



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

Aos oito e nove dias do mês de agosto 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 Oitava Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde - CNS. Estabelecido o quórum, às 9h05, conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, procedeu à abertura dos trabalhos, com saudações aos presentes e aos internautas que acompanham a reunião em tempo real. Em seguida, apresentou os objetivos da 308ª Reunião Ordinária do CNS: **1)** Socializar os informes e apreciar as indicações. **2)** Conhecer e apreciar a situação epidemiológica das doenças, tais como sarampo e poliomielite. **3)** Apresentar e encaminhar demandas relativas à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. **4)** Apreciar e deliberar as demandas da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho – CIRHRT. **5)** Apresentar, apreciar e deliberar sobre a 16ª Conferência Nacional de Saúde – 16ª CNS e a 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena – 6ª CNSI. **6)** Apreciar e deliberar sobre o Processo Eleitoral do Conselho Nacional de Saúde, mandato 2018-2021. **7)** Conhecer, debater e deliberar acerca das demandas da Comissão Intersetorial de Orçamento e financiamento – COFIN. **8)** Assistir e apreciar a prestação de contas do Projeto “Oficina de Formação para o Controle Social no SUS”. **9)** Conhecer e deliberar sobre as demandas das Comissões Intersetoriais, Câmaras Técnicas e Grupos de Trabalho. **10)** Participar do curso “Participação e Controle Social” e conhecer a “Plataforma Rede Conselhos SUS”. Concluída a apresentação dos objetivos, procedeu ao primeiro item da reunião. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DA PAUTA DA 308ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - Composição da mesa:** conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS; e conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**, da Mesa Diretora do CNS. **Deliberação:** a pauta da 308ª RO do CNS foi aprovada, por unanimidade. A ata da 307ª Reunião Ordinária seria apreciada na próxima reunião do Conselho, junto com a ata desta Reunião. **ITEM 2 – EXPEDIENTE – JUSTIFICATIVA DE AUSÊNCIAS. DATAS REPRESENTATIVAS PARA A SAÚDE NO MÊS DE AGOSTO. INFORMES. INDICAÇÕES - Coordenação:** conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, da Mesa Diretora do CNS; e **Ana Carolina Dantas Souza**, Secretária-Executiva do CNS. **Justificativa de ausências** – conselheiro **Cláudio Ferreira do Nascimento**; conselheiro **João Paulo dos Reis Neto**; conselheiro **José Vanilson Torres da Silva**; e conselheira **Nelcy Ferreira da Silva**. **Coordenadores de Plenária** – participaram da reunião: **Carlos Alberto de Oliveira**; **Isadora Maia**; e **Pedro Macedo Granja**. **Novos conselheiros** – **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, assume como 1º Suplente, representando o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - CONASS; **Tereza Cristina Lins Amaral**, assume como 2ª suplente, representando o CONASS; e **Marcos Antônio Petrolini**, assume como 1º suplente, representando o Ministério da Saúde. **INFORMES** - **1)** O presidente do CNS, em nome da conselheira **Adolorata Aparecida Bianco Carvalho** informou sobre a proposta de inclusão dos estabelecimentos médicos veterinários no rol de estabelecimentos de saúde e sua inclusão no SCNES. **Solicitação:** solicitar à Comissão de Vigilância em Saúde que aprofunde o debate desta demanda e apresente posição ao CNS, com convite à área de regulação/SVS/MS. **2)** Conselheira **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello** informou que o Comitê de Uso racional de Medicamentos elaborou Cartilha do Uso Racional de Medicamento para ser amplamente divulgada. **3)** Conselheira **Simone Maria Leite Batista** fez os seguintes informes da Articulação Nacional de movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS: participação da ANEPS no Congresso da Abrasco; solicitação de pauta no CNS para tratar de novas práticas integrativas; curso de educação popular em saúde continua e foi iniciada capacitação em Sergipe; e participação em curso de iniciação em Reiki. **4)** Conselheira **Zaira Tronco Salerno** informou o CNS sobre a Consulta Pública nº 4 referente à Revisão do Guia Alimentar para crianças menores de 2 anos e solicitou que seja divulgada para garantir contribuições. **5)** Conselheira **Cleuza de Carvalho Miguel** explicou que no mês de agosto serão realizados eventos em comemoração ao dia Mundial da Esclerose Múltipla e Conscientização da Esclerose Múltipla – “agosto laranja”. Inclusive, comunicou que o MOPEM realizará o seminário “Transformando um sonho em realidade”, também em comemoração ao mês. **6)**

54 Conselheiro **Moysés Toniolo** informou sua participação na XXII Conferência Internacional de AIDS, em
55 Amsterdã, na Holanda, representando o CNS. Na oportunidade, tratou de temas de acordo com o
56 debate acumulado do CNS: acesso universal; sustentabilidade das metas 90/90; e patentes de
57 medicamentos. Destacou ainda a participação do conselheiro **José Felipe dos Santos** e da
58 conselheira **Tathiane Aquino de Araújo** na atividade. Informou, por fim, que enviou relatório ao
59 Conselho sobre a sua participação na atividade. *Sugestão:* que documentos importantes do CNS sejam
60 traduzidos para o inglês e espanhol a fim de serem distribuídos em eventos internacionais. **7)**
61 Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, informou o Pleno sobre a realização do
62 9º Congresso da Federação Nacional dos Farmacêuticos – FENAFAR, realizado de 2 a 4 de agosto de
63 2018, com o tema “Farmacêuticos unidos em defesa do trabalho e do Brasil”. Na oportunidade, foi
64 realizada eleição para diretoria e, como resultado, foi reconduzido, com o apoio da totalidade dos votos
65 dos presentes, para continuar na direção da FENAFAR. **8)** conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**,
66 Presidente do CNS, fez um informe sobre a participação do CNS no Congresso da ABRASCO, com
67 destaque para os seguintes aspectos: protagonismo do Conselho nas atividades do Congresso;
68 lançamento oficial da 16ª Conferência Nacional de Saúde, em frente ao Castelo da Fiocruz; debates
69 importantes sobre a atual situação da saúde pública no Brasil, inclusive com pré-candidatos à
70 Presidência da República 2018; reunião com representações dos conselhos estaduais e municipais de
71 saúde e coordenadores de plenária e consenso sobre a construção da 16ª CNS; reunião com o
72 movimento Grito dos Excluídos; e reunião da Comissão Intersetorial de Promoção, Proteção e Práticas
73 Integrativas e Complementares em Saúde – CIPPSPICS. Aberta a palavra ao Pleno, os conselheiros
74 reforçaram a importância do evento e destacaram a participação expressiva do CNS na atividade. Além
75 disso, destacaram: o ato de lançamento da Política Nacional de Vigilância em Saúde, aprovada pelo
76 CNS; a participação expressiva da representação social e movimentos populares no Congresso; e a
77 organização do evento que contou com cerca de 8 mil participantes. *Sugestões:* disponibilizar os
78 relatórios de participação no Congresso (conselheira Denise Torreão encaminhou relatório) e as
79 apresentações feitas durante a atividade. **7)** Conselheiro **Arilson da Silva Cardoso** fez um informe
80 sobre o Congresso do CONASEMS, realizado de 25 a 27 de julho de 2018, em Belém/PA, que contou
81 com 4.600 pessoas inscritas. Da atividade, destacou os seguintes pontos: reafirmação da discussão do
82 compromisso com o SUS e seus princípios – debate sobre os avanços no SUS até o momento,
83 principalmente na atenção básica; debate sobre o financiamento com posicionamento unânime contra a
84 Emenda Constitucional – EC nº 95/2016; XV mostra “Aqui tem SUS” – municípios inscrevem
85 experiências exitosas (mais de 600 inscritas); e comemoração aos 30 anos do CONASEMS. **9)** Entrega
86 de 1.500 assinaturas, colhidas pela Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura –
87 CONTAG, contra a EC 95/2016. **INDICAÇÕES** - **1)** O Ministério da Saúde solicita a indicação de
88 representante do CNS, titular e suplente, representando as entidades e dos movimentos sociais
89 nacionais de usuários do SUS, para a composição do Comitê Gestor do PRONON e do PRONAS/PCD.
90 *Indicação:* conselheira **Carolina Abad**; e conselheiro **Antônio Muniz**. **2)** O Ministério das Cidades
91 solicita a ratificação do nome do representante atual ou nova indicação de representante do CNS, titular
92 e suplente, para a composição do Comitê Gestor do GTI – Plansab. *Indicação:* Titular - **Fernando**
93 **Pigatto**; e Suplente - **Adolorata Aparecida Bianco Carvalho**. **3)** 6º Concerto SUS pela Vida - “30 anos
94 da Constituição do Direito a Vida”. Data: 30 de agosto a 1º de setembro de 2018. Local: Salvador/BA.
95 *Indicação:* conselheiro **Moyses Longuinho Toniolo de Souza**; e **Altamira Simões dos Santos de**
96 **Sousa**. **DATAS REPRESENTATIVAS PARA A SAÚDE NO MÊS DE AGOSTO** – **1º** - Dia Nacional
97 das Pessoas com Vitiligo - Lei nº 12.627/2012, de 11 de maio de 2012; de 1 a 7 de Agosto - Semana
98 Mundial de Amamentação; **5** - Dia Nacional da Saúde - Nascimento de Oswaldo Cruz - Lei nº
99 5.352/1967, de 8 de novembro de 1967; e Dia da Farmácia; **8** - Dia Nacional de Combate ao Colesterol
100 e Dia do Pedestre; **9** - Dia Nacional da Equoterapia, Lei nº 12.067/2009, de 29 de outubro de 2009; **10** -
101 Dia da Enfermeira; **11** - Dia do Estudante; **12** - Dia Nacional dos Direitos Humanos, Lei nº 12.641/2012,
102 de 15 de maio de 2012; **21 a 28 de Agosto** - Semana Nacional da Pessoa com Deficiência Intelectual e
103 Múltipla - data não oficial, porém comemorada desde 1964 - Projeto de Lei PL 5.090/2013; **24** - Dia da
104 Infância; **25** - Dia Nacional da Educação Infantil, Lei nº 12.602/2012, de 3 de abril de 2012; **27** - Dia do
105 Psicólogo - data de assinatura da Lei nº 4.119/1962; **28** - Dia Nacional do Voluntariado, Lei nº
106 7.352/1985; **29** - Dia Nacional de Combate ao Fumo, Lei nº 7.488/1986, de 11 de junho de 1986 e Dia
107 do Combate à Desnutrição; **30** - Dia Nacional da Conscientização da Esclerose Múltipla; **31** - Dia
108 Internacional dos Desaparecidos e Dia do Nutricionista. Destaque: 30 de maio é o dia Mundial da
109 Esclerose Múltipla e 30 de agosto é o Dia Nacional da Conscientização da Esclerose Múltipla. **ITEM 3 –**
110 **RADAR - Programa Nacional de Imunização: a situação epidemiológica das doenças, tais como**
111 **sarampo e poliomielite** - *Apresentação:* **Carla Magda Allan Santos Domingues**, Coordenadora Geral
112 do Programa Nacional de Imunizações – CGPNI/DEVIT/SVS/MS. *Coordenação:* conselheiro **Nelson**
113 **Augusto Mussolini**, da Mesa Diretora do CNS. A coordenadora/CGPNI/DEVIT/SVS/MS, **Carla Magda**
114 **Allan Santos Domingues**, fez uma abordagem sobre o Programa Nacional de Imunização e a situação
115 epidemiológica do sarampo e poliomielite. Começou falando sobre a situação epidemiológica do

116 sarampo e da poliomielite no Brasil e no mundo. A respeito do sarampo, destacou que, em 2016, a
117 doença foi considerada eliminada no Brasil e nas Américas, mas está presente em outros continentes,
118 com risco da reinserção da doença. Portanto, é preciso garantir a erradicação global, a fim de evitar
119 surtos como ocorre no país por conta da imigração de Venezuelanos (mais de mil casos notificados,
120 maioria concentrado na Região Norte). Trata-se de uma doença infectocontagiosa, que se expande
121 rapidamente, daí a importância da vacinação de crianças e adultos. Destacou a concentração de casos
122 em crianças de 1 a 4 anos, o que aponta a não vacinação nesse grupo prioritário. Sobre a poliomielite
123 ou “paralisia infantil”, explicou tratar-se de doença contagiosa viral aguda, caracterizada por um quadro
124 de paralisia flácida, de início súbito. No mundo, a poliomielite permanece endêmica em três países:
125 Afeganistão, Nigéria e Paquistão, com registro de doze casos. Não houve nenhum caso confirmado nas
126 Américas. No Brasil, não há circulação de poliovírus selvagem da poliomielite desde 1990. Disse que a
127 erradicação da pólio é devido à política de prevenção, vigilância e controle implantado
128 pelo SUS. Apesar desse quadro, destacou que houve queda nas coberturas vacinais, o que acende
129 alerta no país e traz a preocupação com a volta de doenças já eliminadas no Brasil, como o sarampo e
130 a poliomielite. No caso da pólio, 78,4% de cobertura em 2017 e, no caso do sarampo, 69,9%. Com
131 exceção da BCG, nenhuma vacina do calendário vacinal atingiu a meta de cobertura (90%), em 2017.
132 No caso da tríplice viral, apenas seis UF atingiram a meta de 95% de cobertura vacinal: Paraíba, Rio de
133 Janeiro, Pernambuco, Rondônia, Alagoas e Ceará. Na segunda dose, nenhuma Unidade Federada -
134 UF atingiu a meta de 95% de cobertura vacinal. No caso da poliomielite, apenas duas UF atingiram a
135 meta de 95% de cobertura vacinal: Rondônia e Ceará. Salientou que é necessária intervenção imediata
136 porque pode acontecer surtos como aconteceu na década de 90. Destacou que não há uma única
137 causa para a queda nas coberturas vacinais e na homogeneidade de coberturas, mas sim múltiplos
138 fatores que precisam ser compreendidos e enfrentados. Nessa linha, apontou os possíveis fatores: **1)**
139 população não quer ser vacinada: falsa segurança de que não há necessidade mais de se vacinar;
140 desconhecimento da gravidade das doenças; *fake news*; atuação de grupos antivacinas; e medo de
141 evento adverso; **2)** população acredita na vacinação, mas não está sendo vacinada - mobilização local
142 insuficiente para o resgate de não vacinados; a busca ativa de faltosos não é uma prática adotada nos
143 municípios; o monitoramento dos dados não é feito nos estados e municípios; como está a vacinação
144 nas áreas de difícil acesso geográfico e de intensa mobilidade populacional, de turismo, fronteiriças...;
145 como está a atuação do PSF/ACS no monitoramento da cobertura vacinal; profissionais de saúde
146 insuficientes para atender a demanda e sem a devida capacitação; insumos distribuídos versus número
147 de salas de vacina; estimativas populacionais inadequadas; falta de tempo para comparecer aos
148 serviços de saúde; horário de funcionamento das salas; desconhecimento dos esquemas vacinais
149 preconizados nos calendários; falta de informação e/ou mobilização sobre a importância da vacinação;
150 e informações conflitantes sendo veiculadas no meios de comunicação e violência; e **3)** a população
151 está sendo vacinada mas: não está sendo registrada; está sendo registrada mas há erros na digitação
152 dos dados que comprometem a avaliação das coberturas vacinais; e há problemas no sistema de
153 informação que impedem a transmissão de dados. Também pontou os seguintes desafios: cenário
154 epidemiológico atual; estratégias para buscar adesão da população alvo: horários flexíveis para
155 funcionamento dos postos de vacinação, participação ativa dos ACS e vacinação casa a casa;
156 estratégias para buscar adesão da população alvo - parcerias: instituições de ensino – escolas e
157 universidades; estabelecer e fortalecer as parcerias intra e intersectorial: mobilização da sociedade civil
158 (compromisso de cada esfera de gestão), sociedades científicas nas distintas instâncias de gestão;
159 comunicação social: acesso à informação sobre vacinação, Informações adequadas à população,
160 sobretudo, sobre os benefícios da vacinação – é preciso buscar soluções para o conjunto de fatores
161 que estão afetando as nossas coberturas vacinais. Explicou que a campanha nacional de vacinação
162 acontece de 6 a 31 de agosto de 2018 e 11,2 milhões de crianças devem se vacinar contra sarampo e
163 poliomielite. O Dia “D” de Mobilização Nacional será sábado, 18 de agosto e mais de 36 mil postos de
164 vacinação no país estarão abertos. Por fim, frisou que a mobilização nacional possibilitará alcançar a
165 meta de vacinação definida. Concluída a explanação, a mesa convidou o Secretário da SVS,
166 **Osni Morinishi Rocha**, para compor a mesa. **Manifestações.** Conselheiro **Moysés Toniolo**
167 cumprimentou a expositora e avaliou que é preciso realizar campanhas permanentes mostrando a
168 eficácia e segurança das vacinas e investir em educação em saúde, a fim de impedir retrocessos em
169 conquistas. Também sugeriu que o MS adote estratégias para garantir vacinas em frasco-ampola com
170 menos doses, a fim de evitar desperdícios. Conselheira **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello** sugeriu
171 que fosse feita capacitação em clínicas e hospitais para os profissionais e saúde verifiquem a carteira
172 de vacinação antes de aplicar vacinas, uma vez que crianças que utilizam imunossuppressores não
173 podem tomar qualquer tipo de vacina, sob o risco de desenvolver quadros graves das doenças que
174 pretendiam evitar. Conselheira **Maria do Carmo Tourinho Ribeiro** salientou que é preciso definir
175 estratégias para esclarecer notícias falsas, que têm se espalhado nas redes sociais, prejudicando as
176 campanhas de imunização. Citou, por exemplo, que no Nordeste circulou boato relacionando a vacina
177 contra a febre amarela a casos de autismo em crianças. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca**

178 cumprimentou a coordenadora do Programa pelas iniciativas nessa área e destacou a proposta de
179 horário estendido nas unidades. Além disso, avaliou que a rede controle social deve somar-se ao
180 esforço de divulgar informações sobre a segurança e eficácia das vacinas e contribuir para alcançar as
181 metas de vacinação. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** sugeriu a utilização de emissoras de rádio e
182 televisão para disseminar informações sobre a campanha de vacinação e fortalecer o programa de
183 imunização. Conselheira **Maria da Conceição Silva** identificou múltiplos fatores que contribuem para a
184 situação crítica do programa de imunização do país que precisam ser enfrentados como:
185 desestruturação da rede, programas de transferência de rede não são mais vinculados à vacinação de
186 crianças, extinção do tema no Programa de Escola, falta de vacinas, enfraquecimento do modelo de
187 campanhas de vacina, desestímulo à vacinação, horário de funcionamento dos postos de saúde.
188 Conselheira **Jupiara Gonçalves de Castro** ponderou que, ao invés de responsabilizar a sociedade
189 brasileira pela queda na cobertura de vacinação, é preciso considerar que a PEC n° 241 congelou
190 gastos e prejudicou o processo de compra, fabricação e distribuição de vacinas. Nesse sentido, frisou
191 que o CNS deve continuar a luta contra essa medida, pois o desfinanciamento da saúde tem
192 contribuído para trazer de volta doenças já erradicadas como poliomielite, sarampo. Conselheiro
193 **Heleno Rodrigues Corrêa Filho** salientou que não se deve culpar a população e nem os profissionais
194 de saúde pelos índices da cobertura vacinal no país, uma vez que essa é uma responsabilidade de
195 Estado. Também pontuou como entraves a ausência de campanhas de mídia voltada à população
196 divulgando informações claras sobre os benefícios das vacinas; redução dos recursos para educação
197 sanitária do país; estagnação da capacidade laboratorial de produção de vacinas; e abandono do
198 trabalho com todos os poderes do Estado (forças armadas). Conselheira **Sueli Terezinha Goi Barrios**
199 manifestou preocupação com os baixos índices de cobertura de vacinação e discordou que a culpa seja
200 “da população que não quer ser vacinada”. Lembrou que o Estado tem se desresponsabilizado pelas
201 políticas de proteção social e tem repassado essa responsabilidade à comunidade e, nesse caso, aos
202 profissionais de saúde. Destacou que esse processo tende a piorar por conta da falta de financiamento,
203 resultado da PEC n°. 241. Também manifestou preocupação com a medida de ampliar o horário de
204 funcionamento das unidades, porque trará dificuldades aos municípios e, somada a essa situação, o
205 desmonte da atenção básica. Conselheiro **Antônio Lacerda Souto** disse que, nessa situação, é
206 preciso considerar o modelo adotado pelo governo de redução da capacidade do Estado (privatização
207 dos serviços) e culpabilização da sociedade (pessoa é responsável por cuidar da saúde). Salientou
208 que, para além de informação e formação, é preciso fortalecer a atenção básica, inclusive para fazer
209 chegar os serviços à população que não tem acesso, como a do campo. Conselheira **Vanja Andréa**
210 **Reis dos Santos** pontuou várias causas para a baixa cobertura vacinal no Brasil como falta de
211 notificação, horário de atendimento das unidades de saúde, falta de vacinas. Nessa linha, perguntou
212 qual reflexão foi feita em relação ao desmonte do SUS e a diminuição dos recursos da saúde, da
213 educação e das políticas sociais. Conselheiro **André Luiz de Oliveira**, diante do quadro, frisou que é
214 preciso retomar os comitês de mobilização e divulgação de campanhas, garantir mais recurso e firmar
215 outras parcerias com entidades a fim de garantir que o Programa Nacional de Imunização volte a ser
216 referência. Lembrou que a Pastoral da Criança é parceira nesse processo de vacinação e colocou
217 outras pastorais da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB à disposição para compor esses
218 comitês. Por fim, perguntou se adultos precisam fazer reforço da vacina de sarampo e com que
219 finalidade e como seria. Conselheiro **Arlison Cardoso da Silva** ponderou que a apresentação foi
220 positiva, mas lamentou a sinalização de que a população é a culpada pela baixa cobertura vacinal no
221 Brasil. Pontuou que a causa é multifatorial, mas especialmente o problema estrutural da falta de
222 financiamento. Destacou que será necessário mais recursos para ampliar o horário de funcionamento
223 das unidades, ampliar o número de profissionais, resolver o problema da falta de vacinas. Neste ponto,
224 o Presidente do CNS anunciou a presença do Ministro de Estado da Saúde, **Gilberto Occi. Retorno da**
225 **mesa.** O Secretário da SVS/MS, **Osnei Okumoto**, saudou o Pleno e pontuou os seguintes aspectos a
226 partir das falas: utilização de medicamentos imunossupressores – é preciso observar a carteira de
227 vacinação, antes da utilização da vacina; utilização de recursos para vacinas – em 2018, o MS
228 disponibilizou R\$ 4,3 bilhões para aquisição de dezenove tipos de vacinas; aumento da produção de
229 vacina mediante transferência de tecnologia para indústrias públicas; os dados apresentados são
230 obtidos mediante informações de Estados e Municípios e centros de pesquisa; a Secretaria está
231 trabalhando com os entes federados para evitar a falta de vacinas nos postos de vacinação e eventuais
232 faltas devem ser comunicadas para as devidas providências; e a campanha de vacinação 2018 conta
233 com a participação de diversas entidades e instituições parceiras. A coordenadora da
234 CGPNI/DEVIT/SVS/MS **Carla Magda Allan Santos Domingues** frisou que não é intenção do MS
235 culpar a população pela queda nas coberturas vacinais do país, pois a causa é multifatorial e como tal
236 precisa ser enfrentada. Citou, por exemplo, que a campanha de influenza alcançou a cobertura vacinal
237 de 90% da população alvo, com exceção dos grupos de crianças e gestantes. Essa situação não
238 ocorreu por falta de vacinas, uma vez que foram disponibilizadas 60 milhões de doses e nem por falta
239 de esclarecimento à população, por se tratar de uma campanha que ocorre desde 2011. Portanto, disse

