



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

MINISTÉRIO DA SAÚDE CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

Aos sete e oito dias do mês de novembro 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 Décima Primeira Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde - CNS. Estabelecido o quórum, às 9h05, conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, procedeu à abertura dos trabalhos com saudações aos presentes e aos internautas que acompanham a reunião pela transmissão em tempo real. Em seguida, apresentou os objetivos da 311ª Reunião Ordinária do CNS: **1)** Socializar os informes e apreciar as indicações. **2)** Assistir, apreciar e deliberar acerca do tema do radar, no intuito de aprofundar o debate sobre o diabetes. **3)** Conhecer e deliberar sobre as demandas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. **4)** Conhecer, debater e deliberar sobre o tema equidade e vida. **5)** Assistir à apresentação do Projeto de Articulação e Capacitação do Controle Social. **6)** Apresentar, debater e deliberar sobre a População Negra, como debate preparatório para a 16ª Conferência Nacional de Saúde. **7)** Apreciar e deliberar as demandas da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho – CIRHRT. **8)** Apreciar e deliberar sobre as demandas da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento – COFIN. **9)** Deliberar sobre a 16ª Conferência Nacional de Saúde e apresentar informes sobre a 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. **10)** Conhecer e deliberar sobre as demandas das Comissões Intersetoriais, Câmaras Técnicas, Grupos de Trabalho e encaminhamentos do Pleno. Apresentados os objetivos, procedeu ao primeiro item da reunião. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DA ATA DA 309ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - APROVAÇÃO DA PAUTA DA 310ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS** – O Presidente do CNS fez a leitura da pauta da reunião, destacando os três itens destinados ao debate sobre racismo na saúde e combate à desigualdade racial, pautados em comemoração ao dia nacional da consciência negra – 20 de novembro – e por conta da impossibilidade de realização neste momento de seminário de saúde da população negra, conforme aprovado pelo Conselho. **Deliberação: a pauta da reunião foi aprovada, por unanimidade, com as seguintes modificações e acréscimos: inversão dentre os itens 7 e 8; e garantia de espaço para apresentação de moção sobre a CONEP (sugestão da conselheira Maria Laura Carvalho Bicca).** **APROVAÇÃO DA ATA DA 309ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS** – O Presidente do CNS submeteu à apreciação do Pleno a ata da 309ª Reunião Ordinária enviada previamente aos conselheiros. **Deliberação: aprovada, por unanimidade, a ata da 309ª Reunião Ordinária.** **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 novembro. Informes. Indicações - Coordenação:** conselheiro **Geordecí Menezes de Souza**, da Mesa Diretora do CNS; e **Ana Carolina Dantas Souza**, Secretária-Executiva do CNS. **JUSTIFICATIVA DE AUSÊNCIAS** - **Davi Vital do Rosário**; e **Nelcy Ferreira da Silva**. **APRESENTAÇÃO DE CONVIDADOS (AS), NOVOS CONSELHEIROS (AS) E COORDENADORES (AS) DE PLENÁRIA DE CONSELHOS DE SAÚDE** – *novos conselheiros:* **Eduardo Maércio Fróes**, 1º Suplente, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia – ABRALE, substituindo **Federico Martí da Rosa Fornazieri**. *Coordenadores de Plenária:* **Julio César Bezerra da Silva**, Pernambuco; **Maria Jaqueline Sampaio Lucena**, Rio Grande do Norte; **Palmira da Aparecida Soares Rangel**, Paraná; e **Pedro Macedo Granja**, Mato Grosso do Sul. **DATAS REPRESENTATIVAS PARA A SAÚDE NO MÊS DE NOVEMBRO** - 8/nov.- Dia do Radiologista. 10/nov.. - Dia Nacional da Surdez. 14/nov. - Dia Nacional e Mundial da Diabetes. 16/nov. Dia Nacional dos Ostromizados. 17/nov. - Dia Mundial de Combate ao Câncer de Próstata. 17/nov. - Dia Nacional de Combate à Dengue. 17/nov. - Dia Internacional do Estudante. 20/nov. - Dia Mundial da Criança. 20/nov. - Dia da Proclamação dos Direitos da Criança pela ONU. 20/nov. - Dia do Biomédico. 20/nov. - Dia Nacional da Consciência Negra. 21/nov. - Dia Nacional da Homeopatia.

53 23/nov. - Dia Nacional de Combate ao Câncer Infantil. 25/nov. - Dia Internacional pela Eliminação da
54 Violência Contra a Mulher. 25/nov. - Dia Nacional do Doador Voluntário de Sangue. 25/nov. - Dia
55 Internacional contra a Exploração da Mulher. 27/nov. - Dia Nacional de Luta contra o Câncer
56 **INFORMES – 1)** Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, falou da sua
57 participação, representando o CNS, na Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde,
58 realizada nos dias 25 e 26 de outubro, em Astana, no Cazaquistão. Relatou que o evento contou com
59 a participação de organizações internacionais públicas e da sociedade civil, além de instituições
60 acadêmicas e ministros de saúde de diferentes países do mundo. Explicou que o objetivo do encontro
61 foi apresentar uma nova declaração sobre Atenção Primária à Saúde, por ocasião dos 40 anos da
62 Conferência de Alma-Ata, cujos eixos estruturantes são a Cobertura Universal de Saúde - CUS e os
63 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável - ODS. Lembrou que a conferência de Alma-Ata,
64 realizada em setembro de 1978, lançou bases para uma compreensão mais ampla sobre saúde e a
65 reafirmou como direito humano. Disse que apresentara considerações para uma nova declaração de
66 Atenção Primária à Saúde e destacou a importância de combater o avanço do autoritarismo, o
67 acirramento da xenofobia, a crise humanitária derivada de migrações forçadas, a crise climática e
68 ambiental, entre outros aspectos. Explicou que, mesmo diante de um cenário de ameaças, foi
69 possível preservar as definições da Conferência de Alma-Ata. Por fim, fez um destaque à participação
70 do Brasil na direção executiva da Organização das Nações Unidas. **2)** Conselheira **Glaucia Tamoyo**
71 **Hassler Sagai** convidou o CNS para participar do Seminário - Programa Interágua. Local: Ministério
72 das Cidades, Brasília/DF. Data: 22/11/2018. Inscrições: 5/11/2018 a 20/11/2018. **3)** Termo de doação
73 – SINDUSFARMA para o CNS - Conselheiro **Nelson Mussolini** fez a doação de dois cronômetros
74 digitais para serem utilizados nas reuniões do Conselho. **INDICAÇÕES - 1)** IV Fórum Ser Homem:
75 Discutindo Políticas Públicas para a Saúde do Homem. Data: 14 de novembro de 2018. Local:
76 Brasília – DF. *Indicação:* conselheiro **Heleno Rodrigues Corrêa Filho**. **Aprovada a indicação. 2)**
77 11º Congresso Facesp. Data: 30 de novembro, 1º e 2 de dezembro de 2018. Local: Guarujá – SP.
78 *Indicação:* conselheiro **Wanderley Gomes da Silva**. **Aprovada a indicação. 3)** I Mostra Científica do
79 Grupo de Estudos e Pesquisa: Situação de Rua, Cidadania e Direitos Humanos. Data: 10 de
80 dezembro de 2018. Local: Salvador – BA. *Indicação:* conselheiro **José Vanilson da Silva**. **4)**
81 Seminário 30 anos de SUS - Que SUS para 2030?. Data: 27 e 28 de novembro de 2018. Local:
82 Brasília – DF. *Indicações:* cinco vagas. *Indicações:* **Carolina Abad; Maria do Carmo; Fernando**
83 **Pigatto; Sandra Oliveira; e Neilton Araújo**. Obs.: Os fóruns devem atentar-se que nestas datas
84 ocorrerão as seguintes atividades: 26 a 29/11 – Conferência Distrital de Saúde Indígena de Conde -
85 PB; 27 e 28/11 – Reunião da CIPPE; 27/11 – Plenária Popular Interconselhos; e 27 e 29/11 –
86 Reunião da CIRHRT. **5)** 8º Simpósio Nacional de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica.
87 Data: 10 e 11 de dezembro de 2018, na FIOCRUZ. Local: Rio de Janeiro/RJ. As vagas serão
88 distribuídas da seguinte forma: 10 para o segmento de usuários, 5 para os trabalhadores da saúde e
89 5 para gestores/prestadores de serviço. *Indicações:* **Usuários - Getúlio Vargas; Ana Lúcia Marçal;**
90 **Altamira Simões; Moysés Tonyolo; Elgiane de Fatima Machado Lago; Sergio Diego de França;**
91 **Anibal Machado; Carolina Abad; Marisa Furia; Cleoneide Oliveira; e Patrícia Novo.**
92 *Trabalhadores da saúde – Simone Conceição Porto Gonçalves; Mírian Cruz; Eliane Cunha; Ayda*
93 **Viana; Euridice Almeida; Maria Laura Carvalho Bicca; Eduardo Renan de França.** *Gestores:*
94 aguarda indicação. *Observação:* os fóruns devem atentar-se que nestas datas ocorrerão as seguintes
95 atividades: dia 10/12 - 6ª Reunião da Comissão Eleitoral; dia 10 e 11/12 - 194ª Reunião da CIRHRT;
96 dia 10 e 11/12 - Etapa Nacional do 8º Simpósio de Ciência e Tecnologia e Assistência Farmacêutica;
97 dia 11 a 13/12 - Conferência Distrital de Saúde Indígena de Salvador - BA; dia 11 a 14/12 -
98 Conferência Distrital de Saúde Indígena de Delmiro Gouveia - AL; e dia 11/12 - 2ª Reunião da
99 Comissão Organizadora da 16ª CNS (8ª+8). **APRECIÇÃO DE MINUTA DE RESOLUÇÃO –**
100 Conselheiro **Geordecí Menezes de Souza**, da Mesa Diretora do CNS, lembrou que esta minuta de
101 resolução, disponibilizada na última reunião do CNS, foi remetida à apreciação nesta reunião, a fim
102 de possibilitar melhor avaliação do mérito. No documento, o CNS resolve aprovar as seguintes
103 normativas que passam a vigorar em conjunto com o Regimento Interno do CNS e as demais
104 resoluções sobre o funcionamento das Comissões Intersetoriais do Conselho Nacional de Saúde. O
105 texto é o seguinte: “Resolução nº 000, de 11 de outubro de 2018. O Plenário do Conselho Nacional
106 de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Décima Reunião Ordinária, realizada nos dias 10 e 11 de
107 outubro de 2018, e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº
108 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pelo Decreto nº
109 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do
110 Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando o Art. 197 da Constituição Federal
111 de 1988, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde
112 (SUS); considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que prevê a criação de Comissões

113 Intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao CNS, integradas pelos ministérios e órgãos
114 competentes e por entidades representativas da sociedade civil, com a finalidade de articular políticas
115 e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito
116 do SUS; considerando a competência conferida ao Pleno do colegiado para a qualquer tempo, criar,
117 modificar, suspender temporariamente as atividades e extinguir Comissões Intersetoriais, Grupos de
118 Trabalho e Câmaras Técnicas, por maioria qualificada de votos dos conselheiros (Art. 11, V, com
119 redação alterada pela Resolução CNS nº 548, de 9 de junho de 2017); considerando a necessidade
120 de compatibilizar o período de vigência da representação das entidades nas Comissões Intersetoriais
121 do CNS em relação ao mandato dos conselheiros e conselheiras nacionais de saúde; considerando
122 que as Comissões Intersetoriais são compostas por entidades que indicarão seus representantes de
123 acordo com o cronograma e organização do processo de composição e que além dos conselheiros e
124 conselheiras de saúde, fazem parte outros representantes de entidades e movimentos sociais não
125 vinculados ao CNS; considerando que nos últimos triênios, a recomposição de todas as Comissões
126 Intersetoriais do CNS só foi concluído em agosto do respectivo ano o que também ocorreu no triênio
127 2015-2018, já que a recomposição final de todas as comissões só se deu em agosto de 2016;
128 considerando a Resolução CNS nº 513, de 06 de maio de 2016, que alterou o Art. 52 da Resolução
129 CNS nº 407, de 12 de setembro de 2008, que trata do funcionamento das Comissões Intersetoriais do
130 CNS; e considerando que a Resolução CNS nº 594, de agosto de 2018, prevê que a Comissão
131 Organizadora da 16ª Conferência Nacional de Saúde (16ª CNS=8ª+8) será composta pelo/a
132 Coordenador/a de cada uma das 18 (dezoito) Comissões Intersetoriais do CNS juntamente com os
133 membros da Mesa Diretora (At. 16, I) e que após as eleições, em havendo renovação da
134 Coordenação das Comissões, os novos coordenadores e os membros da Mesa Diretora poderão
135 integrar a Comissão Organizadora nos termos do caput deste artigo (Art. 16, II). Resolve: aprovar as
136 seguintes normativas que passam a vigorar em conjunto com o Regimento Interno do CNS e as
137 demais resoluções sobre o funcionamento das Comissões Intersetoriais do Conselho Nacional de
138 Saúde. **CAPÍTULO I - DO PERÍODO DE VIGÊNCIA DA REPRESENTAÇÃO DAS COMISSÕES**
139 **INTERSETORIAIS DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE.** Art. 1º Determinar que, sem prejuízo do
140 disposto no Regimento Interno do CNS e com vistas a compatibilizar com o mandato exercido pelos
141 conselheiros e conselheiras de saúde no Pleno do CNS, o período de vigência da representação das
142 entidades conduzidas à composição das Comissões Intersetoriais do Conselho Nacional de Saúde é
143 de 3 (três) anos. Parágrafo único. A coordenação das comissões deverá ser exercida por conselheiro
144 ou conselheira nacional de saúde, sendo pelo menos um deles conselheiro titular, conforme previsto
145 no Regimento Interno do CNS, em redação dada pela Resolução CNS nº 435, de 12 de agosto de
146 2010 e obedecido o disposto no Art. 51 do Regimento Interno do CNS (Resolução CNS nº 407, de 12
147 de setembro de 2008). Art. 2º A cada novo mandato, o Pleno do CNS terá até seis meses após a
148 posse para recompor as Comissões Intersetoriais. **CAPÍTULO II - DISPOSIÇÃO TRANSITÓRIA** - Art.
149 3º Respeitadas as previsões constantes no Regimento Interno do CNS, determina-se que o período
150 de vigência da representação das Comissões Intersetoriais do Conselho Nacional de Saúde,
151 conduzidas em 2016, correrá até o mês de agosto de 2019, tendo em vista que o processo de sua
152 recomposição completa só foi concluída em agosto de 2016.” Concluída a leitura, foi aberta a palavra
153 para considerações. Nas falas, foram apresentadas as seguintes propostas: no texto da resolução:
154 substituir “Mesa Diretora do CNS comporá...” por “nova Mesa Diretora do CNS comporá...”; no último
155 considerando, incluir após “o coordenador” o trecho “ou o coordenador adjunto”; e, após aprovação
156 da Resolução, incorporar as alterações no Regimento Interno do CNS, de acordo com a resolução.
157 Apresentadas essas sugestões, a mesa colocou em votação a minuta, com os adendos
158 apresentados. **Deliberação: a resolução foi aprovada com 32 votos favoráveis e uma abstenção,**
159 **com os acréscimos sugeridos.** O coordenador da mesa informou que a votação ocorreu com o
160 quórum necessário para alteração regimental (2/3 dos conselheiros presentes em Plenário) e frisou
161 que as comissões do CNS deverão ser renovadas até agosto de 2019. **ITEM 3 – RADAR – Diabetes**
162 - *Apresentação:* conselheiro **Luiz Carlos Medeiros de Paula**, Federação Nacional de Associações e
163 Entidades de Diabetes – FENAD; **Fadlo Fraige Filho**, professor titular da Faculdade de Medicina do
164 ABC e Presidente da Associação Nacional de Assistência ao Diabetes – ANAD; e **Arnaldo de**
165 **Oliveira Júnior**, coordenador da atenção básica/CGGABMS. *Coordenação:* conselheira **Francisca**
166 **Rego**, da Mesa Diretora do CNS. O primeiro expositor deste item foi o conselheiro **Luiz Carlos**
167 **Medeiros de Paula**, na condição de representante da FENAD, com abordagem sobre prevenção das
168 complicações do diabetes, detecção, orientação e educação sobre esta doença, para suscitar a
169 discussão. Primeiro, agradeceu a Mesa Diretora do CNS por ter pautado o tema e saudou o professor
170 Fraige Filho, um dos maiores especialistas em diabetes do Brasil. Contextualizou explicando que “O
171 Atlas do Diabetes”, a cada atualização, aponta uma tendência alarmante sobre a doença no mundo e
172 o levantamento da Federação Internacional de Diabetes - IDF, referente a 2017, comprovou aumento

173 de 10 milhões de pessoas com a doença nos últimos dois anos. Acrescentou que os dados apontam
174 425 milhões de pessoas no mundo com diabetes e que houve aumento de 61,8% de pessoas com a
175 doença (no Brasil, 8,9% das pessoas têm diabetes) e a estimativa é de cerca de 629 milhões de
176 pessoas com diabetes no mundo em 2045. A razão de mortes por diabetes, segundo o Ministério da
177 Saúde, cresceu 12% nos últimos seis anos. Na linha do acesso, ainda de acordo com dados do
178 Ministério da Saúde, até abril de 2018, mais de 43 milhões de pessoas com acesso ao Programa
179 Farmácia Popular, que conta com um total de mais de 31 mil estabelecimentos em 4.389 municípios
180 brasileiros. São disponibilizados 42 produtos, sendo 26 gratuitamente e o restante com descontos
181 que chegam até 90%. Não obstante, embora haja pontos de distribuição, ainda há falta de
182 medicamentos. Destacou ainda que há mais de 40 mil unidades básicas de saúde em funcionamento
183 e o Brasil possui hoje 2.851 mil unidades que estão prontas, mas não funcionam por falta de pessoal,
184 equipamento, custeio ou gestão para mantê-las. Ainda em relação à distribuição e acesso, explicou
185 que o Ministério da Saúde entrega os medicamentos conforme solicitação dos estados e, estes, por
186 sua vez, distribuem conforme as solicitações dos municípios. Nesse cenário, colocou as seguintes
187 questões para reflexão: Como resolver esse gargalo de logística? Será que, de fato, os estados e os
188 municípios distribuem corretamente? Disse que o Estado de Minas Gerais apontou falta de
189 medicamentos e insumos, o que ocorre em outros Estados do Brasil. Ressaltou que outro gargalo
190 refere-se à RENAME, a lista que define os medicamentos que devem atender às necessidades de
191 saúde prioritárias da população brasileira no SUS. Destacou que a lista de 2017 contempla 869 itens,
192 mas, para o tratamento de DM1/DM2, garante apenas dois medicamentos. Nas inovações, explicou
193 que foi incorporada uma insulina nova para crianças, insulinas análogas, de ação rápida para
194 Diabetes Mellitus Tipo 1. Em que pese esse avanço, Estados ainda enfrentam problemas, a exemplo
195 de São Paulo que não tem distribuído a medicação por falta de agulha para aplicação. A esse
196 respeito, pontuou o problema da distribuição de apenas uma agulha/dia para três aplicações diárias.
197 Disse que há novos medicamentos, que representam avanços, como Bomba de infusão e Libre, mas
198 não estão incorporados (sugestão de diminuir os impostos para compra desses insumos). No que diz
199 respeito à judicialização, disse que o banco de dados do programa de Direito de Sanitário da FioCruz
200 Brasília, de 2012 e 2018, coletou 12.620 processos, a maioria da Região Sudeste, com destaque
201 para o Estado de São Paulo. A maior parte dos casos é de paciente do SUS, mas é impossível saber
202 se essas pessoas deram entrada no SUS ou apenas abriram processos judiciais (concluiu-se que
203 parte das ações é movida por escritórios e advogados privados). Por outro lado, nas Regiões Norte,
204 Nordeste e Centro-Oeste os pedidos chegam por meio da defensoria pública. Nestes casos, 65% das
205 prescrições são de médicos particulares e 78% desses medicamentos não são padronizados pelo
206 SUS (importante ressaltar que esse estudo não é exclusivo para diabetes). Na linha dos avanços,
207 destacou a Lei n.º 1.347/2006, que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais
208 necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos
209 em programas de educação para diabéticos; e Guia dos Direitos das Pessoas com Diabetes
210 (contempla a Lei n.º 1.347/2006 e outras). Também fez um destaque para a 21ª Campanha Nacional
211 Gratuita em Diabetes de Prevenção das Complicações, Detecção, Orientação e Educação, lançada
212 pela Organização Mundial de Saúde - OMS e o *International Diabetes Federation* - IDF. No Brasil,
213 está sendo coordenada pela FENAD/ANAD, com abrangência nacional, levando, por meio da
214 filiais e secretaria de estados e municípios, levando informações sobre diabetes para todo o Brasil,
215 com apoio do CONASEMS, CONASS, COSEMS/SP. Também frisou que o IDF definiu “14 de
216 novembro” como o dia mundial do diabetes, uma data destinada, entre outros aspectos, à
217 conscientização da população sobre o impacto do diabetes na vida das pessoas e para o Estado.
218 Finalizando a sua exposição, destacou que a falta de insumos e medicamentos para as pessoas com
219 diabetes causam, entre outros aspectos, mais custo para o Estado e que o indivíduo cuidado é
220 produtivo e gerador de riqueza para o país. No mais, frisou que a situação do diabetes no mundo é
221 alarmante, lembrando que, segundo a OMS, a cada seis segundos, há uma morte no mundo por
222 conta da doença. Na sequência, expôs o professor titular da Faculdade de Medicina do ABC e
223 Presidente da ANAD, **Fadlo Fraige Filho**, que iniciou agradecendo o convite para participar do
224 debate e destacando que a diabetes é a principal doença do país e do mundo, com grande impacto
225 na saúde pública. Disse tratar-se de uma epidemia não valorizada pelos gestores, pelos profissionais
226 de saúde e pelas pessoas com diabetes, mesmo sendo a principal causa de mortalidade no Brasil e
227 no mundo. Nessa linha, pautou sua apresentação nos seguintes eixos: importância epidemiológica;
228 impacto na saúde pública; como estamos; para onde vamos; complicações graves; e urgência de
229 providências. Começou destacando que diabetes é um tsunami pela alta prevalência (420 milhões) e
230 alto impacto pela sua extensão: 13,3 milhões de pessoas com diabetes no Brasil; 5,7 milhões de
231 pessoas sem diagnóstico (46%); 108 mil casos de morte em 2017 relacionados ao diabetes; 14 e 20
232 % da população com diabetes em 2025, principalmente a partir de 55 anos; de cada 4 idosos, um

233 com diabetes (trata-se de doença relativa à pessoa idosa); e em 2030, no Brasil, a estimativa é de
234 15% da população idosa com diabetes (mais de 40 milhões, o que causará, inclusive, grande impacto
235 na previdência). No que diz respeito ao impacto na saúde pública, explicou que o diabetes concorre
236 para a 1ª causa de mortalidade; alta prevalência – epidemia; sub diagnosticada e tratamento
237 inadequado; considerável morbidade, incapacitação e encurtamento da vida útil; mortalidade
238 prematura; e alto custo. Também explicou que, segundo dados do Estudo Epidemiológico do
239 Diabetes no Brasil, Grau de Controle Glicêmico e Complicações UNIFESP – FIOCRUZ, no Brasil,
240 75% das pessoas com DM2 e 90% com DM1 estão fora das metas (HbA1c <7%). Frisou que o
241 aumento do descontrole eleva a hemoglobina glicada e o controle precário amplia o custo pelas
242 complicações. Sendo assim, o mau controle do diabetes é uma bomba relógio. Destacou também as
243 complicações agudas do diabetes mellitus: coma hiperglicêmico cetoacidótico; coma hiperosmolar;
244 coma hipoglicêmico; e infecções. Nas complicações crônicas: doença da retina; doença do rim,
245 neuropatia; e doença cardiovascular. Explicou que estudo do Reino Unido apontou que 50% dos
246 pacientes com DM2 apresentam complicações no momento do diagnóstico do diabetes. Nas
247 campanhas realizadas pela FENAD, observa-se que esse índice sobe para 64%. Ainda no que diz
248 respeito às complicações, frisou que os pacientes com diabetes têm 2-4 vezes mais doença
249 cardiovascular; 17 vezes mais doença renal; 40 vezes mais amputações de membros inferiores
250 (primeira causa de amputação não traumática); 60% a 70% para desenvolver neuropatias; 80% a
251 97% para desenvolver retinopatia; e 70% a 80% para apresentar excesso de peso. Também
252 destacou que estudo americano apontou que, em sete hospitais gerais, 44% dos leitos eram
253 ocupados por pessoas com complicação de diabetes; e no Brasil, na BEN Portuguesa de São Paulo,
254 de 1000 leitos, 440 são ocupados por conta do diabetes. No que diz respeito aos medicamentos da
255 RENAME, disse que são desatualizados em 30 anos; insulinas NPH e regulares desatualizadas 20
256 anos; Insulinas NPH da Ucrânia cuja procedência é discutível; e Insulinas UR para DM1 com início de
257 distribuição em outubro de 2018. Neste ponto, fez um destaque à Fábrica estatal Bahiafarma NPH
258 Ucrânia 2021, tecnologia com gasto de R\$ 234 milhões para transferência de tecnologia ultrapassada
259 em 30 anos. Explicou que essa falta de atualização da lista leva à judicialização e pontuou que, do
260 grande volume de novos medicamentos para diabetes, o SUS fornece apenas dois. No que diz
261 respeito à assistência farmacêutica, destacou a Lei nº 11.347, de setembro de 2006, assegura a
262 distribuição gratuita de medicamentos, insumos para aplicação e monitorização para diabetes no
263 sistema público de saúde, para brasileiros envolvidos em programas de educação. A respeito das
264 complicações graves, destacou que, no Brasil, o diabetes e a hipertensão arterial, responsáveis pela
265 primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, amputações de membros inferiores representa
266 ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à
267 diálise. A esse respeito, apontou os seguintes dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia: em
268 2016, 300 mil óbitos por doença cardiovascular; de todos os AVC, 80% são de pessoas com
269 diabetes; dos infartos, 50% de pessoas com diabetes; com trombozes, 60% de pessoas com
270 diabetes; total aproximado de 192.000 mortes de diabetes por doença cardiovascular. A esse quadro,
271 acrescentou os seguintes dados: 1 novo caso de diabetes a cada 3 segundos; uma morte a cada 6
272 segundos; uma amputação a cada 20 segundos; e 5.1 milhões de mortes por ano (percentual maior
273 que a Primeira Guerra Mundial, em 1917, que matou 4,25 milhões por ano). No que diz respeito ao
274 diabetes como desafio mundial, explicou que o tema foi tratado no Encontro de Alto Nível,
275 Assembleia Mundial da Organização das Nações Unidas-ONU, em setembro de 2011. Além disso, o
276 Ministério da Saúde definiu Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas
277 não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022: Vigilância à Saúde-Promoção da Saúde e Cuidado
278 Integral. Reiterou os custos do diabetes: custo direto dos portadores e suas famílias; custos diretos
279 para o sistema de saúde; custos indiretos sociais: incapacidades; auxílio-doença; aposentadoria e
280 mortalidade precoces; e custos intangíveis: discriminação e desemprego. Diante do exposto, concluiu
281 que o diabetes é um problema de saúde pública com: frequência elevada; tratamento inadequado;
282 dificuldades no acesso a especialistas e equipes multiprofissionais; adesão ao tratamento baixa;
283 controle glicêmico inadequado; comprometimento da qualidade de vida; morbidade e mortalidade
284 elevadas; e custos elevados com as complicações. Diante da gravidade da situação, apresentou as
285 seguintes proposições: conscientização das autoridades e profissionais da saúde para o diabetes;
286 programas de saúde pública para diabetes; prevenção primária para os grupos de alto risco para
287 diabetes tipo 2; estímulo ao diagnóstico precoce; realização de campanhas de detecção,
288 conscientização e educação; garantia de educação médica continuada; melhoria do acesso aos
289 serviços de saúde e medicamentos; e aprovação do PL que cria os “Centros de Diabetes do SUS”. O
290 último expositor foi o coordenador da Atenção Básica/CGGAB/MS, **Arnaldo de Oliveira Júnior**, que
291 falou sobre a diabetes na ótica da atenção básica. Contextualizando, destacou que a formação do
292 SUS é relativamente recente e que 50% da população brasileira não dispõe de sistema de

