção do processo de controle social em toda a sua amplitude, no âmbito dos
1715 setores público e privado (Art. 2º da Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de 2008); considerando
1716 primeiramente, a forma de condução da revisão do CNES e publicação da Portaria MS nº 2.022, de 7
1717 de agosto de 2017, que retira dos CERESTs a permissão para a execução de ações de saúde do
1718 trabalhador, e se deu sem a participação do controle social e das áreas técnicas nos estados e
1719 municípios; considerando que os CERESTs estão com dificuldades de ação pois os contratos com a
1720 locação e disponibilidade de veículos para o trabalho externo de vigilância foram cancelados e não
1721 existe contrapartida de aquisição de veículos (viaturas) para as devidas ações, mesmo havendo
1722 obrigatoriedade desta ferramenta de trabalho que é o veículo para transportes da equipe e dos
1723 equipamentos; considerando o quadro de profissionais incompletos comprometendo as necessárias
1724 ações dos recursos humanos por falta destes trabalhadores e ainda a ausência de uma política
1725 sistemática de reposição de profissionais por concurso público nos CERESTs; considerando também a
1726 falta de estrutura física adequada e a precária manutenção nos prédios com riscos de acidentes, além
1727 das dificuldades de aquisição das ferramentas: para aferimento e utilização correta de equipamentos
1728 e/ou insumos necessários ao atendimento do trabalhador e da trabalhadora; considerando por sua vez,

1729 a falta de autonomia dos profissionais para resolução de problemas básicos e simples, como compra de
1730 material de escritório, entre outros, e a falta de autonomia nas ações de vigilância e assistência que em
1731 muitos casos geram assédio à equipe e ameaças de represálias profissionais por parte da
1732 administração; e considerando que este documento deriva da Comissão Intersetorial de Saúde do
1733 Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT Nacional), que aprovou o seu inteiro teor para indicação e
1734 encaminhamentos necessários, por meio do plenário da I Jornada de Saúde do Trabalhador e da
1735 Trabalhadora, evento que combinou o 8º Encontro Nacional das Comissões Intersetoriais de Saúde do
1736 Trabalhador e da Trabalhadora e o 8º Encontro da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do
1737 Trabalhador (RENAST). Recomenda: à Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador e da
1738 Trabalhadora do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da
1739 Secretaria de Vigilância em Saúde - CGST/DSAST/SVS: 1) a efetiva implementação de um canal de
1740 comunicação eficiente e transparente entre a Coordenação Geral, o controle social e a RENAST em
1741 todo Brasil; e 2) a imediata revogação da Portaria MS nº 2.022/2017. **Deliberação: aprovada, por**
1742 **unanimidade, a recomendação à Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**
1743 **do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Secretaria de**
1744 **Vigilância em Saúde - CGST/DSAST/SVS. b) Recomendação nº 000 de 10 de novembro de 2017.**
1745 O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Ducentésima Nonagésima Nona Reunião
1746 Ordinária, realizada nos dias 9 e 10 de novembro de 2017, no uso de suas competências regimentais e
1747 atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de
1748 dezembro de 1990; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da
1749 Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e
1750 considerando que a Constituição Federal de 1988 prevê, em seu Art. 196, que “a saúde é direito de
1751 todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do
1752 risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua
1753 promoção, proteção e recuperação”; considerando que o Conselho Nacional de Saúde tem por
1754 finalidade atuar na formulação e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, inclusive nos
1755 aspectos econômicos e financeiros, nas estratégias e na promoção do processo de controle social em
1756 toda a sua amplitude, no âmbito dos setores público e privado (Art. 2º da Resolução CNS n.º 407, de 12
1757 de setembro de 2008); considerando a triste lembrança do acidente de trabalho ampliado da Samarco,
1758 VALE e BHP, transcorrido há 1 (um) ano e 11 (onze) meses em Mariana/MG e adjacências, o qual
1759 gerou o maior acidente de trabalho e desastre ambiental do Brasil; considerando que nos arredores da
1760 referida cidade existe a barragem de Rejeitos Casa da Pedra da Companhia Siderúrgica Nacional
1761 (CSN), localizada na cidade de Congonhas/MG e que apresenta situação de grave e eminente risco de
1762 rompimento; considerando que isto pode vir a causar um acidente ampliado, sem precedentes, com
1763 lesões graves à integridade física dos trabalhadores e trabalhadoras que exercem as suas atividades
1764 de operação e de execução de obras na barragem, além de vir a acometer 5 (cinco) mil moradores que
1765 residem abaixo da barragem e o patrimônio histórico e cultural da humanidade que a cidade abriga;
1766 considerando ainda que os auditores fiscais do trabalho do Ministério Regional do Trabalho e
1767 Emprego/MG já se manifestaram sobre o perigo que as barragens da CSN representam para os
1768 trabalhadores, com consecutiva interdição das atividades de operação da barragem Casa da Pedra e
1769 da execução de obras de drenagem e de bermas de reforço executadas junto às ombreiras do dique da
1770 sela; considerando que a barragem representa um elevado risco para os trabalhadores e para a
1771 população dos municípios à jusante e a CSN não obedeceu a interdição e continua a lançar rejeitos na
1772 barragem, que por sua vez atingiu o limite de armazenamento seguro; considerando a seriedade e a
1773 gravidade do problema, e à fim de que sejam tomadas as medidas necessárias para que seja cumprida
1774 a interdição das atividades e iniciadas as obras na barragem Casa da Pedra, bem como para garantir a
1775 preservação da vida e a saúde das populações sem risco decorrente da construção e operação da
1776 única barragem de rejeitos em área urbana no mundo; e considerando que este documento deriva da
1777 Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT Nacional), que aprovou o
1778 seu inteiro teor para indicação e encaminhamentos necessários, por meio do plenário da I Jornada de
1779 Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, evento que combinou o 8º Encontro Nacional das Comissões
1780 Intersetoriais de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e o 8º Encontro da Rede Nacional de
1781 Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). Recomenda: ao Ministério da Saúde e à
1782 Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, em suas respectivas esferas de competência: que
1783 realizem ações de vigilância em saúde objetivando proteger a vida e a saúde da população dos