240 que há resistência à vacinação e é preciso entender o motivo disso. Também reconheceu que falta de
241 insumos é um problema que está sendo enfrentado e, para ilustrar, disse que em 2010, foram
242 adquiridas 10 milhões de doses de tríplice viral e hoje são 30 milhões (com diminuição do número de
243 doses por frasco – de 20 para 10 e 5 doses). Além disso, destacou o esforço dos laboratórios na busca
244 do desenvolvimento científico e tecnológico para obter vacinas com apresentações menores, com
245 garantia de segurança e eficácia do Programa. Também esclareceu que não é intenção culpar
246 profissionais da saúde, todavia, é preciso reconhecer que há profissionais contra as vacinas. Sendo
247 assim, é preciso enfrentar a situação e buscar soluções para divulgar informação correta. Reconheceu
248 o déficit de profissionais na ponta por conta do crescimento da demanda e frisou que é premente
249 pensar na organização dos serviços para dar conta de vacinar a população da forma desejável.
250 Esclareceu também que os adultos devem se vacinar contra o sarampo, mas neste momento a
251 prioridade é crianças e idosos. Finalizando, reiterou que há resistência da população sobre a vacinação
252 e a busca aumenta quando há divulgação de óbitos. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**,
253 Presidente do CNS, destacou que o Conselho está atento às demandas da sociedade brasileira no que
254 diz respeito à saúde e, para além de conhecer o quadro, tem buscado dar respostas às situações mais
255 prementes. Nessa linha, destacou a aprovação das Resoluções 583/2018, que dá publicidade ao
256 consolidado das propostas e moções aprovadas pelas delegadas e delegados na 1ª Conferência
257 Nacional de Vigilância em Saúde e a 586/2018 que aprova o Parecer Técnico nº 100, de 5 de junho de
258 2018, anexo, que expressa a manifestação contrária deste Conselho Nacional de Saúde à realização
259 do Exame Nacional de Proficiência (“exame de ordem”) como requisito obrigatório para o exercício legal
260 das profissões da área da saúde de nível superior. Dito isso, franqueou a palavra ao Ministro de Estado
261 da Saúde, **Gilberto Occi**, que, após cumprimentar os presentes, assinou as Resoluções do CNS nºs
262 583/2018 e 586/2018. Após esse ato, comentou alguns pontos das falas dos conselheiros, começando
263 pela questão do financiamento da saúde. Avaliou que a EC nº 95/2016 é importante, mas precisa ser
264 ajustada, pois, na regra atual, excesso de receita decorrente de crescimento econômico do país servirá
265 para abater a dívida pública e não destinado a ações essenciais para o desenvolvimento do país.
266 Também disse que é preciso considerar neste debate que o financiamento da saúde é insuficiente,
267 apesar do crescimento nos últimos anos (em 2018, R\$ 130 bilhões). Avaliou ainda que é preciso
268 aprofundar o debate sobre a revisão do tamanho do Estado, pois muitos entes estão sofrendo o
269 problema da falta de recursos e o único financiamento é o do governo federal. Também comunicou que
270 na semana próxima o Presidente da República se manifestaria sobre a proposta do MS de edição de
271 Medida Provisória assegurando novas condições de financiamento para os hospitais filantrópicos e
272 santas casas, oriundo dos recursos do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS. Ponderou que
273 essa linha de crédito pode ser uma saída para essas instituições que, em alguns casos, atendem até
274 70% das demandas do SUS. Por fim, reiterou a sua posição de continuar a defesa do financiamento
275 público do país, no sentido de garantir, cada vez mais, melhor atendimento público e universal à
276 população. O Presidente do CNS informou que CNS e MS construirão estratégia para reafirmar a
277 defesa do SUS e seus princípios em fóruns internacionais em comemoração aos quarenta anos da
278 Declaração de Alma-Ata. Por fim, o Ministro de Estado da Saúde, **Gilberto Occi**, comunicou que o
279 Ministério continuará a cumprir decisões judiciais para aquisição de medicamento com vistas a atender
280 as demandas das pessoas. Além disso, sugeriu incluir nas comemorações do “Novembro azul”, para
281 além do tema do câncer, a questão do diabetes e da AIDS. Finalizando, conselheira **Cleuza de**
282 **Carvalho Miguel** entregou ao Ministro de Estado da Saúde uma camiseta em comemoração ao
283 “Agosto laranja” – mês de conscientização da esclerose múltipla. **Não houve encaminhamentos. ITEM**
284 **4 – COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP - Apresentação:** conselheira
285 **Francisca Valda**, coordenadora adjunta da CONEP/CNS. *Coordenação:* conselheiro **Neilton Araújo de**
286 **Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando, conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** lembrou que
287 “ética em pesquisa” foi incluído como tema permanente do CNS por conta da importância e da dinâmica
288 e a cada reunião do Conselho será feita apresentação específica a respeito. Feitas essas
289 considerações, abriu a palavra à coordenadora adjunta da CONEP/CNS, conselheira **Francisca Valda**
290 **da Silva**, que fez uma abordagem sobre a participação da representação de usuários no Sistema
291 CEP/CONEP e os desafios da consolidação da participação social na proteção aos participantes de
292 pesquisas. Começou lembrando a missão da CONEP “cuidar da proteção dos participantes de
293 pesquisa na construção social do desenvolvimento permanente e integrado do Sistema CEP/CONEP” e
294 os princípios da ética em pesquisa - cuidado seguro, respeito, responsabilidade, transparência,
295 integridade e cidadania. Também falou sobre a ciência na perspectiva do desenvolvimento econômico,
296 humano e social, destacando os seguintes eixos: preservação do meio ambiente; crescimento
297 econômico; e desenvolvimento humano/redução das desigualdades sociais. Pontuou os marcos na
298 regulação da pesquisa com seres humanos no Brasil: Declaração Universal dos Direitos Humanos
299 (1948); a emergência da bioética relacionada às fronteiras do desenvolvimento biotecnocientífico:
300 surgimento da bioética nos anos 70 (Potter, 1971 e o Relatório Belmont, 1978); expansão e
301 consolidação da bioética anos 80 com base em quatro princípios: autonomia, beneficência, não

302 maleficência e justiça; Resolução CNS nº 196/1996 atualizada pela Resolução CNS nº. 466/2012;
303 Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (Paris, 2005): por reconhecer que questões
304 éticas suscitadas pelos avanços na ciência e suas aplicações tecnológicas devem ser examinadas com
305 o devido respeito à dignidade da pessoa humana, aos direitos humanos e às liberdades fundamentais.
306 Também falou sobre a regulação da pesquisa no Brasil, destacando: regulação social da ética em
307 pesquisa: proteção dos participantes de pesquisa: Sistema CEP/CONEP-CNS; regulação do mercado:
308 financiamento de pesquisas, produção e comercialização dos produtos; e regulação do Estado:
309 desenvolvimento da ciência, tecnologia e insumos estratégicos: 1. Políticas Públicas para o
310 Desenvolvimento da Pesquisa no Brasil (formação de pesquisadores e fomento à pesquisa) e; 2.
311 Políticas Públicas para o Complexo Industrial da Saúde e sua importância estratégica a economia da
312 saúde; e sanitária: incorporação de tecnologias em saúde – CONITEC; registros e autorizações de (...) -
313 ANVISA; etc. Seguindo, explicou que a finalidade do Sistema CEP/CONEP é proteger o participante de
314 pesquisa (benefícios maximizados, danos minimizados e direitos assegurados) e garantir a realização
315 de pesquisa de acordo com princípios éticos. Conforme a Resolução CNS nº 466/12, a ética da
316 pesquisa na proteção dos participantes de pesquisas visa respeitar a dignidade e autonomia; ponderar
317 riscos e benefícios; evitar danos previsíveis; ter relevância social; ser justa e equitativa; não ser fútil; e
318 respeitar os direitos dos participantes. Detalhou também os direitos básicos dos participantes de
319 pesquisa: receber informações do estudo de forma clara e acessível; oportunidade de esclarecer
320 dúvidas; tempo necessário para tomada de decisão autônoma; liberdade de recusa em participar do
321 estudo; liberdade para retirar o consentimento a qualquer momento; liberdade para retirar
322 consentimento para material biológico; assistência integral e imediata por danos; direito a requerer
323 indenização; ressarcimento de gastos (incluindo os do acompanhante); acesso ao resultado dos
324 exames realizados no estudo; receber gratuitamente o que for necessário no estudo; acesso gratuito ao
325 método contraceptivo escolhido; acesso pós-estudo (gratuito e pelo tempo que for necessário);
326 aconselhamento genético, quando necessário; confidencialidade dos dados; respeito à privacidade;
327 informações de contato do pesquisador e do CEP/CONEP; e receber uma via (e não cópia) do TCLE,
328 assinada também pelo pesquisador. Também fez referência ao conceito de vulnerabilidade: estado de
329 pessoas ou grupos que, por quaisquer razões ou motivos, tenham a sua capacidade de
330 autodeterminação reduzida ou impedida, ou de qualquer forma estejam impedidos de opor resistência.
331 Seguindo, falou sobre a representação dos usuários no Sistema CONEP, explicando, inicialmente, que,
332 nos termos da Resolução CNS nº 240/1997, são pessoas capazes de expressar pontos de vista e
333 interesses de indivíduos e/ou grupos sujeitos de pesquisas de determinação institucional e que sejam
334 representativos de interesses coletivos e públicos diversos. Disse que poderá ser representante de
335 usuário qualquer pessoa que pertença à população-alvo da unidade ou a grupo organizado que
336 defenda seus direitos e tenha sido nomeado pela indicante. A recomendação é que sempre sejam
337 pessoas com experiência em pesquisa para que possam integrar-se no processo de avaliação ética. A
338 CONEP não tem nenhuma restrição quanto à participação de representantes de usuários no CEP com
339 graduação e pós-graduação, desde que a indicação cumpra os critérios estabelecidos. Para melhor
340 entendimento, detalhou o papel da representação de usuários dentro do Sistema CEP/CONEP: exercer
341 o controle social dentro do Comitê de Ética em Pesquisa e nos espaços em que participa; atuar em
342 permanente articulação entre Conselho de Saúde/entidade que representa e o Sistema CEP/CONEP;
343 construir o apoio da população na defesa do sistema de proteção aos participantes de pesquisa; e
344 proteger os direitos dos participantes de pesquisa, em todos os âmbitos, especialmente, nas situações
345 que ampliem sua vulnerabilidade. Sobre a indicação da representação de usuários, de acordo com a
346 Norma Operacional CNS nº 001/2013 (2.2. B), o CEP deverá ser composto por, no mínimo, sete
347 membros, entre eles, no mínimo, um representante de usuários, respeitando-se a proporcionalidade
348 pelo número de membros. Em junho de 1997, é publicada a Resolução CNS nº 240, esclarecendo a
349 definição do termo “usuários” para efeito de participação dos Comitês de Ética em Pesquisa das
350 instituições, conforme determinava a Res. CNS 196/96, item VII. 4. A indicação deve ser,
351 preferencialmente, pelo Conselho Estadual ou Municipal de Saúde. Além disso, movimentos sociais,
352 entidades ou fóruns representativos de usuários podem encaminhar nome para indicação pelo
353 respectivo Conselho de Saúde. A carta de indicação da entidade representativa deverá conter uma
354 descrição sucinta de quem indica e deverá estar assinada pela autoridade máxima da instituição que
355 indica e com data do ano vigente. Seguindo, explicou que, para solicitar a indicação da/o representante
356 de usuários ao indicante (Conselho Estadual ou Municipal de Saúde, ONG, Fóruns ou Entidades
357 Representativas de Usuários), existe um modelo/sugestão de carta disponível na página da CONEP.
358 Após recebimento da confirmação da indicação, a carta deverá ser enviada à CONEP, junto com os
359 outros documentos, dependendo do trâmite a ser realizado. Esclareceu que, após a aceitação da
360 entidade indicante, a carta deverá ser enviada sempre a CONEP nos casos de registro, renovação ou
361 alteração de dados, caso tenha havido mudança de representantes de usuários (junto com outros
362 documentos). Esta carta sempre deverá estar assinada pela autoridade máxima da instituição e deverá
363 ter data do ano vigente; cartas desatualizadas não serão aceitas. Quando for autoindicação (autoridade

364 máxima da instituição é a/o indicada(o), é necessário que a carta esteja acompanhada da ata da
365 reunião (assinada pelos membros) onde ocorreu a indicação. Detalhou os casos em que a indicação
366 da/o representante de usuários não são aceitas: pessoas que não atendam aos critérios de indicação;
367 pessoas ou entidades que podem representar conflito ético; indicação política; quando o representante
368 do usuário indicado é funcionário da instituição ou pessoa ligada a ela, bem como, ao CEP; e outros
369 motivos específicos que serão justificados ao CEP. Falou das linhas de ação da/o representante de
370 usuários dentro do CEP: participar ativamente das reuniões no CEP, inclusive como relator (é
371 discricionário); participar do processo de discussão de análise ética dos protocolos de pesquisa;
372 informar à coordenação do CEP e à entidade indicante eventuais ausências ou saída como membro do
373 Comitê; e todas as demais funções descritas no Regimento Interno do CEP, aprovado previamente pela
374 CONEP. Enumerou também desafios da participação social no Sistema CEP/CONEP: fortalecer a
375 participação social no Sistema CEP/CONEP; monitoramento – Proteção do participante de pesquisa
376 (garantia de acompanhamento e segurança); aprimorar a análise ética dos projetos de pesquisa com
377 vistas à proteção e à segurança do participante de pesquisa; reduzir pendências de cunho ético e de
378 processo nos CEPs; fortalecer o sistema CEP/CONEP – identidade, operacional e de processo;
379 implantar a Plataforma Brasil 4.0; e garantir qualificação permanente do sistema. Encaminhando-se
380 para fechar a exposição, destacou que a CONEP está engajada na revogação da Emenda
381 Constitucional nº. 95/2016 e é preciso dar continuidade às estratégias definidas nesse sentido. Por fim,
382 apresentou as propostas de encaminhamento: delegar à CONEP e à Comissão Intersetorial de
383 Educação Permanente para o Controle Social no SUS - CIEPCSS a elaboração de proposta de
384 formação de conselheiros de saúde, começando pelas capitais com CEP, municípios com 100 mil com
385 CEP hab. e municípios com 50 mil hab. com CEP. **Manifestações.** Conselheiro **André Luiz de Oliveira**
386 cumprimentou a coordenadora pela exposição e ressaltou a importância de definir outras estratégias,
387 além de oficinas, para capacitar a representação dos usuários para defesa dos direitos dos
388 participantes da pesquisa nos Comitês. Conselheiro **Moyses Longuinho Toniolo de Souza** também
389 agradeceu a apresentação e relatou a sua experiência na participação de Comitês, representando
390 usuários. Nas suas palavras, é preciso reforçar a importância da participação dos usuários nos CEP,
391 inclusive ampliando o diálogo com o controle social e outros setores, além de assegurar a capacitação
392 para esse segmento. Conselheira **Maria da Conceição Silva** cumprimentou a CONEP pelo esforço
393 para assegurar a ética em pesquisa e defender os direitos dos participantes de pesquisa. Todavia,
394 ponderou que o papel do usuário no CEP ainda não está claro para o participante. Nesse sentido, é
395 preciso realizar formação e ter um instrumento orientador aos conselhos para que aprimorem a
396 participação. Salientou também que não há comunicação entre Comitês e conselhos de saúde e boa
397 parte dos usuários não está cadastrada na Plataforma. Disse ainda que é preciso salvaguardar o
398 usuário como sujeito de pesquisa e assegurar que a educação/formação seja pauta permanente,
399 assegurando integração CEP/CONEP/Conselho. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** sugeriu que
400 os conselhos de saúde também sejam envolvidos no processo de capacitação de representantes dos
401 usuários dos CEP e que o CNS também participe das visitas aos Comitês. Conselheira **Cleuza de**
402 **Carvalho Miguel** falou da sua rica experiência em participar de Comitê, da CONEP e da CONITEC,
403 enquanto representante dos usuários. **Retorno da mesa.** Conselheira **Francisca Valda da Silva**
404 pontuou as seguintes questões a partir das falas dos conselheiros: convergência sobre a importância
405 da representação dos usuários nos colegiados dos Comitês; é possível cadastrar os representantes dos
406 usuários na Plataforma; o representante do usuário é um interlocutor e tem o papel de dirimir dúvidas,
407 contribuir para qualificação do sistema e pode assumir o papel de monitoramento; está agendada
408 reunião da CONEP e CIPCSUS para tratar da capacitação; prioridade ao debate de atualização da
409 Resolução CNS nº. 340 (no dia 29 de agosto, será realizado seminário com as representações
410 indígenas para tratar do tema). Finalizando, sintetizou os encaminhamentos da CONEP e os
411 conselheiros apresentaram outras propostas. **Deliberação: como resultado final, o Pleno aprovou,**
412 **por unanimidade, as seguintes propostas: enviar ofício do CNS aos conselhos profissionais de**
413 **saúde e às entidades e aos movimentos que compõem o CNS solicitando que acompanhem e**
414 **incentivem a participação dos usuários nos Comitês de Ética em Pesquisa – CEP (o texto do**
415 **ofício será preparado pela CONEP e enviado, pela SE/CNS, aos referidos destinatários); e marcar**
416 **reunião da SE/CNS e da Mesa Diretora do CNS com a coordenação da CONEP para definir**
417 **pautas objetivas e estratégicas colaborativas para o tema “ética em pesquisa”, nessa fase de**
418 **transição, envolvendo atores importantes como Associação Nacional dos Dirigentes das**
419 **Instituições Federais de Ensino Superior no Brasil - ANDIFIS, Conselhos Estaduais de Saúde,**
420 **Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência - SBPC e mobilizar as entidades para defesa**
421 **da posição do CNS sobre o PL nº. 200.** Finalizado este ponto, conselheiro **Neilton Araújo de**
422 **Oliveira** informou que o Ministro de Estado da Saúde homologou as seguintes Resoluções do CNS: nº
423 583, de 9 de maio de 2018, que resolve: 1) publicar o consolidado das propostas e moções aprovadas
424 pelas Delegadas e Delegados na 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, em anexo a esta
425 resolução, com vistas a garantir-lhes ampla publicidade; 2) designar à Comissão Intersetorial de

426 Vigilância em Saúde do Conselho Nacional de Saúde - CIVS/CNS a atribuição de formular a minuta da
427 Política Nacional de Vigilância em Saúde, a quem caberá identificar instituições e profissionais que
428 possam contribuir na consecução deste trabalho; e 3) estabelecer o prazo de 60 dias para a conclusão
429 da referida minuta; e nº. 588, de 12 de julho de 2018, que institui a Política Nacional de Vigilância em
430 Saúde (PNVS), aprovada por meio desta resolução. Definido esse ponto, a mesa encerrou a manhã do
431 primeiro dia de reunião. *Estiveram presentes os seguintes conselheiros e conselheiras: xxxxxxxxxxxx.*
432 **ITEM 5 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS E RELAÇÕES DE TRABALHO**
433 **– CIRHRT - Apresentação:** conselheiro **Gerdo Faria**, coordenador da CIRHRT/CNS; e conselheiro
434 **Douglas Vinicius Pereira**, coordenador adjunto da CIRHRT/CNS. *Coordenação:* **Francisca Rêgo**
435 **Oliveira Araújo**, da Mesa Diretora do CNS. De início, conselheiro **Douglas Vinicius Pereira**,
436 coordenador adjunto da CIRHRT/CNS, apresentou os 51 pareceres elaborados na 189ª Reunião
437 Ordinária da CIRHRT/CNS, realizada em julho de 2018, com destaque para os seguintes dados gerais
438 desses cursos: maioria pessoa jurídica de direito privado - com fins lucrativos - sociedade civil (21);
439 Centro Universitário: 13; Faculdade: 23; e Universidade: 15; maior parte localizada na Região Sudeste;
440 maioria cursos de Psicologia (21), seguidos de Enfermagem (14); autorização: 33 (64.71%),
441 autorização vinculada ao credenciamento: 2 (3.92%), reconhecimento: 4 (7.84%) e renovação de
442 reconhecimento: 12 (23,53%). Detalhou as principais recomendações para os pareceres satisfatórios
443 com recomendações: disponibilizar Termos de Convênio/Cooperação Técnica ou outros instrumentos
444 que comprovem parceria com os gestores do SUS para utilização da rede de serviços e outros
445 equipamentos sociais da região; apresentar estratégias de inserção dos estudantes, desde o início do
446 curso, junto à comunidade e na rede de serviços instalada, evidenciando a integração ensino-serviço-
447 gestão-comunidade; explicitar a forma como os estudantes do período noturno são/serão inseridos nos
448 estágios e a viabilidade do uso da rede de serviços neste turno; demonstrar no PPC como se
449 desenvolvem/desenvolverão as atividades que promovem conhecimentos, saberes e práticas da
450 realidade local; demonstrar no PPC as estratégias utilizadas para o desenvolvimento de
451 responsabilidades entre a instituição de ensino, os estudantes, os profissionais de saúde e a
452 comunidade local; ofertar/ampliar cursos de especializações e residências em saúde de acordo com as
453 necessidades locais, articulando e integrando, desta forma, a graduação à formação
454 profissional em serviço; apresentar/ampliar estratégias de educação permanente e continuada dos
455 docentes e profissionais dos serviços de saúde que recebem os estudantes nos cenários de práticas;
456 implementar/ampliar estratégias e metodologias pedagógicas que promovam a educação
457 interprofissional, a interdisciplinaridade, o trabalho em equipe e as práticas colaborativas;
458 criar/aperfeiçoar o Núcleo Docente Estruturante (NDE), incluindo a participação dos estudantes nas
459 discussões; incluir a participação de estudantes no Núcleo Docente Estruturante (NDE); criar/ampliar
460 canais/mecanismos de participação da sociedade; criar/ampliar canais/mecanismos de diálogo da
461 instituição de ensino com os movimentos sociais; e criar/ampliar estratégias que favoreçam o diálogo
462 entre docentes, estudantes e controle social do SUS, em especial, com os conselhos estaduais e
463 municipais de saúde. Também apresentou as principais justificativas para os pareceres insatisfatórios:
464 não há menção a Termos de Convênio/Cooperação Técnica entre a IES e a gestão do SUS, que
465 comprovem a utilização da rede de serviços e de outros equipamentos sociais existentes na região; não
466 há indicativos claros sobre a articulação da instituição de ensino com a gestão local do SUS no que se
467 refere ao envolvimento desta na construção do PPC do curso; não há descrição do modo de inserção
468 dos estudantes, desde o início do curso, na comunidade e na rede de serviços instalada, de forma a
469 evidenciar a integração ensino-serviço-gestão-comunidade; não há menção sobre a capacidade de
470 atendimento e disposição dos estudantes, física e numericamente, nos cenários de prática; trata-se de
471 curso isolado na área de saúde na instituição de ensino, o que limita as oportunidades de formação
472 interprofissional e o desenvolvimento de práticas colaborativas e interdisciplinares; não há
473 demonstração clara de compromisso do curso com a produção de conhecimentos direcionados para as
474 necessidades da população e para o desenvolvimento tecnológico da região; não há demonstração
475 clara de compromissos com a oferta de especializações e residências em saúde, de acordo com as
476 necessidades do SUS, articulando e integrando a graduação à formação em serviço; não há
477 demonstração clara de compromissos com a educação permanente e continuada dos docentes e
478 profissionais dos serviços de saúde que recebem os estudantes nos cenários de práticas; não há
479 proposta de contrapartida da IES, enquanto instituição privada, para a utilização de equipamentos
480 públicos como campo de ensino em serviço; a proposta não apresenta relevância social e não contribui
481 para a superação dos desequilíbrios entre a distribuição de vagas no país, considerando-se a oferta já
482 existente para o curso na região; e não há referência à constituição de Comitê de Ética em Pesquisa -
483 CEP nos documentos anexados ao sistema e-MEC pela instituição de ensino. Conselheira **Sueli**
484 **Terezinha Goi Barrios** destacou a importância da inserção dos alunos na comunidade e a integração
485 ensino-serviço. Nessa direção, conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** sugeriu utilizar a expressão
486 “ensino, serviços de saúde e comunidade”. Feitas essas considerações, o coordenador adjunto da
487 CIRHRT passou à apresentação dos pareceres. *Satisfatórios:* 1) Processo e-MEC nº 201503467.

