



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

Aos vinte e um e vinte e dois dias do mês de fevereiro de dois mil e dezoito, 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 Tricentésima Segunda Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde - CNS. A mesa de abertura foi composta pelo conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS. Estabelecido o quórum, às 9h12, o Presidente do CNS procedeu à abertura dos trabalhos, cumprimentando os presentes. Em seguida, apresentou os objetivos da reunião: **1) Apreciar e aprovar os informes e indicações. 2) Realizar o debate sobre a Gestão Atual do Ministério da Saúde e o Cenário da Saúde no Brasil. 3) Apreciar e debater sobre a Situação Migratória no Brasil e os Impactos no Sistema Público de Saúde. 4) Apreciar e deliberar sobre os pareceres da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho – CIRHRT. 5) Apreciar e deliberar sobre as demandas da Comissão Intersetorial de Orçamento e financiamento – COFIN. 6) Apreciar e debater acerca da Política Nacional de Atenção às Pessoas com Doenças Reumáticas. 7) Apreciar e deliberar sobre encaminhamentos das Comissões Intersetoriais e Grupos de Trabalhos. 8) Monitorar e atualizar o Planejamento Estratégico do CNS, triênio 2015-2018. ITEM 1 – APROVAÇÃO DA PAUTA DA 302ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - APROVAÇÃO DAS ATAS DAS 299ª E 300ª REUNIÕES ORDINÁRIAS DO CNS - Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, primeiro, fez a leitura e submeteu à aprovação do Plenário a pauta da 302ª Reunião Ordinária do CNS. **Deliberação:** a pauta da reunião foi aprovada. Em seguida, colocou em apreciação as atas das 299ª e 300ª Reuniões Ordinárias do CNS. **Deliberação: aprovadas, por unanimidade, as atas das 299ª e 300ª Reuniões Ordinárias do CNS, com as observações do conselheiro Nelson Mussolini e da conselheira Maria da Conceição Silva.** Conselheiro **Luiz Aníbal Vieira Machado** solicitou que contasse em ata a sua proposta: que o CNS contribua com a solução de conflitos em outros conselhos de saúde nas esferas estaduais e municipais. **ITEM 2 – EXPEDIENTE - Justificativa de ausências. Apresentação de Convidados (as) e novos (as) Conselheiros (as). Informes. Indicações. Coordenação:** conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS; e **Neide Rodrigues dos Santos**, Secretária-Executiva do CNS. **Justificativas de ausência – Antônio Muniz da Silva; Francisca Rêgo Oliveira Araújo; e Giovanny Kley Silva Trindade. Apresentação de Convidados (as) e novos (as) Conselheiros (as) – Maria do Carmo Tourinho Ribeiro; e Vanja Andréa Reis dos Santos.** Neste ponto, foi feita interrupção no expediente para apresentação do Ministro de Estado da Saúde. **ITEM 3 – GESTÃO ATUAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E O CENÁRIO DA SAÚDE NO BRASIL - Apresentação:** **Ricardo Barros**, Ministro de Estado da Saúde. **Coordenação:** conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS; e conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando, o Presidente do CNS explicou que, diante da informação de que o Ministro de Estado da Saúde deixará a sua função, no início de abril de 2018, em função do calendário eleitoral, a Mesa Diretora do CNS decidiu pautar apresentação sobre o cenário da saúde no Brasil e a gestão atual do Ministério da Saúde. Feito esse preâmbulo, o Ministro de Estado da Saúde, Ricardo Barros, apresentou um balanço dos avanços em relação aos onze pontos prioritários da sua gestão à frente do Ministério da Saúde. Em relação ao financiamento da saúde, disse que mais de 70% da população usa o sistema público de saúde e 150 milhões de pessoas dependem apenas do SUS. Destacou que o setor Saúde representa 9,1% do PIB Nacional. Em 2015, os gastos públicos responderam por 43% do financiamento da saúde e o setor privado por 57%. Sobre o financiamento público, em 2016, R\$ 246 bilhões pelos três entes da federação - 31% dos Municípios; 43% da União; e 26% dos Estados. Também destacou recorde de execução orçamentária (98% do orçamento executado) e lembrou que o Ministério criou novo modelo de financiamento para a saúde em 2018, empoderando os municípios, com autonomia da aplicação dos recursos. Assim, os recursos deverão ser empregados de acordo com o planejamento e realidade de cada cidade, considerando dimensão epidemiológica, demográfica, socioeconômica. Salientou que Municípios e estados passam a receber em conta única os recursos federais para custeio de 2018 (eram 800 formas de transferir recursos), distribuídas em seis blocos e o**

55 novo modelo define dois blocos, custeio e investimento. Além disso, disse que o Ministério da Saúde
56 fará repasses para obras em parcela única, assegurando o cumprimento do prazo de entrega e a
57 redução da burocracia para liberação de recursos e início da obra. Com dinheiro em caixa, empreiteiras
58 cobrarão menos e manterão ritmo. Também destacou mais recursos para investimentos: R\$ 6,6 bilhões
59 para atender emendas e projetos e aumento de 71% no empenho de emendas parlamentares
60 individuais. Ainda sobre Emendas impositivas individuais, em 2017, disse que foram empenhados R\$
61 3,9 bi e atendidas 16.273 mil propostas, ou seja, 230% a mais de propostas que em 2015 (4.920).
62 Sobre as Emendas de bancada obrigatórias, foi R\$ 1,03 bilhão para atender 1.639 propostas - 258% a
63 mais de propostas que em 2016 (61). A respeito de Emendas coletivas discricionárias, foram R\$ 492,4
64 bilhões atendidos em 2017. No que se refere à FUNASA, foram mais R\$ 821,2 milhões em
65 investimentos em 2.714 projetos de saneamento básico e saúde ambiental. Para 2018 serão
66 destinados exclusivamente para execução de ações de saneamento na Funasa R\$ 856,1 milhões.
67 Destacou a importância de investir ainda mais em saneamento, ilustrando que, para cada um dólar
68 investido em água e saneamento, são economizados US\$ 4,3 em custos de saúde no mundo.
69 Seguindo, destacou a eficiência na gestão do Ministério da Saúde, explicando que foram R\$ 4,6 bilhões
70 economizados em 600 dias de gestão, com revisão de contratos (quase 2 mil revistos), enxugamento
71 da máquina, reforma administrativa e compra de medicamentos. Salientou, inclusive, que é possível
72 acompanhar online o resultado das negociações obtidas pelo Ministério da Saúde e as compras estão
73 na internet para oferta de melhor preço. Ponderou que a eficiência do gasto da saúde ainda não é a
74 desejável, mas estão definidas as ferramentas necessárias para isso. A respeito da segunda
75 prioridade, aperfeiçoar os sistemas de informação do SUS, destacou SAÚDE SEM PAPEL, com
76 implantação do Sistema SEI, ou seja, a centralização eletrônica garantiu agilidade na troca entre as
77 informações. Destacou o aumento das unidades básicas de saúde com prontuário eletrônico (1.887%),
78 totalizando 8.284UBS. Em 2018, a meta é informatizar todo o sistema de saúde, total de 41 mil UBS
79 em. Citou ainda como avanço o lançamento da plataforma de interação com o cidadão, que permite
80 acompanhar: medicamentos retirados nas unidades de saúde, cartão de vacinação, exames realizados
81 e fila de transplantes. Também destacou a pactuação na CIT do DigiSUS que integrará toda a saúde,
82 assegurando mais eficiência na gestão dos recursos. Falou também do HÓRUS, sistema que garante
83 100% dos medicamentos com monitoramento online (outro sistema pode ser utilizado). Essa iniciativa,
84 já implantada em Tocantins, Alagoas, Rio Grande do Norte e Distrito Federal, pode evitar desperdícios
85 de até 30% dos fármacos entregues. Salientou que Municípios, Estados e União terão o controle dos
86 medicamentos informatizados. Acrescentou ainda a inclusão do código de identificação para
87 farmacêuticos nos sistemas de atendimento do SUS, o que permite saber quais procedimentos estão
88 sendo feitos pelos farmacêuticos nos serviços de saúde. Disse também que foi feita Ata de Registros
89 de Preços referência valor para compra de órteses e próteses no país, assim, estados e municípios
90 poderão adquirir produtos com valor da ata. Acrescentou que a seleção contempla itens que
91 correspondem a 80% das despesas com OPME. O primeiro pregão será para produtos de cardiologia,
92 que define preço de 20 itens para: Marcapassos, Ressincronizadores e Desfibriladores. Salientou ainda
93 o monitoramento das obras online pelo Ministério da Saúde (o Gestor deve informar andamento da obra
94 e qualquer pessoa também pode ser fiscal das obras de saúde em seu município). Seguindo falou
95 sobre os avanços em relação à terceira e quarta prioridades, qualificação e valorização dos
96 profissionais de saúde. No que diz respeito à valorização dos servidores, salientou que 908 DAS foram
97 transformados em Função Comissionada do Poder Executivo, conforme disposto na MP 731/2016 e
98 cargos só poderão ser ocupados por servidores. Além disso, foram definidas ações para
99 aproveitamento de pessoal e reconhecimento dos profissionais nas unidades do Ministério da Saúde.
100 Salientou que em 2017 foram registradas 131,9 milhões consultas no e-SUS AB e 63.768 médicos em
101 atuação. A média mensal de consultas por médico é de 188/mês, quando o esperado seria de 384/mês.
102 Assim, a produção registrada foi 49% do previsto. Disse que o descumprimento da carga horária é um
103 dos principais motivos para baixa produtividade. Além disso, a abstinência dos usuários (25%)
104 contribuem para queda na produção. Além disso, será adotada para o monitoramento de metas e do
105 tempo dedicado ao paciente, e não o mero acompanhamento do cumprimento da carga horária dos
106 profissionais. Isso faz parte do processo de planejamento do SUS e de sua avaliação. Acrescentou que
107 o Ministério da Saúde será o primeiro órgão a utilizar os serviços de biometria proposto pelo governo
108 federal para todos os programas sociais e pacientes poderão ser identificados pela digital. A política
109 será construída a partir de uma parceria com o TSE e irá proporcionar maior segurança no registro e
110 acesso de informações dos cidadãos. No que se refere à nova PNAB, lembrou que, após cinco meses
111 de discussão, chegou-se ao consenso sobre a proposta de compartilhamento das ações dos agentes
112 comunitários de saúde e de endemia com atendimento integral nas visitas domiciliares. Além disso,
113 destacou que foi publicado edital para formar agentes de saúde como técnicos em enfermagem e
114 instituições de ensino públicas e privadas que ofertam curso de técnico em enfermagem poderão se
115 credenciar e informar a quantidade de vagas (o curso será 100% gratuito). Disse que, para os 352 mil
116 agentes de saúde, 250 mil vagas serão ofertadas para formação de Técnico em Enfermagem (até 30%

117 já possuem formação). Destacou que essa iniciativa empodera a categoria dos agentes comunitários e
118 amplia atribuição como aferir pressão e glicemia. Assim, os pacientes poderão ser atendidos em casa,
119 proporcionando maior resolutividade na atenção básica. Acrescentou que todos os agentes irão dispor
120 de tablete ou smartfone para lançar os procedimentos às pessoas. Em relação à agenda permanente
121 de combate ao *Aedes aegypti*, lembrou os três eixos de combate (Eixo 1 - Mobilização e combate ao
122 vetor; Eixo 2 – Cuidado; e Eixo 3 Desenvolvimento tecnológico, educação e pesquisa), lembrando que
123 foram R\$ 465 milhões investidos em pesquisas no combate ao *Aedes aegypti* e desenvolvimento de
124 vacinas e R\$ 395,3 milhões destinados ao eixo de assistência à saúde a crianças com microcefalia.
125 Destacou também a distribuição de larvicida para todos os estados intensificarem suas ações. Todavia,
126 salientou que cada município poderá contratar o modelo de combate que mais se adequa a sua
127 realidade. Também lembrou que são 2.079 salas municipais de coordenação e controle e o Presidente
128 da República lançou o evento sexta feira sem mosquito e participou pessoalmente da campanha, com
129 excelentes resultados na redução de dengue e chikungunya. Destacou ainda o mutirão em todo o país,
130 inclusive em órgãos públicos, escolas e canteiros de obras; envolvimento de todo o governo federal no
131 combate ao mosquito; visita a todos os imóveis no Brasil para eliminação dos focos do mosquito (151,8
132 milhões de visitas realizadas no primeiro semestre de 2017). Explicou ainda que houve queda de 83%
133 dos casos de dengue em 2017, comparado ao mesmo período do ano anterior; redução de 33% dos
134 casos de chikungunya. Destacou que obrigatoriedade do LIRAA amplia adesão para 98,4% dos
135 municípios. No que diz respeito à prioridade “Compromissos assumidos com as entidades olímpicas”,
136 lembrou que não foi registrado nenhum caso de Zika nas olimpíadas. Em relação à prioridade 7,
137 Fortalecimento do Programa Mais Médicos, salientou o aumento na participação de profissionais
138 brasileiros no Mais Médicos e esses profissionais hoje representam hoje 28,5% do total de médicos.
139 Além disso, a nova regra ampliou participação de brasileiros formados no exterior. A partir de 2017, o
140 reajuste da bolsa passou a ser anual e com base na inflação; o valor passou para R\$ 11.520, um
141 reajuste de 9% a partir deste 2017, válido para todos os 18,2 mil profissionais do Programa. Nos
142 distritos indígenas, os médicos tiveram ajustes de 10% no auxílio moradia e alimentação: R\$ 2.750,00.
143 Assim, o orçamento do Programa Mais Médicos é de R\$ 3 bilhões (pagos diretamente pelo MS). Além
144 disso, em 2017, o Governo Federal autorizou onze novos cursos de Medicina e mais 22 estão
145 autorizados (depois disso, o governo suspendeu novos cursos por cinco anos). A respeito da ampliação
146 das UPAs, UBS e SAMU 192, prioridade 8, destacou o investimento de R\$ 1 bilhão na Atenção Básica
147 e de R\$ 311,3 milhões PAB Fixo e habilitação/credenciamento de 22.764 de novos serviços de atenção
148 básica (exemplos: 185 consultórios na rua (41 novos); 427 Equipes de Saúde Prisional (148 novas);
149 6.307 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (1.194 novos). No que diz respeito à saúde indígena,
150 disse que foi R\$ 1,4 bilhão de orçamento previsto para 2018 e, em relação à saúde bucal, recursos
151 serão usados na aquisição de 5 mil gabinetes odontológicos; país possui 6.220 obras em execução que
152 juntas somam R\$ 1,6 bilhão em empenhos. A respeito das UPAS, disse que o Brasil possui 1.138 UBS
153 e UPAs prontas que não estão em funcionamento e, de acordo com a nova proposta, o gestor definirá
154 capacidade de atendimento das UPAs 24 horas (quantidade de médicos; número de médicos varia
155 entre 2 e 9; e o valor de custeio de R\$ 85 mil a R\$ 500 mil). Com essa flexibilização, foi possível abrir
156 206 Unidades foram habilitadas e qualificadas e mais 20 milhões de brasileiros com assistência
157 garantida. Salientou também a ampliação e renovação da frota do SAMU 192 em todo o país, com 565
158 ambulâncias já entregues; 57% da frota do SAMU 192 será renovada; e 2.249 ambulâncias novas até
159 2018. Além disso, ampliação e renovação do SAMU 192 R\$ 268,4 milhões já assegurados para a
160 compra de 1.449 veículos. Desde 2004, não havia compra para transporte sanitário; R\$ 1 bilhão
161 investido em novos veículos e 6.500 ambulâncias tipo A; 1.000 vans para transporte sanitário eletivo.
162 Disse ainda que são 8.551 serviços habilitados ambulatoriais e hospitalares; 4.461 novos leitos para a
163 população; 2.045 leitos complementares (UTI, Queimados e Isolamento) passaram a receber recursos;
164 4.583 procedimentos na tabela SUS custeados pelo Ministério da Saúde; 85 procedimentos foram
165 reajustados entre 2016 e 2017; fila única para cirurgias e exames - R\$ 250 milhões para realização de
166 mutirões em todos os estados. No que se refere ao fortalecimento do Complexo Industrial da Saúde,
167 prioridade 9, explicou que o incentivo à produção nacional está na ordem de R\$ 6,4 bi de investimentos
168 públicos e privados, principalmente para a produção de biológicos Investimento (US\$), com e 7,4 mil
169 empregos. Inclusive, disse que foram empenhados R\$ 200 milhões para Hemobras para funcionamento
170 da fábrica. Além disso, citou, pela primeira vez desde 2012, houve aumento do repasse para o Piso de
171 Assistência Farmacêutica e houve ajuste de 21 apresentações de medicamentos. Também destacou,
172 em relação à Hepatite C, que em 2017, protocolo passou a atender F2 a F4, antes apenas pacientes F3
173 e F4. A partir de 2018, o SUS incorpora tratamento inovador para todos independente da classificação
174 da lesão hepática. Salientou ainda que foi possível oferecer o melhor tratamento com o custo menor,
175 ou seja, o Dolutegravir passou a ser ofertado para todos os pacientes de primeira linha e serão
176 distribuídos 11.828.080 de testes rápidos de HIV (estima-se que no Brasil são 130 mil brasileiros com o
177 vírus, mas não tem conhecimento). No que se refere à compra de medicamentos, citou a aquisição de
178 Asparaginase com economia de R\$ 27 milhões; redução de R\$ 128 milhões ao ano apenas com a

179 compra da Alfaepoetina 4.000 UI; redução de R\$ 122 milhões ao ano na compra do Tacrolimo; entre
180 outros medicamentos que tiveram redução de preços. Com a economia, foi possível realizar
181 habilitações, credenciamentos de média e alta complexidade, novos investimentos. No que diz respeito
182 à prioridade 10, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, destacou a ampliação e atualização de 53
183 protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas e outros estão em atualização. A respeito da prioridade 11
184 “Promover saúde reduz risco de doenças”, disse que o Brasil assumiu compromisso com a OMS para
185 redução da obesidade na população até 2019 visando redução do consumo regular de refrigerante e
186 suco artificial em pelo menos 30% da população e ampliação em, no mínimo, 17,8% o percentual de
187 pessoas que consomem frutas e hortaliças. Destacou que o modelo pagamento do Sistema era
188 equivocado, porque paga por procedimento (estimula a “doença”), e, portanto, precisava ser
189 modificado. Nessa lógica, é preciso informatizar o Sistema para conhecer as demandas de atendimento
190 em saúde e, em seguida, propor novo modelo de financiamento. Na linha da prevenção, salientou que
191 seis vacinas tiveram faixas etárias ampliadas e, pela primeira vez, professores foram vacinados contra
192 gripe. Destacou ainda a parceria entre saúde e educação para melhorar qualidade de saúde dos
193 estudantes, com atualização vacinal (profissionais de saúde vão às escolas), alimentação saudável e
194 prevenção da obesidade infantil, avaliação de Saúde bucal e aplicação tópica de flúor, ações de
195 combate ao mosquito *Aedes aegypti*, saúde ocular e identificação de possíveis sinais de alteração,
196 avaliação da saúde auditiva e identificação de possíveis sinais de alteração, prevenção das violências e
197 dos acidentes, prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas; identificação de sinais de
198 agravos de doenças em eliminação; e realização de práticas corporais, da atividade física e do lazer.
199 Disse também que vacinas estarão à disposição da população, assim que encerrados os períodos de
200 campanha, evitando, assim, desperdício de doses que permanecerem nos estoques após o final dos
201 prazos. Seguindo, explicou que o Ministério avançou em parcerias para atenção à saúde da pessoa
202 com deficiência, com garantia de R\$ 150 milhões para qualificação da Rede no país. Destacou ainda
203 sua participação ativa e permanente no Conselho Nacional de Saúde, com diálogo permanente com os
204 representantes deste órgão Colegiado e sociedade civil. Pontuou que esteve presente 22 reuniões do
205 CNS, representando 73% de presença e homologou 49 Resoluções do CNS (apenas cinco não
206 homologadas). Afora essas questões, falou sobre os desafios da saúde no Brasil: alerta para
207 necessidade de ampliar a cobertura vacinal; venezuelanos em Roraima; planos de saúde; e
208 judicialização. Fez um destaque à campanha de vacinação contra febre amarela, explicando que o
209 público-alvo é 23,8 milhões de pessoas: 10,3 milhões em São Paulo, 10 milhões no Rio de Janeiro e
210 3,3 milhões na Bahia. Desde 2017, foram enviadas 22,7 milhões de doses da vacina para São Paulo,
211 12 milhões para o Rio de Janeiro e 3,9 milhões para a Bahia. A respeito dos venezuelanos em
212 Roraima, disse que o Ministério da Saúde enviou técnicos para investigar oito casos de sarampo no
213 Estado e tem assegurado suporte às ações de prevenção, controle e investigação, como vacinação de
214 bloqueio dos contatos e busca de casos suspeitos. Em 2017, após alerta de surto de sarampo em
215 Bolívar, na Venezuela, fronteira com o Brasil, o Ministério enviou 20 mil doses da vacina tríplice viral ao
216 Estado e, em 2018, já foram 4 mil doses. Acerca dos planos de saúde, explicou que entre 2015 e 2017,
217 1,9 milhão deixaram de usar esses planos. Em 2017, foi cobrado das operadoras R\$ 1,1 bilhão,
218 todavia, apenas R\$ 458 milhões foram ressarcidos ao Ministério da Saúde – 60% do reembolso ainda
219 está retido por conta de ações na Justiça. Sobre a judicialização na saúde, disse que a fiscalização
220 encontrou irregularidades em distribuição de medicamento judicializado. Explicou, por exemplo, que o
221 Ministério da Saúde entrou em contato com pacientes que usam o Soliris e visitou estabelecimentos de
222 saúde que os atendem (metade do orçamento gasto com utilização). Além disso, foi feita auditoria nos
223 detentores de liminares e foram encontradas irregularidades (os medicamentos não retornaram ao
224 SUS). Disse que as ações de fiscalização representaram economia de R\$ 220 milhões/ano com o
225 Soliris. Informou ainda que em agosto de 2016 o Ministério da Saúde firmou acordo com o Conselho
226 Nacional de Justiça - CNJ para construção de plataforma. Assim, juízes poderão consultar pareceres
227 médicos e jurisprudências em uma base de dados única (e-NatJus). Dia 21 de novembro de 2017 foi
228 lançada a ferramenta de apoio ao Judiciário para ações de saúde. Também destacou a pactuação -
229 União, estados e municípios – acerca da utilização da plataforma S-CODES para gerenciar a
230 judicialização. Com isso, será possível conhecer o volume real de condenações e medicamentos mais
231 solicitados. O S-Codes foi elaborado e implantado em 2005, pelo governo do Estado de São Paulo.
232 Destacou ainda a redução do preço do medicamento Spinraza® (50% menor). Por fim, citou o Art. 37
233 da Constituição Federal “A administração pública direta e indireta obedecerá aos princípios de
234 legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência”. Nessa linha, destacou que
235 transparência e eficiência, princípios das suas ações, permitiram uma gestão objetiva e qualificada.
236 Fechou sua explanação destacando que, para conseguir a economia de R\$ 4,6 bilhões na sua gestão
237 precisou contrariar muitos interesses, mas sempre contou com o apoio do Presidente da República.
238 **Manifestações.** Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, salientou que a
239 apresentação do Ministro Ricardo Barros trouxe importantes reflexões para o CNS e a apontou
240 palavras-chaves que atravessam as onze prioridades colocadas. Dos elementos da base da gestão do