1784 municípios à jusante da barragem e em especial dos trabalhadores da mineração da CSN. À
1785 Organização Internacional do Trabalho (OIT): que tome conhecimento, crie espaços de discussão e
1786 paute a revisão da Convenção de Segurança em Mineração, incluindo-se as questões e protocolos de
1787 segurança em barragens de rejeitos de mineração. À Organização das Nações Unidas (ONU): que
1788 tome conhecimento dos fatos aqui narrados, pois além das vidas, o rompimento da barragem
1789 compromete o patrimônio histórico mundial, incluindo as obras de Aleijadinho e o ecossistema natural
1790 do Rio São Francisco. Concluída a leitura, foram apresentadas as seguintes sugestões: no texto,

1791 substituir o termo “à jusante” para outro de mais fácil de compreender; recomendação seja mais
1792 enfática por conta da urgência – solicitar à defesa civil que realize vistoria; sugestão de enviar a
1793 recomendação ao CES/MG, bem como aos demais conselhos estaduais, para conhecimento e
1794 acompanhamento e publicar o documento na página do Conselho, para divulgação; proposta de não
1795 direcionar a recomendação diretamente ao MS; recomendar à SVS e não ao MS; substituir “pois além
1796 das vidas” por frase que reafirme o risco iminente à vida e ao patrimônio histórico; que o CNS faça
1797 visita *in loco* dada a gravidade da situação; é preciso promover articulação interconselhos, com
1798 destaque para o CNS e o Conselho Nacional de Meio ambiente, para tratar do tema. **Deliberação:**
1799 **aprovada, com uma abstenção e adendos do CNS, a recomendação. Além disso, foi sugerido**
1800 **promover articulação com outros conselhos - Conselho Nacional de Meio Ambiente, por**
1801 **exemplo – para tratar do tema. c) Moção de reconhecimento nº 000 de 10 de novembro de 2017.**
1802 O texto é o seguinte: “O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Ducentésima
1803 Nonagésima Nona Reunião Ordinária, realizada nos dias 9 e 10 de novembro de 2017, no uso de suas
1804 competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela
1805 Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as
1806 disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira
1807 correlata; e considerando que a Constituição Federal de 1988 prevê, em seu Art. 196, que “a saúde é
1808 direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à
1809 redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços
1810 para sua promoção, proteção e recuperação”; considerando que a Portaria nº 1129/2017 do Ministério
1811 do Trabalho (MTB), tal qual foi aprovada, remete os trabalhadores às condições existentes no fim do
1812 século XIX e início do século XX, pois acaba com o conceito de trabalho escravo contemporâneo,
1813 reconhecido pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) como um avanço por reconhecer a
1814 escravidão moderna, e dificulta o trabalho dos auditores fiscais; considerando que a Subsecretaria de
1815 Inspeção do Trabalho (SIT/MTB), que coordenava a atividade dos auditores fiscais, circulou um
1816 memorando interno afirmando que não foi consultada na elaboração da portaria; considerando a falta
1817 de diálogo com a sociedade civil e suas entidades representativas para a discussão do tema e emissão
1818 da citada portaria de maneira unilateral como “agrado” do Executivo à bancada ruralista no Congresso
1819 Nacional, com intuito de tentar salvar o mandato de Michel Temer; considerando a forma arbitrária que
1820 o Chefe da Divisão de Fiscalização para Erradicação do Trabalho Escravo (Detrae) do Ministério do
1821 Trabalho (MTB), André Esposito Roston, foi exonerado pelo Ministro da Pasta, por não ter concordado
1822 com o conteúdo da portaria; considerando que o MTB, ao emitir a referida portaria, usurpou a
1823 competência de outros entes representativos, conforme manifestação do Ministério Público Federal
1824 (MPF), da Procuradoria Geral da República (PGR) e da Associação Nacional de Magistrados do
1825 Trabalho (ANAMATRA); considerando que a inclusão de empresas e pessoas na chamada “Lista Suja”
1826 era anteriormente de responsabilidade da área técnica, e com a aprovação desta já citada portaria
1827 passou a ser responsabilidade do próprio Ministro, que poderá retirar da mesma quem lhe interessar,
1828 fortalecendo apenas critérios políticos, subjetivos e negociatas; considerando que a Portaria MTB nº
1829 1.129/2017 atinge princípios da Constituição quando restringe indevidamente o conceito de redução à
1830 condição análoga a escravo, tendo em vista que a escravidão moderna é mais sutil e compreende
1831 outras formas de cerceamento da liberdade, sendo necessário, portanto, sua imediata revogação;
1832 considerando que a Ministra Rosa Weber, do Supremo Tribunal Federal (STF), concedeu liminar
1833 determinando a suspensão dos efeitos da Portaria em questão acatando a Arguição de
1834 Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 489, do Partido Rede Sustentabilidade, inclusive
1835 considerando que “as mudanças advindas da Portaria *in comento* são restritivas, não seguem a
1836 legislação brasileira, convenções internacionais e decisões da própria Justiça, devendo ser seus
1837 efeitos suspensos até o julgamento do mérito”; e considerando que este documento deriva da
1838 Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT Nacional), que aprovou o
1839 seu inteiro teor para indicação e encaminhamentos necessários, por meio do plenário da I Jornada de
1840 Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, evento que combinou o 8º Encontro Nacional das Comissões
1841 Intersetoriais de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e o 8º Encontro da Rede Nacional de
1842 Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). Vem a público: manifestar reconhecimento e
1843 agradecimento à Ministra do STF, Rosa Weber, pela histórica decisão que garantiu à população
1844 brasileira o reestabelecimento do trabalho digno e do adequado seguro desemprego ao trabalhador que
1845 vier a ser resgatado em fiscalização, ao reconhecer que a Portaria MTB nº 1.129/2017 atinge princípios
1846 da Constituição. Concluída a leitura, foram apresentadas as seguintes sugestões: retirar
1847 “agradecimento”; rever o trecho “garantiu reestabelecimento do trabalho digno” porque não garantiu o
1848 reestabelecimento, mas sim reestabeleceu o respeito ao trabalho digno/regulamentação do trabalho
1849 digno. **Deliberação: aprovada, por unanimidade e com os adendos feitos, moção de**
1850 **reconhecimento à Ministra do STF, Rosa Weber. d) Moção de reconhecimento - à AGU, ao**
1851 **COFEN e à Presidência do TRF da 1ª Região, pela histórica decisão que visa salvaguardar à**
1852 **população brasileira o direito ao reestabelecimento do acesso digno e de qualidade dos serviços de**

1853 saúde e o desenvolvimento das políticas públicas do SUS, como direito de todos e dever do Estado.