488 Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS. Rio Grande do Sul. Porto Alegre.
489 Medicina. Renovação de reconhecimento. Satisfatório. **2)** Processo e-MEC nº 201504118. Universidade
490 Federal do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul. Porto Alegre. Enfermagem. Renovação de
491 reconhecimento. Satisfatório. **3)** Processo e-MEC nº 201609719. Faculdade Maria Milza – FAMAM.
492 Bahia. Cruz das Almas. Odontologia. Reconhecimento. Satisfatório. *Satisfatórios com recomendações.*
493 **1)** Processo e-MEC nº 201503420. Centro Universitário de Itapira – CEUNIT. São Paulo. Itapira.
494 Enfermagem. Renovação de reconhecimento. Satisfatório com recomendações. **2)** Processo e-MEC nº
495 201503447. Centro Universitário São Camilo - São Camilo. São Paulo. São Paulo. Enfermagem.
496 Renovação de reconhecimento. Satisfatório com recomendações. **3)** Processo e-MEC nº 201503524.
497 Universidade Federal do Paraná. Paraná. Curitiba. Medicina. Renovação de reconhecimento.
498 Satisfatório com recomendações. **4)** Processo e-MEC nº 201503728. Universidade Federal do Rio
499 Grande. Rio Grande do Sul. Rio Grande. Medicina. Renovação de reconhecimento. Satisfatório com
500 recomendações. **5)** Processo e-MEC nº 201503807. Universidade Luterana do Brasil – ULBRA. Rio
501 Grande do Sul. Canoas. Medicina. Renovação de reconhecimento. Satisfatório com recomendações. **6)**
502 Processo e-MEC nº 201503872. Fundação Universidade Federal de Rondonia – UNIR. Rondonia. Porto
503 Velho. Enfermagem. Renovação de reconhecimento. Satisfatório com recomendações. **7)** Processo e-
504 MEC nº 201504050. Faculdade Anhanguera de Indaiatuba. São Paulo. Indaiatuba. Enfermagem.
505 Renovação de reconhecimento. Satisfatório com recomendações. **8)** Processo e-MEC nº 201504106 -
506 Centro Universitário de Barra Mansa – UBM. Rio de Janeiro. Barra Mansa. Enfermagem. Renovação de
507 reconhecimento. Satisfatório com recomendações. **9)** Processo e-MEC nº 201507254 - Centro
508 Universitário Fundação Santo André. São Paulo. Santo André. Psicologia. Reconhecimento. Satisfatório
509 com recomendações. **10)** Processo e-MEC nº 201600345 - Centro Universitário Barriga Verde. Santa
510 Catarina. Orleans. Psicologia. Renovação de reconhecimento. Satisfatório com recomendações. **11)**
511 Processo e-MEC nº 201608703 - Universidade de Sorocaba – Uniso. São Paulo. Sorocaba. Psicologia.
512 Reconhecimento. Satisfatório com recomendações. **12)** Processo e-MEC nº 201700496 - Faculdade de
513 Tecnologia Nova Palhoça - FATENP. Santa Catarina. Palhoça. Enfermagem. Autorização. Satisfatório
514 com recomendações. **13)** Processo e-MEC nº 201700521 - Centro Universitário de Desenvolvimento do
515 Centro Oeste – UNIDESC. Goiás. Luziânia. Psicologia. Autorização. Satisfatório com recomendações.
516 **14)** Processo e-MEC nº 201700929 - Centro de Ensino Unificado do Piauí – CEUPI. Piauí. Teresina.
517 Psicologia. Autorização. Satisfatório com recomendações. **15)** Processo e-MEC nº 201701069 -
518 Universidade Castelo Branco – UCB. Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Psicologia. Autorização.
519 Satisfatório com recomendações. **16)** Processo e-MEC nº 201701230 - Centro Universitário - Católica
520 de Santa Catarina em Joinville. Santa Catarina. Joinville. Psicologia. Autorização. Satisfatório com
521 recomendações. **17)** Processo e-MEC nº 201701346 - Faculdade da Região dos Lagos - FERLAGOS.
522 Rio de Janeiro. Cabo Frio. Enfermagem. Autorização. Satisfatório com recomendações. **18)** Processo
523 e-MEC nº 201701384 - Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas de Extrema – FAEX. Minas Gerais.
524 Extrema. Psicologia. Autorização. Satisfatório com recomendações. **19)** Processo e-MEC nº 201701544
525 - Centro Universitário FG (UNIFG). Bahia. Guanambi. Odontologia. Autorização. Satisfatório com
526 recomendações. **20)** Processo e-MEC nº 201701619 - Centro Universitário FAI. Santa Catarina.
527 Itapiranga. Odontologia. Autorização. Satisfatório com recomendações. **21)** Processo e-MEC nº
528 201701652 - Universidade Estácio de Sá - UNESA. Rio de Janeiro. Duque de Caxias. Psicologia.
529 Autorização. Satisfatório com recomendações. **22)** Processo e-MEC nº 201701874 - Universidade
530 Estácio de Sá - UNESA. Rio de Janeiro. Duque de Caxias. Enfermagem. Autorização. Satisfatório com
531 recomendações. **23)** Processo e-MEC nº 201702266 - Universidade José do Rosário Vellano. Minas
532 Gerais. Divinópolis. Odontologia. Autorização. Satisfatório com recomendações. **24)** Processo e-MEC
533 nº 201702317 - Faculdade Ateneu. Ceará. Fortaleza. Odontologia. Autorização. Satisfatório com
534 recomendações. **25)** Processo e-MEC nº 201702359 - Faculdades Integradas de Três Lagoas. Mato
535 Grosso do Sul. Três Lagoas. Odontologia. Autorização. Satisfatório com recomendações. **26)** Processo
536 e-MEC nº 201702373 - Universidade FEEVALE. Rio Grande do Sul. Novo Hamburgo. Odontologia.
537 Autorização. Satisfatório com recomendações. **27)** Processo e-MEC nº 201703213 - Faculdade Mario
538 Schenberg – FMS. São Paulo. Cotia. Psicologia. Autorização. Satisfatório com recomendações. **28)**
539 Processo e-MEC nº 201708486 - Faculdade Nove de Julho de Osasco. São Paulo. Osasco. Psicologia.
540 Autorização VC. Satisfatório com recomendações. **29)** Processo e-MEC nº 201708591 - Universidade
541 Federal de Juiz de Fora - UFJF-GV. Minas Gerais. Governador Valadares. Medicina. Reconhecimento.
542 Satisfatório com recomendações. **30)** Processo e-MEC nº 201708776 - Faculdade Novo Tempo de
543 Sobral. Ceará. Sobral. Enfermagem. Autorização VC. Satisfatório com recomendações. *Insatisfatórios:*
544 **1)** Processo e-MEC nº. 201606503. Faculdade de Ponta Porã. Mato Grosso do Sul. Ponta Porã.
545 Enfermagem. Autorização. Insatisfatório. **2)** Processo e-MEC nº. 201608468. Centro Universitário
546 Metropolitano de São Paulo. São Paulo. Guarulhos. Psicologia. Autorização. Insatisfatório. **3)** Processo
547 e-MEC nº. 201700503. Faculdade de Tecnologia Nova Palhoça. Santa Catarina. Palhoça. Odontologia.
548 Autorização. Insatisfatório. **4)** Processo e-MEC nº. 201700926. Centro de Ensino Unificado do Piauí.
549 Piauí. Teresina. Enfermagem. Autorização. Insatisfatório. **5)** Processo e-MEC nº. 201701257.

550 Faculdade de Tecnologia e Ciências. Bahia. Salvador. Odontologia. Autorização. Insatisfatório. **6)**
551 Processo e-MEC nº. 201701388. Faculdade de Educação Memorial Adelaide Franco – FEMAF.
552 Maranhão. Pedreiras. Psicologia. Autorização. Insatisfatório. **7)** Processo e-MEC nº. 201701461. Centro
553 Universitário Fanor Wyden – UNIFANOR Wyden (nome anterior – Centro Universitário UniDevry).
554 Ceará. Fortaleza. Psicologia. Autorização. Insatisfatório. **8)** Processo e-MEC nº 201701710. Centro
555 Universitário Geraldo Di Biase. Rio de Janeiro. Nova Iguaçu. Psicologia. Autorização. Insatisfatório. **9)**
556 Processo e-MEC nº 201701855. Escola de Ensino Superior FABRA. Espírito Santo. Serra. Psicologia.
557 Autorização. Insatisfatório. **10)** Processo e-MEC nº 201702268. Unama - Faculdade da Amazônia de
558 Boa Vista. Roraima. Boa Vista. Odontologia. Autorização. Insatisfatório. **11)** Processo e-MEC nº
559 201702301 - Centro Universitário UNIVERSUS VERITAS – UNIVERITAS. Rio de Janeiro. Rio de
560 Janeiro. Psicologia. Autorização. Insatisfatório. **12)** Processo e-MEC nº 201702379 - União das
561 Faculdades dos Grandes Lagos. São Paulo. São José do Rio Preto. Odontologia. Autorização.
562 Insatisfatório. **13)** Processo e-MEC nº 201702782 - Faculdade Raimundo Marinho de Penedo. Alagoas.
563 Penedo. Enfermagem. Autorização. Insatisfatório. **14)** Processo e-MEC nº 201703073. Universidade
564 São Judas Tadeu – USTJ. São Paulo. São Paulo. Psicologia. Autorização. Insatisfatório. **15)** Processo
565 e-MEC nº 201703327. Faculdade FACTUM – FACTUM. Rio Grande do Sul. Porto Alegre. Psicologia.
566 Autorização. Insatisfatório. **16)** Processo e-MEC nº 201709212. Faculdade Independente do Nordeste.
567 Bahia. Vitória da Conquista. Psicologia. Autorização. Insatisfatório. **17)** Processo e-MEC nº 201709273.
568 Faculdade Anglicana de Erechim – FAE. Rio Grande do Sul. Erechim. Psicologia. Autorização.
569 Insatisfatório. **18)** Processo e-MEC nº 201503595 - Universidade Paulista – UNIP. São Paulo. Jundiaí.
570 Enfermagem. Renovação de reconhecimento. Insatisfatório. Concluída a apresentação, foi aberta a
571 palavra para manifestações. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** solicitou que, na análise dos
572 processos, a Comissão avalie a existência de cursos na região, destacando, por exemplo, que
573 Odontologia e Enfermagem não possuem postos de trabalho para além dos formandos. Em resposta, o
574 coordenador adjunto da Comissão explicou que, na análise, é considerado o critério de
575 georreferenciamento (existência de curso no município ou em uma área próxima de 100 km). Todavia,
576 acrescentou o coordenador da Comissão, este não é um critério excludente. Conselheiro **André Luiz**
577 **de Oliveira** perguntou por que alguns cursos datam de anos anteriores a 2015, compreendendo não
578 ser morosidade na análise feita pela Comissão. Conselheiro **Douglas Vinicius Pereira** esclareceu que
579 os processos de reconhecimento ou renovação de reconhecimento são mais antigos, mas dúvidas
580 relativas a prazos poderiam ser esclarecidas na reunião do GT de revisão da Resolução nº 350 com o
581 setor responsável pelo gerenciamento do Sistema E-MEC. Conselheiro **Gerdo Bezerra de Faria**
582 explicou que, independente do ano de origem, a Comissão dispõe de 30 dias para emitir parecer,
583 prorrogáveis por mais 30 dias. **Deliberação: aprovados, por unanimidade, os 51 processos de**
584 **autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento, analisados na 189ª RO/CIRHRT,**
585 **realizada nos dias 17 e 18 de julho de 2018.** Conselheiro **Douglas Vinicius Pereira** acrescentou que
586 esses foram os primeiros pareceres emitidos dentro do novo prazo (30 + 30 dias prorrogáveis). Para
587 dar conta da demanda, a Comissão dividiu-se em dois grupos. Conselheiro **Gerdo Bezerra de Faria**
588 explicou que, diante do aumento do número de processos e da diminuição do prazo para emissão de
589 pareceres, será necessário ampliar a composição da Comissão. Nessa linha, disse que, para participar
590 da CIRHRT/CNS e da câmara técnica, é preciso conhecer a dinâmica da Comissão e ter conhecimento
591 na área. Seguindo, conselheiro **Douglas Vinicius Pereira** procedeu ao segundo ponto da pauta da
592 CIRHRT. Recuperou que o Pleno do CNS, na 295ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 6 e 7 de julho
593 de 2017, criou o Grupo de Trabalho Residência Multiprofissional em Saúde com os seguintes objetivos:
594 recuperar histórico, fazer diagnóstico e propor soluções, bem como discutir as bases para uma
595 proposta de Diretrizes Gerais/Comuns para as Residências sob a ótica do controle social e participação
596 popular em saúde; e sugerir o encaminhamento de ações com o MEC. Nesse período, o Grupo reuniu-
597 se três vezes com a função de apreciar e deliberar sobre as demandas da CIRHRT, relativas às
598 Residências em Área Profissional da Saúde – uni ou multiprofissionais, sendo composto por
599 conselheiros e contando com convidados, tendo em vista “recuperar histórico, fazer diagnóstico e
600 propor soluções”, bem como discutir as bases para uma “proposta de Diretrizes Gerais/Comuns para as
601 Residências” sob a ótica do controle social e participação popular em saúde, além de sugerir o
602 encaminhamento de “ações com o MEC”. Como resultado do trabalho, disse que o Grupo elaborou
603 minuta de resolução, para apreciação do Pleno do CNS. No documento, o CNS resolve: Art. 1º Acatar o
604 Relatório do GT Residência Multiprofissional em Saúde, anexo a esta resolução, como indicativo às
605 ações da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho, do Conselho Nacional
606 de Saúde, no tocante às Residências em Área Profissional da Saúde, assim designadas na Lei Federal
607 nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Art. 2º Designar à Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e
608 Relações de Trabalho (CIRHRT/CNS), garantida a participação das entidades profissionais da área da
609 saúde, o acompanhamento permanente do controle/participação social na formalização e execução da
610 política pública de Residências em Saúde e o encaminhamento dos estudos necessários à elaboração
611 de proposta de regulamentação do art. 30 da Lei nº 8.080/1990. Art. 3º Definir que o Conselho Nacional

612 de Saúde, por meio da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho
613 (CIRHRT), indicará as entidades profissionais da área da saúde que comporão a Comissão Nacional de
614 Residência Multi/Uniprofissional em Saúde (CNRMS). Art. 4º Nominar a coordenação da Comissão
615 Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT) e os Conselheiros Nacionais de
616 Saúde indicados pela Plenária do Conselho Nacional de Saúde como seus representantes na
617 Comissão Nacional de Residência Multi/Uniprofissional em Saúde (CNRMS). Art. 5º Esta Resolução
618 entra em vigor na data de sua publicação. Do Relatório do GT, destacou os seguintes aspectos: **a)** Das
619 decisões e recomendações: o GT “Residência Multiprofissional em Saúde” em primeiro lugar aponta
620 para a necessidade de qualificar a nomenclatura de designação dos programas e suas instâncias
621 reguladoras estatais: “Residências em Saúde” como a designação genérica, como já utilizado pelos
622 Fóruns de Coordenadores, de Preceptores e Tutores e de Residentes; Residências
623 Multi/Uniprofissionais para a Comissão Nacional, cuja sigla atual é CNRMS, isto é, Comissão Nacional
624 de Residências Multi/Uniprofissionais em Saúde, e Residências Multiprofissionais e Uniprofissionais
625 para as Comissão por Instituição Proponente, cuja sigla atual é COREMU (Comissão de Residência
626 Multiprofissional e Uniprofissional em Saúde). Foi deliberado pela indicação de 4 linhas orientadoras às
627 diretrizes gerais: 1) Definição de eixos norteadores à política e aos programas de residência em saúde
628 a serem trabalhados e aprofundados por instância permanente da CIRHRT/CNS, como na atribuição de
629 sua reinstalação em 1997; 2) Criação da instância permanente de Residências em Saúde junto à
630 CIRHT, tendo em vista implementar a atual previsão em Lei; 3) Regulamentação do Art. 30 da Lei
631 8.080/90 e sua compatibilização ordenadora da formação na orientação de execução da Lei
632 11.129/2005, no tocante aos artigos específicos da “Residência em Área Profissional da Saúde”, assim
633 chamada pela Lei; 4) Indicação da composição da atual Comissão Nacional de Residências
634 Multi/Uniprofissionais em Saúde em compatibilização com a lógica que preside o sistema de saúde
635 desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde: gestores, profissionais e sociedade em geral. **1)** Quanto
636 aos eixos norteadores: Integração ensino-serviço-gestão-comunidade em cenários de educação pelo
637 trabalho, representativa da realidade socioepidemiológica local; Concepção ampliada de saúde que
638 respeite a diversidade e considere o usuário como ator social responsável por seu processo de vida,
639 inserido num ambiente social, político e cultural; Respeito à descentralização e regionalização,
640 contemplando as necessidades nacionais, regionais e locais de saúde na composição dos programas e
641 na gestão da regulação estatal; Abordagem pedagógica que considere os atores envolvidos como
642 sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho e protagonistas sociais em consonância com a
643 política nacional de gestão da educação na saúde para o SUS; Inserção nas políticas prioritárias do
644 Sistema Único de Saúde, colaborando ativamente na constituição de uma rede de cuidados
645 progressivos à saúde, estabelecendo relações de cooperação técnica no campo da atenção e da
646 formação, de acordo com as realidades locais e a integração ensino-serviço-gestão-
647 comunidade; Incorporação da diversidade de categorias profissionais previstas pelas políticas de
648 saúde, tendo em vista a integralidade da atenção, a humanização das práticas no campo da saúde e a
649 qualificação da gestão setorial, em que pese a necessidade de estabelecer a condição de inclusão
650 apenas em residências multiprofissionais, foco nas práticas de cuidado previstas pelas políticas de
651 saúde aprovadas em normativas do setor da saúde e proporção de vagas pertinente; Atendimento
652 multiprofissional às necessidades de especialização de profissionais em regiões prioritárias do país em
653 campos prioritários para o Sistema Único de Saúde, como estratégia para o provimento e a fixação de
654 profissionais; Adoção do processo de Educação Permanente em Saúde (EPS) previsto nas políticas
655 públicas do SUS como estratégia por meio da qual podem ser reestruturados os locais de trabalho e
656 considerados os determinantes sociais, culturais e econômicos; A prática profissional e o processo de
657 trabalho nos serviços de saúde devem levar em conta a relação entre o saber técnico-científico e o
658 saber popular, de forma que a sua integração resulte na melhoria da formação dos trabalhadores e da
659 qualidade do exercício profissional; Utilizar estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover
660 cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado, de modo a garantir as
661 noções e práticas de Redes Integradas em Saúde, linhas de cuidado do hospital à rede de atenção
662 básica e vice-versa; Organização de currículos integrados entre as diversas residências:
663 uniprofissionais, multiprofissionais e médicas; Uso dos princípios da multiprofissionalidade para pensar
664 a inclusão de profissões e da interdisciplinaridade para pensar o uso do conhecimento formal e
665 pragmático, assim como empenho no desenvolvimento da educação e prática interprofissional,
666 desenvolvendo a atuação interprofissional no cotidiano; Promover Seminário Nacional a cada dois anos
667 integrando os programas de residências com vistas a atualização e formulação de inovações à política,
668 à gestão estatal e à atualização viva das normativas; Reconhecimento dos Fóruns de Residentes, de
669 Preceptores e Tutores e de Coordenadores como segmentos representativos da base social e o
670 Encontro Nacional de Residências como instância que congrega nacionalmente os três fóruns das
671 residências em saúde e se articula ao controle social em saúde; Reconhecimento de relações de
672 continuidade e contiguidade entre residência e carreira no sistema único de saúde; Apontar o 3º ano
673 opcional para formação em educação (preceptoria) e gestão (sistemas e serviços de saúde);

674 Organização da cooperação técnica e financeira para o conjunto das necessidades de desenvolvimento
675 da política e dos programas, não apenas o financiamento de bolsas para residentes, inclusive linhas de
676 formação e desenvolvimento para coordenadores, membros das comissões de gestão e corpo docente-
677 assistencial; As residências devem estar articuladas nos Contratos Organizativos de Ação Pública
678 Ensino e Serviço – COAPES e Comissões de Integração Ensino-Serviço em Saúde – CIES, devendo-
679 se construir a descentralização da regulação dos programas, acompanhando às instâncias
680 intersetoriais e interinstitucionais permanentes de integração ensino-serviço relativas à educação na
681 saúde; Sendo um programa de formação em serviço, os estudantes, assim como preceptores e tutores,
682 compõem o segmento “usuários”, enquanto os coordenadores compõem o segmento “trabalhadores” e
683 os dirigentes dos sistemas de saúde ou de educação o segmento “gestores”, embora na gestão das
684 residências os residentes, preceptores, tutores e coordenadores representem os segmentos da base e
685 os dirigentes o segmento de governo da política; **2)** Quanto à Instância Permanente de Residências em
686 Saúde junto à CIRHRT: identificar a figura legal que responda ao prescrito pela Lei 8.080/90 e à
687 Resolução CNS nº 225, em 08 de maio de 1997; **3)** Quanto à Regulamentação do Art. 30 da Lei
688 8.080/90: Compatibilização ordenadora da formação na orientação da execução da Lei 11.129/2005, no
689 tocante aos artigos específicos da “Residência em Área Profissional da Saúde”, assim chamada pela
690 Lei. Nesse sentido e contexto, deve-se orientar as políticas nacionais sobre o entendimento de todos os
691 seguintes aspectos previstos em lei. A regulamentação necessária deve esclarecer o que são e como
692 se formalizam e executam os seguintes termos de Lei: “especializações na forma de treinamento em
693 serviço sob supervisão”: explicar o conceito de residência em saúde; “regulamentação por Comissão
694 Nacional”: explicar o entendimento sobre normas reguladoras em educação, ação intersetorial
695 regulamentada e relações com o CNS; “comissão nacional instituída de acordo com o art. 12 da Lei
696 Orgânica da Saúde”: estabelecer e fixar o entendimento de instância permanente na CIRHRT; “garantia
697 de participação das entidades profissionais correspondentes”: fixar o entendimento consolidado pelo
698 CNS, tendo em vista o ordenamento da formação de recursos humanos, o princípio da
699 multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, a construção da interprofissionalidade como
700 preponderante ao trabalho na saúde e composição do processo de trabalho, seja na formação,
701 regulamentação e relações de trabalho; “sistema de formação de recursos humanos sob a forma de
702 programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal”: política de residência como estratégia para o
703 provimento de quadros profissionais ao sistema de saúde, como contribuição à fixação de profissionais
704 em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde, como provimento de competências profissionais
705 em programas, projetos, ações e atividades relevantes ao sistema de saúde brasileiro; “serviços
706 públicos integrantes do Sistema Único de Saúde como campo de prática para as residências”:
707 estabelecimento de normas e estratégias de cooperação técnica e financeira intergestores e
708 intersetoriais para a adequada implantação e implementação do conceito de rede-escola no SUS;
709 “normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional”: estabelecimento de
710 critérios pactuados intersetorialmente para credenciamento de instituições, autorização da oferta de
711 programas e funcionamento das “Câmaras Técnicas por Área Temática em Programas de Residência”,
712 definindo quais as áreas, suas características de concentração, ênfase e composição multi ou
713 uniprofissional; “categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica”:
714 esclarecimento sobre o conceito de trabalhadores da área da saúde, visando ao aperfeiçoamento e à
715 especialização em área profissional, conforme indicativo da Lei de residências, da Lei Orgânica da
716 Saúde, Resoluções do CNS, as normativas do setor da saúde à atenção integral e deliberações das
717 Conferências Nacionais de Saúde; “cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos
718 jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do Sistema
719 Único de Saúde”: construção de políticas, orientações, fluxos e instâncias de debate, decisão, gestão,
720 monitoramento e avaliação; “regime de dedicação exclusiva e realizada sob supervisão docente-
721 assistencial, de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde”: construção do
722 entendimento intersetorial e pactuação das necessidades, prerrogativas e viabilidades para cada
723 especificidade (área temática, de concentração, de ênfase, de especialidade); “bolsas objeto dos
724 Programas de Residência: Residente, Preceptor, Tutor e Orientador de Serviço”: necessidade de
725 estabelecer estudos de qualidade e proposições sustentáveis. Cada tópico enunciado foi retirado tal
726 como literalmente constante na Lei Orgânica da Saúde e Lei das Residências em Saúde; **4)** Quanto à
727 composição da Comissão Nacional de Residências Multi/Uniprofissionais em Saúde: **a)** Gestores de
728 educação (governo federal): MEC (SESu); MEC (DDES/SESu); MEC (DDES/SESu - CGRS); **b)**
729 Gestores de educação (insituições de ensino federais); e ANDIFES; **c)** Gestores de educação
730 (insituições de ensino estaduais e municipais): ABRUEM; **c)** Gestores de saúde (governo federal): MS
731 (SGTES); MS (DEPREPS/SGTES); **d)** Gestores de saúde (governo estadual), CONASS e CONASS; **e)**
732 Gestores de saúde (governo municipal): CONASEMS, CONASEMS; **f)** Entidades profissionais:
733 Conselhos (Categoria), Sindicatos (categoria) Associações (Associações de Ensino e Comunidade
734 Científica); **g)** Segmentos dos programas de residência em área profissional da saúde: Coordenadores
735 UNI, Coordenadores MULTI, Tutores UNI, Tutores MULTI, Preceptores UNI, Preceptores MULTI,

736 Residentes UNI, Residentes MULTI; e **h)** Controle social em saúde – membro convidado: CNS.
737 **Encaminhamentos finais:** 1) recomendação aos gestores do SUS, nas esferas federal, estadual e
738 municipal, e às entidades profissionais, uma vez que integram o CNS, para uma ação parceira em favor
739 das decisões do CNS sobre Residências em Saúde, tomando, desde já, os presentes
740 encaminhamentos como orientação de suas participações nas instâncias do SUS, e das Residências
741 em Saúde; elaboração de uma brochura de documentos, leis e textos de suporte às instâncias de
742 controle social sobre Residências em Saúde: Apresentação; Conceitos estruturantes; História recente;
743 Legislação pertinente; Instâncias de gestão; Orientações do controle social; Entidades Profissionais;
744 Fóruns por Segmentos da Base; Área Profissional, Área Temática, Área de Concentração, Área de
745 Ênfase, Especialidade; e Literatura sugerida; **b)** adoção imediata das designações unificadas
746 “Residência Médica” para especialidades médicas e “Residência em Saúde” para todas as demais
747 residências no setor da saúde que não envolvem especialidade médica, devendo-se, entretanto,
748 incentivar e expandir as interseções entre residência em saúde e residência médica no interesse da
749 interprofissionalidade e necessidades do Sistema Único de Saúde; **c)** proposição de instalação imediata
750 da Instância Permanente de Residências em Saúde na CIRHRT; e **d)** encaminhar à CIRHRT,
751 solicitando pauta para a reunião plenária do CNS do mês de agosto de 2018. Aberta a palavra, houve
752 debate sobre o mérito da minuta. Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** sugeriu a reformulação da
753 minuta contemplando apenas o item 3, no seu entendimento, ponto central da proposta. Na sua visão,
754 os demais itens já se tratavam de atribuições da Comissão. Como proposta alternativa, conselheira
755 **Denise Torreão Corrêa da Silva** sugeriu aprovar o mérito da minuta e reescrever o texto sem
756 modificar o conteúdo. Conselheiro **Douglas Vinicius Pereira** entendeu a ponderação do conselheiro
757 Haroldo Pontes, mas sinalizou que seria importante pontuar as atribuições da Comissão porque não
758 estavam escritas. Conselheira **Sarlene Moreira da Silva** aproveitou para propor a aprovação de moção
759 de apoio à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, referente ao corte
760 de verbas para bolsas de graduação e pós-graduação. Encaminhando, conselheira **Francisca Rego**
761 **Oliveira de Araújo** colocou em apreciação a seguinte proposta: reescrever o texto da minuta definindo
762 que a CIRHRT/CNS, garantida a participação das entidades profissionais da área da saúde, fará o
763 acompanhamento permanente do controle/participação social na formalização e execução da política
764 pública de residências em saúde e o encaminhamento dos estudos necessários à elaboração de
765 proposta de regulamentação do Art. 30 da Lei nº 8.080/1990; e que o segmento dos profissionais de
766 saúde do CNS terá a competência de indicar seus membros, que comporão a Comissão Nacional de
767 Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), mediante aprovação do Pleno do CNS. **Deliberação:**
768 **o Pleno decidiu, com duas abstenções, reformular o texto, conforme sugerido. A nova minuta**
769 **seria apreciada no segundo dia de reunião.** Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** solicitou que
770 minutas, cujo mérito necessite de debate mais aprofundado, sejam enviadas com antecedência para
771 discussão interna nos segmentos, a fim de não prejudicar a dinâmica da reunião plenária. Após essa
772 colocação, a mesa colocou em apreciação a proposta: **elaborar moção de apoio à Coordenação de**
773 **Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, referente ao corte de verbas para**
774 **bolsas de graduação e pós-graduação. Deliberação: a proposta foi aprovada.** Definido esse ponto,
775 conselheiro **Douglas Vinicius Pereira** fez os informes da Comissão: **a)** Chamada nº 5 para ampliar a
776 Câmara Técnica da CIRHRT/CNS – proposta: 21 membros, contemplando representações que ainda
777 não estão na Câmara. Até 24 de agosto de 2018; **b)** será realizada audiência com o Ministro de Estado
778 da Educação, no dia 16 de agosto, para tratar de diversos assuntos na expectativa de construir
779 alternativas; **c)** participação no Congresso da ABRASCO; e **d)** convite para participar do encontro de
780 residentes em saúde – de 3 a 6 de setembro de 2018. Conselheiro **Gerdo Bezerra de Faria**
781 acrescentou que a Comissão procederá à revisão da Resolução CNS nº. 350. Conselheira **Francisca**
782 **Rego Oliveira de Araújo** lembrou que é responsabilidade de todos conselheiros analisar a Resolução
783 do CNS nº. 350/2005, para contribuir no debate. Nada mais havendo a tratar, encerrou este ponto.
784 Inversão de pauta. **ITEM 7 – PROCESSO ELEITORAL DO CNS - Apresentação:** conselheiro **Geordeci**
785 **Menezes de Souza**, da Mesa Diretora do CNS; e **Ana Carolina Dantas**, Secretária Executiva do CNS.
786 Iniciando este ponto de pauta, conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** explicou que seria necessário
787 retificar um ponto da Resolução CNS nº 590/18, que dispõe sobre o Calendário Eleitoral do Conselho
788 Nacional de Saúde – Eleições para o mandato 2018-2021, anexo II, que trata do prazo para diligências,
789 de 23 e 24 de outubro de 2018 para 24 e 25 de outubro de 2018, a fim de possibilitar o recebimento de
790 documentos encaminhados por postagem (via sedex). Com essa alteração, o calendário permanecerá
791 da seguinte forma: **Julho. 13 de julho de 2018** - Aprovação do Regimento Eleitoral para o triênio
792 2018/2021, do Calendário Eleitoral e da Comissão Eleitoral. **17 de julho de 2018** - encaminhamento da
793 Resolução que aprova o Regimento Eleitoral para o Gabinete do Ministro/Consultoria Jurídica –
794 *responsável:* Secretaria Executiva do CNS. **Até 28 de julho de 2018** - Publicação da Resolução que
795 aprova o Regimento Eleitoral no Diário Oficial da União - DOU. **Agosto. 6 de agosto de 2018** -
796 Reunião da Comissão Eleitoral. **8 de agosto de 2018** - aprovação do Edital de Convocação da Eleição
797 na 308ª Reunião Ordinária do CNS - Secretaria Executiva do CNS. **10 de agosto de 2018** - publicação

