

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

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

Aos doze e treze dias do mês de setembro 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 Nona Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde - CNS. Estabelecido o quórum, às 9h06, conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, iniciou a sessão com saudações aos presentes e aos internautas que acompanham a reunião pela transmissão em tempo real. Em seguida, apresentou os objetivos da 309ª Reunião Ordinária do CNS: **1) Socializar os informes e apreciar as indicações. 2) Conhecer e apreciar a situação, as causas e os indicadores da mortalidade materna e infantil. 3) Apresentar e encaminhar demandas relativas à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. 4) Assistir, apreciar e deliberar sobre os desafios da assistência à saúde. 5) Deliberar sobre a 16ª Conferência Nacional de Saúde, conhecer e apreciar os informes da 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. 6) Apresentar e debater sobre a extensão universitária e o seu papel na defesa e no desenvolvimento do SUS. 7) Apreciar e deliberar as demandas da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho – CIRHRT. 8) Conhecer, debater e deliberar acerca das demandas da Comissão Intersetorial de Orçamento e financiamento – COFIN. 9) Apresentar e deliberar sobre a governança pública na saúde brasileira. 10) Conhecer e deliberar sobre as demandas das Comissões Intersetoriais, Câmaras Técnicas e Grupos de Trabalho. Apresentados os objetivos, procedeu ao primeiro item da reunião. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DAS ATAS DAS 307ª E 308ª REUNIÕES ORDINÁRIAS DO CNS - APROVAÇÃO DA PAUTA DA 309ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - Coordenação:** conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS - **APROVAÇÃO DA PAUTA DA 309ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS** – O Presidente do CNS fez a leitura da pauta e destacou que os itens a serem debatidos estavam articulados entre si. **Deliberação: a pauta foi aprovada, por unanimidade, sem acréscimos. APROVAÇÃO DAS ATAS DAS 307ª E 308ª REUNIÕES ORDINÁRIAS DO CNS** – Aprovada a pauta, o Presidente do CNS colocou em votação as atas enviadas previamente aos conselheiros. **Deliberação: as atas da 307ª e 308ª Reuniões Ordinárias do CNS foram aprovadas, por unanimidade, com modificações e acréscimos nos textos. As sugestões feitas serão incorporadas às atas. ITEM 2 – EXPEDIENTE - Justificativa de ausências. Apresentação de Convidados (as), novos Conselheiros (as) e Coordenadores (as) de Plenária de Conselhos de Saúde. Datas representativas para a saúde no mês de setembro. 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 – Artur Custódio Moreira de Sousa; Carolina Abad; Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro; Davi Vital do Rosário; José Vanilson Torres da Silva; Nelcy Ferreira da Silva (justificativa feita durante a Reunião); Sarlene Moreira da Silva; e Wanderley Gomes da Silva. Apresentação de novos conselheiros e conselheiras – Márcio Florentino Pereira**, titular, Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO, substituindo Guilherme Franco Netto; **Giovanna Sabóia Bastos**, 2ª suplente, Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia – SBFa, substituindo Talita Freitas Paiva; **Glaucia Tamayo Hassler Sugai**, 2ª suplente, Ministério das Cidades - MCidades, substituindo Ernani Ciríaco de Miranda; e **Silvio José Cecchi**, titular, Ministério da Educação – MEC, substituindo Henrique Sartori de Almeida Prado. **Apresentação de Coordenadores (as) de Plenária de Conselhos de Saúde presentes** – participaram da reunião: **Clarinda da Luz Durigon**, Santa Catarina; **Clovis da Cunha Lima Júnior**, Roraima; **Jair Clarindo da Silva**, Tocantins; e **Laciana Farias de Lacerda**, Ceará. **Datas representativas para a saúde no mês de setembro** – 1º/set - Dia do Profissional de Educação Física; 3/set - Dia do Biólogo; 5/set - Dia Nacional de Conscientização e Divulgação da Fibrose Cística (Lei nº 12.136/2009); 5/set - Dia Oficial da Farmácia; 8/set - Dia Nacional de Luta por Medicamento; 9/set - Dia do Veterinário; 10/set - Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio (Data definida pela Associação Internacional de Prevenção ao Suicídio e Associação Brasileira de Psiquiatria); 16/set - Dia Internacional para a Prevenção da Camada de Ozônio; 18/set - Dia Nacional de Conscientização e Incentivo ao Diagnóstico Precoce do Retinoblastoma (Lei nº 12.637/2012 - Teste do Olhinho); 19/set - Dia do Ortopedista; 21/set - Dia Nacional de Luta da Pessoa Portadora de Deficiência (Lei nº 11.133/2005) e Dia Mundial da Doença de Alzheimer; 22/set - Dia Nacional do Atleta Paralímpico (Lei**

58 nº 12.622/2012); 22/set - Dia Internacional da Juventude; 23/set - Dia Internacional contra a Exploração
59 Sexual e o Tráfico de Mulheres e Crianças; 25/set - Dia Mundial do Coração; 25/set - Dia Internacional
60 do Farmacêutico; 26/set - Dia Nacional dos Surdos (Lei nº 11.796/2008); 27/set - Dia do Idoso e Dia
61 Nacional da Doação de Órgãos (Lei nº 11.584/2007); e 28/set - Dia Mundial de Luta Contra a Raiva.
62 **INFORMES - 1) Conselheiro Geordeci Menezes de Souza** informou que o Comitê técnico Assessor de
63 Vigilância em Saúde do Trabalhador/MS reuniu-se nos dias 17 e 18 de agosto com o objetivo de
64 debater a atualização da lista de doenças relacionadas ao trabalho (Portaria MS nº. 1.339/1999),
65 considerando a nova Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à
66 Saúde - CID 11 e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF. **2)**
67 Conselheira **Maria Leitão Bessa** informou o Pleno sobre a programação da Associação Brasileira de
68 Alzheimer – ABRAZ para setembro, mês de sensibilização e conscientização da Doença de Alzheimer.
69 Destacou as seguintes atividades previstas: palestras e atendimentos; caminhada da memória –
70 atividade nas cinco Regiões do Brasil; e entrevistas na imprensa falada, escrita e televisa. Também
71 destacou na sua fala cinco formas de reduzir o risco de desenvolver demência: cuidar do coração;
72 manter-se fisicamente ativo; seguir uma dieta saudável; desafiar o cérebro; e desfrutar de atividades
73 sociais. **3) Conselheira Simone Maria Leite Batista** fez os seguintes informes da Articulação Nacional
74 de movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS: **a)** o Curso Educação Popular –
75 Ed Pop SUS foi iniciado em mais Estados - Maranhão, Sergipe, Pará, Amazonas, Rondônia, Rio de
76 Janeiro, São Paulo e Pernambuco; **b)** a SGEF renovará o Ed Pop em 2019; **c)** será realizado Encontro
77 nacional Ed Pop Sus no Ceará, em dezembro de 2018; **d)** será realizado curso de Reiki, em Brasília, no
78 final do mês de setembro; **e)** será realizado Seminário sobre Práticas Integrativas e Complementares
79 do SUS – PICS, no Conselho Federal de Psicologia, em Brasília, nos dias 29 e 30 de setembro de
80 2018; e **f)** será realizada reunião da Comissão PICS nos dias 27 e 28 de setembro, em Brasília. **4)**
81 Conselheira **Denise Torreão Corrêa da Silva** fez um informe sobre a participação na reunião da
82 Comissão Avaliadora do Prêmio INOVASUS 2018, ocorrida em 11 de setembro de 2018, que teve por
83 objetivo realizar treinamento para utilização do sistema que será utilizado para avaliação. Explicou que
84 foram apresentados 380 projetos e, após filtro, chegou-se a 150 projetos para análise a partir de seis
85 critérios (três avaliadores por critério). Lembrou que a conselheira **Altamira Simões** participa da
86 Comissão, na condição de suplente e também estão presentes representantes da SAS e do CONASS.
87 **5) Conselheira Lenir Santos** informou que a Federação Brasileira das Associações de Síndrome de
88 Down – FBASD encaminhou documento à Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão – PFDC
89 apontando retrocessos nas diretrizes da nova Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva
90 da Educação Inclusiva - PNEEPEI. No entendimento da Federação, a alteração da Política, conforme
91 sugerida, traz retrocessos, fere a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência
92 e a Lei 13.146/2015, e implica descumprimento da decisão proferida na ADI nº 5.357 (o
93 STF reconheceu o direito das crianças com deficiência estudarem na escola regular, em igualdade de
94 oportunidades com os/as demais alunos/as). Nessa lógica, o documento da entidade recomenda ao
95 MEC que a revisão da PNEEPEI seja feita de modo democrático e sem afrontar a Constituição. **6)**
96 Conselheira **Jupiara Gonçalves de Castro** fez um informe sobre a situação do Hospital Universitário
97 de São Paulo e apresentou uma proposta de encaminhamento. Explicou que a unidade vem sofrendo
98 desmonte proposital pela administração central da reitoria e pelo governo do Estado. Resgatou que
99 programas de demissão voluntária ocorridos no hospital em 2015 e 2017 causaram esvaziamento da
100 unidade, e não tem sido feito esforço para reposição do quadro de pessoal, resultando, inclusive, em
101 fechamento de quase 600 leitos. Disse que os trabalhadores apresentaram emenda no sentido de
102 garantir mais recursos à universidade (R\$ 48 milhões) para contratação de pessoal, mas esta iniciativa
103 foi rejeitada pelo reitor da universidade e vetada pelo governo do Estado de São Paulo. Salientou que
104 estão sendo realizadas várias atividades – acampamento na porta do hospital, entre outras ações, mas
105 ainda sem resultado concreto. Diante da gravidade, solicitou o apoio do CNS às iniciativas pela
106 manutenção do hospital universitário 100% SUS e contra a privatização. Como encaminhamento,
107 propôs a realização de reunião ordinária do CNS na Universidade de São Paulo, com debate, inclusive,
108 sobre a situação dos hospitais federais e estaduais. Aproveitou ainda para destacar a situação do
109 complexo hospitalar da UFRJ que tem sofrido pressão, por parte do governo, por não ter aderido à
110 Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**,
111 considerando a impossibilidade de deliberar no item dos informes, sugeriu que a conselheira
112 apresentasse uma proposta de apoio do CNS, na forma de moção ou recomendação, às iniciativas pela
113 manutenção do hospital universitário 100% SUS e contra a privatização. Além disso, disse que levaria
114 para debate na Mesa Diretora a proposta de realizar reunião do CNS no hospital, mas seria difícil por
115 conta das diversas atividades do CNS nos próximos meses, inclusive o processo eleitoral. Como
116 proposta alternativa, sugeriu que fosse constituída comissão para ir ao hospital tratar da situação. **7)**
117 Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, informou que o CNS, junto com o
118 Conselho Nacional dos Direitos Humanos e o Conselho de Assistência Social, realizou ato simbólico
119 em frente ao Supremo Tribunal Federal, no dia 5 de setembro, para denunciar as consequências da
120 Emenda Constitucional nº. 95. **ITEM 3 – RADAR - Mortalidade Materna e Infantil - Apresentação:**
121 **Denise Lopes Porto**, Assessora Técnica da Coordenação Geral de Informações e Análise
122 Epidemiológica - CGIAE/DANTPS/SVS/MS; **Luiza Machado**, da Coordenação Geral de Saúde das

123 Mulheres/MS; e **Jacirene Lima**, coordenadora adjunta da Saúde da Criança e Aleitamento materno do
124 Ministério da Saúde. *Coordenação:* conselheiro **Nelson Augusto Mussolini**, da Mesa Diretora do CNS.
125 Iniciando, conselheiro **Nelson Augusto Mussolini** explicou que, após um histórico de queda, as taxas
126 de mortalidade infantil e materna voltaram a crescer no Brasil (aumento de 5% no indicador de
127 mortalidade infantil em 2016). Salientou que essa situação é extremamente preocupante e carece de
128 medidas urgentes para evitar mortes como ocorreram nas décadas de 80 e 90. Feito esse alerta, abriu
129 a palavra para a primeira expositora, **Denise Lopes Porto**, assessora técnica da
130 CGIAE/DANTPS/SVS/MS, que apresentou os indicadores de mortalidade materna e infantil, de acordo
131 com os dados de dois sistemas de informação do Ministério da Saúde – Sistema de Informações sobre
132 Nascidos Vivos – SINASC e o Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Explicou que, em
133 2016, houve um repique na mortalidade infantil, em todos os componentes, e na mortalidade materna
134 também. Ressaltou que o Ministério da Saúde acompanha a Razão de Morte Materna desde 1990
135 (início dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio), e, nessa época, observava-se altas taxas de
136 morte materna – 140 óbitos/100 mil nascidos vivos. Ao longo dos anos, foi possível reduzir esse
137 indicador até 2016, ano que houve um aumento. Nesse período, o MS trabalhou com fatores de
138 correção para ter dados de acordo com a realidade. Disse que não foi possível atingir a meta dos
139 Objetivos do Milênio - taxa de 35,8 óbitos maternos - em 2015 e hoje esse número é quase o dobro.
140 Mostrou o cenário mais atual do indicador da morte materna: 2009 – 72,4 óbitos/100; mil nascidos
141 vivos; 2011/2012 – 59,3; e 2016: 64,4. Explicou que esse recorte foi feito porque, a partir de 2009,
142 houve mudança na metodologia do indicador de morte materna (indicadores para todas as unidades da
143 Federação). Destacou que esse processo de correção do indicador representou grande avanço e
144 trouxe valores mais próximos à realidade. Apresentou gráfico para mostrar as distorções da razão de
145 morte materna Brasil: Santa Catarina – 35,8 óbitos; e Maranhão – 122,2 (taxa 4x maior). Também
146 mostrou mapa para salientou que, apesar da melhoria das taxas em alguns Estados, os valores ainda
147 são muito elevados - quase 2 mil óbitos maternos e enfrenta-se dificuldade para redução desse
148 número. Falou sobre as causas da morte materna: 67% causas obstétricas diretas; 30% causas
149 obstétricas indiretas; e 3% inespecíficas. Detalhou que as cinco principais causas de óbito materno
150 (51%) são: hipertensão – 20%, hemorragia; infecção puerperal; doenças do aparelho circulatório; e
151 doenças do aparelho respiratório. No quesito raça/cor e faixa etária, destacou que mulheres pardas e
152 pretas representam a maior parte dos óbitos no Brasil; 16 óbitos na faixa etária de 10 a 14 anos; e 198
153 óbitos de 15 a 18 anos. Disse que o Painel de Monitoramento da Mortalidade apresenta dados
154 atualizados de notificação do óbito infantil e fetal, inclusive de 2018. Salientou que a investigação do
155 óbito é fundamental para recuperar a causa básica e melhorar a declaração de óbito para prevenção -
156 evitar a morte de outras mulheres. Detalhou que a investigação de óbito é feita em mulheres em idade
157 fértil (de 10 a 49 anos). No Brasil, salientou, ocorrem mais de 70 mil óbitos de mulheres em idade fértil
158 e, em 2016, em torno de 90% de todos os óbitos foram investigados. Todavia, salientou que as
159 disparidades regionais são imensas – no Paraná, por exemplo, quase 100% e, na Bahia, 70%. Também
160 explicou que, na investigação, considera-se causa presumível (poderiam ser maternas se investigadas),
161 destacando que 19% dos óbitos de mulheres em idade fértil possuem causa presumível para
162 mortalidade materna. Salientou que as causas presumíveis seriam: infarto agudo do miocárdio;
163 acidente vascular cerebral, septicemia, mortes sem assistência. Em 2016, foram 12.744 óbitos com
164 causa presumível, ou seja, todas podem ser maternas, por isso chamam-se presumíveis ou suspeitas.
165 Na sequência, falou sobre a mortalidade infantil e na infância. No caso da infância, disse que é
166 necessário dividir por componentes: **a)** mortalidade infantil – menores de 1 ano: neonatal – 0 a 27 dias
167 (precoce e tardia); pós neonatal 28 a 364 dias; e **b)** mortalidade – 1 a 4 anos: crianças de 1 a menos de
168 5 anos completos. Detalhou os indicadores de mortalidade na infância, segundo perfil dos
169 determinantes aos quais são sensíveis: **1)** taxa de mortalidade neonatal: óbitos de menores de 28 dias
170 de idade, por mil nascidos vivos - sensível a determinantes relacionados à assistência (disponibilidade,
171 tecnologia, etc); e **b)** taxa de mortalidade - 28 dias a 4 anos: óbitos de crianças com 28 dias a menos de
172 5 anos de idade completos por mil nascidos vivos - sensível a determinantes relacionados ao ambiente
173 sócio econômico (emprego, renda, acesso à água de qualidade, educação, etc). Detalhou a situação da
174 mortalidade infantil por idade: menos de 24 horas – 24%; 1 a 6 dias – 28%; neonatal tardio – 31%; e
175 pós-neonatal – 31%. Neste ponto, destacou que 85% dos óbitos na infância são de menores de 1 ano.
176 Frisou que, desde 1990, o Ministério da Saúde tem cumprido a meta de redução de indicadores, mas
177 não é possível saber como essa situação ficará porque o indicador aumentou em 2016. Nessa linha,
178 mostrou a variação percentual no período de 2015/2016: Neo precoce: aumento de 2,0%; Neotardia:
179 aumento de 4,4%; pós-neonatal: aumento de 10,2%; 1 a 4 anos: queda de 5,6%; Neonatal: aumento de
180 2,6%; e 28 dias a 4 anos: aumento de 4%. No Brasil, entre 2015 e 2016, o aumento da taxa de
181 mortalidade neonatal (0-27 dias) foi de 2,6%, em todas as regiões, em quase todos os Estados, com
182 exceção da Região Sul. Em relação à taxa de mortalidade de 28 dias a 4 anos, o aumento foi de 4%.
183 Sendo assim, no país, houve aumento de quase 5% do indicador da mortalidade infantil, na contramão
184 do movimento de diminuição que vinha ocorrendo desde 1990. Apresentou a taxa de mortalidade
185 infantil, 2007-2016: cinco Unidades da Federação: RR, PA, AP, CE e PI tiveram aumentos da taxa entre
186 10 e 21%; sete Unidades da Federação: RJ, MS, GO, BA, PE, PB e AM) tiveram aumento da taxa entre
187 5 e 10%; e treze UF tiveram quedas (5) ou aumentos (8), dentro da margem de oscilação estatística

188 das taxas (até menos de 5% e até mais 5%). Estatisticamente não variaram; e SP e AC tiveram queda
189 acima da margem de oscilação estatística (mais de 5%). A respeito da taxa de mortalidade neonatal, a
190 situação é a seguinte: 3 UF (RR, AP e PI) tiveram aumentos da taxa entre 10 e 21%; 6 UF (BA, GO,
191 TO, PA, CE e PE) tiveram aumento da taxa entre 5 e 10%; UF tiveram quedas (5) ou aumentos (8),
192 dentro da margem de oscilação estatística da taxas (até menos de 5% e até mais 5%). Estatisticamente
193 não variaram; e SP, PR, AC e MA tiveram queda acima da margem de oscilação estatística (mais de
194 5%). Acerca da taxa de mortalidade de 28 dias a 4 anos: 12 (AC, MS, PR, SC, RJ, ES, RR, PA, CE,
195 RN, PE e AL) tiveram aumentos da taxa entre 10 e 21%; 4 (RO, RS, MG e PI) tiveram aumento da taxa
196 entre 5 e 10%; UF que tiveram queda (1) ou aumentos (4), dentro da margem de oscilação estatística
197 da taxas (até menos de 5% e até mais 5%). Estatisticamente não variaram; e MT, GO, TO, AP, BA e
198 SE tiveram queda acima da margem de oscilação estatística (mais de 5%). Em relação à taxa de
199 mortalidade de 28 dias a 4 anos por Região de Saúde, houve aumento. No que se refere à taxa de
200 mortalidade na infância por Região de Saúde, a densidade, estimada por kernel, da Mortalidade na
201 Infância nas Regiões de Saúde em 2017 e em 2015 são similares. Em 2016, pode-se observar
202 aumento da taxa de mortalidade em relação aos outros anos analisados. Além disso, em 2016, foram
203 observadas taxas de mortalidade maiores do que nos anos 2015 e 2017. No caso da taxa de
204 mortalidade na infância por Região de Saúde, de 2015 a 2017, destacou que a Região Norte apresenta
205 maior variedade de taxa de mortalidade da infância, seguida da Região Nordeste. Destacou a taxa de
206 mortalidade neonatal - variação percentual por grupo de causas, comparando variação anual média
207 2015/2007 e variação 2016/2015: malformação congênita; prematuridade; fatores maternos; infecções
208 perinatais; entre outros. No caso da taxa de mortalidade 1 a 4 anos variação percentual por grupo de
209 causas, comparando variação anual média 2015/2007 e variação 2016/2015, disse que foram poucos
210 óbitos. Sobre a distribuição das causas dos óbitos evitáveis segundo tipo de evitabilidade, por
211 componente da mortalidade na infância, 2007 a 2017: no caso da Mortalidade Neonatal – 0 a 27 dias,
212 74% são evitáveis; e, em relação à mortalidade 28 dias a 4 anos, em torno de 49% são evitáveis no
213 final da série. Ainda sobre a evitabilidade, salientou o número de óbitos evitáveis por Sífilis, Brasil e
214 regiões, 2006 a 2017: perinatais - o número de óbitos por sífilis é crescente, e ultrapassa 600 óbitos em
215 2017 na soma de óbitos fetais e neonatais precoces; e infantis - correspondem a mais de 200 óbitos
216 infantis em 2017, tendo chegado a quase 250 em 2015. No que se refere ao papel dos fenômenos
217 demográficos no aumento das taxas de mortalidade infantil, disse que apenas parte do aumento da
218 mortalidade pode ser creditada à forte queda dos nascimentos ocorrida em 2016 (crise da Zika).
219 Explicou que estudos estão sendo conduzidos para compreender a contribuição dos determinantes
220 proximais e distais, com destaque para o Modelo Conceitual para analisar a mudança observada no
221 comportamento da Mortalidade na Infância. Mostrou a Matriz de Correlações, 2007 a 2016, salientando
222 que inúmeras fontes e variáveis tem sido investigadas, para apoiar plano de ação a ser pactuado na
223 Tripartite. Destacou o estudo mostrando a Taxa de cobertura (%) por planos privados de saúde, Brasil,
224 2007 a 2017, e a associação com a mortalidade infantil. Além disso, considera-se Proporção de
225 extrema pobreza no Cadastro Único, Brasil, 2013 a 2017. Salientou ainda “velhas” evidências que ainda
226 são lições a serem levadas em conta: escolaridade da mãe; idade da mãe; consultas pré-natais; e peso
227 ao nascer. Nas considerações finais, destacou os seguintes aspectos que contribuíram para o cenário
228 do país: crise econômica do país; saturação do SUS em relação à demanda acrescida;
229 repique/aumento taxa de mortalidade na infância; e sinais de alertas. Por fim, apresentou as
230 considerações finais sobre o estudo que está sendo realizado: **a)** os dados não mostram ainda uma
231 mudança na tendência, mas estão sendo trabalhados pelo Ministério da Saúde como um sinal de
232 alerta, junto aos gestores federais, estaduais e municipais; **b)** se nada for feito, haverá uma inversão na
233 tendência de queda observada ao longo das últimas décadas. Os dados preliminares de 2017 projetam
234 o mesmo quadro de incremento positivo de alguns componentes; **c)** o Brasil pactuou nos ODS uma
235 redução de 47% da taxa de mortalidade infantil até 2030, mantendo o ritmo de redução observada no
236 período de 2000 a 2015. Esta meta levará a taxa de mortalidade infantil do Brasil, caso seja alcançada,
237 aos níveis observados no Chile atualmente, em torno de 8,0 x 1000 NV (2015); **d)** os debates e estudos
238 estão apenas no começo. O MS tem trabalhado com especialistas em informação (epidemiologistas,
239 estatísticos, e outros), e entende que os desdobramentos dos estudos devem ser discutidos em novas
240 oportunidades com especialistas e responsáveis pela formulação e execução de políticas públicas de
241 saúde da criança e da mulher (CONASS, CONASEMS, sanitaristas, SBP, FEBRASGO, acadêmicos, e
242 outros); **e)** é necessário aprofundar estudos sobre os níveis de investimentos necessários para garantir
243 a sustentação de uma rede de proteção social voltada para populações mais vulneráveis (programas
244 sociais) e garantia dos níveis assistenciais (execução orçamentária da rede cegonha, alocação de
245 médicos em local de difícil acesso na atenção básica) para evitar mortalidade infantil e materna; e **f)** o
246 processo de pactuação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável - ODS desencadeou ampliação
247 dos debates no âmbito do SUS com CONASS e CONASEMS considerando que as metas de redução
248 serão operadas nos Estados e municípios. Havendo prazo até junho de 2019 para definição das metas
249 por UF. Na sequência, a representante da Coordenação Geral de Saúde das Mulheres/MS, **Luiza**
250 **Machado**, fez uma abordagem sobre as estratégias definidas pelo Ministério da Saúde para enfrentar a
251 mortalidade materna e infantil. Explicou que o Ministério da Saúde está em processo debate com
252 CONASS e CONASEMS para revisão das agendas da saúde integral da mulher e da criança para