1854 **Deliberação: aprovada, com uma abstenção, a moção de reconhecimento. 4) Desdobramento do**
1855 **Item 6 - Política Nacional de Atenção Básica – PNAB. Apreciação do texto de minuta de**
1856 **recomendação.** No documento, o CNS recomenda às entidades com prerrogativa de interpor Ação
1857 Direta de Inconstitucionalidade - ADI deste órgão Colegiado, ao Ministério Público Federal e à
1858 Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde - AMPASA: a propositura de Ação
1859 Direta de Inconstitucionalidade - ADI contra a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que
1860 aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para organização
1861 da Atenção Básica no âmbito do SUS, tendo em vista que essa normativa está em desacordo com os
1862 termos constitucionalmente previstos, entre os quais o da participação social, que legalmente está
1863 estruturado nos conselhos de saúde, conforme preconiza as leis nº 8.080/1990, nº 8.142/1990, a LC nº
1864 141/2012 e o Decreto nº 5839/2006, no processo de debate democrático da revisão da PNAB.
1865 **Deliberação: o Plenário aprovou, com dois votos contrários e uma abstenção, o texto da**
1866 **recomendação às entidades com prerrogativa de interpor ADI deste órgão Colegiado, ao**
1867 **Ministério Público Federal e à AMPASA.** Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** declarou seu voto
1868 contrário por entender que é inconsistente a tese de revogação por conta da inconstitucionalidade. **5)**
1869 **Comissão Intersetorial de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica – CICTAF – apreciação**
1870 **dos instrumentos elaborados pela Comissão na reunião realizada nos dias 26 e 27 de outubro de 2017.**
1871 **Apresentação:** conselheira **Lenise Aparecida Martins Garcia. a)** Minuta de recomendação. O texto é o
1872 seguinte: Resolução nº 000, de 10 de novembro de 2017. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde -
1873 CNS, em sua Ducentésima Nonagésima Nona Reunião Ordinária, realizada nos dias 9 e 10 de
1874 novembro de 2017, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº
1875 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pelo Decreto nº
1876 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do
1877 Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e considerando o capítulo da Constituição Federal
1878 que define a natureza pública e universal do SUS; considerando que a execução de ações de
1879 assistência farmacêutica está incluída no campo de atuação do SUS; considerando a Lei nº 8.072, de
1880 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do Art. 5º, inciso XLIII, da
1881 Constituição Federal, e determina outras providências; considerando a Lei nº 8.078, de 11 de setembro
1882 de 1990 (Código de Defesa do Consumidor), que dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras
1883 providências; considerando a Lei nº 13.021, de 08 de agosto de 2014, que dispõe sobre o exercício e a
1884 fiscalização das atividades farmacêuticas; considerando a Portaria nº 344, de 12 de maio de 1988, que
1885 aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial;
1886 considerando a Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, que aprova a Política Nacional de
1887 Medicamentos e determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se
1888 relacionem com o tema objeto da Política agora aprovada, promovam a elaboração ou a readequação
1889 de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes, prioridades e
1890 responsabilidades nela estabelecidas; considerando a Portaria GM/MS nº 4283/2010, de 30 de
1891 dezembro de 2010, que aprova as diretrizes e estratégias para organização, fortalecimento e
1892 aprimoramento das ações e serviços de farmácia no âmbito dos hospitais e que revogou a Portaria
1893 GM/MS nº 316, de 26 de agosto de 1977, que previa não ser sujeito à assistência e responsabilidade
1894 técnica profissional, as unidades com menos de 200 leitos; considerando a Portaria nº 529, de 1º de
1895 abril de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP); considerando a
1896 Resolução - RDC nº 20, de 5 de maio de 2011, que dispõe sobre o controle de medicamentos à base
1897 de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação;
1898 considerando a Resolução CNS n.º 338, de 06 de maio de 2004, que aprovou a Política Nacional de
1899 Assistência Farmacêutica e que define que a assistência farmacêutica trata de um conjunto de ações
1900 voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o
1901 medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional; e que este conjunto
1902 envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua
1903 seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e
1904 serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados
1905 concretos e da melhoria da qualidade de vida da população; e considerando ainda que Farmácia
1906 Hospitalar é a unidade clínico-assistencial, técnica e administrativa, onde se processam as atividades
1907 relacionadas à assistência farmacêutica, dirigida exclusivamente por farmacêutico, compondo a
1908 estrutura organizacional do hospital e integrada funcionalmente com as demais unidades
1909 administrativas e de assistência ao paciente. Resolve: a) reafirmar a necessidade da assistência
1910 farmacêutica, inclusive nos hospitais de pequeno porte, em virtude da complexidade do serviço,
1911 independente do número de leitos disponíveis; b) encaminhar ao sistema nacional de vigilância
1912 sanitária que execute ações articuladas nacionalmente para enfrentar os riscos advindos do não
1913 cumprimento das normas sanitárias, que visam à proteção dos usuários de medicamentos no ambiente
1914 hospitalar; e c) encaminhar ao Ministério Público Federal solicitação de medidas judiciais cabíveis

1915 para o efetivo cumprimento do conjunto das normas existentes para atividades que envolvam
1916 medicamentos nos ambientes hospitalares. Após a leitura, foram apresentadas as seguintes sugestões:
1917 incluir nos considerandos da minuta: “tribunais tem se manifestado favorável que hospitais pequenos
1918 não precisem de farmacêuticos”; no item 1 da minuta, reafirmar a necessidade da integralidade da
1919 assistência farmacêutica, inclusive a presença do farmacêutico. **Deliberação: aprovada, com duas**
1920 **abstenções e adendos, a minuta de resolução sobre assistência farmacêutica em ambiente**
1921 **hospitalar. b) Minuta de Resolução.** O texto é o seguinte: “O Plenário do Conselho Nacional de Saúde
1922 (CNS), em sua Ducentésima Nonagésima Nona Reunião Ordinária, realizada nos dias 9 e 10 de
1923 novembro de 2017, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº
1924 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pelo Decreto nº
1925 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do
1926 Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e considerando a Lei nº 10.742, de 6 de outubro de
1927 2003, que define normas de regulação para o setor farmacêutico, cria a Câmara de Regulação do
1928 Mercado de Medicamentos (CMED) e altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, e dá outras
1929 providências; considerando a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o
1930 §3º do Art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados
1931 anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde;
1932 estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de
1933 fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga
1934 dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá
1935 outras providências; considerando as deliberações da 15ª Conferência Nacional de Saúde, que
1936 reafirmam a importância da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), sendo fundamental para a
1937 estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) no país; considerando a Resolução CNS nº 338, de 06
1938 de maio de 2004, que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica; considerando a Portaria
1939 nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, que aprova a Política Nacional de Medicamentos, determina que
1940 os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto dessa
1941 Política, devem promover a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e
1942 atividades na conformidade das diretrizes, prioridades e responsabilidades nela estabelecidas;
1943 considerando a Resolução CIT nº 18, de junho de 2017, que torna obrigatório o envio das informações
1944 necessárias à alimentação do Banco de Preços em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal, e
1945 Municípios; considerando a Portaria nº 938/GM/MS, de 7 de abril de 2017, que restabelece os prazos
1946 para início da transmissão do conjunto de dados e eventos para a Base Nacional de Dados de Ações e
1947 Serviços da Assistência Farmacêutica (BNDASAF), conforme previsto na Portaria nº 957/GM/MS, de 10
1948 de maio de 2016, bem como institui a forma de responsabilização do ente federativo pelo não envio dos
1949 dados, reforça a necessidade da implantação do Sistema Hórus ou adequação dos sistemas próprios
1950 municipais e de consórcios para a melhoria da gestão na Assistência Farmacêutica; considerando a
1951 Resolução CNS nº 554, de 15 de setembro de 2017, que aprova as diretrizes para estruturação e
1952 funcionamento dos Conselhos de Saúde a serem aplicadas em conjunto com o previsto na Resolução
1953 CNS nº 453, de 10 de maio de 2012; considerando a Resolução CNS nº 447/2011, de 15 de setembro
1954 de 2011, que estabelece os procedimentos internos a serem adotados pelo CNS para exame e
1955 apuração de denúncias e indícios de irregularidades no exercício de suas finalidades institucionais;
1956 considerando a competência conferida ao CNS para atuar no fortalecimento da participação e do
1957 controle social no SUS, como previsto na Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de 2008 (Art. 10,
1958 IX); considerando que a otimização permanente do uso dos recursos públicos destinados à aquisição
1959 de medicamentos tem sido um grande desafio enfrentado pela administração pública especialmente
1960 nas instâncias de gestão do SUS; considerando o importante papel na regulação do mercado
1961 farmacêutico realizado por meio da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos da ANVISA; e
1962 considerando o caráter permanente e deliberativo dos conselhos de saúde entendendo o papel de
1963 fiscalização, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas de saúde dos Conselhos de
1964 Saúde. **Resolve:** 1) Fortalecer as ações de mobilização nacional de Conselhos e Conselheiros de
1965 Saúde para o acompanhamento do envio das informações necessárias à alimentação do Banco de
1966 Preços em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal, e Municípios; 2) Promover estratégias de
1967 educação permanente, em parceria com a CMED e Banco de Preços em Saúde, para disseminação de
1968 informações relacionadas ao aprimoramento das compras públicas e regulação do mercado de
1969 medicamentos; 3) Orientar que os Conselhos e Conselheiros de Saúde, de acordo com as diretrizes
1970 aprovadas na Resolução CNS nº 554/2017, acompanhem a utilização, pelos entes federados, do Banco
1971 de Preços em Saúde e respectivo envio das informações das compras homologadas de medicamentos,
1972 obrigatórias para este exercício, a partir de 1º de dezembro de 2017, nas formas estabelecidas na
1973 Resolução CIT nº 18/2017; 4) Monitorar de forma regular, por meio da CICTAF, a utilização do Banco
1974 de Preços em Saúde e divulgar a situação de alimentação do sistema por ente federado para
1975 acompanhamento pelos Conselhos e Conselheiros; 5) Estabelecer parceria entre a CMED e CNS, no
1976 intuito de fortalecer o processo de regulação de preços de medicamentos praticados no setor público e

1977 a participação do Controle Social, buscando aprimorar permanentemente a transparência dos gastos
1978 públicos em saúde; e 6) Fortalecer a atuação de fiscalização do Controle Social orientando, a partir das
1979 normativas relacionadas à regulação do mercado de medicamentos publicadas pela CMED/ANVISA, a
1980 formalização de denúncias de preços praticados irregularmente em compras públicas junto aos órgãos
1981 competentes. Sugestão: no item 1 do “resolve”, substituir “nacional” por “três instâncias”. **Deliberação:**
1982 **aprovada, com adendo e duas abstenções, a resolução apresentada. c) Minuta de**
1983 **recomendação.** O texto é o seguinte: “Recomendação nº 057, de 10 de novembro de 2017. O Plenário
1984 do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Nonagésima Nona Reunião Ordinária, realizada
1985 nos dias 9 e 10 de novembro de 2017, em Brasília, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei nº
1986 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei
1987 Complementar nº 141/2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, cumprindo as disposições
1988 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e
1989 considerando o previsto no Art. 200 da Constituição Federal de 1988, incisos I e VII, que define, além
1990 de outras atribuições, a competência do Sistema Único de Saúde (SUS) em “controlar e fiscalizar
1991 procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de
1992 medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos” e “participar do
1993 controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos
1994 psicoativos, tóxicos e radioativos”; considerando a Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que, entre
1995 outras coisas, define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância
1996 Sanitária (ANVISA) e determina que compete a essa Agência “proibir a fabricação, a importação, o
1997 armazenamento, a distribuição e a comercialização de produtos e insumos, em caso de violação da
1998 legislação pertinente ou de risco iminente à saúde” (Art. 7º, XV); considerando o Projeto de Lei do
1999 Senado - PLS 280/2017, de autoria do Senador Antonio Anastasia, que estabelece diretrizes e
2000 requisitos para a delegação, no âmbito da Administração Pública Federal, do serviço público de
2001 fiscalização administrativa a particulares; e considerando que vigilância sanitária é um conjunto de
2002 ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários
2003 decorrentes da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesses da saúde, nas
2004 quais se inclui o controle de bens de consumo, direta ou indiretamente relacionados com a saúde, bem
2005 como todas as etapas e processos, que vão da produção ao consumo, e o controle da prestação de
2006 serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde. Recomenda: ao Congresso Nacional
2007 que promova audiências públicas de forma a ampliar o debate sobre o PLS 280/2017. **Deliberação:**
2008 **aprovada, com duas abstenções, a recomendação. d) Minuta de Recomendação.** O texto é o
2009 seguinte: Recomendação nº 000, de 10 de novembro de 2017. O Plenário do Conselho Nacional de