798 do Edital de Convocação da Eleição do CNS no site do CNS. *Responsável:* Secretaria Executiva do
799 CNS. **13 de agosto a 11 de outubro de 2018** - período de inscrições das entidades para a Eleição do
800 CNS. *Outubro. 18 de outubro de 2018* - publicação da lista das entidades inscritas no site do CNS.
801 *Responsável:* Secretaria Executiva do CNS. **24 e 25 de outubro de 2018** - período do prazo de
802 diligências. **30 de outubro de 2018** - publicação da lista das entidades habilitadas no site do CNS.
803 *Novembro. 31 de outubro a 5 de novembro de 2018* - prazo para interposição de recursos. **6 a 8 de**
804 **novembro de 2018** - prazo para julgamento dos recursos e publicação de resultados no site do CNS. **9**
805 **de novembro de 2018** - publicação da lista final de entidades habilitadas ao processo eleitoral do CNS
806 no site do CNS. *Responsável:* Secretaria Executiva do CNS. **13 de novembro de 2018** - eleição do
807 Conselho Nacional de Saúde - Secretaria Executiva do CNS. **14 de novembro de 2018** - publicação do
808 resultado da Eleição no site do CNS. *Responsável:* Secretaria Executiva do CNS. **Até o dia 23 de**
809 **novembro de 2018** - indicação dos representantes para compor o Conselho Nacional de Saúde. **Até 5**
810 **de dezembro de 2018** - publicação da Portaria de designação dos membros do CNS no Diário Oficial.
811 **13 de dezembro** - posse dos conselheiros eleitos e eleição da presidência e Mesa Diretora do CNS.
812 Aberta a palavra ao Plenário, foram pontuadas as seguintes questões: deve ser publicada nova
813 resolução do CNS retificando apenas o prazo para diligências e não o calendário eleitoral (que já havia
814 sido publicado no DOU); no dia 13 de novembro, o representante eleitor é quem deve estar presente; e,
815 no texto da resolução, será necessário retificar o termo “triênio” para “mandato 2018 a 2021”.
816 **Deliberação: o Pleno aprovou, por unanimidade, a publicação de resolução do CNS com**
817 **retificações no Regimento Eleitoral do CNS (data do período de diligências: 24 e 25 de outubro**
818 **de 2018; e a retificação do termo “triênio” para “mandato 2018 a 2021”).** Na sequência, conselheiro
819 **Geordeci Menezes de Souza** apresentou, para conhecimento, o calendário de reuniões da comissão
820 organizadora do processo eleitoral do CNS, mandato 2018 a 2021: **a)** 6 de agosto de 2018: 1ª reunião
821 da Comissão Eleitoral; **b)** 14 de setembro de 2018: análise das Inscrições; **c)** 22 e 23 de outubro de
822 2018: análise das diligências e encaminhamentos; **d)** 26 de outubro de 2018: análise dos retornos das
823 diligências; **e)** 9 de novembro de 2018: julgamento dos recursos; **f)** 13 de novembro de 2018: eleição do
824 Conselho Nacional de Saúde; **g)** 10 de dezembro de 2018: elaboração do relatório final da Comissão
825 Eleitoral; e **h)** 13 de dezembro de 2018: posse dos conselheiros eleitos para o mandato 2018/2021. Na
826 sequência, procedeu à leitura do Edital de Convocação da eleição do Conselho Nacional de Saúde
827 para o mandato 2018/2021. O texto é o seguinte: “Edital nº 01/2018. Convocação da eleição do
828 Conselho Nacional de Saúde para o mandato do triênio 2018/2021. Art. 1º O Presidente da Comissão
829 Eleitoral para as eleições do mandato 2018-2021 do Conselho Nacional de Saúde, designado pela
830 Portaria nº xxxx, de 00 de julho de 2018 e nos termos da Resolução CNS nº 590, de 13 de julho de
831 2018, publicada no Diário Oficial da União nº 146, Seção 1, em 31 de agosto de 2018, no uso das
832 atribuições que lhes foram conferidas, convoca a eleição para a escolha das entidades e movimentos
833 sociais das usuárias e usuários do Sistema Único de Saúde - SUS, dos profissionais de saúde, incluída
834 a comunidade científica, dos prestadores de serviços de saúde e das entidades empresariais com
835 atividades na área de saúde, doravante denominados entidades e movimentos sociais nacionais. **Da**
836 **participação no pleito eleitoral.** Art. 2º Poderão votar e serem votadas as entidades e movimentos
837 sociais nacionais, inscritos no período de 13 de agosto a 11 de outubro de 2018, até às 18 horas,
838 conforme Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, através de seus representantes formalmente
839 credenciados, conforme Resolução CNS nº 590, de 13 de julho de 2018, mediante requerimento
840 dirigido ao Presidente da Comissão Eleitoral. Parágrafo único. Os formulários para as inscrições a que
841 se refere este artigo serão disponibilizados no site do Conselho Nacional de Saúde. **Da publicação e**
842 **homologação das inscrições.** Art. 3º A listagem das entidades e movimentos sociais nacionais,
843 inscritos para o processo eleitoral, será afixada no mural da Secretaria Executiva do Conselho Nacional
844 de Saúde e divulgada na página eletrônica do referido Conselho no dia 18 de outubro de 2018. Art. 4º
845 Após a publicação da lista das entidades inscritas no processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde
846 será aberto prazo para diligências, entre os dias 24 e 25 de outubro de 2018, por meio do qual as
847 entidades e movimentos sociais oficiadas pela Comissão Eleitoral, quando houver a necessidade,
848 poderão prestar maiores informações sobre a documentação enviada, conforme previsto no Art. 12 da
849 Resolução CNS nº 590, de 13 de julho de 2018. Art. 5º Encerrado o prazo das diligências, após
850 encaminhamentos e providências cabíveis, a lista de entidades e movimentos sociais nacionais
851 habilitados para o processo eleitoral, será afixada no mural da Secretaria Executiva do Conselho
852 Nacional de Saúde e divulgada na página eletrônica do referido Conselho no dia 30 de outubro de
853 2018, obedecendo ao disposto no Art. 13 da Resolução CNS nº 590, de 13 de julho de 2018. **Da**
854 **homologação das inscrições.** Art. 6º Os recursos para a Comissão Eleitoral deverão ser interpostos
855 no prazo de 72 (setenta e duas) horas, considerando 3 (três) dias úteis, contadas da divulgação da lista
856 das entidades e movimentos sociais nacionais habilitados e serão analisados e julgados em igual
857 período. Parágrafo único. A listagem final das entidades e movimentos sociais nacionais habilitados
858 para participarem da eleição como eleitores e/ou candidatos, após a apuração dos recursos
859 apresentados, será afixada no mural da Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde e

860 divulgada na página eletrônica do referido Conselho no dia 9 de novembro de 2018. Art. 7º A eleição
861 ocorrerá no dia 13 de novembro de 2018, das 8h30 às 18 horas, na cidade de Brasília-DF, em local a
862 ser divulgado posteriormente. **Do resultado.** Art. 8º Encerrada a votação, nos termos previstos no Art.
863 5º e no Art. 17 da Resolução CNS nº 590, de 13 de julho de 2018, a Comissão Eleitoral fará a apuração
864 dos votos e o Presidente da Comissão Eleitoral proclamará as entidades e movimentos sociais
865 nacionais eleitos no dia 13 de novembro de 2018. Art. 9º Os casos omissos neste Edital serão
866 resolvidos pela Comissão Eleitoral. Geordeci Menezes de Souza, Presidente da Comissão Eleitoral do
867 Conselho Nacional de Saúde”. Aberta a palavra ao Plenário, foram apresentadas as seguintes
868 sugestões ao texto: no art. 8º, retificar: “Art. 8º Encerrada a votação, (...) o presidente proclamará, *de*
869 *imediatamente*, as entidades e movimentos sociais nacionais eleitos no dia 13 de novembro de 2018; art. 2º -
870 exceto – até às 18h, observando-se o § 1º do art. 6º ; e incluir parágrafo único no art. 8º ou no caput do
871 próprio artigo definindo que: “o resultado da votação será publicado no site do CNS”. **Deliberação:**
872 **aprovado, por unanimidade, o texto do Edital de convocação da eleição do Conselho Nacional**
873 **de Saúde para o mandato 2018-2021, com os adendos apresentados.** Na sequência, o assessor de
874 comunicação do CNS – ASCON/CNS, **Wiliam Barreto**, apresentou a estrutura do site da eleição do
875 CNS 2008/2021 e o Pleno apresentou algumas sugestões de alteração: retificar que “o encerramento
876 das eleições será às 18h”; assegurar os critérios de acessibilidade no site; corrigir: “receber por
877 postagem” e não “por correio” ou incluir “ou afins”; e incluir que os casos omissos serão resolvidos pela
878 comissão eleitoral. O Presidente do CNS explicou que na reunião do CONSEA, da qual participara,
879 convocou o conjunto dos conselhos temáticos presentes para participar do esforço para realização da
880 16ª Conferência Nacional de Saúde. Definido esse ponto, procedeu-se ao último item do primeiro dia de
881 reunião. **ITEM 6 – 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE – 16ª CNS E 6ª CONFERÊNCIA**
882 **NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA – 6ª CNSI - Composição da mesa:** conselheiro **Ronald Ferreira**
883 **dos Santos**, Presidente do CNS; e conselheira **Sarlene Moreira da Silva**. Conselheiro **Ronald**
884 **Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS e conselheira **Sarlene** fizeram a leitura da minuta do
885 Regimento Interno da 16ª CNS, enviado previamente aos conselheiros. Durante a leitura, os
886 conselheiros solicitaram destaques que foram apresentados e debatidos um a um. Concluída a leitura
887 do texto, foi aberta a palavra para apresentação e apreciação dos destaques: **Art. 1º A 16ª Conferência**
888 **Nacional de Saúde (=8ª+8), convocada pelo Decreto Presidencial nº 000, de 00 de julho de 2018,**
889 **publicado no Diário Oficial da União em 00 de julho de 2018, tem por objetivos: Destaque:** incluir
890 “financiamento” nos objetivos e, em todo o texto, substituir “financiamento” por “financiamento
891 adequado e suficiente”. **Proposta acatada. Art. 4º, inciso III: III - Etapa Nacional: de 27 a 30 de julho**
892 **de 2019 – Destaque:** retificar a data para “28 a 31 de julho de 2019”, conforme publicado no decreto.
893 **Proposta acatada. Art. 4º, § 6º - § 6º- A eleição por via vertical é aquela regida pelos processos**
894 **eleitorais tradicionais das Conferências de Saúde, ou seja, é pela via vertical que se elege, na Etapa**
895 **Municipal, a delegação do respectivo Município para participação da Etapa Estadual, sendo na Etapa**
896 **Estadual que se elege a delegação do respectivo estado e do Distrito Federal para a Etapa Nacional.**
897 **Destaque:** incluir “ascendente” após “vertical” neste item e nos demais pontos do documento.
898 **Proposta acatada. Art. 6º, § 4º: §4º O Relatório Final da Etapa Municipal será de responsabilidade dos**
899 **Conselhos Municipais de Saúde e deverá ser enviado à Comissão Organizadora da Etapa Estadual e**
900 **do Distrito Federal até o dia 25 de abril de 2019. Destaque:** incluir o adendo: “e das etapas regionais do
901 DF”. **Art. 7º, § 3º. § 3º As Plenárias das Conferências Municipais deverão garantir que sejam eleitas**
902 **pessoas que ainda não participaram de outras conferências e que tenham demonstrado compromisso**
903 **ético e político com a conferência, bem como com os debates em torno do tema central da 16ª CNS**
904 **(=8ª+8). Destaque:** substituir “garantir” por “fomentar/incentivar” a fim de retirar o caráter obrigatório,
905 haja vista a dificuldade de implementar. **Proposta acatada. Art. 8º, § 2º. §2º Em virtude da agenda**
906 **eleitoral do ano de 2018, as atividades preparatórias da Etapa Municipal poderão pautar os projetos**
907 **políticos em curso pela defesa do SUS, de sua consolidação e financiamento. Destaque:** substituir
908 “financiamento” por “financiamento adequado e suficiente”. Essa substituição será feita em todo o
909 documento. **Art. 8º, § 3º. § 3º Só poderão participar das etapas subsequentes, na condição de**
910 **Delegadas e Delegados, as pessoas que incidirem ativamente nos processos e atividades preparatórias**
911 **da Etapa Municipal. Destaque:** substituir “incidirem ativamente” por “participarem ativamente”.
912 **Proposta acatada. Art. 11, inciso II. II - Tenham colhido assinaturas de, no mínimo 10 vezes a mais**
913 **de pessoas que o número de Delegados/as previstos para o respectivo estado, conforme tabela anexa**
914 **a este Regimento, para o abaixo assinado “Somos amigas e amigos das causas: SUS público,**
915 **universal, integral e de qualidade, educação pública, gratuita e de qualidade”, disponível no site do**
916 **Conselho Nacional de Saúde,**
917 http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2017/08ago01_abaixoAssinadoEC95.html. **Destaque:**
918 após o trecho “(...) SUS público, universal, integral e de qualidade” incluir ponto final e começar nova
919 oração “Educação pública, gratuita e de qualidade” (...). **Proposta acatada. Art. 11, § 2º: § 2º Após a**
920 **eleição a que se refere o §1º, também na Plenária Final da Etapa Estadual, serão eleitos/as os/as**
921 **demais 30% dos/das Delegados/as pela via horizontal, ou seja, que, comprovadamente, participaram**

922 da organização e mobilização das atividades preparatórias da Etapa Municipal e da Etapa
923 Estadual/Distrito Federal, conforme os critérios descritos nos incisos deste parágrafo. Destaque:
924 substituir “serão eleitos” por “poderão ser eleitos”. **Proposta acatada. Com essa mudança, será**
925 **necessário modificar a tabela anexa - Distribuição de vagas da 16ª Conferência. Art. 12:** As
926 atividades preparatórias da Etapa Estadual da 16ª CNS (=8ª+8) devem ser organizadas, em articulação
927 regional ou com municípios específicos do estado, com vistas a potencializar a participação popular nos
928 debates dos eixos da Conferência e ampliar as vozes e representações sociais em torno da defesa da
929 consolidação do SUS e do seu financiamento. Destaque: substituir “financiamento” por “financiamento
930 adequado e suficiente”. **Proposta acatada. Art. 12, § 4º:** 30% dos/as Delegados/as representantes
931 dos estados na Etapa Nacional da 16ª CNS serão eleitos entre aqueles que incidirem ativamente na
932 organização dos processos e atividades preparatórias, nos termos previstos no Art. 11 deste
933 Regimento. Destaques: incluir o Distrito Federal e substituir “incidirem ativamente” por “participarem
934 ativamente”. **Propostas acatadas. Art. 15, § 1º:** A proposta de Regulamento da Etapa Nacional será
935 amplamente divulgada e submetida à consulta virtual no Portal da 16ª Conferência Nacional, por um
936 período de 30 dias. Destaque: incluir “no mínimo” antes de “por um período de 30 dias”. **Proposta**
937 **acatada. Art. 12, § 4º:** 30% dos/as Delegados/as representantes dos estados na Etapa Nacional da 16ª
938 CNS serão eleitos entre aqueles que incidirem ativamente na organização dos processos e atividades
939 preparatórias, nos termos previstos no Art. 11 deste Regimento. **Art. 16, § 2º:** Um total de 50% dos/as
940 conselheiros/as eleitos/as eleitas para o triênio 2019-2021 integrarão a Comissão Organizadora da
941 8ª+8 em conjunto com os membros indicados antes do processo eleitoral. Destaque: substituir “triênio
942 2019 20121 por “mandato 2018-2021”. **Proposta acatada. Art. 17, § 2º:** A secretaria e as
943 coordenações referidas nos incisos IV, V, VI e VII contarão com um/a Secretário/a Adjunto/a e um/a
944 Coordenador/a Adjunto/a, a serem definidos, entre os conselheiros nacionais de saúde pela Comissão
945 Organizadora. Destaque: retificar o trecho “pela Comissão Organizadora” por “que compõem a
946 comissão organizadora”. **Proposta acatada. Art. 26:** À Coordenadora ou ao Coordenador de Cultura e
947 Educação Popular cabe: (...). Destaque: incluir inciso com a seguinte redação: “construir ato político e
948 cultural, de grande relevância, em defesa do SUS”. **Proposta acatada. Art. 27, Inciso VIII:** Reunir os
949 textos das apresentações dos expositores para fins de registro e divulgação. Destaque: excluir este
950 item, porque não compete ao comitê executivo e incluir no artigo 26 (é necessário reenumerar).
951 **Proposta acatada. Art. 29, § 2º:** A composição do conjunto total de Delegadas e Delegados da 16ª
952 Conferência Nacional de Saúde (=8ª+8) deverá promover o mínimo de 50% de mulheres no conjunto
953 total de cada delegação. Destaque: substituir “deverá” por “buscará”; incluir no Regimento Interno que é
954 preciso incentivar a paridade de gênero e reproduzir nas etapas municipal e estadual. Art. 34, Inciso V.
955 V – Entidades e movimentos populares e sindicais, dos povos indígenas e quilombolas, trabalhadoras e
956 trabalhadores rurais e assentados, movimento feminista e de mulheres, movimento negro, movimento
957 LGBT, da luta antimanicomial, da luta contra a Aids, comunidades dos rios, do campo e da floresta,
958 comunidades extrativistas, coletivos da juventude e movimento estudantil, portadores de patologias,
959 pessoas com deficiências, idosos e aposentados, população em situação de rua, população cigana e
960 demais populações em situação de vulnerabilidade social. Destaques: incluir “religiosos”; retificar
961 “portadoras de patologia” por “pessoas com patologia”; incluir no § 2º do art. 34: “entre os convidados,
962 incluir outros conselhos de direitos de políticas públicas da área social e membros do Ministério Público
963 vinculados à saúde, órgãos de controle, entre outros. **Propostas acatadas. Art. 37. Art. 37 - As**
964 **despesas com a preparação e realização da Etapa Nacional da 16ª Conferência Nacional de Saúde**
965 **(=8ª+8) correrão à conta de dotações orçamentárias consignadas pelo Ministério da Saúde.** Destaque:
966 explicitar que os delegados do Distrito Federal não terão direito à hospedagem; no inciso II, incluir
967 adendos, permanecendo o texto da seguinte maneira: “II - Delegadas eleitas e Delegados eleitos na
968 Etapa Estadual e “Distrito Federal” terão suas despesas de deslocamento “e hospedagem” para
969 Brasília, custeadas pelos seus respectivos Estados “e Distrito Federal”. **Proposta acatada. Anexo.**
970 **Distribuição de vagas da 16ª Conferência Nacional de Saúde.** Destaque: ampliar o número de
971 participantes livres, de 98 para 100. **Proposta acatada.** Apreciados os destaques, a mesa submeteu o
972 Regimento à votação. **Deliberação: aprovado, por unanimidade, na forma de resolução, com**
973 **adendos do Plenário do CNS, o Regimento Interno da 16ª Conferência Nacional de Saúde. Além**
974 **disso, o Pleno definiu que as coordenações das comissões do Conselho deverão enviar à Mesa**
975 **Diretora do CNS, até o dia 22 de agosto de 2018, os nomes para compor a comissão**
976 **organizadora da 16ª Conferência. 6ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA –**
977 **Conselheira Sarlene Moreira da Silva** fez um informe sobre a segunda reunião da Comissão
978 Organizadora da 6ª CNSI, realizada no dia 7 de agosto de 2018, com destaque para os seguintes
979 aspectos: publicação, em 26 de julho de 2018, a Portaria da Comissão organizadora da 6ª Conferência
980 Nacional de Saúde Indígena, sem o representante do CONASEMS – na reunião do Secretário da
981 SESAI com a presidência da entidade, foi informado que será enviado o nome do representante;
982 apresentação da minuta de portaria do Comitê do Comitê Executivo da 6ª CNSI e apresentação dos
983 componentes; definido e distribuído o calendário das reuniões da comissão organizadora; apresentação

984 da minuta da Portaria da Comissão de Infraestrutura e seus componentes (outros representantes da
985 SESAI irão colaborar com esta comissão); apresentação da minuta de Portaria e os componentes da
986 Comissão de Comunicação e Informação – será feita retificação nos componentes da comissão e, após
987 apresentação para a comissão organizadora, a portaria será publicada; aprovação do local para
988 realização da 6ª CNSI - Pavilhão do Parque da Cidade (na próxima reunião da comissão será definido o
989 local de hospedagem dos delegados); será disponibilizado stand para que os 34 DSEI apresentem suas
990 especificidades e características; será disponibilizado espaço para apresentação de práticas exitosas
991 na assistência à saúde dos povos indígenas; definição de espaço para amostra de fotos e filmes; foi
992 definido que a estratégia da comunicação para a Conferência será realizada de forma colaborativa com
993 a participação de organizações indígenas, grupos de comunicadores indígenas e comunicadores de
994 outras áreas do MS; foi solicitada página de serviço no portal do MS para disponibilização dos
995 principais documentos relativos à Conferência – a página será alimentada por equipes de comunicação
996 da SESAI e do CNS; apresentação do Blog da Conferência e da proposta da criação de perfil nas redes
997 sociais. Ainda foi apresentado o material gráfico da identidade visual que será disponibilizado para as
998 etapas da Conferência; foi solicitado que a pauta da CONEPE seja incluída nas etapas distritais; foi
999 solicitado que a comissão organizadora encaminhe documento aos DSEIs e CONDISISs com as
1000 proibições eleitorais; apresentação do cronograma das etapas locais e Distrital da 6ª conferência;
1001 aprovada a proposta de solicitar ao presidente do CNS que encaminhe documentos sobre a 6ª CNSI
1002 aos conselhos estaduais e municipais de saúde e solicite apoio nas etapas locais e distrital; no que se
1003 refere à relatoria da conferência, foi informado que o DATASUS apresentará alternativa de sistema para
1004 a relatoria; a Comissão solicita que o Pleno do CNS discuta a questão do sistema de relatoria, tendo
1005 em vista que serão realizadas duas conferências em futuro próximo; e apresentado o planejamento das
1006 atividades das conferências do semestre e as próximas reuniões. **Não houve deliberação. Para**
1007 **conhecimento.** Na sequência, foi aberta a palavra para apresentação e definição de itens pendentes.
1008 Conselheiro **Gerdo Bezerra de Faria** apresentou o novo texto da minuta de resolução sobre
1009 Residências em Saúde e foi sugerida alteração. **Deliberação: aprovada a resolução, com**
1010 **modificações. O texto final é o seguinte: “Resolução nº, de 9 de agosto de 2018. O Plenário do**
1011 **Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Oitava Reunião Ordinária, realizada**
1012 **nos dias 8 e 9 de agosto de 2018, e no uso de suas competências regimentais e atribuições**
1013 **conferidas pela Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de**
1014 **1990; pela Lei Complementar no 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de**
1015 **julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de**
1016 **1988, da legislação brasileira correlata; e considerando que nos termos do Art. 200, inciso III, da**
1017 **Constituição Federal de 1988, é competência do Sistema Único de Saúde (SUS), além de outras**
1018 **atribuições, “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”; considerando que o**
1019 **Art. 6o da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, regulamentando a Constituição, estabelece**
1020 **que “estão incluídas ainda no campo de atuação do SUS, inciso III - a ordenação da formação de**
1021 **recursos humanos na área de saúde”; considerando o Art. 12 da Lei no 8.080, de 19 de setembro**
1022 **de 1990, prevê a criação de “comissões intersetoriais de âmbito nacional subordinadas ao**
1023 **Conselho Nacional de Saúde (CNS), integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por**
1024 **entidades representativas da sociedade civil” e, no parágrafo único que “as comissões**
1025 **intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja**
1026 **execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS”; considerando o Art. 14 da Lei**
1027 **no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que prevê que deverão ser criadas “comissões**
1028 **permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e**
1029 **superior” com a finalidade de “propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e**
1030 **educação continuada dos recursos humanos do SUS, na esfera correspondente, assim como em**
1031 **relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições”; considerando o Art. 27 da**
1032 **Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que prevê que a política de recursos humanos na área**
1033 **da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo,**
1034 **em cumprimento do objetivo de organizar um sistema de formação de recursos humanos em**
1035 **todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de**
1036 **permanente aperfeiçoamento de pessoal, onde os serviços públicos que integram o SUS**
1037 **constituam campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas**
1038 **conjuntamente com o sistema educacional; considerando que o Art. 30 da Lei no 8.080, de 19 de**
1039 **setembro de 1990, dispõe que “as especializações na forma de treinamento em serviço sob**
1040 **supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o Art. 12**
1041 **desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes”; considerando**
1042 **que a Comissão Intersectorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho do Conselho**
1043 **Nacional de Saúde (CIRHRT/CNS) tem o papel de cumprir o Art. 12 da Lei nº 8.080, de 19 de**
1044 **setembro de 1990; considerando a Resolução CNS no 225, de 08 de maio de 1997, que, ao**
1045 **reinstalar a então Comissão Intersectorial de Recursos Humanos, declarou como sua missão**

1046 definir nos aspectos conceitual e de articulações intersetoriais, as obrigações legais de
1047 ordenação da formação de recursos humanos de saúde (Lei 8.080/1990, Art. 6o), de criação de
1048 comissões permanentes de integração serviço-ensino (Lei 8.080/1990, Art. 14), participação na
1049 formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos
1050 para a saúde (Lei 8.080/1990, Art. 15), e aplicação dos objetivos da formalização e execução da
1051 política de recursos humanos, incluindo critérios de preenchimento dos cargos objetivos da
1052 formalização e execução da política de regulamentação das especializações na forma de
1053 treinamento em serviço (Lei 8.080/1990, Art. 30); considerando os Princípios e Diretrizes para a
1054 Norma Operacional Básica de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (NOB/RH-SUS),
1055 aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde, que incentivam a formação de pessoal específico,
1056 com domínio de tecnologias que qualifiquem a atenção individual e coletiva à saúde para a
1057 garantia da qualidade da atenção à saúde; considerando a “Política Nacional de Formação e
1058 Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde”, aprovada
1059 pelo Conselho Nacional de Saúde, em setembro de 2003, que aponta como um dos seus eixos
1060 estruturantes a integração entre instituição de ensino, serviços de saúde, órgão de gestão do
1061 SUS e instâncias do controle social em saúde, e que se caracteriza por ações que visam à
1062 mudança nas práticas de formação e de atenção, no processo de trabalho e na construção do
1063 conhecimento, a fim de corresponderem fortemente às necessidades do sistema de saúde, dos
1064 serviços e da população; considerando a Resolução CNS no 450, de 10 de novembro de 2011,
1065 que “recomenda que os programas de residência multiprofissional e em áreas profissionais da
1066 saúde sejam ampliados, com ênfase na formação de profissionais para as redes de atenção
1067 prioritárias para o Sistema Único de Saúde e nas áreas estruturantes do SUS”; considerando as
1068 discussões do Pleno do Conselho Nacional de Saúde, em sua 295ª Reunião Ordinária, ocorrida
1069 em 6 e 7 de julho de 2017, que criou o Grupo de Trabalho Residência Multiprofissional em Saúde
1070 para tratar dos seguintes objetivos: “recuperar histórico, fazer diagnóstico e propor soluções”,
1071 bem como discutir as bases para uma “proposta de Diretrizes Gerais/Comuns para as
1072 Residências” sob a ótica do controle social e participação popular em saúde, além de sugerir o
1073 encaminhamento de “ações com o MEC”; e considerando que o objetivo fundamental do
1074 ordenamento da formação de recursos humanos para a saúde contempla a promoção da
1075 articulação entre formação, gestão, atenção e controle social, tendo em vista a humanização, a
1076 integralidade, o trabalho em equipe e a apropriação do Sistema Único de Saúde. **Resolve: Art. 1º**
1077 **Designar à Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho - CIRHT/CNS,**
1078 **garantida a participação das entidades profissionais da área da saúde, o acompanhamento**
1079 **permanente do controle/participação social na formalização e execução da política pública de**
1080 **Residências em Saúde e o encaminhamento dos estudos necessários à elaboração de proposta**
1081 **de regulamentação do Art. 30 da Lei nº 8.080/1990. Art. 2º Atribuir ao segmento dos profissionais**
1082 **de saúde do CNS a competência de indicar seus membros, que comporão a Comissão Nacional**
1083 **de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS, mediante aprovação do Pleno do CNS.”.** Na
1084 sequência, conselheira **Denise Torreão Corrêa da Silva** apresentou a minuta de moção de apoio à
1085 CAPES em função do corte orçamentário. O texto é o seguinte: Considerando a nota do conselho
1086 superior da CAPS ao ministro do MEC, enviado por meio do ofício nº. 245/2018, a respeito dos riscos
1087 advindos de potenciais cortes orçamentários da CAPS para 2019; Considerando que potenciais cortes
1088 orçamentários resultariam em flagrante retrocesso visto que tais medidas provocariam cortes de todas
1089 as bolsas de mestrado, doutorado, pós-doutorado, acordos de parceria técnico-científica para formação
1090 docente, constituindo a maior afronta à formação docente de conhecimento já vivenciada nas
1091 universidades e institutos públicos deste país; Considerando que essa grave ameaça à pesquisa e pós-
1092 graduação reflete o mesmo ataque consubstanciado no subfinanciamento crônico exacerbado em seu
1093 máximo a partir da EC nº. 95/2016, o qual inviabiliza a execução dos direitos fundamentais e a projeção
1094 da soberania científica e tecnológica; e Considerando que a CAPS possui relevante papel de atuar na
1095 expansão e consolidação da pós-graduação em todos os estados do país. Vem a público manifestar
1096 apoio à CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, reconhecendo a
1097 relevância do seu papel no fomento à produção científica do país e manifestar apoio à manutenção do
1098 orçamento integral previsto para a CAPS no ano de 2019. **Deliberação: aprovada, com uma**
1099 **abstenção, a moção de apoio à CAPES. Além disso, foi definido que será elaborada**
1100 **recomendação ou moção de apoio ao crescente aumento do subsídio orçamentário para**
1101 **pesquisa no país (proposição da conselheira Sarlene Moreira da Silva). Nada mais havendo a**
1102 **tratar, o Presidente do CNS encerrou o primeiro dia de reunião às 19h25. Estiveram presentes os**
1103 **seguintes conselheiros e conselheiras na tarde do primeiro dia de reunião: xxxxxxxx nomes serão**
1104 **incluídos.** Iniciando o segundo dia de reunião, o Presidente do CNS saudou os presentes e informou a
1105 publicação do Decreto nº. 9.463, de 8 de agosto de 2018, que convoca a 16ª Conferência Nacional de
1106 Saúde. **ITEM 8 – FORMAÇÃO PARA O CONTROLE SOCIAL NO SUS - Apresentação: Rodrigo**
1107 **Oscar Roman,** diretor de Organização do Centro de Educação e Assessoramento Popular; conselheira

1108 **Sueli Terezinha Goi Barrios**, coordenadora da Comissão Intersetorial de Educação Permanente para
1109 o Controle Social no SUS - CIEPCSS; e conselheira **Maria da Conceição Silva**, coordenadora adjunta
1110 da CIEPCSS. *Coordenação:* conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS. Iniciando, a
1111 coordenadora da CIEPCSS, comissão do CNS responsável pelo Projeto, explicou que se encerrava
1112 uma etapa do processo de formação do controle social do SUS. Nessa estratégia, destacou a
1113 importância da OPAS nos encaminhamentos e agradeceu a assessoria técnica e integrantes da
1114 Comissão pela contribuição na condução deste processo. Por fim, justificou a ausência do Coordenador
1115 Executivo do Centro de Educação e Assessoramento Popular, Valdeir Both, que não pode estar
1116 presente porque seu voo foi cancelado por conta do mau tempo. Dito isso, passou a palavra ao diretor
1117 de Organização do CEAP, **Rodrigo Oscar Roman**, que fez uma explanação sobre o Projeto, pautando-
1118 se no seguinte roteiro: memória do Projeto; educadores; materiais pedagógicos; comunicação;
1119 mobilização e seleção dos participantes; e oficinas. O diretor começou pelo cronograma, destacando,
1120 inicialmente, a concepção do Projeto: Diretrizes e políticas resultantes dos debates nos espaços
1121 institucionais (Conferências, CNS e CIEPCSS); Escola de Participação Popular em Saúde; e Processos
1122 Organizativos e formativos desenvolvidos pelo CEAP. Lembrou o cronograma do Projeto: julho de 2016
1123 - apresentação do projeto para OPAS; outubro de 2016 - aprovação da Carta Acordo pela OPAS em 20
1124 de outubro de 2016; dezembro de 2016 - Seminários promovidos pelo CEAP "Saúde, Democracia e
1125 Neoliberalismo"; março de 2017 - I Seminário de discussão do conteúdo, materiais, critérios para
1126 distribuição das oficinas e pactuação do Projeto. Mesa diretora do CNS; CIEPCSS; educadores;
1127 coordenação; junho de 2017 - II Seminário para socialização das ações e cronograma do projeto. Mesa
1128 diretora do CNS; CIEPCSS; educadores; coordenação. Explicou que, para seleção de educadores, foi
1129 lançado edital contemplando os critérios definidos no projeto, em dezembro de 2016. Nessa etapa,
1130 foram selecionados e homologados, em janeiro de 2017, dez educadores, mas durante o processo três
1131 solicitaram desligamento. Disse que o processo formativo de educadores seguiu os princípios da
1132 educação popular e da ecologia do saber. Nessa linha, foram realizadas seis oficinas de formação que
1133 contemplaram momentos de discussão teórica e metodológica, elaboração de materiais e organização
1134 e estruturação dos conteúdos para as oficinas, de fevereiro a dezembro de 2017. Acrescentou que as
1135 oficinas pilotos foram utilizadas como experiência, autoavaliação e avaliação dos colegas, com
1136 processos permanentes de comunicação e informação. Detalhou os materiais pedagógicos utilizados
1137 no Projeto: **a) Cartilha:** - conteúdos básicos foram definidos no primeiro Seminário da Mesa diretora do
1138 CNS, CIEPCSS, educadores e coordenação do projeto e o CEAP elaborou uma versão preliminar
1139 apresentada no segundo Seminário (25 mil exemplares impressos; 120 páginas; 37 ilustrações + 4
1140 infográficos; 14 Box explicativos, 49 links com *QR codes*; 4.800 visualizações no site; e quase 18 mil
1141 exemplares impressos distribuídos); **b) audiovisual:** elaboração, pelo CEAP, do termo de referência e
1142 argumento, com objetivos e perfil do audiovisual; direção e roteiro: Guilherme Castro; produção
1143 Executiva: Luiz Alberto Cassol; cinco entrevistados de diferentes gêneros, etnias, regiões e militância
1144 no controle social (50 horas de pré-produção + 100 horas de gravações externas + 120 horas de pós-
1145 produção; 20 profissionais envolvidos diretamente; composição de trilha sonora original; e recursos de
1146 acessibilidade: Legendagem para surdos e ensurdecidos (LSE), Libras e Audiodescrição - três mil
1147 visualizações no Youtube; sessão pública no Cine Capitólio em Porto Alegre; inscrito no festival de
1148 cinema de Portugal - FesTin (Festival de Cinema Itinerante da Língua Portuguesa); **c) Manual do**
1149 **Educador:** orienta e padroniza a execução das oficinas, construído de forma conjunta com educadores;
1150 roteiro e dinâmicas das oficinas; subsídios de leituras; materiais de exposição (PPTS); e orientações
1151 gerais; e **d) Plataforma Web:** Termo de referência elaborado pelo CEAP para criar uma ferramenta de
1152 suporte pedagógico, comunicação, mobilização, seleção e integração dos participantes das oficinas;
1153 3.650 horas de desenvolvimento em software livre; e tecnologia responsiva que se adapta para telas de
1154 dispositivos móveis – média de 3 mil acessos mês, pico de 4 mil acessos mês; 60% dos acessos são
1155 diretos; 17% via links de outros sites. Destes, 40% do site do CNS e 5% via Susconecta; 16% dos
1156 acessos ocorrem via buscas no Google; e 6% Facebook. Além disso, 1.200 páginas compartilhadas via
1157 Facebook. Salientou ainda a manutenção e funcionamento contratado até dezembro de 2018,
1158 composto por duas áreas: acesso aberto e acesso restrito a usuários selecionados em uma oficina.
1159 Também fez um destaque às funcionalidades da Plataforma: organização das oficinas, mobilização,
1160 participantes, educadores, aplicação de questionário. No que se refere à comunicação, disse que
1161 30.7738 pessoas alcançadas via publicações diretas no Facebook, 13.035 reações como curtir, 3.350
1162 compartilhamentos diretos de materiais veiculadas na página do CNS no Facebook e 16.375 cliques de
1163 usuários nestas publicações. Além disso, salientou que foram produzidas 61 matérias pela Assessoria
1164 de Comunicação do CNS, distribuídas aos veículos de comunicação dos estados. Sobre a mobilização
1165 e seleção dos participantes, detalhou as responsabilidades do CNS/CIEPCSS, dos Conselhos de
1166 Saúde e do CEAP. As responsabilidades do CNS/CIEPCSS foram as seguintes: mobilização dos
1167 movimentos e organizações populares iniciando a partir daqueles com representação no Conselho
1168 Nacional; acompanhamento das oficinas; e seleção dos participantes dos Movimentos Sociais. Já as
1169 responsabilidades dos CES foram: mobilização dos conselheiros e conselheiras de saúde nos Estados;

1170 definição das datas e locais onde ocorreriam as oficinas; e seleção dos participantes. No que se refere
1171 às responsabilidades do CEAP, foram elas: monitorar o processo de mobilização; enviar documentos
1172 (apresentação do projeto; carta de mobilização; instruções para as oficinas) aos CES, movimentos e
1173 organizações sociais: enviado aos movimentos sociais e a todos os conselhos estaduais (responderam
1174 CES do Paraná, Espírito Santo, Pará e Minas Gerais e sem retorno por e-mail de Movimentos Sociais;
1175 reforço com envio dos *cards* via whatsapp para organizações parceiras); visitas aos Conselhos
1176 Estaduais: Paraíba; Rio de Janeiro; Rio Grande do Norte; Rio Grande do Sul; Paraná; São Paulo e
1177 Minas Gerais; suporte aos educadores/as no diálogo com organizações e movimentos populares: envio
1178 de *card* e e-mails aos educadores, envio de e-mail solicitando a mobilização nos seus estados;
1179 estabelecer os prazos para cada uma das oficinas nos documentos de mobilização (embora tenha sido
1180 sugerido prazos para as oficinas, apenas Maceió e São Paulo definiram a data de encerramento das
1181 oficinas); definir e viabilizar a infraestrutura de local, som e projeção das oficinas. O CEAP definiu local
1182 de quatro oficinas: São Paulo, Pará, Mato Grosso e Rio Grande do Sul. Nos demais estados o CES
1183 definiu o local e três estados contribuíram com recursos para viabilizar infraestrutura nas oficinas.
1184 Destacou também outras ações realizadas: visitas a movimentos e organizações sociais; Congresso da
1185 SBPC; Conferência Livre Rumo à 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde; Seminário
1186 Preparatório da 1ª CNVS – Centrais Sindicais e Movimentos Populares; Presença na reunião Ordinária
1187 do CNS 292 na FIOCRUZ; Fórum de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena; Reunião
1188 com a CEP dos Estados e CNS; Reunião dos Secretários Executivos dos CES; Oficina no XIII
1189 Congresso da Rede Unida; Reunião com os Coordenadores das CEP dos Estados; Encontro nacional
1190 dos jovens em Defesa do SUS; 11ª Plenária nacional Conselhos de Saúde, entidades e movimentos
1191 sociais e populares; e Oficina da CIEPSS no Fórum Social Mundial. Além disso, foram feitas visitas a
1192 Movimentos Sociais: CUT, CONAM, CONTAG, UNE, UBM e MNPR. Destacou ainda o processo
1193 realizado nos estados: 1) comunicação com a Secretaria Executiva; 2) comunicação com o/a
1194 coordenador/a da CEP nos Estados; 3) comunicação com o presidente ou vice do conselho; 4)
1195 discussão na CEP; 5) apresentação do projeto no Pleno; 6) definição da data e cidade; 7) inclusão da
1196 oficina na plataforma; 8) confecção e envio do *card*; 9) divulgação/mobilização da oficina; 10) definição
1197 do supervisor/a; 11) definição e contratação do local da oficina; 13) seleção dos participantes; 14)
1198 encerramento da oficina na plataforma; e 15) realização da oficina. Ressaltou também as diferentes
1199 abordagens: Comissão de Educação Permanente Estadual coordenou a mobilização de todas as
1200 oficinas: RS, SP, RJ, ES, MG, BH, SE, AL, CE, PA; Estados em que as Secretarias Executivas
1201 coordenaram a mobilização e marcação das oficinas: AC, AM, MT, PE, PI, RO, SC, TO; Estados que
1202 definiram um/a coordenador/a das oficinas: GO, MG, MS, PA, RJ, RN, SP; delegaram às regiões a
1203 mobilização e organização das oficinas, inclusive a seleção: GO, MG, PE, RJ, RS, SC; Dos 18 estados
1204 que tiveram mais de uma oficina, quatro decidiram realizar mais de uma oficina na mesma cidade; três
1205 estados em que todos os inscritos foram selecionados na plataforma web para participarem de uma
1206 oficina: SP, RS, SE; Estados que decidiram realizar as duas turmas da oficina em cidades diferentes:
1207 AL e ES; e dez oficinas foram remarcadas e duas oficinas canceladas: DF, RJ. Sobre as oficinas, disse
1208 que estavam previstas 63 oficinas de 80 participantes cada, totalizando 5.040 participantes atingidos.
1209 Foram realizadas 70 com média de 55 participantes cada, totalizando 3.875 pessoas ou 77% da meta;
1210 e foram realizadas oficinas em todos os estados e no Distrito Federal. Por fim, destacou o perfil dos
1211 participantes: faixa etária – concentração: 31 a 60 anos; grau de instrução – grande faixa: nível superior
1212 (participação de profissionais de saúde). **Manifestações.** Conselheiro **André Luiz de Oliveira**
1213 cumprimentou a equipe responsável pela execução do projeto que, na sua avaliação é um dos mais
1214 eficientes e robustos em educação para o controle social do país. Conselheiro **Antônio Lacerda Souto**
1215 reiterou a importância deste projeto de formação e sua continuidade e fez um destaque especial à
1216 cartilha pela qualidade e linguagem acessível. Conselheira **Francisca Valda da Silva** também registrou
1217 os seus cumprimentos e sua gratidão ao trabalho desenvolvido, por entender que deixará ótimos
1218 resultados para o controle social do país. Conselheiro **Luiz Aníbal Vieira Machado** Também
1219 agradeceu a equipe pelo projeto, por entender que essa capacitação é muito importante para o
1220 exercício do controle social no SUS. Defendeu a continuidade e solicitou a realização de oficina de
1221 formação em Cachoeira do Sul. Conselheiro **Moyses Longuinho Toniolo de Souza** saudou a
1222 Comissão por essa iniciativa de formação do controle social do SUS do país e manifestou sua gratidão
1223 por ter participado desse processo. Conselheiro **Wanderley Gomes da Silva** também cumprimentou a
1224 coordenação da CIEPCSUS pela condução desse projeto que priorizou a formação de conselheiros e
1225 não conselheiros e a preparação de militantes para defesa do SUS e da democracia. Conselheira
1226 **Elaine Junger Pelaez** salientou a importância desta formação para o exercício do controle social no
1227 sentido da autonomia e emancipação dos conselheiros, debatendo as contradições da sociedade e
1228 reiterou a importância de sua continuidade. Conselheiro **Antonio Pitol** também agradeceu pela
1229 oportunidade de participar deste processo de formação e fez um destaque especial à qualidade dos
1230 conteúdos tratados. Conselheira **Adolorata Aparecida Bianco Carvalho** também elogiou a iniciativa e
1231 ressaltou a importância de divulgar esta iniciativa para os municípios. Conselheira **Altamira Simões**

1232 **dos Santos de Sousa** defendeu a continuidade do Projeto, pela relevância, e sugeriu que os
1233 participantes dos cursos sejam multiplicadores de informações e que sejam incluídos no curso
1234 conteúdos sobre as políticas de saúde existentes e a questão da equidade. Conselheiro **Geordeci**
1235 **Menezes de Souza** cumprimentou a iniciativa que, no seu ponto de vista, representa um marco
1236 histórico e saudou a Comissão e o CEAP pela boa condução desta iniciativa. Conselheira **Maria Laura**
1237 **Carvalho Bicca** perguntou como se dará a continuidade do Projeto e aproveitou para solicitar a
1238 capacitação na sua região voltada aos trabalhadores da saúde. Conselheira **Maria da Conceição**
1239 **Silva**, coordenadora adjunta da CIEPCSS, manifestou sua satisfação com essa iniciativa e agradeceu a
1240 oportunidade de participar da condução desse Projeto. Reconheceu o trabalho da Comissão e do
1241 CEAP e fez um destaque à qualidade do material. Registrou o importante trabalho da assessoria
1242 técnica da Comissão e fez menção à memória da Secretária Neide Rodrigues. Lembrou que o Pleno do
1243 CNS já aprovou a continuidade do Projeto e os conselheiros podem enviar contribuições. **Retorno da**
1244 **mesa.** Conselheira **Sueli Terezinha Goi Barrios**, coordenadora da CIEPCSS, primeiro, agradeceu as
1245 menções elogiosas ao trabalho da Comissão e o reconhecimento do Pleno sobre a importância do
1246 Projeto e, a partir das falas, destacou os seguintes aspectos: o Projeto foi construído de forma coletiva
1247 e permeado por relações de afeto; a intenção foi realizar formação política para que o conjunto de
1248 conselheiros e movimentos exerça o controle social; em maio de 2018, o Pleno aprovou a continuidade
1249 do Projeto e a proposta foi elaborada e está em tramitação; nos dias 4 e 5 de setembro será realizado o
1250 2º Encontro Nacional das Comissões Estaduais de Educação Permanente para o Controle Social no
1251 SUS – objetivo: mobilizar para o processo de formação; agradecimentos ao CEAP pelo cuidado na
1252 elaboração do material, pensado a partir da necessidade do país e a realidade local; a Comissão está
1253 debatendo proposta de formação para os conselheiros nacionais de saúde que serão eleitos –
1254 atendendo à deliberação do Pleno. Por fim, agradeceu ao Plenário, à Presidência do Conselho, à Mesa
1255 Diretora, à Comissão, à assessoria técnica, ao CEAP e à conselheira Maria da Conceição. O diretor de
1256 Organização do CEAP, **Rodrigo Oscar Roman**, primeiro, agradeceu o CNS pela confiança no CEAP
1257 para desenvolver o Projeto e fez um reconhecimento ao trabalho do coordenador executivo do CEAP,
1258 **Valdevir Both**, neste processo. Saliu que a parceria com a Comissão foi extremamente importante
1259 e observa-se que o projeto cumpriu um dos seus objetivos de fortalecer a Comissão. Reconheceu que
1260 houve problemas de mobilização, como no Distrito Federal e Paraná, mas a articulação de entidades e
1261 pessoas possibilitou a realização em todos os Estados. Além disso, reconheceu que a oficina com os
1262 conselheiros também foi extremamente importante. O Presidente do CNS avaliou que esta experiência
1263 provou que é possível avançar e pode inspirar o conjunto das atividades do controle social. Portanto, é
1264 preciso garantir que iniciativas como esta, de estruturação do controle social, sejam perenes. Por fim,
1265 sugeriu que a CIEPCSS articule e alinhe projetos que estão em desenvolvimento por outras Comissões
1266 do CNS e, no futuro, amplie estas experiências para outras Comissões. A coordenadora da CIEPCSS
1267 explicou que a Comissão realizará encontro com as comissões do CNS que estão realizando processos
1268 de educação para construir caminho metodológico a ser reproduzido para todas as comissões – a
1269 intenção é que os processos se deem a partir de uma política de controle social. Com essa fala, a mesa
1270 encerrou este item. **Não houve encaminhamentos. ITEM 9 – COMISSÕES - Câmaras Técnicas.**
1271 **Grupos de Trabalho. Coordenação:** conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, da Mesa Diretora do
1272 CNS; e conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**, da Mesa Diretora do CNS. **Informes das**
1273 **Comissões - a) Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - CISTT/CNS**
1274 **– informe sobre o IX encontro das CISTT.** Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, coordenador
1275 da CISTT/CNS, fez um informe sobre o 9º Encontro Nacional das CISTTs (CISTTÃO), que será
1276 realizado de 21 a 23 de agosto. O evento contará com 300 Participantes (200 com hospedagem e
1277 alimentação completa; 100 sem hospedagem e apenas com almoço; e lanche custeado pelo CNS).
1278 Foram confirmados 280 participantes (CISTTs Municipais = 102; Conselhos Estaduais/CISTTs
1279 Estaduais = 22 Estados (58 participantes dos seguintes UFs: RO, AM, RN, PE, CE, MS, RR, MA, SE,
1280 PR, TO, AP, RS, MG, BA, PI, PA, ES, RJ, GO, DF, AL); CERESTs (Estaduais, Regionais e Municipais)
1281 = 52 participantes; conselheiros nacionais + Mesa Diretora = 12 participantes; CISTT Nacional = 18
1282 participantes; Coordenação de Plenária: 5 participantes; Convidados = 7 participantes; Palestrantes = 5
1283 participantes; Coletivo de Estudantes = 11 participantes; e Coletivo Assédio Nunca Mais = 10
1284 participantes. **b) Comissão Intersectorial de Saúde Mental – CISM/CNS - informe sobre a última**
1285 **reunião da Comissão e apresentação de propostas -** Conselheiro **Antonio Pitol**, coordenador
1286 adjunto da CISM/CNS, informou que a CISM/CNS reuniu-se em julho de 2018 e propõe os seguintes
1287 encaminhamentos ao CNS: alterar a data do seminário preparado pela Comissão: 19 e 20 de novembro
1288 de 2018 e ampliar o custeio do CNS com diárias e passagens, de 50 para 80 pessoas, de modo a
1289 garantir a participação de integrantes da CISM, de representantes das demais comissões do CNS, dos
1290 CES vinculados à temática, de convidados e entidades; e autorizar a realização de nova reunião, no dia
1291 20 de outubro, com custeio do CNS. **Deliberação: a Mesa Diretora do CNS debaterá as proposições**
1292 **da Comissão e definirá encaminhamentos a respeito. c) Comissão Intersectorial de Atenção à**
1293 **Saúde das Pessoas com Patologias – CIASPP – Conselheiro Moyses Longuinho Toniolo de**

1294 **Souza** falou sobre a última reunião da Comissão, realizada no mês de julho de 2018, com destaque
1295 para os seguintes pontos: 5º Congresso Todos Juntos Contra o Câncer (TJCC). Data: 25 a 27 de
1296 Setembro de 2018 em São Paulo/SP. A expectativa é de 3 mil participantes. Como resultado da
1297 articulação da ABRALE e da CIASPP, foram oportunizadas 200 inscrições gratuitas o CNS. Explicou
1298 que o TJCC é um movimento da sociedade brasileira que congrega representantes de diferentes
1299 setores voltados ao cuidado do paciente com câncer, como gestores de saúde, entidades médicas,
1300 hospitais, profissionais de saúde, pesquisadores, profissionais de imprensa, associações de pacientes
1301 e outros, comprometidos com a garantia do direito do paciente ao acesso universal e igualitário à
1302 saúde. Observando a demanda crescente dos pacientes com câncer e o esforço fragmentado de
1303 inúmeras entidades estruturadas para ajudar a esses pacientes, a Abrale - Associação Brasileira de
1304 Linfoma e Leucemia vislumbrou uma iniciativa inovadora com o objetivo de aproximar os interessados
1305 do segmento: propôs uma agenda colaborativa visando influenciar as políticas de saúde na área de
1306 oncologia e acelerar a promoção da saúde, a prevenção, o acesso ao tratamento e cuidados paliativos
1307 às pessoas com câncer no Brasil; 2) A CIASPP realizará sua 7ª Reunião Ordinária, nos dias 25 e 26 de
1308 setembro, durante o 5º Congresso do TJCC, para debater pautas relacionadas ao tema do Alzheimer e
1309 também Patologias Alimentares. Já o Congresso levantará as principais dificuldades na área oncológica
1310 e com apoio de especialistas propor ações necessárias aos órgãos responsáveis (serão 150
1311 palestrantes, 25 painéis de discussões e 4 salas simultâneas); e 3) as entidades interessadas que
1312 puderem custear passagem, hospedagem e alimentação ou já tiverem representantes residindo em
1313 São Paulo/SP devem fazer a inscrição através do e-mail: cns@saude.gov.br com o título/assunto:
1314 TJCC e enviando os seguintes dados: Nome Completo + Entidade que Pertence. Maiores Informações:
1315 <http://congresso.tjcc.com.br/>. **Deliberação: o Pleno indicou que nas duzentas inscrições gratuitas**
1316 **destinadas ao CNS para participar do 5º Congresso Todos Juntos Contra o Câncer, que ocorrerá**
1317 **de 25 a 27 de setembro de 2018, em São Paulo/SP, sejam contempladas, entre outras, as**
1318 **seguintes representações: Conselhos Estaduais de Saúde (sugestão: duas vagas/cada, com**
1319 **prioridade para as representações das pessoas com patologias); CONEP/CNS (sugestão:**
1320 **destinar 10% do total de vagas); e Coordenação da Plenária de Conselhos de Saúde. d) Comissão**
1321 **Intersetorial de Alimentação e Nutrição – CIAN/CNS – Conselheira Zaira Tronco Salerno,**
1322 **coordenadora da CIAN/CNS, informou a sua participação, representando a Comissão, nas seguintes**
1323 **atividades externas: oficina realizada na Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS para**
1324 **apresentar ferramenta que trabalha conflitos de interesse na nutrição – apresentou contribuições;**
1325 **reunião de comissão do CONSEA como observadora; acompanhamento do debate sobre agrotóxico –**
1326 **participará de audiência. e) Comissão Intersetorial de Saúde Bucal – CISB - Conselheiro Geraldo Adão**
1327 **Santos, coordenador adjunto da CISB/CNS, explicou que a Comissão se reunirá no dia 22 de julho**
1328 **para debate dos eixos transversais da 16ª CNS e concluirá propostas a serem apresentadas na**
1329 **próxima reunião do Conselho. f) Comissão Intersetorial de Ciência, Tecnologia e Assistência**
1330 **Farmacêutica – CICTAF - Conselheiro Wilson Hiroshi de Oliveira Uehara explicou que a Comissão**
1331 **não se reuniu, mas participou do seminário de formação dos facilitadores do 8º Simpósio de Ciência e**
1332 **Tecnologia e Assistência Farmacêutica (etapas regionais e nacional), atividade preparatória para a 16ª**
1333 **Conferência. Também solicitou a divulgação do calendário dos seminários: Etapas regionais do 8º**
1334 **Simpósio de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica: 23 e 24 de agosto – Manaus/AM; 30 e 31**
1335 **de agosto de 2018 – Curitiba/PR; 13 e 14 de setembro - Salvador/PR; 20 e 21 de setembro - Recife/PE;**
1336 **27 e 28 de setembro - Belo Horizonte/MG; e etapa nacional do 8º Simpósio de Ciência e Tecnologia e**
1337 **Assistência Farmacêutica: 17, 18 e 19 de dezembro - Rio de Janeiro. g) Comissão Intersetorial de**
1338 **Promoção, Proteção e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – CIPPSPICS. Conselheira**
1339 **Simone Maria Leite Batista, coordenadora adjunta da CIPPSPICS, disse que a Comissão se reuniu**
1340 **durante o Congresso da ABRASCO com debate dos seguintes temas: Portaria 702, que modificou as**
1341 **práticas integrativas; 16ª CNS e 6ª CNSI – recomendação para que se garanta espaço para divulgação**
1342 **das práticas integrantes e para cuidado das pessoas; e organização do congresso nacional de práticas**
1343 **integrativas, previsto para 2018. Também informou que municípios e estados estão organizando**
1344 **comissões de práticas integrativas e complementares e solicitou que os conselheiros reforcem a**
1345 **importância da constituição desses espaços. h) Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar – CISS -**
1346 **Conselheira Carolina Abad, da CISS/CNS, informou que a Comissão, junto com o IDEC, está**
1347 **elaborando documento sobre o PL n°. 7481 para ser apresentado à Câmara dos Deputados. Também**
1348 **solicitou aos conselheiros que contribuam no trabalho da Comissão e na construção deste instrumento.**
1349 **i) Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher – CISMU/CNS – Conselheira Francisca Valda da Silva,**
1350 **coordenadora da CISMU/CNS, apresentou a pauta da próxima reunião da Comissão, agendada para os**
1351 **dias 4 e 5 de setembro: organização do II seminário nacional de saúde das mulheres, programado para**
1352 **novembro de 2018 (aguarda posição); e lançamento de publicação, na forma de livro, sobre a**
1353 **Conferência e atualização da política integral da saúde das mulheres. j) Comissão Nacional de Ética**
1354 **em Pesquisa – CONEP/CNS - Conselheira Francisca Valda da Silva, coordenadora adjunta da**
1355 **CONEP/CNS, fez um informe sobre o Seminário Nacional de Saúde Indígena, que será realizado no dia**

1356 29 de agosto de 2018, com o intuito de abrir diálogo com as populações indígenas no Brasil, sobre a
1357 Resolução nº 304/2000, que estabelece diretrizes e normas de pesquisa com seres humanos. Disse
1358 que o evento contará com cinquenta indígenas de todas as regiões do país e mais 7 indígenas
1359 convidados para as mesas (a organização contou com a colaboração da CISI/CNS). Além disso, disse
1360 que a Comissão elaborou recomendação acerca do PL 7.082 que será apreciada no item das
1361 comissões. Por fim, conselheira **Maria da Conceição Silva** participou do I Encontro Nacional do
1362 Coletivo NegreX, de médicos e estudantes negras e negros da medicina, no dia 3 de agosto de 2018,
1363 em Recife/PE. **APRECIÇÃO DE RESOLUÇÃO E RECOMENDAÇÃO. a)** Recomendação, elaborada
1364 pela CONEP/CNS, com recomendações aos Deputados Federais e Senadores da República. O texto é
1365 o seguinte: “Recomendação nº 000, de 9 de agosto de 2018. O Plenário do Conselho Nacional de
1366 Saúde (CNS), em sua Trecentésima Oitava Reunião Ordinária, realizada nos dias 8 e 9 de agosto de
1367 2018, e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de
1368 setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de
1369 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e cumprindo as disposições da
1370 Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e
1371 considerando que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as
1372 condições indispensáveis ao seu pleno exercício e que, sob tal premissa, o dever do Estado de garantir
1373 a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de
1374 riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso
1375 universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação;
1376 considerando os termos da Resolução CNS nº 240, de 5 de junho de 1997, que definiu a representação
1377 de usuários nos Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs); considerando a Resolução CNS nº 466, de 12
1378 de dezembro de 2012, que aprovou as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo
1379 seres humanos, entre as quais as regras de uso de placebo ou outro tratamento em estudos nos quais
1380 não existam métodos provados de profilaxia, diagnóstico ou tratamento; considerando a Resolução
1381 CNS nº 441, de 12 de maio de 2011, que aprovou as diretrizes para análise ética de projetos de
1382 pesquisas que envolvam armazenamento de material biológico humano ou uso de material armazenado
1383 em pesquisas anteriores, com todo o regramento necessário ao funcionamento dos biobancos;
1384 considerando a Resolução CNS nº 346, de 13 de janeiro de 2005, que define os Projetos multicêntricos
1385 e detalha a tramitação dos protocolos de pesquisa multicêntricos; considerando a Resolução nº 510, de
1386 7 de abril de 2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais
1387 cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os
1388 participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os
1389 existentes na vida cotidiana; considerando a Resolução CNS nº 553, de 9 de agosto de 2017, que
1390 dispõe sobre a carta dos direitos e deveres da pessoa usuária da saúde; considerando a Resolução
1391 CNS nº 563, de 10 de novembro de 2017, que regulamenta o direito do participante de pesquisa ao
1392 acesso pós-estudo em protocolos de pesquisa clínica destinados aos pacientes diagnosticados com
1393 doenças ultrarraras; considerando a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, que trata
1394 das questões éticas relacionadas à medicina, às ciências da vida e às tecnologias associadas quando
1395 aplicadas aos seres humanos, levando em conta suas dimensões sociais, legais e ambientais,
1396 aprovada durante a 33ª Conferência Geral da Organização das Nações Unidas para a Educação, a
1397 Ciência e a Cultura (UNESCO), celebrada em Paris, em 19 de outubro de 2005; considerando as
1398 discussões e encaminhamentos da Comissão Intersectorial de Ética em Pesquisa (CONEP/CNS),
1399 ocorridas nos dias 12 e 13 julho de 2018, durante a 307ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de
1400 Saúde; e considerando os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das
1401 Nações Unidas (ONU), em especial o de nº 3, que indica o dever de “assegurar uma vida saudável e
1402 promover o bem-estar para todos, em todas as idades”, visando “atingir a cobertura universal de saúde,
1403 incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o
1404 acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis
1405 para todos”. Recomenda: Aos Deputados Federais e Senadores da República: 1) Que toda e qualquer
1406 legislação alusiva a pesquisa envolvendo seres humanos respeitem os princípios e pressupostos
1407 normativos do marco regulatório brasileiro, que tratam da proteção dos direitos e da segurança dos
1408 participantes de pesquisa, referendados pelo Conselho Nacional de Saúde, por meio da Comissão
1409 Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP/CNS; e que 2) Garanta a referida proteção dos direitos e a
1410 segurança dos participantes de pesquisas, no Projeto de Lei nº 7.082/2017, a partir das seguintes
1411 ressalvas: 1. Que a instância nacional de ética em pesquisa clínica a que se refere o inciso XXV
1412 preserve o caráter de regulação social que desempenha na função de relevância pública, por meio da
1413 Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde (CONEP/CNS). 2. Que a
1414 representação dos usuários se dê, preferencialmente, pelos conselhos de saúde de forma a expressar
1415 pontos de vista e interesses de indivíduos e/ou grupos de participantes de pesquisa de determinada
1416 instituição e que sejam representativos de interesses coletivos; 3. Que o fornecimento de medicamento
1417 pós-estudo, contemple: 3.1 A supressão do inciso VI, do Art. 30 do PL nº 7.082/2017; 3.2 Nova redação

1418 ao §4º nos termos abaixo indicados: “No caso das doenças ultrarraras, o fornecimento gratuito de
1419 medicamento experimental de que trata o *caput* tem prazo determinado de 5 (cinco) anos e será
1420 contado a partir da definição do preço em reais na Câmara de Regulação do Mercado de
1421 Medicamentos (CMED)”. 4. Que o material biológico em pesquisa clínica, contemple: 4.1 Nova redação
1422 ao Art. 32, nos seguintes termos: “O material biológico e os dados obtidos na pesquisa clínica serão
1423 utilizados, exclusivamente, para a finalidade prevista no respectivo protocolo e em conformidade com o
1424 respectivo termo de consentimento livre e esclarecido, e desde que observadas as disposições desta
1425 Lei e do regulamento”. 4.2 Nova redação ao *caput* do Art. 33: “Os materiais biológicos humanos serão
1426 armazenados, de acordo com o regulamento, em biorrepositórios ou biobancos das instituições
1427 envolvidas”. 4.3 Nova redação ao Art. 33, §2º: “Após o término da pesquisa, se houver continuidade do
1428 armazenamento em biorrepositório, os materiais biológicos referidos no *caput* serão, respectivamente,
1429 de responsabilidade da instituição e gerenciamento do pesquisador, se houver continuidade do
1430 armazenamento em biorrepositório; ou poderão ser transferidos para biobanco credenciado pela
1431 instância nacional da ética em pesquisa, estando, neste caso, o armazenamento e o gerenciamento
1432 das amostras sob responsabilidade institucional”. 4.4 Nova redação ao Art. 33, §3º: “O envio e o
1433 armazenamento de material biológico humano e das informações associadas para centro de estudo
1434 localizado fora do País é da responsabilidade do investigador e do patrocinador, quando houver,
1435 observadas as seguintes condições: I – observância da legislação sanitária nacional e internacional
1436 sobre remessa e armazenamento de material biológico; II – garantia de acesso e utilização dos
1437 materiais biológicos e dados armazenados no exterior, para fins científicos, às instituições e aos
1438 pesquisadores brasileiros; III – observância da legislação nacional, especialmente no tocante à vedação
1439 de patenteamento e comercialização de material biológico”. 5. Nova redação ao Art. 34, §1º: “O
1440 armazenamento de dados em centro de estudo localizado fora do país é de responsabilidade do
1441 investigador e do patrocinador, quando houver”. Inclua-se novo parágrafo após o Art. 37: “Além das
1442 exigências contidas nesta lei, faz-se necessária observância às demais normativas brasileiras sobre
1443 armazenamento e utilização de material biológico humano em pesquisa”. 6. Que a análise ética de
1444 estudos multicêntricos, contemple uma nova redação ao Art. 14, §7º: “A análise ética da pesquisa
1445 clínica que envolva mais de um centro de estudos no País será realizada inicialmente e, de forma
1446 preferencial, pelo CEP vinculado ao centro coordenador da pesquisa, que emitirá o parecer e notificará
1447 os CEPs dos demais centros participantes da sua decisão, os quais têm a prerrogativa de aprovar, ou
1448 não, o protocolo em suas instituições”. 7. Que o ressarcimento insira novo inciso no Art. 2º:
1449 “Ressarcimento: compensação material, exclusivamente de despesas do participante e seus
1450 acompanhantes, quando necessário, tais como transporte, alimentação, hospedagem e a tudo o que for
1451 necessário para a participação no estudo”. 8. Que a normatização acerca do uso do placebo contemple
1452 nova redação à Emenda nº 5, proposta na Comissão de Ciência, Tecnologia, Comunicação e
1453 Informática (CCTCI) da Câmara dos Deputados (Art. 22-A, parágrafo único): “Em caso de uso de
1454 placebo combinado com outro método de profilaxia, diagnóstico e tratamento, o participante da
1455 pesquisa não pode ser privado de receber o melhor tratamento procedimento que seria realizado na
1456 prática clínica”. 9. Que seja garantido o acesso ao medicamento após o estudo pelos participantes com
1457 a nova redação ao Art. 30: “Ao término da pesquisa, o patrocinador garantirá aos participantes, tanto ao
1458 Grupo Experimental quanto ao Grupo de Controle, fornecimento gratuito e por tempo indeterminado, de
1459 medicamento experimental”. Sugestão: adequar a redação: substituir “que o medicamento...” por
1460 “sobre o medicamento..”; e incluir item definindo que é vital a obrigação de divulgar dados negativos de
1461 pesquisas – conselheiro **Heleno Rodrigues Corrêa Filho** apresentará proposta de redação).

1462 **Deliberação: aprovada, por unanimidade, com dois adendos, a recomendação. b) Resolução que**
1463 **altera a Resolução do CNS nº. 451, de 15 de março de 2012.** Desdobramento da penúltima reunião
1464 realizada com o Fórum de Presidente de CONDISI. O texto é o seguinte: “Resolução nº 000, de 9 de
1465 agosto de 2018. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), na sua Trecentésima Oitava
1466 Reunião Ordinária, realizada nos dias 8 e 9 de agosto de 2018, no uso de suas atribuições conferidas
1467 pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei
1468 Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006,
1469 cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação
1470 brasileira correlata; e considerando a necessidade de avançar no processo organizativo e de
1471 articulação entre os conselhos de saúde nas esferas nacional, estaduais e municipais com vistas ao
1472 fortalecimento do controle social e da defesa do Sistema Único de Saúde (SUS); considerando que o
1473 Conselho Nacional de Saúde é parte essencial do processo de articulação entre os Conselhos, sendo
1474 esta uma de suas competências regimentais; considerando que a Coordenação Nacional de Plenárias
1475 de Conselhos de Saúde foi aprovada no 1º Congresso Nacional de Conselhos de Saúde, que ocorreu
1476 no ano de 1995 na cidade de Salvador, com a função de potencializar a relação do controle social em
1477 defesa do SUS por meio do intercâmbio de demandas, práticas, experiências e saberes entre os
1478 conselhos nos três entes federativos; considerando a conjuntura de austeridade fiscal e restrição de
1479 direitos como a aprovação da Lei da Terceirização e da promulgação da Emenda Constitucional nº 95

1480 que põem em xeque inúmeras conquistas sociais pós-redemocratização; considerando a Resolução da
1481 Organização das Nações Unidas (ONU) “Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o
1482 Desenvolvimento Sustentável”, composta por 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS),
1483 desdobrados em 169 metas, da qual o Brasil é signatário; considerando que a implantação da Agenda
1484 2030 exigirá uma nítida prioridade dos governos federal, estaduais, distrital e municipais para
1485 superação do desafio de implementar políticas e programas transversais e intersetoriais; considerando
1486 que a ampliação dos canais institucionais de participação social tem sido fundamental para o
1487 aprofundamento do exercício da democracia, por meio da prática de uma cidadania ativa; e
1488 considerando que a 21ª Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Populares,
1489 realizada em Brasília, nos dias 4 e 5 de abril de 2018, aprovou moção de apoio à Coordenação
1490 Nacional de Plenárias recomendando a atualização da Resolução CNS nº 451, de 15 de março de
1491 2012, que define as regras básicas de sua organização, no sentido de garantir maior envolvimento dos
1492 Municípios, Estados e Distrito Federal. Resolve: Art. 1º A Resolução CNS nº451, de 15 de março de
1493 2012 passa a vigorar com o acréscimo dos seguintes dispositivos: “(...). 9. Sem prejuízo do disposto na
1494 Resolução CNS nº. 451, de 15 de março de 2012, os Coordenadores Estaduais e Distrital de Plenária
1495 serão membros da Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. 9.1. Os Conselhos
1496 Estaduais de Saúde deverão comunicar ao Conselho Nacional de Saúde, em tempo hábil, as datas das
1497 respectivas plenárias estaduais que elegerão os coordenadores estaduais para compor a Plenária
1498 Nacional de Conselhos de Saúde, para envio de representante do CNS para acompanhamento do
1499 processo eleitoral. 10. Com vistas a viabilizar o funcionamento da Plenária Nacional de Conselhos de
1500 Saúde, a função da Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde é promover processos
1501 participativos de qualificação política, mobilização social e aprofundamento do diálogo interfederativo
1502 pelo controle social. a) Diante das atribuições previstas no tópico 9, a Coordenação da Plenária
1503 Nacional de Conselhos de Saúde deve reportar seus esforços ao Pleno do Conselho Nacional de
1504 Saúde, que encaminhará seus debates para possíveis deliberações, ações e atos normativos de sua
1505 competência legal e institucional. b) A Coordenação da Plenária Estadual de Conselhos de Saúde está
1506 vinculada ao Conselho Estadual de Saúde, sendo seus membros eleitos nas Plenárias Estaduais. 11.
1507 Sem prejuízo do disposto no tópico 2 da Resolução CNS no 451, de 15 de março de 2012, os/as
1508 representantes dos estados na Coordenação de Plenária Nacional de Conselhos de Saúde serão
1509 eleitos em Plenária Estadual, entre todos/as candidatos/as interessados/as, com representação do
1510 máximo de Conselhos de Saúde dos Municípios do respectivo estado. 12. Após o processo eleitoral
1511 para a condução dos representantes titulares e suplentes dos estados à Coordenação da Plenária
1512 Nacional de Conselhos de Saúde e dos atos de ofício previstos no tópico 5 da Resolução CNS no 451,
1513 de 15 de março de 2012, caberá ao Gestor Estadual do SUS garantir a participação dos
1514 Coordenadores Estaduais e Distrital de Plenária nas ações e atividades institucionais convocadas e/ou
1515 deliberadas pelas instâncias do Controle Social por meio do custeio das despesas de deslocamento,
1516 hospedagem e alimentação.” **Deliberação: aprovada, com uma abstenção, sem acréscimos, a**
1517 **Resolução. Solicitações de pauta para as próximas reuniões:** acesso dos usuários às Unidades de
1518 Pronto Atendimento – UPAS; e privatização e terceirização da saúde. Definido esse ponto, a mesa
1519 encerrou a manhã do segundo dia de reunião e suspendeu para o almoço. Estiveram presentes os
1520 seguintes conselheiros e conselheiras: xxxxxx os nomes serão incluídos. Iniciando, a mesa foi
1521 composta para o último item da pauta. **ITEM 10 – CURSO PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL -**
1522 **Plataforma Rede Conselhos SUS - Expositores:** **Luciana Sepúlveda**, diretora da escola da
1523 FIOCRUZ; **Wagner de Campos Rosário**, Ministro interino da Transparência e Controladoria-Geral da
1524 União – CGU; conselheiro **Wanderley Gomes da Silva**, coordenador da Comissão Intersetorial de
1525 Orçamento e Financiamento do CNS - COFIN/CNS; conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**,
1526 representando o Ministro de Estado da Saúde; **Francisco Funcia**, assessor da COFIN; **Alexandre**
1527 **Gomide Lemos**, Coordenador-Geral de Auditoria da Área da Saúde, Ministério da Transparência e
1528 Controladoria-Geral da União; **Otávio Neves**, diretor de transparência e controle social/Ministério da
1529 Transparência e Controladoria Geral da União – CGU; e **Cláudia Taya**, Secretária de Transparência e
1530 Prevenção da Corrupção/Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União. **Coordenação:**
1531 conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS. Além dos palestrantes, outras
1532 representações participaram desta pauta. Iniciando, o Presidente do CNS agradeceu a presença dos
1533 convidados e demais presentes e destacou a importância das instituições parceiras nesse processo –
1534 CGU, Assembleia Legislativa de Minas Gerais, Controladoria de Minas Gerais; e Escola de
1535 Administração Fazendária. Explicou que a Plataforma Rede Conselhos SUS é uma das estratégias do
1536 Projeto Saúde em Ação, desenvolvido pela COFIN/CNS e o Ministério da Transparência e
1537 Controladoria-Geral da União, para fortalecer os conselhos estaduais, distrital e municipais no
1538 acompanhamento das ações e monitoramento dos recursos investidos na política de saúde e estimular
1539 a aproximação entre o controle social e o controle interno para potencializar o processo de fiscalização
1540 dos recursos aplicados e de monitoramento e avaliação da implementação das ações planejadas.
1541 Acrescentou que essa iniciativa foi viabilizada a partir da experiência decorrente da parceria

1542 estabelecida entre CNS e CGU, após a realização de seminários conjuntos por videoconferência,
1543 durante os anos de 2017 e 2018, abordando a temática do controle social e do controle interno da
1544 administração pública. Feito esse preâmbulo, abriu a palavra aos integrantes da mesa. O Ministro da
1545 Transparência/CGU, **Wagner de Campos Rosário**, explicou que a CGU, órgão responsável pela
1546 fiscalização dos recursos públicos, conta com 2.200 servidores e reconhece a importância da
1547 participação e apoio do controle social nesse processo de fiscalização. Nessa linha, salientou que a
1548 formação é essencial para o controle social contribua no controle e fiscalização da aplicação correta de
1549 recursos e garanta saúde cada vez melhor ao país. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**,
1550 representando o Ministro de Estado da Saúde, destacou a importância da capacitação política e técnica
1551 do controle social e chamou a atenção para a capilaridade da saúde com as demais áreas. Manifestou
1552 satisfação com essa iniciativa e colocou o desafio a avaliação dos resultados desse Projeto e a
1553 definição de indicadores a serem apresentados. Reiterou o compromisso Ministério da Saúde não
1554 medirá esforços para continuar construindo para que este processo seja cada vez mais produtivo. A
1555 diretora da escola da FIOCRUZ, **Luciana Sepúlveda**, saudou os presentes e manifestou satisfação por
1556 participar desse momento. Destacou que o Projeto ancora-se na gestão da informação, uma das
1557 necessidades da dimensão do controle social e colocou a FIOCRUZ à disposição para continuar
1558 contribuindo na construção da democracia e do SUS. O Presidente do CNS anunciou a presença de
1559 representação dos seguintes parceiros nesse processo: **Fernando Meneguini**, Ministério da Fazenda,
1560 Escola Fazendária do Ministério da Fazenda; **Alexandre Boz Queiros**, Escola do Legislativo da
1561 Assembleia de Minas Gerais; e **Tiago Gonçalves**, Controladoria Geral de Minas Gerais. Conselheiro
1562 **Wanderley Gomes da Silva**, coordenador da COFIN/CNS, agradeceu e elogiou o trabalho dos
1563 assessores técnicos da Comissão e avaliou que o CNS acertou do ponto de vista de estratégias.
1564 Destacou a importância da parceria do CNS e CGU no que se refere ao Projeto Saúde em Ação, com
1565 destaque para realização de seis Seminários Controle Social na Saúde: Financiamento do SUS e curso
1566 na modalidade de ensino a distância. Também manifestou satisfação com o lançamento da Plataforma
1567 Rede Conselhos SUS que visa para integrar agendas, formações e pautas entre as instâncias do
1568 controle social na saúde. No seu ponto de vista, a Plataforma é essencial neste momento de formação
1569 e mobilização do controle social. O Presidente do CNS manifestou satisfação diante do processo único
1570 que reúne legalidade, transparência, participação e democracia. Feitas essas considerações iniciais, a
1571 Secretária de Transparência e Prevenção da Corrupção/Ministério da Transparência e Controladoria-
1572 Geral da União, **Cláudia Taya**, fez uma apresentação detalhada sobre o Curso de participação e
1573 controle social, agradecendo, inicialmente, os parceiros nesse processo - COFIN/CNS; Assembleia
1574 Legislativa de Minas Gerais, CGE/MG, FIOCRUZ. Contextualizando, falou sobre o Projeto Saúde em
1575 Ação que é composto por três eixos: 1) Eixo Formação e Capacitação: seis Seminários Controle Social
1576 na Saúde: Financiamento do SUS e curso na modalidade de ensino a distância; 2) Eixo Rede COFIN:
1577 organização das Comissões de Orçamento e Financiamento; e 3) Eixo Diretrizes Gerais para o
1578 Controle Social: Grupo de Trabalho para elaboração das diretrizes, composto pela STPC e SFC/CGU e
1579 COFIN/CNS. Detalhou as etapas do Curso, construídas de forma coletiva: 1) levantamento de
1580 necessidades a partir das duas oficinas e três seminários realizados em 2017; 2) Oficina para
1581 contendedistas do Módulo Temático – dezembro de 2017 e março de 2018; 3) Elaboração dos conteúdos;
1582 e 4) Piloto do Curso de 9 a 30 de julho, com participação de conselheiros de saúde, sociedade civil e
1583 academia; e 4) Curso participação e controle social. Lembrou que o objetivo geral do Curso
1584 Participação e Controle Social foi favorecer a atuação conjunta de órgãos de controle, escolas de
1585 governo e sociedade civil para construção e reconstrução permanente de conhecimento técnico para
1586 promover a capacitação continuada de conselheiros municipais de saúde. O público alvo do curso foi
1587 conselheiros de saúde, com oferta de mil vagas para a primeira turma. Sem tutoria, o Curso está
1588 estruturado em dois módulos, com carga-horária de 40 horas. Disse que após cada unidade os
1589 cursistas realizam atividades avaliativas e os participantes recebem certificado (60% de aprovação).
1590 Ainda em relação ao Curso Participação e Controle Social, explicou que o módulo básico trata dos
1591 temas participação e controle social vinculados ao desafio da construção social da democracia
1592 participativa, pedagogicamente vinculados aos temas técnicos e instrumentais de acesso à informação,
1593 orçamento e interface controle social e controle institucional. O Módulo Temático aborda as questões
1594 de participação e controle social no âmbito do SUS e apresenta o conhecimento técnico necessário
1595 para a compreensão do Orçamento e do Financiamento da Saúde. Apresentou o cronograma do curso
1596 - 1ª Ciclo: Apresentação do Curso ao Conselho Nacional de Saúde: 9 de agosto de 2018; Etapa de
1597 mobilização – Turma 1: 1º a 26 de agosto de 2018; Período de Matrículas – Turma 1: 15 a 31 de agosto
1598 de 2018; Disponibilização do Curso – Turma 1: 3 de setembro de 2018 a 16 outubro de 2018; Avaliação
1599 e revisão do curso para segunda oferta: 17 a 31 de outubro de 2018; Etapa de Mobilização – Turma 2:
1600 1º a 26 de outubro de 2018; Período de Matrículas – Turma 2: 15 de outubro a 5 de novembro de 2018;
1601 Disponibilização do Curso – Turma 2: 6 de novembro de 2018 a 17 de dezembro de 2018; e Avaliação
1602 e revisão do curso: 18 a 31 de dezembro de 2018. Nesse primeiro ciclo, serão disponibilizadas mil
1603 vagas. Na sequência, expôs o conselheiro **André Luiz de Oliveira**, coordenador da COFIN/CNS, sobre

1604 o Sistema Conselhos “Rede Conselhos do SUS” (conselho.saude.gov.br/redeconselhos) – Plataforma
1605 Rede Conselhos SUS. Antes de iniciar, fez os seguintes agradecimentos: ao CES de Sergipe, que
1606 acompanhava a transmissão em tempo real; aos convidados presentes; à Francisca Moura e à equipe
1607 da CGU, pelo apoio; e à assessoria da COFIN, Francisco Funcia, Lizandra Conte e Suetônio Queiroz.
1608 Frisou que cada Comissão do CNS tem a missão de compartilhar conhecimento e a ideia é otimizar
1609 ainda a Plataforma e ampliar a interface com outras Comissões. Após essas considerações iniciais,
1610 passou à apresentação, detalhando, inicialmente, o contexto dos Conselhos de Saúde: demanda
1611 permanente de apoio aos Conselhos e Conselheiros de Saúde; necessidade de Integração do Sistema
1612 Conselhos; aprimoramento das Estratégias de Educação Permanente para o Controle Social no SUS;
1613 lutas para revogação das Emendas Constitucionais (86/2015 e 95/2016) que tiram recurso do SUS; e
1614 necessidade de aprimoramento permanente das análises dos Relatórios Anuais de Gestão. Ainda no
1615 contexto dos Conselhos, destacou o olhar dos órgãos de controle, com destaque para as
1616 Recomendações do TCU no Acórdão 1130/2017 TCU: (...) 9.3.2. estabeleça, em articulação com o
1617 Ministério da Saúde, com base no modelo de competências elaborado acima, um programa de
1618 capacitação para conselheiros de saúde; (...) 9.3.6.2. elabore modelos de diretrizes para a atenção à
1619 saúde e para a gestão da saúde, que sirvam de exemplo para os demais conselhos de saúde,
1620 avaliando como sugestão aquelas constantes da prática ‘E2.5 - Estabelecer diretrizes para a gestão da
1621 saúde’ e ‘E2.6. - Estabelecer diretrizes para a atenção à saúde’ contidas no questionário aplicado aos
1622 Conselhos de Saúde (...). Detalhou as ações estratégicas do CNS Rumo à 16ª Conferência Nacional de
1623 Saúde: Planejamento Estratégico do CNS; Fortalecimento dos Processos de Conferências Temáticas e
1624 da 16ª CNS (8ª+8); Fortalecimento de Parcerias Institucionais; e Aprovação de Resoluções
1625 Orientativas, destaque para a Resolução CNS nº 554/2017, que define diretrizes para estruturação e
1626 funcionamento dos Conselhos de Saúde a serem aplicadas em conjunto com o previsto na Resolução
1627 CNS nº 453/2012. No que diz respeito à Resolução CNS nº 554/2017, fez referência à Terceira Diretriz
1628 que determina: “As condições estruturais necessárias aos Conselhos de Saúde para o permanente
1629 acompanhamento dos encaminhamentos e efetivação das deliberações aprovadas em suas reuniões
1630 plenárias e nas Conferências de Saúde direcionadas à gestão das secretarias de saúde devem ser
1631 asseguradas por sua respectiva esfera governamental, nos termos previstos pela Lei Complementar nº
1632 141, de 13 de janeiro de 2012, e pela Resolução CNS nº 454, de 14 de junho de 2012. § 1º O
1633 monitoramento das ações de saúde e da efetivação das deliberações do controle social, como previsto
1634 no *caput* desta diretriz fundamenta-se no princípio da transparência dos atos da gestão da saúde, pilar
1635 do Estado Democrático de Direito; e § 2º Para que o monitoramento seja eficaz faz-se necessário o
1636 estabelecimento e divulgação de canais de comunicação com as diferentes partes interessadas
1637 (sociedade civil, prestadores de serviços de saúde etc.), com o intuito de conhecer os problemas na
1638 prestação de serviços de saúde que mais afetam a população e de reduzir o risco de que a atuação do
1639 ente federado não reflita os interesses das partes afetadas. (...)”. Seguindo, fez um histórico das
1640 capacitações: COFIN: 2009 – Oficinas Regionais de Orçamento e Financiamento; 2012 – Seminário
1641 Nacional - A Sociedade Controlando e financiamento da Saúde (LC 141/2012); 2014 – Jornada Gilson
1642 Carvalho de Oficinas Regionais: 25 anos do SUS; 2016 – Oficinas Regionais: O Financiamento do
1643 SUS; 2017 – Oficinas Regionais: Ciclo Orçamentário; e 2018 - Seminários Controle Social na Saúde –
1644 Financiamento do SUS, realizados por videoconferências e presencial, formato Semipresencial nos
1645 NAOPS e CNS: a) 6 de abril: AP, BA, RJ e RS; b) 12 de Abril: CE, ES, PR, PI e SP; c) 10 de Maio: MA,
1646 PE, RN, SC e TO; d) 7 de junho: AL, GO, MG, PA, PB e SE; e) 12 de julho: AM, MT, MS, RR e RO; e f)
1647 9 de agosto: DF e AC (que ocorria naquele momento, transmitido em tempo real na web). Nas
1648 estratégias do CNS e CGU, citou o “Piloto na COFIN” (2017/2018), explicando tratar-se de parceria
1649 Institucional entre CNS e MTCGU. Em 2017, potencialização das Oficinas Presenciais sobre Ciclo
1650 Orçamentário - COFIN e CGU; e, em 2018, realização de Projeto Piloto de *Seminários Controle Social*
1651 *na Saúde: Financiamento do SUS* e repositório em plataforma web; e estruturação do Projeto de Curso
1652 EAD: Participação e Controle Social. Apresentou os resultados preliminares do Piloto Rede Conselhos
1653 do SUS: cadastrados na Plataforma no Ambiente do Seminário do Controle Social da Saúde:
1654 Financiamento do SUS: 941 - membros do CNS, Comissões e Assessoria Técnica CNS: 506;
1655 conselheiros – oficina presencial: 446 - conselheiras (F): 244, conselheiros (M): 191 e conselheiro (não
1656 informou sexo): 11; do total de conselheiros (446), 441 informaram segmento: 441, sendo 244 usuários,
1657 197 trabalhadores e 86 gestores/prestadores. Seguindo, falou sobre a Plataforma Web e Mobile - Rede
1658 Conselhos do SUS, software livre (Moodle em Comunidade Mundial de Desenvolvimento e
1659 Ferramentas Acessórias) e integrado às práticas e uso de ferramentas comuns da Comunidade
1660 Acadêmica e a Parceiros Nacionais e Internacionais: FioCruz; Universidades; Órgãos de Controle
1661 (TCU, TCEs, CGU, CGEs entre outros); e Organismos Internacionais (OPAS, OMS e outros).
1662 Apresentou os links de acesso web e mobile: Acesso Android (moodle classic):
1663 https://play.google.com/store/apps/details?id=com.moodle.classic&hl=pt_BR; Acesso IOS (moodle
1664 classic): <https://itunes.apple.com/us/app/moodle-classic/id1403448117?mt=8>; e Acesso web:
1665 conselho.saude.gov.br/redeconselhos. Sobre o custo, apresentou a proposta da Mesa Diretora do CNS

1666 de negociar com a FIOCRUZ a “hospedagem” da Plataforma. Ainda sobre a Rede Conselhos do SUS,
1667 destacou as perspectivas para o Sistema Conselhos: aprimoramento dos processos internos do CNS,
1668 CES e CMS; memória digital das atividades das Comissões, CT, GT e Pleno do CNS; articular a Rede
1669 de Conselhos do SUS por temas prioritários e comissões estratégicas; possibilitar disseminação
1670 “Confiável” das informações deliberadas pelo CNS e posições nacionais das instâncias do controle
1671 social; apoiar a Estruturação das Comissões Estaduais – Piloto pelas COFINs; repensar estratégias
1672 para os Conselhos em Plataformas Web e Mobile; e potencializar as atuação dos Conselheiros nas
1673 análises do RAG e outras ferramentas de planejamento do SUS e gastos em saúde. O terceiro
1674 expositor foi o consultor técnico da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, que fez uma abordagem sobre o
1675 ciclo orçamentário e financiamento do SUS. Antes de iniciar, lembrou as contribuições a esse Projeto:
1676 ex-coordenadores COFIN – Ronald dos Santos, Ruth Ribeiro, Fernando Luiz Eliotério e Cristina Brasil;
1677 ex-assessoras da COFIN e a atual assessora Lizandra Conte; e CGU. Também agradeceu à
1678 coordenação da COFIN e ao Presidente do CNS pela oportunidade de participar desse processo. Feito
1679 esse registro, passou a expor sobre o tema, começando pela contextualização do processo de
1680 planejamento, monitoramento e avaliação da execução orçamentária e financeira do SUS, destacando
1681 Plano de governo, Políticas Econômica e Social; Política Fiscal (PPA, LDO e LOA) e Políticas de Saúde
1682 e explicando que as deliberações do CNS precisam estar espelhadas no PPA, LDO e LOA. Detalhou a
1683 base legal do financiamento: Constituição Federal (incluindo as alterações promovidas pela Emenda
1684 Constitucional nº 86/2015); Lei 8.080/90; Lei 8.142/90; Lei Complementar 141/2012; Lei 4.320/64; Lei
1685 Complementar 101/2000; e Lei Complementar 131/2009. Falou também sobre o processo de
1686 planejamento Integrado, ressaltando que a LC nº. 141/2012 resgatou a Lei 8.080/90. Nesse processo, o
1687 SUS é visto enquanto gestão integrada das três esferas de governo: integração é diferente de “soma de
1688 ações compartimentalizadas” ou da submissão dos Estados à União e dos Municípios aos Estados e à
1689 União. A visão: elaboração de um “Ciclo Orçamentário Brasileiro do SUS”, com a elaboração de PPA's,
1690 LDO's e LOA's federal, estaduais e municipais integrados entre si e com os respectivos Planos de
1691 Saúde e Programações Anuais de Saúde. Como: planejamento ascendente e conferências de saúde
1692 realizadas anteriormente ao prazo constitucional de apresentação do Plano Plurianual. Obstáculo:
1693 calendário eleitoral incompatível para esse fim – eleições municipais em época diferente das realizadas
1694 para os níveis federal e estadual. Detalhou também o processo de planejamento ascendente com
1695 deliberação dos conselhos de saúde (LC 141/2012 (art.30, § 1º a 3º)): pactuações intermunicipais;
1696 Planos e Metas Regionais; Planos e Metas Estaduais; e Plano e Metas Nacionais. Salientou que é
1697 preciso planejar, conciliando: Planejamento Estratégico e Planejamento e Orçamentário e Financeiro.
1698 Seguindo, falou sobre o Ciclo Orçamentário e Política de Saúde e a participação da comunidade.
1699 Explicou que a participação da comunidade no que se refere ao Ciclo Orçamentário e Política de Saúde
1700 é uma diretriz constitucional (artigo 198, Inciso III, da CF) e está presente na Lei 8.080/90 (artigo 7º,
1701 Inciso VII). Essa diretriz norteia o desenvolvimento das ações e serviços públicos de saúde e dos
1702 serviços privados contratados e conveniados no âmbito do SUS. Acrescentou que a participação da
1703 comunidade, nos termos da Lei 8.142/90 (art.1º, incisos I e II, §§1º e 2º) se dá por meio de:
1704 Conferências - quadrienais ou em caráter extraordinário, responsáveis por propor as diretrizes para a
1705 formulação das políticas de saúde; e Conselhos de Saúde, instâncias de caráter permanente e
1706 deliberativo, responsáveis por formular a política de saúde e fiscalizar a sua execução, abrangendo os
1707 aspectos econômicos e financeiros. Nos aspectos econômicos e financeiros, a participação da
1708 comunidade se dá: **a)** instrumentos específicos de planejamento do SUS: Plano de Saúde (quadrienal)
1709 e Programação Anual de Saúde e gestor da saúde submete para aprovação do Conselho de Saúde; e
1710 **b)** SUS nos instrumentos do ciclo orçamentário: Plano Plurianual (quadrienal), Lei de Diretrizes
1711 Orçamentárias (anual) e Lei Orçamentária Anual e gestor da saúde submete para aprovação do
1712 Conselho de Saúde para, então, enviar ao gestor da área orçamentária e financeira consolidar e
1713 encaminhar para apreciação do Poder Legislativo. Para isto, a LC 141 definiu as seguintes atribuições
1714 dos Conselhos em relação ao financiamento: deliberação sobre as diretrizes para o estabelecimento de
1715 prioridades para a programação das ações e serviços públicos de saúde; deliberação sobre as
1716 despesas com saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades que serão consideradas
1717 como ações e serviços de saúde na prestação de contas do gestor; e recebimento (se necessário,
1718 cobrança) de informação do Ministério da Saúde sobre os recursos previstos para transferência aos
1719 Estados, Distrito Federal e Municípios; processo semelhante em relação às transferências dos Estados
1720 para os Município. Destacou a relação entre a Política Fiscal (PPA (Plano Plurianual) – 4 anos; LDO
1721 (Lei de Diretrizes Orçam.) – 1 ano; LOA (Lei Orçamentária Anual) – 1 ano; e Relatórios de Gestão
1722 Fiscal (quadrimestre) e de Execução Orçamentária (bimestre)) e a Política de Saúde (Plano de Saúde –
1723 4 anos; Programação Anual de Saúde – 1 ano; Relatórios Quadrimestrais de Prestação de Contas
1724 (quadrimestre); e Relatório Anual de Gestão (RAG) – 1 ano). Além disso, lembrou que nos termos da
1725 LC 141 (art. 41), os Conselhos de Saúde avaliam e/ou deliberam e/ou indicam medidas corretivas para
1726 a (o) Chefe do Poder Executivo. Acrescentou que os **Fundos de Saúde**, antes coadjuvantes,
1727 passaram a protagonistas a partir da Lei Complementar nº 141/2012: Unidade Orçamentária e Gestora;

1728 Instrumento obrigatório para a aplicação dos recursos; Movimentação Financeira Obrigatória: contas
1729 vinculadas; Gestor dos Fundos de Saúde são os Ordenadores de despesa: secretário de saúde e/ou
1730 responsável com delegação de competência; Ordem Cronológica de Pagamentos: relação própria
1731 (recurso vinculado) independente do caixa geral; Prestação de Contas (aos Conselhos de Saúde e
1732 Poder Legislativo); e Restos a Pagar (e saldo financeiro no Fundo disponível em 31/12). No que se
1733 refere à disponibilidade orçamentária e financeira do SUS, é muito importante que o Conselho confira a
1734 Receita Estimada na LOA - a receita (estimativa e arrecadação) e a LOA Atualizada - inclui os créditos
1735 adicionais - contingenciamento proibido se o orçamento disponível estiver abaixo do mínimo. Detalhou
1736 o roteiro básico da análise do RPCQ e do RAG pelos conselhos de saúde: verificar se as diretrizes para
1737 o estabelecimento de prioridades deliberadas pelo conselho de saúde foram respeitadas durante a
1738 execução orçamentária e financeira; e verificar se as diretrizes, indicadores e metas do plano de saúde
1739 e da programação anual de saúde foram obedecidas durante as ações e serviços públicos de saúde
1740 realizados. Falou sobre Relatório da Gestão sobre a Prestação de Contas Quadrimestral - conteúdo
1741 básico (LC nº. 141/2012; Art. 36): montante e fonte dos recursos aplicados no período; auditorias
1742 realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações; e oferta e
1743 produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses
1744 dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação. Explicou que a partir da
1745 análise do RQPC, observa-se que não há previsão na Lei Complementar (LC) nº 141/2012 de
1746 aprovação ou rejeição do RPCQ, mas sim a avaliação da repercussão da LC sobre as condições de
1747 saúde e na qualidade dos serviços de saúde prestados à população, *devendo* o Conselho encaminhar
1748 ao Chefe do Poder Executivo do respectivo ente da Federação as indicações para que sejam adotadas
1749 as medidas corretivas necessárias (art.41). Não deve esquecer-se de protocolar o ofício a ser
1750 encaminhado com essas indicações de medidas corretivas e manter em arquivo o protocolo e a cópia
1751 do documento encaminhado. Sobre a prestação de contas do RAG, explicou que o Relatório deve
1752 incorporar as informações contidas no RQPC do 3º quadrimestre, mas, adicionalmente, apresentar os
1753 demonstrativos e justificativas do gestor a respeito: do cumprimento da aplicação mínima legal em
1754 ações e serviços públicos de saúde (ASPS) e se as despesas computadas (ou não) para essa
1755 aplicação obedeceram ao disposto nos artigos 2º ao 4º da LC 141; da disponibilidade em caixa em
1756 31/12 do ano cujas contas estão sendo analisadas do valor correspondente aos empenhos a pagar
1757 (cuja execução financeira ocorrerá no ano subseqüente na condição de restos a pagar); da
1758 compensação sob a forma de empenho adicional ao mínimo e em dotações específicas das seguintes
1759 situações eventuais: restos a pagar cancelados no ano anterior ao do RAG, cujos valores foram
1760 originalmente computados para a análise do cumprimento da aplicação mínima; e aplicação abaixo do
1761 mínimo no ano anterior ao do RAG; do cumprimento ou não das metas físicas e financeiras
1762 estabelecidas no plano nacional de saúde e na programação anual de saúde; e da apreciação dos
1763 indicadores propostos pelos gestores de saúde para a avaliação da qualidade das ações e serviços
1764 públicos de saúde (LC 141 art.43, §1º). Após a análise do RAG, é preciso emitir parecer conclusivo
1765 (aprovação ou reprovação) pelo Conselho de Saúde sobre o RAG, considerando para esse fim o
1766 cumprimento ou não dos dispositivos da LC 141 quando da apreciação das contas anuais (art.41 e
1767 art.36, §§1º e 2º). No que se refere à transparência: responsabilidade do Gestor LC 141/2012: “Art.31.
1768 Os órgãos gestores de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios darão ampla
1769 divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas periódicas da
1770 área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade, com ênfase no
1771 que se refere a: (grifo nosso): I - comprovação do cumprimento do disposto nesta Lei Complementar; II
1772 - Relatório de Gestão do SUS; III - avaliação do Conselho de Saúde sobre a gestão do SUS no âmbito
1773 do respectivo ente da Federação. Parágrafo único. A transparência e a visibilidade serão asseguradas
1774 mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante o processo de
1775 elaboração e discussão do plano de saúde”. Destacou ainda outras atribuições dos Conselhos de
1776 Saúde, nos termos da LC nº. 141/2012, em relação ao financiamento: recebimento (se necessário,
1777 cobrança) da informação do Ministério da Saúde sobre o descumprimento dos dispositivos da
1778 LC141/2012 pelos Estados, Distrito Federal e Municípios (art.39); cobrança e participação na
1779 formulação do programa permanente de educação na saúde para qualificar a atuação dos conselheiros,
1780 especialmente usuários e trabalhadores, na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle
1781 social da execução da política de saúde (art.44); e assessoramento ao Poder Legislativo quando
1782 requisitados, no exercício da fiscalização do cumprimento dos dispositivos desta LC, especialmente
1783 sobre: Elaboração e a execução do Plano de Saúde; Cumprimento das metas estabelecidas na LDO;
1784 Aplicação obrigatória dos recursos mínimos; Transferências financeiras Fundo a Fundo, Aplicação de
1785 recursos vinculados; e Destinação dos recursos da alienação de ativos do SUS (art.38). Apontou
1786 também as atribuições exclusivas do Conselho Nacional de Saúde LC 141/2012 (em relação ao
1787 financiamento): deliberação sobre a metodologia pactuada na CIT para definição dos montantes a
1788 serem transferidos pelo Ministério da Saúde para Estados, Distrito Federal e Municípios para custeio
1789 das ações e serviços de saúde; (idem para Conselho Estadual de Saúde em relação ao mesmo

1790 processo de pactuação na CIB para recursos a serem transferidos pelas secretarias estaduais aos
1791 municípios). (art.17, §1º, e art.19, §1º); deliberação sobre o modelo padronizado dos Relatórios de
1792 Prestação de Contas Quadrimestrais e do RAG da União, Estados, Distrito Federal e Municípios e do
1793 modelo simplificado desses relatórios para os municípios com menos de 50 mil habitantes. (art.36, §4º);
1794 e deliberação sobre as normas pactuadas na CIT referente à adoção da modalidade gerencial
1795 “consórcios” (art.21, §único). Seguindo, falou sobre planejamento e execução orçamentária no contexto
1796 da Emenda Constitucional 95/2016. Começou destacando “mais recursos ou mais gestão? eis a (falsa)
1797 questão!”. Salientou que o SUS precisa de mais recursos para aprimorar a gestão e melhorar a
1798 qualidade do atendimento. Falou sobre a premissa “gestão pública ineficiente e gestão privada
1799 eficiente: mito ou verdade?”, perguntando como generalizar que o problema do SUS está na gestão se
1800 com apenas (aproximadamente) R\$ 3,30 pessoa/dia - R\$ 100,00 pessoa/mês - R\$ 1.200,00
1801 pessoa/ano o Sistema ofereceu vacinas para pessoas e animais, consultas, exames, medicamentos,
1802 transplantes, fiscalização aos estabelecimentos que produzem e vendem alimentos, entre outros. Sobre
1803 o gasto público em saúde/ASPS (%PIB), destacou que o gasto federal já está congelado. Por outro
1804 lado, destacou o aumento do financiamento do SUS por parte de Estados e Municípios. Apresentou
1805 também referenciais internacionais para comparação: Parâmetro internacional para sistemas de
1806 cobertura universal (6% do PIB, estimando o PIB do Brasil em R\$ 6,0 trilhões): 360,0; e Parâmetro
1807 mínimo internacional de aplicação para países com sistemas públicos de saúde de acesso universal
1808 (7% do PIB, estimando o PIB do Brasil em R\$ 6,0 trilhões): 420. Falou também sobre as Emendas
1809 recentes e seus efeitos para a redução do financiamento das políticas sociais: EC 86/2015 - execução
1810 orçamentária obrigatória das emendas parlamentares individuais: aumento de 130% na LOA 2017 em
1811 comparação ao valor empenhado em 2016; EC 93/2016- DRU, DRE, DRM: 30%: retira recursos para
1812 pagamento juros da dívida e “socorro” ao caixa dos estados e municípios; EC 95/2016: ajuste fiscal e
1813 novo regime fiscal: “Teto” somente para despesas primárias (2017-2036); SAÚDE e EDUCAÇÃO: 2017:
1814 regra vigente e saúde com mínimo de 15% antecipado de 2020 para 2016; mas 2018 a 2036: correção
1815 anual IPCA (saúde e educação: base mínimo em R\$ de 2017) – queda da despesa per capita. Disse
1816 que a EC 95/2016 representa mais recursos para juros e amortização da dívida pública por 20 anos e
1817 menos para as políticas sociais. Acrescentou que a EC 95 desconsidera o crescimento demográfico
1818 (entre 0,8% e 1% ao ano, ou seja, queda da despesa per capita nos próximos 20 anos), a mudança do
1819 perfil demográfico: aumento mais que proporcional da população idosa, ou seja, aumento das
1820 demandas sociais, custos crescentes da incorporação técnica e tecnológica do setor saúde (ou seja, o
1821 setor público ficará defasado em relação ao privado?), os efeitos positivos dos gastos sociais para o
1822 crescimento econômico, a redução dos custos da reprodução da força de trabalho e o aumento da
1823 produtividade do trabalho e as lições da história econômica e da teoria keynesiana: em tempos de
1824 recessão econômica, os gastos públicos devem compensar a queda dos gastos privados em consumo
1825 e investimento. Seguindo, lembrou que, ao final de 2017, foi publicada a Portaria n°. 3.992/2017, que
1826 dispõe sobre a organização dos blocos de financiamento e a transferência de recursos federais para as
1827 ações e os serviços públicos de saúde. Nessa linha, falou sobre a EC 95/2016 e o desfinanciamento do
1828 SUS – relação com a Portaria MS 3992/2017 (resumo e justificativa). Detalhou que a Portaria extingue
1829 os blocos de financiamento (Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, Assistência Farmacêutica,
1830 Vigilância, Gestão do SUS e Investimento) e substitui por custeio (corrente) e investimento (capital),
1831 mas com a obrigatoriedade dos Estados, Distrito Federal e Municípios comprovarem a execução
1832 orçamentária e financeira nos mesmos termos adotados pelo Fundo Nacional de Saúde nas respectivas
1833 transferências e respeitarem as metas de aplicação desses recursos conforme pactuado na CIT. O
1834 objetivo da medida foi possibilitar ao gestor municipal e estadual a flexibilização do uso do recurso SUS
1835 em substituição às centenas de “caixinhas” existentes, condicionado ao que for definido nos Planos
1836 Municipais e Estaduais de Saúde. A principal justificativa: autonomia dos gestores estaduais e
1837 municipais para definirem com os respectivos conselhos de saúde aonde gastar os recursos federais; e
1838 existência de saldo acumulado entre R\$ 5 bilhões e R\$ 6 bilhões nas contas de Estados, municípios e
1839 DF referentes a recursos federais (informação de setembro/2017). Nessa linha, detalhou as ilegalidades
1840 da Portaria MS 3.992/2017: desrespeita o princípio constitucional de participação da comunidade no
1841 SUS (por meio das conferências e conselhos de saúde) e desrespeita a LC 141/2012: o Conselho
1842 Nacional de Saúde precisa receber oficialmente essa proposta e deliberar favoravelmente, o que não
1843 ocorreu até o momento; desrespeita a Lei 8142/90: desconsidera as diretrizes da 15ª Conferência
1844 Nacional de Saúde para a alocação dos recursos do SUS, em especial os federais, transformando o
1845 Ministério da Saúde numa espécie de “agente financeiro”. Constitucionalmente e legalmente, a gestão
1846 do SUS é tripartite e o processo de planejamento ascendente foi respeitado na 15ª Conferência
1847 Nacional de Saúde, mas as entidades de representação dos gestores em conjunto com o MS querem
1848 impor o “sofisma da composição” (o todo é a soma das partes), ou seja, uma mera reunião de planos
1849 produzidos de forma descentralizada e aprovados de forma isolada nos respectivos Conselhos de
1850 Saúde (a maioria fragilizado pela falta de financiamento do gestor para a contratação de consultoria
1851 técnica e pelo estágio incipiente de autonomia em relação aos gestores – muitos são presidentes dos

1852 Conselhos). Também apontou os riscos da Portaria MS 3.992/2017. Grande risco (1): a flexibilização no
1853 uso do recurso SUS representará a substituição da visão programática pela visão pragmática diante do
1854 aprofundamento da queda da receita pública decorrente da recessão econômica iniciada em 2015, bem
1855 como da redução das transferências federais para estados e municípios até 2036 pelos efeitos da
1856 vigência da Emenda Constitucional nº 95/2016 (congelamento das despesas primárias do governo
1857 federal nos níveis pagos de 2016, e do SUS nos níveis pagos de 2017); Grande risco (2): nenhum
1858 recurso novo para qualquer mudança no critério de rateio vigente (e sob a lógica da EC 95)
1859 representará a perda de recurso de alguns entes para o ganho de outros (uma mera realocação interna
1860 dos recursos já insuficientes). Grande risco (3): Atenção Básica poderá perder recurso contra a pressão
1861 financeira do setor em torno da MAC (considerando ainda a revisão da PNAB, que “flexibiliza” o uso do
1862 recurso para outros programas além da Saúde da Família, mas sem “recurso novo”). Grande Risco (4):
1863 Abandono da lógica tripartite levará à fragmentação do processo de planejamento do SUS e contribuirá
1864 para acelerar o desmonte do SUS em curso (talvez, uma publicidade do governo anunciará: SUS - 30
1865 anos de construção, 3 de desmonte). Grande risco (5): mudança de critérios dessa magnitude com a
1866 visão exclusiva das entidades dos gestores e do MS, sem debate com Conselho Nacional de Saúde
1867 (lôcus legal), universidades, Ministério Público Federal e movimentos e instituições de defesa do SUS.
1868 Grande risco (6): pragmatismo e necessidade de caixa sepultarem o processo de planejamento do SUS
1869 à luz da Constituição Federal: o problema é o recurso parado nas contas dos FES e FMS de vários
1870 componentes de cada bloco ou é a falta de planejamento para a aplicação dos recursos? O problema
1871 está nos blocos ou no subfinanciamento do SUS? Como será usada essa flexibilização no contexto do
1872 processo de desmonte do SUS pelo atual governo? Por outro lado, disse que a Portaria possibilita aos
1873 Conselhos de Saúde aprimorar o processo de controle e monitoramento da utilização dos recursos
1874 financeiros recebidos do Fundo Nacional de Saúde. Para isso (Resolução CNS 578, de 21 e fevereiro
1875 de 2018 – Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso578.pdf>): 1) Cobrar
1876 formalmente do Ministério da Saúde as informações sobre o montante de recursos que serão
1877 transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde para Estados, Distrito Federal e Municípios financiarem as
1878 despesas de custeio e de investimento, conforme determina a Lei Complementar 141/2012; 2) Cobrar
1879 formalmente dos gestores a inclusão das metas pactuadas na CIT nos Relatórios Quadrimestrais de
1880 Prestação de Contas e no RAG, tanto as previstas, quanto as realizadas, bem como a comprovação da
1881 classificação dos empenhos realizados com esses recursos nos mesmos termos feitos pelo Fundo
1882 Nacional de Saúde nas transferências; 3) Cobrar das áreas técnicas das secretarias de saúde
1883 explicações sobre a aplicação dos recursos oriundos das transferências à luz dos objetivos e diretrizes
1884 do Plano Municipal de Saúde e da Programação Anual de Saúde; e 4) Articular com a Comissão de
1885 Orçamento e Financiamento do CNS durante a avaliação dos Relatórios Quadrimestrais de Prestação
1886 de Contas para troca de informações e de metodologia de análise. Ainda sobre a Portaria 3.992/2017,
1887 explicou que o Conselho Nacional de Saúde ainda não recebeu oficialmente da CIT para deliberação a
1888 proposta de mudança de critérios anunciada na portaria, bem como a Recomendação CNS 006, de
1889 10/03/2017, que propunha um processo de transição para redefinição dos blocos de financiamento, foi
1890 ignorada. A Lei Orçamentária do Ministério da Saúde para 2018 manteve as subfunções de governo
1891 dos anos anteriores, que guardam relação direta com os 6 blocos de financiamento extintos, para as
1892 despesas que serão transferidas para Estados, DF e Municípios. Na primeira semana de 2018, houve a
1893 abertura das contas bancárias para cada bloco (custeio e capital), mas Estados, DF e Municípios
1894 também deverão comprovar tanto a execução orçamentária e financeira conforme a classificação
1895 orçamentária dos empenhos realizados pelo Fundo Nacional de Saúde para essas transferências,
1896 como o cumprimento do pactuado na CIT (incluindo as metas). O CNS aprovou a Resolução 578
1897 (21/02/2018) que estabelece orientações e procedimentos para os Conselhos de Saúde no processo de
1898 monitoramento e fiscalização dos recursos transferidos fundo a fundo nos termos dessa Portaria. Para
1899 concluir, apresentou as seguintes considerações: constitucionalmente e legalmente, a gestão do SUS é
1900 tripartite e o processo de planejamento é ascendente (como foi a 15ª Conferência Nacional de Saúde) -
1901 isso é diferente de uma reunião de planos produzidos de forma descentralizada e aprovados tão
1902 somente nos respectivos Conselhos de Saúde – e o risco está no abandono, na prática, da lógica
1903 tripartite, que aprofundará a fragmentação do processo de planejamento do SUS e contribuirá para o
1904 desmonte do SUS; a participação da comunidade é um princípio constitucional do SUS materializado
1905 pelas Conferências de Saúde e pelos Conselhos de Saúde legalmente constituídos pela Lei 8.142; a
1906 redução de recursos federais decorrentes da EC 95 já está sendo sentida em muitas áreas e a proposta
1907 de flexibilização do uso dos recursos servirá para o gestor federal se isentar de responsabilidade no
1908 atendimento à saúde da população, sob o argumento de que transferiu recursos aos gestores
1909 municipais e estaduais; e não se deve abandonar a unidade da luta em prol de mais recursos para o
1910 SUS, sob pena de contribuímos para o seu desmonte com substituição do subfinanciamento crônico
1911 para o desfinanciamento destrutivo. Destacou a importância de novas fontes de financiamento federal
1912 para o SUS com destaque para as seguintes atividades: Rede das Comissões de Orçamento e
1913 Financiamento do SUS - está em estruturação pelo CNS a formação de uma Rede das COFIN do CNS,

1914 dos CES e dos CMS; e 16ª (=8ª+8) Conferência Nacional de Saúde. Por fim, registrou agradecimento
1915 especial a Gilson Carvalho, que foi um grande mestre e incentivador, referência pessoal e profissional,
1916 inclusive para que todos estejam permanentemente atentos em “agir” de forma coerente com o que
1917 “pensamos”, “sonhamos” e “falamos”, mas sempre com respeito ao direito do contraditório – quanta
1918 falta ele faz nestes tempos sombrios! Na sequência, o Coordenador-Geral de Auditoria da Área da
1919 Saúde, Ministério da Transparência/CGU, **Alexandre Gomide Lemos**, falou sobre o controle na
1920 Administração Pública. Começou lembrando que a missão da CGU é promover o aperfeiçoamento e a
1921 transparência da gestão pública, a prevenção e o combate à corrupção, com participação social, por
1922 meio da avaliação e controle das políticas públicas e da qualidade do gasto.” Para cumprir essa
1923 missão, a Controladoria divide-se em quatro áreas - Ouvidoria Geral da União - OGU, Secretaria de
1924 Transparência e Prevenção da Corrupção - STPC, Corregedoria Geral da União - CRG e Secretaria
1925 Federal de Controle Interno – SFC. Detalhou que SFC exerce a função de auditoria interna
1926 governamental no âmbito do poder executivo federal. Para melhor entendimento, explicou que a
1927 auditoria interna governamental é uma atividade independente e objetiva de avaliação e de consultoria,
1928 desenhada para adicionar valor e melhorar as operações de uma organização. Deve buscar auxiliar as
1929 organizações públicas a realizarem seus objetivos, a partir da aplicação de uma abordagem sistemática
1930 e disciplinada para avaliar e melhorar a eficácia dos processos de governança, de gerenciamento de
1931 riscos e de controles internos. Mostrou figura com as três linhas de defesa no gerenciamento eficaz de
1932 riscos e controles (Declaração de posicionamento do IIA): 1ª linha: controles da gerência e medidas de
1933 controle interno; 2ª linha – controle financeiro, segurança, gerenciamento de riscos, qualidade, inspeção
1934 e conformidade; e 3ª linha: auditoria interna. Falou também sobre controle institucional e controle
1935 social, para salientar que o último é essencial na fiscalização da aplicação dos recursos do SUS.
1936 Acrescentou ainda que o exercício do controle social pelos cidadãos gera insumos para as atividades
1937 exercidas pelos Conselhos de Saúde e para os Órgãos de Controle. Para finalizar, destacou, das
1938 competências do controle social, acompanhar e fiscalizar os repasses de recursos financeiros
1939 realizados pelo MS. Na sequência, o diretor de transparência e controle social – CGU, **Otávio Neves**,
1940 falou das ferramentas de controle social da CGU: Lei de Acesso à Informação; Transparência ativa;
1941 Portal do Fundo Nacional de Saúde; Portal Saúde com Transparência; Sala de gestão; e dados
1942 abertos. No caso da Lei de Acesso à Informação, lembrou que é obrigação para todos os governos dar
1943 resposta em até 30 dias, com possibilidade de recursos e previsão de sanções por descumprimento.
1944 Mostrou o Portal da Transparência Federal que dispõe de dados sobre orçamento, despesas:
1945 transferências e gastos diretos, convênios, licitações e contratos, relatórios de auditoria, entre outros.
1946 No caso do Portal do Fundo Nacional de Saúde, disse que possibilita consulta sobre repasses,
1947 consultas de pagamento, TEDs, convênios e termos de cooperação, equipamentos e materiais
1948 permanentes e descontos média e alta complexidade. Destacou também outros sites úteis: SARGSUS:
1949 Relatórios de Gestão - sargsus.saude.gov.br; Saúde com mais transparência: blocos de aplicação -
1950 aplicacao.saude.gov.br/portaltransparencia; e Sala de Apoio à Gestão (SAGE): indicadores de saúde -
1951 sage.saude.gov.br. Sobre dados abertos, explicou que se tratam de dados públicos, acessados de
1952 forma gratuita, com licença de uso e reuso livre e legíveis por máquina. Concluídas as apresentações,
1953 foi aberta a palavra ao Plenário. Nas falas, os conselheiros cumprimentaram a COFIN/CNS pelo
1954 trabalho desenvolvido em parceria com a CGU e esclareceram dúvidas sobre o Projeto e a Plataforma.
1955 **Retorno da mesa.** Conselheiro **André Luiz de Oliveira** esclareceu questionamentos do Pleno
1956 destacando os seguintes aspectos: a) Plataforma Web e Mobile do Sistema Rede Conselhos do SUS –
1957 foi idealizada pelo consultor Suetônio Queiroz e, a princípio, está sendo administrada por ele - a
1958 intenção é fazer aproximação com a FIOCRUZ para que custeie a hospedagem da Plataforma e será
1959 definido administrador; pode ser utilizada como ferramenta para disponibilização de materiais das
1960 comissões e do Pleno do CNS; os 144 conselheiros já foram cadastrados para utilização da ferramenta;
1961 o DENASUS participa da COFIN e contribui no processo; os conselheiros podem apresentar sugestões
1962 à Plataforma; b) o Projeto de participação e controle social foi apresentado na mostra “Saúde é meu
1963 lugar”, em 29 de maio de 2018, e foi indicado para concorrer ao prêmio do IV Encontro Latino-
1964 americano de Inovação Social no Setor Público, que ocorrerá nos dias 29 e 30 agosto de 2018, em
1965 Florianópolis. Na sequência, os demais integrantes da mesa fizeram as suas considerações finais. A
1966 seguir, procedeu-se ao encaminhamento deste ponto. **Deliberação: o Pleno aprovou a Plataforma
1967 Web e Mobile do Sistema Rede Conselhos do SUS, com indicativo de aprimoramento, sendo
1968 utilizado como ferramenta para disponibilização de materiais do CNS (das reuniões plenárias,
1969 das comissões, dos GT, das Câmaras Técnicas).** Finalizando, a mesa agradeceu a presença dos
1970 convidados e dos internautas que acompanhavam a transmissão e encerrou este item. Na sequência,
1971 conselheira **Sarlene Macuxi**, representante da Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia
1972 Brasileira - COIAB, fez a leitura de uma nota de repúdio dos Povos Indígenas contra o Parecer
1973 Vinculante nº 001/2017, da Advocacia Geral da União (AGU), que fragiliza a demarcação de terras no
1974 país. O texto é o seguinte: “A Mobilização Nacional Indígena (MNI), espaço de articulação de
1975 organizações indígenas, indigenistas e ambientalistas, com o apoio de outras organizações da

1976 sociedade civil, abaixo assinadas, vêm a público manifestar uma vez mais o seu profundo repúdio à
1977 posição intransigente do atual governo no ataque aos direitos dos povos originários deste país. Desde
1978 que assumiu o seu posto como chefe do Executivo nacional, Michel Temer tem promovido uma política
1979 indigenista subserviente aos interesses do capital, principalmente da bancada ruralista do Congresso
1980 Nacional, e dirigida à violação das garantias previstas na Constituição. A manifestação mais clara
1981 destas suas intenções veio a público com as digitais do próprio Presidente da República e de sua
1982 Ministra, a Advogada Geral da União, Grace Mendonça: o Parecer Vinculante nº 001/2017. Publicado
1983 em julho de 2017, o referido Parecer transforma em regra a tese político-jurídica do marco temporal –
1984 segundo a qual só poderiam ser demarcadas as terras que estivessem sob posse das comunidades
1985 indígenas na data de 5 de outubro de 1988 – legalizando e legitimando o esbulho, a violência e as
1986 violações de que os povos indígenas foram vítimas antes de 1988. Não é a primeira vez que
1987 manifestamos nosso repúdio a este Parecer genocida e antidemarcação das terras indígenas.
1988 Mobilizados no Acampamento Terra Livre (ATL), realizado em Brasília de 23 a 27 de abril deste ano,
1989 cerca de duas mil lideranças indígenas foram à sede da Advocacia Geral da União (AGU) para exigir a
1990 revogação imediata do Parecer 001. Naquela oportunidade, uma comissão de lideranças indígenas foi
1991 recebida por representantes da AGU, do Ministério da Justiça (MJ), da Fundação Nacional do Índio
1992 (Funai) e do Ministério Público Federal (MPF). As lideranças tiveram a oportunidade de manifestar de
1993 forma enfática e firme a demanda do movimento indígena: a revogação do Parecer Vinculante nº 001.
1994 Na ocasião, como era esperado de uma integrante de alto escalão do governo Temer alinhada com os
1995 interesses da bancada ruralista, a Ministra-Chefe da AGU expressou sua total indisposição para a
1996 revogação do Parecer 001/2017. E pior, com cinismo, seguiu defendendo a normativa com o argumento
1997 falacioso de que este Parecer não fere o direito dos povos indígenas e que visa dar maior segurança
1998 jurídica à demarcação das terras indígenas. Ignorando dados técnicos apresentados por integrantes do
1999 próprio governo que apontam que o Parecer tem, de fato, paralisado as demarcações; o apelo do
2000 Ministério Público Federal que, através de documentos, demonstrou a inconstitucionalidade do Parecer;
2001 e os apelos das lideranças, que fizeram testemunhos sobre o aumento da violência contra as
2002 comunidades indígenas, a Ministra não só recusou-se a discutir a revogação do Parecer 001/2017,
2003 como resolveu criar um Grupo de Trabalho (GT) para “aprimorar” os entendimentos sobre ele, à revelia
2004 da posição das lideranças indígenas. Criado como subterfúgio, esse Grupo de Trabalho representa
2005 mais uma manobra política da Ministra Grace Mendonça e do governo Temer para prorrogar a vigência
2006 deste Parecer, e consequentemente, manter a paralisação e o fim das demarcações das terras
2007 indígenas. Prova explícita desta intenção é a recente decisão do Ministro da Justiça Torquato Jardim
2008 (Despacho n.º 2563/2018/GM, 19 de junho de 2018) que determinou que os processos de demarcação
2009 de terras indígenas, em análise naquele ministério, permaneçam paralisados até as conclusões desse
2010 famigerado Grupo de Trabalho. As atas das primeiras reuniões do GT revelam que a Ministra insiste em
2011 sustentar seu Parecer. Grace Mendonça e Michel Temer querem “melhorar” o entendimento da norma,
2012 sem margem para sua revogação. Como será possível aprimorar um Parecer criado em manifesta
2013 contradição e oposição à Constituição Federal? As consequências são evidentes: a paralisação ou o
2014 fim das demarcações das terras indígenas no país (portarias declaratórias e homologações não
2015 efetuadas); o retorno à Funai de procedimentos demarcatórios para novos estudos; a obrigatoriedade
2016 para servidores aplicarem o Parecer, portanto, imobilizando-os em suas funções; decisões judiciais
2017 favoráveis aos invasores das terras indígenas; e o acirramento da violência contra os povos indígenas
2018 nos territórios, agravando ainda mais os processos de criminalização, perseguição e assassinato de
2019 lideranças indígenas. Por estas razões, além de manifestar o nosso repúdio, exigimos uma vez mais,
2020 em consonância com as reivindicações dos povos e das organizações indígenas do Brasil, a imediata
2021 revogação do Parecer nº 001/2017. Brasília – DF, 9 de agosto de 2018.” **ENCERRAMENTO** – Nada
2022 mais havendo a tratar, o Presidente do CNS, às 17:15, encerrou a 308ª Reunião Ordinária do CNS.
2023 *Estiveram presentes os seguintes conselheiros na tarde do segundo dia de reunião: xxxxx*