253 redução da mortalidade materna e infantil. Em 2011, foi apresentada a estratégia da Rede Cegonha e,
254 desde então, tem sido feito monitoramento e avaliação dos resultados dessa estratégia. Disse que a
255 partir da nova meta dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para Mortalidade Materna e Infantil,
256 o Brasil tomou como a meta até 2030: reduzir os óbitos por mortalidade material para 30 óbitos/100 mil
257 nascidos vivos; reduzir para oito óbitos neonatais e para cinco óbitos na infância. De um modo geral,
258 disse que os principais desafios no âmbito federal e estadual referem-se à organização e qualificação
259 da rede. Além disso, é preciso qualificar a assistência no âmbito da atenção primária, secundária e
260 terciária. No que se refere à agenda de saúde sexual e reprodutiva, avaliou que ainda não é
261 satisfatória, sendo necessário ampliar o acesso e a oferta. Sobre o pré-natal, destacou que consultas
262 são ofertadas (85%), todavia o resultado dos exames não é garantido no tempo oportuno,
263 especialmente às gestantes de alto risco. Explicou que houve avanço acerca do risco habitual, mas não
264 a respeito do auto risco. Também salientou que foram incluídas na agenda tripartite possibilidades para
265 avançar na qualificação de instrumentos que favoreçam a governança regional. Disse que outro desafio
266 para qualificação da governança refere-se ao sistema de comunicação e qualificação da rede. Frisou
267 que é preciso qualificar a atenção básica para assumir a coordenação do cuidado e o ordenamento da
268 rede no território, para isso, é necessário tecnologias e metodologias e também orçamento, gestão,
269 concertação e pactuação política no território. Falou ainda do desafio da ambiência dos serviços,
270 explicando que mais de 50% dos serviços hospitalares que realizam partos não estão adequados à
271 Resolução da ANVISA n°. 36/2008. Sendo assim, foi pactuado plano diretor de investimento para
272 adequação dos serviços a essa legislação, mas, por conta das dificuldades administrativas, esse
273 recurso não tem sido executado de forma efetiva. Salientou que outro desafio refere-se ao modelo de
274 atenção parto/nascimento e, para responder a esse ponto, foi constituído GT que irá definir modelo de
275 parto/nascimento para o país (respeito ao protagonismo da mulher e às evidências; parto assistido por
276 equipe profissional; garantia dos direitos das mulheres e recém-nascidos). Disse que uma série de
277 medidas foi adotada, como lançamento de protocolo de diretrizes terapêuticas do parto normal e das
278 cesáreas, processos formativos, instituição para trabalhar a integração ensino/serviços. Salientou que
279 os centros de parto normal são estratégias para diminuir a mortalidade materna, todavia, da meta de
280 120 centros apenas 24 foram habilitados em oito anos. Em relação às casas de gestantes, bebês e
281 puérperas, apenas dezoito foram implantadas e a meta era 80. Ainda no conjunto de desafios e ofertas
282 de serviços, disse que foi possível avançar na investigação dos óbitos, mas não nas estratégias para
283 evitar novas mortes. Além disso, destacou que as comissões de integração ensino e serviço não têm
284 adotado a agenda da mortalidade materna e infantil como prioridade. **Manifestações.** Conselheira
285 **Maria da Conceição Silva** manifestou preocupação com os dados apresentados e destacou que a
286 mortalidade materna na população negra e parda se mantém mesmo no cenário de queda, por falta de
287 enfrentamento de fatores determinantes. Salientou que é essencial avaliar os dados com recorte racial,
288 inclusive para investigar a mortalidade materna e infantil por doença falciforme. Além disso, manifestou
289 preocupação com o desabastecimento da rede para realização de teste do pezinho na triagem
290 neonatal. No mais, disse que é preciso incluir o racismo entre os determinantes sociais de saúde, a fim
291 de ser considerado na definição de políticas. Ainda em relação à saúde da mulher, informou que a
292 eletroforese de hemoglobina não está sendo realizada e taxa de mortalidade materna por doença
293 falciforme é alta. Por fim, frisou que não se justifica a morte de crianças e mulheres por causa evitáveis.
294 Conselheira **Heliana Neves Hemeterio dos Santos** fez um destaque à situação do Paraná para
295 salientar que os dados são importantes, mas o Estado não investe no enfrentamento do racismo
296 institucional e da xenofobia em relação às mulheres haitianas. Por fim, disse que é preciso convencer
297 os gestores locais a fim de mudar a realidade e reverter o quadro do país. Conselheira **Simone Maria**
298 **Leite Batista** também manifestou preocupação com os dados da mortalidade materna e infantil e
299 salientou que é preciso ampliar e valorizar o trabalho com parteiras e doulas, que já contribuem com o
300 SUS, na linha de qualificar o parto. Além disso, frisou que é preciso rever a formação dos profissionais
301 para que seja voltada ao cuidado integral e melhorar a qualidade da atenção básica, a fim de diminuir
302 os índices de mortalidade materna e infantil. Conselheira **Francisca Valda da Silva** manifestou
303 preocupação com o cenário apresentado, o que, no seu modo de ver, evidencia a tentativa de
304 transformar o SUS, política de Estado, em política de governo. Ressaltou que o Sistema está sofrendo
305 forte ataque, pelos meios de comunicação, com vistas à destruição de sua imagem. Salientou que as
306 consequências do desfinanciamento do SUS e da transferência de responsabilidade para os
307 municípios, que não podem gastar além do teto definido são: desorganização e fechamento de
308 serviços, falta e rotatividade de trabalhadores, estagnação das equipes da Estratégia Saúde da Família,
309 entre outros. Frisou que é preciso reagir contra esses retrocessos que ocorrem no país e lembrou que a
310 população tem o poder de voto para mudar essa situação. Conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite**
311 também manifestou preocupação com o aumento dos índices de mortalidade materna e infantil e
312 lembrou que a Pastoral da Criança foi uma das entidades pioneiras no trabalho para redução da
313 mortalidade infantil (de 62 mortes para 14, de 2009 a 2015). Frisou que a entidade continua com as
314 ações preventivas, de promoção, educação para enfrentar o desafio da mortalidade infantil. Também
315 manifestou preocupação com o alto índice de violência obstétrica nos partos (25%) e frisou a
316 importância de medidas mais incisivas para enfrentar essa situação. Conselheira **Lenise Aparecida**
317 **Martins Garcia** saudou as expositoras pelas apresentações elucidativas e as ações adotadas para

318 reverter o quadro. Também perguntou se os dados sobre mortalidade materna, recuperados após
319 investigação, são incorporados pelo DATASUS e se os dados disponibilizados no Sistema já
320 contemplam eventual correção. Conselheiro **Antônio Pitol** quis saber se as mortes de bebês por má
321 formação congênita estão associadas a uso descontrolado de medicamentos, álcool e outras drogas e
322 de alimentos contaminados por agrotóxicos. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do
323 CNS, reiterou que foi realizado ato simbólico do CNS, junto com o Conselho Nacional dos Direitos
324 Humanos e o Conselho de Assistência Social, em frente ao Supremo Tribunal Federal, no dia 5 de
325 setembro de 2018, para denunciar as consequências da Emenda Constitucional n.º. 95 e, entre essas, o
326 aumento da mortalidade materna e infantil. Frisou que é essencial buscar e divulgar informações a fim
327 de mobilizar a população em defesa do SUS e da vida das pessoas. Conselheira **Maria Laura**
328 **Carvalho Bicca** chamou a atenção para os efeitos nefastos de mortes, muitas vezes evitáveis, de
329 bebês/crianças e de mães na vida das famílias. Também manifestou preocupação com alto índice de
330 estabelecimentos hospitalares não adequados às normas de vigilância e o número de óbitos
331 hospitalares. Disse ainda que é preciso realizar trabalho com adolescentes e crianças, pois não devem
332 ter vida sexual, muito menos engravidarem nesta fase. Salientou que a sociedade deve denunciar
333 comportamentos inaceitáveis, assegurando a participação social para além do controle instituído, a fim
334 de evitar mortes. Conselheiro **Cláudio Ferreira do Nascimento** salientou que é essencial analisar os
335 dados epidemiológicos, avaliando com cuidado as causas colocadas para aumento da mortalidade
336 materna e infantil. Nas suas palavras, essas mortes são causadas pela política de austeridade adotada
337 pelo governo, as contrapropostas, os cortes nas políticas sociais. Portanto, essas questões centrais
338 precisam ser colocadas e debatidas. Perguntou, por exemplo, por que não foi apresentado dado sobre
339 a mortalidade materna por falta de assistência às mulheres no caso de abortamento. Conselheira
340 **Francisca Rêgo Oliveira Araújo** agradeceu as expositoras pelas apresentações elucidativas e
341 provocativas e salientou que é preciso trabalhar em defesa da vida. Salientou que é preciso ter diálogo
342 com crianças e adolescentes para mudar o quadro de gravidez precoce e, inclusive, de mortalidade
343 materna e infantil. Nessa linha, perguntou qual a estratégia do Ministério da Saúde, em curto e médio
344 prazo, para resolver os indicadores colocados, especialmente os relativos à gravidez na adolescência e
345 ao cuidado na gravidez para todas as mulheres. Conselheiro **Márcio Florentino Pereira**, primeiro,
346 manifestou sua satisfação em retornar ao CNS, agora na condição de conselheiro, e destacou sua
347 responsabilidade neste espaço de debate. Lembrou que a saúde coletiva nasceu do debate da
348 determinação social no processo saúde doença e saúde e, no seu modo de ver, esse é um momento
349 oportuno para retomar a discussão sobre saúde e democracia, a fim de evitar a barbárie – mortes.
350 Avaliou que, neste momento de processo eleitoral no país, configuram-se dois projetos em disputa:
351 projeto de estado mínimo – redução da democracia de direitos e da participação; e projeto de
352 desenvolvimento social – perspectiva de retomada de projeto de desenvolvimento social e soberania do
353 país. Como encaminhamento, sugeriu que o CNS solicite posição clara dos candidatos à presidência da
354 república sobre a mortalidade infantil e que este tema central seja pauta de debate na 16ª Conferência.
355 Conselheiro **Luiz Anibal Vieira Machado** também registrou sua preocupação com os índices de
356 mortalidade materna e infantil e perguntou o que o CNS pode fazer para mudar essa realidade.
357 Salientou, inclusive, que a discussão não deve ser exclusivamente financeira, pois envolve a vida das
358 pessoas. No mais, disse que é preciso conhecer as propostas dos presidentiáveis para melhorar a
359 saúde no país. Conselheira **Vanja Andréa Reis dos Santos** agradeceu as exposições e, a respeito da
360 mortalidade infantil, por conta das anomalias congênitas, perguntou que política o MS adotará para
361 garantir a implantação das diretrizes de atenção integrada para essa doença rara. Também salientou
362 que é preciso ampliar as pesquisas sobre as causas da mortalidade materna no país, considerando,
363 entre outras, variáveis como dificuldade de acesso aos métodos contraceptivos, busca no atendimento
364 pós-parto, dificuldade no atendimento, diminuição do emprego e do salário, políticas de austeridade
365 adotadas pelo governo. Finalizando, disse que é preciso analisar a situação como um todo e que o
366 governo precisa primar pela vida das pessoas. Conselheiro **Arlison da Silva Cardoso** disse que o
367 aumento da mortalidade materna e infantil possui relação direta com o financiamento –
368 empobrecimento da população e, de outro lado, a diminuição do sistema de proteção social. Destacou
369 que as causas são multifatoriais, sendo uma delas a falta de investimento e a baixa execução financeira
370 da Rede Cegonha. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** frisou que não se deve aceitar, de forma
371 nenhuma, o aumento de indicadores da mortalidade materna e infantil e lembrou que os Objetivos do
372 Desenvolvimento Sustentável contempla a meta de diminuição da mortalidade materna porque o país
373 não alcançou a meta definida pelos Objetivos do Milênio (Brasil somente conseguiu reduzir a
374 mortalidade infantil). Disse que é preciso fazer uma análise ampla, considerando os aspectos
375 multifatoriais e as falas contribuíram para aprimorar o diagnóstico. Nessa linha, sugeriu como
376 encaminhamento: convidar os dois candidatos à presidência da República, que disputarão o segundo
377 turno das eleições (ou suas representações), para debater mortalidade materna e infantil e outros
378 temas relacionados à saúde na reunião do CNS do mês de outubro, reservando um período para esta
379 discussão. Conselheira **Glaucia Tamayo Hassler Sugai** destacou a afirmação de que a mortalidade
380 infantil por diarreia está associada à falta de saneamento básico (abastecimento de água e
381 esgotamento). Frisou que o setor saúde deve caminhar de forma intersetorial e o Ministério das
382 Cidades tem envidado esforços para universalizar as metas do saneamento básico (o PLANSAB está

em processo de revisão). Também falou sobre a agenda de fortalecimento das agências reguladoras de serviços de abastecimento água e esgotamento sanitário e informou que seria realizada oficina no dia 27 de setembro acerca do guia de referência para as agências. Conselheira **Cleuza de Carvalho Miguel** saudou as expositoras e perguntou qual o percentual de mulheres grávidas com deficiência. Inclusive, relatou caso de morte de recém-nascido no Hospital Maternidade de OSASCO por falta de médico obstetra. **Retorno da mesa.** A Coordenação Geral de Saúde das Mulheres/MS, **Luiza Machado**, fez um apanhado geral das falas identificando, inicialmente, alinhamento sobre a necessidade de investimento para sustentabilidade e organização do SUS voltada à saúde integral à saúde das crianças e mulheres visando à redução da mortalidade. Em relação ao exame de eletroforese de hemoglobina, informou que foi incluído recurso específico na Rede Cegonha e o protocolo foi atualizado; o Ministério da Saúde repassa recurso específico, via teto da Média e Alta Complexidade, aos municípios para realização do exame no pré-natal. Todavia, explicou que não é possível identificar se tem sido feito, porque não é obrigatório o registro nos sistemas de informação. Salientou que aposta na qualificação da gestão da informação, por meio do E-SUS AB e na vigilância dos conselhos estaduais e municipais para obter dados sobre a realidade local, inclusive para empoderar a população com dados da saúde materno-infantil. Sobre atenção humanizada e abortamento seguro, explicou que o MS dispõe de investimento de médio e longo prazo associado à agenda de fortalecimento para saúde sexual e reprodutiva. Lembrou que desde 1996, o MS dispõe de política de planejamento reprodutivo, com orientações e disponibilização de métodos seguros. Informou, inclusive, que o DIU de cobre está disponível em todas as Secretarias Municipais de Saúde, mas não é ofertado à população com celeridade. Sendo assim, foi feito debate com CONASS e CONASEMS sobre esse método e outros contraceptivos. Também salientou que o desafio refere-se ao risco habitual porque está se transformando em alto risco no momento do parto. Nesse caso, a formação é fator determinante, portanto, é preciso intensificar as ações voltadas à residência e priorizar debate com as comunidades científicas. Salientou que há muitos gestores comprometidos, com resultados importantes e é preciso reconhecer essas experiências exitosas e continuar os avanços. Sobre doenças raras, disse que é necessária rede organizada garantia de serviços habilitados de alta complexidade, que são difíceis e complexos, pois serviços pontuais não resolverão a situação. A representante da Coordenação Geral da Saúde da Criança do Ministério da Saúde, **Jacirene Gonçalves Lima**, explicou que a Coordenação vem trabalhando, desde 2015, para implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança - PNAISC no âmbito do SUS, com ênfase nas ações que impactam na redução da mortalidade como aleitamento, atenção qualificada ao neonatal. Além disso, o MS apoia os dez Estados que apresentam as maiores taxas de mortalidade, mas respeita as atribuições dos entes estaduais e municipais, sendo necessária pactuação das ações entre os três entes. Além disso, destacou que é preciso resgatar o controle social que está lado a lado na execução da política. Sobre as duas perguntas específicas, explicou: anemia falciforme – o MS desenvolve ações em parcerias com várias coordenações e foram elaboradas portarias, PCDTs para orientar os serviços e garantir a medicação para o tratamento. Todavia, é preciso fortalecer na ponta para que possa acontecer, sendo necessária a fiscalização; e doenças raras – trabalho conjunto das coordenações do MS e muitos medicamentos foram incorporados na RENAME para garantir a atenção. Por fim, destacou que é necessária ação conjunta da gestão e do controle social para reverter os índices de mortalidade materna e infantil do país. A assessora técnica da Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica/DANTPS/SVS/MS, **Denise Lopes Porto**, iniciou explicando que sua apresentação pautou-se nos indicadores de mortalidade materna e infantil e citou estudo que visa identificar a justificativa do aumento em 2016. Sobre os indicadores, explicou que têm por base dois Sistemas - SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade) e SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos) - que apresentam dados secundários (o que limita o banco de dados). Sobre o quesito raça/cor, disse que o risco de morte aumenta para mulheres e crianças negras e o Ministério da Saúde está trabalhando para modificar essa situação. Explicou ainda que os óbitos por causas tardias (42 dias após o parto) não são contabilizados e não é possível saber o percentual de mulheres com deficiência. Destacou ainda que o país investiga 90% dos casos de morte materna, mas de forma distinta nos diferentes estados. Citou, por exemplo, o Estado do Paraná, modelo para investigação de morte materna, pois realiza bom trabalho de campo e faz investigação que possibilita recuperar a causa básica final (é possível recuperar 34% de óbitos maternos “mascarados”). Por outro lado, no Estado do Maranhão, observa-se grande e bom percentual de investigação, mas pouca investigação da causa básica final. Também informou que os microdados estão disponíveis no DATASUS (dados não identificáveis), sendo possível recuperar – causas básicas e múltiplas (associadas). Disse que a declaração de óbito é preenchida de forma diferente, mas, se for preenchida de forma mais completa, é possível recuperar microdados. Salientou, por fim, que o Ministério da Saúde está montando banco de dados para realizar o estudo (apresentou resultados dos estudos com apenas duas viáveis). Concluídas as falas das expositoras, foi aberta a palavra para outros encaminhamentos. **Deliberação: como resultado final do debate, o Pleno decidiu: 1) convidar os dois candidatos à presidência da República, que disputarão o segundo turno das eleições (ou suas representações), para debater mortalidade materna e infantil e outros temas relacionados à saúde na reunião do CNS do mês de outubro, reservando um período para esta discussão; 2) solicitar ao CONASS e ao**

448 **CONASEMS** que, no debate com os dois presidenciáveis, apresentem os motivos/dificuldades
449 para o repasse dos recursos federais destinados às ações de saúde materna e infantil a estados
450 e municípios (MS assegurou que os recursos federais para essas ações estão sendo repassados
451 via MAC); e 3) remeter o tema “mortalidade materna e infantil” para debate nas Comissões
452 Intersectoriais do CNS de Vigilância em Saúde – CIVS, de Atenção à Saúde nos Ciclos de Vida –
453 CIASCV, de Políticas de Promoção da Equidade – CIPPE e na Câmara Técnica de Atenção
454 Básica – CTAB. **ITEM 4 – COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA – CONEP/CNS –**
455 *Apresentação:* conselheira **Francisca Valda da Silva**, coordenadora adjunta da CONEP/CNS.
456 *Coordenação:* conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**, da Mesa Diretora do CNS. Neste ponto de
457 pauta, a coordenadora adjunta da CONEP, falou sobre os seguintes assuntos: Projeto de Lei nº.
458 7.082/2017 (antigo PL nº. 200) – atualização da agenda do CNS; eventos programados; e agenda para
459 fortalecimento da participação social na ética em pesquisa. Primeiro, falou sobre a agenda de debate
460 acerca do PL 7.082/2017, lembrando que o Conselho decidiu organizar ação política para garantir
461 debate sobre ética em pesquisa nas eleições de 2018. Nessa linha, recordou que, na reunião ordinária
462 do mês de agosto, o Pleno apreciou e aprovou, com sugestões, o mérito de recomendação aos
463 deputados federais e senadores da República sobre ética em pesquisa. Disse que a Comissão
464 incorporou os acréscimos feitos em Plenário e fez outras modificações para garantir mais
465 fundamentação técnica ao texto. Feitos esses esclarecimentos, apresentou, para conhecimento, o texto
466 final da recomendação (modificações em itálico): “Recomendação nº 036, de 9 de agosto de 2018. O
467 Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Oitava Reunião Ordinária,
468 realizada nos dias 8 e 9 de agosto de 2018, e no uso de suas competências regimentais e atribuições
469 conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de
470 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho
471 de 2006, e cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da
472 legislação brasileira correlata; e considerando que a saúde é um direito fundamental do ser humano,
473 devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício e que, sob tal premissa, o
474 dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e
475 sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de
476 condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção,
477 proteção e recuperação; considerando os termos da Resolução CNS nº 240, de 5 de junho de 1997,
478 que definiu a representação de usuários nos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP); considerando a
479 Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprovou as diretrizes e normas
480 regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, entre as quais as regras de uso de
481 placebo ou outro tratamento em estudos nos quais não existam métodos provados de profilaxia,
482 diagnóstico ou tratamento; considerando a Resolução CNS nº 441, de 12 de maio de 2011, que
483 aprovou as diretrizes para análise ética de projetos de pesquisas que envolvam armazenamento de
484 material biológico humano ou uso de material armazenado em pesquisas anteriores, com todo o
485 regramento necessário ao funcionamento de biobancos e *biorepositórios*; considerando a Resolução
486 CNS nº 346, de 13 de janeiro de 2005, que define a tramitação de projetos multicêntricos no Sistema
487 CEP/Conep; considerando a Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, que dispõe sobre as normas
488 aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais; considerando a Resolução CNS nº 553, de 9
489 de agosto de 2017, que dispõe sobre a carta dos direitos e deveres da pessoa usuária da saúde;
490 considerando a Resolução CNS nº 563, de 10 de novembro de 2017, que regulamenta o direito do
491 participante de pesquisa ao acesso pós-estudo em protocolos de pesquisa clínica destinados aos
492 pacientes diagnosticados com doenças ultrarraras; considerando a Declaração Universal sobre Bioética
493 e Direitos Humanos, que trata das questões éticas relacionadas à medicina, às ciências da vida e às
494 tecnologias associadas quando aplicadas aos seres humanos, levando em conta suas dimensões
495 sociais, legais e ambientais, aprovada durante a 33ª Conferência Geral da Organização das Nações
496 Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), celebrada em Paris, em 19 de outubro de
497 2005; considerando as discussões e encaminhamentos da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
498 (Conep) ao colegiado do Conselho Nacional de Saúde, ocorridas nos dias 12 e 13 julho de 2018,
499 durante a 307ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde; e considerando os Objetivos de
500 Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU), em especial o de nº 3,
501 que indica o dever de “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as
502 idades”, visando “atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o
503 acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais
504 seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos”. **Recomenda:** Aos Deputados
505 Federais e Senadores da República: I - Que toda e qualquer legislação alusiva a pesquisa envolvendo
506 seres humanos respeitem os princípios e pressupostos normativos do marco regulatório brasileiro, que
507 tratam da proteção dos direitos e da segurança dos participantes de pesquisa, referendados pelo
508 Conselho Nacional de Saúde, por meio da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – Conep/CNS; e II
509 – Que garanta a referida proteção dos direitos e a segurança dos participantes de pesquisas, no Projeto
510 de Lei nº 7.082/2017, a partir das seguintes ressalvas: 1) Que a instância nacional de ética em
511 pesquisa clínica a que se refere o inciso XXV do Art. 2º preserve o caráter de regulação social que
512 desempenha na função de relevância pública, por meio da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

513 vinculada ao Conselho Nacional de Saúde (Conep/CNS). *Nas condições propostas da atual versão do*
514 *PL, a Conep terá sua independência institucional ameaçada ao se vincular operacionalmente a um*
515 *órgão executivo do governo. Além do mais, como o PL não define o mandato dos membros da*
516 *comissão, a Conep ficará vulnerável às mudanças de cargos no Ministério.* 2) Que a representação dos
517 usuários se dê, preferencialmente, pelos conselhos de saúde de forma a expressar pontos de vista e
518 interesses de indivíduos e/ou grupos de participantes de pesquisa de determinada instituição e que
519 sejam representativos de interesses coletivos e *públicos diversos* (Art. 9º, inciso I, item C). 3) Que o
520 fornecimento de medicamento pós-estudo, contemple: 3.1 A supressão do inciso VI, do Art. 30 do PL nº
521 7.082/2017, que diz: *“quando o medicamento estiver sendo fornecido gratuitamente pelo sistema*
522 *público de saúde;”*. *De acordo com as normas atuais do Conselho Nacional de Saúde, os participantes*
523 *de pesquisa que se beneficiaram de um novo medicamento em um estudo devem ter assegurado, pelo*
524 *patrocinador, o fornecimento desse medicamento, de forma gratuita, pelo tempo que for necessário. A*
525 *atual versão do PL permitirá que o patrocinador cancele o fornecimento do medicamento ao*
526 *participante da pesquisa quando ele estiver disponível no sistema público de saúde. Essa proposta não*
527 *se justifica, especialmente num momento em que há redução das verbas públicas destinadas para as*
528 *políticas de saúde. Além do mais, não é adequado transferir ao governo a responsabilidade que é*
529 *exclusiva do patrocinador.* 3.2 Nova redação ao §4º nos seguintes termos: *“No caso das doenças*
530 *ultrarraras, o fornecimento gratuito de medicamento experimental de que trata o caput tem prazo*
531 *determinado de 5 (cinco) anos e será contado a partir da definição do preço em reais na Câmara de*
532 *Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED)”*. *O PL estabelece que o “fornecimento gratuito de*
533 *medicamento experimental (...) poderá ter prazo determinado, nos casos e nas condições especificadas*
534 *em regulamentos, editados pela Instância Nacional de Ética em Pesquisa Clínica”*. *Esta proposta*
535 *amplia demasiadamente a restrição de acesso pós-estudo, estendendo-a a condições diferentes das*
536 *doenças ultra-raras. Como isso, ao invés de proteger os participantes de pesquisa, a Lei acabará por*
537 *fragilizar o direito de acesso pós-estudo.* 4. Que o material biológico em pesquisa clínica, contemple:
538 4.1 Nova redação ao Art. 32, nos seguintes termos: *“O material biológico e os dados obtidos na*
539 *pesquisa clínica serão utilizados, exclusivamente, para a finalidade prevista no respectivo protocolo e*
540 *em conformidade com o respectivo termo de consentimento livre e esclarecido, e desde que*
541 *observadas as disposições desta Lei e do regulamento”*. *Biorrepositórios são coleções de amostras*
542 *biológicas e dos dados associados, sendo constituídos especificamente para um projeto de pesquisa.*
543 *Ou seja, ainda que o excedente das amostras possa ser mantido no Biorrepositório com intenção de*
544 *uso em pesquisas futuras, originalmente o participante deve ser convidado a conceder suas*
545 *amostras/dados para uma pesquisa específica. Quando houver outra pesquisa no futuro e que tenha*
546 *intenção de usar o material e os dados armazenados, é necessário que o participante seja novamente*
547 *consultado e autorize expressamente o novo uso, prevalecendo a expressão de sua vontade. O*
548 *participante de pesquisa deve ser consultado quanto a autorizar o uso do material e dos seus dados*
549 *armazenados em um Biorrepositório, por meio de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*
550 *específico referente ao novo projeto de pesquisa. Não é adequada a concessão de autorização*
551 *antecipada para utilização em pesquisas futuras de amostras biológicas e dados mantidos em*
552 *Biorrepositórios, conforme se lê no Artigo 32 da atual versão do PL.* 4.2 Nova redação ao caput do Art.
553 33: *“Os materiais biológicos humanos serão armazenados, de acordo com o regulamento, em*
554 *biorrepositórios ou biobancos das instituições envolvidas”*. *Biobancos são coleções de amostras*
555 *biológicas e dos dados associados, que são constituídos de modo contínuo, não associados a*
556 *pesquisas específicas no momento da coleta do material. São de responsabilidade e gerenciamento*
557 *das Instituições que os mantêm. Os Biobancos têm potencial para contribuir com muitas pesquisas*
558 *futuras e também com o avanço das pesquisas na área da saúde. Quando o indivíduo é convidado a*
559 *participar do Biobanco, deve-se perguntar a ele(a) se gostaria de voltar a ser contatado a cada*
560 *pesquisa ou se preferiria conceder o uso de suas amostras e dados armazenados sem a necessidade*
561 *de novos contatos para autorização específica a cada nova pesquisa. Tal situação, em que há decisão*
562 *antecipada do participante, é aplicável somente aos Biobancos. Atualmente, o Brasil tem mais de 40*
563 *Biobancos, aprovados segundo as diretrizes atuais do Conselho Nacional de Saúde, e em pleno*
564 *funcionamento, e estes poderão ficar irregulares caso o PL seja aprovado na forma como se apresenta,*
565 *impactando severamente as pesquisas clínicas em algumas das principais instituições de saúde do*
566 *país, além de introduzir importante dissonância com o que é praticado e aceito internacionalmente.* 4.3
567 Nova redação ao Art. 33, §2º: *“Após o término da pesquisa, se houver continuidade do armazenamento*
568 *em biorrepositório, os materiais biológicos referidos no caput serão, respectivamente, de*
569 *responsabilidade da instituição e gerenciamento do pesquisador, se houver continuidade do*
570 *armazenamento em biorrepositório; ou poderão ser transferidos para biobanco credenciado pela*
571 *instância nacional da ética em pesquisa, estando, neste caso, o armazenamento e o gerenciamento*
572 *das amostras sob responsabilidade institucional”*. *A nova redação tornará claro que, no caso do*
573 *biorrepositório, a responsabilidade de armazenamento das amostras é da instituição e do*
574 *gerenciamento, do pesquisador. No caso do biobanco, tanto o armazenamento quanto o gerenciamento*
575 *são responsabilidade da instituição.* 4.4 Nova redação ao Art. 33, §3º: *“O envio e o armazenamento de*
576 *material biológico humano e das informações associadas para centro de estudo localizado fora do País*
577 *é da responsabilidade do investigador e do patrocinador, quando houver, observadas as seguintes*