2010 Saúde (CNS), em sua Ducentésima Nonagésima Nona Reunião Ordinária, realizada nos dias 9 e 10 de
2011 novembro de 2017, e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº
2012 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pelo Decreto nº
2013 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do
2014 Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando as deliberações da 15ª Conferência
2015 Nacional de Saúde, publicadas por meio da Resolução CNS nº 507, de 16 de março de 2016, que
2016 reafirmam a importância da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), sendo fundamental para a
2017 estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) no país; considerando a Resolução CNS nº 338, de 06
2018 de maio de 2004, que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica; considerando a Portaria
2019 nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, que aprova a Política Nacional de Medicamentos e determina que
2020 os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política
2021 então aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e
2022 atividades em conformidade com as diretrizes, prioridades e responsabilidades nela estabelecidas;
2023 considerando o Plano Plurianual (PPA) 2016-2019 e o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2016-2019,
2024 instrumento de governo que estabelece metas e considera as fontes de financiamento da política, bem
2025 como com as diretrizes recomendadas e aprovadas pelo CNS; considerando a manifestação do
2026 Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), quanto a importância de se
2027 debater o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS), na 9ª
2028 reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), ocorrida no dia 21 de setembro de 2017;
2029 considerando a Portaria nº 938/GM/MS, de 7 de abril de 2017, que restabelece os prazos para início da
2030 transmissão do conjunto de dados e eventos para a Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da
2031 Assistência Farmacêutica (BNDASAF), conforme previsto na Portaria nº 957/GM/MS, de 10 de maio de
2032 2016, bem como institui a forma de responsabilização do ente federativo pelo não envio dos dados,
2033 reforça a necessidade da implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica
2034 (Sistema Hórus) ou adequação dos sistemas próprios municipais e de consórcios para a melhoria da
2035 gestão na Assistência Farmacêutica; considerando a Recomendação CNS nº 37, de 10 de agosto de
2036 2017, que recomenda ao Presidente da República a adoção de um conjunto de medidas corretivas
2037 pelos Ministérios responsáveis, com o objetivo de aprimorar o desenvolvimento das ações e serviços
2038 públicos de saúde no âmbito federal; considerando a Nota Técnica QUALIFARSUS, emitida pelo

2039 CONASEMS em 30 de outubro de 2017, que reafirma o pleito de manter os recursos de custeio para
2040 qualificação e estruturação dos municípios, e reitera a importância da universalização do programa
2041 QUALIFAR-SUS e assim avançar na implementação da Base Nacional de Dados de Ações e Serviços
2042 da Assistência Farmacêutica (BNDASAF) e da qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS, por
2043 meio da efetiva implementação dos serviços farmacêuticos; considerando o risco, em caso de
2044 suspensão de recursos de custeio, para a garantia da manutenção dos serviços farmacêuticos no
2045 âmbito dos municípios habilitados no programa QUALIFAR-SUS; e considerando a redução significativa
2046 em 2015, 2016 e 2017 pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do
2047 apoio técnico institucional descentralizado como estratégia de apoio ao aprimoramento do QUALIFAR-
2048 SUS e utilização do Sistema Hórus. Recomenda: ao Departamento de Assistência Farmacêutica e
2049 Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde que: **1)** Mantenha as regras atuais do Eixo Estrutura do
2050 QUALIFAR-SUS, respeitando as pactuações realizadas na Comissão Intergestores Tripartite até o
2051 momento, tendo em vista o Plano Plurianual e Plano Nacional de Saúde; **2)** A proposta para execução
2052 dos demais eixos seja apresentada ao Conselho Nacional de Saúde; **3)** Faça a pactuação na Comissão
2053 Intergestores Tripartite da proposta de execução dos demais Eixos do Programa QUALIFAR-SUS
2054 (Eixos: Cuidado, Informação e Educação); **4)** Observe a liquidação das despesas programadas para o
2055 ano de 2017, tendo em vista os impactos da Emenda Constitucional 95/2016. Após a leitura, foi
2056 apresentada a seguinte sugestão: unir os itens **2 e 3. Deliberação: aprovada, com adendo e duas**
2057 **abstenções, a minuta.** Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** declarou que se absteve desta e de
2058 outras votações por entender que as minutas de recomendação e resoluções apresentadas não
2059 possuíam efeitos práticos. **e) Minuta de recomendação.** O texto é o seguinte: “Recomendação nº 000
2060 de 10 de novembro de 2017. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Ducentésima
2061 Nonagésima Nona Reunião Ordinária, realizada nos dias 9 e 10 de novembro de 2017, e no uso de
2062 suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;
2063 pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006;
2064 cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação
2065 brasileira correlata; e considerando que a República Federativa do Brasil constitui-se em Estado
2066 Democrático de Direito e tem como fundamentos a soberania, a cidadania, a dignidade da pessoa
2067 humana, os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa e o pluralismo político, conforme incisos I, II,
2068 III, IV e V do Art. 1º da Constituição Federal de 1988; considerando que executar ações de assistência
2069 farmacêutica é uma das atribuições incluídas no campo de atuação do SUS; considerando a
2070 Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004, que aprovou a Política Nacional de Assistência
2071 Farmacêutica, que apresenta como um dos seus princípios que “as ações de Assistência Farmacêutica
2072 envolvem aquelas referentes à Atenção Farmacêutica, considerada como um modelo de prática
2073 farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica e compreendendo atitudes,
2074 valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de
2075 doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação
2076 direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados
2077 definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve
2078 envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsicossociais, sob a
2079 ótica da integralidade das ações de saúde”; considerando o longo debate ocorrido na tramitação do
2080 Projeto que culminou com a aprovação da Lei nº 13.021/2014, que dispõe sobre o exercício e a
2081 fiscalização das atividades farmacêuticas e que define farmácia como estabelecimento de saúde;
2082 considerando o Projeto de Lei do Senado - PLS 372/2017, de autoria da Senadora Kátia Abreu, que
2083 altera a Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014, para dispor sobre a presença de farmacêutico nas
2084 farmácias constituídas como Microempreendedor Individual (MEI) e Microempresas, eximindo essas
2085 empresas da manutenção de farmacêutico durante todo o expediente de funcionamento; e
2086 considerando que é direito da população o acesso às informações técnicas que promovam o uso
2087 racional de medicamento no ato da dispensação e que, para o reconhecimento desse direito,