241 Ministro que precisam ser destacados e fortalecidos, destacou a utilização da tecnologia para obter
242 informação e permitir a tomada de decisão. Nesse sentido, solicitou ao Ministro da Saúde a
243 disponibilização de tecnologias aos 100 mil conselheiros de saúde para que desempenhem o papel do
244 controle social, fortalecendo, assim, a democracia participativa. Conselheiro **Dylson Ramos Bessa**
245 **Junior** solicitou maiores esclarecimentos sobre as ações voltadas ao atendimento das pessoas com
246 deficiência, para além das APAES. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** salientou que é inegável o
247 avanço alcançado na atual gestão do Ministério da Saúde no que diz respeito aos indicadores de
248 saúde, com destaque para o acesso, incorporação de tecnologia e o esforço para que o SUS se torne
249 instrumento de desenvolvimento social. Salientou que é preciso destacar as vitórias do Sistema, mas
250 também explicitar os desafios a serem enfrentados. Nessa linha, para além dos desafios da saúde já
251 colocados, perguntou quais precisariam ser enfrentados conjuntamente. Conselheiro **Cláudio Ferreira**
252 **do Nascimento** destacou, da apresentação do Ministro da Saúde, a questão do financiamento e da
253 gestão e pontou que o problema central a ser enfrentado hoje está relacionado à informação.
254 Considerando a impossibilidade de garantir eficiência na gestão se não houver investimento, fez os
255 seguintes questionamentos: diante do estrangulamento do financiamento, por conta da EC n°. 96, e das
256 dificuldades do SUS, como o Ministro da Saúde vê as dificuldades que se ampliarão em virtude da falta
257 de financiamento? Que políticas tiveram recursos cortados? Onde foram aplicados os recursos
258 oriundos da economia? Como falar de eficiência se os pontos centrais do SUS não foram resolvidos?
259 Por fim, destacou que o fim dos blocos de financiamento dificultará a implementação de políticas
260 essenciais do SUS. Conselheiro **Sérgio Diego de França** sentiu falta de informações sobre a política
261 de saúde das pessoas com deficiência e, para melhor entendimento da situação, perguntou: como está
262 o repasse financeiro para a política de redução do glaucoma? Quais são as tecnologias utilizadas para
263 ampliar a acessibilidade das pessoas com deficiência visual aos sistemas de informação? Conselheira
264 **Francisca Valda da Silva** disse que o Ministro da Saúde tem realizado trabalho segundo sua visão de
265 saúde pública, mas esta visão contraria aquela defendida pelo controle social. Solicitou avaliação do
266 Ministro da Saúde sobre o novo regime fiscal, definido pela EC n°. 95 e os cortes em ações vitais para
267 a população como Programa Farmácia Popular, atenção básica, produção de vacinas. Além disso,
268 sugeriu à equipe do Ministério da Saúde que analisasse os efeitos do aumento da violência e do
269 impacto na rede de atenção básica, considerando o sucateamento das forças de segurança. Destacou
270 que as equipes de saúde possuem efeito estruturante para a população e, nesse aspecto, avaliou que a
271 Portaria n°. 83/2018 representa uma desfiguração da equipe de saúde dentro da perspectiva das
272 atribuições dos ACS. Também solicitou ao Ministro da Saúde que apresente informações sobre as
273 auditorias do SUS como instrumento para garantir que recursos desviados retornem aos cofres
274 públicos. Conselheira **Ivone Martini** saudou o Ministro da Saúde e solicitou atenção dele para os 400
275 mil auxiliares de enfermagem que aguardam complementação para técnico em enfermagem. Além
276 disso, frisou que, para garantir a qualidade dos serviços de saúde, os trabalhadores precisam ser
277 respeitados e valorizados e, nessa lógica, reiterou a solicitação de estudo sobre carreiras de saúde dos
278 profissionais no âmbito do SUS. Conselheiro **Moyeses Longuinho Toniolo de Souza** iniciou sua fala
279 destacando que a Portaria MS n°. 83 não traz benefícios à população e aos ACS e não garante a
280 execução dos compromissos com políticas específicas como combate ao câncer, AIDS, glaucoma.
281 Salientou que a Política de AIDS não chegou aos 5.560 municípios brasileiros e lembrou que são 45 mil
282 novos casos de AIDS e 15 mil óbitos/ano. Ressaltou que essas questões não foram resolvidas na atual
283 gestão do Ministério da Saúde e pontuou que o aumento de testes rápidos de AIDS se deu por conta
284 dos trabalhadores e gestores de DST/AIDS e da atenção básica. Por fim, perguntou qual o
285 compromisso do Ministério da Saúde em homologar deliberações do CNS que vão contra a decisões da
286 CIT. Por fim, lembrou ao Ministro da Saúde que vidas não são números, portanto, não podem ser
287 tratadas na lógica financeira. Conselheiro **Fernando Pigatto** discordou de vários pontos colocados pelo
288 Ministro da Saúde e lembrou que políticas pactuadas na CIT não significam que foram aprovadas no
289 CNS, órgão máximo de deliberação do SUS. Frisou que é preciso ampliar a relação política entre
290 gestão e sociedade, respeitando o espaço de controle social e fortalecendo a democracia participativa.
291 Dirigindo-se ao Pleno, ressaltou a importância de reforçar as ações relativas à ADI contra a EC 95, que
292 retira recursos da saúde nos próximos 20 anos, durante as atividades da semana da saúde 2018.
293 Conselheiro **Luiz Aníbal Vieira Machado** salientou que os municípios enfrentam sérias dificuldades
294 para ofertar serviços de saúde à população e essa situação será agravada pela EC n°. 95. Pontuou que
295 o município de Cachoeira do Sul/RS recebeu recurso para atenção oncológica, o que possibilitará
296 salvar vidas e frisou que é importante maior investimento aos municípios a fim de salvar mais vidas.
297 Reconheceu a participação do Ministro da Saúde nas reuniões do CNS, mas entende que é importante
298 ter maior entrosamento entre gestão e controle social. Conselheira **Lenir Santos**, no que se refere às
299 ações voltadas às pessoas com deficiência intelectual, perguntou se o apoio às APAES estende-se às
300 demais federações que atuam na área da deficiência. Também disse que entregou ofício à assessoria
301 do Ministro da Saúde com reivindicações da Federação Brasileira das Associações de Síndrome de
302 Down e destacou, entre elas, mapeamento genérico dos recém-nascidos com suspeita de síndrome de

303 Down e, no caso de confirmação, levantamento clínico dos aspectos decorrente desta síndrome. Além
304 disso, destacou que é preciso ter atenção para o envelhecimento precoce das pessoas com síndrome
305 de Down, o que aumenta a possibilidade de doenças como Alzheimer. Em sendo acatadas as
306 reivindicações, sugeriu ao Ministro da Saúde o anúncio no dia Internacional da Síndrome de Down,
307 celebrado anualmente em 21 de março. Conselheira **Oriana Bezerra** manifestou preocupação com a
308 possibilidade de os municípios terem liberdade para adquirir produtos para controle vetorial e perguntou
309 como será feito o monitoramento na linha de evitar aumento da resistência do vetor aos produtos
310 químicos. Também indagou se está assegurado recurso para realização das ações de controle social.
311 Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** sentiu falta de ações do Ministério da Saúde relativas à
312 prevenção da violência e acidentes, tendo em vista a necessidade de enfrentar esse grave problema.
313 Conselheira **Sarlene Moreira da Silva** saudou o Ministro da Saúde e solicitou a convocação da 6ª
314 Conferência Nacional de Saúde Indígena. No que diz respeito à saúde indígena, salientou que os
315 recursos disponibilizados não chegava às bases, sendo necessária, portanto, maior transparência na
316 gestão dos municípios e na execução do orçamento disponibilizado. Conselheira **Cleoneide Paulo
317 Oliveira Pinheiro** reconheceu avanços, mas destacou que é preciso enfrentar desafios, especialmente
318 no que diz respeito à assistência – falta de acompanhamento multidisciplinar para crianças com
319 microcefalia, autismo, idosos com Alzheimer. Nessa linha, destacou a dificuldade de acesso das
320 pessoas com doença celíaca ao diagnóstico precoce, o que agrava a saúde e onera o Sistema. A
321 respeito desse tema, apresentou as seguintes propostas: garantir testes rápidos para diagnóstico da
322 doença; e incentivar pesquisas para tecnologia da quebra do glúten. Por fim, reforçou a importância de
323 diagnóstico de outras doenças como o câncer de mama. Conselheira **Analice Dantas Santos** destacou
324 os seguintes pontos da fala do Ministro da Saúde que causou preocupações: extinção dos blocos de
325 financiamento, sem debate no CNS (o que significa esvaziamento das competências do controle social)
326 e preocupação que essa medida prejudique investimento em áreas importantes; avaliação da produção
327 dos trabalhadores da saúde sem considerar as diferentes condições de trabalho; e investimento para
328 formação de agentes comunitários da saúde em instituições privadas. Conselheira **Maria da
329 Conceição Silva**, em relação às especificidades, pontuou que é preciso considerar a saúde da
330 população negra, tendo em vista o conjunto de comorbidades com maior prevalência nessa população
331 – hipertensão arterial, diabetes tipo II, G6PD, doença falciforme. Conselheiro **João Rodrigues Filho**
332 manifestou preocupação com a demora dos usuários do SUS para ter acesso ao diagnóstico e
333 tratamento do câncer – quimioterapia e radioterapia, o que leva muitas pessoas a óbito. Desse modo,
334 salientou que é preciso definir estratégias a fim de garantir a assistência do SUS aos usuários. **Retorno
335 da mesa.** O Ministro de Estado da Saúde respondeu aos questionamentos do Plenário destacando
336 que: verificará com o DATASUS a possibilidade de conectar os 100 mil conselheiros de saúde do país;
337 sobre a atenção às pessoas com deficiências, destaque para qualificação de centros de reabilitação na
338 sua gestão; é possível fazer apresentação detalhando por setor o que foi feito para atender as onze
339 prioridades estabelecidas para sua gestão; a EC n.º 95 não define teto para saúde, mas sim piso (15%
340 de todas as receitas serão aplicadas em saúde) e a saúde obteve melhorias com a Emenda (o
341 orçamento de 2018 é de R\$ 131 bilhões); não houve cortes no orçamento de políticas da saúde; a
342 simplificação dos blocos de financiamento significa empoderamento do controle social e descentralizar
343 melhora a aplicação de recursos; por conta de problemas na política de glaucoma (desvio de recursos,
344 investimento inadequado), foi definido direcionamento e ressarcimento – foi definida pactuação na
345 Tripartite e foi reativado GT para debater as consequências práticas dessa pactuação; sobre a
346 acessibilidade, os aplicativos seguem os critérios, mas será verificado no edital de informatização as
347 especificidades para pessoas com deficiência; o impacto da violência e do trânsito na saúde é alto,
348 portanto, é necessária ação articulada com outras áreas; e a auditoria do DENASUS está muito ativa.
349 Afora essas questões, disse que tem recebido apenas elogios dos agentes comunitários à proposta de
350 qualificação da categoria e, por outro lado, desconhecia a demanda de 400 mil auxiliares de
351 enfermagem aguardando capacitação (conselheira Ivone Martini de Oliveira dispôs-se a apresentar
352 solicitação). Disse que o debate sobre carreiras de saúde é amplo e mais afeto ao Ministério do
353 Planejamento, mas pontuou que está estagnada por conta da falta de capacidade de ampliação de
354 despesa com pessoal. Sobre HIV/AIDS, disse que em 2016 houve aumento no número de casos
355 notificados e diminuição do número de mortes, ou seja, ação produzindo resultado esperado. Também
356 destacou que foram adotadas medidas para o fortalecimento do controle social. No que diz respeito à
357 semana da saúde, disse que a ADIn sobre a PEC 95 é uma questão superada, mas o CNS pode reabrir
358 a discussão se assim entender. Sobre a política de câncer, disse que o plano de expansão da
359 radioterapia, elaborado em 2012, foi implementado (136 acelerados lineares serão instalados até 2019
360 e todos os 150 milhões de brasileiros terão acesso à radioterapia). Acrescentou que, para assegurar o
361 cumprimento da “Lei dos 60 dias”, é preciso garantir a estrutura necessária – destaque para
362 credenciamento de novos CACONs e NACONs. Essas ações foram pactuadas com CONASS e
363 CONASEMS, pois os gestores precisam ter instrumento para tomada de decisão. Lembrou que esteve
364 nas reuniões do CNS o tanto quanto pode e destacou, por exemplo, que acolheu a solicitação de

365 disponibilizar o curso de auxiliar em enfermagem para os agentes comunitários de saúde indígena.
366 Salientou ainda que o MS aumentou a remuneração dos procedimentos mais praticados pelas APAEs e
367 pode ser definido protocolo para ampliar o teste do pezinho. Frisou que na sua gestão foram habilitados
368 61 centros de reabilitação e destacou a qualificação do SAMU e da rede de urgência e emergência para
369 atender melhorar a questão do trauma. Informou também que homologara a resolução do CNS que
370 convoca a 6ª CNSI. Disse ainda que a RENAME foi ampliada – de 862 para 1098 medicamentos da
371 Relação. Também se comprometeu a verificar a possibilidade de testes rápidos para doença celíaca –
372 está em fase final de estruturação o plano nacional de epidemiologia que visa coletar dados
373 importantes para banco de informação de interesse ao poder público. No que diz respeito ao câncer de
374 mama, informou que dobrou o valor da biópsia para aumentar a realização de exames e a detecção do
375 câncer de mama. Esclareceu também que a tomada de decisão da CIT seguiu o que define a Lei e o
376 diálogo com o CNS foi respeitado. No que se refere à formação dos ACSs, destacou que todos os
377 cursos de formação serão pagos, instituições públicas e privadas. Salientou ainda que o MS definiu
378 ações para produção de medicamentos direcionados a doenças mais prevalentes da população negra.
379 Finalizando, agradeceu a oportunidade e comprometeu-se a fazer uma prestação de contas setorial.
380 Também assinou a Resolução que dispõe sobre assistência farmacêutica em hospitais de pequeno
381 porte, junto com o Presidente do CNS. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS,
382 considerando a possibilidade da presença do Ministro de Estado da Saúde na reunião de março,
383 sugeriu que fosse feita apresentação na linha dos eixos temáticos da 16ª Conferência. O Ministro de
384 Estado da Saúde reiterou o compromisso de estar presente e tratar da prestação de contas setorial ou
385 dos eixos temáticos da Conferência. Com essa fala, despediu-se do Colegiado do Conselho.
386 Conselheira **Carolina Abad** destacou a divergência entre a posição do Ministério da Saúde e o CNS no
387 que diz respeito ao papel deste Conselho. O Presidente do CNS explicou que o CNS possui
388 entendimento diferente do MS em relação a diversas temáticas – papel de deliberação do CNS, Política
389 Nacional de Atenção Básica, ACSs e EC 95 – e o Conselho tem marcado posição e tentado buscar
390 elementos para acordos. Dito isso, apresentou a minuta de petição para as entidades do CNS (pessoa
391 jurídica) para habilitação como “amicus curiae” na Ação Direta de Inconstitucionalidade - ADI nº 5.658
392 do Supremo Tribunal Federal (para essa ação, é preciso ter advogado, rol de documentos anexados à
393 petição, procuração, estatuto da entidade e ata de eleição da gestão da entidade com quadro diretivo
394 atualizado). Finalizado este ponto, a mesa retomou os informes e indicações. **Informes - 1)** conselheiro
395 **Moyés Toniolo** informou que foi disponibilizada aos conselheiros Nota/Carta da ANAIDS
396 manifestando preocupação com a chegada constante de Venezuelanos no Brasil. **2)** Conselheiro
397 **Geordeci Menezes de Souza** informou o Pleno sobre a situação do processo eleitoral do Conselho
398 Estadual do Rio Grande do Norte - CES/RN. Conselheira **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira** fez a
399 leitura de carta do Fórum Nacional de Entidades de Trabalhadores – FENTAS sobre o tema. Dada a
400 necessidade de definição de encaminhamentos, foi aberta a palavra ao Plenário para manifestação.
401 Conselheiro **Luiz Aníbal Vieira Machado** solicitou que o CNS se posicionasse sobre a situação do
402 CES/RN e de outros conselhos locais que também enfrentam dificuldades. Conselheiro **Wanderley**
403 **Gomes da Silva** salientou que esse era um assunto, a princípio, do CES/RN, portanto, o CNS deveria
404 manifestar-se se provocado pelas partes envolvidas. Lembrou, além disso, a necessidade de assegurar
405 o contraditório em qualquer situação e debate. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** perguntou se
406 a forma como a denúncia chegou ao CNS não era a mais correta e, se não, seria necessário redefinir.
407 Conselheira **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira**, na sua fala, propôs os seguintes encaminhamentos:
408 pautar o tema no CNS, inclusive para maior aprofundamento da discussão, com convite às partes
409 envolvidas; e definir fluxo para tratamento das denúncias de conselhos estaduais ao CNS. Conselheiro
410 **Geordeci Menezes de Souza** concordou com a proposta de elaborar fluxo para tratamento das
411 denúncias de conselhos estaduais apresentadas ao CNS, sem entrar no mérito da situação do
412 CES/RN. **Como encaminhamento, o Pleno acatou a proposta do Presidente do CNS de debater**
413 **essas propostas no item das comissões. 3)** Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** falou sobre o
414 documento da ANVISA, protocolado no CNS, que trata da lenalidomida, substância utilizada para
415 tratamento de mieloma. A ANVISA aprovou RDC nº. 192/2017 para disciplinar o uso da lenalidomida
416 estabelecendo critérios e cuidados específicos. A substância é registrada em quarenta países e até o
417 momento somente foram reportados quatro casos de efeitos adversos. O produto é utilizado no Brasil,
418 mesmo ainda não havendo comercialização. A estratégia inicial de comercialização se iniciará em
419 clínica especializada e não haverá comercialização fora do âmbito hospitalar e segundo o rígido
420 protocolo para o respectivo controle. Considerando a novidade do registro da molécula no Brasil, o
421 medicamento ainda não foi incluído no SUS. **Indicações - 1)** Comitê Intersetorial de Políticas Públicas
422 para a Primeira Infância. Finalidade: assegurar a articulação de ações destinadas à proteção e à
423 promoção dos direitos da criança na primeira infância. Solicitação de indicação de dois representantes
424 do CNS, um titular e um suplente, para compor o Comitê. **Deliberação: o Plenário decidiu ratificar a**
425 **decisão acerca desse tema na 301ª RO do CNS: entendendo a necessidade de maiores**
426 **informações sobre o Comitê, o Plenário decidiu, por consenso, que a Comissão Intersetorial de**

427 **Atenção à Saúde nos Ciclos de Vida - CIASCV deverá pautar debate desse tema na próxima**
428 **reunião, com convite aos conselhos que constituem comitê, e apresentará ao Plenário do CNS**
429 **documento detalhando o objetivo do Comitê. Esse documento subsidiará a decisão do CNS no**
430 **que diz respeito à participação ou não no Comitê. Conselheiro Antônio Lacerda Souto deverá**
431 **participar do debate porque é conselheiro do CONANDA e poderá contribuir na discussão. 2)**
432 Convite para o 1º Simpósio de Direitos Humanos dos Pacientes e dos Profissionais de Saúde - Direitos
433 Humanos para a Enfermagem e o 1º Seminário Internacional de Direitos do Paciente. Local: Fiocruz
434 Brasília. Data: 14 e 15 de março de 2018. O evento resulta de parceria entre a Fiocruz Brasília, por
435 intermédio do Programa de Direito Sanitário (Prodisa), Conselho Federal de Enfermagem (COFEN),
436 UniCEUB, Conselho Nacional de Saúde e Associação Lusófona de Direito da Saúde (Aldis).
437 *Apresentação:* conselheira **Ivone Martini de Oliveira**. Definido esse ponto, a mesa suspendeu para o
438 almoço. Estiveram presentes os seguintes conselheiros e conselheiras na manhã do primeiro dia de
439 reunião: *Titulares* – **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB;
440 **Antônio Lacerda Souto**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG;
441 **Antônio Pitol**, Pastoral da Saúde Nacional; **Carmen Lucia Luiz**, União Brasileira de Mulheres – UBM;
442 **Carolina Abad**, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama –
443 FEMAMA; **Cláudio Ferreira do Nascimento**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO;
444 **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil –
445 FENACELBRA; **Cleuza Maria Faustino do Nascimento**, Federação Nacional dos Sindicatos dos
446 Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social – FENASPS; **Dylson Ramos**
447 **Bessa Júnior**, Organização Nacional de Entidades de Deficientes Físicos – ONEDEF; **Geordecy M.**
448 **Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **Heliana Neves Hemeterio dos Santos**, Associação
449 Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – ABGLT; **Henrique Sartori de**
450 **Almeida Prado**, Ministério da Educação – MEC; **Jani Betânia S. Capiberibe**, Associação Brasileira de
451 Autismo – ABRA; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João Rodrigues Filho**, Confederação
452 Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; **José Vanilson Torres da Silva**, Movimento Nacional
453 de População de Rua – MNPR; **Lorena Baía**, Conselho Federal de Farmácia – CFF; **Luiz Alberto**
454 **Catanoso**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos - SINDINAPI/FS; **Luiz Aníbal**
455 **Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Maria do Carmo Tourinho Ribeiro**,
456 Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos
457 Assistentes Sociais – FENAS; **Moysés Toniolo de Souza**, Articulação Nacional de Luta Contra a Aids
458 – ANAIDS; **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria – CNI; **Neilton Araújo de**
459 **Oliveira**, Ministério da Saúde; **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária -
460 CFMV; **Ricardo José Magalhães Barros**, Ministério da Saúde; **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos
461 Indígenas da Região Sul – ARPINSUL; **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos
462 Farmacêuticos – Fenafar; **Sarlene Moreira da Silva**, Coordenação das Organizações Indígenas da
463 Amazônia Brasileira – COIAB; **Wanderley Gomes da Silva**, Confederação Nacional das Associações
464 de Moradores – CONAM; e **Zaira Tronco Salerno**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN).
465 *Suplentes* – **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello**, Associação Brasileira Superando o Lúpus; **Analice**
466 **Dantas Santos**, Conselho Federal de Serviço Social – CFESS; **Ana Paula Batista Soledade**,
467 Associação Brasileira de Ostomizados – ABRASO; **Clarice Baldotto**, Associação de Fisioterapeutas do
468 Brasil (AFB); **Dulcilene Silva Tiné**, Confederação Nacional de Saúde – CNS; **Elgiane de Fatima**
469 **Machado Lago**, Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil – CTB; **Fernando Zasso**
470 **Pigatto**, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Francisca Valda da Silva**,
471 Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; **Gilene José dos Santos**, Sindicato Nacional dos
472 Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical – Sindnapi; **Heleno Rodrigues Corrêa Filho**;
473 Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES; **Ivone Martini de Oliveira**, Conselho Federal de
474 Enfermagem – COFEN; **Joana Batista Oliveira Lopes**, Federação Nacional dos Odontologistas –
475 FNO; **João Bosco C. Chaves**, Federação Nacional dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais –
476 FENAFITO; **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB;
477 **José Eri Osório de Medeiros**, Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde –
478 CONASEMS; **Jupiara Gonçalves de Castro**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos
479 Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil – FASUBRA; **Lenir Santos**,
480 Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down – FBASD; **Lenise Aparecida Martins**
481 **Garcia**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Maria Angélica Zollin de Almeida**,
482 Federação Nacional dos Médicos Veterinários – FENAMEV; **Maria da Conceição Silva**, União de
483 Negros pela Igualdade; **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira**, Associação Brasileira de Terapeutas
484 Ocupacionais – ABRATO; **Rafael Nunes do Nascimento**, União Nacional dos Estudantes – UNE;
485 **Sérgio Diego de França**, Organização Nacional de Cegos do Brasil – ONCB; **Shirley Marshal Diaz**
486 **Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE; e **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da
487 Criança. Retomando, houve inversão de pauta, com debate do item 5. **ITEM 5 – COMISSÃO**
488 **INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS E RELAÇÕES DE TRABALHO – CIRHRT -**

489 *Apresentação:* conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, da Mesa Diretora do CNS e
490 coordenadora adjunta da CIRHRT. *Coordenação:* conselheiro **Nelson Mussolini**, da Mesa Diretora do
491 CNS. Primeiro, a coordenadora adjunta da comissão apresentou os 37 pareceres apresentados pela
492 CIRHRT/CNS, sendo três satisfatórios, 22 satisfatórios com recomendações e doze insatisfatórios.
493 *Satisfatórios:* **1)** 201503796 - Centro Universitário de Belo Horizonte – UNIBH. Minas Gerais. Belo
494 Horizonte. Medicina. Renovação de reconhecimento. **2)** 201504266 - Universidade Federal da Paraíba.
495 Paraíba. João Pessoa. Enfermagem. Renovação de reconhecimento. **3)** 201605168 - Centro de Ensino
496 Superior de Ilhéus – CESUPI. Bahia. Ilhéus. Psicologia. Reconhecimento. **Deliberação: aprovados,**
497 **por unanimidade, os três pareceres satisfatórios. Satisfatórios com recomendações:** **1)** 201503751 -
498 Universidade Anhanguera de São Paulo - UNIAN - SP - unidade Belenzinho. São Paulo. São Paulo.
499 Enfermagem. Renovação de reconhecimento. **2)** 201503779 - Centro de Ensino Superior De Valença –
500 CESVA. Rio de Janeiro. Valença. Medicina. Renovação de reconhecimento. **3)** 201503969 - Centro
501 Universitário de Rio Preto – UNIRP. São Paulo. São José do Rio Preto. Odontologia. Renovação de
502 reconhecimento. **4)** 201507876 - Centro Universitário Alves Faria (UNIALFA). Goiás. Goiânia.
503 Psicologia. Reconhecimento. **5)** 201600372- Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL. Santa
504 Catarina. Florianópolis. Psicologia. Reconhecimento. **6)** 201601095 – Faculdade Funorte de Janaúba.
505 Minas Gerais. Janaúba. Psicologia. Autorização. **7)** 201602989 - Universidade Paranaense – UNIPAR.
506 Paraná. Francisco Beltrão. Odontologia. Reconhecimento. **8)** 201604827- Faculdade Estácio de Feira
507 de Santana. Bahia. Feira de Santana. Enfermagem. Reconhecimento. **9)** 201607003 - Faculdade
508 Anhanguera de Anápolis. Goiás. Anápolis. Odontologia. Autorização. **10)** 201607524 Faculdade
509 Uninassau Cabo – UNINASSAU Cabo. Pernambuco. Cabo de Santo Agostinho. Enfermagem.
510 Autorização. **11)** 201607672 - Universidade Anhanguera de São Paulo – UNIAN-SP. São Paulo. São
511 Bernardo do Campo. Odontologia. Autorização. **12)** 201503502- Faculdade Metropolitana da Grande
512 Fortaleza – FAMETRO. Ceará. Fortaleza. Enfermagem. Renovação de reconhecimento. **13)** 201608155
513 - Faculdade SOCIESC de Blumenau. Santa Catarina. Blumenau. Odontologia. Autorização. **14)**
514 201608176- Faculdades Unificadas Teófilo Otoni. Minas Gerais. Teófilo Otoni. Odontologia.
515 Autorização. **15)** 201608297 - Faculdade Capital Federal – FECAP. São .Taboão da Serra. Psicologia.
516 Autorização. **16)** 201608447 - Faculdade de Ciências da Saúde – SOBRESP. Rio Grande do Sul. Santa
517 Maria. Odontologia. Autorização. **17)** 201608465 - Faculdade Metropolitana de Marabá – Metropolitana.
518 Pará. Marabá. Psicologia. Autorização. **18)** 201608500 - Faculdade do Espírito Santo. Espírito Santo.
519 Cachoeiro de Itapemirim. Enfermagem. Autorização. **19)** 201608545- Universidade Federal do Acre.
520 Acre. Rio Branco. Psicologia. Reconhecimento. **20)** 201608648- Universidade Estácio de Sá. Rio de
521 Janeiro. Nova Iguaçu. Odontologia. Autorização. **21)** 201608728 - Faculdade de Guarulhos – FAG. São
522 Paulo. Guarulhos. Odontologia. Reconhecimento. **22)** 201702291 - Faculdade Educacional Fortaleza –
523 EDUFOR. Ceará. Fortaleza. Psicologia. Autorização. *Insatisfatórios. Deliberação: aprovados, por*
524 **unanimidade, os 22 pareceres satisfatórios com recomendações.** **1)** 201304133 - Faculdade de
525 Ciências Aplicadas e Tecnológicas do Litoral Sul – FACSUL. São Paulo. Itanhaém. Enfermagem.
526 Autorização. **2)** 201412766 - Faculdade UNINASSAU. Natal. Rio Grande do Norte. Natal. Enfermagem.
527 Autorização. **3)** 201502172 - Faculdade Novo Tempo da Serra Grande – FNT. Ceará. Tianguá.
528 Enfermagem. Autorização VC. **4)** 201506155 - Faculdade Educacional de Francisco Beltrão (FEFB).
529 Paraná. Francisco Beltrão. Odontologia. Reconhecimento. **5)** 201600840 - Faculdade Mário Quintana –
530 FAMAQUI. Rio Grande do Sul. Porto Alegre. Psicologia. Autorização. **6)** 201602747- Centro
531 Universitário do Vale do Ipojuca – UNIFAVIP. Pernambuco. Caruaru. Odontologia. Autorização. **7)**
532 201603268 - Faculdade Promove de Alfenas – PROMOVE. Minas Gerais. Alfenas. Odontologia.
533 Autorização VC. **8)** 01606708- Faculdade Anhanguera de São José. São Paulo. São José dos Campos.
534 Odontologia. Autorização. **9)** 201607969 - Faculdade Ideal – FACI. Pará. Belém. Enfermagem.
535 Autorização. **10)** 201608636 - Faculdade Universus Veritas de Belo Horizonte. Minas Gerais. Belo
536 Horizonte. Enfermagem. Autorização. **11)** 201609641- Faculdade UNA de Jataí. Goiás. Jataí.
537 Psicologia. Autorização VC. **12)** 201701398 - Faculdade de Ciências da Saúde IGESP. São Paulo. São
538 Paulo. Enfermagem. Autorização VC. **Deliberação: aprovados, com uma abstenção, os doze**
539 **pareceres insatisfatórios.** A Secretária Executiva do CNS, **Neide Rodrigues**, informou a mudança da
540 data da reunião da CIRHRT em função da reunião ampliada nos dias 19 e 20 de março, antes da
541 próxima reunião ordinária do CNS. Definido esse ponto, procedeu-se à Resolução n°. 559/2017, que
542 aprova o Parecer Técnico n° 161/2017 sobre as recomendações do Conselho Nacional de Saúde à
543 proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Fisioterapia. Conselheira
544 **Clarice Baldotto** recuperou que, após a aprovação da Resolução n° 559/2017, o COFFITO e a AFB
545 reuniram-se para debate da Resolução e identificaram problemas e inconsistência na Nota Técnica e a
546 Resolução. Em sendo consultada, a CIRHRT apontou a necessidade de reelaborar a resolução para
547 apreciação na Comissão e, posteriormente, no Plenário do CNS. Seguindo essa orientação, a
548 coordenação da ABENFISIO, com apoio de outras entidades da área, elaborou documento solicitando a
549 revisão dos seguintes itens da Resolução n°. 559/17: art. 9º - modificação da redação dos incisos XIV e
550 XV; art. 10 - exclusão do inciso VI, §§ 1º, 2º e 3º. Explicou que as modificações foram aprovadas por