578 condições: I – observância da legislação sanitária nacional e internacional sobre remessa e
579 armazenamento de material biológico; II – garantia de acesso e utilização dos materiais biológicos e
580 dados armazenados no exterior, para fins científicos, às instituições e aos pesquisadores brasileiros; III
581 – observância da legislação nacional, especialmente no tocante à vedação de patenteamento e
582 comercialização de material biológico”. Além de atribuir a responsabilidade ao patrocinador pelo envio e
583 armazenamento de amostras no exterior, também cabe ao pesquisador (investigador principal) tal
584 responsabilidade em pesquisas dispendo ou não de patrocínio. Adicionalmente, tal responsabilidade
585 também deve abarcar as informações associadas (portanto, não se restringindo ao próprio material
586 biológico). A Lei deve conter menção explícita ao direito do pesquisador e instituição brasileira ao
587 acesso e utilização das amostras mantidas no exterior (e não apenas dos dados), em consonância com
588 o disposto no item 14 da Resolução CNS nº 441/2011: “I - O pesquisador e instituição brasileiros devem
589 ter direito ao acesso e à utilização, em pesquisas futuras, do material biológico humano armazenado no
590 exterior, não necessariamente das amostras por ele depositadas pelo pesquisador, garantida, no
591 mínimo, a proporcionalidade da participação; II - O direito de acesso e utilização compreende as
592 amostras, informações associadas e resultados incorporados ao banco, obtidos em pesquisas
593 aprovadas pelo Sistema CEP/Conep”. 4.5 Nova redação ao Art. 34, §1º: “O armazenamento de dados
594 em centro de estudo localizado fora do país é de responsabilidade do investigador e do patrocinador,
595 quando houver”. Em relação ao trecho destacado, é preciso considerar que, em certas situações, não
596 há um patrocinador no exterior claramente estabelecido (por exemplo, nas situações de colaborações
597 acadêmicas científicas viabilizadas por meio de verbas de órgãos de fomento brasileiros). 4.6 Inclua-se
598 novo parágrafo após o Art. 37: “Além das exigências contidas nesta lei, faz-se necessária observância
599 às demais normativas brasileiras sobre armazenamento e utilização de material biológico humano em
600 pesquisa”. A Lei precisa ser explícita o suficiente, apontando a existência de normas específicas no
601 Brasil acerca do armazenamento e uso de material biológico em pesquisa. Que a análise ética de
602 estudos multicêntricos, contemple uma nova redação ao Art. 14, §7º: “A análise ética da pesquisa
603 clínica que envolva mais de um centro de estudos no País será realizada inicialmente e, de forma
604 preferencial, pelo CEP vinculado ao centro coordenador da pesquisa, que emitirá o parecer e notificará
605 os CEPs dos demais centros participantes da sua decisão, os quais têm a prerrogativa de aprovar, ou
606 não, o protocolo em suas instituições”. O citado artigo, na versão atual do PL, afirma que um “único
607 CEP, preferencialmente aquele vinculado ao centro coordenador da pesquisa” fará a análise ética dos
608 protocolos de pesquisa. Essa afirmação é imprecisa porque a Lei, como está, permitirá que o protocolo
609 seja avaliado por qualquer CEP no território nacional, e não pelo comitê da instituição proponente. Além
610 do mais, o citado artigo remove a autonomia dos demais CEP das instituições secundárias em relação
611 a aprovar, ou não, o protocolo de pesquisa. Que se insira novo inciso no Art. 2º: “Ressarcimento:
612 compensação material, exclusivamente de despesas do participante e seus acompanhantes, quando
613 necessário, tais como transporte, alimentação, hospedagem e a tudo o que for necessário para a
614 participação no estudo”. O termo “ressarcimento” aparece no Art. 12 sem uma explicação clara a que
615 se refere. Por se tratar de um dos direitos fundamentais dos participantes de pesquisa, faz-se
616 necessário definir com clareza e precisão o que representa o ressarcimento. Embora o termo
617 “ressarcimento” seja usado corriqueiramente, por se tratar de um dos direitos fundamentais dos
618 participantes de pesquisa, é conveniente definir com clareza o que ele representa exatamente. 7) Que
619 seja MANTIDA a redação do artigo referente a uso ético de placebo (antigo Art. 29, renumerado como
620 Art. 22-A na última versão do PL). A última atualização do artigo (ocorrida pela emenda nº 5 proposta
621 pela CCTI) tornou mais claras as condições de uso do placebo ao substituir a expressão “o melhor
622 tratamento ou procedimento que seria habitualmente realizado na prática clínica” por “o melhor
623 tratamento ou procedimento que seria realizado na prática clínica”. Tal atualização está alinhada com
624 as normas do Conselho Nacional de Saúde sobre o assunto e, por isso, enfatiza-se a necessidade de
625 não modificar o artigo por meio de emendas futuras. 8) Que seja MANTIDA a redação do artigo 30
626 referente ao acesso pós estudo. A emenda nº 4 proposta pela CCTI modificou a redação do Art. 30,
627 tornando claro que o direito de acesso pós-estudo se aplica não somente aos participantes do grupo
628 experimental, mas também do grupo placebo. Além do mais, a modificação proposta possibilita que o
629 médico assistente (ou médico particular) do participante também possa indicar a prescrição do
630 medicamento experimental após a participação no estudo, em caso de benefício, não deixando esta
631 tarefa exclusivamente para o médico do estudo. Tal atualização está alinhada com as normas do
632 Conselho Nacional de Saúde sobre o assunto e, por isso, enfatiza-se a necessidade de não modificar o
633 artigo por meio de emendas futuras. Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Trecentésima
634 Oitava Reunião Ordinária, realizada nos dias 8 e 9 de agosto de 2018.” Em relação à sugestão
635 apresentada pelo conselheiro Heleno Rodrigues Corrêa Filho, sugeriu que fosse destacada para debate
636 na CONEP e apresentada na forma de minuta de resolução, a ser apreciada pelo Pleno. Frisou que o
637 Projeto de Lei nº 7.082/2017 retira direitos e traz ameaças aos participantes de pesquisas. Nessa linha,
638 sugeriu dar ampla divulgação à Recomendação nº 36, a fim de torná-la ferramenta de debate com a
639 sociedade e candidatos, devendo ser encaminhada para: Senado Federal e Câmara dos Deputados;
640 gabinetes das duas Casas Legislativas; lideranças de partidos; Comissões da Câmara dos Deputados e
641 do Senado Federal; mesas diretoras das duas Casas Legislativas; Conselhos Estaduais e Municipais
642 de Saúde; 806 Comitês de Ética em Pesquisa – CEP; e Universidades e Institutos de Pesquisa. Além

643 disso, sugeriu a elaboração de matéria sobre a recomendação para ser divulgada no SUS Conecta e
644 enviado release a respeito para o canal saúde e outros canais de comunicação. Seguindo, falou sobre
645 as atividades da CONEP: **1)** Seminário Nacional de Saúde Indígena realizado no dia 29 de agosto de
646 2018, com o intuito de abrir diálogo com as populações indígenas no Brasil, sobre a Resolução nº
647 304/2000, que estabelece diretrizes e normas de pesquisa com seres humanos. O evento contou com
648 150 participantes, sessenta deles representantes de comunidades indígenas; **2)** e debate, durante o
649 Seminário Nacional de Saúde Indígena, no dia 30 de agosto, com a Comissão Intersetorial de
650 Orçamento e Financiamento – COFIN/CNS, com o objetivo de oferecer aos subsídios aos participantes
651 para que atuem de forma mais qualificada no controle social visando a 6ª Conferência Nacional de
652 Saúde Indígena, marcada para 27 a 31 de maio de 2019, que deverá atualizar a Política Nacional de
653 Atenção à Saúde dos Povos Indígenas – PNASPI; **3)** 5º Encontro de Comitês de Ética em Pesquisa –
654 ENCEP – 26 e 27 de novembro de 2018, em Brasília, como processo preparatório para a 16ª
655 Conferência Nacional de Saúde – Proposta: 600 vagas, sendo 200 para usuários. Por fim, falou da
656 agenda para fortalecer o controle social na análise da ética em pesquisa, com destaque para o
657 processo de atualização de Resoluções do Conselho (inclusive a nº 340) e o esforço para formação de
658 conselheiros voltada à análise da ética em pesquisa. **Manifestações.** Conselheira **Zaira Tronco**
659 **Salerno** parabenizou a CONEP pela aproximação com o Pleno e as demais comissões do CNS e, em
660 nome do segmento de trabalhadores, manifestou apoio à recomendação. Conselheira **Maria Laura**
661 **Carvalho Bicca** elogiou o trabalho da CONEP sob a coordenação da conselheira **Francisca Valda** e a
662 atuação dos representantes dos usuários na Comissão. Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura Junior**
663 também cumprimentou a CONEP pelo trabalho e fez um destaque ao Grupo para atualização da
664 Resolução nº. 340. Conselheiro **Rildo Mendes** salientou que o processo de revisão da Resolução nº.
665 340 deve ser feito com a ampla participação do segmento dos povos indígenas. Conselheiro **Dylson**
666 **Ramos Bessa Júnior** destacou a importância desse movimento de aproximação da ética em pesquisa
667 com os movimentos sociais. **Retorno da mesa.** Conselheira **Francisca Valda da Silva**, em resposta às
668 indagações do Pleno, explicou que: o trabalho da CONEP não se restringe à capacitação de
669 conselheiros nacionais; e o seminário nacional foi o início do debate com os povos indígenas para
670 atualização da Resolução nº. 340. Agradeceu as manifestações de confiança ao seu trabalho e elogiou
671 a equipe assessora da Comissão. Também fez um agradecimento especial à Mesa Diretora do CNS,
672 em nome da conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**, pelo apoio às atividades da CONEP. Na
673 sequência, a coordenadora da mesa sintetizou os encaminhamentos apresentados pela coordenadora
674 adjunta da CONEP e os submeteu à apreciação. **Deliberação: o Pleno decidiu dar ampla divulgação**
675 **à Recomendação nº 36, a fim de torná-lo ferramenta de debate com a sociedade e candidatos.**
676 **Nessa lógica, a Recomendação deverá ser encaminhada ao Senado Federal e à Câmara dos**
677 **Deputados; aos gabinetes das duas Casas Legislativas, às lideranças de partidos, às Comissões**
678 **da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, às mesas diretoras das duas Casas**
679 **Legislativas, aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, aos 806 Comitês de Ética em**
680 **Pesquisa – CEP e às Universidades e Institutos de Pesquisa. Além disso, deverá ser elaborada**
681 **matéria sobre a recomendação para ser divulgada no SUS Conecta e enviado release a respeito**
682 **para o canal saúde e outros canais de comunicação. Os conselheiros também devem se**
683 **apropriar da recomendação e divulgar nas suas bases. Definido esse ponto, a mesa encerrou a**
684 **manhã do primeiro dia de reunião.** Estiveram presentes os seguintes conselheiros: *Titulares* –
685 **Adolorata Aparecida Bianco Carvalho**, Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **André**
686 **Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Antônio Muniz da Silva**,
687 Organização Nacional de Cegos do Brasil – ONCB; **Antônio Pitol**, Pastoral da Saúde Nacional;
688 **Arlison da Silva Cardoso**, Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS;
689 **Carlos de Souza Andrade**, Confederação Nacional do Comércio – CNC; **Cláudio Ferreira do**
690 **Nascimento**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Dylson Ramos Bessa Júnior**,
691 Organização Nacional de Entidades de Deficientes Físicos – ONEDEF; **Francisca Rêgo Oliveira de**
692 **Araújo**, Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO; **Geordecio M. Souza**, Central
693 Única dos Trabalhadores; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João Rodrigues Filho**,
694 Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; **Antônio Lacerda Souto**, Confederação
695 Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG; **Luiz Alberto Catanoso**, Sindicato Nacional
696 dos Aposentados, Pensionistas e Idosos - SINDINAPI/FS; **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central
697 Sindical de Trabalhadores – NCST; **Márcio Florentino Pereira**, Associação Brasileira de Saúde
698 Coletiva – ABRASCO; **Maria do Carmo Tourinho Ribeiro**, Associação Brasileira de Autismo – ABRA;
699 **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais – FENAS; **Nelson Augusto**
700 **Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria – CNI; **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da
701 Saúde; **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul – ARPINSUL; **Ronald Ferreira**
702 **dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos – Fenafar; **Vanja Andréa Reis dos Santos**,
703 União Brasileira de Mulheres – UBM; **Wilson Hiroshi de Oliveira Uehara**, Conselho Federal de
704 Farmácia – CFF; e **Zaira Tronco Salerno**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN). *Suplentes* –
705 **Allan Nuno Alves de Sousa**, Ministério da Saúde; **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello**, Associação
706 Brasileira Superando o Lúpus; **Clarice Baldotto**, Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB);
707 **Cleuza de Carvalho Miguel**, Movimento dos Portadores de Esclerose Múltipla – MOPEM; **Denise**

708 **Torreão Corrêa da Silva**, Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFa; **Elaine Junger Pelaez**,
709 Conselho Federal de Serviço Social – CFESS; **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de
710 Enfermagem – ABEn; **Francisco Avelino Batista**, Coordenação das Organizações Indígenas da
711 Amazônia Brasileira – COIAB; **Federico Martí da Rosa Fornazieri**, Associação Brasileira de Linfoma e
712 Leucemia – ABRALe; **Gerdo Bezerra de Faria**, Conselho Federal de Odontologia – CFO; **Getúlio**
713 **Vargas de Moura Junior**, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM;
714 **Giovanna Sabóia Bastos**, Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia – SBFa; **Glaucia Tamayo Hassler**
715 **Sugai**, Ministério das Cidades; **Ivone Martini de Oliveira**, Conselho Federal de Enfermagem –
716 COFEN; **Joana Batista Oliveira Lopes**, Federação Nacional dos Odontologistas – FNO; **João Bosco**
717 **Cavalcanti Chaves**, Federação Nacional dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais – FENAFITO;
718 **Jupiara Gonçalves de Castro**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos Administrativos
719 em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil – FASUBRA; **Lenir Santos**, Federação Brasileira
720 das Associações de Síndrome de Down – FBASD; **Lenise Aparecida Martins Garcia**, Conferência
721 Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Luiz Carlos Medeiros de Paula**, Federação Nacional de
722 Associações e Entidades de Diabetes – FENAD; **Maria da Conceição Silva**, União de Negros pela
723 Igualdade; **Marisa Helena Alves**, Conselho Federal de Psicologia – CFP; **Maria Leitão Bessa**,
724 Associação Brasileira de Alzheimer - ABRAz; **Vania Cristina Canuto Santos**, Ministério da Saúde; e
725 **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da Criança. Iniciando, a mesa foi composta para o item 5 da
726 pauta. **ITEM 5 – DESAFIOS DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE - Atendimento, cobertura, alta e média**
727 **complexidade, atualização do rol de medicamentos e atualização da tabela unificada -**
728 **Apresentação:** **Maria Inês Gadelha**, Chefe de Gabinete da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS;
729 e **Gulnar Azevedo e Silva**, Presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva. **Coordenação:**
730 conselheiro **André Luiz Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. Após cumprimentar as expositoras,
731 conselheiro **André Luiz Oliveira** deu início ao debate deste tema, nas suas palavras, crucial para o
732 SUS. A primeira expositora foi a Chefe de Gabinete da SAS/MS, **Maria Inês Gadelha**, que fez um
733 enfoque conceitual do tema a fim de ampliar o debate, declarando-se, inicialmente, sem conflito de
734 interesses de qualquer tipo ou natureza. Contextualizando, citou as políticas públicas relativas ao tema:
735 Assistência Social ou Residual (privado e estatal – poder aquisitivo); Seguro Social ou Meritocrático
736 (emprego formal e contribuição - estatal); e Seguridade Social (mínimo vital - estatal). Explicou que os
737 países de baixa renda podem proporcionar o básico, saúde pública e serviços básicos de nutrição. Os
738 países de renda média podem gastar mais, focalizando os investimentos no desenvolvimento infantil,
739 prevenção e melhores instituições na prestação de serviços de saúde. Já os países ricos oferecem
740 mais e melhores serviços, mas há necessidade de focalizar o gasto, acentuar a prevenção e garantir
741 instituições efetivas (Maureen Lewis, PhD, Departamento de Pesquisas Banco Mundial - 2009).
742 Detalhou como se dá a estratégia de execução da assistência: **a)** países desenvolvidos - coordenação
743 muito tênue, descentralização e orientado para demanda e tecnologia; **b)** Brasil - coordenação
744 centralizada, estrutura pública de saúde (SUS), ações descentralizadas e ações normativas; e **c)** países
745 em estágios iniciais de desenvolvimento - forte centralização de ações e políticas, liderança pessoal e
746 recursos governamentais e externos. No caso do Sistema de Saúde Brasileiro, detalhou os
747 componentes: SUS: primário, secundário e terciário (alto custo/complexidade); saúde suplementar
748 (*primário < secundário > terciário / internação < ambulatório*); estatal; e ministérios militares. Mostrou
749 quadro da distribuição ambulatorial e hospitalar do país, explicando que são mais de 347
750 estabelecimentos registrados no CNES, 74% dessa de natureza não pública. Destacou que o SUS
751 representa 75% da oferta de serviços, no entanto, é majoritariamente não-público (os 25% representam
752 hospitais universitários). No caso da produção hospitalar e ambulatorial, disse que, do total de quase
753 R\$ 4 bilhões de procedimentos no SUS, o serviço público fica com menos de 50% do total aplicado
754 (esfera federal). Lembrou as fontes de financiamento do SUS: ressarcimento por produção (tabela),
755 incentivos, orçamentos públicos (unidades próprias – municipais/estaduais/federais), investimentos
756 (convênios), beneficência, filantropia (inclusive pelo Proadi), captação social (inclusive pelo Pronon),
757 trabalho voluntário, dupla porta (SUS e não SUS) e isenção de imposto de renda (planos e seguros de
758 saúde). Nesse contexto, fez um destaque para a judicialização que representa R\$ 1,7, milhão na área
759 da saúde, com forte impacto no financiamento do Sistema. Lembrou a base legal do SUS: Portaria
760 GM/MS 321/2007 - institui a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais
761 Especiais – OPM do Sistema Único de Saúde – SUS; Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de
762 setembro de 2017, que dispõe sobre a consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos
763 usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde – Seção VII Da
764 Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema
765 Único de Saúde SUS – Art. 324; Portaria GM/MS 1.541/2007 – prorroga a Implantação da Tabela de
766 Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de
767 Saúde – SUS para janeiro de 2008; Portaria GM/MS 2.848/2007 – Publica a Tabela de Procedimentos,
768 Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde – SUS.
769 Também fez referência ao SIGTAP, ferramenta que permite o acompanhamento sistemático, inclusive
770 com série histórica, das alterações realizadas em cada competência mensal, detalhando os atributos
771 dos procedimentos, compatibilidades e relacionamentos ([disponível em: http://sigtap.datasus.gov.br](http://sigtap.datasus.gov.br)).
772 Lembrou que a Tabela de Procedimentos é composta por oito grupos e contempla 4.579

773 procedimentos. Acrescentou que os valores no SIGTAP são os federais, repassados pelo MS a estados
774 e municípios pios. Frisou que o SUS não se resume à “tabela” - a saúde suplementar funciona dessa
775 maneira – e que é necessário entender a diferença entre procedimento e AIH e que procedimento não
776 significa atendimento. Diante desse panorama, destacou a complexidade do SUS, sistema que deve
777 garantir a cobertura universal e pontuou que um dos problemas desse sistema refere-se a diagnóstico.
778 Por fim, apresentou os caminhos que têm sido adotados: observar a Relação de Ações e Serviços de
779 Saúde (RENASES), recuperando o que se define como “mínimo vital” em uma Política Pública de
780 Seguridade Social, como direito do cidadão e dever do Estado; evitar que o SUS seja complementar da
781 Saúde Suplementar, como ocorre hoje; prevenir a dupla cobrança ou o duplo financiamento dos
782 mesmos serviços prestados a um mesmo usuário; e considerar a experiência de outros países com
783 cobertura mista para a prestação de serviços de saúde (Canadá, Austrália, Singapura, Alemanha e
784 outros). Na sequência, a Presidente da ABRASCO, **Gulnar Azevedo e Silva**, fez uma abordagem
785 sobre os desafios do Sistema Único de Saúde. Iniciou sua exposição com a citação de Paim (2018) “O
786 SUS realmente existente, com todas as suas dificuldades e fragilidades, produziu conquistas e
787 resultados significativos nessas três décadas. A sua institucionalidade pode ser realçada pelos seus
788 gestores, pelo Ministério Público, conselhos de saúde e trabalhadores favorecendo a resistência contra
789 o seu desmonte.” Seguindo, falou sobre a eficiência do SUS, explicando que o Brasil investe 9,3% do
790 PIB em saúde (EUA 16,4%, RU 7,11%) e 54% do gasto em saúde é direcionado ao setor privado que
791 cobre 25% população. Assim, com 46% do orçamento, o SUS cobre 75% população, o que demonstra
792 a eficiência deste Sistema. De outro lado, apresentou dados sobre a taxa de cobertura por planos
793 privados de saúde: beneficiários em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia -
794 2008 = 21,4% e 2018 = 24,4%; e beneficiários em planos privados exclusivamente odontológicos - 2008
795 = 5,3% e 2018 = 12,1%. Detalhando a taxa de cobertura de planos privados por estado, disse que há
796 menos beneficiários em locais com menor poder aquisitivo e Sul e Sudeste possuem maiores taxas.
797 Por outro lado, disse que as pessoas não costumam ter planos privados de saúde em locais onde o
798 SUS funciona efetivamente. Mostrou dados também sobre a oferta de serviço de saúde: **a)**
799 Estabelecimentos de saúde - 1981: 21.532, 2017: 129.544, UBS (99,2% públicas) - clínicas (86,7%
800 privadas), (Hospitais: 5.660 – 6.794); **b)** Médicos - 1980: 111.000, 2017: 447.000 (razão médico/1000
801 habitantes 0,94/1000 – 2,15/1000); **c)** Enfermeiros - 2007: 90.000, 2017: 230.000; **d)** Dentistas - 2007:
802 78.000 e 2017: 127.000. Também apresentou dados sobre o acesso aos serviços de saúde: **a)** pessoas
803 que consultaram médico nos últimos 12 meses: - 1998: 54,7% e 2013: 71,2%; **b)** consultas
804 odontológicas - 1981: 17,3% e 2013: 44,4%; **c)** Atenção básica - cobertura populacional 2015: ESF:
805 59,9% e Equipes de atenção básica: 63%. Explicou que o SUS atual é fragmentado, possui precária
806 governança na lógica de redes de atenção integral e enfrenta desmonte das Políticas Nacionais de
807 Saúde. Destacou que são exemplos de desmonte: Política Nacional de Atenção Básica - PNAB
808 aprovada e publicada em 2006 e 2012> expansão e qualificação do sistema; Modificações aprovadas
809 pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT): retrocesso deixando a cargo de cada município modelo e
810 as estratégias de organização da atenção primária; e Política Nacional de Saúde Mental – PNSM,
811 contrarreforma definida em 2017 pelo MS. No que diz respeito à reconstrução da institucionalidade do
812 SUS, apresentou as seguintes sugestões de Gastão Wagner: prosseguir com a reforma do Estado e do
813 modelo de gestão; construir desenho organizacional dentro da racionalidade da coisa pública (centrado
814 nas necessidades de saúde que possa operar com autonomia em relação ao mercado, Poder Executivo
815 e partidos políticos; garantir sistema autárquico em cogestão entre federados, trabalhadores e usuários;
816 assegurar maior capacidade de fiscalização e participação efetiva na gestão, planejamento e avaliação;
817 ampliar a integração sistêmica do SUS: rever a dinâmica de centralização e descentralização (Políticas
818 Nacionais de Saúde aprovadas pelos organismos de cogestão do SUS (Conferências, Conselhos e
819 Comissões Tripartites); garantir legislação que reduza os cargos de confiança ou de livre provimento;
820 construir Regiões de Saúde (atualmente divisão em 437; necessárias 200 ou 250); assegurar funções
821 de gestão e não somente negociação e planejamento (criação de Fundo Regional de Saúde)
822 responsáveis pela gestão da média e alta complexidade e da vigilância em saúde; e modificar as
823 normas operacionais do SUS criando uma autoridade sanitária em cada Região de Saúde e uma
824 estrutura de administração com aporte de pessoal e recursos dos estados e dos municípios. Ainda a
825 respeito do tema, citou a afirmação de Nelson Rodrigues dos Santos, 2018; que resume o SUS 30 anos
826 - o início, a caminhada e o rumo: “Se o Estado sabota o SUS, resta à sociedade civil lutar pela RSB e
827 por um sistema de saúde universal, público, de qualidade e efetivo, cabendo ao movimento sanitário
828 contribuir para imprimir um caráter mais progressista à *revolução passiva* brasileira”. Finalizando, falou
829 sobre a mortalidade materna e infantil, destacando que estão associadas aos fatores socioeconômicos
830 (mortalidade pós-neonatal – após 28 dias e crianças morrendo de diarreia). Nessa linha, afirmou que é
831 fundamental continuar a luta pela igualdade de todos os brasileiros e fortalecer a marca SUS no Brasil.
832 **Manifestações.** Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**, após saudar as expositoras pelas
833 abordagens, ressaltou que, entre outros aspectos, o SUS precisa de propriedade coletiva (ou seja, cada
834 um precisa sentir-se dono do Sistema) e afirmar-se por se tratar de uma política contra hegemônica. No
835 seu modo de ver, é preciso resgatar o protagonismo na construção do Sistema que se perdeu ao longo
836 dos últimos anos. Nessa linha, frisou que é importante investir na formação de profissionais de saúde
837 para que assumam e defendam o SUS e ofereçam saúde integral e de qualidade à população.