293 esgotamento e de água tratada. Diante desse quadro, o MS tem investido em atenção básica, com
294 destinação de verbas substanciais ao Departamento de Atenção Básica. Todavia, para chegar à
295 ponta, o MS define estratégias com municípios e estados. Salientou que são 47 mil Unidades Básicas
296 de Saúde, sendo metade em funcionamento; cobertura máxima de 52% nos municípios; e
297 diversidade do país, com características distintas e resultado diferente na saúde. Citou os Estados de
298 São Paulo e Santa Catarina como destaques em termos de cuidado com a saúde. Disse que, até
299 agosto de 2018, o DAB realizou 27 encontros estaduais de saúde, sobre doenças que aumentaram
300 por falta de cuidado e acesso como diabetes, sífilis, toxoplasmose, doenças congênitas. Pontuou que
301 a solução para esses casos está na educação continuada, portanto, a prioridade deve ser a
302 disseminação da informação. Inclusive, informou que o MS dispõe de coordenação ligada à nutrição,
303 uma vez que o incremento do diabetes é resultado de consumo alimentar inadequado. Nessa linha,
304 disse que campanhas nacionais, com linguagem acessível à população, são essenciais para mudar o
305 quadro do diabetes no Brasil. Além disso, é preciso garantir recursos do MS para que gestores
306 possam adquirir conhecimento e garantir cuidados à população. Por fim, afirmou que o quadro da
307 diabetes no Brasil é reversível e, somadas às estratégias definidas pelo Ministério da Saúde, é
308 preciso o apoio e conscientização de todos. **Manifestações.** Conselheira **Maria da Conceição Silva**
309 explicou que, no mês da consciência negra, é importante debater o tema, considerando a prevalência
310 da diabetes tipo 2 na população negra e a associação à hipertensão arterial sistêmica. Nessa linha,
311 destacou a importância do recorte racial dos dados, inclusive para contribuir na abordagem da
312 população negra, considerando as vulnerabilidades. Também disse que o HIPERDIA não funciona
313 em muitos municípios no país, desassistindo a população, especialmente a população mais
314 necessitada. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** cumprimentou os expositores e destacou a
315 negligência em relação ao diabetes, uma patologia silenciosa, que causa sérios problemas como
316 amputações e cegueira. Nessa linha, reiterou a importância de retomar as ações e programas
317 voltados ao cuidado dos diabetes, com prioridade na alimentação saudável, e comprometimento do
318 controle social. Conselheira **Adolorata Aparecida Bianco Carvalho** manifestou preocupação com o
319 aumento dos casos de diabetes no país, mesmo com as estratégias adotadas e ponderou que os
320 agentes comunitários de saúde são essenciais nesse processo de acompanhamento. Todavia,
321 destacou que a educação continuada e permanente da população e dos agentes comunitários é o
322 caminho para reverter o quadro, inclusive para que as pessoas utilizem o medicamento de forma
323 continuada e adequada. Por fim, discordou que o Estado de São Paulo seja referência em termos de
324 cuidado com a saúde, pois a população enfrenta muitos problemas no acesso aos serviços de saúde.
325 Conselheiro **Cláudio Ferreira do Nascimento** salientou que as apresentações demonstraram que o
326 diabetes é um problema grave, com grande impacto nos índices de mortalidade da população. Disse
327 que a situação aponta para clara necessidade de melhorar os serviços nos diversos níveis, priorizar a
328 prevenção, aumentar recursos, inclusive porque equipes de atenção básica sequer dispõem de
329 insumos básicos para atender a população. Destacou que o SUS enfrenta crônico desfinanciamento
330 e medidas adotadas, como a EC n°. 95, além da política adotada pelo governo eleito, ampliará o
331 número de mortes em decorrência da ampliação das doenças crônicas degenerativas em virtude da
332 falta de cuidado. Nessa linha, frisou a importância de fortalecer os conselhos de saúde para enfrentar
333 essa situação, entendendo que esses espaços também serão alvo de ataque no novo governo.
334 Conselheira **Shirley Marshal Diaz Morales** explicou que é difícil melhorar os índices sobre o
335 diabetes em muitos locais com acompanhamento de equipes de saúde da família – ESF, porque os
336 profissionais não dispõem da mínima condição para trabalhar. Disse que a educação permanente
337 também é outra dificuldade e hoje se prioriza a quantidade em relação à qualidade. Além disso,
338 destacou que o desmonte da atenção básica, por conta da nova Política Nacional de Atenção Básica
339 - PNAB e o corte de recursos da saúde, em virtude da Emenda Constitucional – EC n°. 95/2016,
340 causará mais mortes (no Rio de Janeiro, corte de 184 ESF). Diante desse cenário, perguntou o que
341 MS está fazendo para modificar a situação crítica da atenção primária. Conselheira **Priscilla Viegas**
342 **Barreto de Oliveira** salientou que doenças crônicas requerem planejamento de médio e longo prazo
343 e devem ser tratadas como política de Estado e não de governo, com foco na prevenção. Além disso,
344 salientou que é preciso recurso para que ações sejam desenvolvidas e tenham impacto na saúde da
345 população. Conselheira **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello** também manifestou preocupação com
346 a gravidade da situação acerca do diabetes e solicitou atenção também aos pacientes com doenças
347 crônicas, muitos deles crianças, que utilizam medicamentos corticoides e desenvolvem diabetes.
348 Considerando a informação como prioridade, informou que, em 2017, a Associação Brasileira
349 Superando o Lúpus realizou o 1º encontro de blogueiros em diabetes e o segundo 2º encontro
350 ocorrerá em dezembro de 2018. Conselheiro **Wilson Hiroshi** avaliou que a resolutividade das
351 equipes de saúde é o principal problema da atenção, sendo necessário, portanto, a definição de
352 metas que possibilitem a efetividade da assistência. Frisou ainda que a atenção básica, sozinha, não

353 consegue resolver todos os problemas da saúde, uma vez que é necessária retaguarda e
354 especialistas para contribuir com essa equipe. No que diz respeito ao gargalo logístico no acesso aos
355 medicamentos, explicou que ocorre por conta da desorganização da assistência farmacêutica,
356 principalmente nos municípios de pequeno porte. Além disso, salientou que é preciso promover
357 debate na CONITEC para atualizar a lista da RENAME com inclusão de novos medicamentos para
358 diabetes. Por fim, perguntou a posição do professor sobre os novos antidiabéticos orais,
359 principalmente na ótica da eficácia, segurança e custo. Conselheira **Zaira Tronco Salerno** salientou
360 que é necessária atuação interdisciplinar dos profissionais da saúde para garantir o sucesso no
361 tratamento do diabetes e reverter a situação atual. Também informou que a CIAN/CNS promoveu
362 debate sobre obesidade e sugeriu que o CNS convide o FNDA para debater o tema no Pleno do
363 Conselho. Frisou que o CNS, por meio da CIAN, está lutando, junto com outras entidades, para
364 redução do consumo de produtos ultraprocessados, por entender que contribuem para os altos
365 índices de pessoas com obesidade e diabetes. Conselheiro **Artur Custódio M. de Souza** sentiu-se
366 contemplado nas falas anteriores e reiterou a preocupação com os efeitos dos corticoides nas
367 pessoas com doenças autoimunes, assim como ocorre naquelas com hanseníase. Também disse
368 que os ferimentos provocados pela diabetes são similares aos da hanseníase, como as úlceras dos
369 pés neuropáticos, lembrando que o tratamento é similar. Nessa linha, sugeriu que sapataria
370 trabalhem simultaneamente voltadas a pessoas com hanseníase e diabetes e outras iniciativas sejam
371 firmadas. Além disso, propôs que a Comissão Intersetorial de Pessoas com Deficiência – CISP/D/CNS
372 aprofunde o debate sobre hanseníase e diabetes. O coordenador de Plenária do Estado do
373 Pernambuco, **Julio César Bezerra da Silva**, destacou o aumento de casos de diabetes no país e no
374 mundo e a complexidade dessa situação. Nessa linha, perguntou o que pode ser feito para ter
375 legislação mais rígida para empresas que comercializam produtos com alto índice de açúcar e
376 prejudicam a saúde da população. Conselheiro **Nelson Mussolini** saudou os expositores e informou
377 que, em 2017, o SINDUSFARMA promoveu ação exitosa com a ADJ voltada à “formação” do
378 balconista de farmácia para divulgação de informações sobre diabetes. No seu ponto de vista,
379 iniciativas como essa de educação/divulgação da informação precisam ser fortalecidas. Por outro
380 lado, manifestou preocupação com o arsenal terapêutico ultrapassado utilizado no SUS para o
381 tratamento diabete e perguntou ao representante do MS o que está sendo feito para incorporar novos
382 medicamentos. Também disse que merecia atenção a parceria do Brasil com empresa estrangeira
383 para produzir medicamento não reconhecido internacionalmente como melhor tecnologia, sob o risco
384 de dispensação de produtos com procedência questionável. Conselheira **Glaucia Tamoyo Hassler**
385 **Sagai** saudou a mesa pelo alerta acerca da situação do diabetes e perguntou como ocorre a
386 fiscalização para o descarte adequado das agulhas utilizadas por pessoas com diabetes (logística
387 reversa). Lembrou também que o Plano Nacional de Saneamento Básico engloba quatro dimensões,
388 entre elas, manejo de águas pluviais e resíduos sólidos, sendo necessário fortalecer o papel das
389 agências que atuam nessa área. No mais, disse que é preciso garantir a inclusão da logística reversa
390 nos planos municipais de saneamento básico. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** avaliou que
391 este é um tema amplo, plural, multidisciplinar, político, intersetorial e econômico que precisa ser
392 tratado da devida forma pelos conselhos profissionais e pelas universidades, além de debatido, em
393 profundidade, no âmbito do setor de atuação de cada conselheiro. Também perguntou ao professor
394 qual a diferença entre insulinas e qual a opinião dos especialistas sobre o resultado da pesquisa do
395 Conselho Federal de Farmácia demonstrando que medicamentos novos não apresentam ganhos
396 terapêuticos expressivos em relação ao disponível à população. Conselheiro **Ronald Ferreira dos**
397 **Santos**, Presidente do CNS, frisou que é preciso retomar o debate deste tema a partir da lógica da
398 saúde enquanto direito coletivo. Disse que a saúde e a defesa da vida configuram entre as principais
399 preocupações da população brasileira e, seguindo essa lógica, é preciso enfrentar essa grave
400 epidemia de diabetes como problema de Estado. **Retorno da mesa.** O professor titular da Faculdade
401 de Medicina do ABC e Presidente da ANAD, **Fadlo Fraige Filho**, respondeu aos questionamentos do
402 Plenário do CNS, de forma geral, destacando os seguintes aspectos: é essencial garantir equipe
403 profissional multidisciplinar para tratamento do diabetes – no Estado de São Paulo, oferece formação
404 em diabetes e os interessados podem participar; é preciso fortalecer e aprimorar o SUS que garante
405 atendimento a 80% da população brasileira – nos EUA, ao contrário, as pessoas com baixa renda
406 estão totalmente desamparadas; estudo demonstrou que, em termos de eficácia, as insulinas são
407 iguais em pesquisa clínica na hemoglobina glicada, o que não ocorre em relação à hipoglicemia;
408 medicamentos novos representam avanço; é preciso modificar o currículo da graduação em saúde
409 para que as instituições de ensino priorizem o tema “diabetes”; é disponibilizado ao paciente
410 recipiente para descarte das agulhas (“descartex”), mas prefeituras não possuem coleta de resíduos;
411 a informação sobre diabetes e o uso de sapatos adequados são iniciativas que diminuem
412 amputações; a educação é o principal eixo para tratamento do diabetes e blogueiros podem ajudar no

413 processo de educação – sugestão: incluir uma atividade com blogueiros na programação do
414 congresso sobre diabetes; a alimentação deve ser livre, mas é preciso orientar e educar a população
415 para bons hábitos; o panorama gravíssimo de complicações em decorrência do diabetes pode ser
416 evitado; não se deve esquecer que o diabetes é a doença que mais mata; a criação dos centros de
417 diabetes é essencial, pois contribuirão para garantir a atenção integral à pessoa com diabetes, a
418 principal doença do país; e transferência de tecnologia para produção de insulina pela Fundação
419 Baiana de Pesquisa Científica e Desenvolvimento Tecnológico, Fornecimento e Distribuição de
420 Medicamentos - Bahiafarma, em parceria com laboratório ucraniano – será feito grande investimento
421 em “nova tecnologia” para produção de medicamento ultrapassado – há mais 30 anos em uso – e de
422 eficácia duvidosa. O coordenador da atenção básica/CGGABMS, **Arnaldo de Oliveira Júnior**,
423 pontuou os seguintes aspectos na sua fala: dificuldade na formação de profissionais Médicos
424 voltados à necessidade do SUS e na distribuição desses profissionais – em resposta, foi criado o
425 Programa mais Médicos; o MEC precisa reformular os currículos da graduação de Medicina para
426 corrigir a defasagem na formação; o Ministério da saúde tem firmado convênios (PROAD) com
427 entidades para realizar formação voltada a pequenos municípios; na formação, o MS tem enfatizado
428 a formação dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família – NAF (possui grupo maior de especialistas)
429 - é preciso garantir profissionais para o atendimento; Programa Saúde na Escola contribui para
430 melhoria do atendimento básico, principalmente no que se refere à cobertura vacinal; e é necessário
431 defender o SUS integral, universal, gratuito e qualidade. Conselheiro **Luiz Carlos Medeiros de**
432 **Paula**, representando a FENAD, salientou a necessidade de fomentar políticas públicas nesta área e
433 defendeu a criação dos centros de referência para diabetes, com equipe multidisciplinar. Disse que o
434 MS precisa investir ainda mais em ciência e tecnologia, inclusive com novas incorporações de
435 medicamentos. Ainda em relação às falas, destacou que pesquisas científicas apontaram que a
436 ozonioterapia contribui para diminuir amputações e enfatizou a importância da boa alimentação. Por
437 fim, salientou que gestores precisam ter maior comprometimento com a saúde da população e
438 acrescentou que a troca na gestão prejudica o desenvolvimento das ações. O professor titular da
439 Faculdade de Medicina do ABC e Presidente da ANAD, **Fadlo Fraige Filho**, interveio novamente
440 para discordar da contratação de médicos cubanos, por meio do Programa mais Médicos, para
441 atender o povo brasileiro e ponderou que o governo do Brasil deveria repensar essa iniciativa.
442 Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** registrou que o CNS apoia integralmente o Programa mais
443 Médicos, pois esta iniciativa permitiu levar médicos aos lugares mais distantes do país. Conselheiro
444 **Neilton Araújo de Oliveira** também discordou da fala do professor Fraige e acrescentou que o MS
445 apoia o Programa mais Médicos. Após essas falas finais dos expositores, conselheira **Francisca**
446 **Rêgo Oliveira Araújo** passou aos encaminhamentos. Primeiro, lembrou que o CNS aprovou a
447 Recomendação n°. 21/2017, ao Ministério da Fazenda que: 1) acolha as recomendações da
448 Organização Mundial da Saúde (OMS) e aumente a tributação dos refrigerantes e outras bebidas
449 açucaradas em, no mínimo, 20% por meio de tributos específicos com o objetivo de reduzir seu
450 consumo e prevenir doenças; e 2) que utilize os recursos obtidos com o aumento de impostos para
451 financiar políticas de enfrentamento à obesidade infantil. Sinalizou que todos os profissionais de
452 saúde devem contribuir para o controle desta doença, sendo necessário garantir melhores condições
453 de trabalho para que isso ocorra de forma efetiva. **Deliberação: o Pleno decidiu que esta temática**
454 **deve ser transversal a todas as comissões do CNS, em especial à Comissão Intersetorial da**
455 **Pessoa com Deficiência – CIPD/CNS, entendendo a necessidade de aprofundar o debate e**
456 **trazer subsídios para a definição de encaminhamentos.** Finalizando, a coordenadora da mesa
457 agradeceu a presença dos convidados e encerrou este ponto de pauta. Na sequência, convidou o
458 CNS para participar da solenidade de lançamento da 5ª edição do livro “Sistema Único de Saúde -
459 Comentários à Lei Orgânica da Saúde” de Lenir Carvalho, com Guido Ivan de Carvalho e informou
460 que a autora doou um exemplar para a biblioteca do CNS. **ITEM 4 – COMISSÃO NACIONAL DE**
461 **ÉTICA EM PESQUISA - CONEP - Apresentação:** conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio**,
462 coordenador da CONEP/CNS; e conselheira **Francisca Valda da Silva**, coordenadora adjunta da
463 CONEP/CNS. **Coordenação:** conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS.
464 Neste ponto de pauta, o coordenador da CONEP/CNS fez um informe sobre a última reunião da
465 Comissão e atualizou o Pleno sobre a tramitação do PLD n°. 7.082/2017, que dispõe sobre a
466 pesquisa clínica com seres humanos e institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisas com Seres
467 Humanos (antigo PL n°. 200). Primeiro, registrou que na última reunião da CONEP/CNS três grupos
468 de trabalho apresentaram seus primeiros relatórios, com novas propostas de resolução e estas
469 proposições serão debatidas no âmbito da Comissão. Sobre o PLD n°. 7.082/2017, informou que o
470 deputado **Hiran Gonçalves**, do PP/RR, apresentou novo parecer na Comissão de Seguridade Social
471 e Família - CSSF da Câmara dos Deputados e o tema foi debatido no Congresso Brasileiro de
472 Oftalmologia, realizado em setembro de 2018. Disse que participara do debate neste congresso, mas

473 o deputado, apesar de convidado, não participou da discussão. Pontuou quatro questões centrais do
474 parecer: **1)** manutenção da CONEP no âmbito do Ministério da Saúde, com agravantes no que diz
475 respeito à composição: a Secretaria de Ciência e Tecnologia indicaria os 30 membros titulares e os
476 cinco suplentes, com redução no número de representantes dos comitês de ética (de 22 para 15),
477 ampliação do número de representantes do Ministério da Saúde (de 2 para 5), cinco representantes
478 dos usuários e cinco membros de sociedades médicas (hoje, são indicados dois representantes de
479 entidades nacionais de profissionais de saúde); **2)** retrocesso no que se refere ao pós-estudo: o
480 participante de pesquisa receberia medicamentos por apenas dois anos depois da comercialização
481 (hoje, o participante deve receber o medicamento enquanto houver benefício), no caso das doenças
482 rara e ultrarraras por cinco anos; **3)** medicamento a ser utilizado como comparador no caso de
483 doença que tenha tratamento: a redação é ambígua e duvidosa (não é um retrocesso completo em
484 relação à proposta apresentada na Comissão de Ciência e Tecnologia da Câmara); e **4)** participação
485 dos usuários nos CEPS: retrocesso ao exigir que os usuários sejam, necessariamente, de
486 instituições. Disse que a CONEP analisará o novo relatório e irá elaborar parecer a respeito para ser
487 apreciado pelo Pleno. Por fim, reiterou a necessidade de negociar audiência pública na CSSF para
488 debater essa nova proposta. A coordenadora adjunta da CONEP, conselheira **Francisca Valda da**
489 **Silva**, destacou que é preciso ação firme e enérgica do CNS em relação a essa nova proposta e,
490 nessa linha, sugeriu a elaboração de material reafirmando a posição do Pleno sobre o PLD nº.
491 7.082/2017, para divulgação aos meios de comunicação. Além disso, destacou que é preciso debater
492 esse novo relatório no VI ENCEP, marcado para o mês de novembro de 2018, e negociar audiência
493 na Câmara dos Deputados para tratar do tema. Por fim, disse que é preciso debater os prejuízos
494 dessa proposta para a sociedade; para a produção autônoma, livre e independente do conhecimento;
495 e para a garantia dos direitos do participante de pesquisa. **Manifestações.** Conselheira **Shirley**
496 **Marshal Diaz Morales** parabenizou a CONEP pelo enfrentamento dessa situação e reiterou o
497 compromisso com essa luta, entendendo a pesquisa como interesse de todos e os avanços
498 perpassados pelo estado democrático de direito. Diante da fala do coordenador da CONEP, sugeriu a
499 aprovação de resolução que fortaleça a importância de assegurar a permanência da CONEP no
500 âmbito do CNS e de manter as regras atuais de indicação para a Comissão. Conselheiro **Cláudio**
501 **Ferreira do Nascimento** avaliou que este relatório é mais uma iniciativa de retrocesso e frisou que a
502 produção científica na saúde deve ser feita em benefício da população e não de grupos econômicos.
503 Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, lembrou que o CNS já possui posição
504 a respeito do PLD nº. 7.082/2017, desse modo, apresentado o parecer do relator, é preciso reafirmar
505 as posições já aprovadas e recomendar que seja acatada a deliberação deste Colegiado sobre a
506 regulação da proteção do sujeito de pesquisa. Nessa linha, disse que é preciso identificar lideranças
507 para construção de posicionamento favorável ao entendimento do Conselho e negociar a realização
508 de audiência pública na Câmara dos Deputados para tratar o tema. O coordenador da mesa
509 sintetizou os encaminhamentos e apresentou mais duas sugestões. **Deliberação: o Pleno aprovou,**
510 **por maioria, com uma abstenção, os seguintes encaminhamentos: 1) disponibilizar aos**
511 **conselheiros, tão logo concluído, o parecer que a CONEP está elaborando sobre o novo**
512 **parecer, de autoria do deputado Hiran Gonçalves, em relação ao PLD nº. 7.082/2017; 2)**
513 **elaborar material reafirmando a posição do CNS sobre o PLD nº. 7.082/2017, para divulgação**
514 **aos meios de comunicação; 3) realizar atividade para defesa do posicionamento do Conselho**
515 **sobre esta matéria e negociar a realização de audiência na Câmara dos Deputados para tratar**
516 **do tema; 4) promover mobilização interna na CSSF e no Plenário da Câmara dos Deputados a**
517 **fim de conseguir apoio à posição do CNS sobre o tema; 5) identificar lideranças política para**
518 **construção de posicionamento favorável à posição do CNS acerca deste tema; e 6)**
519 **recomendar ao Fórum de Entidades de Trabalhadores da Saúde – FENTAS que sugeria aos**
520 **conselhos profissionais da saúde que promovem debate sobre o parecer do deputado Hiran**
521 **Gonçalves, tendo em vista que a proposta contemplou apenas a profissão Médica.** Conselheiro
522 **Neilton Araújo de Oliveira** informou que levará o tema para debate interno no Ministério da Saúde.
523 Definido esse ponto, a mesa encerrou a manhã do primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os
524 seguintes conselheiros e conselheiras: *Titulares* – **Adolorata Aparecida Bianco Carvalho**, Conselho
525 Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos
526 do Brasil – CNBB; **Antônio Muniz da Silva**, Organização Nacional de Cegos do Brasil – ONCB;
527 **Antônio Pitol**, Pastoral da Saúde Nacional; **Artur Custódio Moreira de Sousa**, Movimento de
528 Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase – MORHAN; **Breno de Figueiredo Monteiro**,
529 Confederação Nacional de Saúde – CNS; **Carmen Lucia Luiz**, União Brasileira de Mulheres – UBM;
530 **Carolina Abad**, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama –
531 FEMAMA; **Cláudio Ferreira do Nascimento**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO;
532 **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil –

533 FENACELBRA; **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Ensino em
534 Fisioterapia – ABENFISIO; **Geordeci M. Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **Heliana Neves**
535 **Hemeterio dos Santos**, Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e
536 Transexuais – ABGLT; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João Rodrigues Filho**, Confederação
537 Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; **José Vanilson Torres da Silva**, Movimento Nacional
538 de População de Rua – MNPR; **Antônio Lacerda Souto**, Confederação Nacional dos Trabalhadores
539 na Agricultura – CONTAG; **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores –
540 NCST; **Marcio Florentino Pereira**, Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO; **Maria do**
541 **Carmo Tourinho Ribeiro**, Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **Maria Laura Carvalho Bicca**,
542 Federação Nacional dos Assistentes Sociais – FENAS; **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação
543 Nacional da Indústria – CNI; **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Rildo Mendes**,
544 Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul – ARPINSUL; **Vanja Andréa Reis dos Santos**,
545 União Brasileira de Mulheres – UBM; **Wanderley Gomes da Silva**, Confederação Nacional das
546 Associações de Moradores – CONAM; **Wilson Hiroshi de Oliveira Uehara**, Conselho Federal de
547 Farmácia – CFF; e **Zaira Tronco Salerno**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN). *Suplentes* –
548 **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello**, Associação Brasileira Superando o Lúpus; **Clarice Baldotto**,
549 Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB); **Denise Torreão Corrêa da Silva**, Conselho Federal
550 de Fonoaudiologia – CFFa; **Elgiane de Fatima Machado Lago**, Central dos Trabalhadores e
551 Trabalhadoras do Brasil – CTB; **Fernando Zasso Pigatto**, Confederação Nacional das Associações
552 de Moradores – CONAM; **Getúlio Vargas de Moura Junior**, Confederação Nacional das
553 Associações de Moradores – CONAM; **Glaucia Tamoyo Hassler Sagai**, Ministério das Cidades;
554 **Ivone Martini de Oliveira**, Conselho Federal de Enfermagem – COFEN; **Joana Batista Oliveira**
555 **Lopes**, Federação Nacional dos Odontologistas – FNO; **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central
556 Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB; **José Eri Osório de Medeiros**, Conselho Nacional dos
557 Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS; **Jupiara Gonçalves de Castro**, Federação de
558 Sindicatos de Trabalhadores Técnicos Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do
559 Brasil – FASUBRA; **Lenir Santos**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down –
560 FBASD; **Lenise Aparecida Martins Garcia**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Luiz**
561 **Carlos Medeiros de Paula**, Federação Nacional de Associações e Entidades de Diabetes – FENAD;
562 **Maria da Conceição Silva**, União de Negros pela Igualdade; **Maria das Graças Silva Gervásio**,
563 Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira**,
564 Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Shirley Marshal Diaz Morales**,
565 Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE; **Sueli Terezinha Goi Barrios**, Associação Brasileira da
566 Rede Unida – REDE UNIDA; **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da Criança. Retomando, às 14h26,
567 a mesa foi recomposta para o tem 5 da pauta. **ITEM 5 – EQUIDADE E VIDA - Apresentação: Renata**
568 **Melo Barbosa do Nascimento**, assessora do Departamento de Apoio à Gestão Estratégica e
569 Participativa – DAGEP/SGEP/MS; **Juliana Martins**, assessora do Gabinete do Ministério da
570 Segurança Pública; **Maria de Fatima Marinho Souza**, diretora do Departamento de Vigilância de
571 Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde – DANTPS/SVS/MS; e conselheiro
572 **José Vanilson Torres da Silva**, representante do Movimento Nacional de População de Rua –
573 MNPR. *Coordenação:* conselheiro **André Luiz de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. A primeira
574 expositora foi a diretora do DANTPS/SVS/MS, **Maria de Fátima Marinho Souza**, que falou sobre
575 desigualdade e violência, contextualizando, inicialmente, com os seguinte dados: **a)** mudança no
576 padrão da mortalidade por grupo de idade, Brasil, 1979-2015, com destaque para o aumento da
577 mortalidade por violência – alto índice de mortes prematuras (apenas 49% ocorre depois dos 70 anos
578 de idade), maior parte evitável e concentração na idade de 15 a 44 anos, especialmente por violência;
579 **b)** variação de homicídios por 100 mil habitantes em capital e não capital, segundo região, Brasil,
580 2000 e 2014 (excluído impacto do crescimento populacional) – redução no Sudeste (capitais e
581 interior) e aumento nas demais regiões (a violência “deslocou-se” na direção do Norte do país e para
582 interior); **c)** taxa padronizada mortalidade (100 mil habitantes), 2016 – na média, Brasil, três vezes
583 mais mortes de homens negros que homens brancos por homicídio (a taxa de mortalidade de
584 homens brancos no Norte é onze vezes menor que homens negros); **d)** taxa padronizada de
585 mortalidade (100 mil habitantes) agressões contra mulheres brancas. Brasil e Regiões, 2012 a 2016 –
586 na Região Sul, mulheres brancas morrem mais por homicídio (7,8%) que nas Regiões Sudeste e
587 Nordeste; e **e)** taxa de mortalidade de mulheres negras é maior nas Regiões Centro-Oeste, Região
588 Norte (aumento) e Nordeste. Fez esse panorama para mostrar que no Brasil a desigualdade racial é
589 expressa claramente, resultado da produção e reprodução da iniquidade que permeia a sociedade.
590 Sendo assim, políticas eficientes de prevenção da violência devem ser desenhadas e focalizadas,
591 garantindo o efetivo direito à vida e à segurança da população negra no Brasil. Apontou dados
592 também sobre a violência contra as mulheres no Brasil: o número de agressões contra mulheres