2088 independe o porte da empresa que atue no comércio de medicamentos. **Recomenda:** Ao Congresso
2089 Nacional que rejeite o PLS 372/2017.” Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** defendeu a aprovação
2090 de moção de apoio às medidas dos farmacêuticos no âmbito do projeto, na lógica de uma atitude mais
2091 pró-ativa. **Deliberação: aprovada a recomendação com duas abstenções.** Conselheiro **Neilton**
2092 **Araújo de Oliveira**, apesar de entender que a minuta visava reforçar a ação dos farmacêuticos,
2093 salientou que era preciso ficar atento para não aprovar documentos sem efeitos práticos. **6) Comissão**
2094 **Intersetorial de Alimentação e Nutrição – CIAN - Projeto de Lei da Câmara - PLC nº 104/2017.**
2095 **Apreciação de minuta de moção de repúdio ao conteúdo do Projeto de Lei da Câmara dos Deputados**
2096 **nº 104/2017, do relator Dalirio Beber, em tramitação no Senado Federal e de minuta de recomendação**
2097 **ao Ministério Público do Estado de São Paulo e ao Congresso Nacional. Apreciação de minuta de**
2098 **recomendação. Apresentação: conselheira Zaira Tronco Salermo. a) Moção de repúdio nº 000, de 10**
2099 **de novembro de 2017. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Ducentésima**
2100 **Nonagésima Nona Reunião Ordinária, realizada nos dias 9 e 10 de novembro de 2017, no uso de suas**

2101 competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela
2102 Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as
2103 disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira
2104 correlata; e considerando que a Constituição Federal de 1988, em seu Art. 6º, dispõe que a
2105 alimentação é um direito humano de toda a população brasileira, categorizado como um direito
2106 fundamental, ou seja, de aplicabilidade imediata; considerando o preconizado na Lei nº 11.346, de 15
2107 de setembro de 2006, a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN); considerando a
2108 Portaria nº 2.715, de 17 de novembro de 2011, que atualiza a Política Nacional de Alimentação e
2109 Nutrição (PNAN); considerando a Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014, que cria a Política
2110 Nacional de Promoção da Saúde; considerando os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS),
2111 da Organização das Nações Unidas (ONU) dos quais o Brasil é signatário; considerando que o Projeto
2112 de Lei nº 104/2017 prevê, dentre outras arbitrariedades, que o Estado brasileiro será garantidor da
2113 disseminação de alimentos impróprios ao consumo humano que passaram por processos de
2114 processamento e/ou transformação; considerando que, se aprovado, o Governo Federal será
2115 responsável pela criação de incentivos econômicos (isenção de impostos, concessão de
2116 financiamentos em condições amigáveis, dentre outros), certificação de setores econômicos
2117 selecionados e implantação de unidades de beneficiamento ou de processamento de alimentos em
2118 regiões específicas com vistas a potencializar a distribuição em alta escala dos alimentos
2119 reaproveitados; considerando que o referido projeto de lei inspirou a Prefeitura de São Paulo a iniciar
2120 uma experimentação no âmbito de sua política municipal com o mesmo preâmbulo em ação aprovada
2121 às pressas na Câmara Municipal de São Paulo; considerando que a referida experimentação de São
2122 Paulo, conhecida como “Farinata”, reverberou como uma das piores práticas de gestão pública para o
2123 combate à fome uma vez que assume a substituição de comida *in natura* pelo processamento de
2124 alimentos próximos do prazo de validade e que seriam descartados, sob o pretexto de redução do
2125 desperdício, otimização de recursos e combate à fome; considerando que o PL nº 104/2017 se revela
2126 como uma proposta contrária aos direitos da população pobre e miserável do país, que amarga um dos
2127 mais graves desmontes nas políticas de proteção social já vistas na história recente, atentando contra a
2128 dignidade humana; considerando que o Estado brasileiro construiu, a duras penas, uma série de
2129 políticas públicas e programas que efetivam o Direito Humano à Alimentação Adequada, promovendo a
2130 saúde da população com alimentos *in natura* e não com produtos reprocessados que seriam
2131 descartados por não se prestarem mais ao consumo humano; e considerando que é de sublinhar que o
2132 referido PL (que ficou conhecido como o PL da Ração Humana) não foi discutido em nenhuma
2133 instância de controle social de políticas públicas que tratam do tema, seja o Conselho Nacional de
2134 Saúde (CNS), seja o CONSEA, instâncias democraticamente legitimadas para discutirem as matérias
2135 relativas aos direitos da população brasileira nessa e em outras áreas temáticas, assim como os
2136 possíveis impactos de uma proposta tão controversa e prejudicial à população brasileira. Vem à
2137 público: repudiar veementemente o conteúdo do Projeto de Lei da Câmara dos Deputados nº 104/2017,
2138 do relator Dalirio Beber, em tramitação no Senado Federal, que institui e estabelece diretrizes para a
2139 Política Nacional de Erradicação da Fome e de Promoção da Função Social dos Alimentos (Pefsa),
2140 tendo em vista a ausência de diálogo com o controle social, assim também a ação da Prefeitura
2141 Municipal de São Paulo. **Deliberação: aprovada a minuta de recomendação com um voto contrário
2142 e três abstenções. b) Recomendação nº 000, 10 de novembro de 2017. O Plenário do Conselho
2143 Nacional de Saúde (CNS), em sua Ducentésima Nonagésima Nona Reunião Ordinária, realizada nos
2144 dias 9 e 10 de novembro de 2017, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas
2145 pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pelo
2146 Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República
2147 Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e considerando o direito social à
2148 alimentação garantido no Art. 6º da Constituição Federal de 1988; considerando a Política Nacional de
2149 Alimentação e Nutrição de 2013 que tem como diretrizes, entre outras, a Promoção da Alimentação
2150 Adequada e Saudável e o Controle e Regulação dos Alimentos, que elenca estratégias de regulação de
2151 alimentos, como aperfeiçoar o direito à informação, melhorar a rotulagem nutricional dos alimentos que,
2152 portanto, deve ser clara, precisa e compreensível para que possa auxiliar na escolha de alimentos mais
2153 saudáveis; considerando que a Lei Orgânica de Segurança Alimentar, Lei nº 11.346/2006, estabelece,
2154 em seu Art. 4º, inciso III, que “a segurança alimentar e nutricional abrange a promoção da saúde, da
2155 nutrição e da alimentação da população, incluindo-se grupos populacionais específicos e populações
2156 em situação de vulnerabilidade social”; considerando o Guia Alimentar para a População Brasileira
2157 (2014), que orienta à promoção do consumo de alimentos *in natura* e que se evitem alimentos
2158 ultraprocessados, por terem composição nutricional desbalanceada, e sem segurança alimentar do
2159 produto oferecido; considerando que o Modelo de Perfil Nutricional da Organização Pan-Americana da
2160 Saúde fornece “informações baseadas em evidências para a formulação de políticas e
2161 regulamentações fiscais e de outros tipos destinadas a evitar o consumo de alimentos não saudáveis”;
2162 e considerando o dever institucional do Ministério Público de defender a ordem jurídica, o regime**

2163 democrático e os interesses sociais e individuais indisponíveis (Art. 127 da Constituição Federal).
2164 Recomenda: ao Ministério Público do Estado de São Paulo que atue no sentido de defender os
2165 interesses sociais e o direito à saúde da população brasileira de modo a coibir o uso de produtos
2166 ultraprocessados como alternativa de combate à desnutrição e erradicação da fome; e à Câmara dos
2167 Deputados e ao Congresso Nacional que: **1)** Não deem continuidade à tramitação do Projeto de Lei da
2168 Câmara nº 104/2017 sem a participação popular, por meio do controle social; e **2)** Que crie espaços de
2169 discussão em torno da Política Nacional de Erradicação da Fome e de Promoção da Função Social dos
2170 Alimentos (Pefsa) em Audiência Pública e outros fóruns de debate com vistas a garantir a legitimidade
2171 e os direitos fundamentais.” Concluída a leitura, foram apresentadas as seguintes sugestões: no texto,
2172 excluir, no recomenda, **Câmara dos Deputados, permanecendo Congresso Nacional; e elaborar**
2173 **recomendação ao MP para que tome medidas legais cabíveis na defesa dos direitos sociais.**
2174 **Deliberação: aprovada a recomendação com o adendo sugerido e cinco abstenções. Além**
2175 **desses pontos,** a coordenadora da CIAN/CNS solicitou a elaboração de estudo técnico sobre
2176 tributação de bebidas açucaradas. Por fim, comunicou que a Associação Brasileira de Enfermagem –
2177 ABEn assumiu a coordenação adjunta da Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher - CISMU no lugar
2178 do CFESS. **7) Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher - CISMU** – conselheira **Sueli Terezinha**
2179 **Goi Barrios** apresentou a proposta de remeter à CISMU a PEC 181/215, em tramitação no Congresso
2180 Nacional, que trata de direitos trabalhistas para mães de prematuros, para avaliação e elaboração de
2181 documento a ser apreciado pelo Pleno. Ainda nas pendências, conselheira **Maria da Conceição Silva**
2182 **apresentou a segunda recomendação sobre a PNAB** (item 6 da pauta) No documento, o CNS
2183 recomenda ao Presidente da Câmara de Deputados e ao Presidente do Senado: que, nos limites das
2184 respectivas competências legais e regimentais, coloquem em regime de urgência de votação a
2185 tramitação dos Projetos de Decretos Legislativos PDC – 786/2017 (Câmara dos Deputados) de autoria
2186 do Deputado Mandetta (DEM/MS) e outros; do PDC – 193/2017 (Senado Federal) de autoria do
2187 Senador Cássio Cunha Lima (PSDB/PB) e do PDC – 198/2017 (Senado Federal) de autoria do Senador
2188 Humberto Costa (PT/PE). **Deliberação: aprovada a recomendação com uma abstenção.** Seguindo,
2189 a mesa fez a leitura do texto da Moção de apoio ao Manifesto de Trabalhadores e Trabalhadoras,
2190 usuários e usuárias do Sistema Único de Saúde do Rio de Janeiro de 3 de agosto de 2017 (o mérito
2191 havia sido aprovado no item 6 da pauta). Neste ponto, conselheira **Oriana Bezerra Lima solicitou**
2192 **contagem dos presentes,** a fim de verificar se havia quórum para deliberação (maioria simples), tendo
2193 em vista que seriam apreciadas minutas que necessitavam de votação. Não havendo número suficiente
2194 de conselheiros para deliberação, conselheiro **Geordeci Menezes de Souza,** na condição de
2195 coordenador da mesa, suspendeu a reunião temporariamente para recomposição do quórum
2196 necessário à deliberação. Encerrado o prazo de 30 minutos, foi feita nova contagem, mas persistiu a
2197 falta de quórum. Diante dessa situação, foi solicitada a elaboração de planilha comparativa entre os
2198 ausentes, os que assinaram o livro e o horário da passagem, para conhecimento. Além disso, foi
2199 sugerido à Mesa Diretora do CNS que debatesse estratégias para assegurar a permanência dos
2200 conselheiros até o fim da reunião. Nessa linha, foi sugerida a assinatura do livro de presença por turno.