838 Conselheiro **Luiz Carlos Medeiros de Paula** destacou que o SUS também enfrenta o problema de
839 gestão nas três esferas de governo e fez referência à fala do Secretário de Saúde de OSASCO contra o
840 SUS. Salientou que é preciso fortalecer o controle social e o SUS, bem como priorizar a promoção e
841 prevenção em saúde. Conselheiro **Cláudio Ferreira do Nascimento** avaliou que as apresentações
842 foram importantes para nortear o debate sobre o modelo apropriado (SUS) para atender as
843 necessidades da população. Ponderou que o gasto público em saúde do Brasil é pequeno comparado
844 aos países com sistemas universais de saúde. Nessa linha, disse que é importante fortalecer a luta em
845 defesa do SUS, público, universal e estatal e garantir investimento público do Estado que assegure o
846 funcionamento do Sistema. Reconheceu que há problemas de gestão, todavia, identificou que a
847 principal dificuldade refere-se à falta de recursos que permitam organizar os serviços. Como
848 encaminhamento, sugeriu aprofundar o debate sobre modelo do SUS, com enfoque inclusive no
849 orçamento necessário para atender as necessidades da população. Conselheiro **Márcio Florentino**
850 **Pereira** salientou que o debate apontou a necessidade de enfrentar o elemento da “desigualdade”, em
851 todas as dimensões, porque é determinante de problemas seja no acesso aos serviços, na distribuição
852 de recursos ou na formação profissional na área da saúde. Além disso, ressaltou que é preciso reforçar
853 a regulação do SUS para o conjunto dos serviços privados subordinados ao Sistema, a fim de não cair
854 na armadilha do debate da gestão da eficiência. Além disso, salientou que é necessário perceber que a
855 lógica do neoliberalismo é global e é preciso enfrentá-lo para evitar a desregulamentarização do SUS e
856 permitir a entrada de rede estrangeira de serviços de saúde, conforme ocorreu em Portugal. Por fim,
857 disse que o SUS é a trincheira de resistência, portanto, é necessário fortalecê-lo e reafirmá-lo.
858 Conselheira **Elaine Junger Pelaez** somou-se às falas anteriores e pontuou como desafio a ser
859 enfrentado o fortalecimento do projeto de reforma brasileira, do SUS e suas ações e dos espaços
860 democráticos de participação social (espaço de resistência popular) – Conselhos, fóruns. Além desses
861 aspectos, frisou que é fundamental lutar pela revogação das reformas aprovadas na saúde (atenção
862 básica e saúde mental) e da EC n° 95 e promover disputa no campo da ideologia, inclusive para
863 reverter a naturalização da desigualdade, que tem classe e cor. Conselheira **Maria da Conceição Silva**
864 salientou que a adoção de medidas, a exemplo da aprovação da PNAB e do enfraquecimento do
865 Programa Bolsa Escola, trouxe sérios prejuízos à população e, de certo modo, justifica os altos índices
866 de mortalidade materna e infantil. Nesse cenário de perdas, é preciso considerar ainda a
867 mercantilização da saúde como alternativa para substituição do SUS e os efeitos danosos da EC n°
868 95. Como saída, frisou que é preciso envolver a participação popular para defesa do SUS e da
869 democracia. Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura Junior** também manifestou preocupação com a
870 situação do país, com destaque para o aumento da taxa de desemprego e a possibilidade de o Brasil
871 voltar para o mapa da fome. Avaliou que o desfinanciamento das políticas sociais, acirrado pela EC n°
872 95, impede o projeto nacional de desenvolvimento e o avanço do SUS e das políticas sociais. Nessa
873 linha, disse que a 16ª Conferência é crucial para fortalecer o movimento em defesa da saúde, das
874 políticas sociais e definir modelo de desenvolvimento e do SUS que se deseja para o país. Por fim,
875 destacou que é preciso envidar esforços para fortalecer a indústria da saúde e não da doença, com
876 foco na atenção básica, pois há um mercado da saúde que não prioriza a prevenção. Conselheira
877 **Maria Leitão Bessa** destacou que a situação é complexa e destacou o problema da falta de campo de
878 prática e de atuação dos profissionais de saúde. Conselheira **Lenir Santos**, entre os sérios problemas
879 a serem enfrentados, citou a falta de conhecimento em relação ao SUS, inclusive por parte dos
880 profissionais de saúde. Lembrou que o SUS está garantido na Constituição Federal (art. 196) como
881 cláusula pétrea, portanto, não pode ser modificado. Acrescentou que o art. 198 define o tripé de
882 organização do sistema – integração dos serviços federativos de todos os Entes e níveis de
883 complexidade. Frisou que esses argumentos podem ser utilizados para defesa e fortalecimento do
884 Sistema. Conselheira **Simone Leite** avaliou que é necessário rever o modelo de assistência prevalente
885 no SUS, que prioriza a doença e não a prevenção e amplia a demanda da alta e média complexidade.
886 Na lógica da mudança desse modelo, defendeu a implementação das práticas integrativas e
887 complementares de saúde que contribui para melhorar o atendimento de forma integral e o
888 fortalecimento da Política de Educação Popular que prioriza a prevenção e a promoção da saúde.
889 Conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo** agradeceu as expositoras e apontou como desafios
890 esclarecer a população sobre o SUS e garantir a formação profissional no SUS e para o Sistema, de
891 acordo com o que o MEC preconiza e o MS necessita. O Presidente do CNS também agradeceu a
892 presença das expositoras e avaliou que a existência do SUS é resultado de muito esforço e de forte
893 resistência. Destacou que o Sistema é responsável pela assistência e prestação, mas deve contemplar
894 os aspectos da regulação e da prevenção. Nessa linha, ao debater os aspectos da assistência, disse
895 que é preciso integrar aspectos da promoção, proteção, recuperação, prevenção e regulatórios.
896 Conselheiro **André Luiz de Oliveira** saudou as expositoras e focou a sua fala na tabela do SUS. Falou
897 sobre a dificuldade de pagamento de procedimentos, segundo a tabela, como cirurgia múltipla e
898 procedimentos sequenciais e perguntou qual o valor pago pelo parto normal e pela cesárea, segundo a
899 tabela. Além disso, apresentou a seguinte proposta de encaminhamento: que fosse definido prazo – a
900 cada três ou cinco anos – para atualização da tabela do SUS (procedimentos e valores). **Retorno da**
901 **mesa.** A Presidente da ABRASCO, **Gulnar Azevedo e Silva**, pontuou os seguintes aspectos a partir
902 das falas: importância da reconstrução da reforma sanitária; o Brasil vive um momento de “mal estar

social”, portanto, tudo fica mais complicado; MEC e Ministério da Saúde precisam trabalhar em conjunto na revisão da formação de profissionais de saúde, pois hoje profissionais são formados em sistema tradicional elitista para atender na atenção básica; o controle social é essencial no processo de defesa do SUS – CNS dá capilaridade aos debates; o SUS é subfinanciado e é preciso regulamentar o setor privado; a gestão do SUS, de fato, precisa ser pensada; e é preciso trabalhar de forma participativa e democrática em todos os espaços. Por fim, colocou a ABRASCO à disposição para continuar este debate e para fortalecer, cada vez mais, o SUS. A Chefe de Gabinete da SAS/MS, **Maria Inês Gadelha**, pontuou os seguintes aspectos: saúde suplementar – não é sistema, mas sim setor de mercado composto por um conjunto de operadoras; é preciso acabar com a ideia de “preventivo/curativo” – contraponto: promoção e prevenção da saúde; cirurgia múltipla (visa o tratamento do doente com várias doenças ou condições diferentes) e procedimentos sequenciais (um ato operatório se segue a outra) – são regulados: número máximo de procedimentos, percentual de valores; a alteração da tabela do SUS implica em avaliação de tecnologia, portanto, é difícil pensar em prazo para atualização (a CONITEC atua a partir de demanda); a função maior da tabela é informação (no seu ponto de vista, deveria ser zerada e as instituições financiadas conforme é feito com as UPAS). Conselheiro **André Luiz de Oliveira** destacou que a tabela precisa ter uma boa descrição dos atendimentos, inclusive para não dificultar o faturamento, por exemplo. Retirou a sua proposta de encaminhamento, por entender que pode ser definida proposição em outro momento, com maior sustentação, para avançar na defesa, valorização e consolidação do SUS. Disse que este é o início do debate deste tema que está integrado a outros itens da pauta. Por fim, agradeceu a presença das convidadas e registrou que a Confederação Nacional da saúde foi convidada, mas não enviou representante. **ITEM 6 – 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE E 6ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA - Coordenação: Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS; e conselheiro **Rildo Mendes**, da Mesa Diretora do CNS. **16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE** – Neste ponto, conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, submeteu à apreciação do Pleno a minuta de resolução que aprova a composição da Comissão Organizadora da 16ª Conferência Nacional de Saúde. O texto é o seguinte: “Resolução CNS. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Nona Reunião Ordinária, realizada nos dias 12 e 13 de setembro de 2018, e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando a Constituição Federal de 1988 que, em seu Art. 198, III, dispõe que a participação da comunidade é uma das diretrizes organizadoras do Sistema Único de Saúde (SUS); considerando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe que a participação da comunidade na gestão do SUS é um requisito essencial, a ser exercido nos Conselhos de Saúde e também nas Conferências de Saúde enquanto instância colegiada a se reunir a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes; considerando que o Decreto nº 9.463, de 8 de agosto de 2018, publicado no Diário Oficial da União nº 153, quinta-feira, 9 de agosto de 2018, seção 1, página 05, convoca a 16ª Conferência Nacional de Saúde (16ª CNS=8ª+8); considerando a Resolução CNS nº 594, de 9 de agosto de 2018 que prevê em seu Art. 16, que dispõe sobre a composição da Comissão Organizadora da 16ª Conferência Nacional de Saúde (16ª CNS=8ª+8); considerando os debates acerca da composição da Comissão Organizadora da 16ª CNS=8ª+8 ocorridos na 308ª Reunião Ordinária do CNS, realizada nos dias 8 e 9 de agosto de 2018, e da 139ª Reunião Ordinária da Mesa Diretora do CNS, ocorrida nos dias 30 e 31 de agosto de 2018; e considerando a necessidade de observar os procedimentos e os prazos previstos para o encaminhamento das atividades relativas à organização da 16ª CNS=8ª+8. Resolve: Art. 1º Aprovar a composição da Comissão Organizadora da 16ª Conferência Nacional de Saúde, nos seguintes termos: §1º Membros da Mesa Diretora: I – Ronald Ferreira dos Santos; II – Francisca Rêgo Oliveira Araújo; III – Rildo Mendes; IV – Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro; V – Geordecio Menezes de Souza; VI – André Luiz de Oliveira; VII – Neilton Araujo de Oliveira; VIII – Nelson Augusto Mussolini. §2º Membros das Comissões Intersetoriais do Conselho Nacional de Saúde: I – Zaira Maria Tronco - Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição (CIAN); II – Priscilla Viegas Barreto de Oliveira - Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência (CIASPD); III – Moyses Toniolo de Souza - Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde de Pessoas com Patologias (CIASPP); IV – Geraldo Adão Santos - Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde nos Ciclos de Vida (CIASCV); V – Lenise Aparecida Martins Garcia - Comissão Intersetorial de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica (CICTAF); VI – Sueli Terezinha Goi Barrios - Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o Controle Social do SUS (CIEPECSS); VII – Tathiane Aquino de Araújo - Comissão Intersetorial de Políticas de Promoção da Equidade (CIPPE); VIII – Simone Maria Leite Batista - Comissão Intersetorial de Promoção, Proteção e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (CIPPSPICS); IX – Cláudio Ferreira do Nascimento - Comissão Intersetorial de Saúde Bucal (CISB); X – Carmen Lucia Luiz - Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (CISMU); XI – Vânia Lúcia Ferreira Leite - Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI); XII – Shirley Marshal Diaz Morales - Comissão

968 Intersetorial de Saúde Suplementar (CISS); XIII – Fernando Zasso Pigatto - Comissão Intersetorial de
969 Vigilância Em Saúde (CIVS); XIV – Douglas Vinicius Pereira - Comissão Intersetorial de Recursos
970 Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT); XV – Denise Torreão Corrêa da Silva - Comissão
971 Intersetorial de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (CISTT); XVI – Wanderley Gomes da Silva -
972 Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento (COFIN); XVII – Antonio Pitol - Comissão
973 Intersetorial de Saúde Mental (CISM); XVIII – Francisca Valda da Silva - Comissão Nacional de Ética
974 em Pesquisa (CONEP); XIX – Representante a ser indicado(a) pelo Conselho Nacional de Secretários
975 de Saúde (CONASS); XX – José Eri Osório de Medeiros - Conselho Nacional de Secretarias Municipais
976 de Saúde (CONASEMS); XXI – Representante a ser indicado (a) pelo Ministério da Saúde. Art. 2º
977 Alterar o Art. 16 da Resolução CNS nº 594, de 9 de Agosto de 2018, apenas nos seguintes termos:
978 onde se lê “[...] será composta por 26 (vinte e seis) membros [...]”, leia-se “[...] será composta por 29
979 (vinte e nove) membros [...]”. RONALD FERREIRA DOS SANTOS. Presidente do Conselho Nacional de
980 Saúde. Homologo a Resolução CNS nº 000, 13 de setembro de 2018, nos termos do Decreto de
981 Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.” Acrescentou que o número de integrantes foi
982 ampliado por conta da inclusão das representações do CONASS, CONASEMS e MS. Por fim, destacou
983 a orientação aos conselhos estaduais de saúde que promovam debate com os candidatos ao governo
984 que disputarão o segundo turno das eleições sobre os compromissos com o SUS. Conselheiro **Haroldo**
985 **de Carvalho Pontes** perguntou como ficará a situação da comissão organização após o processo
986 eleitoral do CNS, que modificará a composição do Conselho. Em resposta, o Presidente do CNS
987 explicou que, nos termos do Regimento Interno da 16ª Conferência, já aprovado, os integrantes
988 permanecerão na comissão organizadora ainda que não sejam eleitos para novo mandato (“*art. 16,*
989 *inciso II, §4º Os membros a que se refere o caput deste artigo permanecerão na Comissão*
990 *Organizadora, após a finalização do triênio 2015-2018, ainda que não tenham mandato renovado no*
991 *Pleno do CNS*”). Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** informou que a indicação dos representantes
992 do Ministério da Saúde seria feita naquele dia. **Deliberação: aprovada, com uma abstenção, a**
993 **minuta de resolução que aprova a composição da Comissão Organizadora da 16ª Conferência**
994 **Nacional de Saúde. 6ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA –** Conselheiro **Rildo**
995 **Mendes**, da Mesa Diretora do CNS, fez um informe geral sobre o processo preparatório da 16ª
996 Conferência de Saúde Indígena, recuperando aspectos já definidos. Começou lembrando o calendário
997 da 6ª CNSI: **a)** Etapas locais e distritais: até 31 de dezembro de 2018; **e b)** Etapa nacional: 27 a 31 de
998 maio de 2019. Aproximadamente 300 conferências locais programadas e cerca de 90 já realizadas.
999 Lembrou os eixos temáticos e sub-eixos: **I - Articulação dos sistemas tradicionais indígenas de**
1000 **saúde:** Implantação de farmácias vivas e hortos de plantas medicinais. Práticas de cura e autocuidado
1001 com especialistas tradicionais. Identificação e notificação dos tratamentos tradicionais. Articulação da
1002 biomedicina com a medicina tradicional, respeitando os itinerários terapêuticos. **II - Modelo de atenção**
1003 **e organização dos serviços de saúde:** Atenção diferenciada. Indígenas em diferentes contextos:
1004 aldeados, contexto urbano, isolados e de recente contato, e em situações de vulnerabilidade. Criação
1005 de novos distritos. Média e alta complexidade. Produção de conhecimento. Sistema de informação e
1006 monitoramento das ações de saúde. **III - Recursos humanos e gestão de pessoal em contexto**
1007 **intercultural:** Força de trabalho para atuar em contexto intercultural (categorias). Educação
1008 permanente para profissionais (contexto intercultural), e AIS e AISAN. Condições adequadas de espaço
1009 físico, logística e insumos para a qualidade do desenvolvimento do trabalho. Saúde do trabalhador. **IV -**
1010 **Infraestrutura e Saneamento:** Infraestrutura dos estabelecimentos da saúde indígena. Saneamento
1011 dos territórios indígenas (água, esgoto, resíduos sólidos (lixo)). **V – Financiamento:** Utilização do PAB
1012 Fixo e demais recursos da saúde dos municípios no atendimento diferenciado a indígenas,
1013 especialmente em contexto urbano. Aumento orçamentário e financeiro da saúde indígena. **V –**
1014 **Financiamento:** Estratégias para qualificar a gestão e aumentar a capacidade de execução
1015 orçamentária. Critérios de distribuição dos recursos orçamentários e financeiros. Política de assistência
1016 farmacêutica. **VI - Determinantes Sociais de Saúde:** Regularização e proteção das terras indígenas, e
1017 reconhecimento dos territórios indígenas em contexto urbano. Cuidados ambientais, áreas degradadas,
1018 e faixa de proteção das Terras Indígenas. Sustentabilidade familiar. Segurança alimentar e nutricional.
1019 Suicídio, alcoolismo e dependência química. **VII - Controle Social e Gestão Participativa:** Controle
1020 Social e Gestão Participativa. Instâncias de Controle Social da Saúde Indígena: FPCondisi, CONDISI,
1021 CLSI e CISI. Independência administrativa do controle social em relação à administração (SESAI, DSEI,
1022 Polo Base e políticos locais). Educação permanente dos conselheiros da saúde indígena. Em relação
1023 ao processo preparatório, destacou os documentos a publicar: Regimento interno da 6ª CNSI
1024 (responsabilidade CNS); Regulamento da etapa nacional da 6ª CNSI (responsabilidade CNS); e
1025 publicação do Comitê Executivo da 6ªCNSI (responsabilidade CNS). Também mostrou a composição
1026 das comissões – comissão organizadora, Comissão de Comunicação e Informação, Relatoria – e do
1027 comitê executivo. Em seguida, apresentou o calendário das próximas reuniões da Comissão
1028 Organizadora e das comissões temáticas: 1º de outubro de 2018: 2ª Reunião da Comissão de
1029 Comunicação e Informação e 1ª reunião da Comissão de Relatoria; 2/10/2018 – 4ª reunião da
1030 Comissão Organizadora; 3/10/2018 – reunião com os 34 relatores gerais das etapas distritais;
1031 6/11/2018 - 5ª Reunião da Comissão Organizadora; e 4/12/2018 – 6ª Reunião da Comissão
1032 Organizadora. Também apresentou os canais de divulgação da Conferência:

1033 <https://6cnsi.wordpress.com/>; *Twitter*; *WhatsApp*. Finalizando, disse que a Política de Atenção aos
1034 Povos Indígenas está sendo atualizada a fim de ser apreciada e aprovada ao final da 6ª Conferência.
1035 No mais, disse que a conferência não contará com o suporte do DATASUS para o uso do
1036 SISConferência, portanto, a SESAI está desenvolvendo sistema para utilizar nas etapas distritais.
1037 Também disse que será apresentado calendário das etapas distritais na próxima reunião do CNS para
1038 que os interessados possam acompanhar. O Presidente do CNS frisou a importância do envolvimento
1039 de todos no processo preparatório da 16ª CNS e da 6ª CNSI. Avaliou que é preciso pautar debate de
1040 temas que ainda não ganharam consistência e, nessa linha, sugeriu pautar debate sobre direito à
1041 saúde, direito da população negra e direito das pessoas com deficiência. **ITEM 7 – EXTENSÃO**
1042 **UNIVERSITÁRIA E O SEU PAPEL NO DESENVOLVIMENTO E NA DEFESA DO SUS -**
1043 *Apresentação:* **Silvia Ribeiro de Souza**, Coordenadora de Extensão da Faculdade de Ciências da
1044 Saúde - UnB; **Ioná Vieira Bez Birolo**, Professora da Universidade do Extremo Sul Catarinense –
1045 UNESC; **Maria Aparecida Timo**, representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação
1046 em Saúde – SGTES/MS; **Thais Mendonça de Souza**, SGTES/MS; e conselheira **Francisca Valda da**
1047 **Silva**, representante da Rede Unida. *Coordenação:* conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**, da Mesa
1048 Diretora do CNS. Nas considerações iniciais, conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** destacou a
1049 importância de pautar este tema para debate no CNS dada a sua relevância para o SUS e, na
1050 sequência, franqueou a palavra para as convidadas. A primeira expositora foi a professora da UNESC,
1051 **Ioná Vieira Bez Birolo**, representando a Prof. Dra. Luciane B. Ceretta e a reitora Prof. Dra. Indianara
1052 R. Toreti, Pró-Reitora Acadêmica, que apresentou a experiência da UNESC na extensão universitária e
1053 o seu papel no desenvolvimento e na defesa do SUS. Inicialmente, explicou que a UNESC possui mais
1054 de 13 mil estudantes em 42 diferentes cursos de graduação, com formação voltada para a realidade do
1055 SUS e egressos inseridos em diferentes espaços do Sistema. Além disso, a extensão faz parte da
1056 essência da Universidade devido a forte inserção na comunidade e a vinculação aos currículos. Citou
1057 projetos com parcerias externas que fazem parte da extensão da UNESC: **a)** PET Saúde: Programa de
1058 Educação pelo Trabalho na Saúde; **b)** Pró-Saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação
1059 Profissional em Saúde; **c)** VIVERSUS; e **d)** Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva. Explicou
1060 que são mais de 200 projetos de extensão com editais próprios que fazem interlocução com o SUS e os
1061 alunos apresentam mudanças substanciais após participarem desses programas. Desses projetos,
1062 citou os seguintes: Farmácia solidária - objetivo: promover o uso racional de medicamentos por meio
1063 dos serviços clínicos farmacêuticos através da integração entre ensino serviço e comunidade; Troca de
1064 saberes sobre plantas medicinais na atenção primária à saúde: aspectos botânicos agroecológicos,
1065 terapêuticos e nutricionais - objetivo: promover o uso racional das plantas medicinais, bem como o
1066 autocuidado e autonomia em relação a prática da Fitoterapia por meio da troca de
1067 saberes/conhecimentos entre a Universidade, Serviços de Saúde e usuários da Unidade Básica de
1068 Saúde Santa Luzia (Criciúma – SC); Educação em saúde: cuidado compartilhado às pessoas com
1069 autismo - objetivo: desenvolver ações de educação em saúde na Associação de Pais e Amigos dos
1070 Autistas – AMA-REC; Núcleo de Atenção Interdisciplinar à Saúde em Oncologia – NAISO - objetivo:
1071 identificar, sugerir e prestar ações para melhorar continuamente a experiência do momento do
1072 diagnóstico ao pós-tratamento oncológico, das pessoas e seus familiares em um serviço de apoio
1073 oncológico, da região Sul de Santa Catarina. Além desses programas, citou: Culinária Profissional e
1074 Segurança Alimentar para Mulheres Privadas de Liberdade; Programa de saúde sobre estilos de vida
1075 saudável para mudança de comportamentos de adolescentes escolares; Programa de atenção
1076 Multidisciplinar a saúde do Idoso – PAMSI; Programa de Atenção Materno Infantil – PAMIF; Grupo de
1077 Cuidadores Bem Viver com Alzheimer; Atenção à saúde da pessoa Estomizada; e Conscientização de
1078 cirurgiões dentistas sobre a notificação de violências. Também falou sobre as clínicas integradas,
1079 contemplando: Ambulatório de Feridas; Farmácia Escola; NUPREVIPS; e PAMGC (todos em parceria
1080 com o município). Também citou as iniciativas: Casa da cidadania: unidade judiciária de cooperação;
1081 Programa Território Paulo Freire; Museu de Zoologia; e Núcleo de Empreendedorismo. Falou ainda da
1082 disciplina de interação comunitária, explicando que a UNESC procura estabelecer relações que
1083 conectem o educando com o meio externo que o cerca, como futuro cenário de inserção para o
1084 exercício da cidadania e de sua profissão. Neste sentido, desde as fases iniciais, os cursos da saúde
1085 realizam diagnóstico de vida e saúde nas comunidades. Acrescentou que a disciplina de Interação
1086 Comunitária faz parte do núcleo comum dos cursos da saúde e contempla em sua ementa a proposta
1087 dialógica com o meio externo, com a comunidade, visando uma formação cidadã, reflexiva e crítica das
1088 realidades e das necessidades da população e dos profissionais de saúde que farão parte destas
1089 realidades. Por fim, disse que a extensão universitária e seu papel no desenvolvimento e na defesa do
1090 SUS busca intervir no processo formativo para que a graduação desloque o atual eixo da formação,
1091 centrado na assistência individual, prestada em unidades especializadas, por um processo sintonizado
1092 com as necessidades sociais, levando em conta as dimensões históricas, econômicas e culturais da
1093 população. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** manifestou satisfação com a experiência rica da
1094 UNESC, inserida na comunidade e nos serviços, e avaliou que deve inspirar outros projetos. Saliu
1095 que o SUS não deve ser apenas um novo local de prática, mas sim uma “nova prática”, envolvendo
1096 profissionais e comunidade. A representante da SGTES/MS, **Maria Aparecida Timo**, falou, de forma
1097 geral, sobre as ações do Ministério da Saúde relativas à extensão, com destaque para o PET- Saúde e

1098 a Política de Educação Permanente. Para além desses projetos, explicou que a Secretara financia e
1099 apoia mestrado profissional em diversas áreas e está organizando catálogo dos cursos ofertados e
1100 financiados pela Secretaria de 2012 a 2018. Inclusive, colocou-se à disposição para apresentar esse
1101 catálogo ao CNS, assim que for concluído. Também fez referência ao AVA-SUS, uma plataforma de
1102 Educação a Distância do Ministério da Saúde, que permite a qualificação e atualização dos
1103 trabalhadores e profissionais de Saúde. Os cursos são disponibilizados gratuitamente e podem ser
1104 acessados por profissionais e técnicos, estudantes e gestores da área da saúde, bem como pelo
1105 público em geral. Continuando, a representante da SGTES/Ministério da Saúde, **Thaís Mendonça de**
1106 **Souza**, apresentou iniciativas para o fortalecimento do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-
1107 Saúde – COAPES, uma iniciativa de integração ensino-pesquisa. Na linha do fortalecimento do
1108 COAPES, destacou leis e Portarias Importantes que regulamentam o Contrato: Portaria Interministerial
1109 nº 1.127/MEC/MS, de 4 de agosto de 2015, “que institui as diretrizes para a celebração dos COAPES,
1110 para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único
1111 de Saúde (SUS); Portaria Interministerial nº 10/MEC/MS, de 20 de agosto de 2014, “que institui a
1112 Comissão Executiva dos COAPES e o Comitê Nacional dos COAPES; e Lei nº 12.871, de 22 de
1113 outubro de 2013, que institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de
1114 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Além disso, informou que está em
1115 elaboração, para ser publicada em breve, portaria que institui o Sistema de Monitoramento e Avaliação
1116 da Integração Ensino-Saúde (SIMAIES). Disse que será oferecido curso de 10 horas para utilização do
1117 SIMAIES no AVASUS, link: <https://avasus.ufrn.br/local/avasplugin/cursos/curso.php?id=145>. Além
1118 disso, comunicou que será elaborado “Curso de Capacitação de Preceptores, na perspectiva da
1119 utilização dos COAPES.”, em parceria com a Associação Brasileira de Educação Médica - ABEM,
1120 Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde - SGTES/MS e
1121 Universidade Aberta do SUS – UNASUS. Disse que a formação (aperfeiçoamento) terá duração de 8
1122 meses, com carga horária de 180 horas, na modalidade EAD, com oferta de 2.500 vagas, tendo como
1123 público alvo preceptores multiprofissionais do serviço. Disse que o objetivo do curso é capacitar
1124 preceptores multiprofissionais dotando-os de competências para a prática da preceptoría nos processos
1125 de integração ensino/serviço e educação interprofissional, como forma, inclusive, de ampliar a
1126 celebração de COAPES, instrumento essencial que busca quebrar obstáculos que se interpõem entre a
1127 academia e o serviço. Finalizou destacando que está em elaboração a Portaria/Edital para divulgação
1128 das ofertas das vagas e critérios de seleção dos preceptores. A representante da SGTES/MS, **Maria**
1129 **Aparecida Timo**, acrescentou que o COAPES se dá por adesão e ponderou que o número de
1130 contratos assinados é maior que o registrado (alguns contratos não são registrados no Sistema). Por
1131 essa razão, reiterou que será ofertado curso com duração de 10 horas para utilização do SIMAIES no
1132 AVASUS. Além disso, informou que o curso de capacitação de preceptores será oferecido para os que
1133 aderirem ao Programa. Por fim, disse que hoje há cerca de dez mestrados de qualificação de
1134 trabalhadores do SUS acontecendo no país. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** explicou que a
1135 partir da iniciativa positiva do COAP, foi pensado o COAPES na área da gestão e educação em saúde
1136 para orientar e regulamentar a cooperação entre governo e instituições de ensino. Salientou que a
1137 SGTES precisa estar atenta aos desafios como fixação profissional e solicitou que envie ao CNS as
1138 informações sobre SIMAE e edital. Na sequência, falou sobre o VER-SUS que faz parte de uma
1139 estratégia do Ministério da Saúde e do Movimento Estudantil da área da saúde de aproximar os
1140 estudantes universitários do setor aos desafios inerentes à consolidação do SUS em todo o território
1141 nacional. Disse que a Rede Unida retomou essa importante iniciativa que possibilita vivenciar os
1142 desafios, as dificuldades e os avanços deste Sistema. Feita essa contextualização, abriu a palavra à
1143 conselheira **Francisca Valda da Silva**, representante da Rede Unida, que fez uma apresentação
1144 detalhada sobre o Projeto Vivências e Estágios na Realidade do SUS - VER-SUS, iniciativa que surgiu
1145 da prerrogativa do SUS de ordenar a formação de recursos humanos. Explicou que o VER-SUS é um
1146 dispositivo de aprendizagem onde alunos/as de graduação (de qualquer curso, universidade e
1147 semestre) tem a oportunidade de experimentar o cotidiano do trabalho nos serviços de saúde.
1148 Acrescentou que, historicamente, trata-se de um dispositivo tendo à frente os Movimentos Estudantis,
1149 em articulação com secretarias (estaduais e municipais de saúde), universidades (Federal, estadual ou
1150 privada) e movimentos sociais. Disse que essa vivência se dá por meio de imersão e os alunos
1151 permanecem de sete a dez dias conhecendo a realidade do SUS. Explicou que o projeto VER-
1152 SUS/BRASIL pretende estimular a formação de trabalhadores para o SUS a partir dos princípios e
1153 diretrizes do sistema, entendendo estes como atores sociais, agentes políticos, portanto capazes de
1154 promover transformações. Contextualizando, disse que o VER-SUS surge como proposta do Ministério
1155 da Saúde logo no primeiro ano do governo em 2004, quando diversas vivências aconteceram como
1156 política pública nacional vinculada a um projeto mais amplo de mobilização de coletivos comprometidos
1157 com a mudança da formação em saúde. Destacou que as vivências iniciaram em 2004 e 2005,
1158 passando por um intervalo de interrupção até 2010 e sua retomada em 2011, por incentivo do Ministério
1159 da Saúde, especificamente pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) e Secretaria de Gestão do
1160 Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Acrescentou que, desde 2017, o VER-SUS ocorre por
1161 edição, financiada pela Organização Pan Americana de Saúde - OPAS, Ministério da Saúde e
1162 administrada, pedagógica e financeiramente, pela Associação da Rede Unida - REDE UNIDA. Detalhou