593 negras ocorridos no Brasil captados pelo SIM aumentou de 1.713, em 2000, para 2.999 em 2016; o
594 número de agressões contra mulheres brancas ocorridas no Brasil, captado pelo SIM, reduziu de
595 1.809, em 2000, para 1.432, em 2016; mulheres negras: aumento de 4,1 homicídios/100 mil
596 habitantes para 5,2/100 mil habitantes, em 2000 e 2016, respectivamente; mulheres brancas: redução
597 de 3,6 homicídios/100 mil habitantes para 2,5/100 mil habitantes, em 2000 e 2016, respectivamente.
598 Também destacou as referências legais da vigilância de violências: Estatuto da Criança e
599 Adolescente (Lei nº 8.069/1990); Lei sobre notificação compulsória de violência contra as mulheres
600 (nº 10.778/2003); Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741/2003, modificada pela Lei nº 12.461/2011);
601 Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015); Política Nacional de Redução da
602 Morbimortalidade de Acidentes e Violências (Portaria GM/MS nº. 737 de 2001); Portaria GM/MS nº
603 1.271/2014 – Violência Sexual e tentativa de suicídio como notificação imediata (em até 24h pelo
604 município); Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017; e lista de doenças e agravos
605 de notificação compulsória. Ainda sobre notificação de violências: de 2011 (universalização no SUS)
606 até 2017 foram 1.500.000 notificações de violência no Brasil; crescimento de 212,5% entre 2011 e
607 2017; hoje 74% dos municípios brasileiros notificam; e aproximadamente 70% contra pessoas do
608 sexo feminino. Explicou que o objeto da notificação de violência é caso suspeito ou confirmado de
609 violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo,
610 trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em
611 todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação
612 as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência,
613 indígenas e população LGBT. Também mostrou quadro com taxas médias de mortalidade por causas
614 violentas na população geral do sexo feminino e nas pessoas do sexo feminino que foram notificadas
615 por violência. Brasil, 2011 e 2015 (Saúde Brasil, 2015-2016), salientando: a) na população geral do
616 sexo feminino: as taxas por causas violentas são maiores que na população geral do sexo feminino,
617 4,5% de feminicídio; em vítimas notificadas por violência física – feminicídio maior (130,6%), alta taxa
618 de suicídio (61,3% - em geral, é 2,5%/100 mil); e vítimas notificadas por estupro: alto feminicídio e
619 maior suicídio. No que diz respeito ao risco de mulheres com notificação prévia de violência morrerem
620 por causas externas (Saúde Brasil 2018), disse que 6.393 mulheres com notificação morreram por
621 causas externas entre 2011 e 2016 - 3 mulheres a cada dia, a maioria mulheres negras - o que
622 significa que a rede não está conseguindo proteger a mulher que denuncia a agressão. Destacou que
623 o risco de morrer por causas externas em comparação com a população geral de cada faixa etária:
624 256,1 vezes em crianças; 90,5 vezes em adolescentes; 85,6 vezes em jovens; 151,5 vezes em
625 adultas; e 311,4 vezes em idosas. Sobre a violência sexual contra crianças e adolescentes, disse que
626 foram 141.105 casos de 2011 a 2017, meninas principais vítimas (74% das crianças e 92%
627 adolescentes) e a casa é onde a violência acontece (69% das crianças e 58% de adolescentes), o
628 agressor é da família ou amigo/conhecido para maioria das crianças (64,4%). Foram 3.805 casos nas
629 escolas e 7.810 casos crianças/adolescentes com deficiência. Falou ainda sobre adolescentes com
630 notificação de estupro no Brasil entre 2011 e 2016, destacando que foram 32.809 casos notificados,
631 sendo 58,1% de negras e 29,6% de brancas. Desse total, 43% cometidos por familiares ou parceiros
632 íntimos; 66% ocorreram em residências; e 45,6% com histórico de repetição. A esses dados
633 acrescentou: violência contra pessoas com deficiência/transtorno (2011 a 2017): 116.073 casos, 45
634 notificações de violência por dia - 75% em casa e 51% de repetição. No que diz respeito à violência
635 contra LGBTs (2015 a 2017), foram 24.651 notificações - orientação sexual: 8.005 mulheres lésbicas,
636 6.156 homens gays e 1.823 bissexuais; e identidade de gênero: 1.424 Travestis, 7.848 mulheres
637 transexuais e 2.229 homens transexuais. Disse que a notificação de violência na saúde dá
638 visibilidade ao problema, permitindo conhecer sua magnitude, gravidade e perfil e se configura em
639 elemento-chave na atenção integral às pessoas, permitindo que a rede de proteção e de garantia de
640 direitos seja acionada e se articule. Por fim, disse que é preciso melhorar a dimensão da linha de
641 cuidado para atenção integral às pessoas e suas famílias em situação de violência. Na sequência, a
642 assessora do Gabinete do Ministério da Segurança Pública, **Juliana Martins**, expôs sobre a
643 segurança pública no Brasil e os desafios a serem enfrentados. Começou pelo panorama da
644 segurança pública no país, pontuando as seguintes estatísticas gerais: 1) mortes violentas
645 intencionais: 7 pessoas assassinadas por hora em 2016 (mais de 1 a cada 10 minutos), mais de 61
646 mortes violentas intencionais (maior número da série histórica) e crescimento de 4% em relação a
647 2015; 2) latrocínios: 2.666 latrocínios em 2016 - crescimento de 50% em relação a 2015; 3) Policiais
648 brasileiros – 453 vítimas de homicídios em 2016 (crescimento de 23% em relação a 2015); 4.222
649 mortes em intervenções de policiais - 99% homens, 82% entre 12-29 anos, 76% negros e
650 crescimento de 26% em relação a 2015 (policiais brasileiros são os que mais matam e os que mais
651 morrem); 4) mulheres: 50 mil estupros; uma mulher é assassinada a cada 2 horas; e 606 mulheres
652 sofrem violência doméstica por dia. No que diz respeito ao sistema carcerário, destacou que prende

653 muito e o número de pessoas encarceradas só aumenta. Mostrou gráfico sobre as pessoas privadas
654 de liberdade por natureza de prisão e tipo de crime: 40% sem condenação; 38% sentenciados regime
655 fechado; 15% sentenciados regime semiaberto; e 6% sentenciados regime aberto. Também
656 apresentou tabela demonstrando estimativa de crescimento das pessoas privadas de liberdade no
657 Brasil – 2016, 2017 e 2018, sendo 747.521, 799.848 e 855.837, respectivamente. Sobre a faixa etária
658 das pessoas privadas de liberdade no Brasil, destacou: 18 a 24 – 30%; 25 a 29 – 25%; 30 a 34 –
659 19%; 35 a 45 – 19%; 46 a 60 – 7%; e 61 a 70 – 1%. Feito esse panorama, falou sobre o Sistema
660 Único de Segurança Pública, instituído pela Lei nº 13.675/2018. Explicou que, nos termos do artigo
661 144 da Constituição Federal, a segurança pública, dever do Estado, direito e responsabilidade de
662 todos, é exercida para a preservação da ordem pública e da incolumidade das pessoas e do
663 patrimônio, através dos seguintes órgãos: Polícia Federal; Polícia Rodoviária Federal; Polícia
664 Ferroviária Federal; Polícias Civis; Polícias Militares e Corpos de Bombeiros Militares. Em que pese
665 essa definição, disse que o cenário da segurança pública é o seguinte: federalismo acéfalo; ausência
666 de um Sistema Nacional de Segurança Pública; inexistência de Política Nacional de Segurança
667 Pública; incapacidade de coordenação e produção de dados criminais; e recursos insuficientes.
668 Apontou as mudanças com a criação do Ministério da Segurança Pública em 26 de fevereiro de 2018
669 e aprovação e sanção da Lei do Sistema Único de Segurança Pública (SUSP): cria a Política
670 Nacional de Segurança Pública e Defesa Social; estabelece competências, princípios, objetivos,
671 estratégias, meios e instrumentos para o funcionamento do SUSP; implantação do Conselho
672 Nacional de Segurança Pública com a participação dos governos federal, estaduais, municipais,
673 polícias, Judiciário, Ministério Público e sociedade civil. Além disso, determina a criação de
674 Conselhos e Planos de Segurança Pública e Defesa Social nas esferas nacional, estadual, distrital e
675 municipal; cria mecanismos de controle, transparência e de capacitação e valorização do profissional
676 de segurança pública; o Ministério da Segurança Pública é o responsável pela coordenação e gestão
677 do Sistema Único de Segurança Pública. A Lei estabelece ainda o Plano Nacional de Segurança
678 Pública, com duração de 10 anos – a proposta foi submetida à consulta pública (modelo semelhante
679 ao Plano da Saúde e da Educação). Salientou que o Plano será monitorado anualmente pelo Sistema
680 Nacional de Acompanhamento e Avaliação das Políticas de Segurança Pública e Defesa Social
681 (Sinaped). Em 2020, a primeira avaliação será submetida ao Congresso Nacional, dois anos após o
682 início da vigência da Lei. Detalhou os objetivos principais do Plano Decenal: reduzir os homicídios e
683 outros crimes violentos letais (meta de redução de homicídios de 3,5% ao ano); estabelecer
684 governança e gestão das políticas, programas e projetos de segurança pública e defesa social;
685 valorizar e assegurar condições de trabalho aos profissionais de segurança pública e do sistema
686 penitenciário; fortalecer a segurança e controle de fronteiras, portos e aeroportos; ampliar o controle e
687 o rastreamento de armas de fogo e munições; enfrentar as estruturas do crime organizado; aprimorar
688 a gestão do sistema prisional, visando eliminar a superlotação e garantir a separação dos detentos,
689 nos termos da Lei de Execução Penal; implantar condições mínimas para ressocialização com
690 oportunidades educacionais, de qualificação profissional e de trabalho; e fortalecer a atuação dos
691 municípios nas ações de prevenção ao crime e à violência, sobretudo mediante ações de
692 reorganização urbanísticas e de defesa social. Apontou outras iniciativas positivas nesta área: Medida
693 Provisória nº. 846 (recursos permanentes e crescentes das loterias esportivas); Centro Internacional
694 com UNODC (dados e estatísticas) – foi pactuada com os Estados a adoção da Classificação
695 Internacional de Crimes do Escritório da ONU para drogas e crimes; Escola Nacional de Segurança
696 Pública e Inteligência; e Política Nacional de Trabalho no Âmbito do Sistema Penitenciário (para
697 egressos e apenados). No novo cenário, disse que o presidente da República eleito anunciou que o
698 Ministério de Segurança Pública será integrado ao Ministério da Justiça, o que representa um
699 retrocesso. Por fim, ressaltou que segurança pública deve ser feita de forma conjunta e intersetorial
700 para reduzir os números alarmantes. A terceira expositora foi a assessora do DAGEP/SGEP/MS,
701 **Renata Melo Barbosa do Nascimento**, que abordou o tema sob a ótica da responsabilidade do
702 DAGEP em relação às pautas estruturantes relativas à equidade. Explicou que o Departamento
703 trabalha com as populações negra, cigana, LGBT, campo, floresta e águas e aquelas ditas “minorias”.
704 Além disso, fomenta políticas na área de saúde que englobam a população de rua, que é composta
705 por todos os públicos. Disse que, ao pensar na formação e identidade da sociedade brasileira, o
706 conceito de “minorias” não se aplica, porque, na verdade, trata-se da maioria da população. Salientou
707 que a população negra é alijada de discussões que pensam na saúde e nas doenças prevalentes; a
708 população cigana não está contemplada por conta da ideia de que se trata de grupo social que faz
709 parte de uma subcategoria, dentro de uma categoria mais ampla; a população do campo, floresta e
710 águas está em território rural, com rios e espaços aonde as políticas públicas não chegam de forma
711 adequada; população LGBT, principalmente travestis e transexuais, sofrem discriminação que se
712 refletem no grande número de assassinatos. Nesse contexto, disse que um dos objetivos da Política

713 é promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-
714 racial, dentro do combate ao racismo e discriminação das instituições nos serviços no SUS. Explicou
715 que o Brasil ainda nega a existência de um racismo institucional, presente nas questões mais simples
716 e prementes da população negra, como a saúde, por exemplo. Lembrou que a formação de
717 identidade do Brasil foi pautada nesta ideia de inexistência do racismo, portanto, questiona-se a
718 necessidade de políticas para populações específicas. Salientou, por exemplo, que considerar o
719 quesito raça/cor significa levar em conta pesquisas em desenvolvimento sobre doenças prevalentes à
720 população negra, cigana, LGBT, entre outras. No mais, salientou que essas populações ainda
721 enfrentam dificuldades para acessar os serviços públicos de saúde, lembrando que os profissionais
722 de saúde são formados a partir de uma dimensão excludente, não normativa (o modelo padrão social
723 é: branco, heterossexual, masculino). Ressaltou que é preciso discutir as formas de racismo e como
724 ele é construído, desde a infância, através de representações e estereótipos veiculados no cinema,
725 na literatura, na televisão, nos livros didáticos. Além disso, é fundamental enfrentar o racismo para
726 que desapareça e considerar as especificidades dessa população que é colocada como “minorias”,
727 mas não é. Em seguida, conselheiro **José Vanilson Torres da Silva**, representante do MNPR,
728 também abordou o tema, destacando, inicialmente, que a população em situação de rua, um dos
729 segmentos mais excluídos da sociedade, é um dos públicos da política de equidade. Explicou que
730 67% da população de rua do Brasil é negra, englobando mulheres, homens, idosos, crianças...
731 Recordou que o DAGEP foi constituído para apoiar os movimentos sociais e os conselhos de saúde
732 no exercício do controle social das políticas e ações de saúde, em especial as políticas de
733 promoção da equidade, de educação popular em saúde e na mobilização social em defesa do
734 direito à saúde. E também para contribuir para a promoção da equidade em saúde, acolhendo e
735 articulando as demandas de grupos e populações socialmente excluídas. Nesse sentido, relatou a
736 sua experiência, em 2012, que mudou completamente a sua vida. Explicou que, em 2012, morava
737 nas ruas de Natal e, após participar de um curso voltado a lideranças, promovido pelo MS, por meio
738 do DAGEP, engajou-se no movimento e iniciou luta para garantir direitos e políticas públicas para a
739 população de rua. Dada a importância, apelou ao Departamento que retome o seu caráter de
740 promoção da equidade que se perdeu após 2016. Feitas essas considerações, fez a leitura da
741 seguinte carta: **“EQUIDADE É VIDA**. A saúde tem sido pioneira como porta de entrada para acolher
742 as populações vulnerabilizadas, reconhecendo as desigualdades sociais como determinantes que
743 geram o processo de adoecimento e morte nos diversos segmentos sociais. As políticas de promoção
744 de equidade, em especial, que reconhecem os sujeitos políticos que sofrem discriminação pela sua
745 condição social, de raça/etnia, de orientação sexual ou por sua cultura, como a população negra e
746 quilombola, ribeirinhos, marisqueiras e pescadores, lésbicas, gays, bissexuais, travestis e
747 transexuais, população em situação de rua, ciganos etc., são expressões de direitos e cidadania.
748 Essas políticas de saúde promovem cidadania, ao reconhecerem, por exemplo, as diferenças
749 regionais do Brasil e implantarem os programas Mais Médicos e Mais Saúde, levando profissionais de
750 saúde, em especial, para regiões abandonadas pelas políticas públicas; ao implantar Unidades
751 Básicas Fluviais e/ou Ribeirinhas; ao implantarem Unidades Móveis de Saúde Bucal para atender as
752 populações do campo, da floresta e das águas; ao implantarem os Consultórios nas Ruas para
753 atender pessoas em situação de rua, ao desenvolver campanhas como SUS sem Racismo, entre
754 outros serviços e ações de saúde. **Equidade**. Equidade é um dos princípios do Sistema Único de
755 Saúde (SUS) e tem relação direta com os conceitos de igualdade e de justiça social. Parte da ideia de
756 respeito às necessidades, diversidade e especificidades de cada cidadão ou grupo social e do
757 reconhecimento que as diferentes condições de vida, habitação, trabalho, renda e de acesso a
758 educação, lazer, cultura e serviços públicos impactam diretamente na saúde. O conceito de equidade
759 também considera os impactos na saúde das diferentes formas de preconceito e discriminação social,
760 como o racismo, a misoginia, a LGBTfobia e a exclusão social de populações que vivem em situação
761 de rua ou em condições de isolamento territorial, como as do campo, da floresta, das águas, dos
762 quilombos e em nomadismo, como no caso dos ciganos. **No caso da população em situação de**
763 **rua**. Viver na rua expõe as pessoas em situação de rua a diversos fatores de risco que ampliam sua
764 vulnerabilidade como: violências, preconceito, invisibilidade social, dificuldade de acesso à políticas
765 públicas, alimentação incerta e pouca disponibilidade de água potável, privação de sono e afeição e a
766 dificuldade de adesão a tratamento de saúde. Em 2009 o Governo Federal cria a Política Nacional
767 para a População em Situação de Rua. Dentre os objetivos da Política está o de assegurar o acesso
768 amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas, o que
769 inclui a de saúde. Em 2013, as ações do Ministério da Saúde para promover a saúde dessa
770 população passam a ser orientadas pelo Plano Operativo de Ações para a Saúde da População em
771 Situação de Rua. **Implantação de Consultórios na Rua. Implantação do Comitê Técnico de**
772 **Saúde da População em Situação de Rua. Instituição de Comitês Técnicos de saúde da**

773 **População em Situação de Rua nos estados e municípios. Participação do Ministério da Saúde**
774 **no Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a**
775 **População em Situação de Rua (CIAMP Rua). Instrução Operacional Conjunta MS/MDS para**
776 **Tuberculose. Oficinas de Sensibilização para os Trabalhadores que atuam com a População**
777 **em Situação de Rua. Curso de capacitação de profissionais para o cuidado da População em**
778 **Situação de rua. Capacitação regional de Lideranças da População em Situação de Rua** (*grifo*
779 *do autor*). Dados do Ministério da Saúde apontam que os problemas de saúde mais recorrentes entre
780 essa população em situação de rua são: problemas nos pés; infestações; DST/HIV/AIDS; gravidez de
781 alto risco; doenças crônicas; consumo de álcool e drogas; saúde bucal; tuberculose. Principais
782 causas de internação: uso de substâncias psicoativas (álcool, crack e outras drogas), problemas
783 respiratórios e causas externas (acidentes e violência). É importante ressaltar que apesar da SGEF
784 ter dito sobre a importância dos observatórios das políticas de promoção da equidade em saúde para
785 o SUS, a SGEF resolveu não renovar o TED 41/2016, afirmando que esses observatórios não
786 atingiram as metas. Vale ressaltar que, mesmo sem dispor mais dos recursos do Ministério da Saúde,
787 o observatório da PopRua continua a atuar com recursos da UNB e a desenvolver os seus trabalhos
788 em benefício da população em situação de rua. Por fim, queremos reafirmar a necessidade de
789 retomada dos Comitês Técnicos das políticas de promoção da equidade em saúde, que nesses dois
790 últimos anos, não realizou nenhuma reunião, ou seja, não conta com a participação social na política
791 das populações vulnerabilizadas.” A diretora do DANTPS/SVS/MS, **Maria de Fatima Marinho Souza**,
792 justificou que não poderia permanecer para debate, mas a coordenadora geral do Departamento,
793 **Marta Coelho**, ficaria para discussão. Antes de sair, frisou que a violência no Brasil, tão frequente e
794 crescente, é localizada e possui cor, ou seja, não é generalizada. Destacou que esta violência é letal
795 porque termina em morte, pois mulheres vítimas de violência morrem mais por violência e por doença
796 (violência aumenta índice de doenças). Fez um destaque, inclusive, para o alto índice de morte de
797 crianças (menos de 10 anos) por violência e para o aumento do assassinato de bebês em 15% em
798 um ano. Além disso, é preciso considerar, nesse cenário, a violência sexual contra crianças menores
799 de um ano, reportadas por pediatras. Como saídas, disse que é preciso promover trabalho
800 coordenado com a segurança pública para ampliar a proteção das vítimas de violência. Além disso,
801 lembrou que o setor saúde dispõe de informações sobre a violência (crime, endereço do agressor ou
802 assassino, por exemplo), portanto, é dever de todos intervir nessas situações, inclusive porque a
803 omissão configura crime de prevaricação. Diante da gravidade desse quadro, disse que serão
804 necessárias ações intersetoriais e solicitou ao CNS que assuma a liderança nesse processo. Por fim,
805 convidou o CNS a participar do 3º Encontro da Melhoria da Informação da Causa de Morte no Brasil,
806 que ocorrerá de 25 a 27 de novembro de 2018, em Salvador. Acrescentou na oportunidade será
807 lançado painel com dados sobre violência e suas consequências (morte e nascimento a partir de
808 estupros) com a intenção de fomentar ações de intervenção para reduzir os índices de violência.
809 Conselheira **Shirley Marshal Diaz Morales** manifestou preocupação com a gravidade dos dados
810 apresentados e perguntou como a temática da equidade tem sido tratada na atenção primária e com
811 os gestores municipais de saúde, dada a necessidade de executar políticas para as minorias
812 invisibilizadas. No mais, pontuou que as especificidades devem ser consideradas na construção das
813 políticas públicas. Conselheiro **Fernando Zasso Pigatto** chamou a atenção para os problemas
814 mentais que sofrem as populações ditas “minorias” e destacou a importância de considerar essa
815 questão na definição de políticas. Também entregou três exemplares do livro “25 da Lei da Reforma
816 Psiquiátrica do Rio Grande do Sul”, lançado pela Comissão de Saúde e Meio Ambiente da
817 Assembleia Legislativa do RS. Conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo** perguntou ao
818 DAGEP/MS como se dá a articulação nos municípios e estados para que a política de equidade seja
819 efetivada. Também fez um destaque à violência contra a pessoa idosa, que cresce sucessivamente e
820 lembrou que inexistente política de institucionalização/acolhimento dessas pessoas. Conselheiro
821 **Cláudio Ferreira do Nascimento** saudou as expositoras pelas falas elucidativas e cumprimentou
822 aqueles que mantem a luta para enfrentar a condição de opressão e a estrutura de desigualdade da
823 sociedade. Também salientou que é preciso somar forças para enfrentar a conjuntura futura em um
824 governo que não prioriza a equidade. Conselheiro **Antônio Lacerda Souto** salientou que, ao tratar
825 de políticas de equidade, é preciso considerar as diversidades e especificidades dos sujeitos.
826 Portanto, as políticas devem ser definidas com escuta daqueles que vivem a diversidade. Nessa
827 linha, lamentou que o Grupo da Terra não estivesse se reunindo para escutar os movimentos. Avaliou
828 que a situação tende a piorar por conta da eleição do novo governo e, diante desse cenário,
829 perguntou como o DAGEP está debatendo as políticas de equidade e de diversidade neste período
830 de transição de governo. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** também elogiou as expositoras e
831 chamou a atenção para violência no trânsito (alto índice de acidentes, principalmente de motos).
832 Considerando o depoimento do conselheiro Vanilson Torres, manifestou satisfação com o governo

833 (Estado) que dá oportunidade ao cidadão para melhorar sua condição e conclamou a todos a realizar
834 movimento contra a violência, com protagonismo do controle social. Conselheira **Heliana Neves**
835 **Hemeterio dos Santos**, diante dos dados apresentados, destacou que é preciso discutir os valores
836 da “família” protetora que, na verdade, não protege e punir os agressores. Também perguntou como
837 será feito o planejamento da segurança pública para diminuir a violência e destacou que os agentes
838 executores desse planejamento devem olhar também racismo, homofobia e misoginia, com vistas à
839 preservação das vidas. Conselheira **Maria da Conceição Silva** sentiu-se contemplada nas falas
840 anteriores e acrescentou que a violência é uma ferramenta política do capitalismo que se estrutura
841 por meio do racismo e do machismo. Sobre o sistema prisional brasileiro, disse que a situação não é
842 diferente daquela de outros países, que criminaliza a população negra, com aumento da “indústria”
843 das prisões. Também manifestou preocupação com o desmonte dos observatórios e com a falta de
844 dados sobre a efetivação das políticas de equidade e perguntou quando será realizada reunião do
845 comitê de saúde da população negra. Por fim, classificou como inadmissível a devolução de recursos
846 para efetivação da Política de Saúde da População Negra. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**,
847 Presidente do CNS, frisou que é preciso compartilhar esses dados para que sirvam de instrumentos à
848 ação do controle social na defesa da vida, para além da defesa da democracia. Além disso, dada a
849 gravidade da situação, as informações precisam ser debatidas nos diferentes eventos que serão
850 realizados como 1ª Conferência Nacional da Juventude, seminário de saúde mental, seminário da
851 pessoa com deficiência. **Retorno da mesa.** Conselheiro **José Vanilson Torres da Silva**,
852 representante do MNPR, agradeceu a oportunidade de participar do debate e colocar os desafios
853 enfrentados pela população de rua. Finalizou, declamando a poesia “Dia de luta” que fala do
854 massacre que houve na Praça da Sé, em São Paulo, em 19 de agosto, que simboliza a luta do
855 movimento de população de rua: “Dia de luta. No dia 19 de agosto, um triste fato ocorreu/7 pessoas
856 em situação de rua, na Praça da Sé morreu/ brutal e covardemente sem dá nenhuma defesa,
857 morreram 7 brasileiros, que viviam na incerteza/na incerteza de um dia que ainda ia raiar/mas vieram
858 os meliantes, para, suas vidas, ceifar/depois daquela macabra noite algo começou a mudar/surgiu o
859 movimento de rua para os seus direitos lutar/começou em dois estados: São Paulo e Minas
860 Gerais/Hoje, estamos em dezesseis, lutando por direitos sociais/mas não pensem que está bom, o
861 massacre continua, pela igualdade de direitos/a população de rua, muitos estados conquistaram,
862 direito a saúde, trabalho e educação/ porém, em outros lugares, inclusive Natal, é proibido até dormir
863 no chão./Por isso, sigamos na luta; pois, nesse país, nada é de graça/não tem o centro pop./o jeito é
864 ficar na praça/dia 19 de agosto é o dia do povo da rua/não vamos nos calar jamais; nossa luta
865 continua!” A assessora do DAGEP/SGEP/MS, **Renata Melo Barbosa do Nascimento**, pontuou os
866 seguintes aspectos a partir do debate: é essencial considerar as especificidades para formação
867 profissional; é preciso vencer estereótipos como classificar como “minorias” a população negra, a
868 população cigana, a população quilombola, população de campo florestas e águas, população LGBT;
869 é preciso ter atenção para a população idosa com abordagem que considere suas especificidades
870 (no MS, é trabalhada de uma maneira universal); política de segurança pública não deve se resumir à
871 punição e encarceramento; o departamento jurídico do MS está discutindo proposta para
872 sistematizar/normatizar comitês técnicos do DAGEP; hoje, com a equipe técnica que dispõe, o
873 DAGEP ainda é um espaço de resistência e estratégico; e é preciso discutir o modelo de família,
874 inclusive porque a família negra é vista de forma pejorativa. A assessora do Gabinete do Ministério da
875 Segurança Pública, **Juliana Martins**, comentou as intervenções dos conselheiros salientando que: o
876 Ministério da Segurança Pública ainda é novo (apenas oito meses) e está na fase de planejamento;
877 foi constituído o SUSP como modelo necessário para a segurança pública na lógica da integração e
878 padronização; o plano decenal foi submetido à consulta pública e está em fase final de conclusão,
879 sob a responsabilidade do Conselho Nacional de Segurança Pública (a partir desta política, estados e
880 municípios apresentarão os seus planos); é preciso qualificar os dados para definir as políticas; a
881 preparação dos profissionais do SUSP para atender as pessoas em situação de vulnerabilidade é um
882 desafio a ser enfrentado; governo federal possui política nacional de formação profissional de agentes
883 de segurança, com a oferta de cursos, mas, essa iniciativa, apesar de importantes, por si só, não
884 resolve o problema; é preciso enfrentar ainda o desafio de formar profissionais para atender as
885 mulheres vítimas de violência; é necessário priorizar o cuidado dos profissionais da segurança
886 pública – cuidar de quem cuida; os desafios são grandes e as soluções devem ser construídas em
887 conjunto. A assessora técnica do Departamento, **Marta Coelho**, pontuou os seguintes aspectos: os
888 dados apresentados refletem histórias sofridas de vida; para enfrentar essa situação, é preciso
889 trabalho articulado e em rede; o papel da vigilância é dar visibilidade aos dados da situação para que
890 as políticas, as ações e os projetos aconteçam. Feitas essas considerações, o coordenador da mesa
891 passou aos encaminhamentos. **Deliberação: o Pleno aprovou, por unanimidade, os seguintes**
892 **encaminhamentos: 1) incentivar o debate dessa temática “equidade e vida, violência” nos**

893 **Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, no sentido de reforçar a defesa da democracia e**
894 **da vida; 2) pautar debate deste tema de forma estratificada no item Radar (violência contra as**
895 **diversas populações: crianças, adultos, idosos, indígenas, negras) – essa demanda será**
896 **apreciada pela próxima Mesa Diretora do CNS; 3) divulgar as informações apresentadas e**
897 **debater o tema nas próximas atividades a serem realizadas pelo CNS (1ª Conferência Nacional**
898 **da Juventude – 1ª CNJ, seminário de saúde mental e etapas preparatórias da 16ª Conferência);**
899 **e 4) indicar representantes do CNS (dois usuários e um trabalhador) para participar do 3º**
900 **Encontro da Melhoria da Informação da Causa de Morte no Brasil, que ocorrerá de 25 a 27 de**
901 **novembro de 2018, em Salvador. ITEM 6 – PROJETO DE ARTICULAÇÃO E CAPACITAÇÃO**
902 **DO CONTROLE SOCIAL - Oficinas de Formação do Controle Social em Saúde do Trabalhador e**
903 **da Trabalhadora - Apresentação: Eduardo Bonfim, Departamento Intersindical de Estudos e**
904 **Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho - DIESAT; e conselheira Sueli Barrios,**
905 **coordenadora da Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o Controle Social no SUS –**
906 **CIEPCSS. Coordenação: conselheiro Geordeci Menezes de Souza, da Mesa Diretora do CNS. O**
907 **representante do DIESAT, Eduardo Bonfim, fez uma apresentação sobre as oficinas de Formação**
908 **do Controle Social em Saúde do Trabalhador do Projeto de Articulação e Capacitação do Controle**
909 **Social, desenvolvidas pelo DIESAT em parceria com CNS e com a Coordenação Geral de Saúde do**
910 **Trabalhador-CGST. Começou explicando que o DIESAT, com sede na cidade de São Paulo, é uma**
911 **sociedade civil, sem fins lucrativos, criado em 1980 pela iniciativa de diversas entidades sindicais**
912 **diante da necessidade de compreender e atuar na temática da saúde dos trabalhadores e dos**
913 **ambientes de trabalho. Acrescentou que possui caráter científico cultural, educativo e de estudos por**
914 **ser o primeiro órgão intersindical brasileiro a se dedicar às questões relacionadas à intersecção**
915 **saúde e trabalho. O Departamento contribui ativamente para a formação de novas ideologias dentro**
916 **desta área temática e é hoje um importante assessor sobre as questões do meio ambiente, saúde e**
917 **trabalho dentro do movimento sindical e também dos movimentos sociais. Disse que a formação do**
918 **controle social em saúde do trabalhador e da trabalhadora surgiu de demandas da classe**
919 **trabalhadora apresentadas na 4ª CNSTT voltada a uma atuação preponderante no campo da saúde**
920 **do trabalhador através das CISTT. Nesse sentido, a proposta foi realizar 27 oficinas ao longo do ano**
921 **de 2018, uma em cada estado do Brasil, por meio de metodologia ativa em que os sujeitos são**
922 **agentes de seu aprendizado a partir das problematizações oferecidas pelos facilitadores estruturadas**
923 **em três dimensões. Detalhou as três dimensões conceituais: dimensão conceitual: Temário 1 -**
924 **Processos Produtivos, Processos de Trabalho e os Impactos à Saúde do Trabalhador e da**
925 **Trabalhadora: identificar os processos produtivos do território e seus impactos à saúde do**
926 **trabalhador; e situar o campo da saúde do trabalhador enquanto prática contra hegemônica e de luta**
927 **entre capital e trabalho; Dimensão técnico-operativa - temário 2 - Política Nacional de Saúde do**
928 **Trabalhador e da Trabalhadora: instrumentalizar o controle social com a PNSTT (1823/12) como**
929 **elemento estratégico de atuação; e contextualizar a VISAT como estratégia de promoção e proteção**
930 **da saúde e prevenção de doenças e agravos relacionados ao trabalho; e Dimensão “social” - Temário**
931 **3: O Papel do Controle Social na Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – dimensões: histórico do**
932 **controle social no Brasil; o que é CIST - seus objetivos, finalidades e atribuições; e instrumentos de**
933 **gestão do SUS; PPA; Plano de Saúde. Detalhou que a matriz utilizada contempla os seguintes**
934 **campos: pactuação e definição de cenário, estratégias e ação, prazo/periodicidade. Explicou que até**
935 **aquele momento foram realizadas 14 oficinas, totalizando 938 participantes (64 em média) e outras**
936 **seis estão agendadas (PB (22 e 23/11), PI (28 e 29/11), PE (29 e 30/11), CE (10 e 11/12), PR (10 e**
937 **11/12) e TO (13 e 14/12)). Destacou também os Estados onde não foram realizadas: RO, SC, RR,**
938 **PA, AC e SP. Dada a situação realizada, apresentou a proposta de continuidade de formação**
939 **regional do controle social em saúde do trabalhador e da trabalhadora, com o objetivo de desenvolver**
940 **formações regionais em saúde do trabalhador e da trabalhadora para qualificar a atuação do controle**
941 **social nas ações da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – PNSTT, com**
942 **ênfase nas ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador. Os objetivos específicos seriam: capacitar**
943 **a partir das especificidades do campo da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, considerando o**
944 **processo saúde-trabalho-doença a partir dos determinantes sociais e situando o trabalho como**
945 **categoria central da sociedade; capacitar a partir do conteúdo que trata da Política Nacional de**
946 **Vigilância em Saúde – PNVS, com ênfase na Vigilância em Saúde do Trabalhador – VISAT e suas**
947 **dimensões de gestão, planejamento e acompanhamento de agravos e dos ambientes e processos de**
948 **trabalho, da assistência (diagnóstico, tratamento e reabilitação), da produção de informações e**
949 **comunicação em saúde, e da organização dos serviços; fomentar debates propositivos nas reuniões**
950 **dos conselhos de saúde e nas CISTT; e fomentar a criação de Comissões Intersetoriais de Saúde do**
951 **Trabalhador e da Trabalhadora – CISTT. Ressaltou que o método proposto, de aprendizagem ativa -**
952 **chamado de sala invertida, consiste em uma abordagem pedagógica na qual a atividade expositiva**