551 unanimidade na CIRHRT e levadas à Mesa Diretora do CNS. Além dessas questões, destacou o último
552 artigo da Resolução (define que, em sendo aprovada, a 559/2017 revogaria a Resolução n°. 4 do
553 Conselho Nacional de Educação), para questionar se uma resolução do CNS pode revogar resolução
554 do CNE. Conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** perguntou se a aprovação de resolução de
555 ajuste a 559/2017, sem revogação, contemplaria a proposta da ABENFISIO. Conselheiro **Neilton**
556 **Araújo de Oliveira**, primeiro, frisou que é dever do Plenário do CNS ajustar seus atos normativos no
557 caso de identificar equívocos, por outro lado, chamou a atenção para a necessidade de aprofundar o
558 debate, inclusive nas comissões, antes da deliberação. Sobre a Resolução n°. 559, sugeriu que a
559 CIRHRT reformule o texto, conforme os ajustes apresentados pela ABENFISIO, e envie previamente
560 aos conselheiros para análise. A nova minuta seria apreciada e votada na próxima reunião Plenária do
561 Conselho. Conselheira **Clarice Baldotto** reiterou que as modificações sugeridas pela ABENFISIO
562 foram aprovadas, por unanimidade, na CIRHRT e, por essa razão, o tema foi trazido novamente ao
563 CNS. Conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** explicou que o tema foi debatido em
564 profundidade nas entidades de ensino da fisioterapia, na Comissão do Conselho Federal de
565 Fisioterapia e na CIRHRT, portanto, diante do acúmulo de debate, defendeu a aprovação da nova
566 resolução de ajustes, mantendo o mérito da resolução anterior do CNS, já aprovada. Após essa fala, a
567 mesa procedeu ao encaminhamento. **Deliberação: o Plenário decidiu que a Resolução n°. 559/2017,**
568 **que aprova o Parecer Técnico nº 161/2017 sobre as recomendações do Conselho Nacional de**
569 **Saúde à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Fisioterapia,**
570 **deverá ser remetida novamente à CIRHRT para ajustes. O novo texto será encaminhado com**
571 **antecedência aos conselheiros para aprovação na próxima reunião do CNS.** Conselheira
572 **Francisca Valda da Silva** lembrou que o CNS indicou, em novembro de 2017, representante do CNS
573 para participar da Comissão da Câmara de Ensino Superior do MEC que irá elaborar resolução sobre
574 as DCNs da Enfermagem. Apesar dessa indicação, registrou que o CNS não foi convocado para
575 participar da reunião desta Comissão, realizada no mês de fevereiro de 2018. **ITEM 4 – SITUAÇÃO**
576 **MIGRATÓRIA NO BRASIL E OS IMPACTOS NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE - Apresentação:**
577 **André Vaca Furquim**, Diretor adjunto do Departamento de Migrações – DEMIG/MJ; **Kelly Barcelar**,
578 Chefe de Gabinete da Secretária de Gestão Estratégica e Participativa – SGE/MS; e **Marcelo**
579 **Rodrigues Batista**, Presidente do Conselho Estadual de Saúde de Roraima – CES/RO e Secretário de
580 Saúde do Estado de Roraima. **Coordenação:** conselheiro **Neilton Araujo de Oliveira**, da Mesa Diretora
581 do CNS; e conselheiro **Rildo Mendes**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando este ponto, conselheiro
582 **Neilton Araújo de Oliveira** destacou que este é um tema oportuno e foi pautado para reflexão do
583 processo de imigração em nível nacional, do ponto de vista sanitário, a partir da situação da Região
584 Norte. A intenção é garantir que o CNS seja um canal de repercussão sobre a importância dessa
585 questão para a sociedade brasileira. O primeiro expositor foi o Presidente do Conselho Estadual de
586 Saúde de Roraima, **Marcelo Rodrigues Batista**, que abordou os impactos da imigração venezuelana
587 no sistema de saúde de Roraima. Começou explicando que Roraima é o Estado mais setentrional da
588 federação, na fronteira com a Venezuela e Guiana e ocupa uma área aproximada de 224.300 km²,
589 sendo o décimo quarto maior estado brasileiro. O Estado é o menos populoso do país, com uma
590 população de 514.229 habitantes, segundo estimativas de 2016 do Instituto Brasileiro de Geografia e
591 Estatística (IBGE). É, também, o que apresenta a menor densidade demográfica na federação, com
592 2,25 hab./km². Sua economia, baseada principalmente no setor terciário, registra uma alta taxa de
593 crescimento, embora seu Produto interno bruto (PIB) seja o menor do país, com seus R\$ 9,027 bilhões,
594 representando 0,15% da economia brasileira. No contexto atual, explicou que hoje acontece grande
595 imigração de venezuelanos, dirigindo-se principalmente para o Município de Pacaraima. A estimativa é
596 de 70 mil venezuelano no Estado, com aumento substancial nos últimos dois anos. Diante da situação
597 política da Venezuela, os moradores estão fugindo do país com destino à Colômbia e ao Brasil. Esse
598 aumento desenfreado, tem causado sérios problemas para o Estado e para o Brasil. Explicou que os
599 abrigos públicos estão lotados, assim, as praças de Boa Vista tornaram-se moradia de venezuelanos.
600 Além disso, essa nova população está causando aumento dos custos com a saúde pública, com aumento
601 de 3.000% da capacidade hospitalar do Estado (em 2014 as unidades hospitalares atenderam 766
602 venezuelanos e, em 2017, foram 18 mil atendimentos). Disse que janeiro de 2018 foi o mês com o
603 maior índice de entrada de venezuelanos em Roraima. Salientou que, por ser um estado fronteiriço, o
604 atendimento de pacientes Venezuelanos é uma realidade histórica em todo o Sistema de Saúde do
605 Estado, no entanto, a partir de 2015, com o acirramento da crise econômica e política na Venezuela,
606 houve um aumento crescente e progressivo no número de atendimentos principalmente na média e alta
607 complexidade, para atendimento de eletivos e emergência clínicos e cirúrgicos, inclusive obstétricos.
608 Houve um aumento de 3.532% de atendimento em todas as unidades de saúde do Estado, 1.625%
609 somente no Hospital Geral de Roraima, maior hospital do Estado. Salientou que a imigração
610 desenfreada de venezuelanos piorou a superlotação no maior o hospital de Roraima – o HGR (Hospital
611 Geral de Roraima). A unidade que em janeiro de 2014 atendeu 26 pacientes estrangeiros, recebeu
612 mais de 900 imigrantes, só no mês passado. Para amenizar a superlotação, foram remanejados setores

613 administrativos para a criação de um novo bloco com trinta leitos no HGR, minimizando
614 consideravelmente a acomodação de macas nos corredores dos blocos. No Hospital Materno Infantil,
615 única maternidade do Estado, 572 venezuelanas deram à luz no Brasil em 2017, uma média de 47
616 partos/mês. Em janeiro deste ano, mais de 180 venezuelanas já tiveram filhos brasileiros na
617 maternidade em Roraima. Atualmente seis filhos de mulheres venezuelanas nascem no Hospital
618 Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth por dia; um a cada 4 horas. Além disso, salientou que no
619 Hospital situado no município de Pacaraima, fronteira com a Venezuela, até 90% dos atendimentos
620 atualmente são prestados a venezuelanos. Após o boom da imigração venezuelana, o número de
621 atendimentos gerais em Pacaraima cresceu 57% de 2016 para 2017. Para solucionar definitivamente o
622 déficit de leitos, o governo de Roraima está concluindo duas unidades hospitalares. No cenário
623 epidemiológico, disse que a migração de venezuelanos para o Estado de Roraima é um evento com
624 intenso trânsito e grande número de pessoas e, além da sobrecarga dos serviços da rede assistencial,
625 aumenta o risco de disseminação de doenças, podendo ocorrer a introdução ou reintrodução de
626 doenças no Estado, a exemplo do que ocorreu recentemente com o sarampo. Destacou o risco dos
627 agravos e doenças para Roraima decorrente da migração: alto risco – febre hemorrágica, venezuelana,
628 rubéola, febre amarela, tuberculose, coqueluche, sarampo, difteria, pneumonia; e risco moderado –
629 meningite, HIV, sífilis, malária, dengue, zika, chikungunya e SG (influenza). Elencou os principais
630 agravos de notificação compulsória registrados em residentes da Venezuela em Roraima: leishmaniose
631 tegumentar americana; acidente por animais peçonhentos; hepatites virais; AIDS; tuberculose;
632 atendimento antirrábico; violência interpessoal/autoprovocada; leishmaniose visceral; meningite; e febre
633 chikungunya. Diante desse quadro, apresentou as ações de emergência. No final de 2016 foi instituído
634 em caráter emergencial o Gabinete Integrado de Gestão Migratória por meio do Decreto
635 Governamental nº 21.871-E, com a finalidade de planejar e executar ações de controle e atenção ao
636 migrante venezuelano. Em 7 de novembro de 2017, por meio da SESAU/GAB/Portaria nº 3.148, foi
637 instituída a Sala de Situação de Emergência em Saúde dos Imigrantes como ferramenta para a gestão
638 e a coordenação da resposta às emergências em saúde pública, estabelecendo atuação coordenada,
639 no âmbito da CGVS/SESAU, para resposta às emergências em saúde pública, por meio da interlocução
640 com outras áreas do setor. Em 4 de dezembro de 2017, o Decreto Governamental nº 24.469-E declara
641 situação de emergência social no estado de Roraima, afetado por imenso processo de imigração,
642 ocasionado pela crise social-econômica na Venezuela, ficando a Secretaria de Estado da Saúde
643 autorizada a adotar todas as medidas cabíveis, a fim de minimizar os riscos decorrentes da situação de
644 anormalidade com o objetivo de proteção à saúde da população. Como saída, apontou a necessidade
645 de criar barreira sanitária na fronteira do Brasil e, como demandas emergenciais, aumento nos
646 repasses da MAC equivalente à produção; liberação de emendas parlamentares pendentes; e
647 incremento financeiro para ações de vigilância epidemiológica. A Chefe de Gabinete da SGE/MS,
648 **Kelly Barcelar**, iniciou sua fala justificando a ausência da Secretária da SGE, **Gerlane Bacarin**, que
649 se encontrava em reunião do comitê que tratava da situação migratória em Roraima. Destacou que, em
650 15 de fevereiro de 2018, foi publicada a Medida Provisória nº 820, que dispõe sobre medidas de
651 assistência emergencial para acolhimento a pessoas em situação de vulnerabilidade decorrente de
652 fluxo migratório provocado por crise humanitária. Explicou que a SGE coordenava as ações
653 intersetoriais nesta área, realizadas em parceria com outras secretarias do Ministério da Saúde,
654 entendendo que a população de imigrantes é vulnerável e grande parte está em situação de rua ou de
655 abrigamento. Disse que o Ministério da Saúde trabalhava com o tema desde 2016 a partir da
656 identificação do aumento do fluxo migratório no Estado de Roraima. Em maio de 2017, o Ministério
657 definiu agenda de trabalho nos Estados de Roraima e Amazonas (na época, Estados com maior
658 número de imigrantes), mas optou-se por intensificar as ações em Roraima. Em agosto de 2017, foi
659 instituído GT Tripartite que vem trabalhando na elaboração de plano de ação integrado que prevê:
660 repasse de recursos financeiros complementares, apoio técnico aos Estados, fortalecimento da
661 imunização da população local e imigrante, instalação da sala de situação, publicação de cartilha
662 “Saúde para Todos” para orientar o imigrante sobre o direito do acesso à saúde, ampliação da
663 capacidade de atendimento na atenção básica (flexibilização do horário de atendimento), aumento do
664 teto do MAC, habilitação de leitos e fornecimento de equipamentos, mobiliários e equipamentos para o
665 Estado de Roraima. Este plano foi assinado em janeiro de 2018 e o estágio é de monitoramento da
666 execução das ações definidas. Também disse que estava prevista a implantação de equipes de
667 consultório na rua nos municípios de Boa Vista e Pacaraima e a criação de sala de vacina na fronteira
668 de Roraima com a Venezuela. Acrescentou que o MS possui agenda de trabalho para intensificar o
669 apoio aos Estados do Amazonas e do Pará. Além da Medida Provisória nº. 820, destacou a publicação
670 do Decreto nº 9.285, que reconhece o estado de emergência social no Estado de Roraima e a criação
671 do comitê federal de assistência emergencial. Ainda no âmbito do MS, disse que em janeiro de 2018 foi
672 instituído GT para tratar sobre saúde do estrangeiro. Finalizando, disse que o MS está em processo de
673 avaliação sobre como será o processo de apoio à interiorização dos imigrantes e ordenação de
674 fronteiras. O diretor adjunto do DEMIG/MJ, **André Vaca Furquim**, agradeceu o convite e fez

675 comentários gerais sobre o processo migratório no Brasil. Explicou que, em 21 de novembro de 2017,
676 entrou em vigor a Lei de Migração, nº. 13.445 e, na mesma data, foi publicado o decreto de
677 regulamentação, nº. 9.199/2017. Esse marco trouxe novo enfoque, assegurando ao imigrante
678 tratamento análogo ao brasileiro. Disse que, nos últimos anos, o Brasil tem sido alvo de imigrantes
679 sírios e haitianos e, atualmente, de venezuelanos no Estado de Roraima. Do ponto de vista migratório,
680 esclareceu que essas pessoas são recebidas na condição de solicitante de refúgio e de requerente de
681 residência, com base na Resolução nº. 126 do Conselho Nacional de Imigração (será substituída por
682 portaria interministerial com base no novo marco migratório). Destacou que não há sinalização de
683 redução desse fluxo de imigrantes no país, portanto, é preciso aprimorar a maneira de recepcioná-los.
684 Disse que a intenção é garantir aos venezuelanos, com celeridade, a documentação para
685 deslocamento interno em território nacional, caso desejarem. Frisou que o MS precisa acompanhar o
686 direcionamento da população migrante em território nacional para saber se o Estado destino tem
687 condições de recebê-la. Inclusive, colocou os dados do MJ e da polícia federal à disposição para
688 identificar possíveis fluxos de interesse dessa população, para planejar ações e preparar a rede de
689 saúde. Por fim, disse que é preciso preparar a rede inclusive para tratar/acolher os imigrantes e evitar
690 tratamento xenofóbico. **Manifestações.** Conselheiro **Moyses Toniolo de Souza** explicou que a ANAIDS
691 divulgou nota explicitando preocupação com a situação da Venezuela, notadamente no que se refere
692 ao acesso à saúde e em especial à assistência e prevenção do HIV/AIDS. Destacou que a migração de
693 refugiados venezuelanos para o Brasil, principalmente no Estado de Roraima, demonstra a grave
694 situação que atravessam os venezuelanos em geral, pressionando o sistema de saúde, assistência
695 social, e de educação das cidades brasileiras da Região Norte. Destacou a preocupação especial com
696 a interrupção dos tratamentos com antirretrovirais pela população soropositiva, entendendo que a
697 interrupção dessa política acarretará em rápida deterioração da saúde das pessoas que dela
698 necessitam. Destacou que são mais de 80.000 pessoas vivendo com HIV/AIDS na Venezuela e 80%
699 desta população não está sendo tratada, o que coloca o país entre os piores do mundo para
700 soropositivos. Considerando a gravidade da situação, destacou a importância de ação Intersetorial –
701 governo federal e estadual, para acolher os refugiados e prover suas necessidades, incluindo as de
702 saúde. Além disso, salientou que é essencial ação coordenada com o Departamento de DST/AIDS para
703 enfrentar a emergência social no Estado de Roraima. Conselheiro **Heleno Rodrigues Corrêa Filho**,
704 em nome do CEBES, solicitou que esse debate seja orientado pela fraternidade entre os povos, pelos
705 princípios internacionalistas que pautaram a ação diplomática do Brasil nos últimos 60 anos e a
706 permeabilidade das fronteiras brasileiras. Nessa lógica, solicitou a não utilização do termo “barreira
707 sanitária”, porque pode levar a interpretações equivocadas. Como saída, disse que podem ser
708 ofertados serviços seletivos na região, segundo as necessidades dos imigrantes. Conselheiro **André**
709 **Luiz de Oliveira** destacou que a situação dos imigrantes é grave e necessita de respostas rápidas das
710 três esferas de governo, inclusive para resolver as condições subumanas em que as pessoas estão
711 vivendo. Disse que duas entidades da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB
712 acompanham o tema de perto e a igreja está à disposição para contribuir nas ações voltadas a resolver
713 os problemas nessa área. Lembrou que a migração não é uma realidade específica de Roraima, mas
714 no momento é a que necessita de resposta mais rápida. Finalizou manifestando solidariedade ao
715 povo venezuelano pela grave situação que enfrentam. Conselheiro **Rildo Mendes** também falou sobre
716 os índios ianomâmis que migram para o Brasil e solicitou que fossem contemplados no plano de ação
717 do Ministério da Saúde. Lembrou ainda dos imigrantes haitianos na Região Sul, destacando o
718 preconceito enfrentado por esses povos e apelou para a importância de definir ações voltadas à
719 integração dos imigrantes. Conselheiro **José Vanilson Torres da Silva** destacou a preocupação do
720 Movimento de População de Rua com essa situação, tendo em vista que a maioria dos imigrantes
721 encontra-se em situação de rua ou acampados. A fim de conhecer melhor a situação, fez os seguintes
722 questionamentos: qual o número de imigrantes em Roraima? Qual o número da população de rua
723 local? As ações feitas para imigrantes também se dirigem às populações de rua? Destacou que a
724 população de rua vem aumentando no Brasil e aumentará ainda mais e, nesse sentido perguntou qual
725 o papel do DAGEP no que se refere à política de equidade. Por fim, quis saber quais são as ações do
726 Departamento para essas populações, lembrando que os comitês de populações vulneráveis não
727 estavam se reunindo e quais ações do governo para socorrer as populações. Conselheira **Sarlene**
728 **Moreira da Silva** destacou a presença de indígenas da etnia warau e pemonos nos abrigos de
729 imigrantes em Roraima e lamentou ações xenofóbicas contra os imigrantes venezuelanos. Frisou a
730 importância de acolher e apoiar essa população e evantou, inclusive, a possibilidade de promover
731 ajudas humanitárias, com doações de roupas, comidas e outros materiais de primeira necessidade para
732 os imigrantes em Roraima. Por fim, perguntou que ações concretas serão realizadas pela União, por
733 Estados e Municípios para resolver a situação. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente
734 do CNS, destacou que lamentavelmente hoje se vive o resultado da expressão da hegemonia do
735 conceito da violência e, no Brasil, adotou-se o uso das forças armadas como “remédio” para uma séria
736 crise social, a exemplo do que acontece no Rio de Janeiro. Na sua visão, o CNS deve defender que o

enfrentamento da violência, a priorização da cultura de paz, o fortalecimento dos valores da solidariedade orientem a definição das políticas públicas. Conselheiro **Rafael Nunes** salientou que é preciso conhecer o plano de ação da Presidência da República e saber o montante de recursos do governo federal para resolver a situação de emergência em Roraima. Conselheiro **Cláudio Ferreira do Nascimento** salientou que o CNS deve acompanhar a situação em Roraima e avaliar o impacto do decreto da presidência que modificou a lei de imigração, porque criminaliza os imigrantes. Conselheiro **Wanderley Gomes da Silva** concordou que é preciso avaliar a nova lei de imigração e ressaltou que o país deve acolher a população migrante de forma humanitária, primando pela integração do povo latino-americano. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** manifestou satisfação com o debate deste tema no CNS e salientou que é preciso aprofundar o debate sobre acolhimento desses povos e atenção à saúde. No seu entendimento, o CNS pode realizar trabalho para contribuir na reflexão sobre a necessidade de acolhimento dessas pessoas. Conselheiro **Dylson Ramos Bessa Júnior** destacou que é preciso contemplar as pessoas com deficiência no plano de ação emergencial em Roraima. **Retorno da mesa.** A Chefe de Gabinete da SGE/MS, **Kelly Barcelar**, pontou as seguintes questões a partir das falas: plano integrado contempla ações em parceria com a ANAIDS e outras entidades; em 2017, o DAGEP teve execução orçamentária recorde e promoveu várias ações voltadas à implementação de políticas de equidade, inclusive voltadas à população em situação de rua; a última reunião dos comitês de equidade ocorreu em abril de 2017 (essa informação foi questionada pelo conselheiro Vanilson Torres) e há previsão de nova reunião em 2018; e a SESAI/MS realiza atendimento à saúde dos indígenas Warau em Boa Vista, por meio dos DSEI Leste e Yanomami. O Presidente do CES/RR, **Marcelo Rodrigues Batista**, destacou que o MS tem contribuído com o Estado para resolver os problemas, mas a situação é muito crítica. Desculpou-se pela utilização do termo barreira sanitária, explicando que a intenção é garantir maior controle sanitário na fronteira. Destacou que a Cáritas Brasileira/CNBB e outras entidades realizam importante trabalho com as populações migrantes em Roraima. Nas ações, destacou a importância da vacinação da população migrante nas praças e de outras ações *in loco*. Destacou o cuidado e atenção do Ministro da Saúde com situação do Estado, lembrando que ele lá esteve por seis vezes. O diretor adjunto do DEMIG/MJ, **André Vaca Furquim**, fez um apanhado geral das intervenções, destacando que: a integração dos imigrantes é um desafio da sociedade e do governo; a integração dos entes federados e a presença da sociedade civil são essenciais para tratar esse tema; é essencial definir planejamento exequível para a situação; e os normativos infralegais não desrespeitaram a lei de imigração – é preciso conhecer os itens que estão causando interpretação equivocada. Conselheiro **Rildo Mendes** sintetizou os principais pontos colocados nas intervenções e os conselheiros fizeram novos acréscimos. Após considerações, a mesa encaminhou as propostas oriundas do debate. **Deliberação: o Plenário aprovou as seguintes propostas: 1) realizar levantamento das questões levantadas durante o debate sobre pessoas com deficiência, idosos, indígenas em situação migratória e elaborar recomendação a ser encaminhada ao GT do MS que trata do tema, alertando para essas temáticas. A Mesa Diretora do CNS formulará o texto; 2) aguardar as informações sobre as reuniões do Comitê Técnico de Saúde Integral da População em Situação de Rua e, a depender das informações, recomendar que o comitê se reúna o mais breve possível (a Chefe de Gabinete da SGE/MS será responsável pela interlocução); e 3) aprovada moção de reconhecimento à ação das entidades da sociedade civil e dos movimentos sociais, por seus relevantes e fundamentais serviços prestados para acolhimento, cuidado e resolução de eventos de conflitos de migrantes no país, em especial, no estado de Roraima.** Definido esse ponto, o Presidente do CNS submeteu à apreciação do Pleno a minuta de recomendação à Comissão Intergestores Tripartite – CIT que prorogue, por mais trinta dias, o prazo da consulta pública acerca da minuta de resolução, que dispõe sobre a proteção e o tratamento de dados pessoais em saúde, totalizando 45 dias, até o dia 30 de março de 2018. **Deliberação: aprovada, com uma abstenção, a recomendação à Comissão CIT. ITEM 6 – COMISSÕES INTERSETORIAIS DO CNS - Grupos de Trabalho - Coordenação:** conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**. **1) Comissão Intersectorial de Atenção à Saúde das Pessoas com Patologias – CIASPP –** Neste ponto, o Pleno apreciou minuta de recomendação, elaborada pela Comissão. O texto, lido pelo conselheiro **Geordeci Menezes**, é o seguinte: “O Conselho Nacional de Saúde - CNS, em sua Trecentésima Segunda Reunião Ordinária, realizada nos dias 21 e 22 de fevereiro de 2018, por meio do uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e Considerando que a política pública para tratamento de Esclerose Múltipla atualmente vigente, consubstanciada na Portaria nº 391, de 5 de maio de 2015, estabelece o PCDT (Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêutica), o qual necessita de atualização, exigindo uma ampla discussão com a sociedade brasileira; Considerando que o perfil da Esclerose Múltipla é de uma doença autoimune neurológica grave, que afeta, em grande medida, adultos jovens em plena idade laboral. Conforme destacou durante a 293ª RO/CNS, ocorrida nos dias 11 e 12 de maio de 2017,