1163 que o VER-SUS é um dispositivo de vivência que permite experimentar novas aprendizagens a partir do
1164 cotidiano da rede de serviços. Baseia-se nas reais necessidades em saúde como princípios educativos
1165 na formação ética, política e social dos profissionais - aprendizagem significativa, pedagogia
1166 problematizadora, metodologias ativas, multiprofissionalidade, interdisciplinaridade e
1167 transdisciplinaridade. Disse que os cenários de aprendizagem são: Região de Saúde; Rede de
1168 Serviços; Mapa da Saúde; e Serviços de saúde nos três níveis de atenção (promoção, proteção e
1169 recuperação/reabilitação). Explicou ainda que é possível participar do Projeto das seguintes formas:
1170 viventes: estudantes de graduação, residentes na área da saúde, estudantes de ensino técnico na área
1171 da saúde e integrantes dos movimentos sociais; facilitadores: atores que já tiveram experiência no
1172 VER-SUS como viventes. A função dos facilitadores é mediar a relação entre os/as viventes e rede de
1173 serviços em saúde; e comissão organizadora local: Comissão formada preferencialmente por coletivos
1174 de estudantes, docentes, por representantes da saúde e representantes da Participação Popular da
1175 localidade onde as atividades serão propostas. Destacou que o projeto pode ser submetido através de
1176 chamada pública, publicada atualmente e divulgada pelo site OTICS; as comissões organizadoras
1177 locais podem encaminhar seus projetos, seja na modalidade Vivência e/ou Seminário. Nesse projeto
1178 deve constar os objetivos da vivência, metodologia, programação, termos de responsabilidade, e,
1179 preferencialmente, as contrapartidas de um ou três itens a seguir: alimentação, transporte e
1180 hospedagem. Mostrou um mapa com a ocorrência do VER-SUS – de 2012 a 2018, com destaque para
1181 o número de cursos participantes, sendo os três primeiros, na ordem, Enfermagem, Medicina e
1182 Psicologia. Também apresentou dados sobre o Mapa VER-SUS: viventes e facilitadores de 2012 a
1183 2018 por Região: Região Sul - 2.228 atores envolvidos; Região Sudeste - 1415 atores envolvidos;
1184 Região Nordeste - 3.769 atores envolvidos; Região Norte - 845 atores envolvidos; Região Centro-Oeste
1185 - 811 atores envolvidos. No que se refere à edição 2017/2018, detalhou os Projetos de vivência:
1186 abertura de Chamada Pública de Projetos: 60 projetos recebidos; Análise e Seleção de projetos
1187 (critérios estabelecidos no edital): 24 projetos homologados - Sul: 4 vivências e 196 participantes;
1188 Sudeste: 2 vivências e 63 participantes; Centro-Oeste: 2 vivências e 117 participantes; Norte: 11
1189 vivências e 221 participantes; Nordeste: 10 vivências e 418 participantes; e total de atores envolvidos:
1190 1.015. Falou ainda sobre os seminários, momento de reflexão acerca de temas relevantes para o VER-
1191 SUS/Brasil, tendo como ferramenta, entre outras, a Educação Permanente em Saúde. Disse que foram
1192 recebidos nove Projetos de Seminários e oito foram homologados: Roraima (de 9 a 10 de agosto), Rio
1193 Grande do Sul (a ser realizado), São Paulo, Mato Grosso, Maranhão, Minas Gerais, com total de 1.622
1194 atores envolvidos. A última expositora foi a professora, **Silvia Ribeiro de Souza**, Coordenadora de
1195 Extensão da Faculdade de Ciências da Saúde - UnB, que abordou as formas de integrar SUS e
1196 extensão. Começou destacando o artigo 196 da Constituição Federal Brasileira de 1988 “A saúde é
1197 direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à
1198 redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universitário e igualitário às ações e
1199 serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Além disso, citou o artigo 205 da Constituição
1200 Federal de 1988 “ A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e
1201 incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu
1202 preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho”. Fez um resgate das
1203 atividades de Extensão universitária brasileira – início do séc. XX: 1911 - Universidade de São Paulo;
1204 1920 - Escola Superior de Agricultura e Veterinária de Viçosa/MG; 1950 -1960 Movimentos Estudantis -
1205 forte compromisso social sem institucionalização da Extensão Universitária; 1966 – Projeto Rondon e
1206 Centro Rural de Treinamento e Ação Comunitária (CRUTAC); e 1987 - Fórum Nacional de Pró-Reitores
1207 de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras (FORPROEX), em novembro de 1987, I Encontro
1208 Nacional de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras. Lembrou a definição de
1209 extensão *universitária “sob o princípio constitucional da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e
1210 extensão, é um processo interdisciplinar, educativo, cultural, científico e político que promove a
1211 interação transformadora entre Universidade e outros setores da sociedade”*. Salientou que saúde é
1212 qualidade de vida e, portanto, deve estar vinculada aos direitos humanos, ao direito ao trabalho, à
1213 moradia, educação, alimentação e lazer. Sendo assim, a extensão torna possível, de forma eficiente,
1214 este acesso à população. Frisou que é preciso cuidar, mas, antes, garantir ações de promoção e
1215 prevenção. Fez um panorama da extensão em números: Centro-Oeste 2017: 3.515 ações; 1.347.951
1216 beneficiados; Decanato de Extensão UnB, no período de 2016-2018 - 324 ações extensionistas:
1217 saúde, direitos humanos, justiça, tecnologia e cultura; 190 mil pessoas envolvidas; 80 PEACs FCE
1218 (área de saúde); 54 PEACs FS - SIESCO (Sistema de Integração Ensino-Serviço-Comunidade e FS
1219 PROMOTORA de SAUDE; e 25 ações da FM. Para a Universidade de Brasília, a extensão é pilar
1220 fundamental para o fortalecimento do SUS, em todas as suas dimensões; a Universidade tem a
1221 oportunidade direta de exercer com excelência seu papel transformador por meio das ações
1222 extensionistas. Nessa linha, falou sobre a XVIII semana universitária da UnB, que ocorrerá de 24 e 28
1223 de setembro, com oficinas, palestras, debates e outras atividades. Concluiu a sua explanação com a
1224 seguinte frase de Paulo Freire “Com a extensão, poder-se-ia redimensionar a Universidade dentro de
1225 um projeto popular de educação” e acrescentou também “...projeto educação e *saúde*”. Concluídas as
1226 apresentações, o coordenador da mesa abriu a palavra para manifestações. **Manifestações.**
1227 Conselheiro **Antônio Pitol** saudou as expositoras e, no caso da UNESC, perguntou qual a orientação

1228 para o uso racional de plantas medicinais, bem como o cultivo, a coleta e o armazenamento.
1229 Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** também cumprimentou a mesa e manifestou satisfação com
1230 as iniciativas apresentadas. Salientou a importância dos trabalhadores conhecerem os desafios
1231 inerentes à consolidação do SUS em todo o território nacional. Conselheira **Clarice Baldotto** sinalizou
1232 a importância de os estudantes universitários dos cursos da saúde conhecerem mais de perto o SUS e,
1233 nessa linha, perguntou se há levantamentos dos 13 mil egressos do Programa VERSUS (onde foram
1234 inseridos no Sistema?). Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, avaliou que o
1235 CNS atingiu o objetivo deste ponto de pauta - conhecer experiências positivas que contribuem para
1236 garantir as transformações necessárias no setor saúde. Lembrou que um dos princípios do SUS é a
1237 participação da comunidade que foi organizada na Constituição Federal, por meio de conselhos e
1238 conferências de saúde. Nessa linha, frisou que é essencial priorizar a 16ª Conferência, que é a
1239 materialização da gestão participativa, com envolvimento das universidades. Seguindo essa linha,
1240 comunicou que foi assegurada suplementação de R\$ 9 milhões no orçamento do Conselho para
1241 lançamento de edital direcionado para as 68 universidades federais para que construam, em parceria
1242 com o CNS, projetos de extensão para auxiliar na construção da 16ª CNS em relação ao componente
1243 gestão participativa. Por fim, disse que está negociando com a SGTES recursos para que outras
1244 entidades também participem do processo de mobilização para a 16ª Conferência – PET gestão
1245 participativa. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** explicou que a intenção do projeto é garantir que
1246 universidades contribuam na mobilização da participação social para a 16ª CNS; a intenção, ao final, é
1247 construir rede de universidades para atuação de forma permanente. Comunicou que está tentando
1248 adotar essa iniciativa para mobilizar universidades da Região Norte a dinamizar a participação de
1249 entidades da região para a 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. Conselheira **Elaine Junger**
1250 **Pelaez** manifestou satisfação com as experiências de extensão como forma de integração ensino,
1251 serviço e comunidade na linha do fortalecimento do SUS. Lembrou que a extensão é uma política
1252 institucional para identificar e acompanhar as necessidades da sociedade e efetivar as funções da
1253 universidade. Solicitou manifestação sobre duas questões: corte e restrição de recursos para extensão
1254 e desvalorização da extensão em relação à pesquisa e ao ensino na universidade; e sujeitos envolvidos
1255 na extensão - pensar nos usuários do SUS – não ver a extensão como mero prestador do serviço, mas
1256 como interlocução com a sociedade na perspectiva de ação transformadora e relação ética e social que
1257 estabelece com os usuários. Conselheira **Vanja Andréa Reis dos Santos** salientou que a integração
1258 da comunidade e universidade é de suma importância e saudou as iniciativas apresentadas que vão
1259 nesse sentido. Também lembrou o compromisso social da universidade e desejou mais projetos para
1260 interagir com a problemática do SUS e possam construir rumo diferente. Conselheira **Maria da**
1261 **Conceição Silva** saudou a mesa por entender que respondeu às expectativas e fez dois
1262 questionamentos: as universidades utilizam sistema de cotas para negros, indígenas e sociais? Como
1263 se dá a relação da universidade com as comunidades remanescentes de quilombos (respeito aos
1264 saberes)? Conselheiro **Antônio Lacerda Souto** destacou a importância de estabelecer articulação da
1265 extensão com a atenção básica e sugeriu a definição de projeto de extensão para que a comunidade
1266 aprenda sobre saúde na universidade (Projeto Família Saúde, com base na educação popular e
1267 pedagogia da alternância) e leve o conhecimento para a comunidade, a exemplo do Projeto “Escola
1268 Família Agrícola”. Conselheira **Simone Maria Leite Batista** falou da experiência positiva do movimento
1269 nacional de extensão popular que está construindo política nacional de extensão popular e salientou a
1270 importância de fortalecer e ampliar essa iniciativa. Também frisou a importância de valorizar a extensão,
1271 inclusive com garantia de orçamento. Conselheiro **Márcio Florentino** frisou a importância da
1272 articulação saúde e educação como linha transformadora e estruturante do SUS. Disse participou da
1273 construção de dois importantes projetos, um deles o “Universidade Popular”, da Bahia, Sistema saúde
1274 escola: dois sistemas articulados juntos, representando educação e saúde sob novo parâmetro.
1275 Também manifestou satisfação com o anúncio da possibilidade de projetos do CNS com universidades
1276 para mobilização local e apoio às etapas municipais e estaduais da 16ª CNS e da 6ª CNSI. **Retorno**
1277 **da mesa.** O representante da representante da SGTES/MS, **Maria Aparecida Timo**, pontou os
1278 seguintes aspectos a partir das falas: o Projeto mais Médicos contempla programas de extensão e
1279 especialização; satisfação em constatar que há movimentos de aproximação da universidade com a
1280 sociedade e essas iniciativas precisam ser incentivadas; e à disposição para apresentar ao CNS o
1281 Catálogo de Especializações, tão logo esteja concluído. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**
1282 destacou a expectativa de que a SGTES contribua no sentido de firmar mais projetos com a
1283 universidade. Conselheira **Francisca Valda da Silva**, representante da Rede Unida, pontuou que: os
1284 desafios são grandes e necessitam do envolvimento de todos os setores; parceria com a universidade,
1285 por meio da extensão, é uma estratégia importante para alcançar resultados positivos para o SUS; o
1286 SUS é parte do território escola de saúde, portanto, é preciso qualificar essa rede escola; e o COAPES
1287 é importante para institucionalizar o papel da universidade na formação dos profissionais de saúde. A
1288 professora da UNESC, **Ioná Vieira Bez Birolo**, respondeu aos questionamentos destacando que:
1289 projeto plantas medicinais - multidisciplinar, trabalham com validação das plantas, informações clínicas,
1290 validação de aspectos científicos (RDC 26/2014, identificação botânica, fitoterapia, científica, tradicional
1291 e popular, cultivo é específico de cada planta; a UNESCO não dispõe de dados sobre os egressos dos
1292 projetos de extensão – está sendo feito levantamento; 13 mil alunos, mais de 200 projetos, de 400 a

1293 600 alunos; a Universidade sofreu corte nos recursos dos projetos de extensão, em 2017; e a
1294 Universidade não possui disputa de cursos (dificuldade de fechar turmas), portanto, não dispõe de
1295 sistema de cota – a escola possui secretaria de diversidade e minorias. Por fim, agradeceu a
1296 oportunidade de participar desse debate tão rico. A representante da ANDIFES, **Silvia Ribeiro de**
1297 **Souza**, pontuou os seguintes aspectos: é importante dar visibilidade às ações entendendo que é o
1298 caminho para valorizar a extensão; satisfação com a possibilidade de parceria das universidades com o
1299 CNS por entender que irá valorizar a extensão e dar retorno à comunidade; foram lançados três editais
1300 no final do primeiro semestre de 2018 – instituiu a semana universitária enquanto programa; casas de
1301 cultura – Oscar Niemayer e Darcy; a UnB possui sistema de cotas; interessante a possibilidade de criar
1302 editais específicos para áreas específicas do SUS; e integração social saúde e trabalho, com prioridade
1303 em comunidades em situação de vulnerabilidade e avanço na UnB – extensão passou a ter pontuação
1304 para progressão de carreira docente – valorizou a extensão. Por fim, agradeceu a oportunidade de
1305 participar desse debate e as ricas perguntas. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** agradeceu as
1306 expositoras e destacou que esse tema deve ser priorizado cada vez mais. Salientou que é preciso
1307 envolver a universidade nos debates, entendendo que essas instituições podem ser um instrumento de
1308 mobilização poderoso e ferramenta para dar retorno ao que foi produzido na 16ª CNS e 6ª CNSI. Com
1309 essa fala, encerrou o primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros e
1310 conselheiras: *Titulares* – **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB;
1311 **Antônio César Silva Mallet**, Ministério da Saúde; **Antônio Pitó**, Pastoral da Saúde Nacional; **Arilson**
1312 **da Silva Cardoso**, Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS; **Carlos de**
1313 **Souza Andrade**, Confederação Nacional do Comércio – CNC; **Cláudio Ferreira do Nascimento**,
1314 Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Dylon Ramos Bessa Júnior**, Organização
1315 Nacional de Entidades de Deficientes Físicos – ONEDEF; **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**,
1316 Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO; **Geordeci M. Souza**, Central Única dos
1317 Trabalhadores; **Heliana Neves Hemeterio dos Santos**, Associação Brasileira de Lésbicas, Gays,
1318 Bissexuais, Travestis e Transexuais – ABGLT; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **Antônio**
1319 **Lacerda Souto**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG; **Luiz Alberto**
1320 **Catanoso**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos - SINDINAPI/FS; **Luiz Aníbal**
1321 **Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Márcio Florentino Pereira**,
1322 Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO; **Maria do Carmo Tourinho Ribeiro**, Associação
1323 Brasileira de Autismo – ABRA; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes
1324 Sociais – FENAS; **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Rildo Mendes**, Articulação dos
1325 Povos Indígenas da Região Sul – ARPINSUL; **Vanja Andréa Reis dos Santos**, União Brasileira de
1326 Mulheres – UBM; **Wilson Hiroshi de Oliveira Uehara**, Conselho Federal de Farmácia – CFF; e **Zaira**
1327 **Tronco Salerno**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN). *Suplentes* – **Allan Nuno Alves de**
1328 **Sousa**, Ministério da Saúde; **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello**, Associação Brasileira Superando o
1329 Lúpus; **Andressa Bolzan Degaut**, Ministério da Saúde; **Clarice Baldotto**, Associação de
1330 Fisioterapeutas do Brasil (AFB); **Cleuza de Carvalho Miguel**, Movimento dos Portadores de Esclerose
1331 Múltipla – MOPEM; **Daniela Buosi Rohlf**, Ministério da Saúde; **Elaine Junger Pelaez**, Conselho
1332 Federal de Serviço Social – CFESS; **Francisco Avelino Batista**, Coordenação das Organizações
1333 Indígenas da Amazônia Brasileira – COIAB; **Frederico Martí da Rosa Fornazieri**, Associação
1334 Brasileira de Linfoma e Leucemia – ABRALÉ; **Gerdo Bezerra de Faria**, Conselho Federal de
1335 Odontologia – CFO; **Giovanna Sabóia Bastos**, Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia – SBFa;
1336 **Glaucia Tamayo Hassler Sugai**, Ministério das Cidades; **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**,
1337 Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS; **Joana Batista Oliveira Lopes**, Federação
1338 Nacional dos Odontologistas – FNO; **João Bosco Cavalcanti Chaves**, Federação Nacional dos
1339 Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais – FENAFITO; **Jupiara Gonçalves de Castro**, Federação
1340 de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas
1341 do Brasil – FASUBRA; **Lenir Santos**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down –
1342 FBASD; **Lenise Aparecida Martins Garcia**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Luiz**
1343 **Carlos Medeiros de Paula**, Federação Nacional de Associações e Entidades de Diabetes – FENAD;
1344 **Maria da Conceição Silva**, União de Negros pela Igualdade; **Marisa Helena Alves**, Conselho Federal
1345 de Psicologia – CFP; **Maria Leitão Bessa**, Associação Brasileira de Alzheimer - ABRAZ; **Simone Maria**
1346 **Leite Batista**, Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde –
1347 ANEPS; **Vania Cristina Canuto Santos**, Ministério da Saúde; **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da
1348 Criança. Estabelecido o quórum, conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**, assumiu a coordenação
1349 dos trabalhos com saudações aos presentes. De imediato, passou ao item 8 da pauta. **ITEM 8 –**
1350 **COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS E RELAÇÕES DE TRABALHO – CIRHRT**
1351 **– Pareceres. Elementos centrais da minuta de diretrizes curriculares para o curso de Psicologia -**
1352 **Apresentação:** conselheiro **Gerdo Bezerra de Faria**, coordenador da CIRHRT/CNS; e conselheiro
1353 **Douglas Vinicius Pereira**, coordenador adjunto da CIRHRT/CNS; e **Ângela Fátima Soligo**, Presidente
1354 da Associação Brasileira de Ensino em Psicologia – ABEP. *Coordenação:* conselheira **Francisca Rêgo**
1355 **Oliveira Araújo**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando, a coordenadora da mesa pontuou os temas que
1356 seriam tratados naquele ponto de pauta: da minuta das Diretrizes Curriculares para os Cursos de
1357 Graduação em Psicologia; apreciação de pareceres elaborados pela CIRHRT na 190ª Reunião

Ordinária da CIRHRT; minuta de resolução que amplia a composição da Câmara Técnica da CIRHRT; e informes. Feita essa consideração inicial, abriu a palavra para a conselheira do CFP, **Iolete Ribeiro**, que participou da mesa de abertura dos trabalhos. Na sua fala, situou o processo de discussão das diretrizes, que ocorreu no ano em que se prioriza a discussão sobre a formação em Psicologia e destacou a importância desse debate no CNS e da minuta de Diretrizes que reflete o pensamento da categoria que participou das reuniões regionais e também do Encontro Nacional. Destacou que o objetivo de todo o processo de construção, que ocorreu em todo o território nacional, com a participação de profissionais da Psicologia, coordenadores de curso e de serviços-escola, professores, orientadores e supervisores de estágio e estudantes, foi elaborar um documento de forma coletiva. Na sequência, a presidente da ABEP, **Ângela Soligo**, apresentou os principais pontos da minuta das Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Psicologia. Começou pela motivação, explicando que este processo iniciou-se a partir de demandas apontadas por coordenadores, docentes e discentes de Psicologia, estudos e levantamentos realizados pela ABEP e pesquisas acadêmicas sobre a formação, a partir das Diretrizes de 2004 e 2011. Além disso, decisões coletivas e deliberações da CIRHRT-CNS, diretrizes curriculares para os Cursos da Área de Saúde e enfrentamento das políticas do MEC voltadas à formação a distância na área de Saúde. Detalhou como se deu o processo de elaboração da proposta, coordenada pelo Conselho Federal de Psicologia - CFP, ABEP e Federação Nacional dos Psicólogos - FENAPSI: instalação do Ano da Formação em Psicologia, pelo CFP; criação do GT DCN; elaboração dos documentos orientadores; reuniões preparatórias em todo o território nacional; Encontros Estaduais – eleição de delegados para o Encontro Nacional; Encontro Nacional; elaboração da minuta das Diretrizes; consulta Pública; redação final da minuta; e discussão na CIRHRT/CNS. Em síntese, disse que foram 118 reuniões preparatórias, sendo que 107 enviaram propostas. Acrescentou que os encontros regionais ocorreram de março a abril de 2018 (Região Norte – 17 de março, Região Centro-oeste – 24 de março, Região Nordeste – 7 de abril, Região Sul – 14 de abril e Região Sudeste – 21 de abril) e o encontro nacional, em Brasília, no dia 5 de maio de 2018, com a presença de representações da ABEP, CFP, FENAPSI; do GT DCN; de três representantes do FENPB; e de 60 delegados regionais – psicólogos, docentes, estudantes de Psicologia. Detalhou os eixos orientadores da construção da minuta: temas; Concepção geral da formação; Perfil do egresso, competências, habilidades, conhecimentos; Metodologias de ensino-aprendizagem; Sistema de avaliação; Estágios; Pesquisa; Extensão; Licenciatura; e Educação a distância – EAD. Também citou os itens que compõem a minuta: Princípios gerais; Perfil do egresso; metodologias e avaliação; Ensino, pesquisa, extensão – TCC; Estágio; Licenciatura; e EAD. Acrescentou que os princípios gerais da proposta de Diretrizes são: direitos humanos, laicidade, inclusão, diversidade; formação presencial, científica e eticamente orientada – compromisso social; políticas públicas – saúde, educação, assistência social; formação generalista – núcleo comum e ênfases (processos de trabalho); inter e multidisciplinaridade; descolonização e articulação com a América Latina; e carga horária total do Curso – 4.000 horas, em 5 anos. No que se refere ao perfil do egresso, detalhou os conhecimentos, atitudes e práticas: relativos ao contexto cultural, histórico, político e social; relativos à história e diversidade da Psicologia – aportes teórico-metodológicos e campos; relativos à integralidade e singularidade do humano; relativos aos processos psicológicos; relativos à ética na pesquisa e na prática profissional; relativos às estratégias de atuação/intervenção e comunicação e à prática de pesquisa científica; relativos aos distintos lócus de atuação: sujeito, grupo, instituições, comunidades, territórios; e relativos às políticas públicas. Sobre as metodologias e avaliação, disse que as metodologias são participativas e integradas ao Projeto Pedagógico e a avaliação processual e formativa, além de significativa e integrada ao projeto e dinâmica das atividades de formação. A respeito de ensino, pesquisa e extensão, disse que as definições são: indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão; projetos interdisciplinares e intersetoriais; extensão como projeto diferenciado do estágio – 10% da carga horária total do curso; e pesquisa como elemento constituinte da formação – TCC como atividade obrigatória, presencial, orientada; e Comitê de Ética. Também falou sobre os estágios obrigatórios, estágios ao longo do curso, a partir do 3º semestre, com atividades de práticas profissionais reais. Além disso, Estágios do Núcleo Comum e Estágios Específicos, organizados a partir de processos de trabalho, grau crescente de complexidade. Além disso, deve-se considerar 20 a 25% da carga horária total do curso - definição da relação número de supervisores por estagiários: 10 estagiários X 2 horas semanais para os do núcleo comum de baixa complexidade; 10 estagiários X 4 horas semanais para os do núcleo comum de alta complexidade e estágios específicos; e 30 minutos X semana para orientação individual. No que se refere à licenciatura, continuará configurando como formação complementar ao bacharelado; obrigatória para a instituição, eletiva para o aluno; e facultada realização após a conclusão do bacharelado. A carga horária mínima de 1000 horas, sendo 300 de estágio obrigatório supervisionado. Sobre a EAD, o documento define que a formação da Psicologia será presencial, assim, as tecnologias podem ser usadas como ferramentas. Finalizando, disse que as diretrizes priorizam os cursos de forma presencial, não descartando o uso das Tecnologias da Informação e da Comunicação TIC, que podem ser usadas como estratégia, mas não como política de formação. Fechou ressaltando que as novas diretrizes expressam a visão da categoria, fruto de amplo debate e de escuta dos problemas, das dificuldades, das questões regionais, bem como os recortes da categoria sobre a formação. Finalizada a apresentação, a mesa abriu a palavra ao Pleno. Nas falas, o Pleno esclareceu dúvidas pontuais sobre