2201 O coordenador da mesa explicou que permaneceram três minutas pendentes, que necessitavam de
2202 votação: **1)** Moção de apoio ao Manifesto de Trabalhadores e Trabalhadoras, usuários e usuárias do
2203 Sistema Único de Saúde do Rio de Janeiro de 3 de agosto de 2017; **2)** moção de apoio à atuação
2204 intersetorial da Coordenação da Saúde da Pessoa com Deficiência do Ministério da Saúde, que vem
2205 buscando a efetivação e o fortalecimento da Seguridade Social do Brasil, por meio da interlocução com
2206 o Conselho Nacional de Educação; o Conselho do Desenvolvimento Social (Benefício de Prestação
2207 Continuada); o Ministério do Planejamento e Orçamento (Subsistema Integral de Atenção à Saúde do
2208 Servidor Público); a Secretaria da Previdência Social (Recriação do Sistema de Reabilitação dos
2209 trabalhadores lesionados ou com deficiência), e o Ministério do Trabalho; e à avaliação multiprofissional
2210 de Pessoas com Deficiência com critérios e disciplinas biopsicossociais em caráter integral e contrário à
2211 captura da avaliação como propriedade exclusiva de uma única profissão ou especialidade profissional;
2212 e **3)** recomendação ao Ministério de Desenvolvimento Social - MDS, que promova intensa campanha
2213 na imprensa do País sobre o prazo de comparecimento dos usuários idosos e com deficiência ao INSS
2214 para inscrição no CAD Único até o dia 31 de dezembro de 2017, sob pena de perda do Benefício e ao
2215 Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, no sentido de que acione o Ministério da Saúde, através dos
2216 agentes de saúde, o Ministério dos Transportes, o Ministério da Educação e o Ministério da Defesa,
2217 através das Forças Armadas, no sentido de se fazer, em todo o País, uma busca ativa das pessoas
2218 idosas e das pessoas com deficiência detentoras do Benefício de Prestação Continuada - BPC, a fim
2219 de que possam realizar sua inscrição no CAD Único e conseqüentemente manter seu benefício.
2220 Lembrou que o mérito das três minutas havia sido aprovado durante a 299ª RO, nos devidos itens de
2221 pauta, portanto, o texto seria submetido à apreciação do Pleno na próxima reunião. **ENCERRAMENTO**
2222 – Não havendo quórum, o coordenador da mesa encerrou a sessão, agradecendo internautas, o
2223 DATASUS, convidados, coordenadores de plenária e funcionários do CNS. Estiveram presentes os
2224 seguintes conselheiros e conselheiras: *Titulares* – **André Luiz de Oliveira,** Conferência Nacional dos

2225 Bispos do Brasil- CNBB; **Breno de Figueiredo Monteiro**, Confederação Nacional de Saúde – CNS;
2226 **Cláudio Ferreira do Nascimento**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Cleoneide**
2227 **Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA;
2228 **Dylson Ramos Bessa Junior**, Organização Nacional de Entidades de Deficientes Físicos – ONEDEF;
2229 **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira
2230 (COIAB); **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia –
2231 ABENFISIO; **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEN; **Geordecil M.**
2232 **Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **Giovanny Kley Silva Trindade**, Associação Nacional de
2233 Pós-Graduandos – ANPG; **Jani Betânia Souza Capiberibe**, Associação Brasileira de Autismo – ABRA;
2234 **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos
2235 Trabalhadores na Saúde – CNTS; **Antônio Lacerda Souto**, Confederação Nacional dos Trabalhadores
2236 na Agricultura – CONTAG; **Carolina Abad**, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio
2237 à Saúde da Mama – FEMAMA; **Luiz Alberto Catanocce**, Sindicato Nacional dos Aposentados,
2238 Pensionistas e Idosos da Força Sindical – SINDNAPI; **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central
2239 Sindical de Trabalhadores – NCST; **Antônio Muniz da Silva**, Organização Nacional dos Cegos do
2240 Brasil – ONCB; **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Nelson Augusto Mussolini**,
2241 Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina
2242 Veterinária (CFMV); **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul – ARPINSUL;
2243 **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos – Fenafar; **Wanderley Gomes**
2244 **da Silva**, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Wilên Heil e Silva**,
2245 Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); e **Zaira Tronco Salerno**,
2246 Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN). *Suplentes* – **Analice Dantas Santos**, Conselho Federal
2247 de Serviço Social – CFESS; **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello**, Associação Brasileira Superando o
2248 Lúpus; **Ana Paula Batista Soledade**, Associação Brasileira de Ostomizados – ABRASO; **Cleuza de**
2249 **Carvalho Miguel**, Movimento dos Portadores de Esclerose Múltipla – MOPEM; **Douglas Vinicius Reis**
2250 **Pereira**, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM; **Deise Araújo Souza**,
2251 Confederação Nacional do Comércio – CNC; **Eliane Maria Nogueira de Paiva Cunha**, Sindicato dos
2252 Servidores do Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde – UNASUS; **Elgiane de**
2253 **Fatima Machado Lago**, Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil – CTB; **Gerlane**
2254 **Baccarin**, Ministério da Saúde; **Heleno Rodrigues Corrêa Filho**; Centro Brasileiro de Estudos de
2255 Saúde – CEBES; **Ivone Martini de Oliveira**, Conselho Federal de Enfermagem – COFEN; **Jorge Alves**
2256 **de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB; **José Eri de Medeiros**,
2257 Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS; **José Felipe dos Santos**,
2258 Articulação Brasileira de Gays – ARTGAY; **Jupiara Gonçalves de Castro**, Federação de Sindicatos de
2259 Trabalhadores Técnicos Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil –
2260 FASUBRA; **Karla Larica Wanderley**, Ministério da Saúde; **Lenir Santos**, Federação Brasileira das
2261 Associações de Síndrome de Down – FBASD; **Lenise Aparecida Martins Garcia**, Conferência
2262 Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Luiz Carlos Medeiros de Paula**, Federação Nacional de
2263 Associações e Entidades de Diabetes – FENAD; **Maria da Conceição Silva**, União de Negros pela
2264 Igualdade; **Marlonei Silveira dos Santos**, Federação Nacional dos Médicos – FENAM; **Renato**
2265 **Almeida de Barros**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CNTSS;
2266 **Solimar Vieira da Silva Mendes**, Sindicato dos Servidores do Sistema Nacional de Auditoria do
2267 Sistema Único de Saúde – UNASUS; **Sueli Terezinha Goi Barrios**, Associação Brasileira da Rede
2268 Unida – REDE UNIDA; **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da Criança; e **Viviane Lira da Silva**, União
2269 Brasileira de Mulheres – UBM.