799 “a prevalência é 3 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo 20-30/100.000 no Brasil e 40.000
800 pessoas no Brasil, com frequência duas vezes mais alta em mulheres do que em homens”;
801 Considerando que o tratamento para Esclerose Múltipla é mais comum nos Estados do Sudeste e do
802 Sul do país, sendo necessário, inclusive, discutir o seu tratamento em outras regiões do país, para
803 superar iniquidades. Estima-se haver importante subdiagnóstico, de maneira que o número de
804 pacientes possivelmente supera o número estimado; Considerando ainda, de acordo com as
805 informações trazidas durante a 293ª RO/CNS, atualmente, “no PCDT brasileiro, é obrigatório seguir
806 uma escala de utilização do tratamento, prejudicando a individualização do tratamento de uma doença
807 que é extremamente heterogênea de uma pessoa para outra” sendo recomendada a flexibilização do
808 protocolo PCDT para “permitir que o médico tenha mais liberdade na escolha e troca de medicamentos
809 de acordo com o perfil de cada paciente e individualização de tratamento e redução de sequelas a longo
810 prazo”; Considerando também, que mundialmente, o mês de conscientização sobre Esclerose Múltipla
811 é maio, sendo que o dia mundial é tradicionalmente celebrado na última quarta-feira do mês. Portanto,
812 em 2018, a data será mundialmente celebrada em 30 de maio, e que no Brasil, a Lei n. 11.303, de 11
813 de maio de 2006, institui o dia 30 de agosto como o “Dia Nacional de Conscientização sobre a
814 Esclerose Múltipla” e o mês de agosto é reconhecido como o mês nacional da Esclerose Múltipla
815 (Agosto Laranja – em alusão da cor que identifica essa patologia); Considerando que essas datas são
816 importantes instrumentos para a promoção da saúde, pois permitem dar visibilidade aos problemas de
817 saúde e convidam toda a sociedade a os debater, e que a discussão sobre Esclerose Múltipla é
818 necessária para dar a devida dimensão ao debate em torno desse grave problema de saúde e da
819 política pública relativa a ele; e Considerando, por fim, que os debates havidos em 2017, notadamente
820 durante a 293ª RO/CNS, foram um importante passo dado, que exige novos desenvolvimentos em
821 torno do tema da Política para Tratamento da Esclerose Múltipla no SUS, tendo em vista o seu contínuo
822 fortalecimento. Recomenda: ao Ministério da Saúde, às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e
823 as Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, que: 1. promovam ações de conscientização sobre a
824 Esclerose Múltipla, os seus sintomas, meios de diagnóstico e tratamento, principalmente durante o mês
825 de maio; 2. mantenham em seus sítios eletrônicos conteúdo de promoção da saúde relacionado à
826 Esclerose Múltipla e que deem destaque a essas publicações no mês de maio, destacadamente no dia
827 30 de maio – isto é, dia mundial de conscientização sobre Esclerose Múltipla, e 3. apoiem a iluminação
828 de prédios públicos na cor laranja, durante o mês de maio. Especialmente, à Comissão Nacional de
829 Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) do Ministério da Saúde, que promova a atualização
830 do PCDT para Esclerose Múltipla e informe esse CNS a respeito do andamento do tema”. Concluída a
831 leitura, foram apresentadas as seguintes sugestões: segundo considerando, terceira linha, retificar o
832 texto: “(...) 20 a 30 casos/100 mil habitantes” e “(...) 40 mil pessoas *com situação de esclerose múltipla*”;
833 quarto considerando – substituir “recomendada” por um sinônimo “sugerida, orientada ou outro”; e
834 incluir dados de pesquisa no texto. **Deliberação: aprovada a recomendação com os adendos**
835 **sugeridos. 2) Minuta de Chamada para composição da Câmara Técnica da Atenção Básica**
836 **(CTAB/CNS) – apreciação do texto: ‘Chamada nº 000/2018 para composição da Câmara Técnica**
837 **da Atenção Básica (CTAB/CNS)’. Apresentação: conselheira Shirley Marshal Diaz Morales e**
838 **conselheira Maria da Conceição Silva. Conselheira Shirley Marshal Diaz Morales fez a leitura do**
839 **texto, a saber: “Chamada nº 000/2018 para composição da Câmara Técnica da Atenção Básica**
840 **(CTAB/CNS)”. 1. PREÂMBULO.** A Constituição Federal de 1988 (CF/1988) determina que a saúde é
841 direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à
842 redução de agravos à saúde e do risco de doenças, bem como ao acesso universal e igualitário às
843 ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. A Reforma Sanitária brasileira e a
844 criação do Sistema Único de Saúde (SUS) produziram mudanças na gestão, no controle/participação
845 social e no modelo assistencial. A descentralização do Sistema possibilitou a estados e municípios uma
846 atuação mais efetiva no enfrentamento dos problemas de saúde. A participação da sociedade se
847 intensificou, por meio dos Conselhos e das Conferências de Saúde, reafirmando o direito à saúde como
848 exercício de cidadania. Nesse contexto, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), enquanto órgão
849 colegiado de caráter permanente e deliberativo, atua na formulação e no controle da execução da
850 Política Nacional de Saúde, bem como nas estratégias e na promoção do processo de controle social,
851 em toda a sua amplitude, no âmbito dos setores público e privado. Deste modo, diante das atribuições
852 institucionais conferidas a este órgão colegiado, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, prevê a
853 criação de comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao CNS, integradas pelos
854 Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil, com a finalidade
855 de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não
856 compreendidas no âmbito do SUS. Além disso, as deliberações da 15ª Conferência Nacional de Saúde
857 reafirmam a importância da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), sendo fundamental para a
858 estruturação do SUS no país. É importante ressaltar que compete ao CNS o papel de fortalecer a
859 participação e o controle social no SUS (Art. 10, IX da Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de
860 2008), e também zelar pela aplicação dos princípios da integralidade e intersetorialidade nas três

861 esferas de governo, bem como o monitoramento permanente da efetivação da PNAB nos moldes das
862 diretrizes apontadas no Plano Nacional de Saúde e nas deliberações do Pleno do CNS. Diante disso, a
863 Recomendação CNS nº 35 de 11 de outubro de 2017 recomendou, dentre outras coisas, à Comissão
864 Intergestores Tripartite (CIT) que não deliberasse pela revisão da PNAB enquanto um amplo e
865 necessário processo de debate estivesse acontecendo. Após, a Recomendação CNS nº 51, de 6 de
866 outubro de 2017, recomendou à CIT a revogação da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que
867 aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para organização
868 da Atenção Básica no âmbito do SUS até a conclusão do processo de debate democrático da revisão
869 da PNAB. Em sentido similar foi aprovada a Recomendação CNS nº 60, de 10 de novembro de 2017,
870 ao Presidente da Câmara de Deputados e ao Presidente do Senado sugerindo que, nos limites das
871 respectivas competências legais e regimentais, ambos colocassem em regime de urgência de votação
872 a tramitação dos Projetos de Decretos Legislativos PDC - 786/2017 e outros; do PDC - 193/2017 e do
873 PDC - 198/2017, os quais pedem a suspensão da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que
874 aprovou a Política Nacional de Atenção Básica. A partir deste cenário e do acúmulo de debates e
875 deliberações do CNS, o seu Plenário, reunido em sua Ducentésima Nonagésima Sétima Reunião
876 Ordinária, realizada nos dias 14 e 15 de setembro de 2017, e no uso de suas competências regimentais
877 e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080/1990; pela Lei nº 8.142/1990; pelo Decreto nº 5.839/2006; e
878 cumprindo as disposições da CF/88, criou, por meio da Resolução CNS nº XXXX 2018, a Câmara
879 Técnica da Atenção Básica (CTAB/CNS). **2. OBJETO** - Esta Chamada tem o propósito de identificar,
880 criteriosamente, nos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, na Comunidade Acadêmica, nas
881 entidades representativas de profissionais de saúde, nos movimentos sociais e populares, para que
882 possam integrar a referida Câmara Técnica da Atenção Básica (CTAB/CNS). **3. DA CÂMARA**
883 **TÉCNICA. 3.1. OBJETIVO GERAL** - Discutir a efetivação da Política Nacional de Atenção Básica no
884 Brasil como instrumento estratégico para estruturação do SUS e sua interface com o modelo de
885 atenção à saúde focada na promoção da saúde, no intuito de acompanhar e propor alterações à PNAB,
886 e para que o Controle Social ofereça, de forma permanente, contribuições que visem a garantia integral
887 à saúde nas condições e direitos previstos na Constituição Federal de 1988. **3.2. COMPOSIÇÃO.**
888 Conforme dispõe o Art 3º da Resolução CNS XXX: “Art. 3º A CT será composta por até 20 integrantes.
889 §1º A CT prevista nesta Resolução será coordenada pela Mesa Diretora do CNS. §2º A participação na
890 CT não representa vínculo administrativo ou trabalhista, considerando-se serviço gratuito de relevância
891 pública.” **3.3 MEMBROS NATOS.** Serão considerados membros natos da CTAB/CNS os
892 representantes das instituições que fizeram parte da composição do Grupo de Trabalho da Atenção
893 Básica: União de Negros pela igualdade (UNEGRO); Movimento Nacional de População de Rua
894 (MNPR); Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (ABGLT);
895 Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE); e Ministério da Saúde – (MS). **3.4. PERFIL REQUERIDO**
896 **E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO.** 1. A Mesa Diretora, como coordenadora da câmara técnica (resolução
897 xxx/2018,art.3º,§ 1º), fará análise dos documentos previstos no item 4.3 e fará seleção dos inscritos. 2.
898 O/A participante indicado/a deve pertencer às seguintes categorias: Conselhos estaduais de saúde (3
899 vagas); Conselhos municipais de saúde (3 vagas); Comunidade acadêmica (3 vagas); Entidades
900 profissionais em saúde (3 vagas); e Movimentos sociais e populares (3 vagas). 3. O/A participante
901 indicado/a deve ter experiência mínima de 5 (cinco) anos em saúde pública/atenção básica. 4. O/A
902 participante indicado/a deve ter a qualificação acadêmica mínima de Especialização em saúde pública
903 ou saúde coletiva. 5. Na análise, será considerado o nível de graduação e estratificação de tempo de
904 experiência para pontuação. 6. Nas vagas de indicação dos conselhos estaduais e municipais, os
905 inscritos deverão ser conselheiros de saúde e deverá contemplar o maior número de unidades
906 federativas e regiões geográficas. **4. DO PRAZO, CRITÉRIOS DE SELEÇÃO E INFORMAÇÕES**
907 **NECESSÁRIAS PARA A INDICAÇÃO DOS PARTICIPANTES.** 4.1 Esta Chamada é direcionada às
908 instituições apontadas no item 3.4, para que representantes de cada uma dessas instituições se
909 candidatem, de acordo com os critérios requeridos por esta Chamada. 4.2. O prazo para as indicações
910 das instituições que poderão compor a CTAB/CNS, a partir da publicação no site oficial do CNS, será
911 de trinta dias. 4.3. As indicações devem ser enviadas, via Ofício, para o e-mail cns@saude.gov.br,
912 inserindo no assunto da mensagem “Indicação para CTAB/CNS”. Serão necessários os seguintes
913 dados: a) Nome completo do/a participante indicado/a; b) E-mail e telefone para contato; c) Currículo
914 resumido (destacando formação e experiências relevantes dos últimos cinco anos relacionadas à
915 Atenção Básica, com comprovação documental); e d) Documentos comprobatórios do pleno
916 funcionamento da instituição à qual faz parte (Tabela de composição atualizada, com listas de
917 presença, atas das reuniões e plano de trabalho). **5. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS.** Casos omissos
918 serão encaminhados pela mesa diretora e resolvidos, em última instância pelo pleno do CNS.”
919 Concluída a leitura, os conselheiros tiraram dúvidas sobre a proposta e apresentaram sugestões ao
920 texto. O debate principal centrou-se ao perfil requerido e critérios de seleção. A preocupação do Pleno
921 referiu-se à possibilidade de a exigência de “qualificação acadêmica mínima de Especialização em
922 saúde pública ou saúde coletiva” excluir conselheiros de saúde da Câmara. O Presidente do CNS

923 explicou que o perfil da Câmara é técnico, assim, a representação dos conselhos de saúde terá a
924 responsabilidade de credenciar pessoas com o perfil exigido. Além deste ponto, o Pleno debateu a
925 proposta de tempo de formação e experiências relevantes relacionadas à Atenção Básica.
926 Esclarecendo o Pleno, conselheira **Shirley Marshal** destacou que, segundo o edital, na análise será
927 considerado o nível de graduação e estratificação de tempo de experiência para pontuação (critérios
928 para desempate). Esclareceu que os indicados deverão ter qualificação acadêmica mínima de
929 especialização em saúde pública ou saúde coletiva. Reiterou que o papel da Câmara é técnico,
930 diferente das comissões que possuem papel também político. Das proposições do Pleno, foram
931 acatadas as seguintes: revisão da redação do objetivo geral: “Discutir a efetivação da Política Nacional
932 de Atenção Básica à Saúde no Brasil como instrumento estratégico para estruturação do SUS e sua
933 interface com o modelo de saúde focado na proteção, promoção e recuperação da saúde, no intuito de
934 acompanhar e propor alterações à PNAB, e para que o Controle Social ofereça, de forma permanente,
935 contribuições que visem a garantia integral à saúde nas condições e direitos previstos na Constituição
936 Federal de 1988.”; redução do tempo de formação e experiências relevantes relacionadas à Atenção
937 Básica, de cinco para três anos – “Currículo resumido (destacando formação e experiências relevantes
938 dos últimos *três* anos relacionadas à Atenção Básica, com comprovação documental). Além disso, foi
939 destacada a necessidade de incluir tempo de duração da câmara técnica (a Câmara é temporária e,
940 após a composição, a própria Câmara definirá o prazo de funcionamento). **Deliberação: aprovada, por
941 unanimidade, com os adendos consensuados, a minuta de chamada para pública para
942 composição da CTAB/CNS. Finalizado o prazo de inscrição e verificada a ausência de
943 representantes dos usuários, por não atenderem às exigências do edital, será avaliada a
944 possibilidade de realizar segunda chamada para preenchimento das vagas remanescentes ou de
945 flexibilizar os critérios.** 3) **Comissão Intersetorial de Saúde Mental-CISM/CNS – informe.**
946 Conselheiro **Antonio Pitol**, coordenador adjunto da CISM/CNS, informou que a Recomendação n°.
947 001/2018 foi protocolada no Ministério da Saúde, mas ainda não houve retorno. 4) **Comissão
948 Intersetorial de Vigilância em Saúde – CIVS/CNS** - Conselheiro **Fernando Pigatto** informou que a
949 Comissão se reunirá para redefinir o calendário de reuniões. 5) **Republicação de resoluções do CNS
950 contemplando a reestruturação de comissões do CNS (CICTAF, CIASPD, CISTT, CISMU) – A
951 Secretária Executiva do CNS, Neide Rodrigues**, submeteu à apreciação e referendo do Pleno novas
952 minutas de resoluções, contemplando a reestruturação de algumas comissões do CNS. Lembrou que
953 as modificações nas comissões já haviam sido aprovadas pelo Plenário do CNS. São elas: 1)
954 Resolução que aprova a reestruturação da CICTAF, para o exercício do mandato de 2016 a 2018, com
955 a composição de 18 (dezoito) titulares e 16 (dezesesseis) suplentes constituída da seguinte forma: I –
956 Titulares: Coordenador: Conselho Federal de Farmácia (CFF); Coordenador Adjunto: Conferência
957 Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); Associação Brasileira da Rede Unida (REDE UNIDA);
958 Associação de Diabetes Juvenil (ADJ); Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB); Centro Brasileiro
959 de Estudos de Saúde (CEBES); Confederação Nacional da Indústria (CNI); Confederação Nacional
960 dos Trabalhadores na Saúde (CNTS); Associação Nacional de Pós-Graduandos (ANPG); Conselho
961 Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); Conselho Nacional dos Secretários de
962 Saúde (CONASS); Federação Brasileira de Hemofilia (FBH); Federação Nacional das Associações de
963 Pessoas com Doenças Falciformes (FENAFAL); Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR);
964 Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS);
965 Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN); Pastoral da Saúde
966 Nacional (PSN); e Sindicato dos Servidores do Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de
967 Saúde (UNASUS). II – Suplentes: Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAz); Associação Brasileira
968 de Autismo (ABRA); Associação Brasileira de Farmacêuticos Homeopatas (ABFH); Associação
969 Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO); Central Única dos Trabalhadores (CUT); Confederação
970 Brasileira de Aposentados, Pensionistas e Idosos (COBAP); Confederação Nacional do Comércio
971 (CNC); Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV); Federação Brasileira de Instituições
972 Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (FEMAMA); Federação Interestadual dos Odontologistas
973 (FIO); Federação Nacional dos Médicos Veterinários (FENAMEV); Departamento de Gestão da Saúde
974 Indígena - Assistência Farmacêutica (DGSI-AF/SESAI); Movimento dos Portadores de Esclerose
975 Múltipla (MOPEM); Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Ministério da Saúde (ANVISA/MS);
976 Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - Ministério da Saúde (SCTIE/MS); e
977 Secretaria de Atenção à Saúde - Ministério da Saúde (SAS/MS). Art. 2º Poderão ser convidados
978 representantes de instituições, das entidades e de áreas do Ministério da Saúde, com atuação
979 respectiva a temáticas tratadas pela CICTAF e que sejam imprescindíveis para o andamento dos
980 trabalhos da Comissão. Art. 3º Fica revogada a Resolução CNS nº 524, de 8 de julho de 2016. 2)
981 Resolução aprova a reestruturação da CIASPD, para o exercício do mandato de 2016 a 2018, com a
982 composição de 12 (doze) titulares e 10 (dez) suplentes constituída da seguinte forma: I – Titulares:
983 Coordenador: Organização Nacional dos Cegos do Brasil (ONCB); Coordenador Adjunto: Associação
984 Brasileira de Terapeutas Ocupacionais (ABRATO); - Associação Brasileira de Autismo (ABRA);

985 Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO); Associação Brasileira de Ostomizados
986 (ABRASO); Confederação Nacional da Indústria (CNI); Conselho Federal de Enfermagem (COFEN);
987 Federação Brasileira de Hemofilia (FBH); Secretaria de Atenção à Saúde - Ministério da Saúde
988 (SAS/MS); Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário (MDSA); Movimento de Reintegração das
989 Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN); e Movimento dos Portadores de Esclerose Múltipla
990 (MOPEM). II – Suplentes: Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ); Conselho Federal de
991 Fonoaudiologia (CFFa); Federação Nacional das Associações de Pessoas com Doenças Falciformes
992 (FENAFAL); Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); Ministério da Educação (MEC);
993 Secretaria Especial dos Direitos das Pessoas com Deficiência (SDH); Associação das Pioneiras Sociais
994 (SARAH/DF); Departamento de Apoio à Gestão Participativa - Ministério da Saúde (DAGEP/SGEP/MS);
995 Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica - Ministério da Saúde (CGGAB/DAB/SAS/MS); e
996 Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar - Ministério da Saúde (CGAD/DAB/SAS/MS). Art. 2º Poderão
997 ser convidados representantes de instituições, das entidades e de áreas do Ministério da Saúde, com
998 atuação respectiva a temáticas tratadas pela CIASPD e que sejam imprescindíveis para o andamento
999 dos trabalhos da Comissão. Art. 3º Fica revogada a Resolução CNS nº 522, de 8 de julho de 2016. **3)**
1000 Resolução que aprova a reestruturação da CISTT, para o exercício do mandato de 2016 a 2018, com a
1001 composição de 18 (dezoito) titulares e 16 (dezesesseis) suplentes constituída da seguinte forma: I –
1002 Titulares: Coordenador: Central Única dos Trabalhadores (CUT); Coordenador Adjunto: Nova Central
1003 Sindical dos Trabalhadores (NCST); - Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB); -
1004 Central Geral dos Trabalhadores do Brasil (CGTB); Força Sindical; Confederação Nacional de
1005 Trabalhadores na Agricultura (CONTAG); Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos
1006 (SINDINAPI/FSI); União Brasileira de Mulheres (UBM); União Nacional dos Estudantes (UNE);
1007 Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); Associação Brasileira de
1008 Nutrição (ASBRAN); Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); Conselho Federal de Medicina
1009 Veterinária (CFMV); Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); Federação
1010 Nacional dos Odontologistas (FNO); Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo
1011 (CNC); Confederação Nacional da Indústria (CNI); e Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador -
1012 Ministério da Saúde (GST/SVS/MS). II – Suplentes: Fórum Nacional de Mulheres Negras (FNMN);
1013 Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados, Pensionistas e Idosos (SINTAPI/CUT); Associação
1014 Nacional de Pós-Graduandos (ANPG); Associação Nacional de Travestis e Transexual (ANTRA);
1015 Confederação dos Trabalhadores no Serviço Público Municipal (CONFETAM); Confederação Nacional
1016 dos Trabalhadores do Comércio e Trabalhadores da CUT (CONTRACS/CUT); Confederação Nacional
1017 dos Trabalhadores do Ramo Financeiro (CONTRAF); Federação Única dos Petroleiros (FUP);
1018 Conselho Federal de Psicologia (CFP); Conselho Federal de Enfermagem (COFEN); Federação de
1019 Sindicatos de Trabalhadores Técnicos Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do
1020 Brasil (FASUBRA); Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); Federação Nacional dos
1021 Farmacêuticos (FENAFAR); Ministério do Trabalho (MT); Ministério da Fazenda (MF); e Ministério da
1022 Saúde (MS). Art. 2º Poderão ser convidados representantes de instituições, das entidades e de áreas
1023 do Ministério da Saúde, com atuação respectiva a temáticas tratadas pela CISTT e que sejam
1024 imprescindíveis para o andamento dos trabalhos da Comissão. Art. 3º Fica revogada a Resolução CNS
1025 nº 530, de 8 de julho de 2016. **4)** Resolução que aprova a reestruturação da CISMU, para o exercício
1026 do mandato de 2016 a 2018, com a composição de 12 (doze) titulares e 10 (dez) suplentes constituída
1027 da seguinte forma: I – Titulares: Coordenador: União Brasileira de Mulheres (UBM); Coordenador
1028 Adjunto: Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); Articulação Nacional de Luta contra Aids
1029 (ANAIDS); Conselho Federal de Serviço Social (CFESS); Associação Brasileira de Lésbicas, Gays,
1030 Bissexuais, Travestis e Transexuais (ABGLT); Central Única dos Trabalhadores (CUT); Coordenação
1031 das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); Federação Brasileira de Instituições
1032 Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (FEMAMA); Secretaria Nacional de Política para as Mulheres
1033 - Secretaria de Governo da Presidência da República (SEPM/PR); Conselho Nacional de Secretárias
1034 Municipais de Saúde (CONASEMS); Ministério da Saúde (MS); e Movimento Nacional de População de
1035 Rua (MNPR). II – Suplentes: Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM);
1036 Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG); Confederação Nacional dos
1037 Trabalhadores na Saúde (CNTS); Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); Conselho
1038 Federal de Psicologia (CFP); Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM);
1039 Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR); Nova Central Sindical dos Trabalhadores (NCST);
1040 Rede Nacional Lai Lai Apejo; e Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos - Força
1041 Sindical (SINDINAPI). Art. 2º Poderão ser convidados representantes de instituições, das entidades e
1042 de áreas do Ministério da Saúde, com atuação respectiva a temáticas tratadas pela CISMU e que sejam
1043 imprescindíveis para o andamento dos trabalhos da Comissão. Art. 3º Fica revogada a Resolução CNS
1044 nº 516, de 3 de junho de 2016. **Deliberação: o Plenário ratificou a publicação de novas resoluções
1045 contemplando a reestruturação da CICTAF (publicada como Resolução nº 574, de 21 de fevereiro
1046 de 2018); da CIASPD (publicada como Resolução nº 575, de 21 de fevereiro de 2018); da CISTT**