1423 a proposta e elogiou a minuta. Além disso, foram apresentadas as seguintes sugestões a serem
1424 incorporadas à proposta: Artigo 4º - Inciso VI: substituir a expressão “respeito à ética nas relações
1425 profissionais” por “agir com ética nas relações sociais”; Artigo 6º - Inciso VII: modificar para: “práticas
1426 profissionais com sólida formação ética voltadas...”; Artigo 9º - Inciso VII: modificar para: “tanto na
1427 interação com o paciente, quanto com outros profissionais e com o público em geral”; Esclarecer
1428 melhor no texto que os estágios obrigatórios serão objeto de avaliação; Com relação à
1429 interdisciplinaridade, incluir que ocorrerão reflexos jurídico-legais caso o psicólogo infrinja algum
1430 princípio intrínseco à sua formação; e inclusão do trecho “com a ética e os valores...”. Feitas essas
1431 considerações, a coordenação da mesa colocou em votação a proposta. **Deliberação: aprovada, por**
1432 **unanimidade, com as contribuições feitas e uma abstenção, a Resolução que aprova Parecer**
1433 **Técnico com recomendações da CIRHRT/CNS às Diretrizes Curriculares Nacionais - DCN do**
1434 **curso de graduação Bacharelado em Psicologia.** Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** declarou
1435 que se absteve da votação porque não participou da apresentação da minuta, nem do debate,
1436 chegando ao Pleno no momento da votação. Finalizando, a presidente da ABEP, **Ângela Soligo**,
1437 salientou que o CNS é fundamental para os próximos desafios a serem enfrentados no Conselho
1438 Nacional de Educação e no MEC para garantir a formação da Psicologia com qualidade, presencial, a
1439 partir dos princípios da Psicologia, com compromisso ético-político e atrelamento aos direitos humanos.
1440 Conselheira **Fernanda Magano**, vice-presidente da FENAPSI, ressaltou a importância da aprovação
1441 das diretrizes no pleno do CNS, pois é uma forma de tornar público esse processo de construção
1442 coletiva e informou que as entidades da Psicologia já estão construindo as próximas etapas. Nessa
1443 linha, disse que no dia 12 de setembro participou de uma reunião com a conselheira do CNE, Márcia
1444 Ângela da Silva Aguiar, a fim de construir um caminho para preparar a comissão específica que irá
1445 apreciar as novas diretrizes curriculares da Psicologia, na linha de dar celeridade ao processo. Na
1446 sequência, conselheiro **Douglas Vinicius Pereira** passou à apresentação dos 36 pareceres elaborados
1447 na 190ª Reunião Ordinária da CIRHRT. Começou com dados gerais dos processos analisados, com
1448 destaque para os seguintes itens: maioria dos processos de autorização de novos cursos em
1449 Faculdades; a maior em municípios com IDH alto; e majoritariamente sem Comitê de Ética em
1450 Pesquisa. Detalhou as principais recomendações para os 23 pareceres satisfatórios com
1451 recomendações: disponibilizar Termos de Convênio/Cooperação Técnica ou outros instrumentos que
1452 comprovem parceria com os gestores do SUS para utilização da rede de serviços e outros
1453 equipamentos sociais da região; apresentar estratégias de inserção dos estudantes, desde o início do
1454 curso, junto à comunidade e na rede de serviços instalada, evidenciando a integração ensino-serviço-
1455 gestão-comunidade; explicitar a forma como os estudantes do período noturno são/serão inseridos nos
1456 estágios e a viabilidade do uso da rede de serviços neste turno; demonstrar no PPC como se
1457 desenvolvem/desenvolverão as atividades que promovem conhecimentos, saberes e práticas da
1458 realidade local; demonstrar no PPC as estratégias utilizadas para o desenvolvimento de
1459 responsabilidades entre a instituição de ensino, os estudantes, os profissionais de saúde e a
1460 comunidade local; ofertar/ampliar cursos de especializações e residências em saúde de acordo com as
1461 necessidades locais, articulando e integrando, desta forma, a graduação à formação
1462 profissional em serviço; apresentar/ampliar estratégias de educação permanente e continuada dos
1463 docentes e profissionais dos serviços de saúde que recebem os estudantes nos cenários de práticas;
1464 incluir a participação de estudantes no Núcleo Docente Estruturante (NDE); criar/ampliar
1465 canais/mecanismos de participação da sociedade; criar/ampliar canais/mecanismos de diálogo da
1466 instituição de ensino com os movimentos sociais; e criar/ampliar estratégias que favoreçam o diálogo
1467 entre docentes, estudantes e controle social do SUS, em especial, com os Conselhos Estaduais e
1468 Municipais de Saúde. Em seguida, apresentou as principais justificativas para os treze pareceres
1469 insatisfatórios: não há menção a Termos de Convênio/Cooperação Técnica entre a IES e a gestão do
1470 SUS, que comprovem a utilização da rede de serviços e de outros equipamentos sociais existentes na
1471 região; não há indicativos claros sobre a articulação da instituição de ensino com a gestão local do SUS
1472 no que se refere ao envolvimento desta na construção do PPC do curso; não há descrição do modo de
1473 inserção dos estudantes, desde o início do curso, junto à comunidade e na rede de serviços instalada,
1474 de forma a evidenciar a integração ensino-serviço-gestão-comunidade; não há menção sobre a
1475 capacidade de atendimento e disposição dos estudantes, física e numericamente, nos cenários de
1476 prática; trata-se de curso isolado na área de saúde na instituição de ensino, o que limita as
1477 oportunidades de formação interprofissional e o desenvolvimento de práticas colaborativas e
1478 interdisciplinares; não há demonstração clara de compromissos com a oferta de especializações e
1479 residências em saúde, de acordo com as necessidades do SUS, articulando e integrando a graduação
1480 à formação em serviço; não há demonstração clara de compromissos com a educação permanente e
1481 continuada dos docentes e profissionais dos serviços de saúde que recebem os estudantes nos
1482 cenários de práticas; não há proposta de contrapartida da IES, enquanto instituição privada, para a
1483 utilização de equipamentos públicos como campo de ensino em serviço; a proposta não apresenta
1484 relevância social e não contribui para a superação dos desequilíbrios entre a distribuição de vagas no
1485 país, considerando-se a oferta já existente para o curso na região; e não há referência à constituição de
1486 Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) nos documentos anexados ao sistema e-MEC pela instituição de
1487 ensino. Feita essa contextualização, procedeu à apresentação dos 36 pareceres. *Satisfatórios com*

1488 *recomendações: 1) Processo E-Mec nº. 201606984. Faculdade de Itapeverica da Serra – FIT. São*
1489 *Paulo. Itapeverica da Serra. Enfermagem. Autorização. 2) Processo E-Mec nº. 201607054. Faculdade*
1490 *Anhanguera de Sorocaba. São Paulo. Sorocaba. Odontologia. Autorização. 3) Processo E-Mec nº.*
1491 *201607366. Faculdade Castro Alves. Bahia. Salvador. Enfermagem. Autorização. 4) Processo E-Mec*
1492 *nº. 201609044. Centro Universitário do Espírito Santo. Espírito Santo. Colatina. Odontologia.*
1493 *Autorização. 5) Processo E-Mec nº. 201700605. Universidade do Grande Rio Professor José de Souza*
1494 *Herdy – UNIGRANRIO. Rio de Janeiro. Nova Iguaçu. Odontologia. Autorização. 6) Processo E-Mec nº.*
1495 *201701082. Faculdade de Ciências Sociais de Guarantã do Norte. Mato Grosso. Guarantã do Norte.*
1496 *Odontologia. Autorização. 7) Processo E-Mec nº. 201701312. FIP - Faculdade de Iporã Paraná.*
1497 *Paraná. Iporã. Enfermagem. Autorização. 8) Processo E-Mec nº. 201701438. Faculdade Adventista de*
1498 *Hortolândia – FAH/UNASP. Hortolândia – FAH/UNASP-HT. São Paulo. Hortolândia. Psicologia.*
1499 *Autorização. 9) Processo E-Mec nº. 201701781. Faculdade de Ciências de Belém de São Francisco –*
1500 *FACESF. Pernambuco. Belém de São Francisco. Enfermagem. Autorização. 10) Processo E-Mec nº.*
1501 *201702500. Faculdade São Luís de França – FSLF. Sergipe. Aracaju. Psicologia. Autorização. 11)*
1502 *Processo E-Mec nº. 201702600. Centro Universitário Universus Veritas. Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.*
1503 *Odontologia. Autorização. 12) Processo E-Mec nº. 201702609. Faculdades Sulamérica Bahia. Bahia.*
1504 *Luís Eduardo Magalhães. Odontologia. Autorização vinculada ao credenciamento. 13) Processo E-Mec*
1505 *nº. 201702950. Centro Universitário Adventista de São Paulo – UNASP. São Paulo. Engenheiro*
1506 *Coelho. Psicologia. Autorização. 14) Processo E-Mec nº. 201703107. Faculdade AGES de Senhor do*
1507 *Bonfim – Faculdade AGES. Bahia. Senhor do Bonfim. Enfermagem. Autorização. 15) Processo E-Mec*
1508 *nº. 201703403. Faculdade Santo Antonio de Feira de Santana – FSAF. Bahia. Feira de Santana.*
1509 *Enfermagem. Autorização vinculada ao credenciamento. 16) Processo E-Mec nº. 201709188.*
1510 *Faculdade de Educação de Jarú. Rondonia. Jarú. Odontologia. Autorização. 17) Processo E-Mec nº.*
1511 *201711464. Faculdade UNIVERITAS. Universus Veritas. Anápolis – VERITAS. Anápolis. Goiás.*
1512 *Anápolis. Psicologia. 18) Processo E-Mec nº. 201712264. Centro Universitário Metrocamp Wyden. São*
1513 *Paulo. Campinas. Psicologia. 19) Processo E-Mec nº. 201712337. Soberana Faculdade de Saúde de*
1514 *Petrolina. Pernambuco. Petrolina. Enfermagem. Autorização. 20) Processo E-Mec nº. 201712464.*
1515 *Faculdade Capixaba de Vila Velha – MULTIVIX. Espírito Santo. Vila Velha. Enfermagem. Autorização.*
1516 *21) Processo E-Mec nº. 201714762. Faculdades Integradas da América do Sul – FAC Integra. Goiás.*
1517 *Caldas Novas. Enfermagem. Autorização vinculada ao credenciamento. 22) Processo E-Mec nº.*
1518 *201714764. Faculdades Integradas da América do Sul. Goiás. Caldas Novas. Odontologia. Autorização*
1519 *vinculada ao credenciamento. 23) Processo E-Mec nº. 201719416. Faculdade de Ensino Superior da*
1520 *Amazônia Reunida – FESAR. Pará. Redenção. Medicina. Autorização. *Insatisfatórios. 1) Processo E-**
1521 *Mec nº. 201702705. Faculdade do Complexo Educacional Santo André. Rio Grande do Norte. Açú.*
1522 *Enfermagem. Autorização. 2) Processo E-Mec nº. 201353209. Faculdade de Ciências Humanas de*
1523 *Cruzeiro – FACIC. São Paulo. Cruzeiro. Enfermagem. Autorização. 3) Processo E-Mec nº. 201607752.*
1524 *Faculdade Doctum de João Monlevade – DOCTUM. Minas Gerais. João Monlevade. Psicologia.*
1525 *Autorização. 4) Processo E-Mec nº. 201700431. Faculdade CGESP. Goiás. Goiânia. Enfermagem.*
1526 *Autorização. 5) Processo E-Mec nº. 201701382. Fundação Escola Lince Kempim. Rondonia.*
1527 *Seringueiras. Enfermagem. Autorização vinculada ao credenciamento. 6) Processo E-Mec nº.*
1528 *201702607. Faculdade de Tecnologia FTEC – FTEC Bento Gonçalves. Rio Grande do Sul. Bento*
1529 *Gonçalves. Psicologia. 7) Processo E-Mec nº. 201702942. Centro Universitário Estácio do Recife.*
1530 *Pernambuco. Recife. Psicologia. Autorização. 8) Processo E-Mec nº. 201702963. Estácio FIB -*
1531 *Centro Universitário Estácio da Bahia. Bahia. Salvador. Psicologia. Autorização. 9) Processo E-Mec nº.*
1532 *201703096. Centro Universitário de Caratinga. Minas Gerais. Caratinga. Odontologia. Autorização. 10)*
1533 *Processo E-Mec nº. 201703320. Faculdade de Ensino Superior Santa Bárbara – FAESB. São Paulo.*
1534 *Tatuf. Psicologia. Autorização. 11) Processo E-Mec nº. 201711444. Faculdade Uninassau Maracanaú.*
1535 *Ceará. Maracanaú. Odontologia. Autorização. 12) Processo E-Mec nº. 201711866. Faculdade do*
1536 *Centro Oeste Paulista. São Paulo. Piratininga. Odontologia. Autorização. 13) Processo E-Mec nº.*
1537 *201712040. Faculdade Uninassau Maracanaú. Ceará. Maracanaú. Enfermagem. Autorização.*
1538 *Concluída a apresentação e não havendo manifestações, a coordenador da mesa colocou em votação,*
1539 *os 36 pareceres elaborados na 190ª Reunião Ordinária a CIRHRT. **Deliberação: aprovados, por***
1540 ***unanimidade, os 36 pareceres elaborados na 190ª Reunião Ordinária a CIRHRT.** Definido esse*
1541 *ponto, conselheiro **Gerdo Bezerra**, coordenador da CIRHRT/CNS fez a leitura da minuta de resolução*
1542 *que amplia a Câmara Técnica da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de*
1543 *Trabalho do Conselho Nacional de Saúde - CT/CIRHRT/CNS. O texto é o seguinte: “Resolução nº 000,*
1544 *de 13 de setembro de 2018. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima*
1545 *Nona Reunião Ordinária, realizada nos dias 12 e 13 de setembro de 2018, e no uso de suas*
1546 *competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela*
1547 *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as*
1548 *disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira*
1549 *correlata; e considerando o Art. 200 da Constituição Federal de 1988, que dispõe sobre a competência*
1550 *do Sistema Único de Saúde (SUS) na ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde;*
1551 *considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que prevê a criação de comissões*
1552 *intersectoriais de âmbito nacional, subordinadas ao CNS, integradas pelos ministérios e órgãos*

1553 competentes e por entidades representativas da sociedade civil, com a finalidade de articular políticas e
1554 programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do
1555 SUS; considerando a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases
1556 da educação nacional; considerando o Decreto nº 9.235, de 15 de dezembro de 2017, que dispõe sobre
1557 o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação das instituições de educação superior e
1558 dos cursos superiores de graduação e de pós-graduação no sistema federal de ensino; considerando a
1559 Resolução CNS nº 287, de 08 de outubro de 1998, que relaciona as categorias profissionais de saúde
1560 de nível superior para fins de atuação do CNS; considerando a competência conferida ao Pleno do
1561 colegiado para a qualquer tempo, criar, modificar, suspender temporariamente as atividades e extinguir
1562 as Câmaras Técnicas (CT), como previsto na Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de 2008 (Art.
1563 7º, §3º e no Art. 11, V, com redação dada pela Resolução CNS nº 548, de 9 de junho de 2017);
1564 considerando as normativas relativas às Câmaras Técnicas dispostas no Art. 53-A da Resolução CNS
1565 nº 407, de 12 de setembro de 2008, com redação dada pela Resolução CNS nº 548, de 9 de junho de
1566 2017; considerando a Resolução CNS nº 513, de 06 de maio de 2016, que alterou o Art. 52 da
1567 Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de 2008, que trata do funcionamento das Comissões
1568 Intersetoriais do CNS; considerando a Resolução CNS nº 350, de 09 de junho de 2005, que aprova,
1569 entre outros, os critérios de regulação da abertura e reconhecimento de novos cursos da área da
1570 saúde; considerando a Resolução CNS nº 515, de 07 de outubro de 2016, que expõe o posicionamento
1571 contrário deste órgão colegiado à autorização de todo e qualquer curso de graduação em saúde na
1572 modalidade a distância (EaD), bem como delibera que as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos
1573 cursos da área da saúde sejam objeto de discussão e deliberação do CNS de forma sistematizada, em
1574 um espaço de tempo adequado para permitir a participação, no debate, das organizações de todas as
1575 profissões regulamentadas e das entidades e movimentos sociais que atuam no controle social;
1576 considerando as propostas e diretrizes da 15ª Conferência Nacional de Saúde, aprovadas por meio da
1577 Resolução CNS nº 507, de 16 de março de 2016, em especial as enumeradas no Eixo 3 - Valorização
1578 do Trabalho e da Educação em Saúde; considerando a Resolução CNS nº 528, de 08 de julho de 2016,
1579 que aprova a reestruturação da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho
1580 (CIRHRT/CNS), para o exercício do mandato de 2016 a 2018, com a composição de 19 (dezenove)
1581 membros titulares e 17 (dezessete) membros suplentes; considerando que, na sua Trecentésima Sexta
1582 Reunião Ordinária, realizada nos dias 6 e 7 de junho de 2018, o CNS aprovou, por unanimidade, uma
1583 nova Chamada Pública com vistas a ampliar para 21 (vinte e um) o número de participantes da Câmara
1584 Técnica da CIRHRT/CNS (CT/CIRHRT/CNS); e considerando as Chamadas CNS nº 001/2017 e nº
1585 005/2018, que tiveram o objetivo de identificar profissionais da área da saúde de nível superior com
1586 vistas a integrar a CT/CIRHRT/CNS e que também preveem a criação de um coletivo suplente.
1587 Resolve: Art. 1º Relacionar as entidades abaixo, e suas respectivas indicações, para compor a Câmara
1588 Técnica da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho do Conselho
1589 Nacional de Saúde (CT/CIRHRT/CNS), constituída por 21 (vinte e um) integrantes, de acordo com
1590 critérios estabelecidos na Chamada nº 05/2018: 1. Associação Brasileira de Educação em Nutrição
1591 (ABENUT); 2. Associação Brasileira de Educação Farmacêutica (ABEF); 3. Associação Brasileira de
1592 Educação Médica (ABEM); 4. Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); 5. Associação Brasileira
1593 de Ensino da Educação Física para a Saúde (ABENEFS); 6. Associação Brasileira de Ensino de
1594 Psicologia (ABEP); 7. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS); 8.
1595 Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO); 9. Associação Brasileira de Ensino
1596 Odontológico (ABENO); 10. Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO); 11. Conselho
1597 Federal de Biologia (CFBio); 12. Conselho Federal de Biomedicina (CFBM); 13. Conselho Federal de
1598 Educação Física (CONFEF); 14. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN); 15. Conselho Federal de
1599 Farmácia (CFF); 16. Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); 17. Conselho Federal de Medicina
1600 (CFM); 18. Conselho Federal de Psicologia (CFP); 19. Federação Nacional dos Médicos Veterinários
1601 (FENAMEV); 20. Rede Nacional de Ensino e Pesquisa em Terapia Ocupacional (RENETO); 21.
1602 Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa). Art. 2º Relacionar as entidades abaixo, e suas
1603 respectivas indicações, para compor o coletivo suplente da Câmara Técnica da CIRHRT/CNS
1604 (CT/CIRHRT/CNS): 1. Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB); 2. Conselho Federal de
1605 Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); 3. Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); 4.
1606 Conselho Federal de Odontologia (CFO); 5. Federação Médica Brasileira (FMB); 6. Federação Nacional
1607 dos Enfermeiros (FNE); 7. Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR); 8. Federação Nacional
1608 dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais (FENAFITO); 9. Federação Nacional dos
1609 Odontologistas (FNO). Parágrafo Único. Os integrantes do coletivo suplente poderão ser convidados a
1610 compor a CT/CIRHRT/CNS e participar de suas reuniões em decorrência de eventuais ausências de
1611 representações das 21 entidades relacionadas no Art. 1º, ou conforme necessidade de nova
1612 composição da Câmara Técnica.” Concluída a leitura e não havendo manifestações contrárias, a mesa
1613 colocou a minuta em votação. **Deliberação: aprovada, por unanimidade, a Resolução que amplia a**
1614 **composição da Câmara Técnica da CIRHRT - 21 integrantes mais coletivo suplente, totalizando**
1615 **trinta entidades, de acordo com o resultado da Chamada Pública nº 005/2018.** Em seguida, foram
1616 apresentados os seguintes informes: **a)** Encontro Nacional de Residências em Saúde, com o tema: “30
1617 anos de SUS: avanços e desafios”, realizado no Rio de Janeiro/RJ, de 3 a 6 de setembro de 2018, com

1618 a participação das Conselheiras: Francisca Rego, Shirley Marshal e Priscilla Viegas – conselheira
1619 **Francisca Rêgo Oliveira Araújo** citou as três “cartas” produzidas no Encontro, mencionando algumas
1620 das principais demandas que trazem: 1) Moção de Repúdio ao Governo Federal pelo descaso com o
1621 Museu Nacional; 2) Carta do Rio – VIII ENRS-2018; e 3) Carta do Rio de Janeiro; **b)** GT/Revisão 350 –
1622 conselheiro **Gerdo Bezerra de Faria**, coordenador da CIRHRT, falou das atividades do GT/Revisão
1623 350, da necessidade de qualificação do trabalho de análise de processos de autorização e
1624 reconhecimento de cursos de graduação da área da saúde, da necessidade de reestruturar a CIRHRT
1625 e de aumentar o número de participantes da Câmara Técnica/CIRHRT; e **c)** última reunião do
1626 GT/Revisão 350, que contou com a participação de representantes da Ordem dos Advogados do Brasil
1627 - OAB, da Coordenação Geral de Gestão de Informação da Regulação da Educação
1628 Superior/SERES/MEC e do Secretário Executivo da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
1629 (CONEP). Feitos esses informes, a mesa encerrou este ponto de pauta. **ITEM 9 – COMISSÃO**
1630 **INTERSETORIAL DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO – COFIN** - *Apresentação:* **Francisco**
1631 **Funcia**, consultor técnico da COFIN/CNS; e **Arionaldo Bonfim Rosendo**, Subsecretário de Orçamento
1632 e Financiamento/MS. *Coordenação:* conselheiro **André Luiz Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS.
1633 Iniciando, o coordenador adjunto da COFIN justificou a ausência do coordenador da Comissão e
1634 explicou que neste ponto de pauta a COFIN/CNS apresentaria o resumo executivo do parecer
1635 conclusivo, elaborado pela COFIN, sobre o Relatório Anual de Gestão – RAG de 2017 do Ministério da
1636 Saúde. Disse que a Comissão decidiu elaborar resumo para facilitar a discussão, uma vez que o
1637 relatório conclusivo, disponibilizado no servidor aos conselheiros, era muito extenso. Antes de abrir
1638 para exposição, lembrou que o processo de análise do Relatório Anual de Gestão do MS, pela COFIN e
1639 pelo Pleno do CNS, iniciou-se em março de 2018, passando por análise preliminar da COFIN,
1640 submetida à apreciação do Pleno e das comissões; debate na COFIN, considerando as sugestões das
1641 comissões; e elaboração do parecer conclusivo e do resumo executivo. Dito isso, o consultor técnico da
1642 COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, procedeu à apresentação do resumo executivo do parecer conclusivo
1643 sobre o RAG 2017 do Ministério da Saúde. Iniciou explicando que o resumo foi elaborado considerando
1644 a análise realizada anteriormente e as respostas encaminhadas pelo Ministério da Saúde ao pedido de
1645 esclarecimentos sobre o RQPC/3º quadrimestre de 2017 e aos apontamentos feitos na minuta da
1646 primeira versão do parecer conclusivo do RAG 2017, considerando ainda os anexos e respectivos
1647 comentários complementares da COFIN/CNS, a conclusão referente ao RAG 2017 e ao
1648 RPQC/3º Quadrimestre/2017. Feitas essas considerações, passou à apresentação do resumo
1649 executivo, explicando que contempla, como anexos, o relatório final completo e outros documentos
1650 utilizados para elaboração do parecer. O documento é o seguinte: “Resumo Executivo. Considerando a
1651 análise realizada anteriormente e as respostas encaminhadas pelo Ministério da Saúde ao pedido de
1652 esclarecimentos sobre o RQPC/3º quadrimestre de 2017 e aos apontamentos feitos na minuta da
1653 primeira versão do parecer conclusivo do RAG 2017, considerando ainda os Anexos e respectivos
1654 comentários complementares da COFIN/CNS, a conclusão referente ao RAG 2017 e ao
1655 RPQC/3º Quadrimestre/2017, segue o resumo: **1)** Crescimento explosivo dos restos a pagar inscritos de
1656 R\$ 7,787 bilhões em 2016 para R\$ 14,125 bilhões em 2017 (crescimento acima de 80%), apesar da
1657 disponibilidade financeira de R\$ 4,0 bilhões para pagamentos, informada pelo Ministério da Saúde; **2)**
1658 Crescimento explosivo das despesas com transferências federais fundo a fundo (ou seja, do Fundo
1659 Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde) inscritas em restos a pagar de
1660 R\$ 2,815 bilhões em 2016 para R\$ 7,480 bilhões em 2017 (165,8%); **3)** Crescimento explosivo dos
1661 restos a pagar inscritos e reinscritos (total): de R\$ 14,454 bilhões em 2016 para R\$ 21,879 bilhões em
1662 2017 (equivalente a 51,4%); **4)** Execução orçamentária e financeira classificada como intolerável e
1663 inaceitável para os seguintes itens de despesa desde o primeiro quadrimestre de 2016 (muitas com
1664 impacto direto para Estados e Municípios): Fundo Nacional de Saúde; Reestruturação de Hospitais
1665 Universitários Federais; Aquisição e Distribuição de Medicamentos DST/AIDS; Programa Sangue e
1666 Hemoderivados; Vacinas e vacinação; Combate às Carências Nutricionais; Manutenção de Unidades
1667 Operacionais; Ações de Vigilância Epidemiológica; **5)** Aplicação insuficiente do Ministério da Saúde
1668 para promover a mudança de modelo de atenção à saúde (para priorizar a atenção básica). A
1669 proporção de recursos para a atenção básica (AB) sobre a assistência hospitalar ambulatorial (AHA)
1670 apresentou uma queda a partir de 2015 - proporção Atenção Básica -AB/Assistência Hospitalar
1671 Ambulatorial - AHA: 2014 - 42,8%; 2015 - 39,8%; 2016 - 41,9%; 2017 - 40,7%; **6)** Inexistência de
1672 dotação orçamentária específica para compensação integral dos restos a pagar cancelados a partir de
1673 2012, dificultando a transparência quanto à natureza da compensação realizada; **7)** Grande incidência
1674 de metas da PAS 2017 realizadas abaixo das previstas em cada objetivo, cujas justificativas indicaram
1675 problemas de gestão nos estados e municípios, o que indica problema na articulação federativa por
1676 parte da gestão federal, considerando o caráter tripartite da gestão do SUS; **8)** Apontamentos das
1677 comissões temáticas do CNS referentes às deficiências detectadas na análise do RAG 2017: **8.1** A
1678 baixa execução de várias metas reflete um modelo de atenção primária equivocado que privilegia as
1679 ações de demandas assistenciais em detrimento as de vigilância (prevenção e promoção da saúde).
1680 **8.2** Identificação de problemas para promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida,
1681 considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as
1682 especificidades e a diversidade na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção à