953 passa da dimensão da aprendizagem grupal para a dimensão da aprendizagem individual,
954 transformando o espaço em um ambiente de aprendizagem dinâmico e interativo, no qual o facilitador
955 é o guia na aplicação dos conceitos e dos instrumentos técnicos operativos. Por fim, disse tratar-se
956 de uma proposta ético-político-pedagógica que visa transformar e qualificar a atenção à saúde, os
957 processos formativos, as práticas de educação em saúde, além de incentivar a organização das
958 ações e dos serviços numa perspectiva transversal e intersetorial. Conselheira **Sueli Terezinha Goi**
959 **Barrios**, coordenadora da CIEPCSS/CNS, saudou a iniciativa e destacou que a Comissão está à
960 disposição para contribuir no processo de organização das oficinas regionais. Lembrou, inclusive, que
961 esta Comissão conduziu o processo de formação de conselheiros e movimentos sociais que teve
962 grande êxito. Aberta a palavra ao Pleno, as breves manifestações elogiaram a proposta e
963 manifestaram apoio à continuidade, dada a importância da formar em saúde do trabalhador e
964 qualificar a atuação do controle social nas ações da PNSTT. Conselheiro **João Donizeti Scaboli**
965 aproveitou para registrar a renovação de duas convenções coletivas de trabalho, que envolvem
966 máquinas perigosas, o que contribui para redução de sequelas e mortes. **Retorno da mesa.** O
967 representante do DIESAT, **Eduardo Bonfim**, agradeceu o apoio à proposta e frisou que o DIESAT
968 está à disposição para esclarecer dúvidas e dar continuidade ao processo de qualificação e controle
969 social, junto com o CNS. Conselheira **Sueli Barrios**, coordenadora da CIEPCSS, destacou que a
970 formação é essencial para enfrentar os desafios que estão por vir com a mudança na gestão do país.
971 Frisou que é preciso construir e ampliar o processo de formação com vistas a garantir protagonistas
972 envolvidos na defesa da saúde do trabalhador, da vida e da democracia. Feitas essas considerações,
973 o coordenador da mesa procedeu aos encaminhamentos. **Deliberação: o Pleno do CNS aprovou,**
974 **por maioria, com uma abstenção, a continuidade do Projeto de Articulação e Capacitação**
975 **do Controle Social, diante do seu êxito, sob a coordenação da CISTT, execução do DIESAT, em**
976 **articulação com a Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o Controle Social no**
977 **SUS - CIEPCSS, com recursos orçamentários do Conselho Nacional de Saúde. ITEM 7 – 16ª**
978 **CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE E OS IMPACTOS DO RACISMO NA SAÚDE DA**
979 **POPULAÇÃO NEGRA: FORMAÇÃO PARA DESCONSTRUÇÃO DAS DETERMINANTES SOCIAIS**
980 **EM SAÚDE - Apresentação: Isabel Cruz**, doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo;
981 **Joice Aragão de Jesus**, coordenadora do Grupo de trabalho de Controle de Doença Falciforme do
982 Estado do Rio de Janeiro; **Renata Melo Barbosa do Nascimento**, assessora na Secretaria da
983 Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde – SGE/MS; conselheira
984 **Maria da Conceição Silva**, da União de Negros pela Igualdade; e conselheira **Ana Lúcia da Silva**
985 **Marçal Paduello**, da Associação Brasileira Superando o Lúpus. **Coordenação:** conselheira
986 **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, da Mesa Diretora do CNS. A primeira expositora foi a
987 coordenadora do GT de Controle de Doença Falciforme/RJ, **Joice Aragão de Jesus**, que explanou
988 sobre os impactos do racismo na saúde da população negra, formação para desconstrução das
989 determinantes sociais em saúde. Começou destacando que determinantes sociais da saúde são as
990 condições econômicas e sociais que afetam a saúde. As doenças mais comuns são primariamente
991 determinados por uma série de fatores socioeconômicos que aumentam ou diminuem o risco de
992 contrair tal doença. No que diz respeito à saúde da população negra, disse que uma política de saúde
993 voltada para população negra (pretos e pardos) se assenta no perfil epidemiológico que é marcado
994 por singularidades, quer do ponto de vista genético, como das condições de vida que geram
995 diferenças no processo de adoecimento, cura e morte. Acrescentou que, conforme Maria Inês
996 Barbosa, a consolidação do SUS só será efetivamente realidade quando esta política for acessível a
997 todos os brasileiros e brasileiras, considerando as singularidades deste povo. Falou sobre a
998 construção dos determinantes sociais, explicando que “por trás dos determinantes imediatos da
999 saúde (educação, habitação, emprego decente, segurança alimentar, proteção social e cuidados
1000 universais de saúde) encontram-se os determinantes estruturais mais profundos, incluindo as
1001 relações desiguais de poder e o acesso desigual aos recursos e às tomadas de decisão. A ampliação
1002 das iniquidades e a discriminação institucionalizada através de eixos de classe, raça, gênero,
1003 etnicidade, casta, indigenidade, idade e capacidade/discapacidade contribuem para a
1004 impossibilidade de atingir boa saúde. A ação sobre estes determinantes estruturais da saúde é
1005 essencial para superar as crises econômica, ambiental, do desenvolvimento e alimentar (DOMISC,
1006 2011).” Lembrou que a Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde, convocada pela
1007 Organização Mundial de Saúde e realizada em outubro de 2011, no Rio de Janeiro, reuniu
1008 representantes de 125 países e contou com 1.300 participantes. Acrescentou que a Declaração traz
1009 um apelo dos chefes de governo, ministros e representantes dos governos para implementar a
1010 Resolução aprovada na 62ª Assembleia Mundial de Saúde, realizada em maio de 2009, visando
1011 reduzir as iniquidades em saúde através da ação sobre os determinantes sociais (OMS, 2011).
1012 Apontou fatos, com ilustrações, que interferem na história do Brasil: Ilha de Gorée Dacar Senegal –

1013 foi durante muito tempo o principal entreposto que abastecia de escravos as colônias do Novo
1014 Mundo; Cemitério dos pretos novos, no Rio de Janeiro – o cemitério destinava-se ao sepultamento
1015 dos pretos novos, isto é, dos escravos que morriam após a entrada dos navios na Baía de Guanabara
1016 ou imediatamente depois do desembarque, antes de serem vendidos– hoje sítio arqueológico e
1017 centro cultural; e Irmandade da boa morte – Cachoeira - BA – mulheres que se juntavam para dar
1018 boa morte a pessoas que morriam. Também mostrou como o negro era tratado na literatura e nas
1019 pinturas (Uma Carta de Monteiro Lobato e “A Redenção de Cam”, do Pintor espanhol Modesto
1020 Brocos em 1895), destacando a visão pejorativa e o processo de embranquecimento. Disse que o
1021 SUS, ao ser concebido, aparece com a matriz de pensamento que define determinante social como
1022 parte integrante de nação. Seguindo, salientou que a população negra, ao longo dos séculos, vem
1023 realizando revoluções, com diversas lutas de resistência. Como resultado dessas lutas, destacou a
1024 publicação, em 2011, durante o governo FHC, do “Manual de Doenças mais importante por razões
1025 étnicas, na população afrodescendente”, que define as seguintes doenças a serem trabalhadas:
1026 hipertensão arterial e diabetes mellitus; deficiência de G6PD; anemia falciforme; e síndromes
1027 hipertensivas na gravidez. Além disso, na época, foi constituído Grupo de Trabalho Interministerial
1028 para a Valorização da População Negra – GTI. Lembrou a definição de saúde segundo a OMS:
1029 “Estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidade ou
1030 invalidez”. Doença é um conjunto de sinais e sintomas específicos que afetam um ser vivo, alterando
1031 o seu estado normal de saúde. O vocábulo é de origem latina, em que “dolentia” significa “dor,
1032 padecimento”. ... Pode ser causada por fatores exógenos (externos, do ambiente) ou endógenos
1033 (internos, do próprio organismo). Na linha do processo saúde/doença, destacou que, de acordo com o
1034 Ministério da Saúde, 60% das mortes maternas ocorrem entre mulheres negras e 34%, entre
1035 mulheres brancas. Entre 2006 e 2016, o número de brasileiros com diabetes aumentou 61,8%. Isso
1036 significa que a doença passou de atingir 5,5% da população e, agora, atinge 8,9% das pessoas. Entre
1037 as mulheres, o índice é de 9,9% e, entre os homens, de 7,8%. Os dados são da pesquisa de
1038 Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) do
1039 Ministério da Saúde. Além disso, mais de 16 milhões de brasileiros adultos (8,1%) sofrem de diabetes
1040 e a doença mata 72 mil pessoas por ano no Brasil, revela um relatório da Organização Mundial de
1041 Saúde – OMS de 2016. Ressaltou ainda que, no Brasil, o AVC é a causa mais frequente (10% do
1042 total) de óbito na população adulta e consiste no diagnóstico de 10% das internações no SUS. Os
1043 dados mais recentes do Ministério da Saúde, de 2016, apontam que, naquele ano, o SUS registrou
1044 188,2 mil internações para o tratamento de AVC isquêmico e hemorrágico, além de 40 mil óbitos pela
1045 doença. Seguindo, disse que, em agosto de 2018, o Brasil e mais 11 países da América Latina
1046 assumiram um compromisso conjunto de reduzir a mortalidade por Acidente Vascular Cerebral (AVC).
1047 As nações assinaram, na última semana, a Carta de Gramado, documento no qual se comprometem,
1048 também, a promover a saúde mental e o bem-estar das populações até 2030. Acrescentou que este
1049 documento foi assinado durante o XXI Congresso Iberoamericano de Doenças Cerebrovasculares, no
1050 Encontro Interministerial Latino-americano de AVC, em Gramado/RS. No que diz respeito à doença
1051 falciforme, disse que o núcleo de trabalho do Rio de Janeiro encontra-se desativado e o teste do
1052 pezinho é realizado, mas o resultado não é entregue. Finalizando, afirmou que saúde é uma questão
1053 social, econômica, política e, acima de tudo, um direito humano fundamental. Disse que
1054 desigualdades, pobreza, exploração, violência e injustiça encontram-se entre as causas das doenças
1055 e morte dos pobres e marginalizados. Nessa linha, frisou que proporcionar condições de saúde para
1056 todos implica desafiar interesses poderosos, resistir à globalização e mudar drasticamente as
1057 prioridades políticas e econômicas. Fechou sua explanação com as seguintes assertivas: “Nenhum
1058 Direito a Menos!!! e “Não ao desmonte do SUS”. A segunda expositora foi a doutora em Enfermagem
1059 pela USP, **Isabel Cruz**, que abordou a temática, destacando, inicialmente algumas de suas vivências
1060 e experiências colaborativas: Saúde da população negra: bases para a gestão municipal na
1061 construção da equidade no SUS. Orientações para Gestores Profissionais de Saúde para a
1062 implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Ministério da Saúde.
1063 Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Estratégica.
1064 Brasília, DF, 2010; Curso Saúde da População Negra, pelo UNASUS; Política Nacional de Saúde da
1065 População Negra – uma questão de equidade; Livro “Racismo como determinante social da Saúde”;
1066 Política Nacional de Saúde da População Negra. Destacou que, nos termos da Política Nacional de
1067 Saúde Integral da População Negra – PNSIPN, a principal competência do (a) profissional ou
1068 trabalhador(a) ou gestor(a) ou docente da saúde é o Encontro Clínico isento de viés racial implícito
1069 (VRI), em qualquer ponto do cuidado. Salientou que todos, consciente ou inconscientemente do viés
1070 racial, ao potenciais agentes das microagressões contra a pessoa negra no ponto do cuidado de
1071 saúde. Contextualizando, apontou as razões e evidências do (des) Encontro Clínico: Razão 1 - O
1072 racismo contra a pessoa negra no SUS não se manifesta por xingamentos, mas por juízos

1073 colonialistas de valor – evidências: viés racial implícito - burocracia do guichê, microagressões; Razão
1074 2 - taxa maior de omissão, negligência, imperícia no tratamento da pessoa negra quando comparado
1075 à pessoa branca – evidências: iniquidades nos resultados do SUS; e Razão 3 - determinantes sociais
1076 da saúde enquanto interseccionalidades- evidência: racismo institucional/SUS - racismo
1077 estrutural/Brasil. Mostrou uma ilustração sobre o ensino/aprendizagem sobre Determinantes Sociais
1078 em Saúde - DSS & Teoria da Zona de Aprendizagem: **a)** Zona de êxitos & fracassos – equidade e
1079 iniquidade; **b)** Zona de Aprendizagem: DSS como “condições a serem enfrentadas e mudadas -
1080 encontro clínico; **c)** Zona do Medo - racismo, sexismo, opressão, entre outras crenças de resistência
1081 à mudança; e **d)** Zona de Conforto: DSS como "conteúdos a serem conhecidos" – atendimento.
1082 Salientou que, para formação voltada ao encontro clínico isento de VRI e para a defensoria pela
1083 desconstrução do RI e demais DSS é necessário o tripé ensino-aprendizagem-avaliação centrado na
1084 pessoa/populaçãonegra-discente-docente e no relacionamento (alteridade). Além disso, é preciso
1085 fortalecer a rede de atenção da saúde (rua, quilombo, presídio, assentamento, ESF, atenção
1086 especializada, etc). Apontou as medidas chaves para a mudança: docente e instituição de educação
1087 em saúde responsáveis pela promoção da consciência crítica e da justiça social no(a) estudante,
1088 conforme a PNSIPN, assim como o(a) estudante ser responsável pelo seu aprendizado; profissional
1089 de saúde, trabalhador(a) e gestor(a) da Rede de Atenção à Saúde responsáveis pelo ambiente
1090 institucional livre de ideologias opressivas para seus usuários(as); o Cuidado Baseado na Pessoa e
1091 no Relacionamento (CBR) é também o referencial da formação em saúde, conforme a PNSIPN ; e o
1092 encontro clínico isento de viés racial implícito relativo à pessoa/população negra é uma competência
1093 básica do(a) profissional, gestor(a) ou trabalhador(a) da saúde, bem como a defensoria pela
1094 desconstrução dos DSS. Apontou como próximos passos: ensino-aprendizagem-avaliação: docente e
1095 estudante desenvolvam consciência crítica, atitude contra a opressão, engajamento na defesa dos
1096 direitos humanos da pessoa negra e da PNSIPN; a PNSIPN recomenda o encontro clínico isento de
1097 viés racial implícito como competência básica na formação em saúde, igualmente a defensoria pela
1098 equidade social no SUS; o aprendizado sobre enfrentamento do racismo contra a População Negra
1099 beneficia os demais grupos estigmatizados; e a PNSIPN, no ponto do cuidado de saúde, exige a
1100 desconstrução da hierarquia de poderes e privilégios nas relações interpessoais e corporativas,
1101 desde a portaria da Unidade de Saúde. Finalizou afirmando que “Não há caminho para a paz. A paz é
1102 o caminho.” A última expositora foi a assessora do DAGEP/SGEP/MS, **Renata Melo Barbosa do**
1103 **Nascimento**, que pontuou na sua fala marcos da Política PNSIPN que deveriam ser ensinados na
1104 escola desde a tenra idade: **1)** Centenário da Abolição - no cenário das celebrações do Centenário
1105 da Abolição e a aprovação da nova Constituição foram criados um conjunto de conselhos,
1106 assessorias e órgãos destinados a tratar de questões específicas da população negra - 1988. **2)**
1107 Marcha Zumbi dos Palmares – as reivindicações resultaram na criação do Grupo de Trabalho
1108 Interministerial para Valorização da População Negra, que tinha por objetivo estabelecer canais de
1109 interlocução política entre todos os ministérios e chamar atenção para criação de políticas públicas. **3)**
1110 Doença Falciforme - em 1995, a Doença Falciforme passa a ser utilizada como marcador de
1111 qualidade das respostas do SUS à saúde da população negra. Em 1996 é instalado o Programa de
1112 Doença Falciforme. **4)** Na década de 90, o quesito “cor” foi incluído nos sistemas de informação de
1113 mortalidade e de nascidos vivos. A Resolução 196/96 introduziu o recorte racial em toda e qualquer
1114 pesquisa envolvendo seres humanos. **5)** Conferência de Durban. Após essa Conferência, o tema
1115 racismo é recolocado nas pautas das políticas públicas. Um reflexo desse contexto é a criação da
1116 SEPIIR em 2003. Desde então novos pactos de combate ao racismo são estabelecidos em uma
1117 perspectiva transversal. **7)** Inclusão em 2001 da doença falciforme e outras hemoglobinopatias
1118 no Programa Nacional de Triagem Neonatal. **8)** Aprovação de mais de 70 deliberações sobre a saúde
1119 da população negra na 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003. **9)** Realização, em
1120 2004, do primeiro evento convocado pelo governo federal para discutir a perspectiva racial nas
1121 políticas de saúde. Um dos resultados foi a criação do Comitê Técnico da Saúde da População
1122 Negra, em 2014. **10)** Plano Nacional de Saúde incluiu ações para saúde da população negra. **12)**
1123 Lançamento do Plano Estratégico HIV/AIDS e Racismo, em 2005, pelo Programa Nacional de
1124 DST/AIDS do Ministério da Saúde. Salientou que estes fatos devem ser lembrados porque o modo de
1125 operação da sociedade tenta apagar esta memória. Acrescentou que as representações negativas da
1126 população negra foram construídas por meio da literatura, do cinema, das artes ao longo dos anos,
1127 portanto, é preciso forte movimento para mudar preconceitos e estereótipos em relação a esse povo.
1128 Por fim, disse que a Salientou que a 16ª Conferência deve trabalhar com o recorte étnico-racial,
1129 inclusive como forma de resistência e quebra de paradigma. **Manifestações.** Conselheira **Heliana**
1130 **Neves Hemeterio dos Santos** saudou as expositoras pela qualidade das explanações, destacando
1131 também a complexidade deste tema e frisou a importância de incluir a história da África e da
1132 população negra nos cursos de formação, inclusive para entender o processo de construção do Brasil

1133 na linha da desconstrução do racismo e do preconceito. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca**
1134 também registrou elogios às convidadas pela riqueza das explanações e, dada a importância e
1135 complexidade do tema, sugeriu que o CNS promova momento de imersão com o objetivo de definir
1136 estratégias que contribuam para enfrentar problemas estruturantes como o racismo. Conselheira
1137 **Francisca Rego** lembrou que o preconceito é aprendido e ensinado, portanto, é necessário trabalho
1138 que comece pelas crianças. Também destacou que é preciso luta diária para que a saúde do povo
1139 brasileiro seja efetiva. Conselheira **Jupiara Gonçalves de Castro** também cumprimentou as
1140 expositoras e sugeriu a realização de seminário para debater o tema na lógica da desconstrução do
1141 racismo e do preconceito. Conselheira **Carmen Lucia Luiz** também saudou as expositoras e reiterou
1142 a importância de aprofundar o debate sobre as mortes evitáveis e medicalização de mulheres negras,
1143 dada a gravidade dessa situação. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** cumprimentou as expositoras
1144 pelo resgate histórico e frisou que é necessário aprender com os erros do passado e unir forças para
1145 enfrentar os vários embates no futuro e vencer os preconceitos ainda existentes. Conselheiro **Neilton**
1146 **Araújo de Oliveira** salientou que este é um tema complexo e precisa ser tratado em profundidade,
1147 considerando inclusive a vertente da hegemonia e do poder. Salientou que a raça humana precisa
1148 entender a importância da solidariedade com todas as diferenças (entre seres humanos e todas as
1149 formas de vida) para evitar a autodestruição. Conselheira **Analice Dantas Santos** salientou a
1150 importância de promover campanhas de combate aos preconceitos e de lutar contra a aprovação do
1151 Projeto de Lei nº. 7.180/14, chamado “Escola Sem Partido” e conhecido como “Lei da mordaza”, por
1152 entender que representa mais uma afronta aos direitos humanos. Conselheira **Ana Lúcia da Silva**
1153 **Marçal Paduello** apresentou as seguintes proposições: definir estratégias de desconstrução do
1154 racismo (“lutar contra SUS racista”)e de implementação da PNP; e incluir o tema racismo nos
1155 processos de formação. Após breves considerações da mesa, devido o avançado da hora,
1156 conselheira **Maria da Conceição Silva** agradeceu as expositoras e fez uma síntese das falas dos
1157 conselheiros. Salientou que o debate sobre saúde da população negra na 16ª Conferência
1158 possibilitará que municípios e estados conheçam e discutam a Política de Atenção à Saúde da
1159 População Negra. Também disse que é preciso pautar o tema nos conselhos de formação e na
1160 CIRHRT na lógica da apropriação do conhecimento para enfrentamento e desconstrução do racismo
1161 e do preconceito. Por fim, lembrou a importância do dia da consciência negra, pois essa efeméride
1162 possibilita aprofundar o debate sobre o racismo na lógica da desconstrução. Definido esse ponto, a
1163 mesa encerrou às 20:19. Estiveram presentes os seguintes conselheiros e conselheiras: *Titulares* –
1164 **Adolorata Aparecida Bianco Carvalho**, Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **André**
1165 **Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Antônio Muniz da Silva**,
1166 Organização Nacional de Cegos do Brasil – ONCB; **Antônio Pitol**, Pastoral da Saúde Nacional; **Artur**
1167 **Custódio Moreira de Sousa**, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase –
1168 MORHAN; **Carlos de Souza Andrade**, Confederação Nacional do Comércio – CNC; **Carmen Lucia**
1169 **Luiz**, União Brasileira de Mulheres – UBM; **Carolina Abad**, Federação Brasileira de Instituições
1170 Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama – FEMAMA; **Cláudio Ferreira do Nascimento**, Federação
1171 Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação Nacional
1172 das Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA; **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**,
1173 Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO; **Geordeci M. Souza**, Central Única
1174 dos Trabalhadores; **Heliana Neves Hemeterio dos Santos**, Associação Brasileira de Lésbicas,
1175 Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – ABGLT; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João**
1176 **Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; **José Vanilson**
1177 **Torres da Silva**, Movimento Nacional de População de Rua – MNPR; **Antônio Lacerda Souto**,
1178 Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG; **Luiz Aníbal Vieira Machado**,
1179 Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Marcio Florentino Pereira**, Associação Brasileira
1180 de Saúde Coletiva – ABRASCO; **Maria do Carmo Tourinho Ribeiro**, Associação Brasileira de
1181 Autismo – ABRA; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais –
1182 FENAS; **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos
1183 Indígenas da Região Sul – ARPINSUL; **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos
1184 Farmacêuticos – Fenafar; **Sarlene Moreira da Silva**, Coordenação das Organizações Indígenas da
1185 Amazônia Brasileira – COIAB; **Wanderley Gomes da Silva**, Confederação Nacional das Associações
1186 de Moradores – CONAM; **Wilson Hiroshi de Oliveira Uehara**, Conselho Federal de Farmácia – CFF;
1187 e **Zaira Tronco Salerno**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN). *Suplentes* – **Ana Lúcia da**
1188 **Silva Marçal Paduello**, Associação Brasileira Superando o Lúpus; **Analice Dantas Santos**,
1189 Conselho Federal de Serviço Social – CFESS; Ana Paula Batista Soledade, Associação Brasileira de
1190 Ostomizados – ABRASO; **Clarice Baldotto**, Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB); **Elgiane**
1191 **de Fatima Machado Lago**, Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil – CTB; **Fernando**
1192 **Zasso Pigatto**, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Francisca Valda**

1193 da Silva, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; **Getúlio Vargas de Moura Junior**,
1194 Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Giovanna Sabóia Bastos**,
1195 Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia – SBFa; **Heleno Rodrigues Corrêa Filho**; Centro Brasileiro
1196 de Estudos de Saúde – CEBES; **Ivone Martini de Oliveira**, Conselho Federal de Enfermagem –
1197 COFEN; **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB;
1198 **José Eri Osório de Medeiros**, Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde –
1199 CONASEMS; **Jupiara Gonçalves de Castro**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos
1200 Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil – FASUBRA; **Luiz Carlos**
1201 **Medeiros de Paula**, Federação Nacional de Associações e Entidades de Diabetes – FENAD; **Maria**
1202 **da Conceição Silva**, União de Negros pela Igualdade; **Maria das Graças Silva Gervásio**,
1203 Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira**,
1204 Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Shirley Marshal Diaz Morales**,
1205 Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE; **Solimar Viera Mendes**, União Nacional dos Auditores
1206 do SUS – UNASUS; **Sueli Terezinha Goi Barrios**, Associação Brasileira da Rede Unida – REDE
1207 UNIDA; Talita Freitas Paiva, Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia – SBFa; e **Vânia Lúcia Ferreira**
1208 **Leite**, Pastoral da Criança. Iniciando o segundo dia de reunião, às 9h06, a mesa foi composta para o
1209 item 8 da pauta. **ITEM 8 – 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE E AS AÇÕES INTER-**
1210 **GERACIONAIS PARA PROMOÇÃO DA EQUIDADE NO SUS: UM OLHAR NEGRO PARA O**
1211 **FUTURO - Apresentação: Magali da Silva Almeida**, doutora em Serviço Social pela Pontifícia
1212 Universidade Católica do Rio de Janeiro; **Thanisia Cruz**, Embaixadora da Juventude do Escritório
1213 sobre Crimes e Drogas da ONU e membro da Articulação Nacional de Negras Jovens Feministas
1214 (ANJF); **Roseli de Oliveira**, Coordenadora-Geral de Políticas Temáticas de Ações Afirmativas da
1215 Secretaria Nacional de Políticas de Promoção de Igualdade Racial - SEPPIR; e conselheira **Heliana**
1216 **Neves Hemeterio dos Santos**, da Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e
1217 Transexuais – ABGLT. *Coordenação:* conselheiro **Nelson Augusto Mussolini**, da Mesa Diretora do
1218 CNS. A primeira expositora foi a Coordenadora-Geral de Políticas Temáticas de Ações Afirmativas da
1219 SEPPIR, **Roseli de Oliveira**, em nome do secretário nacional de Políticas de Promoção da Igualdade
1220 Racial, **Juvenal Araújo Júnior**. Destacou que a SEPPIR completa quinze anos e, ao longo dessa
1221 trajetória, tem impulsionando autores estratégicos no enfrentamento às discriminações, racismos e
1222 vem operando na elaboração e consolidação de instrumentos para afirmação de uma política de
1223 reparação, de proteção e promoção da igualdade. Destacou que a construção do temário étnico-racial
1224 tem histórico significativo, pois perpassa um conjunto de atores que possui a mesa matriz irradiadora
1225 de nova ordem, que é o ativismo. Salientou que a partir dessa militância estabeleceu-se um diálogo
1226 pela desconstrução das teorias racistas, interpenetradas no conhecimento sistematizado na lógica
1227 dos serviços e na reprodução do racismo institucional no convívio social e institucional. Salientou que
1228 o ativismo denuncia as violações e violências amalgamadas por uma determinação histórica e que
1229 apresenta as especificidades do ser negro e o impacto do racismo nas dimensões psicossociais,
1230 estruturais, edificadas nesta teia de interesses. Esse novo momento contou e conta com a
1231 participação de atoras sociais, mulheres negras como protagonistas, e outros atores que estão na
1232 academia, profissionais de saúde, sociedade civil organizada para formulação de novas bases
1233 conceituais. Disse que esses trarão novas formulações para gestão, para o conhecimento e para
1234 execução das lógicas de saúde. Ressaltou que essa nova abordagem exigiu e exige
1235 continuamente o refazer do planejamento do sistema de informação e da comunicação. Esses
1236 atores participaram de diversas atividades e neste momento estão ávidos por um Estado que não
1237 deixe mais pessoas morrerem. Salientou que não faltam dados de todos os tipos que retratem a falta
1238 de acesso e oportunidades. Nesse sentido, chocou-se com a necessidade de momento específico
1239 para tratar da questão racial. Disse que a informação deve ser disponibilizada, inclusive ao Conselho,
1240 para ser avaliada considerando o impacto no planejamento e na informação. Frisou que ainda é
1241 necessário desnaturalizar o racismo, desconstruir o mito da democracia racial, apontar as ausências
1242 (na história, na geografia, na política) da contribuição da população negra, além e avaliar a falta de
1243 políticas após o processo de abolição. Além disso, frisou que é preciso desconstruir mitos que
1244 envolvem o corpo negro, ora erotizado, ora hiper sexualizado, ora invisibilizado, ora violentado racial
1245 e socialmente todo tempo. Além disso, retirar os demônios da cultura e apresentar teses de que o
1246 corpo negro é singular. No mais, destacou que é preciso romper com o privilégio naturalizado com a
1247 marca de um modelo patriarcal, colonial e respeitosa cristão; com vasta inspiração na violência.
1248 Também é preciso romper continuamente como as lógicas acometem a vida da população negra,
1249 por meio das formas desiguais de acesso que incidem nas ocupações, se revelam na apropriação
1250 dos bens e serviços, na posse da terra, na geografia da miséria, no cotidiano das relações desiguais
1251 de convivência, todos restringidos a uma arquitetura social política e cultural proposta para o Brasil da
1252 desigualdade. Destacou que a SEPPIR, fruto da mobilização dos movimentos sociais negros e último