1047 (publicada como Resolução nº 576, de 21 de fevereiro de 2018); e da CISMU (publicada como
1048 Resolução nº 577). Por fim, informou que as passagens da próxima reunião seriam feitas pela
1049 Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS, por isso, solicitou a entrega do plano de voo ainda
1050 naquele dia. Não seria possível emitir passagem para os conselheiros e as conselheiras que não
1051 entregassem o plano de voo. Definido esse ponto, foi aberta a palavra para debate sobre o fluxo para
1052 apresentação e encaminhamento de denúncias dos conselhos de saúde ao CNS. Conselheiro
1053 **Geordeci Menezes de Souza** explicou que a intenção, ao debater este item, é definir encaminhamento
1054 para tentar resolver a situação pontual do CES/RN e definir fluxo para tratar as denúncias dos
1055 conselhos estaduais de saúde que chegam ao CNS. Conselheira **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira**
1056 apresentou os seguintes encaminhamentos: compor GT para elaborar proposta de fluxo de denúncias
1057 dos conselhos estaduais e municipais de saúde; e definir pequeno comitê para acompanhar a situação
1058 do CES/RN. Na linha deste encaminhamento, conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** sugeriu a
1059 indicação de três conselheiros fora do foco da discussão para ir ao Estado e reunir-se com as partes e
1060 mediar solução para o impacto; e debate do tema na Mesa Diretora do CNS para elaborar, com apoio
1061 da assessoria técnica, proposta de fluxo de denúncias dos conselhos ao CNS. Conselheira **Oriana**
1062 **Bezerra Lima** e outros três conselheiros manifestaram-se contrários à proposta de enviar conselheiros
1063 do CNS ao Estado. Conselheira **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira** discordou da proposta de enviar
1064 o tema para definição na Mesa Diretora do CNS e sugeriu aproveitar o mote da denúncia para ouvir as
1065 partes envolvidas na situação, na lógica do fortalecimento do controle social. Também defendeu a
1066 criação do GT, utilizando as ferramentas disponíveis. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**
1067 explicou que a intenção é definir como as denúncias relativas aos conselhos estaduais devem ser
1068 tratadas no CNS. Por isso, sugeriu que a Mesa elabore proposta inicial, em conjunto com a assessoria
1069 técnica. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** avaliou que a ação relativa ao CES/RN deveria
1070 contemplar questão mais coletiva e, nessa linha, sugeriu pautar debate amplo na próxima reunião para
1071 definir encaminhamento na lógica do fortalecimento do controle social. Conselheira **Oriana Bezerra**
1072 **Lima** solicitou cuidado na definição de encaminhamento para este ponto, a fim de evitar que iniciativa
1073 do CNS signifique ingerência do CNS nos CES. Desse modo, sugeriu convidar o CES/RN para diálogo.
1074 Após essa conversa, se o CNS for convidado, pode ser enviada delegação ao Estado. Conselheira
1075 **Zaira Tronco Salerno** sugeriu a definição de um canal de ouvidoria do CNS para receber e dar
1076 encaminhamento às denúncias dos demais conselhos de saúde. Conselheiro **Geordeci Menezes de**
1077 **Souza** entendeu que enviar um grupo de conselheiros ao Estado não significa ingerência do CNS no
1078 Conselho Estadual. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, avaliou que a
1079 situação em debate é política, por isso, é necessária resposta política. Ponderou que há um conflito
1080 político instalado que aposta na possibilidade de divisão/cisão do controle social e o CNS não pode
1081 permitir que isso ocorra. Nesse sentido, sugeriu que o CNS aguarde o desdobramento das decisões
1082 judiciais e aponte agenda política para o Estado. Por solicitação, esclareceu ainda que essa questão
1083 que foi trazida ao CNS por um conselheiro estadual do RN e por uma conselheira nacional. As falas
1084 seguintes defenderam que o CNS aguardasse a decisão judicial para manifestar-se. Conselheiro
1085 **Wanderley Gomes da Silva** avaliou que o CNS não deve interferir na situação do CES/RN, mas sim
1086 incorporar a agenda do CES à do CNS. Lembrou, inclusive, que há problemas como esse em vários
1087 conselhos estaduais, assim, caso se envolvesse na situação pontual do CES/RN, o CNS também
1088 deveria tratar do que ocorre nos outros conselhos estaduais. A Secretária Executiva do CNS interveio
1089 para explicar que funcionava no âmbito da SE/CNS um núcleo que recebia denúncias dos conselhos e
1090 as respondiam a partir das resoluções do CNS. Em alguns momentos, o núcleo buscou a ajuda de
1091 membros da Mesa Diretora e se buscou parceria com a ouvidoria do MS. Nessa linha, pontuou que a
1092 Mesa Diretora do CNS, com o apoio da SE/CNS, tem condição de definir fluxo para responder as
1093 denúncias. **Encaminhando, conselheiro Geordeci Menezes de Souza pontuou que, nas falas, não**
1094 **houve consenso sobre a proposta de enviar delegação ao CES/CNS. Sendo assim, encaminhou**
1095 **as duas propostas que tiveram consenso no debate. Deliberação: o Plenário decidiu aguardar a**
1096 **definição judicial sobre a situação do CES/RN, para manifestação e elaborar fluxo para**
1097 **tratamento das denúncias de conselhos estaduais ao CNS, utilizando o fluxo do CNS já existente**
1098 **como subsídio para elaboração.** Definido esse ponto, conselheiro **Moyses Longuinho Toniolo de**
1099 **Souza fez uso da palavra para informar que, diante da saída da conselheira Jani Cabiberibe,**
1100 **conselheira Maria da Conceição ajudará na coordenação do Fórum de Usuários e, na Secretaria do**
1101 **Fórum contribuirão conselheira Vânia Lúcia, conselheira Carolina Abade e conselheiro Antônio Pitol.**
1102 **Por fim, entregou mais de oito páginas de abaixo assinado de apoio à ADI 5.658 que visa vetar a EC**
1103 **95/2016, em tramitação no Supremo Tribunal Federal - STF. . Conselheira Sarlene Moreira da Silva**
1104 **justificou que não estaria presente à reunião durante a manhã porque participaria de reunião na**
1105 **SESAI/MS. 6) Moção de repúdio sobre intervenção no Rio de Janeiro – proposta do Fórum de**
1106 **Entidades Nacionais dos Trabalhadores da área da Saúde – FENTAS. Conselheira Priscilla Viegas**
1107 **Barreto de Oliveira fez a leitura do texto: “Moção de Repúdio nº xxx, de xx de xxxxxx de 2018. O**
1108 **Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), na sua Trecentésima Segunda Reunião Ordinária,**

1109 realizada nos dias 21 e 22 de fevereiro de 2018, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei nº
1110 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei
1111 Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006,
1112 cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação
1113 brasileira correlata, e Considerando o entendimento do Conselho Nacional de Saúde acerca da
1114 realidade social como produto da falta de investimento em políticas sociais essenciais à defesa da vida:
1115 saúde, educação, ciência e tecnologia, emprego e renda, segurança pública, com reafirmação de que o
1116 problema da violência tem se cronificado ao longo dos anos pela ausência do Estado Brasileiro, com
1117 resultados perversos na deterioração da qualidade de vida e na perda de milhões de vidas, o que
1118 caminha na contramão do desenvolvimento econômico e social fundamentais do país; Considerando os
1119 danos e agravos à saúde e à vida em face do impacto do chamado 'novo regime fiscal' nos serviços de
1120 saúde (Atenção Básica, Unidades de Pronto Atendimento, Atenção Especializada, Hospitais de
1121 urgência, UTI) com reflexo nos dados epidemiológicos e nas estatísticas de adoecimento e mortes;
1122 Considerando que a intervenção federal não tem poder de enfrentar os graves desafios do atual caos
1123 social instalado no país, o que a caracteriza como de caráter midiático e político com vias a impactar
1124 positivamente na popularidade do presidente ilegítimo, que está no cargo a serviço do mercado;
1125 Considerando nota técnica conjunta nº 01/2018 da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão
1126 (PFDC) e a Câmara Criminal do Ministério Público Federal (2CCR) em relação ao Decreto nº 9.288, de
1127 16 de fevereiro, que traz que a intervenção federal no estado do Rio de Janeiro pode representar
1128 graves violações à ordem constitucional e, sobretudo, aos direitos humanos, diante da possibilidade do
1129 interventor de requerer judicialmente mandados coletivos de busca, apreensão e captura. Vem a
1130 público: manifestar a todas brasileiras e todos brasileiros sua preocupação com a escolha política do
1131 governo federal por medidas autoritárias que reafirmam o caráter do golpe instalado no país pela
1132 coalisão midiática-executiva-parlamentar chancelada pelo Judiciário e consolidado pelo braço armado
1133 do Estado e, por isso, repudia a intervenção federal estabelecida pelo Decreto nº 9.288, de 16 de
1134 fevereiro de 2018, no Estado do Rio de Janeiro. **Deliberação: aprovada, por unanimidade, moção de**
1135 **repúdio em que o CNS manifesta a todas brasileiras e todos brasileiros sua preocupação com a**
1136 **escolha política do governo federal por medidas autoritárias que reafirmam o caráter do golpe**
1137 **instalado no país pela coalisão midiática-executiva-parlamentar chancelada pelo Judiciário e**
1138 **consolidado pelo braço armado do Estado e, por isso, repudia a intervenção federal**
1139 **estabelecida pelo Decreto nº 9.288, de 16 de fevereiro de 2018, no Estado do Rio de Janeiro.**
1140 Definido esse ponto, a mesa encerrou o primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes
1141 conselheiros e conselheiras: *Titulares* – **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do
1142 Brasil – CNBB; **Antônio Lacerda Souto**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura –
1143 CONTAG; **Antônio Pitol**, Pastoral da Saúde Nacional; **Carmen Lucia Luiz**, União Brasileira de
1144 Mulheres – UBM; **Carolina Abad**, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde
1145 da Mama – FEMAMA; **Cláudio Ferreira do Nascimento**, Federação Interestadual dos Odontologistas
1146 – FIO; **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil
1147 – FENACELBRA; **Cleuza Maria Faustino do Nascimento**, Federação Nacional dos Sindicatos dos
1148 Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social – FENASPS; **Dylson Ramos**
1149 **Bessa Júnior**, Organização Nacional de Entidades de Deficientes Físicos – ONEDEF; **Jani Betânia S.**
1150 **Capiberibe**, Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional
1151 dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; **José Vanilson Torres da Silva**, Movimento Nacional de
1152 População de Rua – MNPR; **Lorena Baía**, Conselho Federal de Farmácia – CFF; **Luiz Alberto**
1153 **Catanoso**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos - SINDINAPI/FS; **Luiz Aníbal**
1154 **Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Maria Laura Carvalho Bicca**,
1155 Federação Nacional dos Assistentes Sociais – FENAS; **Moysés Toniolo de Souza**, Articulação
1156 Nacional de Luta Contra a Aids – ANAIDS; **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Oriana**
1157 **Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária - CFMV; **Ronald Ferreira dos Santos**,
1158 Federação Nacional dos Farmacêuticos – Fenafar; **Wanderley Gomes da Silva**, Confederação
1159 Nacional das Associações de Moradores – CONAM; e **Zaira Tronco Salerno**, Associação Brasileira de
1160 Nutrição (ASBRAN). *Suplentes* – **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduelo**, Associação Brasileira
1161 Superando o Lúpus; **Analice Dantas Santos**, Conselho Federal de Serviço Social – CFESS; **Clarice**
1162 **Baldotto**, Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB); **Fernando Zasso Pigatto**, Confederação
1163 Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Franisca Valda da Silva**, Associação Brasileira
1164 de Enfermagem – ABEn; **Gilene José dos Santos**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas'
1165 e Idosos da Força Sindical – Sindnapi; **Heleno Rodrigues Corrêa Filho**; Centro Brasileiro de Estudos
1166 de Saúde – CEBES; **Jupiara Gonçalves de Castro**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores
1167 Técnicos Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil – FASUBRA; **Lenir**
1168 **Santos**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down – FBASD; **Maria da Conceição**
1169 **Silva**, União de Negros pela Igualdade; **Rafaela Bezerra Fernandes**, Associação Brasileira de Ensino
1170 e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS; **Sérgio Diego de França**, Organização Nacional de Cegos

1171 do Brasil – ONCB; e **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da Criança. O segundo dia de reunião
1172 iniciou-se com debate do item 7 da pauta. **ITEM 7 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE**
1173 **FINANCIAMENTO E ORÇAMENTO – COFIN - Apresentação:** conselheiro **Ronald Ferreira dos**
1174 **Santos**, Presidente do CNS; e conselheiro **Wanderley Gomes da Silva**, coordenador da COFIN/CNS.
1175 *Coordenação:* conselheiro **André Luiz de Oliveira**, coordenador adjunto da COFIN/CNS. Iniciando, o
1176 coordenador adjunto da COFIN/CNS justificou a ausência do assessor técnico da Comissão no debate
1177 e pontuou os assuntos que seriam tratados: diretrizes referentes à definição de prioridades para as
1178 ações e serviços públicos de saúde que integrarão a Programação Anual de Saúde – PAS e o Projeto
1179 de Lei de Diretrizes Orçamentárias da União – PLOA para 2019 (minuta de resolução); e Relatório
1180 Quadrimestral de Prestação de Contas do Ministério da Saúde (minuta de resolução). Iniciando, o
1181 Presidente do CNS destacou a importância de definir diretrizes para definição de prioridades para as
1182 ações e serviços públicos de saúde que integrarão a PAS e o PLDO da União para 2019 e frisou que
1183 estas orientações também servem de parâmetro para construção de outros instrumentos de gestão do
1184 SUS. Feito esse preâmbulo, conselheiro **André Luiz de Oliveira** procedeu à leitura da minuta de
1185 resolução e os conselheiros solicitaram destaques. O texto é o seguinte: “Minuta de Resolução. O
1186 Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Segunda Reunião Ordinária,
1187 realizada nos dias 21 e 22 de fevereiro de 2018, no uso de suas competências regimentais e
1188 atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de
1189 dezembro de 1990, pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, cumprindo as disposições da
1190 Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e
1191 Considerando o capítulo da Constituição Federal que define a natureza pública e universal do SUS;
1192 Considerando o processo de elaboração da Programação Anual de Saúde e do Projeto de Lei de
1193 Diretrizes Orçamentárias da União para 2019, especialmente a proposta a ser apresentada pelo
1194 Ministério da Saúde; Considerando a necessidade de mudança do modelo de atenção à saúde, que
1195 tenha a atenção básica como a ordenadora dessa rede de atenção, essencial na consolidação do SUS
1196 e do direito universal à saúde; Considerando a necessidade de recursos adequados para a garantia dos
1197 princípios da universalidade, gratuidade e integralidade do Sistema Único de Saúde; Considerando os
1198 efeitos negativos da Emenda Constitucional no 95/2016, que estabelece como parâmetro da aplicação
1199 mínima em ações e serviços de saúde, até o exercício de 2036, o valor de 15% da Receita Corrente
1200 Líquida de 2017, em desacordo com a vontade popular manifestada no Projeto de Lei de Iniciativa
1201 Popular (PLP no 321/2013), que obteve mais de 2,2 milhões de assinaturas auditadas em favor da
1202 alocação mínima de 10% das receitas correntes brutas da União para o financiamento federal das
1203 ações e serviços públicos de saúde, cujo percentual equivalente em termos de receita corrente líquida
1204 consta de dispositivo da Proposta de Emenda Constitucional no 01/2015 aprovada em primeiro turno
1205 pela Câmara dos Deputados em 2016; Considerando a impossibilidade jurídico-constitucional de
1206 redução dos valores mínimos aplicados em saúde pelas regras constitucionais anteriores, sob pena de
1207 violação da efetividade do direito à saúde e da igualdade federativa, com aumento das desigualdades
1208 regionais; Considerando a Resolução CNS nº 507/2016, que dispõe sobre as deliberações da 15ª
1209 Conferência Nacional de Saúde; Considerando o caráter deliberativo do controle social, destacando
1210 que cabe aos Conselhos de Saúde, enquanto instância máxima do Sistema Único de Saúde, deliberar
1211 sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades nas matérias constantes dos planos
1212 plurianuais, das leis de diretrizes orçamentárias, das leis orçamentárias e dos planos de aplicação dos
1213 recursos dos fundos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (Lei
1214 Complementar no 141/2012, §4º, artigo 30), resolve: aprovar as seguintes diretrizes referentes à
1215 definição de prioridades para as ações e serviços públicos de saúde que integrarão a Programação
1216 Anual de Saúde e o Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias da União para 2019. Seção Única. Da
1217 Deliberação das Diretrizes e Prioridades. Art. 1º Para o estabelecimento de prioridades para as ações e
1218 serviços públicos de saúde que integrarão a Programação Anual de Saúde e o Projeto de Lei de
1219 Diretrizes Orçamentárias da União para 2019, o Ministério da Saúde deverá observar as seguintes
1220 diretrizes: I - investimento de todo o orçamento da saúde em prol da consolidação do SUS universal e
1221 de qualidade, mediante a obtenção do financiamento suficiente para o Sistema Único de Saúde (SUS),
1222 incluindo os valores das transferências fundo a fundo da União para os Estados, Distrito Federal e
1223 Municípios conforme critérios, modalidades e categorias pactuadas na Comissão Intergestores
1224 Tripartite e deliberadas pelo Conselho Nacional de Saúde nos termos do artigo 17 da Lei
1225 Complementar no 141/2012, para promover a: a) otimização da aplicação dos recursos públicos já
1226 destinados, especialmente, pela disponibilização integral e tempestiva de recursos e a ausência de
1227 contingenciamento orçamentário e financeiro de dotações do Ministério da Saúde na Lei Orçamentária
1228 de 2019, bem como da ausência de limite de pagamento para os restos a pagar inscritos e reinscritos
1229 para execução financeira em 2019. b) alocação de recursos suficientes para uma mudança de modelo
1230 de atenção à saúde, que fortaleça a atenção primária/básica como responsável sanitária para uma
1231 população territorialmente referenciada, fazendo com que seja a principal porta de entrada ao SUS e a
1232 ordenadora dos cuidados de saúde nas redes de atenção; c) priorização da alocação de recursos

1233 orçamentários e financeiros públicos de saúde para o fortalecimento e ampliação das unidades próprias
1234 de prestação de serviço no âmbito do SUS e para a ampliação das equipes de saúde da família; d)
1235 criação de dotação orçamentária específica para a aplicação, adicional ao mínimo exigido para ações e
1236 serviços públicos de saúde em 2019, dos valores totais de Restos a Pagar cancelados em 2018 e dos
1237 ainda pendentes de compensação que foram cancelados desde 2012; e) garantia da fixação dos
1238 profissionais de saúde, principalmente na Região Norte do Brasil, em áreas periféricas das regiões
1239 metropolitanas, em áreas rurais e de difícil acesso, mediante alocação suficiente de recursos
1240 orçamentários e financeiros em processo continuado de melhoria de qualidade, estimulando e
1241 valorizando da força de trabalho do SUS, formulação e implantação de Plano Nacional de Cargos,
1242 Carreiras e Salários; f) alocação adicional de recursos para as ações e serviços públicos de saúde em
1243 relação ao piso fixado pela Emenda Constitucional nº 95/2016 para garantir o processo de transição do
1244 estabelecimento de nova metodologia para definição dos critérios de rateio de recursos a serem
1245 transferidos do Fundo Nacional de Saúde para Estados, Distrito Federal e Municípios em 2019, nos
1246 termos pactuados na Comissão Intergestores Tripartite e, em seguida, analisados e deliberados pelo
1247 Conselho Nacional de Saúde durante o exercício de 2018, conforme estabelece o caput do artigo 17 da
1248 Lei Complementar nº 141/2012. II - ampliação da pactuação do saneamento básico e saúde ambiental,
1249 incluindo tratamento adequado dos resíduos sólidos, dando a devida prioridade político-orçamentária,
1250 para a promoção da saúde e redução dos agravos e das desigualdades sociais; III - contribuição para
1251 erradicar a extrema pobreza e a fome no País. IV – alocação de recursos necessários, tanto na Lei
1252 Orçamentária de 2019, como a tempestiva disponibilização desses recursos para empenho, liquidação
1253 e pagamento das despesas, referentes à realização da 16ª (8ª + 8) Conferência Nacional de Saúde em
1254 2019, inclusive para as etapas preparatórias. V – garantia de recursos orçamentários e financeiros para
1255 além do piso fixado pela Emenda Constitucional 95/2016 de modo a impedir a redução em 2019, em
1256 termos de valores reais, da aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde em comparação
1257 aos valores empenhados nos anos anteriores, bem como para o cumprimento de outras diretrizes
1258 estabelecidas nesta Resolução. Art. 2º O Ministério da Saúde, em observância ao disposto no artigo 1º,
1259 deverá atender também às seguintes diretrizes: I - garantia do acesso da população a serviços de
1260 qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, de modo
1261 a considerar os determinantes sociais, atendendo às questões culturais, de raça/cor/etnia, gênero,
1262 orientação sexual, identidade de gênero e geração, aprimorando a política de atenção básica e a
1263 atenção especializada e a consolidação das redes regionalizadas de atenção integral às pessoas no
1264 território; II - redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção,
1265 prevenção e vigilância em saúde; III - garantia da atenção integral à saúde da criança, com especial
1266 atenção nos dois primeiros anos de vida, e da mulher, com especial atenção na gestação, aos seus
1267 direitos sexuais e reprodutivos e às áreas e populações em situação de maior vulnerabilidade social,
1268 população com deficiência, especialmente a população em situação de rua, ribeirinhos, povo do
1269 campo/água/floresta, população negra, quilombolas, LGBT e ciganos; IV - aprimoramento das redes de
1270 urgência e emergência, com expansão e adequação de suas unidades de atendimento, do SAMU e das
1271 centrais de regulação, bem como das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), estimulando o
1272 funcionamento com pessoal capacitado e em quantidade adequada, articulando-as com outras redes
1273 de atenção; V - fortalecimento de todas as redes de atenção pública, em especial a rede de saúde
1274 mental e demais transtornos, com ênfase nas ações de promoção e prevenção relacionadas ao uso
1275 problemático de crack, álcool e outras drogas, com ampliação e garantia de abertura e/ou manutenção
1276 dos investimentos dos serviços substitutivos e leitos integrais em hospitais gerais, bem como as redes
1277 de atenção às pessoas com deficiência e à saúde bucal; VI - garantia da atenção integral à saúde da
1278 pessoa com deficiência, da pessoa idosa e das pessoas com doenças crônicas, raras e negligenciadas,
1279 estimulando o envelhecimento ativo e saudável e fortalecendo as ações de promoção, prevenção e
1280 reabilitação, bem como o fortalecimento de espaços para prestação de cuidados prolongados e
1281 paliativos e apoio à consolidação do Plano Nacional de Enfrentamento às Doenças Crônicas Não
1282 Transmissíveis; VII - aprimoramento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o
1283 SUS, baseado na atenção diferenciada, no cuidado integral e intercultural, observando as práticas de
1284 saúde tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais, com
1285 prioridade para a garantia da segurança alimentar; VIII - garantia da implementação da Política
1286 Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e da Política Nacional de Agroecologia e Produção
1287 Orgânica, que incentivam a produção de alimentos ambiental, social e economicamente sustentáveis;
1288 IX - contribuição para a adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das
1289 relações de trabalho dos profissionais que atuam na área da saúde; X – garantir e implementar gestão
1290 pública e direta com instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso,
1291 gestão participativa e democrática, qualificada e resolutiva com participação social e financiamento
1292 estável; XI - qualificação dos instrumentos de execução direta, gerando ganhos de produtividade e
1293 eficiência para o SUS; XII - garantia e aprimoramento da assistência farmacêutica universal e integral
1294 no âmbito do SUS, estimulando e pactuando a estruturação da rede de serviços e a sua força de

1295 trabalho da assistência farmacêutica das três esferas de governo; XIII - fortalecimento do complexo
1296 industrial e de ciência, tecnologia e inovação em saúde como vetor estruturante da agenda nacional de
1297 desenvolvimento econômico, social e sustentável, reduzindo a vulnerabilidade do acesso à saúde e da
1298 assistência farmacêutica no âmbito do SUS; XIV - garantia da regulação e fiscalização da saúde
1299 suplementar, assegurando a participação dos Conselhos de Saúde neste processo; XV - promoção da
1300 participação permanente do Conselho Nacional de Saúde no processo de formulação das políticas do
1301 Ministério da Saúde conforme Lei Orgânica do SUS; XVI - garantia da implementação e efetivação da
1302 política nacional de práticas integrativas e complementares em saúde e sua inserção nos três níveis de
1303 assistência, da política nacional de promoção de saúde e de educação popular em saúde; XVII -
1304 aprimoramento da política nacional de comunicação em saúde, propiciando mecanismos permanentes
1305 de diálogo com a sociedade em torno das diretrizes do SUS e da política de saúde como meio de
1306 atender as demandas sociais; XVIII - aprimoramento do controle às doenças endêmicas, parasitárias e
1307 zoonoses, melhorando a vigilância à saúde, especialmente ao combate do mosquito *Aedes aegypti* e
1308 demais arboviroses, raiva e leishmaniose; XIX - aprimoramento e fiscalização da rotulagem de
1309 alimentos com informações claras e não enganosas ao consumidor, especialmente em relação aos
1310 impactos do uso de agrotóxico e organismos geneticamente modificados (transgênicos), bem como a
1311 regulamentação de práticas de publicidade e comercialização de alimentos não saudáveis,
1312 principalmente voltada ao público infante-juvenil e as pessoas com necessidades alimentares especiais
1313 (celíacos, diabéticos, hipertensos, alérgicos e com intolerância alimentar); XX - regulamentação da
1314 Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de primeira infância,
1315 bicos, chupetas e mamadeiras para assegurar o uso apropriado desses produtos, de forma que não
1316 haja interferência na prática do aleitamento materno; XXI - qualificação do transporte de pessoas
1317 assistidas pela rede pública de saúde, que proteja os usuários de constrangimentos combatidos
1318 historicamente pelo SUS; e XXII - ampliação e garantia de funcionamento de pelo menos um Centro de
1319 Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST) por região de saúde. RONALD FERREIRA DOS
1320 SANTOS. Presidente do Conselho Nacional de Saúde. Homologo a Resolução CNS nº 000, de 22 de
1321 fevereiro de 2018, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.
1322 RICARDO BARROS Ministro de Estado da Saúde.” Concluída a leitura, foi aberta a palavra para
1323 apresentação dos destaques solicitados. As sugestões foram as seguintes: Art. 1º, II – acréscimos:
1324 incluir “regionais” após (...) “desigualdades sociais” e contemplar saneamento no meio rural; art. 1º, III -
1325 acréscimos: incluir “patologias” após “população com deficiência”, contemplar “populações privadas de
1326 liberdade”, incluir “indígenas” após “quilombolas”; Art. 2º, VII – acréscimos: incluir saúde dos “povos”
1327 tradicionais; incluir item contemplando política de saúde integral da população negra; incluir
1328 “tradicional” após “segurança alimentar”; IX – incluir item com foco na informação, substituir
1329 “contribuição” por “garantir”; IX – valorização da “força de trabalho” e ...; XV - substituir “promoção” por
1330 “garantir”; Conforme a LC 141 e as “Leis Orgânicas” e princípios da gestão participativa do SUS; XVI –
1331 incluir item específico sobre causas externas – acidentes e violências - sugestão: “garantia e
1332 fortalecimento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por acidentes e violências”; e XXII
1333 incluir “conforme estabelecido no PPA”. Aas contribuições foram acatadas por consenso. Sendo assim,
1334 a mesa colocou em votação a minuta com os acréscimos feitos. **Deliberação: aprovada, por**
1335 **unanimidade, com contribuições, a minuta de Resolução do CNS que aprova diretrizes**
1336 **referentes à definição de prioridades para as ações e serviços públicos de saúde que integrarão**
1337 **a Programação Anual de Saúde e o Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias da União para**
1338 **2019**. Em continuidade a este ponto, o coordenador da mesa procedeu à segunda minuta de resolução,
1339 explicando que, em 2017, a Comissão Intergestores Tripartite pactuou nova metodologia de caráter
1340 operacional (duas contas bancárias denominadas “blocos” de custeio e de investimento) para
1341 transferência dos recursos financeiros fundo a fundo. Disse que essa definição foi contemplada na
1342 Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017, cuja vigência a partir da data de publicação (ainda sem
1343 aprovação do CNS conforme define a Lei Complementar 141/2012) exige a adoção, no curto prazo, de
1344 um conjunto de providências adicionais dos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde para
1345 o cumprimento do papel legal de monitoramento, controle e fiscalização dos recursos transferidos pelo
1346 Fundo Nacional de Saúde e aplicados pelos Fundos de Saúde dos Estados, Distrito Federal e
1347 Municípios. Feitas essas considerações, procedeu à leitura do texto: “Minuta de Resolução. O Plenário
1348 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Segunda Reunião Ordinária, realizada
1349 nos dias 21 e 22 de fevereiro de 2018, no uso de suas competências regimentais e atribuições
1350 conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de
1351 1990, pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, cumprindo as disposições da Constituição da
1352 República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e Considerando o que
1353 estabelece o parágrafo 1º, do artigo 17, da Lei Complementar 141/2012: “O Ministério da Saúde definirá
1354 e publicará, anualmente, utilizando metodologia pactuada na comissão intergestores tripartite e
1355 aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, os montantes a serem transferidos a cada Estado, ao
1356 Distrito Federal e a cada Município para custeio das ações e serviços públicos de saúde”;