1683 saúde. **8.3** Baixa eficácia das estratégias de cobertura vacinal com índices cada vez menores. **8.4**
1684 Falha no modelo de atenção primária no acolhimento e segmento voltado às condições crônicas,
1685 principalmente das populações mais vulneráveis. **8.5** Com a decisão da CIT sobre a nova forma de
1686 transferência de recursos fundo a fundo (Portaria 3992/2017), à revelia do CNS, percebem-se
1687 mudanças que fragilizam o financiamento e controle de várias ações de saúde (como é o caso dos
1688 CEREST's com a saúde do trabalhador, ciclos de vida, pessoas com patologias e deficiências). **8.6**
1689 Graves problemas relacionados à baixa cobertura que se expressam no baixo acesso da população às
1690 políticas e ações de atenção à saúde bucal e ao enorme desequilíbrio na relação entre o número de
1691 equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Saúde Bucal (eSB), responsável, em consequência,
1692 por uma grande diferença de cobertura populacional e de acesso às ações. Desta forma, recomenda-se
1693 a não aprovação do RAG 2017 do Ministério da Saúde, bem como que esses apontamentos sejam
1694 considerados como indicações das medidas corretivas da gestão a serem encaminhadas ao Presidente
1695 da República nos termos da Lei Complementar nº 141/2012, especialmente no que se refere à
1696 compensação formal (em dotação própria estabelecida pela Secretaria do Tesouro Nacional para essa
1697 finalidade) imediata (portanto, ainda em 2018) do valor da aplicação abaixo do mínimo em 2016, nos
1698 termos constitucionais e legais anteriormente destacados. Este resumo contempla, como anexos, o
1699 relatório completo e outros documentos." Na sequência, o Subsecretário/SOF/MS, **Arinaldo Bonfim**
1700 **Rosendo**, fez uma explanação sobre o Relatório Anual de Gestão - RAG do Ministério da Saúde –
1701 2017. Começou destacando os dispositivos da Lei Complementar nº. 141/2012 que definem as
1702 despesas a serem consideradas para efeito de cálculo dos recursos mínimos: I - as despesas
1703 liquidadas e pagas no exercício; e II - as despesas empenhadas e não liquidadas, inscritas em Restos
1704 a Pagar até o limite das disponibilidades de caixa ao final do exercício, consolidadas no Fundo de
1705 Saúde. § 1º A disponibilidade de caixa vinculada aos Restos a Pagar, considerados para fins do
1706 mínimo na forma do inciso II do caput e posteriormente cancelados ou prescritos, deverá ser,
1707 necessariamente, aplicada em ações e serviços públicos de saúde. § 2º Na hipótese prevista no § 1º, a
1708 disponibilidade deverá ser efetivamente aplicada em ações e serviços públicos de saúde até o término
1709 do exercício seguinte ao do cancelamento ou da prescrição dos respectivos Restos a Pagar, mediante
1710 dotação específica para essa finalidade, sem prejuízo do percentual mínimo a ser aplicado no exercício
1711 correspondente. Art. 36. O gestor do SUS em cada ente da Federação elaborará Relatório detalhado
1712 referente ao quadrimestre anterior, o qual conterá, no mínimo, as seguintes informações: I - montante e
1713 fonte dos recursos aplicados no período; II - auditorias realizadas ou em fase de execução no período
1714 e suas recomendações e determinações; III - oferta e produção de serviços públicos na rede
1715 assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da
1716 população em seu âmbito de atuação. § 1º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios
1717 deverão comprovar a observância do disposto neste artigo mediante o envio de Relatório de Gestão ao
1718 respectivo Conselho de Saúde, até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira,
1719 cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas estatuídas
1720 nesta Lei Complementar, ao qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de
1721 acesso público, sem prejuízo do disposto nos [arts. 56 e 57 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio](#)
1722 [de 2000](#). Pontuadas essas definições, passou a tratar do Piso para Aplicação em Ações e Serviços de
1723 Saúde Pública – 2017. Detalhou: Receita Corrente Líquida: R\$ 727.254,3; Piso para 2017 (15% da
1724 Receita Corrente Líquida): R\$ 109.088,1; Dotação - Ações e Serviços Públicos de Saúde: R\$ 117.336,6
1725 - Pessoal e Encargos Sociais: R\$ 10.143,4, Outros Custeios e Capital: R\$ 107.193,2; Empenhado -
1726 Ações e Serviços Públicos de Saúde: R\$ 114.700,6 - Pessoal e Encargos Sociais – R\$ 10.007,1,
1727 Outros Custeios e Capital – R\$ 104.693,4; Saldo para cumprimento da EC – 95 (R\$ 5.612,4);
1728 Reposição de Restos a Pagar – Dotação: R\$ 559,2, empenhado: R\$ 559,2; Compensações Financeiras
1729 pela Produção de Petróleo, Gás Natural e Outros Hidrocarbonetos Fluidos: 0,5. *Observações e notas:*
1730 1) RCL = Receita Corrente Líquida atualizada – R\$ Milhão 727.254,30. Fonte / elaboração: Portaria nº
1731 54, de 18 de janeiro de 2018 – Relatório Resumido da Execução Orçamentária. 2) – EC 95 (15% RCL
1732 em 2017). 3) Portaria SOF/nº 93/2017 redução ASPS R\$ 866,5 milhões e Acréscimo de NÃO ASPS R\$
1733 793,8. 4) Está deduzido o RP ASPS CANCELADO REPOSTO em 2017 R\$ 559.157,6 na Dotação
1734 (linha B2) e no Empenhado (linha C2). 5) Nos R\$ 114,7 bilhões não foram computados os recursos da
1735 exploração do petróleo, conforme decisão liminar na ADI 5595 (Portaria SOF nº 58, de 28 de dezembro
1736 de 2017. Sobre o Executado em 2017 - despesas Pagas Fundo a Fundo, mostrou quadro com o que foi
1737 pago mensalmente ao longo do ano, para demonstrar que nenhuma despesa regular e automática
1738 ficou pendente (exemplo: MAC - janeiro: R\$ 3,073 bi e dezembro: R\$ 3,896 bi). Também mostrou
1739 quadro com limite e pagamentos efetuados em 2017, demonstrando a sobra de R\$ 4,2 bilhões porque o
1740 MS não teve condições legais para efetuar o pagamento do que seria inscrito em Restos a Pagar.
1741 Nessa lógica, falou sobre a disponibilidade de caixa para restos a pagar, explicando que inscrição
1742 desses restos é limitada às disponibilidades de caixa, conforme inciso II do art. 24 da LC 141/2012.
1743 Apresentou demonstrativo contábil dos Restos a Pagar do Ministério da Saúde - Conta Contábil
1744 822240102 – Recebimento RP Autorizado a Programar: R\$ 22.224.328.648,81; e Restos a Pagar a
1745 Pagar Processados e não Processados: R\$ 21.878.357.275,75. Também mostrou a evolução dos
1746 Restos a Pagar inscritos entre 2017 e 2018: **a)** Restos a pagar (RAP) reinscritos: despesas
1747 empenhadas a mais de um exercício e ainda não pagas (majoritariamente relativas a obras/convênios);

1748 b) RAP inscritos: despesas do exercício imediatamente anterior ainda não pagas e por conta de
1749 trâmites administrativos; c) Evolução dos RAP inscritos: Restos a pagar inscritos em 2017 (A): R\$ 8,2
1750 bilhões, Restos a pagar inscritos em 2018 (B): R\$ 14,9 bilhões e Crescimento dos RAP inscritos (B-A):
1751 R\$ 6,8 bilhões; d) crédito suplementar disponibilizado em dezembro (exceto MAC): R\$ 2,3 bilhões; e)
1752 crescimento RAP inscrito de emendas parlamentares: R\$ 1,9 bilhões; f) crescimento RAP
1753 medicamentos e vacinas: R\$ 1,4 bilhões; g) crescimento RAP MAC/PAB inscritos: R\$ 0,9 bilhão; e h)
1754 Restos a pagar pagos até o 31/08/2018: R\$ 10,6 bilhões. Detalhou o montante de Restos a Pagar
1755 pagos: 8535 - Estruturação De Unidades de Atenção Especializada em Saúde: R\$ 1.453.439.715;
1756 8535- Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde: R\$ 1.278.248.717; 20YE-
1757 Aquisição e Distribuição de Imunobiológicos e Insumos: R\$ 1.278.248.717; 4705 - Apoio Financeiro
1758 para Aquisição e Distribuição de Medicamentos: R\$ 1.198.627.901; 8581 - Estruturação da Rede de
1759 Serviços de Atenção Básica de Saúde – R\$ 1.131.703.784; 8585 - Atenção à Saúde da População para
1760 Procedimentos em Media e Alta Complexidade: R\$ 959.563.144; 4525 - Apoio à Manutenção de
1761 Unidades de Saúde: R\$ 798.032.330; 4370 - Atendimento à População com Medicamentos para
1762 Tratamento dos (...): R\$ 329.770.986; 20YP - Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde Indígena:
1763 R\$ 286.240.664; 20AD - Piso de Atenção Básica Variável - saúde da Família: R\$ 259.725.124; e 214U -
1764 Implementação do Programa mais Médicos: R\$ 230.065.748; e Demais: R\$ 2.627.831.029. Frisou que
1765 os Restos a Pagar não interferem na execução orçamentária da saúde e o cancelamento ser dá
1766 somente quando não há nenhuma forma de execução. Também fez um destaque à expansão dos
1767 limites de pagamento para despesas discricionárias, no montante de quase R\$ 3 bilhões, por meio de
1768 três instrumentos legais (Portaria MF nº 326, 03/07/2018; Portaria MF nº 335, 05/07/2018, Decreto nº
1769 9.452, 30/07/2018 e Portaria MF nº 392, 31/08/2018). Detalhou a execução das metas físicas em 2017 -
1770 quantidade e percentual das 121 metas da PAS 2017 por faixa de execução física: acima de 25% até
1771 50% - 9 metas - 7,4%; acima de 50% até 75% - 10 metas - 8,3%; acima de 75% a 100% - 30 metas -
1772 24,8%; acima de 100% - 37 metas - 30,6%; até 25% - 31 metas - 25,6%; e não se aplica – 4 metas -
1773 3,3%. Em suma, disse que, do total de 40 metas que não chegaram a 50%, apenas duas dependiam
1774 exclusivamente do Ministério da Saúde. Apresentou resumo das publicações de Portarias da Atenção
1775 Básica 2017, destacando que, ao final de 2017, o total de ESF implantadas foi 42.119, para 52.385
1776 credenciadas pelo Ministério da Saúde. Além disso, informou que o Tribunal de Contas da União julgou
1777 as Contas do MS de 2017 e as aprovou, com parecer prévio. Também fez referência ao Resumo
1778 elaborado pela COFIN para esclarecer que o MS não reduziu recurso de nenhuma ação que estava
1779 sendo desenvolvida (os recursos dos CERETS estão incluídos no teto da Média e Alta Complexidade).
1780 Lembrou que o recurso repassado deve ser transformado em ações de saúde para população e ficará
1781 mais claro identificar no SIOPS porque a fonte de receita deverá ser vinculada à subfunção.
1782 Acrescentou que o montante não executado até o fim do ano deverá ser incluído no orçamento do ano
1783 seguinte – superávit financeiro. Finalizadas as exposições, conselheiro **André Luiz de Oliveira**,
1784 coordenador adjunto da COFIN/CNS, agradeceu os expositores e sugeriu a votação do RAG/MS/2017
1785 na próxima reunião do CNS, a fim de possibilitar análise mais aprofundada. A proposta foi acatada.
1786 Sendo assim, abriu a palavra para manifestações e dúvidas sobre o tema. **Manifestações.** Conselheira
1787 **Maria Leitão Bessa** perguntou se poderia ser feito remanejamento de recurso, no decorrer do
1788 exercício, para executar ação diferente daquela planejada. Conselheiro **Cláudio Ferreira do**
1789 **Nascimento** manifestou preocupação com o descumprimento das metas da Política de Saúde Bucal,
1790 destacando: apenas 48 CEOS executados da meta de 100; previsão de 200 laboratórios de próteses
1791 dentárias e apenas dois implantados; e apenas 71% de execução orçamentaria da Política. Além disso,
1792 salientou que, em 2017, o governo anunciou R\$ 344 milhões de recursos extraordinários para a saúde
1793 bucal, mas descumpriu esse compromisso (recursos não executados que serão perdidos). Nessa linha,
1794 avaliou que, no âmbito da saúde bucal, o CNS deve reprovar o RAG 2017 do MS. Conselheiro **Arilson**
1795 **Cardoso da Silva** fez um comentário sobre a responsabilização dos municípios pelo não
1796 cumprimento de metas, explicando que boa parte dos municípios enviou projeto e solicitou expansão
1797 que foi feita portaria. Todavia, por conta da crise no país, esses entes não conseguiram incluir novos
1798 serviços e lutam para manter o funcionamento do que já existe. Destacou o impasse vivido pelos
1799 municípios que querem fazer, mas não conseguem por conta da impossibilidade de aportar, da queda
1800 da arrecadação municipal por conta da crise e a impossibilidade de contratar mais pessoas por conta
1801 da Lei de Responsabilidade Fiscal. Conselheiro **André Luiz de Oliveira interveio** para solicitar a ajuda
1802 do Arilson Cardoso para assegurar a participação do CONASS e CONASEMS na COFIN. Conselheiro
1803 **Luiz Carlos Medeiros de Paula** reforçou que os municípios estão sobrecarregados e salientou que o
1804 MS deixou de repassar recursos para projetos já pactuados. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**
1805 discordou da afirmação de que unidades que não cumprem metas deixam de receber recursos, pois os
1806 210 CEREST não cumprem metas e continuam a receber recursos (é tanto que muitos possuem
1807 recurso em caixa). Inclusive, informou que 20 CEREST solicitam desabilitação e perguntou como
1808 garantir que o recurso seja devolvido. Lembrou que o PPA definiu que deverá ser criado um CEREST
1809 por região de saúde (mais de 400) e hoje há apenas 200, assim, perguntou se o MS destinará recurso
1810 para cumprimento desta meta. Conselheira **Glaucia Tamayo Hassler Sugai** falou da dificuldade do
1811 Ministério das Cidades para repassar recursos aos municípios, uma vez que esses entes precisam ter
1812 um plano de saneamento e muitos deles não têm; e os que o possuem, muitas vezes têm dificuldades

1813 de gestão desses recursos e execução dos contratos com terceiros, o que pode resultar em saldos de
1814 restos a pagar para o ministério que fica impedido de transferir a totalidade dos recursos para os
1815 municípios. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, apoiou o encaminhamento
1816 da COFIN porque possibilitará o aprofundamento maior das reflexões. Fez uma reflexão sobre a
1817 eficiência na administração das políticas públicas e lembrou que o CNS não é um órgão contábil,
1818 portanto, a análise feita por este Colegiado considera aspectos políticos, técnicos, econômicos e
1819 sanitários. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** avaliou que este debate não pode ser matemático e
1820 contábil, mas é não possível desconsiderar as questões legais. Frisou que o MS almeja mais recursos,
1821 visibilidade e transparência e ponderou que recomendações ao Relatório não deveriam ser utilizadas
1822 como argumento para reprovação. Como encaminhamento, solicitou que os conselheiros analisem o
1823 material apresentado pelo Subsecretário **Arinaldo Bonfim** e utilizem como subsídio para deliberação
1824 do Relatório. **Retorno da mesa.** O Subsecretário SPO/MS, **Arinaldo Bonfim Rosendo**, respondeu
1825 aos questionamentos do Plenário destacando que: no âmbito legal, a Portaria não permite
1826 remanejamento de itens recebíveis do MS no caso de sobra de recursos, mas o gestor pode encontrar
1827 solução; não seria possível detalhar a situação da área de saúde bucal e a SAS poderia responder às
1828 questões colocadas; na sua fala, não disse que os municípios não tinham interesse em cumprir as
1829 metas estabelecidas; foi distribuído aos conselheiros material com justificativas das áreas técnicas para
1830 as metas com cumprimento abaixo de 50%; verificará o que está ocorrendo em relação aos CEREST
1831 com orçamento em caixa e afirmou que o fator orçamentário não será impeditivo para impedir o
1832 cumprimento das metas relativas à implantação desses Centros; desconhece Portaria do MS publicada
1833 para pagamento e não paga – à disposição para esclarecer; e o orçamento é o resultado de uma série
1834 de ações feitas e o pagamento é feito de acordo com a execução. Por fim, agradeceu a oportunidade e
1835 colocou-se à disposição para verificar a possibilidade de recurso para consertar o sistema de som do
1836 CNS. O consultor técnico da COFIN/CNS, **Francisco Fúncia**, pontuou os seguintes aspectos: a SPO
1837 participou das discussões na COFIN e respondeu aos questionamentos do Conselho; a execução
1838 orçamentária e financeira é o registro do que foi executado e a SPO não é a responsável pela não
1839 execução; na discussão do RAG, seria importante garantir a participação dos representantes das
1840 secretarias do MS para prestar esclarecimentos mais detalhados ao Pleno; a discussão não pode se
1841 pautar no discurso que o TCU aprovou o Relatório, pois o Tribunal é órgão assessor do Legislativo e o
1842 CNS tem a prerrogativa legal de fazer análise autônoma e independente do Tribunal; Resolução do
1843 CNS n° 578 estabeleceu que nos relatórios quadrimestrais os gestores municipais, estaduais e federal
1844 incluam capítulo específico sobre as transferências Fundo a Fundo, possibilitando aos conselhos
1845 acompanharem a situação (conselhos devem cobrar essa definição); a EC n°. 95 trouxe prejuízos para
1846 a saúde e problemas para gestão financeira dos municípios – na primeira vez houve queda nominal e
1847 real nos valores pagos e aumento dos restos a pagar; e o CNS analisa ações e serviços públicos
1848 desempenhados pelo MS e as áreas técnicas são as que mais precisam apresentar esclarecimentos.
1849 Conselheiro **João Donizeti Scaboli** solicitou a apresentação de gastos com acidentes de trabalho,
1850 acidente de trânsito e doenças. O Subsecretário SPO/MS, **Arinaldo Bonfim Rosendo**, acrescentou
1851 que foram disponibilizados documentos para subsidiar as decisões do Pleno do CNS. Finalizando,
1852 conselheiro **André Luiz de Oliveira** saudou os dois expositores e também reconheceu o trabalho e
1853 contribuição da SPO aos debates. **Como encaminhamento, o Pleno definiu que o tema Relatório**
1854 **Anual de Gestão do Ministério da Saúde de 2017 - RAG/MS/2017, com o relatório da COFIN,**
1855 **retornará na próxima reunião do Conselho para deliberação. ITEM 10 – GOVERNANÇA PÚBLICA**
1856 **NA SAÚDE BRASILEIRA - Apresentação: Marcos Moreira**, Coordenador Geral de Planejamento –
1857 CGPL/SPO/SE/MS; **Magda de Lima Lúcio**, Professora do Departamento de Gestão de Políticas
1858 Públicas – GPP/FACE/UnB; e **Marilson Dantas**, Professor de Departamento de Ciências Contábeis –
1859 FACE/UnB. *Coordenação: conselheiro Ronald Ferreira dos Santos*, Presidente do CNS. A Professora
1860 do GPP/FACE/UnB, **Magda de Lima Lúcio**, fez uma apresentação sobre o “Sistema de Gestão e
1861 Governança Pública Baseado em Custos” aplicado aos três níveis federativos e Poderes, proposta que
1862 nasceu na Universidade de Brasília a partir de grupo de pesquisas, do público para a sociedade.
1863 Explicou tratar-se de um sistema com profunda abordagem acadêmica de pesquisa, em implantação
1864 em dez prefeituras, com bons resultados. Explicou que o Sistema se dá por meio de dois softwares,
1865 Sicgesp e Recasp, desenvolvidos pela UnB. Essas ferramentas oferecem aos gestores visão clara dos
1866 custos e da produtividade na administração pública ao reunir dados contábeis de vários órgãos do
1867 governo no mesmo local. Como subsídios, foi feita pesquisa teórica, análise empírica de mais de 5.162
1868 RAG, análise das atas dos conselhos municipais, estaduais e nacional. Disse que a proposta é de único
1869 conceito e única medida, atravessando a fronteira da contabilidade financeira para contabilidade
1870 gerencial, ou seja, informações de boa qualidade e auditáveis para o exercício do controle social, sendo
1871 a universidade o fiel depositário das informações (é disponibilizada única informação: custo). Disse que
1872 o sistema fundamentou-se no processo de comunicação, baseado na medida de avaliação e
1873 comparação que identifica as melhores práticas e mitiga riscos ao envolver os atores internos e
1874 externos. Explicou que a ideia é governança baseada em custos como medida de avaliação
1875 comparável que identifica as melhores práticas aplicáveis à União, Estados, Municípios e Distrito
1876 Federal, respeitando a autonomia de cada um. Ou seja, a intenção é sistematizar as informações,
1877 empoderar o nível municipal e os conselhos para que o controle social seja fortalecido, definindo

1878 parceria com Tribunais de Contas. Como resultado, destacou que o Sistema gera dois relatórios: um
1879 para gestão; e outro exportado para o Tribunal de Contas, com informações que o Tribunal já possui,
1880 sendo utilizadas duas planilhas - de pessoal e uma de custeio. Acrescentou que o Sistema não trabalha
1881 com novas informações, também não será necessária nova força de trabalho e também tecnologia da
1882 informação. Todavia, para divulgar as informações, é preciso capacitar as pessoas para ler os dados.
1883 Disse que o Sistema tem capacidade técnica para operacionalizar os R\$ 3 trilhões do orçamento,
1884 podendo ser utilizado em todas as esferas federativas. Também disse que é preciso debater o pacto
1885 federativo, uma vez que está bem estabelecido do ponto de vista normativo, mas ainda há problema
1886 acerca da gestão. Salientou que a Medida Geral de Avaliação Comparável para o setor público permite
1887 estabelecer um ponteiro que oscila de acordo com o custo e o desempenho da utilização dos recursos
1888 públicos pelos gestores. O Sistema oferece a possibilidade de gerenciamento da estrutura com o
1889 envolvimento dos diversos atores no processo de gestão e controle. Por fim, disse que a intenção não é
1890 desestruturar nenhum serviço já utilizado nos municípios, nem trazer nada novo, mas sim melhorar a
1891 qualidade da oferta já feita. Na sequência, o Professor/FACE/UnB, **Marilson Dantas**, apresentou
1892 simulação do conhecimento de transferência para os técnicos, para demonstrar como funciona o
1893 Sistema. Disse que o sistema é autoexplicativo, com capacidade técnica para ser implementado em
1894 todos os municípios, secretarias de saúde e níveis federativos, pois sistematiza e transforma
1895 informações contábeis-financeiras em informações contábeis-gerenciais, facilitando assim a tomada de
1896 decisões. Como resultado, são gerados dois relatórios - gerencial e nível de serviços - na lógica de
1897 melhorar a qualidade da oferta das informações. Disse que os softwares do sistema permitem uso de
1898 uma ferramenta para gestão, assim, ao possibilitar a comparação do desempenho, é possível identificar
1899 as melhores práticas e também onde estão os gestores com dificuldades, para agir e resolver o
1900 problema. Além disso, a medida cria um referencial de boas práticas pode ser consultado por qualquer
1901 cidadão, possibilitando maior controle social dos gastos. O último expositor foi o
1902 Coordenador/CGPL/SPO/SE/MS, **Marcos Moreira**, que tratou sobre a importância do processo de
1903 planejamento na gestão pública, abordando os seguintes aspectos: conceituação; governança x gestão;
1904 importância do planejamento; e avanços e desafios. Começou explicando que governança é a maneira
1905 pela qual o poder é exercido na administração dos recursos sociais e econômicos de um país visando o
1906 desenvolvimento, e a capacidade dos governos de planejar, formular e programar políticas e cumprir
1907 funções ([Banco Mundial, 1992](#)). Compreende os arranjos colocados em prática para garantir que os
1908 resultados pretendidos pelas partes interessadas sejam definidos e alcançados (incluindo estruturas e
1909 processos políticos, econômicos, sociais, ambientais, legais e administrativos) ([IFAC, 2013](#)). No setor
1910 público, governança compreende essencialmente os mecanismos de liderança, estratégia e controle
1911 postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a atuação da gestão, com vistas à condução de
1912 políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade ([Brasil, 2014](#)). Ou seja,
1913 governança pública é um processo dinâmico pelo qual se dá o desenvolvimento político e através do
1914 qual a sociedade civil, o Estado e o governo organizam e gerem a vida pública. ([Bresser-Pereira, 2001](#)).
1915 Detalhou algumas funções da governança: governança - definir o direcionamento estratégico,
1916 supervisionar a gestão, envolver as partes interessadas, gerenciar riscos estratégicos, gerenciar
1917 conflitos internos, auditar e avaliar o sistema de gestão e controle e promover accountability e
1918 transparência; gestão - implementar programas, garantir a conformidade com as regulamentações,
1919 garantir a eficiência administrativa, manter a comunicação com as partes interessadas e avaliar o
1920 desempenho e aprender. Disse que governança e gestão são elementos distintos e importantes na
1921 Administração Pública. Nesse contexto com tantos atores, interesses e responsabilidades, o
1922 planejamento mostra-se fundamental para tradução técnica das demandas e anseios; implementação
1923 das estratégias - "como fazer"; adequação entre recursos e prioridades; compatibilização entre
1924 diferentes instrumentos; monitoramento da implementação e adaptação; e facilita articulação entre
1925 diversos atores. Também apontou os principais instrumentos e relatórios da governança pública na
1926 saúde brasileira: *Instrumentos* - Plano Plurianual - 4 anos; Plano Nacional de Saúde - 4 anos;
1927 Programação Anual de Saúde; Lei de Diretrizes Orçamentárias; e Lei Orçamentária Anual; *Relatórios* -
1928 Mensagem Presidencial; Prestação de Contas da Presidência da República; Relatório Quadrimestral de
1929 Prestação de Contas; Relatório Anual de Gestão; Relatório de Gestão (TCU); Relatório de M&A do
1930 PPA; e Acompanhamento Orçamentário. Também apontou os avanços e os desafios da governança:
1931 informação precisa ter valor de uso; retroalimentação do processo - "para dentro" e "para fora" -
1932 monitoramento e comunicação; uso das Fichas de qualificação (Formulação padronizada, precisão na
1933 mensuração, memória institucional); compatibilização de instrumentos e relatórios distintos;
1934 implementação exige esforço entre diferentes entes federados autônomos; diversidade regional: tipos
1935 heterogêneos de ações e serviços de saúde; e implantação de gestão de risco mais efetiva: adequação
1936 do planejamento no momento de formulação/adequação da implementação. Por fim, apresentou dois
1937 gráficos, um demonstrando a dificuldade de execução de metas sob a responsabilidade da União,
1938 Estados e Municípios e exclusivas do MS; e outro demonstrando o avanço no percentual de execução
1939 das metas no 1º, 2º e 3º RQPC de 2016 e 2017. **Manifestações.** Conselheiro **Ronald Ferreira dos**
1940 **Santos**, Presidente do CNS, manifestou satisfação com a pauta que coloca em debate a democracia
1941 no processo de decisão. Aproveitou para informar que o CNS iria firmar termo de cooperação do CNS
1942 com a UnB para implementação de um sistema de governança para o Brasil, com o objetivo de