1253 ministério a ser construído em períodos democráticos, luta pela superação dos processos de
1254 igualdades étnicos sociais e raciais e vem imprimindo uma nova ordem de valores que tem como
1255 ponto de partida o pensamento crítico, a educação plural dialógica, multicultural em bases
1256 intersetoriais. Lembrou que novas intenções de práticas foram desenvolvidas em diálogo com o
1257 Ministério da Saúde: implantação do quesito cor, incluindo inclusive a exclusão do quesito ignorado;
1258 oficinas para compreensão dos processos de autodeclaração; implantação de comitês; realização de
1259 estudos qualificados sobre os dados; constatação dos que mais morrem, do que morrem, como
1260 morrem, porque morrem. Recordou que a SEPPIR e o Ministério dos Direitos Humanos-MDH
1261 realizaram o Seminário “Ancestralidade e Sustentabilidade da Mulher Negra: Violência, Violação de
1262 Direitos e Emancipação” com o objetivo de debater os seguintes temas: violência contra as mulheres
1263 negras; a importância da ancestralidade e os conhecimentos da matriz africana para uma nova e
1264 melhor educação civilizatória da sociedade; o problema da violência e racismo institucional na vida
1265 das pessoas negras e especialmente das mulheres; e a necessidade das políticas afirmativas para a
1266 construção de uma situação de vida menos desigual para as mulheres negras. Nas conclusões, disse
1267 é preciso falar sobre racismo estrutural e não mais racismo institucional; dialogar sobre a questão
1268 étnico-racial de forma intersetorial; ampliar as casas de cuidado; promover diálogo entre as áreas de
1269 conhecimento para elaborar projeto socioeducativo econômico de uma nova ordem; buscar novo
1270 modelo civilizatório em que ancestralidade e sustentabilidade sejam o marco; formular e formar com
1271 monitoramento e compromisso; e entender que o sistema negro é matriarcal, coletivo, ancestral. A
1272 segunda expositora foi doutora em Serviço Social pela PUC/RJ, **Magali da Silva Almeida**, que falou
1273 em nome do Observatório de Racialidade e Interseccionalidade-ORI. Iniciou agradecendo a
1274 oportunidade e fez uma abordagem sobre saúde (mental) da população negra, determinações,
1275 abordagem interseccional e discriminações. No seu entendimento, para abordar o racismo e o
1276 impacto na população brasileira, é preciso fazer uma análise histórica. Além disso, pontuou que é
1277 importante criar uma memória para que a juventude tenha acesso a informações. Seguindo essa
1278 premissa, falou sobre a escravidão, recordando que foram 13 milhões de africanos trazidos para as
1279 Américas e que o Brasil é o maior país de presença da população negra fora da África. Disse que o
1280 transporte de escravizados, originários especialmente da África, até o século XIX, era feito por “navio
1281 negreiro” ou “navio tumbreiro”. Lembrou que homens, mulheres e crianças eram transportados
1282 amontoados em compartimentos minúsculos desses navios, sem nenhum cuidado com a higiene e
1283 conviviam no mesmo local, a fome, a sede, as doenças, a sujeira, os agonizantes e os
1284 mortos. Salientou que os responsáveis pelos navios negreiros amontoavam negros acorrentados
1285 como animais em seus porões que muitas vezes advinham de diferentes lugares do continente
1286 africano, causando o encontro de várias etnias, por vezes, inimigas. Os corpos eram marcados pelas
1287 correntes que os limitavam nos movimentos, as fezes e a urina eram feitas no mesmo local onde
1288 permaneciam. Salientou que é importante conhecer a história do colonialismo segundo nossa
1289 perspectiva e citou a Autobiografia escrita por um ex-escravizado que viveu no Brasil: Mahommah
1290 Gardo Baquaqua-um nativo de Zoogoo no interior da África. Mostrou uma ilustração com um plano do
1291 navio negreiro Brookes (Inglês), mostrando como 454 escravos foram acomodados a bordo. Segundo
1292 outras fontes, o mesmo navio transportava até 609 pessoas. Devido às péssimas condições, físicas e
1293 psicológicas, em que se encontravam os escravos transportados, muitos morriam, eram mortos ou
1294 suicidavam-se durante a travessia. Quando o navio apresentava problema no trajeto, eram jogados
1295 ao mar os doentes, os mortos e os insurgentes. Falou também sobre a Porta do Não Retorno, hoje
1296 um monumento na cidade de Ouidah, no Benin, tombado pela Unesco, construído no local de
1297 embarque dos escravos, que eram enviados para as Américas. Este era o local de embarque da
1298 última viagem dos escravos; eles sabiam que dali não haveria retorno. Afirmou que o projeto fascista
1299 inicia-se neste momento da história e o projeto de modernidade possui base violenta, de
1300 desenraizamento, provocador do esquecimento e de imposição da cultura ocidental. Neste ponto,
1301 afirmou que o racismo é uma ideologia irracional, sem base científica; possui apenas interesses
1302 políticos e econômicos colocados em jogo para reafirmá-lo. Falou sobre Grada Kilomba, “A máscara”-
1303 reflexões da escritura e artista portuguesa, tratada como *A máscara do silenciamento*. Seguindo,
1304 falou sobre “Banzo”, uma palavra que, segundo Nei Lopes, no Novo Dicionário Banto no Brasil, tem
1305 origem na língua Quicongo, *mbanzu*: pensamento, lembrança; e no Quimbundo, *mbonzo*: saudade,
1306 paixão, mágoa. Para ele, “Banzo é uma nostalgia mortal que acometia negros africanos que vieram
1307 escravizados para o Brasil. O banzo conflui em si todas essas palavras em português que remete a
1308 um estado de desassossego na alma, convulsões por uma exterioridade de terror, morte,
1309 escravidão, tortura. É a síntese profunda de uma existência moída em dor por uma estrutura social,
1310 política e econômica aterrorizadora. Também falou sobre a mercantilização do corpo negro - sexual,
1311 física e psíquica – trabalho escravo e destacou a figura de Sara Bartman, conhecida como a Vênus
1312 hotentote. Ela foi trazida do Sul da África, cuja longa jornada incluiu ser examinada e observada por

1313 cientistas, retratada por artistas e exibida como animal exótico em espetáculos na Europa, no
1314 contexto de grandes exposições coloniais sobre tribos africanas. Fez um destaque ainda sobre a
1315 humilhação, sentimento de desigualdade, que consiste em uma modalidade de angústia disparada
1316 pelo impacto traumático da desigualdade de classe; isto é, a angústia que se sofre quando alguém se
1317 depara com um abismo chamado desigualdade, o que corresponde à percepção de que, enquanto
1318 um está em posição superior, o outro se coloca, violentamente, em uma posição inferior. Acrescentou
1319 que a humilhação é um sentimento de desigualdade racial, de sexo e de classe; resulta das relações
1320 de poder; das estruturas hierárquicas de raça, gênero e classe nas sociedades coloniais e
1321 capitalistas. Geralmente paralisa a ação política dos sujeitos discriminados para transformar a
1322 realidade; é a base material e subjetiva para reprodução do mito da democracia racial, que
1323 incorporado, reforça os padrões de privilégios da branquitude. Ainda sobre racismo, salientou que é
1324 “uma forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento, e que se manifesta por
1325 meio de práticas conscientes que culminam em desvantagens ou privilégios para indivíduos, a
1326 depender do grupo racial ao qual pertençam” (ALMEIDA, p. 25, 2018). No que se refere ao
1327 preconceito racial, “é o juízo baseado em estereótipo acerca dos indivíduos que pertençam a um
1328 determinado grupo racializado, e que pode ou não resultar em práticas discriminatórias” (ALMEIDA,
1329 p. 25, 2018). Salientou que, para debater racismo, é preciso considerar a perspectiva interseccional,
1330 um conceito sociológico que estuda as interações nas vidas das minorias, entre diversas estruturas
1331 de poder (...) é a consequência de diferentes formas de dominação. Ademais, interseccionalidade
1332 consiste em “formas de capturar as consequências da interação entre duas ou mais formas de
1333 subordinação: sexismo, racismo, patriarcalismo”; tenta estudar não só o fato de ser mulher, estuda ao
1334 mesmo tempo o fato de ser negra, ser LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e
1335 transgênero). Reiterou a ideia da memória como mediação, reiterando a necessidade da juventude
1336 ter acesso a essas informações. Sobre a 16ª Conferência, destacou a referência a 8ª Conferência
1337 (“Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS”), todavia,
1338 ponderou que é preciso considerar o contexto em que impossibilita a construção de um projeto de
1339 governo e compromete a participação população. Também abordou a concepção das mulheres
1340 negras, “Não matem nossos filhos”, citando Simone de Beauvoir que ensinou que a conquista de
1341 direitos não é algo permanente. Ao contrário, sempre manter vigilância e lutar para mantê-los. Disse
1342 que essa afirmação nunca fez tanto sentido quanto agora, um momento de atentado aos direitos
1343 fundamentais. A aprovação da PEC n°. 55/2016, que limita de forma drástica o investimento em
1344 saúde e educação por 20 anos, é um aviltamento, sobretudo para a população negra e periférica.
1345 Frisou ainda que a não implementação de políticas públicas na área da saúde atinge diretamente
1346 mulheres negras, as que mais sofrem com mortalidade materna e violência obstétrica; importante
1347 nomear o quanto essas medidas são racistas. Segundo dados da campanha “SUS Sem Racismo”,
1348 mulheres negras costumam receber, em média, menos tempo de atendimento médico que as
1349 brancas e compõem 60% das vítimas da mortalidade materna no Brasil. Além disso, somente 27%
1350 das negras tiveram acompanhamento durante o parto na pesquisa, ao contrário dos 46,2% das
1351 mulheres brancas. Salientou que se vive um momento difícil e importante no sentido de pensar o país
1352 sob uma perspectiva negra, feminista, indígena e libertária. Por fim, afirmou que é necessário frisar a
1353 importância do debate racial como nexo prioritário das lutas contra os retrocessos que virão e em
1354 todas as políticas de modo transversal. Na sequência, expôs a Embaixadora da Juventude do
1355 Escritório sobre Crimes e Drogas da ONU e membro da ANJF, **Thansia Cruz**, que, diante das
1356 infinitas juventudes, falou sobre na perspectiva de mulher negra, nascida na Ceilândia, com
1357 abordagem da dimensão da escuta na formulação das políticas públicas e participação da sociedade
1358 nessa construção. Problematizando, destacou que se enfrenta diversas situações em que a vida de
1359 uma pessoa negra jovem está envolvida em questões de vulnerabilidade, mas o segmento não
1360 participa da construção das respostas para essa situação. Inclusive, disse que a escuta da juventude
1361 não é sensível e atenciosa, inclusive para formulação de políticas públicas. Frisou que esse processo
1362 de escuta é essencial para o processo de divergir, para, depois, convergir. Relatou um pouco dos
1363 diálogos da juventude que participa por entender que podem subsidiar diálogos para construção de
1364 políticas. Em Ceilândia, por exemplo, disse que há um movimento para pensar a periferia como
1365 centro, com busca de alternativas de lazer na cidade, espaços de profissionalização geridas por
1366 jovens - “aprender fazendo”; e busca por participação política como sociedade civil e como processo
1367 de representação. Explicou que pessoas saídas da juventude participam de vários movimentos –
1368 espaços fomentados por juventude com várias idades, com debates de temas diversos. Citou, por
1369 exemplo, o II Encontro de Negras jovens feministas, realizado em 2017, que trouxe um resgate
1370 histórico das memórias com a intenção de fomentar a participação política. Também fez
1371 questionamentos às estratégias globais que pautam o racismo estrutural e institucional e frisou que
1372 são essas organizações que pautam a economia, esta centrada no uso “dos corpos” como mercado.

1373 Disse que a juventude tem conseguido atingir um papel de implementação dos objetivos de
1374 desenvolvimento sustentável nas agendas globais. Destacou que a Assembleia Geral da ONU
1375 proclamou o período entre 2015 e 2024 como a Década Internacional de Afrodescendentes,
1376 considerando a necessidade de reforçar a cooperação nacional, regional e internacional em relação
1377 ao pleno aproveitamento dos direitos econômicos, sociais, culturais, civis e políticos de pessoas de
1378 afrodescendentes, bem como sua participação plena e igualitária em todos os aspectos da
1379 sociedade. Todavia, passados três anos dessa definição, pouco se avançou em relação aos objetivos
1380 da Década, entre eles, promover o respeito, proteção e cumprimento de todos os direitos humanos e
1381 liberdades fundamentais das pessoas afrodescendentes. Fez referência aos Objetivos de
1382 Desenvolvimento Sustentável da ONU, com destaque ao número 3 que diz: “Assegurar uma vida
1383 saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”, salientou a importância de
1384 aprofundar o debate. Também chamou a atenção para o Objetivo 17 “Fortalecer os meios de
1385 implementação e revitalizar a parceria global para o desenvolvimento sustentável”. Afirmou que os
1386 dados apontam que o racismo existe e afeta a população, causando mortes e problemas inclusive na
1387 dimensão da saúde mental. Nessa linha, manifestou satisfação com a presença de gestores, homens,
1388 brancos por entender que é preciso contar com outras identidades para reforçar o debate
1389 antirracismo. Também se apresentou ao Plenário – professora de francês; formada pela Universidade
1390 de Brasília; primeira pesquisa sobre o perfil da violência doméstica no Brasil e em Moçambique;
1391 mestranda do curso de educação para pensar políticas públicas e gestão; Embaixadora da Juventude
1392 do Escritório sobre Crimes e Drogas da ONU e membro da ANJF; integrante do comitê de mulheres
1393 negras rumo ao planeta 50 50; nascida na Ceilândia-DF; e 26 anos. Por fim, reiterou que a mudança
1394 da estrutura passa estrategicamente pela escuta/diálogo com a juventude. Conselheira **Heliana**
1395 **Neves Hemeterio dos Santos** destacou a importância de ouvir a juventude e dialogar com esse
1396 segmento porque representa a esperança. Além disso, é preciso pensar no processo de envelhecer
1397 (“idosa” e não “velha”), trabalhando o inconsciente coletivo para não escutar o jovem. **Manifestações.**
1398 Conselheira **Sarlene Moreira da Silva** salientou que é preciso unir força neste momento de opressão
1399 e repressão sofridas pela população negra e indígena e citou, por exemplo, como retrocesso o PL
1400 490/2007, que muda o processo de demarcação dos povos indígenas. Por outro lado, elogiou a Lei
1401 11.645/2008 que altera a Lei 9.394/1996, modificada pela Lei 10.639/2003, a qual estabelece as
1402 diretrizes e bases da educação nacional, para incluir no currículo oficial da rede de ensino a
1403 obrigatoriedade da temática “História e cultura afro-brasileira e indígena”. Conselheiro **Cláudio**
1404 **Ferreira do Nascimento** saudou as expositoras e manifestou preocupação com o programa de
1405 governo vencedor que ameaça a vida de mulheres negras, população LGBT e militantes em geral.
1406 Nessa linha, diante das falas do presidente eleito, será necessário aumentar as forças para lutar
1407 contra os possíveis retrocessos que virão e também será necessário discutir o mito da democracia
1408 burguesa. Conselheira **Jupiara Gonçalves de Castro** agradeceu as expositoras e avaliou que o
1409 debate é uma forma de preparar a todos para enfrentar esse momento de retrocessos e perdas.
1410 Nessa linha, sugeriu que o CNS realize seminário, antes da etapa nacional da 16ª Conferência, para
1411 aprofundar o debate do tema “as ações intergeracionais para promoção da equidade no SUS” na
1412 linha de incentivar este debate nas conferências estaduais e municipais de saúde. Conselheiro
1413 **Márcio Florentino Pereira** elogiou as abordagens feitas por terem reforçado a importância da
1414 resistência, uma estratégia essencial nesta conjuntura do país. Pontuou que o espaço democrático do
1415 CNS permite construir estratégia de enfrentamento do racismo, patriarcado, colonialismo,
1416 segregação, exclusão. Conselheiro **Nelson Mussolini** chamou a atenção para a abordagem profunda
1417 desta mesa, com agradecimentos às expositoras e ao Pleno e abriu a palavra às convidadas para
1418 manifestação final. A embaixadora da Juventude do Escritório sobre Crimes e Drogas da ONU e da
1419 ANJF, **Thansia Cruz**, colocou-se à disposição para construir estratégias de enfrentamento das
1420 dimensões postas e reiterou o pedido de continuar o diálogo, com escuta da juventude. Também
1421 convidou os presentes para participar dos “21 Dias de Ativismo pelo Fim da Violência Contra a
1422 Mulher”, uma campanha global, instituída pela ONU, em 1991, com o intuito de envolver e mobilizar
1423 as populações em torno do tema violência contra as mulheres. A doutora em Serviço Social pela
1424 PUC/RJ, **Magali da Silva Almeida**, agradeceu a oportunidade de participar do debate e afirmou que
1425 aprende cotidianamente, especialmente com a juventude e destacou que, diante de tamanha
1426 violência, só resta o enfrentamento. A Coordenadora-Geral de Políticas Temáticas de Ações
1427 Afirmativas da SEPPIR, **Roseli de Oliveira**, também agradeceu o convite para participar desta mesa
1428 e finalizou dizendo que é preciso ter coragem para descortinar e grandeza para construir. Após essa
1429 fala, o coordenador procedeu ao encaminhamento. **Deliberação: o CNS deve realizar seminário**
1430 **antes da 16ª Conferência para aprofundar o debate do tema “as ações intergeracionais para**
1431 **promoção da equidade no SUS” na linha de incentivar este debate nas conferências estaduais**
1432 **e municipais de saúde. ITEM 10 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE ORÇAMENTO E**

1433 **FINANCIAMENTO – COFIN - Composição da mesa:** conselheiro **André Luiz Oliveira**, coordenador
1434 adjunto da COFIN/CNS; conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS; e conselheiro
1435 **Wanderley Gomes**, coordenador da COFIN. *Apresentação:* **Francisco Funcia**, assessor da
1436 COFIN/CNS. Iniciando, o coordenador adjunto da COFIN/CNS pontuou os itens a serem tratados
1437 neste item: Relatório de Prestação de Contas Quadrimestral (2º Quadrimestre/2018 - mai-ago/2018) e
1438 Execução dos Restos a Pagar (até 31/08/2018) do Ministério da Saúde - análise e subsídios para
1439 indicação de medidas corretivas para encaminhamento à Presidência da República nos termos da Lei
1440 Complementar nº 141/2012; e Programação Anual de Saúde. Inicialmente, o assessor da COFIN,
1441 **Francisco Funcia** apresentou a análise e subsídios para indicação de medidas corretivas sobre o
1442 Relatório de Prestação de Contas Quadrimestral (2º Quadrimestre/2018 – maio a agosto d 2018) e
1443 execução dos Restos a Pagar (até 31/08/2018), apresentado na reunião ordinária da COFIN de
1444 outubro de 2018. Começou a explanação com as seguintes observações: contingenciamento
1445 orçamentário (ou indisponibilidade de recursos para empenho): situação semelhante a do 1º
1446 quadrimestre de 2018; Dotação atualizada e Disponibilidade para empenho: queda ASPS OCC -
1447 queda Prog. Própria e aumento de Emendas; e aumento Não ASPS. No que diz respeito a ASPS e
1448 Não ASPS – consolidado (jan-ago/2018), destacou: redução do valor das dotações atualizadas ASPS
1449 OCC em relação ao inicial, sem recomposição desde o 1ª quadrimestre de 2018 (houve um aumento
1450 da redução) e recomposição da dotação de Pessoal ASPS; ASPS: Níveis de empenho adequados; e
1451 níveis de liquidação regular (Total e OCC) e adequado (Pessoal); e elevado nível de empenhos a
1452 pagar. Mostrou quadro com a Variação Liquidado e Pago até agosto (2018X2017), Projeção de
1453 Empenhos e de Empenhos a Pagar, destacando: **1)** liquidado até 31/8: a) 2017: R\$
1454 65.432.504.440,00 ; e b) 2018: R\$ 66.889.755.670,00; **2)** Pago até 31/8: a) 2017: R\$
1455 64.702.666.099,00 ; e b) 2018: R\$ 65.861.887.499,00; **3)** Empenhos a pagar (até 31/8: a) 2017: R\$
1456 18.979.295.473,00; e b) 2018: R\$ 17.466.237.169,00; e **4)** Pago (até 31/12): a) 2017: R\$
1457 101.134.839.952,00; e b) 2018: 17.466.237.169,00 (variação: - 8%). Neste ponto, salientou que a EC
1458 95 implica em queda do piso – piso de 2018 não é mais referência de percentual de RCL, que
1459 vigorava até então. Sobre os cenários de projeção para avaliar o que irá acontecer no final do
1460 exercício, disse que o valor de Restos a Pagar será próximo de R\$ 14 bilhões. Seguindo, destacou
1461 também baixos níveis de Liquidação da Despesa (reincidência para a maioria dos itens) com
1462 destaque para: Instituto Nacional do Câncer – INCA; Qualificação Profissional do SUS; Programa de
1463 Prevenção das DST/AIDS; Fundo Nacional de Saúde; Saúde Indígena; Incentivo Financeiro;
1464 Farmácias Populares; Programa Sangue e Hemoderivados; Programa Saúde da Família; Aquisição e
1465 Distribuição de Medicamentos Estratégicos. Sobre os Restos a Pagar – nível de execução,
1466 comparação 2018/2017/2016 (em 31 de agosto), disse que o nível de execução é elevado, mas o
1467 saldo a pagar ainda é alto (45%). Detalhou a situação financeira do FNS à luz do disposto no artigo
1468 24 da LC 141/2012: Saldo Financeiro nas contas do FNS em 31/08/2018: R\$ 0,427 bilhões: (-)
1469 Empenhos a pagar de 2018 em 31/08/2018: R\$ 14,254 bilhões/FNS, (-) Saldo a pagar dos RP em
1470 31/08/2018: R\$ 7,023 bilhões/FNS = e (=) Insuficiência Financeira em 31/08/2018 – FNS: R\$ 20,850
1471 bilhões; Pago orça 2017 (até 31/08): R\$ 64,703 bilhões; Pago RP 2017 (até 31/08): R\$ 5,748 bilhões;
1472 Pago orça 2018 (até 31/08): R\$ 65,862 bilhões (1,8% maior que 2017); Pago RP 2018 (até 31/08): R\$
1473 10,556 bilhões. Assim, o valor pago total (Orça+RP) em 31/08/2017 foi R\$ 70,451 bilhões, a dotação
1474 atualizada de R\$ 114,070 bilhões e o pagamento total/DA foi 61,8%. De outro lado, o pago total
1475 (Orça+RP) em 31/08/2018 é: R\$ 76,418 bilhões (8,4% maior que 2017); dotação atualizada: R\$ 118,1
1476 bilhões; e Pg total/DA = 64,7%. No que diz respeito à transferência a Estados e Municípios – Quadro
1477 Geral por Modalidade de Aplicação 30/31/40/41/45, de janeiro a agosto de 2018, destacou o
1478 Empenhos a Pagar de R\$ 6,3 bilhões. Sobre oferta e produção de serviços – Rede Própria, GHC e
1479 Institutos, de janeiro a agosto de 2018x2017, no quadro geral, com exceção de outros procedimentos
1480 ambulatoriais, todos os itens tiveram quedas (internação, consulta, cirurgia, partos (leve aumento nos
1481 hospitais federais), exames laboratoriais), sendo que os hospitais federais sofreram maior impacto.
1482 Diante dessa situação identificada após a análise do Relatório de Prestação de Contas Quadrimestral
1483 do Ministério da Saúde, disse que a COFIN elaborou recomendação com medidas corretivas. O texto
1484 é o seguinte: “Recomendação nº XXX, de 8 de novembro de 2018. O Plenário do Conselho Nacional
1485 de Saúde, em sua xxxx Reunião Ordinária, realizada no dia 08 de novembro de 2018, em Brasília, no
1486 uso de suas atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142,
1487 de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141/2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de
1488 julho de 2006, cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988,
1489 da legislação brasileira correlata; e considerando o disposto no Art. 41 da Lei Complementar (LC) nº
1490 141/2012, da qual deriva a competência do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para encaminhar as
1491 indicações de medidas corretivas decorrentes da análise do Relatório de Prestação de Contas
1492 Quadrimestral do Ministério da Saúde (MS) ao Presidente da República; considerando que a presente

1493 recomendação com a indicação das medidas corretivas consolida as propostas debatidas pelo
1494 Conselho Nacional de Saúde a partir da análise dos Relatórios de Prestação de Contas do 3º
1495 quadrimestre de 2017 (conforme apontamentos apresentados na Resolução 599, de 11 de outubro de
1496 2018, que reprovou o Relatório Anual de Gestão 2017 do Ministério da Saúde), do 1º quadrimestre de
1497 2018 e do 2º quadrimestre de 2018; considerando os demais dispositivos da Lei Complementar nº
1498 141/2012, em especial os artigos 14 e 24; considerando os elevados valores de saldos a pagar dos
1499 Restos a Pagar, especialmente os não processados, que caracterizam despesas não liquidadas e,
1500 portanto, ainda não efetivadas como ações e serviços públicos de saúde para o atendimento das
1501 necessidades da população verificadas até o 2º semestre de 2018; considerando que o financiamento
1502 do Sistema Único de Saúde (SUS) pelas três esferas de governo continua em torno de 4% do
1503 Produto Interno Bruto (PIB), muito abaixo do mínimo de 8% do PIB dos padrões internacionais para
1504 sistemas públicos de saúde de caráter universal e gratuito; considerando a redução do valor da
1505 dotação atualizada referente às despesas com ações e serviços públicos de saúde (ASPS)
1506 observada no 2º quadrimestre de 2018 em comparação ao 1º quadrimestre de 2018, bem como que
1507 essa redução foi verificada nas dotações orçamentárias referentes às programações próprias do
1508 Ministério da Saúde (com ampliação das dotações referentes às emendas parlamentares e despesas
1509 que não são consideradas ASPS); considerando que a regra estabelecida pela Emenda
1510 Constitucional nº 95/2016 para apuração do valor “piso/teto”, em vigor a partir deste ano de 2018, das
1511 despesas com ações e serviços públicos de saúde apresenta uma dupla penalização para a alocação
1512 de recursos para o financiamento do SUS, quer pela queda do valor real do piso (pois o valor nominal
1513 do piso de 2017 foi atualizado por 3%, enquanto a variação anual do IPCA está superior a 4%), quer
1514 pelo teto de despesas primárias estabelecido para pagamento nos níveis de 2016, que restringem
1515 também a disponibilidade financeira para os empenhos do exercício de 2018 realizados pelo
1516 Ministério da Saúde; considerando a reincidência dos baixos níveis de liquidação de vários itens de
1517 despesas (a maioria desde o 1º quadrimestre/2016), que resultam em baixos níveis de pagamento
1518 das despesas empenhadas em 2018, o que impedirá a redução dos empenhos a pagar do exercício
1519 para níveis observados até 2016, impedindo também a redução do estoque total de restos a pagar
1520 para níveis observados até 2016; considerando que os valores de empenhos a pagar das despesas
1521 com transferências para Estados e Municípios em 31/08/2018 indicam que não serão restabelecidos
1522 os níveis mais baixos observados até 2016; considerando a insuficiência financeira nas contas do
1523 Fundo Nacional de Saúde (FNS) em relação aos valores de Restos a Pagar e dos empenhos a pagar
1524 já liquidados no final do 2º Quadrimestre de 2018. **Recomenda:** Ao Exmo. Sr. Presidente da
1525 República a adoção de medidas corretivas urgentes, antes do final do exercício de 2018, para que
1526 não ocorra a redução de recursos em 2018 para as despesas com ações e serviços públicos de
1527 saúde (conforme princípio constitucional da vedação de retrocesso) como decorrência da redução
1528 real do piso e com o objetivo de aprimorar o desenvolvimento das ações e serviços públicos de saúde
1529 no âmbito federal, nos termos das diretrizes para o estabelecimento das prioridades para 2018
1530 aprovadas pela Resolução 541, de 17 de fevereiro de 2017, do Conselho Nacional de Saúde: **1)**
1531 Liberação dos recursos contingenciados para empenho das despesas; **2)** Liberação da limitação
1532 financeira de pagamento de despesas empenhadas em 2018 e dos restos a pagar; **3)** Aumentar o
1533 processo de liquidação e pagamento das despesas empenhadas em 2018 para que não se repita no
1534 final de 2018 a ocorrência de 2017 (empenhos a pagar elevados); **4)** Recomposição dos recursos
1535 orçamentários reduzidos das dotações referentes às ações e serviços públicos de saúde no primeiro
1536 e segundo quadrimestres de 2018; **5)** Avaliar a situação de atendimento dos hospitais próprios
1537 (queda de procedimentos em jan-ago 2018 em relação ao mesmo período de 2017); **6)** Ampliar as
1538 disponibilidades orçamentária (para efetivar empenhos até 31/12/2018) e financeira (para efetivar
1539 pagamentos até 31/12/2018) para garantir no mínimo o valor empenhado em 2017; **7)** Adicionalmente
1540 ao item anterior, promover a liberação de recursos orçamentários (para efetivar empenhos até
1541 31/12/2018) e financeiros (para efetivar pagamentos até 31/12/2018) para a imediata compensação
1542 formal, em dotação orçamentária própria para esse fim (como aplicação adicional ao mínimo de
1543 2018): a) Dos restos a pagar cancelados até 31/12/2017 pelo valor integral nos termos da Lei
1544 Complementar nº 141/2012 conforme deliberado pelo CNS (e não somente daqueles referentes aos
1545 empenhos realizados após 2012); b) Complementação dos restos a pagar cancelados de 2015
1546 (conforme apontado na Resolução CNS nº 551, de 06 de julho de 2017, que reprovou o RAG 2016 do
1547 Ministério da Saúde); c) Da aplicação abaixo do mínimo verificada em 2016 (conforme apontado na
1548 Resolução CNS nº 551, de 06 de julho de 2017, que reprovou o RAG 2016 do Ministério da Saúde e
1549 na medida cautelar concedida pelo Ministro Levandowski na ADI 5595); d) Dos valores do pré-sal,
1550 considerando a medida cautelar concedida pelo Ministro Ricardo Lewandowski na ADI 5595. **8)** A
1551 ampliação das disponibilidades orçamentárias e financeiras indicadas nos itens 1 e 2 (a, b, c) deverá
1552 estar em conformidade com as diretrizes para o estabelecimento de prioridades para o exercício de

1553 2018 aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde por meio da Resolução CNS nº 541, de 17 de
1554 fevereiro de 2017.” Concluída a apresentação, foi aberta a palavra ao Pleno para breves
1555 considerações. Nas falas, foram destacados os seguintes aspectos: vacinas – orçamento
1556 comprometido, o que não significa liquidado; a recomendação proposta está mais focada nos Restos
1557 a Pagar; o volume dos Restos a Pagar é um problema por conta do contingenciamento e limitação
1558 orçamentária; destaque para análise com base no RAG mesmo este tendo sido reprovado pelo
1559 Conselho; e sugestão de pautar debate sobre a situação dos hospitais universitários – encaminhar
1560 para a próxima gestão do CNS. A respeito das considerações, o assessor da COFIN pontuou que: a
1561 análise da COFIN apresenta níveis de empenhamento e liquidação da despesa, priorizando a análise
1562 da segunda; Restos a Pagar - não se discute a legalidade, a preocupação refere-se ao volume
1563 (recorde de RP em 2017 pelo total), os valores pagos em 2107 ficou abaixo do Piso e é desejável que
1564 a área econômica libere para execução; e o RAG é o documento oficial do MS, assim, a COFIN
1565 utilizou os dados lá disponíveis para análise. **Deliberação: o Plenário aprovou, com três**
1566 **abstenções, recomendação ao Exmo. Sr. Presidente da República que adote medidas**
1567 **corretivas urgentes para que não ocorra a redução de recursos em 2018 para as despesas com**
1568 **ações e serviços públicos de saúde. Além disso, o Pleno decidiu encaminhar para a próxima**
1569 **gestão do CNS a proposta de pautar debate sobre a situação dos hospitais universitários.**
1570 Seguindo, apresentou a minuta de Resolução contendo o parecer conclusivo da Comissão de
1571 Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde (COFIN/CNS) sobre a Programação
1572 Anual de Saúde - PAS 2018 do Ministério da Saúde. O texto é o seguinte: Resolução nº 607, de 08
1573 de novembro de 2018. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima
1574 Décima Primeira Reunião Ordinária, realizada nos dias 7 e 8 de novembro de 2018, e no uso de suas
1575 competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;
1576 pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006;
1577 cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação
1578 brasileira correlata; e considerando que a Programação Anual de Saúde (PAS) do Ministério da
1579 Saúde (MS) trata da aplicação anual de recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) e de outros
1580 órgãos da administração indireta desse MS, que por sua vez integra a programação quadrienal do
1581 Plano Nacional de Saúde (PNS), sendo que as diretrizes para o estabelecimento de prioridades são
1582 deliberadas pelo Conselho Nacional de Saúde nos termos do Art. 30 da Lei Complementar 141/2012;
1583 considerando que o disposto na Lei Complementar nº 141/2012, especialmente em seu artigo 36,
1584 parágrafo 2º, aplicada à esfera federal, determina ao Ministério da Saúde o encaminhamento da
1585 programação anual do Plano Nacional de Saúde para a aprovação do Conselho Nacional de Saúde
1586 anteriormente ao capítulo saúde do projeto de lei de diretrizes orçamentárias; e considerando que o
1587 Conselho Nacional de Saúde aprovou as diretrizes para o estabelecimento de prioridades para 2018,
1588 conforme Resolução CNS nº 541, de 17 de fevereiro de 2017. **Resolve:** Aprovar com ressalvas a
1589 Programação Anual de Saúde (PAS) 2018 do Ministério da Saúde, à luz dos aspectos analisados a
1590 seguir: I - Os objetivos listados na PAS 2018 são compatíveis tanto com os que constam no Plano
1591 Nacional de Saúde 2016-2019, quanto com as diretrizes para o estabelecimento de prioridades para
1592 2018 aprovadas pela Resolução CNS nº 541, de 17 de fevereiro de 2017, conforme Quadro 1 da
1593 Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde (COFIN/CNS), que consta
1594 no Anexo 3; II - Foram observadas inconsistências entre várias metas físicas e financeiras previstas
1595 para 2018 quando comparadas com as metas realizadas em 2017 (conforme “Tabela 1-Resumo”
1596 apresentada a seguir, derivada da “Tabela 1-Completa” que está no Anexo 1), cujas eventuais
1597 ocorrências de efeitos negativos para o atendimento das necessidades de saúde da população em
1598 2018 poderão ser identificadas nos Relatórios de Prestação de Contas Quadrimestrais de 2018 do
1599 Ministério da Saúde, especialmente na análise da execução orçamentária e financeira do Ministério
1600 da Saúde (para os itens de despesas com níveis de empenho e de liquidação da despesa
1601 classificados como regular, inadequado, intolerável e inaceitável); III - As comissões temáticas do
1602 Conselho Nacional de Saúde analisaram as metas previstas na PAS 2018 de forma conjunta com a
1603 análise das metas realizadas em 2017 que constaram no Relatório de Prestação de Contas do 3º
1604 Quadrimestre/2017, cuja consolidação está no Anexo 2; e IV - Não foi apresentado pelo Ministério da
1605 Saúde um quadro geral de “metas previstas x metas realizadas” para cada objetivo referentes aos
1606 exercícios 2016 e 2017, de modo a identificar se as metas de 2018 eram compatíveis para viabilizar o
1607 cumprimento das metas do PNS (cujo último ano será 2019), ou seja, se foram suficientes ou
1608 insuficientes para compensar as metas realizadas abaixo das previstas para os anos anteriores.
1609 Nestes termos, quando da apresentação da PAS 2019, o Ministério da Saúde deverá incluir um
1610 quadro comparativo de “metas previstas x metas realizadas” de 2016, 2017 e 2018, bem como da
1611 prevista para 2019 e do saldo a cumprir para o cumprimento do PNS 2016-2019, com a avaliação dos
1612 efeitos para as condições de saúde da população quanto ao que não será cumprido e ao que será

reprogramado para o PNS 2020-2023.” **Deliberação: aprovada, por unanimidade, resolução com parecer conclusivo da Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde - COFIN/CNS sobre a Programação Anual de Saúde - PAS 2018 do Ministério da Saúde - aprovação da PAS com ressalvas. ITEM 9 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS E RELAÇÕES DE TRABALHO – CIRHRT - Apresentação:** conselheiro **Douglas Vinicius Reis Pereira**, coordenador adjunto da CIRHRT/CNS. **Coordenação:** conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, coordenadora adjunta da CIRHRT/CNS. Conselheiro **Douglas Vinicius Reis Pereira**, coordenador adjunto da CIRHRT/CNS, apresentou os pareceres elaborados pela Comissão na 192ª Reunião Ordinária, começando com panorama dos 38 processos analisados: prevalência de entidades privadas; maioria de cursos de Psicologia, seguidos de Enfermagem; maioria de processos de autorização; e maior parte das instituições sem Comitê de Ética em Pesquisa CEP. Feita essa contextualização, passou aos pareceres: **a) Satisfatórios com recomendações (19).** **1)** Processo e-MEC n°. 201210355- Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN. Rio Grande do Norte. Mossoró. Medicina. Autorização. **2)** Processo e-MEC n°. 201505856. Faculdade Evangélica do Meio Norte – FAEME. Maranhão. Coroatá. Enfermagem. Autorização. **3)** Processo e-MEC n°. 201609020. Faculdade Integrada Brasil Amazônia – FIBRA. Pará. Belém. Enfermagem. Reconhecimento. **4)** Processo e-MEC n°. 201700493. Faculdade Rebouças de Campina Grande. Paraíba. Campina Grande. Odontologia. Autorização. **5)** Processo e-MEC n°. 201702489. Faculdade AGES de Jacobina. Bahia. Jacobina. Enfermagem. Autorização. **6)** Processo e-MEC n°. 201703036. Faculdade. Eduvale de Avaré – EDUVALE. São Paulo. Avaré. Psicologia. Autorização. **7)** Processo e-MEC n°. 201703459. Faculdade de Educação de Jaru – UNICENTRO. Rondonia. Jaru. Psicologia. Autorização. **8)** Processo e-MEC n°. 201708659 - Escola Superior da Amazônia de Abaetetuba. Pará. Abaetetuba. Enfermagem. Autorização vinculada ao credenciamento. **9)** Processo e-MEC n°. 201709113 - Faculdade Triângulo Mineiro. Minas Gerais. Ituiutaba. Odontologia. Autorização. **10)** Processo e-MEC n°. 201709420 - Centro Universitário de Votuporanga – UNIFEV. São Paulo. Votuporanga. Medicina. Reconhecimento. **11)** Processo e-MEC n°. 201711911. Centro Universitário Univel. Paraná. Cascavel. Odontologia. Autorização. **12)** Processo e-MEC n°. 201711912. Centro Universitário UNIVEL. Paraná. Cascavel. Psicologia. Autorização. **13)** Processo e-MEC n°. 201712329 - Faculdade Unida de Campinas. Goiás. Goiânia. Psicologia. Autorização. **14)** Processo e-MEC n°. 201712530. Faculdade de Ciências e Empreendedorismo. Bahia. Santo Antônio de Jesus. Odontologia. Autorização. **15)** Processo e-MEC n°. 201712736 - Faculdade Positivo de Londrina – FPL. Paraná. Londrina. Psicologia. Autorização. **16)** Processo e-MEC n°. 201712867- Instituto de Educação Superior Raimundo Sá – IESRSA. Piauí. Picos. Psicologia. Autorização. **17)** Processo e-MEC n°. 201713053 - Faculdade Uninassau Mossoró. Rio Grande do Norte. Mossoró. Odontologia. Autorização. **18)** Processo e-MEC n°. 201713124. Faculdade Uninassau Jaboatão dos Guararapes. Pernambuco. Jaboatão dos Guararapes. Odontologia. Autorização. **19)** Processo e-MEC n°. 201713891 - Faculdade Vale do Pajeu – FVP. Pernambuco. São José do Egito. Enfermagem. Autorização vinculada ao credenciamento. **Insatisfatórios (19).** **1)** Processo e-MEC n°. 201700927 - Centro de Ensino Unificado do Piauí. Piauí. Teresina. Odontologia. Autorização. **2)** Processo e-MEC n°. 201701150 - Faculdade de Educação de Patos de Minas – FAEP. Minas Gerais. Patos de Minas. Psicologia. Autorização vinculada ao credenciamento. **3)** Processo e-MEC n°. 201701450. Faculdade Santa Teresa – FST. Amazonas. Manaus. Psicologia. Autorização. **4)** Processo e-MEC n°. 201702684 - Faculdade Única de Contagem. Minas Gerais. Contagem. Odontologia. Autorização. **5)** Processo e-MEC n°. 201702937. Universidade Estácio de Sá – UNESA – Campus Cabo Frio. Rio de Janeiro. Cabo Frio. Psicologia. Autorização. **6)** Processo e-MEC n°. 201703497 - Faculdade Uberlandense de Núcleos Integrados de Ensino, Serviço Social e Aprendizagem – FAESSA. Minas Gerais. Uberlândia. Psicologia. Autorização. **7)** Processo e-MEC n°. 201709147. Faculdades Integradas Cesumar de Arapongas. Paraná. Arapongas. Enfermagem. Autorização. **8)** Processo e-MEC n°. 201711818 - Faculdade Anhanguera de Jacareí. São Paulo. Jacareí. Enfermagem. Autorização. **9)** Processo e-MEC n°. 201711829 - Faculdade Pitágoras de Imperatriz. Maranhão. Imperatriz. Psicologia. Autorização. **10)** Processo e-MEC n°. 201711834 - Faculdade Pitágoras de Imperatriz. Maranhão. Imperatriz. Enfermagem. Autorização. **11)** Processo e-MEC n°. 201712346 - Faculdade Estácio de Carapicuíba – Estácio Carapicuíba. São Paulo. Carapicuíba. Psicologia. Autorização. **12)** Processo e-MEC n°. 201712612. Universidade Estácio de Sá – UNESA – Campus São Gonçalo. Rio de Janeiro. São Gonçalo. Psicologia. Autorização. **13)** Processo e-MEC n°. 201712706 - Faculdade Univeritas Universus Veritas de Brasília. Distrito Federal. Brasília. Odontologia. Autorização. **14)** Processo e-MEC n°. 201712742 - Faculdade Cearense – FaC. Ceará. Fortaleza. Enfermagem. Autorização. **15)** Processo e-MEC n°. 201712749 - Faculdade Fasipe Cuiabá – FFC. Mato Grosso. Cuiabá. Psicologia. Autorização. **16)** Processo e-MEC n°. 201712903 - Escola de Ensino Superior do Agreste Paraibano

1673 – EESAP. Paraíba. Guarabira. Psicologia. Autorização. **17)** Processo e-MEC n°. 201713026- Centro
1674 de Ensino Superior do Amapá – CEAP. Amapá. Macapá. Enfermagem. Autorização. **18)** Processo e-
1675 MEC n°. 201713086 - Faculdade Triângulo Mineiro – FTM. Minas Gerais. Ituiutaba. Enfermagem.
1676 Autorização. **19)** Processo e-MEC n°. 201714430 - Faculdade Alfredo Nasser de Casa Nova – FAN.
1677 Bahia. Casa. Enfermagem. Autorização vinculada ao credenciamento. **Deliberação: não havendo**
1678 **manifestações, o Pleno aprovou, por unanimidade, em bloco, os 38 pareceres elaborados pela**
1679 **CIRHRT na 192ª Reunião Ordinária da Comissão.** Na sequência, o coordenador adjunto da
1680 CIRHRT/CNS apresentou a programação preliminar da 1ª Conferência Nacional Livre de Juventude e
1681 Saúde, que ocorreria na Universidade de Brasília, de 16 a 18 de novembro de 2018, como etapa
1682 preparatória para a 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8), que será realizada de 4 a 7 de agosto
1683 de 2019, em Brasília. Explicou que o evento contará com debates e rodas de conversa sobre
1684 medicalização, direitos humanos, desfinanciamento do SUS, racismo, machismo e LGBTfobia,
1685 agrotóxicos, judicialização na saúde, dentre outros temas. Por fim, disse que os interessados
1686 poderiam inscrever-se para participar do evento. Definido esse ponto, a mesa suspendeu para o
1687 almoço. Estiveram presentes os seguintes conselheiros e conselheiras: *Titulares* – **Adolorata**
1688 **Aparecida Bianco Carvalho**, Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **André Luiz de**
1689 **Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Antônio Muniz da Silva**, Organização
1690 Nacional de Cegos do Brasil – ONCB; **Antônio Pitol**, Pastoral da Saúde Nacional; **Artur Custódio**
1691 **Moreira de Sousa**, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase –
1692 MORHAN; **Carlos de Souza Andrade**, Confederação Nacional do Comércio – CNC; **Carmen Lucia**
1693 **Luiz**, União Brasileira de Mulheres – UBM; **Carolina Abad**, Federação Brasileira de Instituições
1694 Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama – FEMAMA; **Cláudio Ferreira do Nascimento**, Federação
1695 Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação Nacional
1696 das Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA; **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**,
1697 Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO; **Geordeci M. Souza**, Central Única
1698 dos Trabalhadores; **Heliana Neves Hemeterio dos Santos**, Associação Brasileira de Lésbicas,
1699 Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – ABGLT; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João**
1700 **Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; **José Vanilson**
1701 **Torres da Silva**, Movimento Nacional de População de Rua – MNPR; **Antônio Lacerda Souto**,
1702 Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG; **Luiz Aníbal Vieira Machado**,
1703 Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCS; **Marcio Florentino Pereira**, Associação Brasileira
1704 de Saúde Coletiva – ABRASCO; **Maria do Carmo Tourinho Ribeiro**, Associação Brasileira de
1705 Autismo – ABRA; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais –
1706 FENAS; **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria – CNI; **Neilton Araújo de**
1707 **Oliveira**, Ministério da Saúde; **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul –
1708 ARPINSUL; **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos – Fenafar;
1709 **Sarlene Moreira da Silva**, Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira –
1710 COIAB; **Wanderley Gomes da Silva**, Confederação Nacional das Associações de Moradores –
1711 CONAM; **Wilson Hiroshi de Oliveira Uehara**, Conselho Federal de Farmácia – CFF; e **Zaira Tronco**
1712 **Salerno**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN). *Suplentes* – **Ana Lúcia da Silva Marçal**
1713 **Paduello**, Associação Brasileira Superando o Lúpus; **Clarice Baldotto**, Associação de
1714 Fisioterapeutas do Brasil (AFB); **Douglas Vinicius Reis Pereira**, Direção Executiva Nacional dos
1715 Estudantes de Medicina – DENEM; **Elgiane de Fatima Machado Lago**, Central dos Trabalhadores e
1716 Trabalhadoras do Brasil – CTB; **Fernando Zasso Pigatto**, Confederação Nacional das Associações
1717 de Moradores – CONAM; **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn;
1718 **Giovanna Sabóia Bastos**, Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia – SBFa; **Ivone Martini de**
1719 **Oliveira**, Conselho Federal de Enfermagem – COFEN; **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central
1720 Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB; **José Eri Osório de Medeiros**, Conselho Nacional dos
1721 Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS; **Jupiara Gonçalves de Castro**, Federação de
1722 Sindicatos de Trabalhadores Técnicos Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do
1723 Brasil – FASUBRA; **Lenir Santos**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down –
1724 FBASD; **Lenise Aparecida Martins Garcia**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Luiz**
1725 **Carlos Medeiros de Paula**, Federação Nacional de Associações e Entidades de Diabetes – FENAD;
1726 **Maria das Graças Silva Gervásio**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Marisa Furia**
1727 **Silva**, Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **Shirley Marshal Diaz Morales**, Federação
1728 Nacional dos Enfermeiros – FNE; Solimar Viera Mendes, União Nacional dos Auditores do SUS –
1729 UNASUS; **Sueli Terezinha Goi Barrios**, Associação Brasileira da Rede Unida – REDE UNIDA;
1730 Talita Freitas Paiva, Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia – SBFa; e **Vânia Lúcia Ferreira Leite**,
1731 Pastoral da Criança. Retomando, às 14h, a mesa foi composta para tratar do item 11 da pauta. **ITEM**
1732 **11 – 16ª ITEM 11 – 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE E 6ª CONFERÊNCIA NACIONAL**

1733 **DE SAÚDE INDÍGENA** - Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, informou o
1734 Pleno sobre a primeira reunião da comissão organizadora da 16ª Conferência Nacional de Saúde
1735 (=8ª+8) e apresentou os itens que demandariam deliberação do Pleno. Primeiro, fez um **informe**
1736 **sobre a construção da minuta** de Regulamento da Etapa Nacional, explicando que está em consulta
1737 virtual – de 1º a 30 de novembro, atendendo ao disposto no Regimento. Endereço eletrônico da 16ª
1738 CNS - 16cns@saude.gov.br. Disse que o próximo passo é a aprovação, em dezembro de 2018, do
1739 Regulamento após consulta virtual; do Documento Orientador; e do Documento Diretrizes
1740 Metodológicas. Seguindo, apresentou a proposta de alteração da data da etapa nacional – de 28 a 31
1741 de julho de 2019 para 4 a 7 de agosto de 2019, por conta de questões logísticas. **Deliberação:**
1742 **aprovada, com duas abstenções, a alteração da data da etapa nacional – de 28 a 31 de julho de**
1743 **2019 para 4 a 7 de agosto de 2019**. Seguindo, submeteu à apreciação do Pleno as seguintes
1744 alterações e adequações do Regimento Interno da 16ª CNS: **a)** Art. 8º ... §1ºdo Art. 5º
1745 *Alteração:* Art. 8º ...§1ºdo Art. 3º... **b)** Art. 12 ...§2ºdo Art. 5º. *Alteração:* Art. 12 ...§2ºdo Art.
1746 3º. **c)** Art. 13 ...§2º A 16ª Conferência Nacional de Saúde (=8ª+8) será coordenada pelo/a Presidente
1747 do Conselho Nacional de Saúde, e, em sua ausência ou impedimento pelo Secretário Geral ou
1748 Secretária Geral da Comissão Organizadora. *Alteração:* Art. 13 ... §2º A 16ª Conferência Nacional de
1749 Saúde (=8ª+8) será coordenada pelo/a Presidente do Conselho Nacional de Saúde, e, em sua
1750 ausência ou impedimento pelo Coordenador-Adjunto ou Coordenadora-Adjunta da Comissão
1751 Organizadora. **d)** Art. 14... Não tem Parágrafo. *Alteração:* Art. 14...Parágrafo único. § 6º. As
1752 Atividades autogestionadas são atividades, não deliberativas, de responsabilidade de organizações
1753 da sociedade civil, cujos critérios serão definidos e divulgados pela Comissão Organizadora em
1754 instrumento próprio. **e)** Art. 16 A Comissão Organizadora da 16ª Conferência Nacional de Saúde
1755 (=8ª+8) será composta por 26 (vinte e seis) membros e, *Alteração:* Art. 16 A Comissão
1756 Organizadora da 16ª Conferência Nacional de Saúde (=8ª+8) será composta por 29 (vinte e nove)
1757 membros e, **f)** Art. 17 - A Comissão Organizadora terá a seguinte estrutura:... §2º A Comissão
1758 Organizadora escolherá, entre os conselheiros nacionais de saúde, um/a Secretário/a Adjunto/a para
1759 a as coordenações referidas nos incisos IV, V, VI e VII. *Alteração:* Art. 17 - A Comissão Organizadora
1760 terá a seguinte estrutura:... §2º A Comissão Organizadora escolherá, entre os conselheiros nacionais
1761 de saúde, um/a Coordenador/a Adjunto/a para a as coordenações referidas nos incisos IV, V, VI e VII.
1762 **g)** Art. 21 - Ao Secretário/a Geral cabe....V – Substituir ao Coordenador/a Geral nos seus
1763 impedimentos. *Alteração:* Art. 21 - Ao Secretário/a Geral cabe...V – Substituir ao
1764 Coordenador/a Geral nos seus impedimentos – excluir. **h)** Art. 23 - À Coordenadora ou ao
1765 Coordenador de Comunicação e Informação e Acessibilidade cabe: *Alteração:* Art. 23 - À
1766 Coordenadora ou ao Coordenador de Comunicação e Informação e Acessibilidade cabe: I –
1767 Coordenar a Comissão de Comunicação e Informação e Acessibilidade – incluir. **i)** Art. 24 - À
1768 Coordenadora ou ao Coordenador de Infraestrutura e Acessibilidade cabe: ... *Alteração:* Art. 24 - À
1769 Coordenadora ou ao Coordenador de Infraestrutura e Acessibilidade cabe: I – Coordenar a Comissão
1770 de Infraestrutura e Acessibilidade – incluir. **j)** Art. 25 - À Coordenadora ou ao Coordenador de
1771 Mobilização e Articulação cabe: *Alteração:* Art. 25 - À Coordenadora ou ao Coordenador de
1772 Mobilização e Articulação cabe: I – Coordenar a Comissão de Mobilização e Articulação – incluir. **k)**
1773 Art. 26 - À Coordenadora ou ao Coordenador de Cultura e Educação Popular cabe: *Alteração:* Art.
1774 26 - À Coordenadora ou ao Coordenador de Cultura e Educação Popular cabe: I – Coordenar a
1775 Comissão de Cultura e Educação Popular – incluir. **l)** Art. 29 - A Etapa Nacional da 16ª Conferência
1776 Nacional de Saúde (=8ª+8) terá um público variável, conforme os seus distintos momentos
1777 estratégicos, contando com 3.248 (três mil duzentos e quarenta e oito) Delegadas/os, 976
1778 (novecentos e setenta e seis) Convidadas/os e 100 (cem) participantes por credenciamento livre, nos
1779 termos deste Regimento. ... III – 25% serão representantes de Gestores e Prestadores de Serviços
1780 de Saúde. §4º O número de Convidadas e Convidados previsto no caput deste Artigo equivale a 30%
1781 (trinta por cento) do número total de delegados, ajustado para múltiplo de quatro, e o número de
1782 participantes com credenciamento livre equivale a 10% (dez por cento) do número de Convidadas e
1783 Convidados. *Alteração:* Art. 29 A Etapa Nacional da 16ª Conferência Nacional de Saúde (=8ª+8) terá
1784 um público variável, conforme os seus distintos momentos estratégicos, contando com 3.448 (três mil
1785 quatrocentos e quarenta e oito) Delegadas/os, 1.036 (mil e trinta e seis) Convidadas/os e 104 (cento
1786 e quatro) participantes por credenciamento livre, nos termos deste Regimento. ... III – 25% serão
1787 representantes de Gestores e Prestadores de Serviços de Saúde. §4º O número de Convidadas e
1788 Convidados previsto no caput deste Artigo equivale a 30% (trinta por cento) do número total de
1789 delegados, ajustado para múltiplo de quatro, e o número de participantes por credenciamento livre
1790 equivale a 10% (dez por cento) do número de Convidadas e Convidados, ajustado para múltiplo de
1791 quatro. **m)** Art. 30 - Os participantes da Etapa Nacional distribuir-se-ão nas seguintes categorias: I –
1792 Delegadas e Delegados, com direito a voz e voto; II – Convidadas e Convidados, com direito a voz; III

1793 – Participante, por credenciamento livre, com direito a voz nas mesas de debates; IV – Outros
1794 participantes nas atividades não deliberativas. *Alteração:* Art. 30 - Os participantes da Etapa Nacional
1795 distribuir-se-ão nas seguintes categorias: I – Delegadas e Delegados, com direito a voz e voto em
1796 todas as atividades; II – Convidadas e Convidados, com direito a voz nos Grupos de Trabalho e nas
1797 atividades não deliberativas; III – Participante, por credenciamento livre, com direito a voz nas
1798 atividades não deliberativas; IV – Outros participantes, cuja participação é regulada pelo
1799 Regulamento da Etapa Nacional da 16ª CNS. **n)** Art. 36 - A Etapa Nacional da 16ª Conferência
1800 Nacional de Saúde (=8ª+8) estará aberta ao credenciamento livre de participantes, cujo limite de
1801 vagas e ficha de inscrição serão divulgados pelo Portal da Conferência. Parágrafo único. Os
1802 participantes com credenciamento livre terão direito à alimentação no local do evento, durante sua
1803 realização, não cabendo ao Ministério da Saúde ou ao CNS qualquer responsabilidade por seus
1804 gastos com hospedagem, transporte e traslado em Brasília. *Alteração:* Art. 36 - A Etapa Nacional da
1805 16ª Conferência Nacional de Saúde (=8ª+8) estará aberta ao credenciamento livre de até 104 (cento
1806 e quatro) participantes, com inscrição prévia em ficha própria a ser divulgada pelo Portal da
1807 Conferência. Parágrafo único. Os participantes por credenciamento livre terão direito à alimentação
1808 no local do evento, durante sua realização, não cabendo ao Ministério da Saúde ou ao CNS qualquer
1809 responsabilidade por seus gastos com hospedagem, transporte e traslado em Brasília. **o)** Art. 37 - As
1810 despesas com a preparação e realização da Etapa Nacional da 16ª ...§1º O Ministério da Saúde
1811 arcará com as despesas relativas III – Convidadas e Convidados, participantes com
1812 credenciamento livre, terão suas despesas com alimentação, no local do evento, custeadas pelo
1813 Ministério da Saúde. §2º A Comissão organizadora buscará, em conjunto com o Ministério da Saúde
1814 e outras entidades, especialmente as integrantes do CNS, meios solidários de alojamento e
1815 transporte local para as convidadas e aos convidados nacionais e internacionais. *Alteração:* Art. 37 -
1816 As despesas com a preparação e realização da Etapa Nacional da 16ª ... §1º O Ministério da Saúde
1817 arcará com as despesas relativas III – Convidadas e Convidados, participantes por
1818 credenciamento livre, equipe de apoio e integrantes das Comissões terão suas despesas com
1819 alimentação, no local do evento, custeadas pelo Ministério da Saúde. §2º A Comissão organizadora
1820 buscará, em conjunto com o Ministério da Saúde e outras entidades, especialmente as integrantes do
1821 CNS, meios solidários de alojamento e transporte local para as convidadas e aos convidados
1822 nacionais e internacionais – excluir. **Deliberação: aprovadas, por unanimidade, as seguintes**
1823 **alterações e adequações do Regimento Interno da 16ª CNS.** Continuando, apresentou as
1824 indicações para atribuições da Comissão Organizadora: Secretário Geral: **Geordeci Menezes de**
1825 **Souza;** Relatora Geral: **Francisca Rêgo Oliveira Araújo;** Coordenador de Comunicação, Informação
1826 e Acessibilidade: **Wanderley Gomes da Silva;** Coordenador de Articulação e Mobilização: **Fernando**
1827 **Zasso Pigatto;** Coordenadora de Infraestrutura e Acessibilidade: **Zaira Maria Tronco Salerno;** e
1828 Coordenadora de Cultura e Educação Popular: **Simone Maria Leite Batista.** a) Indicação de dois
1829 integrantes da Comissão Organizadora para o Comitê Executivo da 16ª Conferência: **Francisca**
1830 **Valda da Silva e Ronald Ferreira dos Santos. Deliberação: aprovadas, por maioria (um voto**
1831 **contrário e uma abstenção), as indicações para atribuições da Comissão Organizadora.** Em
1832 seguida, submeteu à deliberação a seguinte proposta de formação das comissões da 16ª
1833 Conferência: Comissão de Relatoria; Comissão de Comunicação, Informação e Acessibilidade;
1834 Comissão de Articulação e Mobilização; Comissão de Infraestrutura e Acessibilidade; Comissão de
1835 Cultura e educação Popular. Proposta de composição: 16 integrantes: 8 usuárias/os, 4
1836 trabalhadores/as e 4 gestores/prestadores/as. Os Fóruns indicarão os nomes, considerando a
1837 sugestão de 50% de mulheres. Data limite para indicação: 20 de novembro de 2018 (não precisa ser
1838 necessariamente conselheiro ou conselheira). **Deliberação: aprovada, por unanimidade, a**
1839 **formação das comissões da 16ª Conferência.** Por fim, apresentou a proposta de programação da
1840 16ª Conferência, considerando: a) Grupos de trabalho - Serão instalados até 45 GT: cada 15 um dos
1841 GT discutirá um eixo temático; o tema será discutido por todos os GT; e cada GT deverá comportar
1842 até 100 pessoas. b) Atividades Autogestionadas - serão reguladas por instrumento próprio. Total de
1843 40 atividades, sendo dez atividades, para até 100 pessoas. **Deliberação: aprovada, por**
1844 **unanimidade, a proposta de programação da 16ª Conferência. ITEM 12 – COMISSÕES E**
1845 **ENCAMINHAMENTOS DO PLENO - Câmaras Técnicas. Grupos de Trabalho - Coordenação:**
1846 **conselheiro Geordeci Menezes de Souza. 1) APRESENTAÇÃO DO TRABALHO DA CÂMARA**
1847 **TÉCNICA DA COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA**
1848 **TRABALHADORA - CISTT/CNS – A integrante da CT da CISTT/CNS, Leticia Coelho da Costa**
1849 **Nobre,** representante da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, apresentou o trabalho da Câmara
1850 Técnica da CISTT/CNS, constituída em setembro de 2017, nos termos da Resolução CNS nº 555,
1851 com o propósito de discutir um novo modelo de organização dos Centros de Referência em Saúde do
1852 Trabalhador - CEREST, com vistas à correção das assimetrias existentes entre as diversas regiões e

1853 em atendimento às realidades locais; e elaborar novo modelo para organização dos CEREST, a ser
1854 apreciado e encaminhado pelo Pleno do CNS, observadas as propostas aprovadas na 4ª Conferência
1855 Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Destacou as limitações do modelo atual de
1856 distribuição dos CEREST: não promove equidade; disparidades nas coberturas dos CEREST
1857 regionais em todo país: alguns circunscritos a regiões de saúde; outros cobrem macrorregiões; nº de
1858 municípios (de 5 a 150); PEA de 2 milhões e outros de 50 mil; recebem mesmo valor mensal (R\$ 30
1859 mil), independente de área, população e perfil produtivo e epidemiológico de sua área de
1860 abrangência; Modelo federativo prevê 3 entes (federal, estadual e municipal). Não há a figura jurídica
1861 Região de Saúde. Repasse de recursos para o Fundo Municipal de Saúde do município sede (Gestão
1862 Municipal) ou Fundo Estadual de Saúde (Gestão Estadual); muitas vezes, o gestor municipal utiliza o
1863 recurso exclusivamente para ações no município sede; e vários municípios não conseguem executar
1864 o recurso destinado aos CEREST ou utilizam em ações que não são de vigilância em saúde do
1865 trabalhador. Pontuou os desafios para a implementação das ações de ST em toda rede SUS:
1866 heterogeneidade das práticas de ST; subfinanciamento de ações; metade das regiões de saúde sem
1867 cobertura de CEREST; municípios desenvolvendo de forma incipientes ações de ST; baixa
1868 responsabilização da gestão e dos profissionais de saúde; CEREST e área de ST em diferentes
1869 locais nos estados e ou ausentes nos organogramas dos municípios; baixa incorporação de ASST
1870 nos diagnósticos de saúde e nos instrumentos de planejamento e pactuação no SUS; invisibilidade da
1871 Política de STT na agenda dos conselhos e gestores de saúde; e somente 155 CISTT municipais em
1872 todo país. Diante dessa situação, explicou que a proposta da Câmara Técnica CISTT/CNS é a
1873 seguinte: ajustar as estratégias de organização e funcionamento da Renast ao previsto na PNSTT e
1874 no processo de revisão do modelo de regionalização em saúde, em discussão nos estados e no
1875 âmbito da CIT; e RENAST se torne, de fato, uma rede temática do SUS, com clara definição da
1876 cobertura das ações de Saúde do Trabalhador(ST) e do papel dos municípios, dos CEREST, dos
1877 níveis estadual, do Distrito Federal, regional e nacional na gestão do SUS. Detalhou as referências,
1878 parâmetros e bases legais da proposta: Constituição Federal 1988; Lei Orgânica da Saúde; Política
1879 Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (2012); Conferências de Saúde: STT,
1880 Vigilância em Saúde; Decreto Presidencial nº 7.508/2011: RAS; Lei Complementar nº. 141/2012;
1881 Resoluções da CIT – 2017 e nº 37/2018; e Portarias MS da Renast. Seguindo, explicou que a
1882 atenção Integral à Saúde do Trabalhador se dá no conjunto das redes de atenção à saúde do SUS,
1883 devendo ser organizada de forma descentralizada e hierarquizada, em todos os níveis de atenção,
1884 incluindo ações de promoção, de vigilância, diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação.
1885 Também destacou o art. 3º da Portaria GM/MS 1.823/2012, que trata da Política Nacional de Saúde
1886 do Trabalhador e da Trabalhadora: “Art. 3º Todos os trabalhadores, homens e mulheres,
1887 independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de
1888 trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo,
1889 avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado
1890 são sujeitos desta Política.” Apresentou a proposta de reorganização das ações e serviços de saúde
1891 do trabalhador na rede SUS, detalhando a estrutura do documento: 1) Apresentação; 2)
1892 Considerações gerais sobre a Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no SUS;
1893 3) Proposta de reorganização da Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no
1894 SUS, a partir das atribuições e responsabilidades dos três entes federativos; 4) O Centro de
1895 Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) na atenção integral à saúde dos trabalhadores; 5) A
1896 participação dos trabalhadores e do controle social em ST no SUS; e 6) Considerações finais.
1897 Apresentou as seguintes considerações gerais sobre a Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e da
1898 Trabalhadora no SUS: PNSTT – SUS: princípios, diretrizes e estratégias a serem observados pelas
1899 três esferas de gestão do SUS, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde
1900 dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e
1901 dos processos produtivos; Alinhamento com demais políticas nacionais de saúde: Vigilância em
1902 Saúde (PNVS); Atenção Básica (PNAB); Educação Permanente em Saúde (PNEPS); Atenção
1903 Integral às Populações do Campo, da Floresta e das Águas; Humanização; Redução da
1904 Morbimortalidade por Violências e Acidentes etc; e RENAST 2002, principal estratégia para
1905 implementação das ações de ST em todos os níveis de atenção do SUS, de forma articulada e
1906 integrada às vigilâncias, tendo o CEREST como suporte técnico e pedagógico especializado da rede
1907 SUS. Também destacou a proposta de reorganização da Atenção Integral à STT em toda rede SUS:
1908 Planejamento Regional Integrado (PRI) e a organização de regiões e macrorregiões de saúde (RS
1909 ampliadas); Região de saúde: espaço com finalidade de integrar a organização, o planejamento e a
1910 execução de ações e serviços de saúde; referência para as transferências entre os entes; Comissões
1911 Intergestores (CIR, CIB e CIT): foros de negociação e pactuação entre gestores, para decidir sobre os
1912 aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em

1913 conformidade com a política e planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde; Processo de
1914 pactuação, indicadores, metas; planejamento, monitoramento, programação orçamentária financeira;
1915 e Ambiente de governança no planejamento e pactuação nas regiões de saúde, garantida
1916 participação de atores e intersetorialidade. No que se refere à Atenção Integral à STT em toda rede
1917 SUS - Planejamento Regional Integrado (PRI), ressaltou: necessidades de ações e serviços de saúde
1918 para a atenção integral à saúde dos trabalhadores e trabalhadoras nos territórios devem ser incluídas
1919 neste processo de definição e pactuação das redes de atenção nas regiões de saúde, desde a
1920 atenção primária, passando pelos serviços de média complexidade, até a alta complexidade,
1921 articuladas às ações e serviços de vigilância e promoção à saúde. Citou as atribuições dos Gestores
1922 – Nível Estadual e do Distrito Federal, com destaque para os seguintes aspectos: Coordenação da
1923 área técnica de Saúde do Trabalhador no âmbito estadual e do Distrito Federal: deve estar inserida
1924 na estrutura orgânica da Secretaria Estadual e do DF, como coordenação, diretoria, gerência, divisão,
1925 núcleo, setor ou outra instância; Regionais de Saúde: nas instâncias administrativas descentralizadas
1926 das SES (diretorias, gerências, núcleos ou outra nomenclatura do estado e do DF) devem ser
1927 mantidos técnicos de Referência em Saúde do Trabalhador (TR-ST); e Centro Estadual de
1928 Referência em Saúde do Trabalhador: CEREST Estadual, centro técnico especializado em Saúde do
1929 Trabalhador. Destacou o papel do Estado e do DF como apoiador, fomentador, financiador,
1930 coordenador da organização das redes de assistência e vigilância e parceiro dos municípios de sua
1931 área de abrangência. No que se refere às atribuições, salientou que todos os municípios brasileiros
1932 devem implantar a PNSTT, por meio das seguintes ações e iniciativas: Inserir no Plano Municipal de
1933 Saúde, na Programação Anual de Saúde e no Plano Diretor de Investimento as diretrizes, objetivos e
1934 metas de STT, definidas a partir da análise da situação de saúde, com a participação dos
1935 movimentos sindicais e sociais; Garantir condições estruturais e operacionais, alocando recursos
1936 orçamentários e financeiros para a realização das atividades de STT no plano aprovado; Constituir
1937 referência técnica em STT organizada em núcleo, coordenação, gerência ou programa (de acordo com
1938 a estrutura institucional), cuja composição será definida em função da população do município. A
1939 referência técnica contará com apoio institucional e técnico das equipes do CEREST municipal e
1940 regional, da regional de saúde, do CEREST estadual e da SES. Apresentou quadro com a proposta
1941 de organização da referência técnica municipal em Saúde do trabalhador e da trabalhadora, segundo
1942 a faixa populacional dos municípios brasileiros. Detalhou que os Centros de Referência em Saúde do
1943 Trabalhador na atenção integral à saúde dos trabalhadores e trabalhadoras deve ser um serviço
1944 especializado inserido na RAS; deve desenvolver, em seu âmbito de atuação, ações articuladas com
1945 os demais pontos da rede de atenção e vigilância, em interlocução contínua com o controle social e
1946 espaços de gestão. Componente estratégico da Renast, responsável pelo apoio institucional, técnico
1947 e pedagógico em STT no território de sua abrangência. Não é porta de entrada do sistema de
1948 atenção à saúde; referência no desenvolvimento de ações de assistência, vigilância, proteção e
1949 promoção à saúde. Além disso, a atuação deve ser na perspectiva do matriciamento, enquanto
1950 ferramenta fundamental tanto no campo assistencial como na vigilância em saúde, visando o
1951 reconhecimento do trabalho como categoria determinante do processo saúde doença em todos os
1952 pontos da RAS. Como retaguarda técnica deve compreender que a vigilância em saúde é norteadora
1953 do modelo de atenção à saúde, cujas intervenções devem ser voltadas à redução do risco de doença
1954 e de outros agravos e garantia da promoção, da proteção e da recuperação da saúde dos
1955 trabalhadores e trabalhadoras. Ações de assistência especializada realizadas pelo serviço têm como
1956 objetivo central a elucidação e o estabelecimento da relação do adoecimento com o trabalho. No que
1957 diz respeito às atribuições dos CEREST Estadual e do DF, Municipal, Regional, em geral, são
1958 relativas às seguintes ações, em cada âmbito de atuação e área de abrangência: Planejamento,
1959 avaliação, monitoramento das ações de STT; apoio institucional e técnico às instâncias da rede SUS
1960 no território e área de abrangência; execução (municipal e regional), em caráter complementar e
1961 suplementar (estadual), das ações de atenção e vigilância em STT (epidemiológica e de ambientes e
1962 processos de trabalho, da situação de saúde ASST); produção, análise e divulgação de informações
1963 de interesse à STT; produção de normas técnicas, linhas de cuidado, tecnologias de Visat; ações de
1964 educação permanente para a rede e para controle social; participação e pautas de STT nas
1965 instâncias de planejamento, gestão, pactuação, instâncias intersetoriais e de controle social. No que
1966 diz respeito à equipe técnica e gerencial dos CEREST, disse que deve ser composta considerando-
1967 se: dimensionamento da população geral e trabalhadora, perfil produtivo e epidemiológico da região
1968 de saúde, as atribuições previstas e ações a serem realizadas em cada âmbito de atuação. A equipe
1969 multiprofissional é composta por profissionais e técnicos, de nível médio e superior, de múltiplas
1970 formações básicas, com qualificação em Saúde Coletiva, com ênfase nas áreas de Saúde do
1971 Trabalhador, Saúde Ambiental, Epidemiologia, Planejamento em Saúde, Vigilância em Saúde. As
1972 funções de vigilância em saúde: necessário que a equipe (ou maior parte dela) seja contratada

1973 mediante concurso público, vínculos estáveis, com cargas horárias suficientes e compatíveis com o
1974 exercício de suas funções e atribuições. A coordenação do CEREST deve ter perfil adequado, com
1975 carga horária compatível e formação e ou experiência em gestão no SUS e em STT. Em seu
1976 conjunto, deve estar capacitada para lidar com as seguintes temáticas: planejamento; gestão de
1977 serviços e ações de saúde; organização de redes de atenção; epidemiologia; produção e análise de
1978 informações; análise de situação de saúde; vigilância epidemiológica em saúde do trabalhador;
1979 vigilância de ambientes e processos de trabalho; avaliação clínica diagnóstica, identificação de
1980 agravos, acidentes e doenças relacionadas ao trabalho; e processos pedagógicos, formação e
1981 educação permanente e em saúde; metodologias de pesquisa em saúde e ciências sociais, entre
1982 outras. Também mostrou quadro ilustrando a equipe mínima para composição dos CEREST
1983 Estaduais, Regionais e Municipais, quantitativo e formação. A respeito do controle e participação
1984 social em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no SUS, destacou que: o Controle Social é uma
1985 premissa básica do SUS de grande relevância na PNSTT; a participação dos trabalhadores é
1986 essencial para a identificação dos fatores de risco arthur.gomes@soudavinci.com.br nos processos de
1987 trabalho, das repercussões sobre o processo saúde-doença e das transformações das condições
1988 geradoras de acidentes e doenças; atualmente: 27 CISTT estaduais e 155 municipais, criadas e em
1989 funcionamento, além da nacional; Resolução do CNS de nº 493/2013 dispõe que os Conselhos de
1990 Saúde nos âmbitos Estadual, do DF e Municipal, promovam a criação da CISTT; a efetivação do
1991 Controle Social na STT não se dá apenas por meio dos espaços institucionalizados; e é importante
1992 ampliar sua atuação, por meio de mecanismos de articulação e pactuação intra e intersetoriais, para
1993 além das instâncias do SUS, com estruturas organizativas formais ou não, como: rodas de conversas,
1994 observatórios, câmaras técnicas, comitês, comissões, grupos de trabalho, conselhos de gestão
1995 participativa, fóruns, entre outros. Concluindo, citou os seguintes aspectos a serem aprofundados:
1996 Mudança do modelo de atenção do SUS pela organização das RAS: oportunidade para inserir ações
1997 de STT no SUS de forma sistêmica, alcançando a meta de pelo menos um CEREST por região de
1998 saúde e a inserção de ações e serviços na gestão municipal e estadual de saúde; Revisão do
1999 financiamento, a ser compartilhado entre os entes e para as diferentes ações – de assistência, de
2000 média e alta complexidade; na atenção básica; de vigilância em saúde; na educação permanente,
2001 entre outras; Maior articulação da ação governamental, superando a fragmentação das ações de
2002 assistência e de vigilância; Incorporação de ações de VISAT nos códigos sanitários dos estados e
2003 municípios; Gestão do trabalho, manutenção de equipes técnicas, em quantitativo e perfil de
2004 qualificação adequados e suficientes para a realidade sanitária das regiões de saúde; Política de
2005 recursos humanos que constitua a STT como a carreira de estado, a exemplo da Vigilância Sanitária, e
2006 que fixe os profissionais de saúde nos serviços, valorizando a formação e educação permanente;
2007 Revisão da portaria atual da Renast, em conjunto com representações da CIT e da CISTT/CNS; e a
2008 partir da aprovação pelo CNS, estabelecer processo de discussão e pactuação com os gestores no
2009 âmbito da CIT, com Ministério da Saúde, Conass e Conasems, de modo a viabilizar estratégias de
2010 implantação progressiva dessa proposta. Concluída a apresentação, foi aberta a palavra para breves
2011 considerações a respeito. Nas falas, os conselheiros elogiaram a proposta elaborada, avaliando que
2012 representa um marco para a saúde do trabalhador. Além dos cumprimentos, foram apresentadas as
2013 seguintes proposições: promover debate na Câmara Técnica da CISTT e construir resposta para o
2014 cenário que virá a partir de 1º janeiro de 2019, considerando as propostas do Presidente eleito, em
2015 especial a extinção do Ministério do Trabalho; e elaborar material de divulgação da Política Nacional
2016 de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Na sequência, conselheiro **Geordeci Menezes de**
2017 **Souza** submeteu à deliberação do Pleno a minuta de Resolução que aprova o relatório da Câmara
2018 Técnica da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT/CNS), que
2019 apresenta proposta de reorganização da Atenção Integral à Saúde dos trabalhadores no SUS com o
2020 objetivo de desenvolver um novo modelo de organização dos CERESTs com vistas à correção das
2021 assimetrias existentes entre as diversas regiões e em atendimento às realidades locais. O texto é o
2022 seguinte: “Resolução nº 000, de 8 de novembro de 2018. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde
2023 (CNS), em sua Trecentésima Décima Primeira Reunião Ordinária, realizada nos dias 7 e 8 de
2024 novembro de 2018, e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº
2025 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pelo Decreto nº
2026 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do
2027 Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando a necessidade da efetivação da
2028 Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e os princípios da integralidade e
2029 intersectorialidade nas três esferas de governo; considerando as propostas aprovadas na 4ª
2030 Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (4ª CNSTT), constantes do
2031 Relatório Final da 4ª CNSTT; considerando a meta estipulada ao Ministério da Saúde de assegurar
2032 100% das regiões de saúde com cobertura de pelo menos um Centro de Referência em Saúde do

2033 Trabalhador (CEREST), prevista no Plano Plurianual 2016-2019 (Lei nº 13.249/2016); considerando
2034 que em apresentação do Relatório de Gestão (RAG) 2017, na 310ª Reunião Ordinária do Conselho
2035 Nacional de Saúde, o representante do Ministério da Saúde apontou que não foi por falta de recursos
2036 financeiros que os CERESTs previstos no PPA deixaram de serem implantados; considerando as
2037 propostas e diretrizes da 15ª Conferência Nacional de Saúde, aprovadas por meio da Resolução CNS
2038 nº 507, de 16 de março de 2016, em especial as enumeradas no Eixo 3 - Valorização do Trabalho e
2039 da Educação em Saúde; considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que prevê a
2040 criação de comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de
2041 Saúde (CNS), integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da
2042 sociedade civil, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja
2043 execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS; considerando a Resolução CNS nº
2044 528, de 08 de julho de 2016, que aprovou a reestruturação da Comissão Intersectorial de Saúde do
2045 Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT/CNS), para o exercício do mandato de 2016 a 2018 e a
2046 Resolução CNS nº 555, de 15 de setembro de 2017, que criou a Câmara Técnica da CISTT/CNS;
2047 considerando que compete ao CNS o papel de fortalecer a participação e o controle social no SUS
2048 (Art. 10, IX da Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de 2008). Resolve: Art. 1º Aprovar o
2049 relatório da Câmara Técnica da Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
2050 (CISTT/CNS), que apresenta proposta de reorganização da Atenção Integral à Saúde dos
2051 trabalhadores no SUS com o objetivo de desenvolver um novo modelo de organização dos CERESTs
2052 com vistas à correção das assimetrias existentes entre as diversas regiões e em atendimento às
2053 realidades locais. Art. 2º Encaminhar ao Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de
2054 Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (CONASEMS) para que tenham
2055 conhecimento do teor do relatório e considerem tomar as devidas providências para a implantação
2056 dos CERESTs ainda no ano de 2019, conforme previsto no Plano Plurianual 2016-2019 (Lei nº
2057 13.249/2016).” **Deliberação: a resolução foi aprovada por unanimidade. 2) APRECIACÃO DE**
2058 **MINUTA DE RESOLUÇÃO.** O texto é o seguinte: “Resolução nº 000, de 8 de novembro de 2018. O
2059 Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Décima Primeira Reunião
2060 Ordinária, realizada nos dias 7 e 8 de novembro de 2018, e no uso de suas competências regimentais
2061 e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de
2062 dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839,
2063 de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil
2064 de 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando o que dispõe a Constituição Federal da
2065 República Federativa do Brasil, em especial os seus artigos 196 a 198; considerando que o texto
2066 constitucional determina que são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao
2067 Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo
2068 sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica
2069 de direito privado (Art. 197 da CF/1988); considerando que a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de
2070 1990, regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou
2071 conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito
2072 Público ou privado; considerando que a Lei nº 8.142/1990 dispõe, entre outras providências, sobre a
2073 participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS); considerando que o Art.
2074 1º, §2º da Lei nº 8142/1990, dispõe que “O Conselho de Saúde, em caráter permanente e
2075 deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço,
2076 profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da
2077 política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros,
2078 cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do
2079 governo”; considerando que, conforme previsto no Art. 30, §4º da Lei Complementar nº 141, de 13 de
2080 janeiro de 2012, em cumprimento às suas atribuições legais, cabe aos Conselhos de Saúde deliberar
2081 sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades; considerando que o Decreto nº 5.839/2006
2082 define, em seu Art. 10, que as funções de membro do CNS não serão remuneradas, considerando-se
2083 o seu exercício relevante serviço público; considerando que a terceira diretriz da Resolução CNS nº
2084 453, de 10 de maio de 2012, prevê que o trabalho desenvolvido enquanto conselheiro de Saúde, não
2085 pode ser remunerado, considerando-se o seu exercício de relevância pública, de modo a garantir,
2086 portanto, a dispensa do trabalho sem prejuízo para o conselheiro e que, para fins de justificativa junto
2087 aos órgãos, entidades competentes e instituições, o Conselho de Saúde emitirá ofício de
2088 convocação/convite e/ou declaração de participação de seus membros durante o período das
2089 reuniões, representações, capacitações e outras atividades específicas; considerando os riscos de ter
2090 a gestão estratégica e participativa do SUS comprometida pela ausência de normativa específica
2091 sobre a compensação de carga horária dos trabalhadores e trabalhadoras do controle social em
2092 saúde, tendo em vista que o trabalho dos conselheiros e conselheiras de saúde não é remunerado e

2093 possui alta relevância pública; considerando que o objetivo nº 10 dos ODS/ONU propõe a redução
2094 das desigualdades dentro dos países e entre eles, tanto pelo empoderamento e promoção “da
2095 inclusão social, econômica e política de todos, independentemente de idade, sexo, deficiência, raça,
2096 etnia, origem, religião, condição econômica ou outra” (10.2) quanto pela garantia de igualdade de
2097 oportunidades e redução das desigualdades de resultado, inclusive por meio da eliminação de leis,
2098 políticas e práticas discriminatórias e promoção de legislação, políticas e ações adequadas a este
2099 respeito; e considerando que a Lei nº 8.112/1990 e o disposto no Decreto nº 9.144, de 22 de agosto
2100 de 2017, que trata da regulamentação das cessões e às requisições de pessoal em que a
2101 administração pública federal, direta e indireta, seja parte, não preveem a situação específica dos
2102 conselheiros de saúde e na ausência de previsão específica sobre a matéria. Resolve: Art. 1º Até a
2103 superveniência de decreto ou alteração legislativa sobre a matéria específica de que trata esta
2104 Resolução, para o controle social em saúde define-se que: I - As funções e atividades desenvolvidas,
2105 como membro dos Conselhos de Saúde e participantes das Conferências de Saúde, não serão
2106 remuneradas, considerando-se o seu exercício de alta relevância pública; II – Não havendo
2107 afastamento na forma pretendida pela Lei nº 8.112/1990 e no Decreto nº 9.144/2017, mas a liberação
2108 para participação em reuniões relacionadas ao cumprimento das atribuições legais dos Conselhos de
2109 Saúde, deve ser garantida a dispensa do trabalho sem prejuízo para o trabalhador e para a
2110 trabalhadora conselheiro/conselheira de saúde, sem a necessidade de compensação de carga
2111 horária; e III – Para fins de justificativa junto aos órgãos, entidades competentes e instituições, o
2112 Conselho de Saúde emitirá declaração de participação de seus membros durante o período das
2113 reuniões, representações, capacitações e outras atividades específicas do controle social. Art. 2º As
2114 atividades a que se refere o Art. 1º desta resolução tem por objetivo contribuir com uma atuação em
2115 prol da democratização do Estado, da garantia dos direitos sociais e da participação da população na
2116 política da saúde, reafirmando o caráter deliberativo dos Conselhos de Saúde e das Conferências de
2117 Saúde para o fortalecimento do controle social no SUS, conforme previsto na Constituição Federal de
2118 1988 e na legislação do SUS. Art. 3º Aplicam-se os termos descritos no Art. 1º desta resolução para o
2119 desempenho das funções de membros dos Conselhos de Saúde, em seus momentos e espaços
2120 institucionais, tais quais: I – As Reuniões Ordinárias e Extraordinárias do Plenário dos Conselhos de
2121 Saúde; II – O desempenho das funções representativas, políticas e organizacionais da Presidência e
2122 da Mesa Diretora do Conselho de Saúde; III – As reuniões das Comissões Intersetoriais, dos Grupos
2123 de Trabalho e das Câmaras Técnicas formalmente instituídas; III – A participação em processos de
2124 educação permanente do SUS; IV – As reuniões preparatórias, organizativas e nas atividades
2125 desenvolvidas durante as Conferências de Saúde; e V – A participação nas articulações,
2126 mobilizações e eventos promovidos pelos Conselhos de Saúde, a serem previamente informadas à
2127 chefia imediata do conselheiro ou conselheira de saúde. Art. 4º Para garantir a dispensa da
2128 compensação de carga horária o conselheiro ou a conselheira de saúde deverá encaminhar à sua
2129 chefia imediata cópia das declarações de participação nas atividades, emitidas pelos Conselhos de
2130 Saúde nos termos do Art. 1º, III desta resolução, e/ou dos instrumentos de convocação, tais quais
2131 ofícios e convites. Parágrafo único. Os documentos listados no *caput* deste artigo podem ser
2132 ajustados, para a garantia da compensação, conforme a necessidade da repartição a que o
2133 conselheiro ou a conselheira esteja vinculado ou de acordo com a pactuação por eles estabelecida com
2134 seus superiores hierárquicos.” Concluída a leitura, foi apresentada a seguinte proposta de acréscimo:
2135 incluir Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena – FPCONDISI no art. 1º.
2136 **Deliberação: a resolução foi aprovada com a sugestão de acréscimo apresentada. 3)**
2137 **Apreciação de minuta de resolução.** O texto é o seguinte: “ Resolução nº 000, de 8 de novembro
2138 de 2018. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Décima Primeira
2139 Reunião Ordinária, realizada nos dias 7 e 8 de novembro de 2018, e no uso de suas competências
2140 regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142,
2141 de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto
2142 nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa
2143 do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando que o Art. 198, III da CF/1988
2144 prevê a participação da comunidade como uma das diretrizes para a organização das ações e
2145 serviços públicos de saúde; considerando os 30 anos de construção e consolidação do Sistema
2146 Único de Saúde (SUS) e a necessidade de registro e propagação da história dos lutadores e
2147 lutadoras sociais pela saúde pública no Brasil e no mundo; considerando que a Lei nº 8.142, de 28 de
2148 dezembro de 1990, dispõe que o CNS, órgão colegiado composto por representantes do governo,
2149 prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, em caráter permanente e deliberativo, atua
2150 na formulação e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, inclusive nos aspectos
2151 econômicos e financeiros, nas estratégias e na promoção do processo de controle social em toda a
2152 sua amplitude, no âmbito dos setores público e privado (Art. 2º da Resolução CNS nº 407, de 12 de

2153 setembro de 2008); considerando a Resolução da Organização das Nações Unidas (ONU)
2154 “Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável”, composta por
2155 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), desdobrados em 169 metas, da qual o Brasil é
2156 signatário; considerando que a implantação da Agenda 2030 exigirá uma nítida prioridade dos
2157 governos federal, estaduais, distrital e municipais para superação do desafio de implementar políticas
2158 e programas transversais e intersetoriais; considerando a Resolução CNS nº 585, de 10 de maio de
2159 2018, que reafirmou o papel estratégico da agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável e como
2160 promotora de equidade, contribuindo para que o Brasil tenha, novamente, papel destacado em virtude
2161 de suas ações para o cumprimento das metas e reforçou que o controle social é o instrumento
2162 fundamental para o alcance das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável; e
2163 considerando que Zilda Arns Neumann (1934-2010) foi médica pediatra e sanitarista, conselheira
2164 nacional de saúde, fundou em 1983 a Pastoral da Criança, foi agraciada com dezenas de prêmios
2165 nacionais e internacionais e também foi indicada ao Prêmio Nobel da Paz por sua importante atuação
2166 em defesa da vida e da saúde pública. **Resolve:** Aprovar o regulamento de concessão de honrarias
2167 pelo Conselho Nacional de Saúde e a instituição da Comenda Zilda Arns e do Termo de
2168 Reconhecimento Público, conforme documento anexo desta resolução. **REGULAMENTO DA**
2169 **CONCESSÃO DE HONRARIAS PELO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE.** Art. 1º - O Conselho
2170 Nacional de Saúde (CNS) no intento de reconhecer o importante trabalho desenvolvido pelos
2171 defensores e pelas defensoras dos direitos humanos e sociais, em especial, do direito à saúde,
2172 institui: §1º A Comenda Zilda Arns, destinada a agraciar personalidades que tenham oferecido
2173 contribuição relevante à defesa do direito universal à saúde e ao Sistema Único de Saúde (SUS) no
2174 Brasil. §2º O Termo de Reconhecimento Público do CNS, que reconhece o mérito pelo trabalho de
2175 relevância em defesa da saúde pública e do SUS. Art. 2º Os critérios e diretrizes do Termo de
2176 Reconhecimento Público e da Comenda Zilda Arns, respeitado o disposto neste regulamento, serão
2177 debatidos pela Mesa Diretora e encaminhados para aprovação do Pleno do CNS. **CAPÍTULO I. DO**
2178 **TERMO DE RECONHECIMENTO PÚBLICO.** Art. 3º O Termo de Reconhecimento Público do CNS é
2179 o instrumento por meio do qual deve ser formalizado o reconhecimento ao mérito dos conselheiros e
2180 conselheiras nacionais de saúde, titulares e suplentes, pelo importante trabalho desenvolvido ao
2181 longo de sua representação no Pleno do Conselho Nacional de Saúde. Art. 4º Deverá constar do
2182 Termo de Reconhecimento Público do CNS: I – Referência ao caráter não remunerado do trabalho
2183 dos conselheiros e conselheiras nacionais de saúde bem como a relevância pública dos serviços
2184 prestados em favor da saúde pública e do SUS no Brasil; II – Período exercido na representação da
2185 respectiva entidade pelo conselheiro ou conselheira nacional de saúde contado desde a publicação
2186 da portaria de sua nomeação até o último dia no exercício de suas funções no Conselho Nacional de
2187 Saúde; e III – Logomarca do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e do Sistema
2188 Único de Saúde. Art. 5º O Termo consiste de documento formal, impresso e assinado pelas
2189 autoridades do SUS a ser entregue em ato celebratório na última Reunião Ordinária de cada mandato
2190 do CNS. **CAPÍTULO II. DA COMENDA ZILDA ARNS.** Art. 6º A Comenda Zilda Arns tem por
2191 finalidade reconhecer o mérito do trabalho de pessoas que tenham se dedicado ao processo de
2192 desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e da garantia do direito humano à saúde. §1º A
2193 Comenda Zilda Arns será conferida a personalidades, em especial às lutadoras e lutadores sociais
2194 em defesa do SUS, pelas práticas e atividades desenvolvidas na militância social em defesa da
2195 saúde pública, no exercício acadêmico em defesa do direito humano à saúde, na prática profissional
2196 dos trabalhadores e trabalhadoras do SUS e no exercício das funções do controle social,
2197 considerando as diretrizes, metas e estratégias propostas nos instrumentos normativos do SUS e do
2198 CNS. §2º A Comenda a que o *caput* deste artigo se refere será outorgada, anualmente, a 1 (uma)
2199 personalidade por edição, a ser entregue na última Reunião Ordinária de cada ano legal. §3º A
2200 Comenda Zilda Arns será entregue em placa metálica alusiva ao prêmio acompanhada de certificado
2201 impresso, que confere essa honraria à pessoa agraciada. Art. 7º São objetivos da Comenda Zilda
2202 Arns do CNS: I – reconhecer o trabalho dos lutadores e lutadoras da saúde pública que, no exercício
2203 das atividades do controle e participação social na saúde, contribuem de forma relevante para a
2204 ampliação do acesso às ações de saúde pública, gratuita e de qualidade no Brasil; II – valorizar o
2205 papel dos conselheiros e conselheiras de saúde como agentes fundamentais do desenvolvimento
2206 social, político e cultural do país; III – dar visibilidade às experiências conduzidas pelo controle social
2207 na saúde, militantes e lutadores sociais e que sejam passíveis de adoção por outros Conselhos de
2208 Políticas Públicas, movimentos, entidades e gestores do SUS; IV – estimular a participação social de
2209 todas e todos os cidadãos brasileiros como sujeitos ativos no processo de aprofundamento dos
2210 direitos sociais e fundamentais, como o direito à saúde; e V – oferecer uma reflexão sobre as práticas
2211 organizativas do controle social do SUS e orientar a sistematização de experiências e práticas
2212 emancipatórias na saúde. Art. 8º A Curadoria da Comenda e a avaliação das normas de cada edição

2213 será de competência da Mesa Diretora do CNS, que encaminhará o debate para votação do Pleno do
2214 CNS. Art. 9º A Mesa Diretora do CNS indicará lista com até cinco nomes sugeridos à deliberação do
2215 Pleno do CNS, que deverá eleger 1 (um) deles, na penúltima Reunião Ordinária do ano legal. I -
2216 Poderão ser indicados/as à Comenda Zilda Arns: a) Pessoa falecida que tenha contribuído
2217 inequivocamente com a luta em defesa do direito humano à saúde e do SUS, em homenagem *post*
2218 *mortem*; e b) Pessoa nacional ou estrangeira, desde que tenha atuação pública comprometida com
2219 os fundamentos do Estado Democrático de Direito, a defesa dos Direitos Humanos, da saúde pública
2220 e do SUS. II - Uma vez escolhida a pessoa agraciada, seu nome será amplamente divulgado pelos
2221 meios do Conselho Nacional de Saúde e em sua sessão plenária. Parágrafo único. A relação de
2222 nomes para deliberação do Pleno do CNS será acompanhada de *curriculum vitae* resumindo de cada
2223 uma das pessoas indicadas, com destaque para as suas realizações em prol do SUS e do direito
2224 humano à saúde. Art. 10 Caberá à Secretaria-Executiva do CNS: I – A organização do ato de outorga
2225 do prêmio com a confecção das honrarias a serem conferidas; II - A manutenção de livro próprio
2226 denominado “Livro de Registro de Concessão da Comenda Zilda Arns”, para nele serem registrados
2227 em ordem cronológica os nomes das pessoas agraciadas, bem como a numeração da Reunião
2228 Ordinária, data e local de sua realização. Art. 11 Caberá ao Pleno do CNS a atribuição de a qualquer
2229 tempo, criar, modificar, suspender temporariamente e rever as previsões normativas de outorga do
2230 Termo de Reconhecimento Público e da Comenda Zilda Arns. §1º As alterações a que se refere o
2231 *caput* deste artigo só poderão ser feitas mediante deliberação de maioria qualificada, ou seja, de 2/3
2232 do conjunto de conselheiros e conselheiras nacionais de saúde, em reunião plenária do CNS. §2º
2233 Sempre por maioria qualificada, ou seja, de 2/3 dos conselheiros e conselheiras nacionais de saúde o
2234 Pleno do CNS poderá revogar a outorga da Comenda Zilda Arns, se a(s) pessoa(s) agraciada(s)
2235 praticar(em) quaisquer atos que sejam considerados desabonadores de sua conduta, contra o
2236 interesse da saúde pública.” Concluída a leitura, foram apresentadas, em Plenário, sugestões ao
2237 textos, tendo sido acatada a seguinte: detalhar que Zilda Arns foi conselheira nacional de saúde por
2238 vários mandatos, com forte atuação no controle social e na saúde indígena, além de fundadora da
2239 Pastoral da Criança e da Pastoral da Pessoa Idosa. **Deliberação: a resolução foi aprovada, por**
2240 **unanimidade, com acréscimo ao texto. 4) Apreciação de minuta de recomendação.** O texto é o
2241 seguinte: “Recomendação nº 000, de 8 de novembro de 2018. O Plenário do Conselho Nacional de
2242 Saúde (CNS), em sua Trecentésima Décima Primeira Reunião Ordinária, realizada nos dias 7 e 8 de
2243 novembro de 2018, e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº
2244 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei
2245 Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006;
2246 cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação
2247 brasileira correlata; e considerando o que dispõe a Constituição Federal da República Federativa do
2248 Brasil, em especial os seus artigos 196 a 198; considerando que o texto constitucional determina que
2249 são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos
2250 termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita
2251 diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (Art.
2252 197 da CF/1988); considerando o estabelecido para as Metas e os compromissos UNAIDS-ONU, na
2253 Declaração Política de 2011 e 2015 sobre HIV e AIDS, assumidos pelo Brasil, cuja finalidade está
2254 pautada na busca definitiva de uma meta que impulse ações progressistas na direção de um
2255 capítulo final da epidemia de AIDS, promovendo e responsabilizando diversos atores num esforço
2256 compartilhado, até 2030 (Metas 90 – 90 – 90); considerando que a Lei nº 8.080, de 19 de setembro
2257 de 1990, regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou
2258 conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito
2259 Público ou privado; considerando o Art. 36 da Lei Complementar nº 141/2012, que define que o
2260 monitoramento e avaliação da aplicação dos recursos em ações e serviços de saúde por parte dos
2261 Conselhos de Saúde ocorre por meio dos Relatórios Quadrimestrais de Prestação de Contas
2262 apresentados pelos respectivos gestores; considerando que o acompanhamento quadrimestral da
2263 aplicação dos recursos transferidos fundo a fundo pelos Conselhos de Saúde é recomendável para a
2264 indicação de medidas corretivas ao Chefe do Poder Executivo, conforme estabelece o Art. 41 da Lei
2265 Complementar 141/2012, de modo a garantir a possibilidade de cumprimento da programação
2266 pactuada durante o próprio exercício do recebimento do recurso; considerando a Portaria 1.376, de
2267 13 de setembro de 2013, que regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e
2268 financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios,
2269 relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;
2270 considerando a necessidade de cumprimento da Portaria 1.376, de 13 de setembro de 2013, em
2271 especial os artigos: 20 (sobre o incentivo para as ações de Vigilância, Prevenção e Controle das
2272 DST/AIDS e Hepatites Virais); 31 (que as diretrizes, ações e metas serão inseridas no Plano de

2273 Saúde e nas Programações Anuais de Saúde (PAS) das três esferas de gestão) e Art. 32. (que
2274 determina que os demonstrativos das ações, resultados alcançados e da aplicação dos recursos
2275 comporão o Relatório de Gestão (RG) em cada esfera de gestão, aprovado pelo respectivo Conselho
2276 de Saúde); considerando a Portaria 3.276, de 26 de dezembro de 2013, em especial os artigos 1º, 2º,
2277 6º, 7º, 8º e 11, que regulamenta o incentivo financeiro de custeio às ações de vigilância, prevenção e
2278 controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs)/AIDS e Hepatites Virais no âmbito do
2279 Sistema Único de Saúde (SUS), bem como ainda considerando a necessidade de ampliar a
2280 descentralização para o fortalecimento das ações de vigilância no âmbito das ISTs, Aids e Hepatites
2281 Virais para Estados, Distrito Federal e Municípios e para responder às características que a epidemia
2282 vem assumindo nos últimos anos no território nacional; considerando a Portaria 3.992, de 28 de
2283 dezembro de 2017, que altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017,
2284 para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os
2285 serviços públicos de saúde do SUS, orientamos o monitoramento das ações de gestão quanto ao
2286 cumprimento da continuidade de investimentos em programas específicos; e considerando os
2287 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU), em
2288 especial o de nº 3, que indica o dever de “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para
2289 todos, em todas as idades”, visando “atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do
2290 risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e
2291 vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos”. Recomenda:
2292 ao Ministério da Saúde, com vistas a orientar o processo de Planejamento, Monitoramento e
2293 Avaliação da Política Nacional de ISTs/Aids e Hepatites Virais, objetivando manter o foco sobre a
2294 execução financeira específica no orçamento geral da União no SUS, mantendo assim o
2295 compromisso das Metas pactuadas perante a UNAIDS, que: 1 - Garanta, junto aos Estados e
2296 Municípios, o repasse dos recursos financeiros das Ações de Prevenção às ISTs/Aids/HV no tocante
2297 as Ações de Vigilância e Promoção da Saúde que compreendem essas temáticas, bem como a
2298 destinação de recursos as Casas de Apoio para Pessoas Vivendo com HIV/AIDS, e a aquisição e
2299 logística de Fórmula infantil às crianças verticalmente expostas ao HIV, assim como o efetivo
2300 ordenamento de toda a Rede de Atenção dos Serviços Especializados (CTA/SAE) em conexão com
2301 as demais redes existentes no SUS; 2 - Garanta que o Fundo Nacional de Saúde especifique todo o
2302 recurso destinado para ações em ISTs/Aids e Hepatites Virais, bem como o cumprimento e proteção
2303 do recurso financeiro para aquisição de medicamentos ARV; 3 - Fortaleça o apoio ao Planejamento
2304 Estratégico das Ações de ISTs/Aids/Hepatites Virais no processo das Programações Anuais de
2305 Saúde (PAS), junto a Estados e Municípios com Política de Aids pactuada nas Comissões
2306 Intergestores Bipartite, de forma ascendente e participativa (OSCs) através de Oficinas preparatórias,
2307 fazendo avaliação adequada antes do término de cada exercício e enviando a proposta do ano
2308 seguinte para aprovação nos espaços dos Conselhos de Saúde; 4 - Estabeleça pactuação de apoio
2309 específico a Ações Estratégicas para OSCs Aids dentro das PAS-IST/Aids/HV, de acordo com a
2310 Portaria 3.276/dezembro de 2013 e em CIB, de forma a manter o compromisso de trabalho sobre
2311 Populações Negligenciadas e mais Vulneráveis a epidemia, seguindo as realidades e perfis
2312 epidemiológicos de acordo com o preconizado pelas Metas da UNAIDS; 5 - Retome o processo de
2313 Monitoramento e Avaliação anual da política Específica de ISTs/Aids/HV, com Seminários envolvendo
2314 Gestão e OSCs bem como os Conselhos de Saúde respectivos, com ampla participação dos atores
2315 sociais diretamente envolvidos (Fóruns/Articulações/Redes), avaliando o cumprimento de Metas
2316 pactuadas, e determinando medidas corretivas a gestão, caso a execução financeira não seja
2317 cumprida no período; e 6 - Garanta através da avaliação do Relatório Anual de Gestão (RAG) e dos
2318 anteriores Relatórios Quadrimestrais de Prestação de Contas (RQPC), a avaliação permanente do
2319 envio de recursos da União para as Ações de Prevenção as IST/Aids/HV junto aos Estados e
2320 Municípios, fazendo a avaliação processual desta execução financeira na PAS.” **Deliberação: a
2321 recomendação foi aprovada por unanimidade. 5) Apreciação de minuta de resolução conjunta
2322 do Conselho Nacional de Saúde e do Conselho Nacional de Assistência Social.** O texto é o
2323 seguinte: “Resolução conjunta nº 000, de 8 de novembro de 2018. O Conselho Nacional de
2324 Assistência Social (CNAS), no uso da competência que lhe confere o art. 18, incisos II e IV, da Lei nº
2325 8.742, de 07 de dezembro de 1993 (Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS) e o Plenário do
2326 Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Décima Primeira Reunião Ordinária,
2327 realizada nos dias 7 e 8 de novembro de 2018, e no uso de suas competências regimentais e
2328 atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de
2329 dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839,
2330 de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil
2331 de 1988, da legislação brasileira correlata; considerando o Art. 196 da Constituição da República
2332 Federativa do Brasil que determina que a promoção da saúde e a sua proteção e recuperação deve

2333 ser garantida pelo Estado, mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de
2334 doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde;
2335 considerando os incisos I e VII do Art. 200 da Constituição Federal, que definem além de outras
2336 atribuições, a competência do Sistema Único de Saúde (SUS) em “controlar e fiscalizar
2337 procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de
2338 medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos” e “participar do
2339 controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos
2340 psicoativos, tóxicos e radioativos”; considerando que os artigos 203 e 204 da Constituição Federal de
2341 1988 dispõe acerca da assistência social, suas diretrizes e objetivos específicos; considerando o Art.
2342 6º da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que estabelece que a gestão das ações na área de
2343 assistência social fica organizada sob a forma de sistema descentralizado e participativo, denominado
2344 Sistema Único de Assistência Social (SUAS); considerando o parágrafo único do Art. 2º da Lei nº
2345 8.742, de 1993, que estabelece que para o enfrentamento da pobreza, a assistência social realiza-se
2346 de forma integrada às políticas setoriais, garantindo mínimos sociais e provimento de condições para
2347 atender contingências sociais e promovendo a universalização dos direitos sociais; considerando o
2348 Art. 4º do Decreto nº 9.203, de 22 de novembro de 2017, que institui como diretriz da governança
2349 pública a articulação das instituições para melhorar a integração entre os diferentes níveis e esferas
2350 do setor público; considerando que o objetivo nº 10 dos ODS/ONU propõe a redução das
2351 desigualdades dentro dos países e entre eles, tanto pelo empoderamento e promoção “da inclusão
2352 social, econômica e política de todos, independentemente de idade, sexo, deficiência, raça, etnia,
2353 origem, religião, condição econômica ou outra” (10.2) quanto pela garantia de igualdade de
2354 oportunidades e redução das desigualdades de resultado, inclusive por meio da eliminação de leis,
2355 políticas e práticas discriminatórias e promoção de legislação, políticas e ações adequadas a este
2356 respeito; e considerando que a Resolução CNS nº 585, de 10 de maio de 2018, reafirmou o papel
2357 estratégico da agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável e de promoção de equidade,
2358 contribuindo para que o Brasil tenha papel destacado em virtude de suas ações para o cumprimento
2359 das metas e reforçou que o controle social é o instrumento fundamental para o alcance das metas
2360 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Resolvem. Art. 1º Dispor acerca da aplicação do
2361 parágrafo único do Art. 19 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, com vistas a propor uma
2362 interpretação de acordo com as competências atribuídas ao SUAS e ao SUS. Parágrafo único. O
2363 parágrafo único do Art. 19 da Lei nº 8.742/1993, deverá ser compreendido observando-se que: I – a
2364 atenção integral à saúde, incluída a aquisição, entrega e a dispensação de medicamentos, é
2365 atribuição exclusiva da política de saúde; e II – constitui premissa da política de assistência social
2366 articular-se às demais políticas públicas visando à elevação do patamar mínimo de atendimento às
2367 necessidades básicas e o provimento de condições para atender contingências sociais e a
2368 universalização dos direitos sociais, encaminhando para as políticas setoriais as demandas
2369 pertinentes, respeitando as especificidades de cada política, os objetivos, princípios e diretrizes da
2370 Política de Assistência Social. Art. 2º O Ministério do Desenvolvimento Social e o Ministério da Saúde
2371 poderão promover a divulgação desta Resolução, que tem por objetivo orientar acerca da adequada
2372 compreensão do parágrafo único do Art. 19 da Lei nº 8.742/1993. **Deliberação: a resolução foi**
2373 **aprovada. 6) APRECIÇÃO DE MINUTA DE RESOLUÇÃO.** O texto é o seguinte: “Resolução nº
2374 000, de 8 de novembro de 2018. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua
2375 Trecentésima Décima Primeira Reunião Ordinária, realizada nos dias 7 e 8 de novembro de 2018, e
2376 no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de
2377 setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de
2378 julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988,
2379 da legislação brasileira correlata; e considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que
2380 prevê a criação de comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional
2381 de Saúde (CNS), integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas
2382 da sociedade civil, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja
2383 execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS; de fortalecer a participação e o
2384 controle social no SUS (artigo 10, IX da Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de 2008);
2385 considerando a Resolução CNS nº 572, de 31 de janeiro de 2018, que criou a Câmara Técnica da
2386 Atenção Básica (CTAB) com o objetivo de discutir a efetivação da Política Nacional de Atenção
2387 Básica (PNAB) no Brasil e sua interface com o modelo de atenção à saúde focada na promoção,
2388 prevenção e proteção da saúde, no intuito de propor as alterações necessárias na política, bem como
2389 as estratégias para que o Controle Social desenvolva de forma permanente buscando garantir a
2390 atenção básica como a principal estratégia de inclusão social e de garantia de acesso a assistência à
2391 saúde nas condições e direitos previstos na Constituição Federal de 1988; considerando o previsto no
2392 Art. 2º da Resolução CNS nº 572, de 31 de janeiro de 2018, segundo a qual a CTAB terá, entre

2393 outras atribuições, a função de elaborar modelo de monitoramento das diretrizes apontadas no PNS
2394 para a atenção básica a ser apreciado e encaminhado ao Pleno do CNS, observadas as propostas de
2395 Saúde e as recomendações e resoluções deste conselho, no intuito de subsidiar também as ações
2396 dos Conselhos Estaduais e Municipais; considerando a Resolução CNS nº 579, de 22 de fevereiro de
2397 2018, que criou a Câmara Técnica (CT) da Atenção Básica com o objetivo de discutir a efetivação da
2398 Política Nacional de Atenção Básica no Brasil e sua interface com o modelo de atenção à saúde
2399 focada na promoção, prevenção e proteção da saúde, no intuito de propor as alterações necessárias
2400 na política, bem como as estratégias para que o Controle Social desenvolva de forma permanente
2401 buscando garantir a atenção básica como a principal estratégia de inclusão social e de garantia de
2402 acesso a assistência à saúde nas condições e direitos previstos na Constituição Federal de 1988; e
2403 considerando o que prevê o parágrafo único do Art. 3º da Resolução CNS nº 584, de 10 de maio de
2404 2018, para o preenchimento posterior de duas vagas na Câmara Técnica da Atenção Básica
2405 (CTAB/CNS). Resolve: Art. 1º Aprovar os nomes/coordenações e localidades abaixo listadas, em
2406 ordem alfabética, separados por categorias, para composição da Câmara Técnica da Atenção Básica
2407 do Conselho Nacional de Saúde (CTAB/CNS), constituída por 21 (vinte e um) integrantes, de acordo
2408 com critérios estabelecidos na Chamada nº 004/2018, em 21 maio de 2018, publicada no sítio
2409 eletrônico oficial do CNS. **I - Conselhos Estaduais (3):** a) Aryel Thomaz Fontenelle de Melo – CES
2410 do Acre; b) Reginaldo Alves das Chagas – CESAU do Ceará; e c) Shirley Santana Gonçalves - CES
2411 do Mato Grosso. **II - Conselhos Municipais (4):** a) Aparecida Celina Alves de Oliveira – CMS de
2412 Brumadinho/MG; b) José Orlei Santor – CMS de Cocal do Sul/SC; c) Bruno Abreu Gomes – CMS de
2413 Belo Horizonte/MG; e d) Ana Paula de Lima – CMS de Porto Alegre/RS. **III - Comunidades**
2414 **Acadêmica (4):** a) Tulio Batista - Universidade Federal Fluminense (UFF); b) Elizabethe Cristina
2415 Fagundes de Souza – Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); c) Ana Maria Chiesa –
2416 Universidade de São Paulo (USP); e d) Mariana Lima Nogueira – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).
2417 **IV – Entidades Profissionais (3):** a) Luzianne Feijó Alexandre Paiva Guimarães - Associação
2418 Brasileira de Terapeutas Ocupacionais (ABTRATO); b) Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca -
2419 Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN); e c) Kátia de Cássia Botasso - Sociedade Brasileira
2420 de Fonoaudiologia (SBF). **V – Movimentos Sociais e Populares:** a) Agleildes Arichele Leal de
2421 Queirós - Grito dos excluídos; e b) Stephan Sperling - Grito dos excluídos. Art. 2º Revogar o Art. 2º da
2422 Resolução CNS nº 584, de 10 de maio de 2018.” Aberta a palavra ao Pleno foi sugerida e acatada a
2423 inclusão dos integrantes do GT/CNS de Atenção Básica na CTAB/CNS. **Deliberação: a resolução**
2424 **foi aprovada, por unanimidade, com um acréscimo.** Devido ao avançado da hora, conselheiro
2425 **Geordeci Menezes de Souza** sugeriu remeter para apreciação e deliberação, na próxima reunião do
2426 CNS (no item “Expediente”), três recomendações e uma moção de apoio que seriam apreciadas
2427 nesta reunião. A proposta foi acatada. **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, conselheiro
2428 **Geordeci Menezes de Souza** encerrou a 311ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os
2429 seguintes conselheiros e conselheiras: **Titulares** – **Adolorata Aparecida Bianco Carvalho**, Conselho
2430 Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **Antônio Muniz da Silva**, Organização Nacional de Cegos
2431 do Brasil – ONCB; **Artur Custódio Moreira de Sousa**, Movimento de Reintegração das Pessoas
2432 Atingidas pela Hanseníase – MORHAN; **Carolina Abad**, Federação Brasileira de Instituições
2433 Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama – FEMAMA; **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**,
2434 Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA; **Heliana Neves**
2435 **Hemeterio dos Santos**, Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e
2436 Transexuais – ABGLT; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João Rodrigues Filho**, Confederação
2437 Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; **José Vanilson Torres da Silva**, Movimento Nacional
2438 de População de Rua – MNPR; **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de
2439 Trabalhadores – NCST; **Maria do Carmo Tourinho Ribeiro**, Associação Brasileira de Autismo –
2440 ABRA; **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Wanderley Gomes da Silva**, Confederação
2441 Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Wilson Hiroshi de Oliveira Uehara**, Conselho
2442 Federal de Farmácia – CFF; e **Zaira Tronco Salerno**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN).
2443 **Suplentes** – **Allan Nuno Alves de Sousa**, Ministério da Saúde; **Ana Lúcia da Silva Marçal**
2444 **Paduello**, Associação Brasileira Superando o Lúpus; **Ana Paula Batista Soledade**, Associação
2445 Brasileira de Ostomizados – ABRASO; **Daniela Buosi Rohlfs**, Ministério da Saúde; **Fernando Zasso**
2446 **Pigatto**, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Francisca Valda da**
2447 **Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEN; **Giovanna Sabóia Bastos**, Sociedade
2448 Brasileira de Fonoaudiologia – SBFa; **Ivone Martini de Oliveira**, Conselho Federal de Enfermagem –
2449 COFEN; **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB;
2450 **José Eri Osório de Medeiros**, Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde –
2451 CONASEMS; **Jupiara Gonçalves de Castro**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos
2452 Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil – FASUBRA; **Lenir Santos**,

2453 Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down – FBASD; **Lenise Aparecida Martins**
2454 **Garcia**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Luiz Carlos Medeiros de Paula**,
2455 Federação Nacional de Associações e Entidades de Diabetes – FENAD; **Maria das Graças Silva**
2456 **Gervásio**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Marisa Helena Alves**, Conselho
2457 Federal de Psicologia – CFP; **Shirley Marshal Diaz Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros –
2458 FNE; **Sueli Terezinha Goi Barrios**, Associação Brasileira da Rede Unida – REDE UNIDA; e **Vânia**
2459 **Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da Criança.