1357 Considerando que a apresentação feita na Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho
1358 Nacional de Saúde (COFIN/CNS), em fevereiro de 2017, sobre os estudos preliminarmente
1359 desenvolvidos por especialistas a respeito da definição da nova metodologia para definição dos
1360 recursos a serem transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos Estados,
1361 Distrito Federal e Municípios, apontava para a necessidade de alocação de recursos adicionais ao valor
1362 da aplicação fixada pela regra do “ piso/teto ” da Emenda Constitucional 95/2016, de modo a garantir que
1363 essa mudança prevista pela Lei Complementar 141/2012 não implicasse na redução de recursos
1364 transferidos para alguns entes da Federação como solução para o aumento dos valores transferidos
1365 para outros entes da Federação; Considerando que, em 2017, a Comissão Intergestores Tripartite
1366 pactuou somente a nova metodologia de caráter operacional (duas contas bancárias denominadas de
1367 “ blocos ” de custeio e de investimento) para a transferência dos recursos financeiros fundo a fundo, que
1368 foram inseridos na Portaria 3992, de 28 de dezembro de 2017, cuja vigência a partir da data de
1369 publicação, ainda sem a aprovação do Conselho Nacional de Saúde estabelecida pela Lei
1370 Complementar 141/2012, exige a adoção, no curto prazo, de um conjunto de providências adicionais
1371 dos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde para o cumprimento do papel legal de
1372 monitoramento, controle e fiscalização dos recursos transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde e
1373 aplicados pelos Fundos de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios; Considerando o que
1374 estabelece o parágrafo 2º, do artigo 17, da Lei Complementar 141/2012: “ Os recursos destinados a
1375 investimentos terão sua programação realizada anualmente e, em sua alocação, serão considerados
1376 prioritariamente critérios que visem a reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços públicos
1377 de saúde e garantir a integralidade da atenção à saúde ”; Considerando que o Conselho Nacional de
1378 Saúde não foi informado pelo Ministério da Saúde quanto ao cumprimento dos objetivos estabelecidos
1379 pelo parágrafo 2º, do artigo 17, da Lei Complementar 141/2012, para a programação dos investimentos
1380 em saúde que constam na Lei Orçamentária da União de 2017 e na Lei Orçamentária da União de
1381 2018; Considerando o que estabelece o parágrafo 3º, do artigo 17, da Lei Complementar 141/2012: “ O
1382 Poder Executivo, na forma estabelecida no inciso I do caput do art. 9º da Lei no 8.080, de 19 de
1383 setembro de 1990, manterá os Conselhos de Saúde e os Tribunais de Contas de cada ente da
1384 Federação informados sobre o montante de recursos previsto para transferência da União para
1385 Estados, Distrito Federal e Municípios com base no Plano Nacional de Saúde, no termo de
1386 compromisso de gestão firmado entre a União, Estados e Municípios ”; Considerando o que estabelece
1387 o parágrafo 2º, do artigo 1º, da Portaria 3992, de 27/12/2017 do Ministério da Saúde: “ Os recursos que
1388 compõem cada Bloco de Financiamento devem ser aplicados em ações e serviços públicos de saúde
1389 relacionados ao próprio bloco, devendo ser observados: I – a vinculação dos recursos, ao final do
1390 exercício financeiro, com a finalidade definida em cada Programa de Trabalho do Orçamento Geral da
1391 União que deu origem aos repasses realizados; II – o estabelecido no Plano de Saúde e na
1392 Programação Anual do Estado, do Distrito Federal e do Município submetidos ao respectivo Conselho
1393 de Saúde; e III – o cumprimento do objeto e dos compromissos pactuados e/ou estabelecidos em atos
1394 normativos específicos expedidos pela direção do Sistema Único de Saúde – SUS em sua respectiva
1395 esfera de competência ”; Considerando o que estabelece o caput do artigo 8º, e seu parágrafo único, da
1396 Portaria 3992, de 27/12/2017: “ Os recursos que compõem cada Bloco de Financiamento poderão ser
1397 acrescidos de recursos específicos: I – pactuados na Comissão Intergestores Tripartite – CIT; e/ou II –
1398 para atender a situações emergenciais ou de riscos sanitários e epidemiológicos. Os recursos de que
1399 trata o caput devem ser aplicados em conformidade com o respectivo ato normativo ”; Considerando o
1400 que estabelece o artigo 1º da Portaria 3992/2017 referente ao artigo 1147 da Portaria de Consolidação
1401 nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017: “ Sem prejuízo de outras formas de controle realizadas pelo
1402 Ministério da Saúde, a comprovação da aplicação dos recursos repassados pelo Fundo Nacional de
1403 Saúde aos fundos de saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios far-se-á, para o
1404 Ministério da Saúde, por meio do Relatório de Gestão, que deve ser elaborado anualmente e submetido
1405 ao respectivo Conselho de Saúde ”; Considerando o que estabelece o artigo 1º da Portaria 3992/2017
1406 referente ao artigo 1148 da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017: “ Os
1407 órgãos e entidades finalísticos responsáveis pela gestão técnica das políticas de saúde e os órgãos
1408 responsáveis pelo monitoramento, regulação, controle e avaliação dessas políticas devem acompanhar
1409 a aplicação dos recursos financeiros transferidos fundo a fundo e proceder à análise dos Relatórios de
1410 Gestão, com vista a identificar informações que possam subsidiar o aprimoramento das políticas de
1411 saúde e a tomada de decisões na sua área de competência ”; Considerando que os Conselhos
1412 Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde necessitam, para análise e elaboração do parecer
1413 conclusivo que será objeto de deliberação pela aprovação ou reprovação das contas anuais, das
1414 informações tanto das metas fixadas nos respectivos planos de saúde, como das metas pactuadas com
1415 a Comissão Intergestores Tripartite responsáveis pela composição dos recursos transferidos pelo
1416 Fundo Nacional de Saúde aos Fundos dos Estados, Distrito Federal e Municípios, bem como
1417 necessitam das informações das metas realizadas mediante a aplicação desses recursos a serem
1418 informadas nos respectivos relatórios de gestão conforme estabelece a Lei Complementar 141/2012;

1419 Considerando que o monitoramento e avaliação da aplicação dos recursos em ações e serviços de
1420 saúde por parte dos Conselhos de Saúde ocorre por meio dos Relatórios Quadrimestrais de Prestação
1421 de Contas apresentados pelos respectivos gestores nos termos do artigo 36 da Lei Complementar
1422 141/2012 e, portanto, o acompanhamento quadrimestral da aplicação dos recursos transferidos fundo a
1423 fundo pelos Conselhos de Saúde é recomendável para a indicação de medidas corretivas aos Chefes do
1424 Poder Executivo conforme estabelece o artigo 41 da Lei Complementar 141/2012 de modo a garantir a
1425 possibilidade de cumprimento da programação pactuada durante o próprio exercício do recebimento do
1426 recurso; e Considerando as diretrizes para o estabelecimento de prioridades para o exercício de 2018
1427 aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde por meio da Resolução 541, de 17 de fevereiro de 2017,
1428 em cumprimento ao disposto no parágrafo 4º do Artigo 30 da Lei Complementar 141/2012. Resolve:
1429 Art. 1º O Ministério da Saúde apresentará no Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas a partir
1430 de 2018 um capítulo específico contendo os valores empenhados, liquidados e pagos das
1431 transferências, nas modalidades fundo a fundo e convencional, para Estados, Distrito Federal e Municípios,
1432 detalhados segundo as classificações orçamentárias adotadas e, dentro dessas, as respectivas metas
1433 pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite e outros atos emanados do Sistema Único de Saúde.
1434 Parágrafo 1º. As Secretarias e áreas técnicas do Ministério da Saúde deverão apresentar nos
1435 Relatórios Quadrimestrais de Prestação de Contas a avaliação sobre a utilização dos recursos tratados
1436 no caput. Parágrafo 2º O Ministério da Saúde apresentará nos Relatórios Quadrimestrais de Prestação
1437 de Contas as informações de montante de recursos tratados nos parágrafos 1º, 2º e 3º do artigo 17 da
1438 Lei Complementar 141/2012, de modo a evidenciar os valores previstos e efetivamente transferidos.
1439 Art. 2º Os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde deverão requerer junto aos respectivos gestores
1440 a partir de 2018 a apresentação de um capítulo específico no Relatório Quadrimestral de Prestação de
1441 Contas que evidencie o cumprimento da classificação dos valores empenhados, liquidados e pagos das
1442 despesas de acordo com a classificação adotada pelo Fundo Nacional de Saúde nos atos de
1443 transferências de recursos. Parágrafo 1º. Os gestores deverão comprovar que a aplicação dos recursos
1444 citados no caput obedeceu as metas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite e outros atos
1445 emanados do Sistema Único de Saúde, como decorrência do disposto no artigo 1º da Portaria 3.992,
1446 de 28/12/2017. Parágrafo 2º. Os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde deverão informar ao
1447 Conselho Nacional de Saúde sobre as situações em que a aplicação do recurso estiver em desacordo
1448 com a classificação orçamentária do recurso recebido do Fundo Nacional de Saúde e com o pactuado
1449 na Comissão Intergestores Tripartite e em outros atos emanados do Sistema Único de Saúde”. Aberta a
1450 palavra ao Plenário, foram apresentadas as seguintes sugestões: no item “Considerando que os
1451 Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde necessitam, (...)”, incluir as Comissões
1452 Intergestoras Bipartitites - CIBs e as Comissões Intergestoras Regionais; é preciso deixar claro que os
1453 instrumentos devem estar articulados; no Resolve, § 1º do art. 2º - acrescentar dois trechos: CIB e CIR
1454 (quando pertinente à área de atuação dos conselhos) e incluir “os gestores deverão explicitar a ação
1455 contemplada sistematicamente para cada repasse de recurso” (texto final: “Os gestores deverão
1456 explicitar a ação contemplada (função programática) sistematicamente para cada repasse de recurso e
1457 deverão comprovar que a aplicação dos recursos citados no caput obedeceu às metas pactuadas na
1458 CIT, CIB, CIR e outros atos emanados do SUS, quando pertinente às áreas de atuação dos conselhos
1459 de saúde, de acordo com disposto no Art. 1º da Portaria nº 3.992/2017”); incluir parágrafo no art. 1º
1460 definindo que: “§1º Os valores das transferências do Fundo Nacional de Saúde para os demais fundos
1461 de saúde devem ser sistematicamente publicizados e divulgados em seu montante global, para o
1462 devido acompanhamento do controle social do país, com identificação das suas funções
1463 programáticas.”; e incluir item contemplando a necessidade do “acompanhamento de emendas
1464 parlamentares”. **Deliberação: aprovada, com os adendos citados e uma abstenção, a minuta de**
1465 **Resolução.** Finalizando, o coordenador da mesa agradeceu o Plenário pela aprovação deste
1466 instrumento que será de suma importância para o CNS e os demais conselhos de saúde. **ITEM 8 –**
1467 **POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS REUMÁTICAS - Apresentação:**
1468 **Ana Patrícia de Paula**, representante da Sociedade Brasileira de Reumatologia - SBR; **Izabel Oliveira**,
1469 representante da Associação Brasileira Superando o Lúpus – ABSL e integrante da Comissão
1470 Intersetorial de Atenção à Saúde das Pessoas com Patologias – CIASPP/CNS; e **Sandro**
1471 **José Martins**, Coordenador geral de Atenção às Pessoas com Doença Crônicas –
1472 CGAPDC/DAET/SAS/MS. **Coordenação:** conselheiro **Nelson Augusto Mussolini**, da Mesa Diretora do
1473 CNS. Iniciando este ponto, o coordenador da mesa destacou a importância do debate deste tema que,
1474 em certa medida, relaciona-se à discussão ocorrida no Pleno sobre intercambialidade entre
1475 medicamentos biológicos e biossimilares. Dito isso, abriu a palavra para as explanações. A primeira
1476 expositora foi a representante da Sociedade Brasileira de Reumatologia - SBR, **Ana Patrícia de Paula**,
1477 que falou sobre a Política Nacional de Atenção às Pessoas com Doenças Reumáticas. Lembrou que
1478 em 2010 foi instituída, pela Portaria do MS nº. 3.443, a câmara técnica de reumatologia, com
1479 representação da Sociedade Brasileira de Reumatologia, da Associação Nacional de Pacientes com
1480 Reumatismo - ANAPAR, do CONASEMS, do CONASS, do MS (sete representações) e do Hospital

1481 Universitário indicado pela Associação Brasileira dos Hospitais Universitários e de Ensino - ABRAHUE.
1482 Entre as atribuições da Câmara, conforme estabelecido pela Portaria, destacou a elaboração de
1483 diretrizes para a atenção à saúde da pessoa com doença reumatológica. Explicou que a Câmara
1484 funcionou por dois anos, mas o trabalho não evoluiu. Em 2017, a SBR, em reunião com representação
1485 da SAS/MS, solicitou a reativação da câmara técnica para definição das linhas de cuidado da pessoa
1486 com doença reumatológica, mas a solicitação não foi atendida. Disse que no final do ano passado, a
1487 Sociedade reuniu-se com o Ministro da Saúde, Ricardo Barros, que se comprometeu a reativar a
1488 Câmara, o que ainda não tinha ocorrido. Afora essa questão, destacou que a Sociedade Brasileira de
1489 Reumatologia acompanha outros debates importantes como medicamentos – biossimilares,
1490 medicações de baixo custo que estão saindo do mercado (por exemplo, remédio para gota). Finalizou
1491 destacando que é essencial reativar a câmara para que seja um fórum de debate e definição das
1492 diretrizes e da rede de atenção à pessoa com doença reumatológica. A segunda expositora foi a
1493 representante da ABSL e integrante da CISPP/CNS, **Izabel Oliveira**, que fez abordagem sobre política
1494 nacional de atenção às pessoas com doenças reumáticas. Começou explicando que, segundo dados
1495 do Ministério da Saúde, as doenças reumáticas acometem 15 milhões de brasileiros e, segundo dados
1496 da previdência social, representa a 2ª maior causa de afastamento do trabalho. Além disso, segundo
1497 evidência do paciente, a primeira consulta com o reumatologista pode demorar mais de cinco anos.
1498 Detalhou que as doenças reumáticas representam mais de 120 tipos de doença e o Protocolo Clínico e
1499 Diretrizes Terapêuticas não contempla todas as doenças (apenas sete: artrite reumatoide, artrite
1500 psoriásica, artrite reativa, espondilite anquilosante, esclerose sistêmica, lúpus e osteoporose). Nessa
1501 linha, pontuou o que se espera do SUS: ampliação do acesso ao reumatologista; criação de centros de
1502 especialidades; diagnóstico precoce como prevenção de incapacidades para o trabalho; campanhas
1503 educativas para a comunidade, realizadas na atenção básica; capacitação dos médicos e equipe
1504 multiprofissional para atendimento do paciente reumático na atenção básica; ampliação dos PCDTs e
1505 cumprimento dos prazos estabelecidos por meio do art. 25 do Decreto nº 7.646/11, com atualização do
1506 elenco ofertados no Departamento de Assistência Farmacêutica, incluindo o protetor solar;
1507 regulamentação da intercambialidade entre os medicamentos biológicos e biossimilares; garantia de
1508 exames sorológicos; criação de Centros de Infusão para doenças imunológicas, incluindo as
1509 reumáticas; acesso à reabilitação física e respiratória; incorporação do transplante de medula óssea
1510 para o tratamento da esclerose sistêmica; e participação democrática de um representante do CNS, do
1511 paciente reumático e da Sociedade Brasileira de Reumatologia em todas as reuniões do Ministério da
1512 Saúde, decisórias sobre as doenças reumáticas. Além disso, destacou a importância de reativar a
1513 Câmara Técnica de Reumatologia para debate de temas diversos. Citou ainda moção aprovada na 14ª
1514 Conferência Nacional de Saúde que solicita ao Ministério da Saúde apoio aos pacientes acometidos por
1515 doença reumática e suas famílias. Explicou também que, conforme estabelece o art. 25 do Decreto nº
1516 7.646/11, a partir da publicação da decisão de incorporar tecnologia em saúde, as áreas técnicas terão
1517 o prazo máximo de cento e oitenta dias para efetivar a oferta ao SUS. Todavia, o prazo de incorporação
1518 de novas tecnologias para as doenças reumáticas, têm sido superior, atingindo mais de 416 dias.
1519 Ademais, citou a Portaria SCTIE/MS nº 14, de 11/04/2016, que tornou pública a decisão de incorporar o
1520 medicamento golimumabe para o tratamento da artrite psoriásica; a Portaria SCTIE/MS nº 21, de
1521 24/05/2016 (publicada no DOU em 27/05/2017), que tornou pública a decisão de incorporar o
1522 medicamento golimumabe para o tratamento da espondilite anquilosante; e a Portaria SCTIE/MS nº
1523 08/2017 de 01/01/2017 que tornou pública a decisão de incorporar o medicamento tofacitinibe. Em que
1524 pese essas definições, destacou que a Nota técnica do DAF/SCTIE/MS nº 17/2018 informa que a
1525 tecnologia incorporada para artrite reumatoide, há mais de 416 dias, não estará disponível para os
1526 pacientes brasileiros, até que ocorra “pactuação do financiamento da CIT”. Além disso, destacou que a
1527 Nota técnica do DAF/SCTIE/MS nº 17/2018 orienta regras do novo PCDT de Artrite Reumatoide, onde
1528 o médico deve prescrever o biológico, com preferência entre dois com menor custo, porém, sem
1529 considerar questões clínicas individuais de cada paciente. Citou também a Nota técnica nº
1530 3/2017/GPBIO/GGMED/ANVISA sobre intercambialidade dos biossimilares com os respectivos
1531 produtos biológicos comparadores, explicando que a GPBIO entende que Anvisa não recomenda
1532 múltiplas trocas entre biológicos e biossimilares. Todavia, atualmente sete Secretarias de Estado da
1533 Saúde compraram o biossimilar e em três delas a troca automática está acontecendo. Além disso,
1534 biossimilares e biológicos originadores foram fornecidos para o mesmo paciente, um coquetel de
1535 molécula jamais estudado em todo o mundo. Por último, expôs o Coordenador
1536 Geral/CGAPDC/DAET/SAS/MS, **Sandro José Martins**, que falou sobre a atenção aos pacientes com
1537 doenças reumáticas. Começou explicando que a atenção aos pacientes com doenças reumáticas é um
1538 tema transversal às políticas já definidas de organização da rede de atenção à saúde e às políticas que
1539 tratam da organização integral da assistência por ciclo de vidas. Disse que até 2014 havia troca de
1540 informações mais ativas e permanentes das áreas técnicas da SAS com as sociedades médicas e a
1541 Câmara Técnica de Doenças Reumatológicas funcionava com um espaço de debate. Disse que as
1542 atribuições desta Câmara foram esvaziadas com a publicação da Lei nº. 12.401/2011 que, entre outros

1543 aspectos, transferiu à SCTIE/MS a atribuição de conduzir a elaboração e revisão dos protocolos e
1544 diretrizes clínicas. Nesse contexto, concordou com a reativação da câmara técnica, mas no âmbito do
1545 Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde – DGITS/SCTIE/MS. Além disso,
1546 destacou a necessidade de organização de centros de infusão de medicamentos biológicos e
1547 organização estruturada da atenção para centros de especialidades com vistas ao adequado
1548 diagnóstico das condições clínicas das pessoas com doenças reumáticas. Disse que os especialistas
1549 de reumatologia lidam com cenário complexo, assim, é necessário assegurar acesso qualificado. No
1550 que diz respeito à organização das linhas de cuidado, disse que o MS entende que a participação da
1551 sociedade e do controle social na construção das diretrizes deve ganhar mais espaço. Lamentou o
1552 lapso temporal entre a incorporação de novas tecnologias e a efetivação do acesso. Também disse que
1553 é preciso ter transparência e observância em relação à regra de financiamento do sistema, pois a falta
1554 de clareza tem dificultado a pactuação de incorporações de novas tecnologias na CIT. Destacou ainda
1555 a dificuldade de acesso a medicamento de baixo custo, por conta da retirada de produtos úteis por
1556 desinteresse econômico dos fabricantes. Nessa linha, avaliou que há uma fragilidade no regramento
1557 sanitário dado aos medicamentos ofertados ao SUS, portanto, produtos essenciais aos programas do
1558 Sistema deveriam ter regramento diferente para retirada do mercado. Nessa situação, destacou o
1559 metotrexato utilizado para artrite reumatoide, explicando que a retirada do mercado leva à necessidade
1560 de utilização de medicamentos com custo maior. Continuando, disse que o debate sobre medicamentos
1561 de marca, genéricos, biológicos, biossimilares insere-se também no contexto de eficiência do gasto
1562 público. Considerando que os biossimilares possuem custo menor para o Sistema, as compras públicas
1563 optam por esses produtos. Destacou que o acesso aos medicamentos biológicos precisa ter regra e a
1564 ANVISA deve garantir qualidade de medicamentos, mas sem desconsiderar que barreiras representam
1565 redução de acesso. Conselheiro **Nelson Mussolini** informou que no dia 28 de fevereiro a ANVISA
1566 promoverá debate sobre intercambialidade de produtos biológicos e a Sindusfarma transmitirá essa
1567 discussão. **Manifestações.** Conselheira **Ana Lúcia da Silva Paduello** avaliou que a atenção básica
1568 ainda não está preparada para dar o encaminhamento correto que resulte no diagnóstico das doenças
1569 reumáticas (média de 5 anos para diagnóstico, o que agrava a saúde dos pacientes). Inclusive, frisou
1570 que 15 milhões de brasileiros apresentam agravos e incapacidades e são afastados do trabalho. Como
1571 encaminhamentos, defendeu a reativação e recomposição da Câmara Técnica, com incorporação de
1572 outros representantes; inclusão de transplante para esclerose sistêmica no programa de transplante; e
1573 a elaboração da política nacional de suíte da pessoa com doença reumática. Conselheira **Maria Laura**
1574 **Carvalho Bicca** destacou a importância dessa pauta no CNS e sugeriu que o Conselho defenda, com a
1575 máxima brevidade, a reativação da Câmara Técnica. Conselheiro **Moysés Toniolo** solicitou que as
1576 sugestões apresentadas pela representante da ABS, **Izabel Oliveira**, fossem transformadas em
1577 recomendação do CNS, a ser apreciada na próxima reunião. Conselheira **Lorena Baía** destacou que as
1578 explanações mostraram os desafios para efetivação do acesso à consulta especializada e aos
1579 medicamentos. Salientou que é preciso definir estratégias para garantir o provimento do lapso temporal
1580 entre a incorporação de novas tecnologias e efetivação do acesso (disponibilização do produto na
1581 ponta ao usuário), a fim de evitar o agravamento da situação e piora da qualidade de vida. Aproveitou
1582 para esclarecer que o CFP prestou homenagem ao Ministro da Saúde pela atualização da tabela de
1583 procedimentos (SIA SUS), com incorporação de novos códigos para registro dos serviços
1584 farmacêuticos, atendendo à solicitação antiga da categoria. Além disso, no mesmo dia, o Ministério da
1585 Saúde anunciou a disponibilização de R\$ 22 milhões para expansão do Qualifar SUS. Em que pese a
1586 homenagem, deixou claro que o CFP não apoia as iniciativas do Ministério da Saúde que desmontam o
1587 SUS. Conselheira **Carolina Abad** explicou que os usuários entendem a existência de problemas
1588 orçamentários, todavia, defendem a garantia da continuidade do tratamento, sem troca de
1589 medicamento, visando a segurança da saúde. Disse que não há estudo sobre a segurança da
1590 intercambialidade, portanto, não deve ser uma política do Ministério da Saúde. Conselheiro **Ronald**
1591 **Ferreira dos Santos** destacou o esforço do CNS em integrar os debates, avaliando o impacto das
1592 políticas na vida das pessoas. Ponderou que o problema da falta de integração das políticas gerais com
1593 as questões mais específicas é resultado da exclusão dos usuários e os profissionais de saúde do
1594 processo de formulação. Lembrou que a assistência farmacêutica e a ciência tecnologia foram incluídas
1595 como temas centrais da 16ª Conferência e é preciso debater a lógica dos medicamentos - insumo
1596 regulado pelo mercado ou para atender as necessidades da saúde? Por fim, ratificou a sugestão de
1597 transformar as propostas apresentadas pela representante da ABSL e integrante da CIASPP/CNS em
1598 recomendação do CNS. Conselheiro **Nelson Mussolini** ponderou que, neste debate, é preciso ter
1599 cuidado ao tratar de intercambialidade e substituição de terapia. No caso da artrite reumatoide, disse
1600 que ocorreu substituição de terapia e não houve debate a respeito, como geralmente é feito (por meio
1601 de audiências públicas). Segundo entendimento da SAS/MS, tratava-se de incorporação de mais dois
1602 produtos, mas, posteriormente, foi publicado que, na compra dos dois produtos incorporados, a opção
1603 seria por aqueles mais barato, o que significa substituição de terapia. Lembrou que são dez produtos
1604 incorporados e essa questão deve ser tratada com muito cuidado. Destacou, inclusive, a determinação

1605 da ANVISA de que a substituição de terapia é um procedimento médico. Afora essa questão, defendeu
1606 que é função do laboratório público produzir produtos que a indústria, por uma questão financeira, não
1607 pode mais fabricar. **Retorno da mesa.** O Coordenador do CGAPDC/DAET/SAS/MS, **Sandro**
1608 **José Martins**, destacou a riqueza do debate e pontou os seguintes aspectos a partir das falas dos
1609 conselheiros: importância de integrar mais atores ao processo de discussão de diretrizes e regramentos
1610 de orientação do cuidado – associações de pacientes e demais profissionais com interface com a linha
1611 de cuidado, pois o olhar multiprofissional é muito importante; é preciso alinhar esse tema transversal a
1612 políticas já existentes, considerando a importância da qualificação da atenção básica para o diagnóstico
1613 e a necessidade de um sistema de regulação eficiente para garantir acesso tempestivo aos
1614 especialistas; é essencial garantir diagnóstico tempestivo e encaminhamento para os especialistas; é
1615 preciso encontrar meio técnico para eficiência do uso da capacidade instalada e disponível de atenção
1616 especializada no país – a informatização e regulamentação possuem papel essencial para solução; a
1617 incorporação de transplante em esclerose sistêmica é um ponto para debate da CONITEC; substituição
1618 terapêutica versus intercambialidade – terrenos distintos de decisão, a primeira é um tópico da área da
1619 Medicina e a segunda trata-se de questão de assistência farmacêutica e farmácia clínica; laboratórios
1620 públicos são importantes na produção de produtos de desinteresse da indústria e na atuação das
1621 parcerias com desenvolvimento privado para trazer medicamentos biossimilares ao mercado nacional.
1622 A representante da SBR, **Ana Patrícia de Paula**, pontuou os seguintes aspectos: a SBR é frontalmente
1623 contra a substituição de medicamentos porque traz prejuízos aos usuários; é preciso ter atenção a
1624 substâncias importantes que estão saindo do mercado; é essencial a reativação da Câmara Técnica da
1625 Reumatologia, com redefinição da composição, para debate de diretrizes específicas de atenção às
1626 pessoas com reumatologia; a SBR tem realizado capacitação voltada ao profissional de saúde da
1627 atenção básica com foco no paciente com doença reumática; e os pacientes devem ter acesso ao
1628 melhor tratamento possível em tempo oportuno. A representante da ABSL, **Izabel Oliveira**, pontuou na
1629 sua fala os seguintes pontos: é fundamental elaborar uma política nacional de atenção à saúde da
1630 pessoa com doença reumática; destaque para o trabalho realizado no Rio Grande do Sul de suporte
1631 para diagnóstico de pacientes com doença reumática; é preciso assegurar o direito do paciente ao
1632 medicamento e, por outro lado, ter cuidado para evitar desperdício de insumos medicamentos que são
1633 de alto custo; E os Centros de Infusão são essenciais na garantia do direito ao tratamento e ao cuidado.
1634 Conselheira **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello** solicitou que a representante da SBR, **Ana Patrícia**
1635 **de Paula**, contribua na elaboração da recomendação do CNS. Após essas falas, o coordenador da
1636 mesa procedeu aos encaminhamentos. **Deliberação: o Plenário decidiu elaborar recomendação do**
1637 **CNS com o seguinte teor: reativação da Câmara Técnica de Reumatologia, com atualização dos**
1638 **representantes e inclusão do Conselho Nacional de Saúde; implementação da Política Nacional**
1639 **de Atenção às Pessoas com Doenças Reumáticas; cumprimento das coberturas estabelecidas**
1640 **nos PCDTs; e regulamentação da intercambialidade entre produtos biológicos e biossimilares,**
1641 **nos PCDTs. O texto deverá ser remetido posteriormente ao Pleno para aprovação.** Finalizando, o
1642 coordenador da mesa agradeceu os convidados e salientou que este tema será um tema permanente
1643 do CNS. **Funcionamento dos comitês técnicos/DAGEP/MS – Marcos Peixinho**, na condição de
1644 diretor substituto do DAGEP/MS, esteve na reunião para prestar informações sobre as reuniões dos
1645 Comitês Técnicos de Políticas de Promoção da Equidade do DAGEP/MS, solicitadas pelo conselheiro
1646 **Vanilson Torres**. Informou que nos dias 11 e 12 de abril de 2017, em Brasília, ocorreu
1647 o Encontro Nacional de Comitês das Políticas de Equidade e Educação Popular e a 1ª Oficina de
1648 Planejamento da Rede de Observatórios das Políticas de Promoção da Equidade em Saúde para
1649 o SUS. Esse encontro dividiu-se em dois momentos, um deles foi a reunião dos Comitês de Políticas
1650 de Promoção de Equidade, entre eles, o Comitê Nacional de Saúde da População em Situação de Rua.
1651 Inclusive, lembrou que o conselheiro Vanilson Torres participou da atividade. Para melhor
1652 esclarecimento, entregou ao Presidente do CNS relatórios sobre as reuniões dos comitês técnicos do
1653 DAGEP/MS. Conselheiro **Vanilson Torres** explicou que, em 2017, foi realizado seminário de equidade
1654 e encontro de comitês, todavia, questionou que não estavam ocorrendo as três reuniões anuais dos
1655 comitês, conforme define o plano operativo do DAGEP. O representante do DAGEP reconheceu que os
1656 comitês não estavam se reunindo, sendo a última reunião realizada em abril de 2017. Conselheiro
1657 **Vanilson Torres** salientou que é preciso diálogo para construção da política de forma conjunta –
1658 sociedade civil e governo. Nas suas palavras, a Política de Equidade não está sendo implementada e
1659 questionou o que está acontecendo. O Presidente do CNS recebeu a documentação e encerrou o
1660 ponto, sem abrir para debate. **Encaminhamento: debater na Mesa Diretora e incluir como ponto de**
1661 **pauta do CNS.** Conselheiro **Nelson Mussolini** registrou a sua participação na reunião da CIT para
1662 tratar da minuta de resolução que dispõe sobre a proteção e o tratamento de dados pessoais em saúde
1663 e ficou sinalizada a possibilidade prorrogação do prazo por mais 15 dias, totalizando 45. Conselheiro
1664 **Fernando Pigatto** informou a suspensão da eleição do Conselho Municipal de Porto Alegre por ato da
1665 Secretaria Municipal de Saúde, representando intervenção clara da gestão no controle social. Solicitou
1666 que o CNS se manifeste acerca dessa situação, entendendo que não pode ocorrer. **Encaminhamento:**

1667 remeter o tema à Mesa Diretora do CNS para os devidos tratamentos. Conselheiro **Moysés**
1668 **Toniolo** sugeriu a aprovação do texto da resolução cujo mérito foi aprovado no item 8 da pauta no final
1669 da reunião. **A proposta foi acatada.** Definido esse ponto, a mesa suspendeu para o almoço. Estiveram
1670 presentes os seguintes conselheiros e conselheiras na manhã do segundo dia de reunião: *Titulares* –
1671 **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Antônio César Silva**
1672 **Mallet**, Ministério da Saúde; **Antônio Lacerda Souto**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na
1673 Agricultura – CONTAG; **Antônio Pitol**, Pastoral da Saúde Nacional; **Artur Custódio Moreira de**
1674 **Sousa**, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase – MORHAN; **Carlos de**
1675 **Souza Andrade**, Confederação Nacional do Comércio – CNC; **Carmen Lucía Luiz**, União Brasileira de
1676 Mulheres – UBM; **Carolina Abad**, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde
1677 da Mama – FEMAMA; **Cláudio Ferreira do Nascimento**, Federação Interestadual dos Odontologistas
1678 – FIO; **Cleuza Maria Faustino do Nascimento**, Federação Nacional dos Sindicatos dos Trabalhadores
1679 em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social – FENASPS; **Dylson Ramos Bessa Júnior**,
1680 Organização Nacional de Entidades de Deficientes Físicos – ONEDEF; **Geordeci M. Souza**, Central
1681 Única dos Trabalhadores; **Heliana Neves Hemeterio dos Santos**, Associação Brasileira de Lésbicas,
1682 Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – ABGLT; **Jani Betânia S. Capiberibe**, Associação
1683 Brasileira de Autismo – ABRA; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João Rodrigues Filho**,
1684 Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; **José Vanilson Torres da Silva**,
1685 Movimento Nacional de População de Rua – MNPR; **Lorena Baía**, Conselho Federal de Farmácia –
1686 CFF; **Luiz Alberto Catanoso**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos -
1687 SINDINAPI/FS; **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Maria**
1688 **Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais – FENAS; **Moysés Toniolo de**
1689 **Souza**, Articulação Nacional de Luta Contra a Aids – ANAIDS; **Nelson Augusto Mussolini**,
1690 Confederação Nacional da Indústria – CNI; **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Oriana**
1691 **Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV); **Rildo Mendes**, Articulação dos
1692 Povos Indígenas da Região Sul – ARPINSUL; **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos
1693 Farmacêuticos – Fenafar; **Sarlene Moreira da Silva**, Coordenação das Organizações Indígenas da
1694 Amazônia Brasileira – COIAB; e **Wanderley Gomes da Silva**, Confederação Nacional das Associações
1695 de Moradores – CONAM. *Suplentes* – **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello**, Associação Brasileira
1696 Superando o Lúpus; **Analice Dantas Santos**, Conselho Federal de Serviço Social – CFESS; **Clarice**
1697 **Baldotto**, Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB); **Elgiane de Fatima Machado Lago**, Central
1698 dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil – CTB; **Fernando Zasso Pigatto**, Confederação Nacional
1699 das Associações de Moradores – CONAM; **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de
1700 Enfermagem – ABEn; **Gilene José dos Santos**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas' e
1701 Idosos da Força Sindical – Sindnapi; **Heleno Rodrigues Corrêa Filho**; Centro Brasileiro de Estudos de
1702 Saúde – CEBES; **José Eri Osório de Medeiros**, Conselho Nacional dos Secretários Municipais de
1703 Saúde – CONASEMS; **Jupiara Gonçalves de Castro**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores
1704 Técnicos Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil – FASUBRA; **Lenir**
1705 **Santos**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down – FBASD; **Lenise Aparecida**
1706 **Martins Garcia**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Priscilla Viegas Barreto de**
1707 **Oliveira**, Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Rafael Nunes do**
1708 **Nascimento**, União Nacional dos Estudantes – UNE; **Rafaela Bezerra Fernandes**, Associação
1709 Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS; **Sérgio Diego de França**, Organização
1710 Nacional de Cegos do Brasil – ONCB; e **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da Criança. Retomando,
1711 o Presidente do CNS submeteu à apreciação do Pleno a moção de reconhecimento à ação das
1712 entidades da sociedade civil e dos movimentos sociais por seus relevantes e fundamentais serviços
1713 prestados para acolhimento, cuidado e resolução de eventos de conflitos de migrantes no país, em
1714 especial, no Estado de Roraima. **Deliberação: a moção de reconhecimento foi aprovada. ITEM 9 –**
1715 **MONITORAMENTO E ATUALIZAÇÃO DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DO CNS -**
1716 *Coordenação:* integrantes da Mesa Diretora do CNS: conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**,
1717 Presidente do CNS; conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**; conselheiro **Rildo Mendes**; e conselheiro
1718 **André Luiz de Oliveira**. O Presidente do CNS iniciou explicando a metodologia de debate do processo
1719 de monitoramento e atualização do Planejamento Estratégico do CNS: apresentação de síntese do
1720 Relatório de Gestão do CNS e prestação de contas (esses dois documentos foram encaminhados aos
1721 conselheiros com antecedência); explanação da agenda para 2018; reavaliação dos dezessete
1722 objetivos do planejamento - divisão em quatro Grupos: 1 – Objetivos 1 a 4; 2 – objetivos 5 a 8; 3 –
1723 objetivos 5 a 8; 4 – objetivos 13 a 17. No dia seguinte, durante a 62ª Reunião Ordinária, seria concluída
1724 a discussão dos grupos e a apresentação dos resultados. Apresentada a metodologia, passou ao
1725 balanço da gestão do CNS em 2017. Explicou que no ano anterior o CNS aprovou 124 atos normativos,
1726 sendo 28 Resoluções, 27 Moções e 69 Recomendações. Das resoluções, destacou: 567, de 8 de
1727 dezembro, que resolve convocar a 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (6ª CNSI) cuja Etapa
1728 Nacional será realizada em Brasília, no mês de abril de 2019; 566, de 28 de novembro, que resolve

1729 aprovar, *ad referendum* do Pleno do CNS, a realização da Etapa Nacional da 1ª Conferência Nacional
1730 de Vigilância em Saúde (1ª CNVS) no período de 27 de fevereiro a 2 de março de 2018; 556, de 15 de
1731 setembro de 2017, que resolve reafirmar o posicionamento do CNS frente à Política Nacional de Saúde
1732 Mental, com base na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, não sendo admitida qualquer alteração nesta
1733 política que possa ferir os princípios da reforma psiquiátrica brasileira; 553, de 9 de agosto, que resolve
1734 aprovar a atualização da Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde, que dispõe sobre
1735 as diretrizes dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde; e 551, de 6 de julho, que resolve
1736 reprovando o Relatório Anual de Gestão 2016 do Ministério da Saúde, com base no Parecer Conclusivo
1737 (incluindo os anexos) que acompanha a Resolução. Além disso, o Plenário realizou 145 reuniões: doze
1738 da Mesa Diretora; doze reuniões ordinárias do Conselho Nacional de Saúde; duas Reuniões
1739 Extraordinárias do Conselho Nacional de Saúde; 82 de Comissões do CNS; três da Coordenação
1740 Nacional de Plenária de Conselhos de Saúde; quatro da Comissão Organizadora da 1ª Conferência
1741 Nacional de Vigilância em Saúde – CNVS; seis da Comissão Organizadora da 2ª Conferência Nacional
1742 de Saúde das Mulheres – CNSMu; e dezessete de Grupos de Trabalho; sete da Oficina do Projeto
1743 "Formação para o Controle Social no SUS" (mais três Oficinas Piloto). Em relação às atividades
1744 legislativas, disse que foram realizadas doze audiências públicas; dois seminários; um ato; uma
1745 mobilização nacional; e três fóruns. No que diz respeito à prestação de contas, apresentou o resumo de
1746 saldos – referente ao período de janeiro a dezembro de 2017: a) Entrada: Saldo LOA - R\$
1747 12.825.000,00 – saídas: 6º TA – OPAS: R\$ 4.124.100,00; passagens: R\$ 3.132.766,00; Diárias: R\$
1748 1.720.919,00; 7º TA OPAS - R\$ 3.576.510,00; Publicações – R\$ 45.622,00; Total empenhado = 98,2%;
1749 e Total executado = 69,3%. Detalhou os dois Termos de Cooperação com a OPAS: 6º TA – Entrada:
1750 R\$ 4.124.100,00; e Saída – Passagens: R\$ 1.091.000,00; 7º TA – Entrada: R\$ 3.576.510,00; Saídas –
1751 Diárias: R\$ 538.752,60; Contrato PF – R\$ 2.088.137,00; Contrato PJ: R\$ R\$ 741.503,60; Saldo final:
1752 R\$ 3.241.216,80. O valor referente ao 7º TA foi pago pelo Ministério da Saúde em 9 de fevereiro de
1753 2018. Apresentou a previsão orçamentária do CNS 2018: LOA 13.587 – 2018: R\$ R\$ 12.939.900,00 e
1754 destacou a proposta de 8º TA – TC 68 com a OPAS no montante de R\$ 7.992.038,88. Explicou que a
1755 previsão é de R\$ 11.336.565,28, sendo saldo remanescente do 7º TA – TC 68 – R\$ 3.344.526,40 e o
1756 8º TA – TC 68, em tramitação (Passagens: R\$ 2.462.000,00; Diárias: R\$ 467.232,80; Contratos de PF:
1757 R\$ 1.731.000,00; Contratos de PJ Alimentação: R\$ 72.000,00; e Contratos de PJ Infraestrutura: R\$
1758 900.000,00). Por fim, disse que esse planejamento foi feito com base na previsão orçamentária.
1759 Conselheiro **Luiz Aníbal Vieira Machado** cumprimentou a Mesa diretora do CNS e a Secretária
1760 Executiva do CNS pela transparência na prestação de contas. Conselheiro **Moysés Toniolo** fez um
1761 elogio especial à assessoria técnica do CNS que possibilitou a execução das ações planejadas. Além
1762 disso, solicitou a definição da agenda de reuniões das comissões, a fim de organizar o trabalho do
1763 CNS. A Secretária Executiva do CNS lembrou que é elaborada agenda de reuniões das comissões,
1764 considerando o Regimento Interno do CNS que prevê a realização de, no mínimo, quatro reuniões
1765 anuais. Conselheira **Maria Laura Carvalho Biccca** perguntou se o pagamento dos consultores do CNS
1766 estava em dia. Conselheira **Zaira Tronco Salerno** sugeriu que essa apresentação fosse divulgada no
1767 site e debatida nas comissões do CNS. A Secretária Executiva do CNS falou das dificuldades
1768 enfrentadas pela Secretária Executiva do CNS para garantir um corpo técnico de tamanha
1769 competência, compromisso e militância no SUS. Lembrou que a equipe técnica é composta por
1770 consultores e servidores de carreira, alguns com função DAS. No caso de consultores, disse que
1771 alguns estavam trabalhando sem contrato, aguardando a liberação do recurso na OPAS para
1772 assinatura. Conselheira **Oriana Bezerra Lima** perguntou quantos consultores estavam trabalhando
1773 sem contrato. A Secretária Executiva do CNS disse o número de consultores nessa situação era viável
1774 (naquele momento, eram poucos) e lembrou que entre a renovação de um contrato e outro com a
1775 OPAS era necessário interstício de um mês, segundo regras da própria Organização. Feitas essas
1776 considerações, o Presidente do CNS colocou em votação a prestação de contas. **Deliberação: na 302ª**
1777 **RO, o Plenário aprovou, com uma abstenção, a prestação de contas do CNS relativa a 2017.**
1778 Seguindo, o Presidente do CNS procedeu à apresentação do material relativo ao planejamento.
1779 Explicou que a ideia era apresentar o cenário a ser considerado na revisão do Planejamento do CNS.
1780 Começou recuperando a missão do CNS “Defender o Sistema Único de Saúde público, integral,
1781 gratuito, universal e de qualidade, mobilizando a sociedade brasileira em defesa do estado democrático
1782 e do direito à saúde, e participar da formulação e monitoramento da política nacional de saúde,
1783 fortalecendo o caráter deliberativo do controle social”. Em relação ao cenário 2018/2019, destacou as
1784 seguintes atividades: 8ª+8 (16ª) Conferência Nacional de Saúde. Tema: “Democracia e Saúde: Saúde
1785 como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS”. Atividades temáticas preparatórias: a)
1786 Conduzidas pelas Comissões Intersetoriais do Conselho Nacional de Saúde: Saúde das Pessoas com
1787 Deficiência; Ciência e Tecnologia; Saúde Bucal; Orçamento e Financiamento; Saúde do Trabalhador e
1788 da Trabalhadora; Saúde Mental; Saúde da População Negra; Recursos Humanos e Relações de
1789 Trabalho, b) Relatório final da 2ª CNSMu, c) 1ª CNVS, d) Fórum Social Mundial de Saúde e Seguridade
1790 de 12 a 17 de março de 2018, e) 21ª Plenária Nacional de Conselhos de Saúde e Movimentos Sociais –

1791 de 04 a 05 de abril de 2018, f) Semana da Saúde de 2 a 8 de abril de 2018, g) Congresso da Rede
1792 Unida, h) Congresso da Abrasco, i) Congresso do CONASEMS, j) Congresso da ASBRAN, k)
1793 Congresso Brasileiro para o Progresso da Ciência e l) Atividades em comemoração do aniversário da
1794 FIOCRUZ; 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena – 2019; Eleições Gerais – Outubro de 2018;
1795 Eleições do CNS; Copa do mundo. Na sequência, falou sobre o Planejamento do CNS 2016-2019:
1796 Objetivo 1 - Acompanhamento do Plano Nacional de Saúde, PLOA e Relatórios de Gestão.
1797 Ação/Atividades: 1.1. Definir Ferramenta de acompanhamento Permanente. Objetivo 2- Ação Conjunta
1798 com as Organizações que atuam no CNS. Objetivo 3- Fortalecer e qualificar o processo de trabalho da
1799 Mesa Diretora, Pleno e Comissões do CNS. Ação/Atividades. 3.1. Monitorar o Planejamento. 3.2.
1800 Atualizar o Regimento do CNS. 3.3. Propor metodologia que amplie a participação do Pleno do CNS na
1801 definição das prioridades da Pauta. 3.4. Fazer com que os produtos das reuniões do CNS se
1802 materializem em Resoluções. 3.5.1. Produzir relatórios trimestrais e apresentar no Pleno do CNS. 3.5.
1803 Monitorar (trimestralmente) o Plano de Ação do CNS. 3.6. Reformular, no Pleno, o papel estratégico e a
1804 função das Comissões.3.6.1. Propor calendário de reunião das comissões do CNS. 3.6.2. Garantir o
1805 acompanhamento das comissões do CNS pela Mesa Diretora do CNS. 3.6.3. Definir pauta regular para
1806 o conjunto das comissões do CNS nas reuniões plenárias (informe/produto). 3.6.4. Garantir que, após
1807 reunião das comissões, haja espaço no Pleno para apresentar relatório sucinto e produtos da reunião.
1808 3.6.5. Definir recurso disponível para cada Comissão, de forma a garantir um mínimo de reuniões.
1809 3.6.6. Garantir assessoria técnica às Comissões do CNS em número e qualidade suficientes. 3.7. Criar
1810 uma intranet como principal forma de comunicação entre os Conselheiros Nacionais e equipe técnica
1811 do CNS a fim de viabilizar o registro e a socialização dos processos internos. 3.8. Ampliar as ações em
1812 curso para estruturação/fortalecimento do apoio técnico do CNS. 3.8.1. Buscar contratos e contratações
1813 que levem mais em conta o direito do trabalhador e da trabalhadora. 3.8.2. Solicitar abertura de
1814 concurso e vagas para o corpo técnico do Conselho. 3.8.3. Solicitar funções gratificadas para
1815 servidores públicos do CNS. 3.9. Aprimorar o funcionamento do CNS. 3.9.1. Garantir a estrutura
1816 administrativa adequada ao funcionamento do CNS e sistema que preserve a memória do CNS. 3.9.2.
1817 Realizar reunião com as direções executivas de todas as entidades e movimentos com assento no
1818 Pleno do CNS individualmente, para fortalecer o papel do conselheiro. 3.9.3. Sistematizar e consolidar
1819 dos atos do CNS. 3.9.4. Reorganizar os tipos de atos (numerações separadas – normativas, de
1820 expediente...). 3.10. Ampliar o orçamento do CNS para qualificar sua atuação. 3.10.1. Apresentar ao
1821 Ministro da Saúde o Plano de Trabalho do CNS e solicitar o orçamento necessário para sua execução.
1822 Objetivo 4- Aperfeiçoar a Política de Educação Permanente do Controle Social. Ação/Atividades: 4.1.
1823 Atualizar a política nacional de educação permanente para controle social do SUS, tendo como
1824 públicos-alvo os conselheiros e entidades que compõem o conselho, e considerar atividades
1825 relacionadas que não foram desenvolvidas pelo Conselho. 4.1.1. Aprovar, no Pleno do CNS, a Política
1826 Nacional de Fortalecimento da Educação Permanente para o Controle Social. 4.2. Implementar a
1827 Política Nacional de Fortalecimento da Educação Permanente para o Controle Social. 4.2.1. Monitorar
1828 as iniciativas de educação permanente para que as mesmas atendam às diretrizes aprovadas nas
1829 instâncias de controle social. 4.2.2. Relatórios semestrais de avaliação da implementação da política.
1830 4.3. Criar a Escola Nacional de Educação Permanente do Controle Social como instrumento de
1831 aglutinação das iniciativas de formação já existentes. 4.3.1. Elaborar proposta de Projeto da Escola
1832 Nacional de Educação Permanente do Controle Social. 4.3.2. Retomar parceria com instituições
1833 formadoras (públicas), a exemplo do DAGEP/MS e FIOCRUZ, entre outras. 4.4. Realizar processo de
1834 educação permanente com a atual composição do Pleno do CNS e suas comissões, a partir da
1835 educação popular em saúde. 4.4.1. Elaborar proposta de formação para os conselheiros nacionais de
1836 saúde e membros das comissões intersetoriais. 4.4.2. Promover capacitação dos novos conselheiros
1837 (do CNS na parte técnica, administrativa e política) e atualizar a metodologia de integração. 4.5. Utilizar
1838 o AVASUS como um dos instrumentos de formação e capacitação dos conselheiros de saúde. 4.6.
1839 Apresentar à SGTES proposta de inclusão do conteúdo do controle social nos processos de formação
1840 por ela coordenados.4.6.1. Realizar reunião com SGTES para apresentar proposta de conteúdo e
1841 monitorar implantação. 4.7. Estimular os estados e municípios a desenvolverem atividades de
1842 educação permanente e implantarem a comissão de educação permanente. 4.7.1. Realizar reuniões
1843 com conselhos estaduais de saúde. Objetivo 5 - Qualificar a participação do Controle Social na
1844 formulação e avaliação das políticas de saúde. Ação/Atividades: 5.1. Definir estratégias para adequar
1845 as estruturas dos conselhos de saúde. 5.2. Integrar as estratégias de educação permanente e popular
1846 nas ferramentas e processos de controle social. 5.3. Participar ativamente do Fórum Interconselhos,
1847 garantindo o retorno adequado e sistematizado da representação ao CNS nesta e outras instâncias
1848 onde o CNS participa. 5.4. Integrar a capacitação permanente junto aos outros órgãos de controle
1849 social, tais como Tribunais de Contas e Ministério Público. 5.5. Criar fórum entre Mesa Diretora e
1850 representantes do CNS em outras instâncias e estabelecer mecanismo de prestação de contas e
1851 análise (apresentação de relatório ou informe sobre participação) para manutenção da representação.
1852 5.6. Monitorar a execução das propostas da 15ª CNS e das demais Conferências de Saúde. 5.7. Definir

1853 estratégia que garanta participação de mais conselheiros nas atividades e representações do CNS. 5.8.
1854 Promover eventos nacionais com órgãos do poder público, com movimentos sociais e com o judiciário
1855 para Educação Permanente dos Conselheiros acerca das leis, direitos, deveres e o caráter deliberativo
1856 do Controle Social. 5.9. Garantir articulação com órgãos do poder público, com o TCU, com os
1857 movimentos sociais e com o judiciário visando legitimar o caráter deliberativo do Conselho. 5.10.
1858 Estimular o rodízio de participação de conselheiros nacionais nas atividades e representações do CNS.
1859 Objetivo 6 - Apoiar a implementação da Política Nacional de Educação Permanente no SUS.
1860 Ação/Atividades: Objetivo 7 -Defender democracia participativa e representativa. Ação/Atividades: 7.1.
1861 Criar estratégias para dar visibilidade ao que ocorre no país, incluídos a situação nos Estados e
1862 Municípios. 7.1.1. Criar ferramenta de denúncias. 7.1.2. Espaço no Pleno do CNS – Radar dos Estados.
1863 Objetivo 8 - Fortalecer e promover a articulação com os demais órgãos de controle social do SUS.
1864 Ação/Atividades: 8.1. Estabelecer o diálogo entre o CNS e os conselhos Estaduais e Municipais. 8.1.1.
1865 Promover a criação de fóruns de conselhos estaduais de saúde para dialogar com o CNS. 8.1.2. Enviar
1866 previamente a proposta de pauta para dar ciência aos fóruns. 8.1.3. Sugestão de proposta de Pauta
1867 para consulta aos fóruns. 8.1.4. Propor aos Conselhos Estaduais de Saúde que organizem fóruns
1868 estaduais com os conselhos municipais. 8.1.5. Propor aos Conselhos Estaduais de Saúde que se
1869 planejem. 8.2. Recomendar os conselhos estaduais e municipais organizem comissões intersetoriais,
1870 de acordo com as especificidades locais, cujos temas estejam previstos na Lei 8080/1990,
1871 principalmente relacionados a Assistência Farmacêutica, Vigilância Sanitária e Farmacoe epidemiologia
1872 e ao financiamento do SUS. 8.2.1. Realizar reuniões com conselhos estaduais sobre as comissões e
1873 sua missão e papel. 8.3. Criar espaço de articulação entre as comissões do CNS responsáveis pelas
1874 conferências temáticas com as comissões estaduais e de capitais. OBSERVAÇÃO: Ampliar para outras
1875 Comissões. 8.3.1. Realizar reuniões com os conselhos estaduais sobre as conferências temáticas. 8.4.
1876 Fortalecer o papel articulador das Plenárias Nacional e Estaduais de conselhos de saúde. 8.4.1.
1877 Realizar reuniões das plenárias nacional e estaduais com pauta previamente discutida. 8.5. Estabelecer
1878 diálogo entre o CNS e as demais instâncias de controle interno e externo, tais como CNE, DNASUS,
1879 TCU, CGU, Ministério Público Justiça Federal. 8.5.1. Realizar reuniões para discutir estratégias
1880 conjuntas. 8.6. Criar espaços de diálogo com a sociedade civil (Fóruns de Patologias, de usuários, de
1881 pessoas com deficiência, e de trabalhadores). 8.7. Viabilizar espaço no site do CNS para os conselhos
1882 estaduais e municipais de saúde. 8.7.1. Criar espaço no site do CNS para conselhos estaduais e
1883 municipais de saúde. Objetivo 9 -Lutar por financiamento suficiente e alocação eficiente dos recursos
1884 financeiros do SUS para garantia do Modelo de Atenção à Saúde, conforme pactuado na CF/88.
1885 Ação/Atividades: 9.1. Manter, permanentemente, uma a Agenda Política de defesa do Financiamento
1886 do SUS. 9.2. Monitorar as transferências, considerando o parágrafo 1 do artigo 17 da LC 141. 9.3.
1887 Realizar sistematicamente a análise do relatório de prestação de contas anual e do relatório de gestão
1888 do MS, em todas as comissões do CNS, relacionando com Plano Nacional de Saúde. 9.3.1. Viabilizar
1889 equipe técnica especializada para apoiar/ colaborar realização de monitoramento anual. 9.3.2. Articular
1890 com outros órgãos de Controle para a análise sistemática (MP, AGU, etc). 9.4. Contemplar no plano de
1891 trabalho das Comissões o acompanhamento e monitoramento das Resoluções e propostas aprovadas
1892 pelas instâncias colegiadas do SUS. 9.4.1. Realizar, de forma sistemática, oficinas macrorregionais de
1893 orçamento e financiamento. 9.5. Acompanhar mensalmente o cumprimento das deliberações das
1894 instâncias do CNS referentes ao orçamento e financiamento do SUS. 9.5.1. Estabelecer uma lista de
1895 itens da LC 141 para monitoramento sistemático pelo CNS. 9.6. Intensificar agenda com parlamentares
1896 para fortalecimento do SUS e seu financiamento. 9.6.1. Sensibilizar parlamentares e bancadas para
1897 que as emendas de saúde fortaleçam o SUS público integral, gratuito, universal e de qualidade. 9.6.2.
1898 Lutar para que a Emenda Parlamentar esteja de acordo com o previsto no PNS – Perspectiva do Papel
1899 fiscalizador do CNS. 9.6.3. Monitorar e analisar emendas parlamentares individuais e de bancadas da
1900 saúde incorporadas na LOA (Lei Orçamentária Anual). 9.6.4. Definir estratégias de apoio à aprovação
1901 da PEC 01/2015. 9.6.5. Aprovação dos critérios de rateio dos recursos do FNS. 9.7. Definir estratégias
1902 de luta por novas fontes de financiamento, mediante a tributação progressiva e que sejam exclusivas
1903 para o SUS proibindo qualquer tipo de desvinculação. 9.7.1. Definir estratégias de apoio às ações de
1904 ressarcimento do SUS por produtos nocivos à saúde (ex. tabaco). 9.7.2. Definir estratégias de luta pela
1905 revogação da desvinculação das receitas da União - DRU. 9.8. Solicitar ao governo que torne acessível
1906 ao CNS e divulgue as avaliações que são feitas a respeito de renúncia de receita e a possível
1907 reavaliação de sua manutenção. 9.9. Construir agenda com MPOG (Ministério do Planejamento
1908 Orçamento e Gestão) para que aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde seja
1909 considerada como despesa obrigatória. 9.9.1. Identificar fontes de financiamento permanente e
1910 necessária para plena execução da política de saúde. Objetivo 10 - Promover a participação dos
1911 conselhos de saúde na regionalização e na gestão do SUS regional. Ação/Atividades: 10.1. Realizar
1912 oficinas interregionais para articulação e fortalecimento do controle social, possibilitando o intercâmbio
1913 de boas experiências. 10.2. Definir estratégias de participação do controle social populações em
1914 situação de vulnerabilidade e iniquidades (quilombolas, população em situação de rua entre ampliar a

1915 citação). 10.3. Definir estratégias de participação de conselheiros nacionais em âmbito regional nas
1916 instâncias colegiadas do SUS. 10.4. Promover encontros nas regiões com conselheiros em parceria
1917 com conselhos estaduais para debater o SUS regional e a regionalização e envolver conselhos
1918 municipais. Objetivo 11 - Definir estratégias específicas em relação à População Indígena.
1919 Ação/Atividades: 11.1. Definir ações específicas Educação Permanente. Objetivo 12- Promover a
1920 valorização do trabalhador e a despreciação das relações de trabalho no SUS. Ação/Atividades:
1921 12.1. Articular ações conjuntas do CNS com os observatórios de Recursos Humanos em Saúde
1922 existentes. 12.2. Articular ações em torno do impacto da Reforma da Previdência na despreciação
1923 das relações de trabalho no SUS. 12.3. Discutir o tema no Pleno do CNS com a participação do
1924 Ministério da Saúde. 12.4. Abordar a precarização nas relações de trabalho dos trabalhadores do MS.
1925 12.5. Articular estratégias para combater a precarização e o possível assédio no processo de trabalho
1926 dos colaboradores do CNS. 12.6. Discutir a Regulamentação do Trabalho no setor público. 12.6.
1927 Reforçar a participação da SEGETS no debate da precarização do trabalho em saúde. 12.6. Solicitar
1928 que a Assessoria Parlamentar monitore os Projetos de Lei referentes aos direitos trabalhistas na área
1929 da saúde. 12.6. Promover um seminário em parceria com o DIESAT com a pauta da precarização do
1930 trabalho em saúde. 12.7. Estabelecer na agenda do CNS a discussão sobre a carreira para o SUS.
1931 Objetivo 13 - Ordenar e regular a formação profissional em saúde, considerando que a ordenação é
1932 uma ação estratégica do controle social. Ação/Atividades: 13.1. Realizar o debate sobre o conceito de
1933 Ordenação e a necessidade quantitativa e qualitativa da formação dos trabalhadores da saúde,
1934 envolvendo todas as Comissões no âmbito do CNS e incluindo a visão do segmento dos usuários com
1935 protagonismo. 13.2. Incluir o debate sobre o COAPES na CIRHT. 13.3. Debate sobre exames de
1936 proficiência para os profissionais da saúde. 13.4. Interpelar o MS sobre o Panorama / Situação dos
1937 Programas de Residência. 13.5. Fortalecer/Articular com os Conselhos Estaduais a avaliação de
1938 Cursos de âmbito estadual. 13.6. Definir estratégia de alinhamento da demanda (Responsabilidade MS)
1939 com a oferta (Responsabilidade MEC) da formação em saúde. 13.7. Definir estratégia para buscar
1940 meios para garantir estudo da Política Nacional de Saúde em todo o processo de formação em saúde,
1941 desde o ciclo básico. 13.8. Elaborar um diagnóstico da formação em saúde no Brasil em parceria com
1942 representantes das Instituições Formadoras e MEC para assegurar o compromisso da formação com o
1943 SUS. 13.9. Debater e atualizar a NOB – RHSUS. 13.10. Propor ao MS programas de desenvolvimento
1944 pedagógico e conceitual sobre o Sistema Único de Saúde para docentes e preceptores. Ação: 13.11.
1945 Definir estratégia para potencializar os serviços de saúde como espaços políticos pedagógicos para
1946 formação dos professores e preceptores. 13.12. Definir estratégia para atuação conjunta do CNS com
1947 as entidades formadoras em saúde. 13.13. Ampliar o acompanhamento da CIRHT a todos os cursos de
1948 formação superior e cursos técnicos em saúde. 13.14. Definir estratégia para validar as avaliações
1949 realizadas pela CIRHT em relação aos cursos de graduação em saúde. 13.15. Realizar o debate no
1950 CNS sobre quais as necessidades de formação com base na demanda e perfil epidemiológico
1951 brasileiro. 13.16. Definir estratégia para apoiar as descentralizações dos centros de formação em saúde
1952 respeitando as especificidades regionais. 13.17. Definir estratégia para apoiar as discussões e
1953 estratégias para integração do ensino-serviço na formação em saúde. 13.18. Definir estratégia para
1954 garantir que o CNS componha o CNE. 13.19. Definir estratégia para apoiar as iniciativas da SGTES de
1955 aproximação do MS com o MEC. 13.20. Definir estratégia para apoiar iniciativas que estimulem e
1956 valorizem a dedicação exclusiva. 13.21. Avaliar a metodologia de trabalho e a estrutura da Comissão
1957 com vistas a atender seus objetivos (incorporar a avaliação dos demais cursos da saúde, perfil dos
1958 membros, formação em saúde, plano de carreira para o SUS). 13.22. Retomar a relação da CIRH com
1959 o MEC por meio de uma agenda permanente de trabalho. 13.23. Discutir a Formação Técnica –
1960 iniciando pelas diretrizes da formação de Agentes Comunitários. 13.24. Debater sobre Formação em
1961 Serviço. Objetivo 14 - Saúde do Trabalhador. Ação/Atividades: 14.1. Orientar os Conselhos Estaduais
1962 de Saúde e a CIST Estaduais a discutirem e elaborarem as prioridades de Saúde do Trabalhador para
1963 inclusão no Plano Estadual de Saúde. 14.1.1. Incluir a área da Comunicação do CNS nas estratégias
1964 de relação com os CES. 14.1.2. Orientar a incorporação da PNST nos Planos Estaduais de Saúde.
1965 14.2. Articular ações estratégicas com o Conselho Nacional de Trabalho e Previdência – CNTP. 14.2.1.
1966 Debater o impacto da Reforma Trabalhista na Saúde do Trabalhador. 14.3. Acompanhar e se
1967 posicionar em relação às medidas legislativas que tem flexibilizado a proteção dos trabalhadores na
1968 CISTT e no Peno, assim como todas as medidas que tem impacto na saúde dos trabalhadores. 14.4.
1969 Emitir Recomendação para todos os Conselhos de Saúde da importância da criação da CIST em todos
1970 os Conselhos de Saúde (estaduais e municipais), segundo a Lei 8.080/90. 14.4.1. Realizar reuniões
1971 ampliadas entre a CIST Nacional, CIST Estaduais e Conselhos Estaduais de Saúde para orientação de
1972 constituição de CIST municipais e para o fortalecimento das ações. 14.5. Realização do Encontro
1973 Nacional da CIST. 14.6. Realização de Encontros Estaduais da CIST Nacional. 14.7. Convidar as CIST
1974 estaduais a participarem de todas as reuniões da CIST Nacional. 14.8. Orientar as CIST estaduais a
1975 convidarem as CIST municipais para suas reuniões. 14.9. Colocar informações de agendas, plano de
1976 trabalho, CIST existentes e demais informações no site do CNS. 14.10. Criar um grupo de comunicação

1977 dos coordenadores da CIST Nacional e CIST estaduais. 14.11. Criar um informativo online que dê
1978 publicidade às ações da CIST Nacional e às ações de Saúde de Trabalhador. 14.12. Acessar os
1979 bancos de dados institucionais e sistematizar as informações sobre Saúde do Trabalhador
1980 (determinantes sociais, acidentes e doenças relacionadas ao trabalho): I. Pesquisa Nacional de Saúde
1981 (MS); II. SIM e SINAN: estudar morte e adoecimento relacionado ao trabalho visando fomentar políticas
1982 de promoção de Saúde do Trabalhador; III. Dados de fiscalizações sobre segurança e medicina do
1983 trabalho do antigo MTE; IV. Dados de doenças e acidentes do trabalho registrado do INSS
1984 (DATAPREV). 14.12.1. Relacionar as informações obtidas com o debate sobre Vigilância em Saúde.
1985 14.13. Articular a implementação de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica, segundo a
1986 PNST, junto às áreas competentes do Ministério da Saúde. 14.13.1. Incluir o recorte das populações
1987 em situação de iniquidade. 14.14. Definir estratégia de fomento das ações de educação permanente em
1988 Saúde do Trabalhador para os profissionais da Rede de Atenção à Saúde e para os movimentos
1989 sindicais e populares dos territórios, visando à promoção da saúde e prevenção dos agravos
1990 relacionados ao trabalho. 14.15. Analisar a estruturação dos CEREST à luz das resoluções da 4ª
1991 CNSTT e da PNST. 14.16. Discutir as condições de trabalho e saúde da população do campo, floresta
1992 e águas visando propor ações em articulação com a PNSCFA. 14.16.1. Incluir a discussão sobre o
1993 Impacto dos agrotóxicos da saúde do trabalhador. 14.17. Definir estratégias de fortalecimento das
1994 ações de Saúde do Trabalhador dos profissionais do sexo e LGBT. 14.18. Definir estratégias de
1995 fortalecimento das ações de Saúde do Trabalhador das demais populações vulneráveis. 14.19.
1996 Negociar com o MEC a inclusão de conteúdos de Saúde do Trabalhador na matriz curricular dos cursos
1997 de graduação, em especial nos de saúde. 14.20. Elaborar documento norteador que estabeleça
1998 atribuições da CIST. 14.21. Definir estratégias de fortalecimento da intersectorialidade das ações de
1999 vigilância e fiscalização objetivando eliminar o conflito de competências: antigo MTE versus SUS.
2000 14.22. Definir estratégias de enfrentamento à interferência da gestão local nas ações de VISAT nos
2001 territórios. 14.23. Definir estratégias de capacitação do controle social na VISAT, visando qualificar sua
2002 atuação. 14.24. Definir estratégias de fomento à constituição de códigos sanitários com base no Código
2003 de Saúde do Estado de São Paulo. 14.25. Definir estratégias de fomento à negociação e contratação
2004 coletiva em Saúde do Trabalhador, visando à promoção da saúde, prevenção de acidentes e melhoria
2005 das condições de trabalho. 14.26. Analisar as normatizações, protocolos e resoluções da Mesa de
2006 Negociação do SUS em relação a Saúde do Trabalhador. 14.27. Execução/Condução do Projeto de
2007 Articulação e Qualificação da atuação do Controle Social na PNST. Objetivo 15 - Instituir uma Política
2008 de Comunicação Social do CNS em defesa do SUS e do Direito à Saúde. Ação/Atividades: 15.1.
2009 Desenvolver campanha em defesa do direito à saúde como elemento garantidor do estado democrático
2010 de direito, incluindo as temáticas da Atenção à Saúde e da Gestão. 15.1.1. Desenvolver ações da
2011 Frente Nacional em Defesa do SUS (ABRASUS) nos estados e municípios. Mesa Diretora. Secretaria
2012 Executiva. Campanha desenvolvida. 15.2. Realizar seminários e debates sobre comunicação em saúde
2013 enquanto estratégia de continuidade à Realização da 1 CNLC. 15.2.1. Articulação com entidades
2014 (CEBES, ABRASCO, ...) para a comunicação que faça o contraponto à narrativa da Grande Mídia.
2015 15.2.2. Integrar os esforços para a comunicação com a participação do conjunto das
2016 entidades/organizações que compõem o CNS. 15.2.3. Buscar e divulgar materiais produzidos pela
2017 sociedade na perspectiva de fazer comunicação em saúde. 15.2.4. Produzir materiais curtos e
2018 temáticos e que dialoguem com a população. 15.3. Formular uma Política de Comunicação para o
2019 CNS. 15.3.1. Realizar reunião da mesa diretora com assessoria de comunicação. 15.4. Implementar a
2020 Política de Comunicação do CNS. 15.4.1. Apresentar proposta no Pleno e elaborar plano de trabalho.
2021 15.5. Criar uma estrutura permanente de tecnologia em informação e comunicação para o CNS.
2022 15.5.1. Utilizar o Facebook e o Twitter do CNS como instrumento de compartilhamento de informações.
2023 15.5.2. Criação de um novo site para o CNS. 15.5.3. Desenvolver aplicativo de comunicação para o
2024 controle social. 15.5.4. Utilizar ferramentas de comunicação acessíveis e em linguagem popular
2025 (cartilhas, programas de rádio comunitária) com foco em populações em situação de iniquidade. 15.5.5.
2026 Utilizar e divulgar plataforma colaborativa SUSCONNECTA. 15.6. Estruturar no CNS uma Assessoria de
2027 Comunicação que dê suporte às ações dos conselheiros em seus estados. 15.6.1. Contratar equipe de
2028 comunicação. 15.7. Criar programa do CNS na TV Brasil, Canal Saúde, NBR e Voz do Brasil. 15.7.1.
2029 Desenvolver e firmar projetos de parceria com instituições dos programas. 15.8. Buscar outras formas
2030 de comunicação, tais como cordel, teatro e vídeo para redes sociais como forma de atingir diversos
2031 públicos. 15.8.1. Criar mural informativo no hall de entrada do Anexo do MS com ações e atividades do
2032 CNS. 15.8.2. Publicar boletins mensais sobre as atividades do Conselho Nacional de Saúde. 15.9.
2033 Convocar a primeira conferência nacional livre de comunicação em saúde. 15.9.1. Elaborar proposta de
2034 resolução e aprovar no Pleno do CNS. 15.10. Atualizar o Programa de Inclusão Digital (PID). 15.10.1.
2035 Realizar levantamento do atual estado de arte do PID e atualizar informações. 15.11. Atualizar e
2036 divulgar a Carta de Direito dos Usuários do SUS. – prioridade. 15.11.1. Revisar a Carta de Direito dos
2037 Usuários do SUS e produzir novo lay out para publicação. 15.11.2. Criar GT para até a Conferência
2038 Livre de Comunicação. 15.12. Trazer o tema da articulação e mobilização para a “Comissão de

2039 Comunicação” (incluindo o papel interno e externo – parlamentar/órgãos/movimentos). Objetivo 16 -
2040 Ciência e Tecnologia. 16.1. Pautar no CNS a Agenda Nacional de Pesquisa. 16.2. Fortalecer a
2041 autonomia do parque Tecnológico Estratégico, considerando a Biodiversidade e a Saúde Popular na
2042 priorização das pesquisas. 16.3. Acompanhar as PDP – Parcerias para desenvolvimento de
2043 Tecnologias para a saúde. 16.4. Discutir o papel da Anuência Prévia da ANVISA para patenteamento.
2044 16.5. Acesso ao Medicamento compõe o rol dos direitos à saúde. 16.6. Agenda Política em relação às
2045 emendas ao PL 200. 16.7. Acompanhar as ações da CONEP. 16.8. Atuação do CNS na
2046 melhoria/upgrade da Plataforma Brasil – Mesa e SE. 16.9. Remeter às comissões do CNS debate sobre
2047 a qualidade de vida dos estudantes e pesquisadores. 16.10. Retomar apresentação nas reuniões do
2048 CNS sobre os PL em tramitação no Congresso Nacional (Radar legislativo). 16.11. Definir estratégias
2049 de aproximação do CNS com órgãos externos da área de educação e de ciência e tecnologia (CAPES,
2050 entre outros). 16.12. Agilizar a conclusão do trabalho do GT de pesquisas no âmbito do SUS, com
2051 vistas a pautar no Pleno do CNS. 16.13. Pautar debate da Mesa Diretora do CNS com a CONITEC a
2052 fim de qualificar a participação da representação do Conselho na Comissão. 16.14. Agilizar a
2053 conclusão da minuta de Resolução sobre risco em pesquisa com seres humanos. 16.15. Agilizar o
2054 processo de capacitação dos CEP sobre as novas resoluções do CNS acerca das pesquisas com seres
2055 humanos. Objetivo 17- Defender a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Ação/Atividades:
2056 17.1. Definir estratégias para a defesa da Política aprovada no CNS com os princípios da
2057 universalidade e integralidade. Aberta a palavra para manifestações, foram destacadas as seguintes
2058 questões: contemplar no planejamento a saúde das pessoas com patologias; incluir entre as atividades
2059 o Encontro de CONDISIS, que será realizado de 6 a 8 de março de 2018; é preciso criar filtro para não
2060 sobrepor ações; e a sugestão é ranquear as atividades por prioridades. Feitas essas considerações, os
2061 conselheiros dividiram-se em quatro grupos, sendo: **GRUPO 1 – objetivos 1 a 4. Objetivo 1 -**
2062 Acompanhamento do Plano Nacional de Saúde, PLOA e Relatórios de Gestão. **Objetivo 2 -** Ação
2063 Conjunta com as Organizações que atuam no CNS. **Objetivo 3 -** Fortalecer e qualificar o processo de
2064 trabalho da Mesa Diretora, Pleno e Comissões do CNS. **Objetivo 4 -** Aperfeiçoar a Política de
2065 Educação Permanente do Controle Social. **GRUPO 2 – OBJETIVOS 5 A 8. Objetivo 5 -** Qualificar a
2066 participação do Controle Social na formulação e avaliação das políticas de saúde. **Objetivo 6 -** Apoiar a
2067 implementação da Política Nacional de Educação Permanente no SUS. **Objetivo 7 -** Defender
2068 democracia participativa e representativa. **Objetivo 8 -** Fortalecer e promover a articulação com os
2069 demais órgãos de controle social do SUS. **GRUPO 3 – 9 A 12. Objetivo 9 -** Lutar por financiamento
2070 suficiente e alocação eficiente dos recursos financeiros do SUS para garantia do Modelo de Atenção à
2071 Saúde, conforme pactuado na CF/88. **Objetivo 10 -** Promover a participação dos conselhos de saúde
2072 na regionalização e na gestão do SUS regional. **Objetivo 11 -** Definir estratégias específicas em
2073 relação à População Indígena. **Objetivo 12 -** Promover a valorização do trabalhador e a
2074 despreciação das relações de trabalho no SUS. **GRUPO 4 – 13 A 17. Objetivo 13 -** Ordenar e
2075 regular a formação profissional em saúde, considerando que a ordenação é uma ação estratégica do
2076 controle social. **Objetivo 14 -** Saúde do Trabalhador. **Objetivo 15 -** Instituir uma Política de
2077 Comunicação Social do CNS em defesa do SUS e do Direito à Saúde. **Objetivo 16 -** Ciência e
2078 Tecnologia. **Objetivo 17 -** Defender a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Após essa
2079 divisão, os grupos reuniram-se para iniciar as atividades. O resultado do trabalho dos grupos seria
2080 apresentado no dia seguinte, durante a 62ª Reunião Extraordinária do CNS. Estiveram presentes os
2081 seguintes conselheiros na tarde do segundo dia de reunião: *Titulares* – **André Luiz de Oliveira**,
2082 Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Antônio César Silva Mallet**, Ministério da Saúde;
2083 **Antônio Lacerda Souto**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG;
2084 **Antônio Pitol**, Pastoral da Saúde Nacional; **Artur Custódio Moreira de Sousa**, Movimento de
2085 Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase – MORHAN; **Carlos de Souza Andrade**,
2086 Confederação Nacional do Comércio – CNC; **Carmen Lucia Luiz**, União Brasileira de Mulheres – UBM;
2087 **Carolina Abad**, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama –
2088 FEMAMA; **Cleuza Maria Faustino do Nascimento**, Federação Nacional dos Sindicatos dos
2089 Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social – FENASPS; **Dylson Ramos**
2090 **Bessa Júnior**, Organização Nacional de Entidades de Deficientes Físicos – ONEDEF; **Geordecil M.**
2091 **Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **Jani Betânia S. Capiberibe**, Associação Brasileira de
2092 Autismo – ABRA; **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde –
2093 CNTS; **José Vanilson Torres da Silva**, Movimento Nacional de População de Rua – MNPR; **Lorena**
2094 **Baía**, Conselho Federal de Farmácia – CFF; **Luiz Alberto Catanoso**, Sindicato Nacional dos
2095 Aposentados, Pensionistas e Idosos - SINDINAPI/FS; **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central
2096 Sindical de Trabalhadores – NCST; **Moysés Toniolo de Souza**, Articulação Nacional de Luta Contra a
2097 Aids – ANAIDS; **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Oriana Bezerra Lima**, Conselho
2098 Federal de Medicina Veterinária (CFMV); **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos
2099 Farmacêuticos – Fenafar; **Sarlene Moreira da Silva**, Coordenação das Organizações Indígenas da
2100 Amazônia Brasileira – COIAB; e **Zaira Tronco Salerno**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN).

2101 *Suplentes* – **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello**, Associação Brasileira Superando o Lúpus; **Analice**
2102 **Dantas Santos**, Conselho Federal de Serviço Social – CFESS; **Clarice Baldotto**, Associação de
2103 Fisioterapeutas do Brasil (AFB); **Eliane Maria Nogueira de Paiva Cunha**, Sindicato dos Servidores do
2104 Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde – UNASUS; **Fernando Zasso Pigatto**,
2105 Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Francisca Valda da Silva**,
2106 Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; **Gilene José dos Santos**, Sindicato Nacional dos
2107 Aposentados, Pensionistas' e Idosos da Força Sindical – Sindnapi; **Heleno Rodrigues Corrêa Filho**;
2108 Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES; **José Eri Osório de Medeiros**, Conselho Nacional
2109 dos Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS; **Jupiara Gonçalves de Castro**, Federação de
2110 Sindicatos de Trabalhadores Técnicos Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do
2111 Brasil – FASUBRA; **Lenir Santos**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down –
2112 FBASD; **Sérgio Diego de França**, Organização Nacional de Cegos do Brasil – ONCB; e **Vânia Lúcia**
2113 **Ferreira Leite**, Pastoral da Criança.