1943 aprimorar a gestão pública na saúde e simplificar a leitura de dados financeiros já existentes com uma
1944 metodologia que permita fácil acesso às informações. Salientou que este sistema deve contribuir para a
1945 fiscalização do poder público e a deliberação do controle social sobre as políticas de saúde.
1946 Conselheira **Maria da Conceição Silva** destacou a importância do debate deste tema, com apropriação
1947 do que é governança pública e gestão e frisou que a população precisa entender que esses dois
1948 mecanismos estão interligados. Conselheiro **Márcio Florentino Pereira** salientou que é preciso vencer
1949 a visão que separa governança e gestão, tendo a saúde como centro do debate. Conselheiro **Neilton**
1950 **Araújo de Oliveira** saudou os expositores e destacou a importância da adoção de ideia de “sujeito do
1951 processo”, pois não há gestão positiva, sem avaliação. Manifestou satisfação com a proposta de
1952 cooperação para avançar na consolidação do SUS e na gestão pública. Conselheira **Francisca Valda**
1953 **da Silva** salientou a relevância deste tema, inclusive para subsidiar o controle social no exercício do
1954 seu papel. Concluídas as falas, os integrantes da mesa fizeram considerações finais, agradecendo a
1955 oportunidade de tratar do tema no CNS e destacando a importância da parceria entre o CNS e a
1956 universidade. Definido esse ponto, às 14h15, a mesa suspendeu para o almoço. Estiveram presentes
1957 os seguintes conselheiros e conselheiras na manhã do segundo dia de reunião: *Titulares* – **André Luiz**
1958 **de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Antônio César Silva Mallet**,
1959 Ministério da Saúde; **Antônio Muniz da Silva**, Organização Nacional de Cegos do Brasil – ONCB;
1960 **Arlson da Silva Cardoso**, Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS;
1961 **Cláudio Ferreira do Nascimento**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Dylson Ramos**
1962 **Bessa Júnior**, Organização Nacional de Entidades de Deficientes Físicos – ONEDEF; **Francisca Rêgo**
1963 **Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO; **Geordecí M.**
1964 **Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **Heliana Neves Hemeterio dos Santos**, Associação
1965 Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais – ABGLT; **João Donizeti Scaboli**,
1966 Força Sindical; **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS;
1967 **Antônio Lacerda Souto**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG; **Luiz**
1968 **Alberto Catanoso**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos - SINDINAPI/FS; **Luiz**
1969 **Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Márcio Florentino Pereira**,
1970 Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO; **Maria do Carmo Tourinho Ribeiro**, Associação
1971 Brasileira de Autismo – ABRA; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes
1972 Sociais – FENAS; **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria – CNI; **Neilton**
1973 **Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos Indígenas da Região
1974 Sul – ARPINSUL; **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos – Fenafar;
1975 **Vanja Andréa Reis dos Santos**, União Brasileira de Mulheres – UBM; **Wilson Hiroshi de Oliveira**
1976 **Uehara**, Conselho Federal de Farmácia – CFF; e **Zaira Tronco Salerno**, Associação Brasileira de
1977 Nutrição (ASBRAN). *Suplentes* – **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello**, Associação Brasileira
1978 Superando o Lúpus; **Andressa Bolzan Degaut**, Ministério da Saúde; **Clarice Baldotto**, Associação de
1979 Fisioterapeutas do Brasil (AFB); **Cleuza de Carvalho Miguel**, Movimento dos Portadores de Esclerose
1980 Múltipla – MOPEM; **Douglas Vinicius Reis Pereira**, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de
1981 Medicina – DENEM; **Elaine Junger Pelaez**, Conselho Federal de Serviço Social – CFESS; **Eliane**
1982 **Maria Nogueira de Paiva Cunha**, Sindicato dos Servidores do Sistema Nacional de Auditoria do
1983 Sistema Único de Saúde – UNASUS; **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem
1984 – ABEn; **Francisco Avelino Batista**, Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia
1985 Brasileira – COIAB; **Frederico Martí da Rosa Fornazieri**, Associação Brasileira de Linfoma e
1986 Leucemia – ABRALÉ; **Gerdo Bezerra de Faria**, Conselho Federal de Odontologia – CFO; **Getúlio**
1987 **Vargas de Moura Junior**, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Gilene**
1988 **José dos Santos**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas' e Idosos da Força Sindical –
1989 Sindnapi; **Giovanna Sabóia Bastos**, Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia – SBFa; **Gláucia**
1990 **Tamoyo Hassler Sagai**, Ministério das Cidades; **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho
1991 Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS; **Ivone Martini de Oliveira**, Conselho Federal de
1992 Enfermagem – COFEN; **Joana Batista Oliveira Lopes**, Federação Nacional dos Odontologistas –
1993 FNO; **Jupiara Gonçalves de Castro**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos
1994 Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil – FASUBRA; **Karla Larica**
1995 **Wanderley**, Ministério da Saúde; **Lenir Santos**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de
1996 Down – FBASD; **Luiz Carlos Medeiros de Paula**, Federação Nacional de Associações e Entidades de
1997 Diabetes – FENAD; **Maria da Conceição Silva**, União de Negros pela Igualdade; **Marisa Helena**
1998 **Alves**, Conselho Federal de Psicologia – CFP; **Maria Leitão Bessa**, Associação Brasileira de
1999 Alzheimer - ABRAZ; **Simone Maria Leite Batista**, Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de
2000 Educação Popular em Saúde – ANEPS; e **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da Criança. Iniciando,
2001 às 15h08, a mesa foi recomposta para o item 11 da pauta. **ITEM 11 – COMISSÕES - Câmaras**
2002 **Técnicas. Grupos de Trabalho. Processo Eleitoral do CNS. Coordenação:** conselheiro **Geordecí**
2003 **Menezes de Souza**, da Mesa Diretora do CNS – **1) Câmara Técnica de Atenção Básica** - minuta de
2004 recomendação e apreciação do documento sobre Atenção Primária à Saúde - Conselheiro **Ronald**
2005 **Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, explicou que nos dias 25 e 26 de outubro de 2018, em
2006 Astana, no Cazaquistão, será realizada a conferência global sobre Atenção Primária à Saúde – APS,
2007 com o objetivo de apresentar nova declaração sobre Atenção Primária à Saúde, por ocasião dos 40

2008 anos da Conferência de Alma-Ata. Acrescentou que a conferência global será preparada pela
2009 Organização Mundial de Saúde – OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF.
2010 Explicou que o CNS participará deste evento e a Câmara Técnica elaborou o documento
2011 “Posicionamento da Câmara Técnica de Atenção Básica, do Conselho Nacional de Saúde, sobre a
2012 Conferência de Astana”, que apresenta diretrizes para elaboração de documento a ser apresentado na
2013 Conferência. Explicou que o documento, que seria elaborado e lido na Conferência global, seria
2014 submetido à deliberação do Pleno, na próxima reunião do CNS. Aberta a palavra ao Plenário,
2015 conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** registrou, de um geral, concordância com o documento, mas
2016 ponderou que alguns fugiam da governabilidade do CNS a serem encaminhados. As falas que se
2017 seguiram foram de sentido de esclarecer dúvidas em relação ao documento, sem discordância com o
2018 mérito. **Deliberação: o Pleno aprovou, por unanimidade, o documento “Posicionamento da**
2019 **Câmara Técnica de Atenção Básica do Conselho Nacional de Saúde sobre a Conferência de**
2020 **Astana”, que elenca eixos fundantes da defesa de uma atenção primária em saúde abrangente e**
2021 **apresenta uma síntese de aspectos que contribuem para ratificar a Declaração de Alma-Ata.** Na
2022 sequência, o Presidente do CNS fez a leitura de minuta com recomendações ao Ministério da Saúde e
2023 aos Conselhos Municipais de Saúde e Conselhos Estaduais de Saúde. O texto é o seguinte:
2024 “Recomendação nº 000, de 12 de setembro de 2018. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde
2025 (CNS), em sua Trecentésima Nona Reunião Ordinária, realizada nos dias 12 e 13 de setembro de
2026 2018, e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de
2027 setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de
2028 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e cumprindo as disposições da
2029 Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e
2030 considerando o Art. 197 da Constituição Federal de 1988, que dispõe sobre a participação da
2031 comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS); considerando a Lei nº 8.142, de 28 de
2032 dezembro de 1990, que dispõe que a participação da comunidade na gestão do SUS é um requisito
2033 essencial, a ser exercido nos Conselhos de Saúde e também nas Conferências de Saúde enquanto
2034 instância colegiada a se reunir a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais,
2035 para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos
2036 níveis correspondentes; considerando que ao longo dos últimos anos o CNS tem reforçado a
2037 importância da continuidade do desenvolvimento, publicização e aperfeiçoamento das ferramentas de
2038 monitoramento das políticas de saúde, por parte do Ministério da Saúde; considerando que nesse
2039 sentido um dos mais importantes elementos são os Indicadores e Dados Básicos (IDB) que, até 2012
2040 representaram um dos mais relevantes instrumentos de acompanhamento das políticas de saúde no
2041 Brasil; considerando que os IDB foram desenvolvidos por um conjunto de instituições representativas
2042 dos segmentos técnico-científicos diretamente envolvidos na produção e análise de dados de interesse
2043 para a saúde no país em parceria com a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA);
2044 considerando que desde 2012, o Governo Federal deixou de disponibilizar regularmente os relatórios
2045 do IDB, produzindo descontinuidade no desenvolvimento do instrumento e comprometendo o acesso de
2046 diferentes atores, incluindo o CNS, a relevantes informações que permitem o acompanhamento das
2047 políticas de saúde no Brasil; considerando a Resolução CNS nº 553, de 9 de agosto de 2017, que
2048 dispõe sobre a carta dos direitos e deveres da pessoa usuária da saúde e que a ampliação dos canais
2049 institucionais de participação social tem sido fundamental para o aprofundamento do exercício da
2050 democracia, por meio da prática de uma cidadania ativa; considerando a Recomendação CNS nº 35, de
2051 11 de outubro de 2017, que recomendou, dentre outras, à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) que
2052 não deliberasse pela revisão da PNAB enquanto este amplo processo de debate estiver em
2053 desenvolvimento; considerando a Recomendação CNS nº 51, de 6 de outubro de 2017, que
2054 recomendou à CIT a revogação da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política
2055 Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para organização da
2056 atenção básica no âmbito do SUS até a conclusão do processo de debate democrático da revisão da
2057 PNAB; considerando a necessidade de monitoramento permanente da efetivação da PNAB nos moldes
2058 das diretrizes apontadas no Plano Nacional de Saúde e nas deliberações do Pleno do CNS, buscando
2059 sempre a garantia dos princípios da integralidade e intersectorialidade nas três esferas de governo; e
2060 considerando os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas
2061 (ONU), em especial o de nº 3, que indica o dever de “assegurar uma vida saudável e promover o bem-
2062 estar para todos, em todas as idades”, visando “atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a
2063 proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a
2064 medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos”.
2065 Recomenda: ao Ministério da Saúde: que tome as devidas providências para o tempestivo e adequado
2066 reestabelecimento da disponibilização dos Indicadores e Dados Básicos (IDB) para o conjunto da
2067 sociedade brasileira. Aos Conselhos Municipais de Saúde e Conselhos Estaduais de Saúde: que
2068 pautem o debate sobre a revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a partir da criação de
2069 espaços e instrumentos tais como Grupos de Trabalho, Câmaras Técnicas, Comissões entre outros,
2070 com o objetivo de ampliar e discutir a PNAB com todo o controle social.” **Deliberação: a**
2071 **recomendação foi aprovada por unanimidade.** Seguindo, o Presidente do CNS informou o Pleno que
2072 o MS divulgou circular com regras para compensação de horas, mas, após diálogo, a medida foi

2073 suspensa. Diante dessa iniciativa, disse que foi elaborada minuta para destacar a função de conselheiro
2074 como relevância pública. O texto é o seguinte: "**Resolução nº 000, de 13 de setembro de 2018.** O
2075 Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Nona Reunião Ordinária,
2076 realizada nos dias 12 e 13 de setembro de 2018, e no uso de suas competências regimentais e
2077 atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de
2078 dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de
2079 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de
2080 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando o que dispõe a Constituição Federal da
2081 República Federativa do Brasil, em especial os seus artigos 196 a 198; considerando que, segundo o
2082 texto constitucional, são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público
2083 dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser
2084 feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (Art.
2085 197 da CF/1988); considerando que a Lei nº 8.142/1990 dispõe, entre outras providências, sobre a
2086 participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS); considerando o que dispõe
2087 a Lei nº 8.142/1990, em seu Art. 1º, §2º "O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo,
2088 órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de
2089 saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na
2090 instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão
2091 homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo"; considerando
2092 que, em cumprimento às suas atribuições legais, cabe aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as
2093 diretrizes para o estabelecimento de prioridades, conforme prevê a Lei nº 141/2012, em seu artigo 30,
2094 §4º; considerando que o Decreto nº 5.839/2006 define, em seu Art. 10, que as funções de membro do
2095 CNS não serão remuneradas, considerando-se o seu exercício relevante serviço público; considerando
2096 que segundo a terceira diretriz da Resolução CNS nº 453, de 10 de maio de 2012, o trabalho
2097 desenvolvido enquanto conselheiro de Saúde, não pode ser remunerado, considerando-se o seu
2098 exercício de relevância pública, de modo a garantir, portanto, a dispensa do trabalho sem prejuízo para
2099 o conselheiro e que, para fins de justificativa junto aos órgãos, entidades competentes e instituições, o
2100 Conselho de Saúde emitirá declaração de participação de seus membros durante o período das
2101 reuniões, representações, capacitações e outras atividades específicas; considerando o objetivo nº 10
2102 dos ODS/ONU, que propõe a redução das desigualdades dentro dos países e entre eles, tanto pelo
2103 empoderamento e promoção "da inclusão social, econômica e política de todos, independentemente de
2104 idade, sexo, deficiência, raça, etnia, origem, religião, condição econômica ou outra" (10.2) quanto pela
2105 garantia de igualdade de oportunidades e redução das desigualdades de resultado, inclusive por meio
2106 da eliminação de leis, políticas e práticas discriminatórias e promoção de legislação, políticas e ações
2107 adequadas a este respeito; e considerando que a Lei nº 8.112/1990 e o Decreto nº 9.144, de 22 de
2108 agosto de 2017, que a regulamenta em matéria relativa às cessões e às requisições de pessoal em que
2109 a administração pública federal, direta e indireta, seja parte, não preveem a situação específica dos
2110 conselheiros de saúde e na ausência de previsão precisa sobre a matéria. Resolve: Art. 1º Sob o risco
2111 de ter a gestão estratégica e participativa do Sistema Único de Saúde comprometida, tendo em vista
2112 que o trabalho dos conselheiros e conselheiras de saúde não é remunerado e possui alta relevância
2113 pública, define-se, até a superveniência de decreto ou alteração legislativa sobre essa matéria
2114 específica, para o controle social em saúde que: I - As funções e atividades desenvolvidas, como
2115 membro do Conselho de Saúde, não serão remuneradas, considerando-se o seu exercício de alta
2116 relevância pública; II - Não havendo afastamento na forma pretendida pela Lei nº 8.112/1990 e no
2117 Decreto nº 9.144/2017, mas a liberação para participação em reuniões relacionadas ao cumprimento
2118 das atribuições legais dos Conselhos de Saúde, deve ser garantida a dispensa do trabalho sem
2119 prejuízo para o trabalhador e para a trabalhadora conselheiro/conselheira de saúde, sem a necessidade
2120 de compensação de carga horária; e III - Para fins de justificativa junto aos órgãos, entidades
2121 competentes e instituições, o Conselho de Saúde emitirá declaração de participação de seus membros
2122 durante o período das reuniões, representações, capacitações e outras atividades específicas do
2123 controle social. Art. 2º As atividades a que se refere o Art. 1º desta resolução tem por objetivo contribuir
2124 com uma atuação em prol da democratização do Estado, da garantia dos direitos sociais e da
2125 participação da população na política da saúde, reafirmando o caráter deliberativo dos Conselhos de
2126 Saúde para o fortalecimento do controle social no SUS, conforme previsto na Constituição Federal de
2127 1988 e na legislação do SUS. Art. 3º Aplicam-se os termos descritos no Art. 1º desta resolução para o
2128 desempenho das funções de membros dos Conselhos de Saúde, em seus momentos e espaços
2129 institucionais, tais quais: I - As Reuniões Ordinárias e Extraordinárias do Plenário dos Conselhos de
2130 Saúde; II - O desempenho das funções representativas, políticas e organizacionais da Presidência e da
2131 Mesa Diretora do Conselho de Saúde; III - As reuniões das Comissões Intersetoriais, dos Grupos de
2132 Trabalho e das Câmaras Técnicas formalmente instituídas; IV - A participação em processos de
2133 educação permanente do SUS; e V - A participação nas articulações, mobilizações e eventos
2134 promovidos pelos Conselhos de Saúde, a serem previamente informadas à chefia imediata do
2135 conselheiro ou da conselheira de saúde. Art. 4º Para garantir a dispensa da compensação de carga
2136 horária o conselheiro ou a conselheira de saúde deverá encaminhar à sua chefia imediata cópia das
2137 declarações de participação nas atividades, emitidas pelos Conselhos de Saúde nos termos do Art. 1º,

2138 III desta resolução, e dos instrumentos de convocação, nas atividades em que as declarações de
2139 participação não forem emitidas.” Aberta a palavra ao Pleno, conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**,
2140 representante do MS, destacou que a compensação de horas é um assunto controverso, sem definição,
2141 e o Ministério da Saúde decidiu sobrestar a circular até que seja feito estudo a respeito e aprovado
2142 decreto regulamentando essa questão. Registrou que concordava com pontos da minuta, mas entendia
2143 que seria necessário debate mais aprofundado, antes da aprovação. Conselheira **Lenir Santos**
2144 manifestou apoio à minuta, todavia, destacou que é preciso incluir as determinações da Lei
2145 Complementar n°. 141 e as definições do Tribunal - tentar aprovar a lei e aprovar resolução enquanto
2146 se aguarda. Após novas ponderações, o Pleno decidiu deliberar acerca da minuta na próxima reunião
2147 do CNS, a fim de assegurar tempo maior para debate. Os conselheiros poderão enviar contribuições ao
2148 texto até o dia 25 de setembro. **Informes – 1)** Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** apresentou
2149 informe sobre o 9º Encontro Nacional das Comissões Intersetoriais de saúde do Trabalhador e da
2150 Trabalhadora, realizado nos dias 21 a 23 de agosto, em Brasília, com destaque para os seguintes
2151 dados: participação de 26 unidades federativas (somente o Acre não esteve presente); 46 cerests; 104
2152 CIST estaduais e municipais; 234 participantes: 121 mulheres e 113 homens; 84 outras modalidades de
2153 participação (Convidados – Grupo Assédio Nunca Mais e Executivas de Estudantes e Centrais
2154 Sindicais + CISTT Nacional + SE/CNS). Também informou que a reunião da CIST será realizada de 4 a
2155 6 de setembro de 2018 e serão apresentadas propostas para deliberação na reunião ordinária do mês
2156 de outubro. No mais, disse que não foi possível realizar debate sobre nanotecnologia. **2)** Conselheira
2157 **Maria da Conceição Silva** apresentou informe sobre o 2º Encontro Nacional das CETPCSSUS,
2158 realizado nos dias 4 e 5 de setembro de 2018, em Brasília – DF, com destaque para os seguintes
2159 pontos: a) análise de conjuntura, desafios para o controle social e agenda política do CNS; b)
2160 atualização das informações sobre as Comissões Estaduais e Nacional de Educação Permanente para
2161 o Controle Social no SUS e estabelecer compromissos futuros; c) estímulo à contribuição das
2162 Comissões Estaduais de Educação Permanente para o Controle Social no SUS na construção da 16ª
2163 Conferência Nacional de Saúde; d) avaliação positiva do Projeto de Formação, com destaque para os
2164 seguintes pontos: a iniciativa atingiu demanda reprimida há muito tempo; fez emergir o debate político
2165 sobre a saúde no contexto histórico; fomentou a sistematização local e produção de conhecimentos;
2166 proporcionou a aproximação entre os Conselhos Municipais; o conteúdo e identidade visual da cartilha
2167 são muito bons; a metodologia participativa utilizada pelos educadores valoriza os diversos saberes,
2168 entre outras. Também foram colocadas algumas demandas para aperfeiçoamento da plataforma:
2169 facilitar acesso dos participantes, com ampliação do financiamento e inclusão de temas sobre
2170 instrumentos de gestão. Após o encontro, no dia 5 de setembro, foi realizada reunião da Comissão de
2171 Educação Permanente com as coordenações das comissões do CNS que estão desenvolvendo
2172 projetos de formação: CISTT, COFIN e CONEP. O objetivo desta reunião foi conhecer e trocar
2173 experiências das ações em curso e iniciar o debate para a construção de um alinhamento metodológico
2174 entre os diversos projetos de educação permanente do CNS. **3)** Conselheira **Ana Lúcia da Silva**
2175 apresentou informe da 34ª Reunião Ordinária do CNPUM, realizada no dia 24 de agosto de 2018, na
2176 sede da ANVISA, em Brasília (presencial (as reuniões vinham acontecendo virtualmente)) e na
2177 oportunidade foi apresentada a proposta de trabalho para debate dos temas propostos. Explicou que os
2178 participantes foram divididos em três grupos temáticos para trabalhar os seguintes temas: GT
2179 Antimicrobianos; GT Medicalização; e GT População em Vulnerabilidade. A respeito dos debates dos
2180 Grupos, pontuou os seguintes aspectos: Tema 1 - Antimicrobianos. Problema global: aumento da
2181 resistência antimicrobiana. Pontos importantes: conscientização e educação; vigilância, medidas de
2182 controle e resistências (saneamento); diretriz comunitária e ambulatorial; estratégias de implementação;
2183 e propostas para descarte seguro de medicamentos. Tema 2 - Medicalização da sociedade. Problema
2184 Global - fenômeno de Medicalização em crianças em idade escolar, adolescentes e adultos em
2185 privação de liberdade, saúde mental e pessoas com mais de 60 anos. Destaques: uso excessivo de
2186 psicotrópicos pelas pessoas com transtornos mentais; uso abusivo dessas substâncias para controle da
2187 população privada de liberdade; uso indiscriminado por categorias profissionais como caminhoneiros,
2188 profissionais braçais. Tema 3 - População vulnerabilidade. Também comunicou que foi distribuído o
2189 caderno “Assistência Farmacêutica em Pediatria no Brasil. Recomendações e estratégias para a
2190 ampliação da oferta, do acesso e do uso Racional de medicamentos em crianças”. Por fim, disse que a
2191 proposta é realizar a próxima reunião durante o Congresso da Assistência Farmacêutica nos dias
2192 21,22,23 de novembro 2018, em Brasília. **4)** Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher – Conselheira
2193 **Francisca Valda da Silva** fez um informe sobre a reunião da Comissão, realizada naquele mês, que
2194 debateu: organização do II seminário nacional de saúde das mulheres, programado para novembro de
2195 2018; e lançamento de publicação, na forma de livro, sobre a Conferência de Saúde das Mulheres e
2196 atualização da Política Integral de Saúde das Mulheres. Além disso, informou o Pleno que o Conselho
2197 Municipal de Saúde – CMS, o Conselho Regional de Enfermagem - Coren-RS, o Conselho Estadual de
2198 Assistência Social - CEAS e professores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS
2199 lançaram, no dia 18 de julho, abaixo-assinado solicitando a suspensão do Termo de Cooperação,
2200 assinado pela prefeitura com a empresa Bayer, para implantar contraceptivo (DIU) em adolescentes de
2201 abrigos. **5)** Comissão Intersetorial de Promoção, Proteção e Práticas Integrativas e Complementares
2202 em Saúde – CIPPSPICS – Conselheira **Simone Maria Leite Batista** informou que o Conselho Federal

2203 de Psicologia realizará seminário sobre a importância das práticas integrativas para os psicólogos e que
2204 os cursos de educação popular em saúde terão continuidade em 2019. 6) Conselheira **Ana Lúcia da**
2205 **Silva** informou sua participação na primeira reunião do GT de criação de política de medicamentos
2206 biológicos no SUS. 7) Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição - CIAN – Conselheira **Zaira**
2207 **Tronco Salerno** informou sua participação, representando a CIAN, em oficina sobre agroecologia e
2208 comunicou que apresentaria maiores informações na próxima reunião do CNS. **Processo eleitoral do**
2209 **Conselho Nacional de Saúde** – Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** atualizou o Pleno sobre o
2210 processo eleitoral do CNS, lembrando que as inscrições, para o triênio 2018-2021, seguem até o dia 11
2211 de outubro. Nessa linha, reiterou a importância da contribuição de todos na divulgação do calendário
2212 eleitoral do CNS. **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, às 16h55, conselheiro **Geordeci**
2213 **Menezes de Souza**, da Mesa Diretora do CNS, encerrou a 309ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram
2214 presentes os seguintes conselheiros e conselheiras na tarde do segundo dia de reunião: *Titulares* –
2215 **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Antônio Muniz da Silva**,
2216 Organização Nacional de Cegos do Brasil – ONCB; **Antônio Pitol**, Pastoral da Saúde Nacional;
2217 **Arilson da Silva Cardoso**, Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS;
2218 **Dylson Ramos Bessa Júnior**, Organização Nacional de Entidades de Deficientes Físicos – ONEDEF;
2219 **Heliana Neves Hemeterio dos Santos**, Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis
2220 e Transexuais – ABGLT; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **Luiz Alberto Catanoso**, Sindicato
2221 Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos - SINDINAPI/FS; **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova
2222 Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos
2223 Assistentes Sociais – FENAS; **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; e **Wilson Hiroshi de**
2224 **Oliveira Uehara**, Conselho Federal de Farmácia – CFF. *Suplentes* – **Cleuza de Carvalho Miguel**,
2225 Movimento dos Portadores de Esclerose Múltipla – MOPEM; **Douglas Vinicius Reis Pereira**, Direção
2226 Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM; **Elaine Junger Pelaez**, Conselho Federal
2227 de Serviço Social – CFESS; **Francisco Avelino Batista**, Coordenação das Organizações Indígenas da
2228 Amazônia Brasileira – COIAB; **Frederico Martí da Rosa Fornazieri**, Associação Brasileira de Linfoma
2229 e Leucemia – ABRALÉ; **Gerdo Bezerra de Faria**, Conselho Federal de Odontologia – CFO; **Giovanna**
2230 **Sabóia Bastos**, Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia – SBFa; **Glaucia Tamayo Hassler Sugai**,
2231 Ministério das Cidades; **Ivone Martini de Oliveira**, Conselho Federal de Enfermagem – COFEN;
2232 **Jupira Gonçalves de Castro**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos Administrativos
2233 em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil – FASUBRA; **Lenir Santos**, Federação Brasileira
2234 das Associações de Síndrome de Down – FBASD; **Lenise Aparecida Martins Garcia**, Conferência
2235 Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Luiz Carlos Medeiros de Paula**, Federação Nacional de
2236 Associações e Entidades de Diabetes – FENAD; **Maria da Conceição Silva**, União de Negros pela
2237 Igualdade; **Maria Leitão Bessa**, Associação Brasileira de Alzheimer - ABRAZ; e **Simone Maria Leite**
2238 **Batista**, Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS.