



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

Aos sete e oito dias do mês de dezembro de dois mil e dezessete, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde “Omilton Visconde”, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar, Brasília-DF, realizou-se a Tricentésima Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde - CNS. A mesa de abertura foi composta pelo conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS e pela conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, da Mesa Diretora do CNS. Estabelecido o quórum, às 9h10, o Presidente do CNS procedeu à abertura dos trabalhos, cumprimentado os presentes e os internautas que acompanhavam a reunião em tempo real. Em seguida, apresentou os objetivos da reunião: **1)** Apreciar e aprovar os informes e as indicações. **2)** Apreciar e deliberar sobre os pareceres da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho – CIRHRT. **3)** Apreciar e deliberar sobre encaminhamentos das Comissões Intersetoriais e Grupos de Trabalhos. **4)** Apreciar e deliberar sobre as demandas da Comissão Intersetorial de Orçamento e financiamento – COFIN. **5)** Assistir, apreciar e debater sobre o combate das infecções sexualmente transmissíveis e do HIV/AIDS. **6)** Assistir, apreciar e debater sobre a Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde. **7)** Apreciar os itens do Radar. **8)** Realizar debate a respeito da 16ª Conferência Nacional de Saúde. Em seguida, fez a leitura da pauta da reunião. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DA ATA DA 298ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - APROVAÇÃO DA PAUTA DA 300ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS -** *Coordenação:* conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS. Primeiro, o Presidente do CNS colocou em votação a ata da 288ª RO do CNS. **Deliberação: aprovada a ata da 298ª Reunião Ordinária do CNS, por unanimidade, com as observações das conselheiras Francisca Rego e Maria da Conceição Silva. Em seguida, submeteu à votação do Pleno a pauta da 300ª Reunião Ordinária do CNS que foi aprovada pela maioria.** **ITEM 2 – EXPEDIENTE - Justificativas de ausência. Apresentação de Convidados (as) e Coordenadores (as) de Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. Informes. Indicações.** *Coordenação:* conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, da Mesa Diretora do CNS; e **Neide Rodrigues dos Santos**, Secretária-Executiva do CNS. **Justificativas de ausência – Antônio Lacerda Souto; Antônio Muniz da Silva; Artur Custódio Moreira de Sousa; Dylson Ramos Bessa Junior; Lorena Baia de Oliveira Alencar; e Wilen Heil e Silva.** Conselheira **Oriana Bezerra Lima** justificou que não estaria presente no segundo dia de reunião. **Propostas da Mesa Diretora do CNS para as reuniões plenárias do CNS –** O Presidente do CNS iniciou este ponto lembrando que, no final da última reunião plenária do CNS, não foi possível votar minutas por falta de quórum para deliberação. Disse que, diante do ocorrido, a Mesa Diretora do CNS definiu as seguintes propostas: 1) disponibilizar no servidor interno do Conselho o horário de vinda dos conselheiros para as reuniões ordinárias; 2) o setor de passagem não deve e não pode emitir passagem em horário antes do término da reunião; 3) os itens de pauta devem ser organizados de forma mais estratégica, distribuindo melhor o tempo e cumprindo o horário estipulado (na impossibilidade de cumprimento do item de pauta, será encerrado, cumprindo o que estabelece o Regimento Interno do CNS (art. 21, Par. 4º. Caso a discussão não seja concluída no tempo pré-estabelecido, o tema será automaticamente remetido para a próxima, exceto se o Plenário entender que o assunto tratado é de extrema relevância e urgência que não permita seu adiamento, devendo, nesse caso, ser retirado da pauta e remetido para outro momento, destinando tempo necessário para conclusão; 4) adotar nova forma de coletar as assinaturas dos conselheiros para comprovar a presença: no primeiro dia pela manhã e à tarde na entrada do plenário; e no segundo dia pela manhã na entrada do Plenário e à tarde o livro circulará pelo Plenário a partir das 16h para que os conselheiros assinem; 5) as declarações de presença devem ser entregues após às 16h do segundo dia de reunião (depois da assinatura do livro de presença pela segunda vez). Também apresentou o projeto de formulário de prestação de contas em atividades externas, elaborado pela Secretaria Executiva do CNS (o preenchimento deste formulário está vinculado à participação em uma próxima atividade externa). Por fim, informou que fora disponibilizado no servidor do Conselho, para conhecimento, planilha com

55 horário de retorno de conselheiros na 299ª Reunião Ordinária do CNS e lista com os nomes dos
56 conselheiros ausentes no período da tarde do dia 10 de novembro de 2017 (16h26, horário que foi feita
57 a contagem de quórum). Concluída a apresentação, foi aberta a palavra aos conselheiros para
58 manifestação. Conselheira **Lenir Santos** interveio para dizer que a divulgação do horário de vinda dos
59 conselheiros para as reuniões ordinárias é uma iniciativa desnecessária, entendendo que os
60 conselheiros e as conselheiras sabem da sua responsabilidade. Conselheiro **Moyses Longuinho**
61 **Toniolo de Souza** explicou que o Fórum de Usuários debateu o tema e concordou com as propostas
62 da Mesa Diretora do CNS, entendendo que é preciso definir estratégias para otimizar os trabalhos do
63 Conselho. Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** avaliou que a divulgação de informações e uma
64 possível cobrança podem contribuir para aumentar a tensão entre os conselheiros. Como proposta
65 alternativa, sugeriu disponibilizar às entidades que compõem o Conselho as informações sobre a
66 participação dos seus representantes nas reuniões para as devidas providências. Conselheiro
67 **Wanderley Gomes** concordou com o encaminhamento da Mesa Diretora entendendo que garantirá o
68 quórum necessário até o fim da reunião e, além disso, servirá de medida educativa, ampliando a
69 responsabilidade dos conselheiros com o Conselho. Conselheiro **Nelson Mussolini** ponderou que a
70 realização das reuniões às quintas e sextas-feiras pode contribuir para a saída dos conselheiros antes
71 do término da reunião. A propósito, lembrou que a falta de quórum no final da sessão não ocorria
72 quando as reuniões ocorriam às quartas e quintas-feiras. Nessa linha, sugeriu que o Plenário avaliasse
73 a possibilidade de retornar as reuniões para quarta e quinta feira. Conselheiro **Geordeci Menezes de**
74 **Souza** esclareceu que a proposta da Mesa Diretora estava em consonâncias com as falas dos
75 conselheiros no final da 299ª RO, quando a reunião foi suspensa por falta de quórum. Na lógica da
76 transparência, foi divulgado o horário das passagens dos conselheiros e lembrou que, durante o debate
77 da 299ª RO, foi utilizado o argumento de que as passagens tinham sido emitidas antes do término da
78 reunião. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** também registrou que o FENTAS debateu o tema e
79 apoiou a proposta da Mesa Diretora. Por outro lado, concordou com a proposta do Conselheiro Haroldo
80 de Carvalho Pontes de divulgar as informações sobre a participação dos conselheiros às suas
81 respectivas entidades. **Retorno da mesa.** O Presidente do CNS pontuou que o Plenário deveria definir
82 sobre a divulgação ou não dos horários dos voos dos conselheiros e os dias de realização das reuniões
83 plenárias do CNS, entendendo que houve consenso sobre a proposta de divulgar às entidades que
84 compõem o Conselho as informações sobre a participação dos seus representantes nas reuniões para
85 as devidas providências. Após consultar os conselheiros que levantaram preocupações com a
86 proposta, o Presidente do CNS identificou que não havia posições contrárias às propostas da Mesa
87 Diretora. **Deliberação: acatadas as propostas da Mesa Diretora do CNS (o Pleno colocou**
88 **preocupações, mas não houve posições contrárias).** Definido esse ponto, a mesa procedeu à
89 definição do calendário de reuniões ordinárias do CNS em 2018. **Calendário de Reuniões Ordinárias**
90 **do CNS em 2018 –** O Presidente do CNS apresentou explicou que o Plenário precisaria definir se as
91 reuniões permaneceriam às quintas e sextas ou voltariam a ser realizadas às quartas e quintas. Aberta
92 a fala, não houve consenso sobre os dias de realização das reuniões, com argumentos favoráveis às
93 duas propostas (quintas e sextas ou quarta e quinta). Sendo assim, a mesa submeteu as duas
94 propostas à votação. **Deliberação: em votação, o Pleno decidiu, por maioria (dezesesseis votos**
95 **favoráveis e doze contrários), que as reuniões ordinárias do CNS em 2018 serão realizadas às**
96 **quartas e quintas-feiras da segunda semana de cada mês, salvo exceções. Sendo assim, o**
97 **calendário 2018 é o seguinte: 301ª RO - 30 e 31 de janeiro (terça e quarta por conta da liberação**
98 **do orçamento); 302ª RO - 21 e 22 de fevereiro (na quarta semana por conta do feriado de**
99 **carneval dia 13 de fevereiro); 303ª RO - 14 e 15 de março; 304ª RO - 11 e 12 de abril; 305ª RO - 9 e**
100 **10 de maio; 306ª RO - 6 e 7 de junho; 307ª RO - 11 e 12 de julho; 308ª RO - 8 e 9 de agosto; 309ª**
101 **RO - 12 e 13 de setembro; 310ª RO - 10 e 11 de outubro; 311ª RO: 7 e 8 de novembro; e 312ª RO -**
102 **12 e 13 de dezembro. Informes - 1)** Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** informou o Pleno sobre
103 o Seminário internacional da Rede do Fórum de Autoridades Locais de Periferia – FALP, realizado nos
104 dias 23, 24 e 25 de novembro, em Porto Alegre e São Leopoldo, com debate do tema “Alternativas
105 Sustentáveis e Solidárias para um mundo em crise”. Além disso, falou do convite para participar da
106 organização do VII Fórum Social Mundial da Saúde e da Seguridade Social, a realizar-se de 10 a 12 de
107 março de 2018, imediatamente antes do XI Fórum Social Mundial, na Cidade de Salvador da Bahia –
108 Brasil, feito por **Armando De Negri Filho**, do Comitê Executivo do FSMSSS. **2)** Conselheiro **Moyses**
109 **Toniolo** informou que representara o CNS, junto com o conselheiro **Wanderley Gomes**, na atividade
110 “Cenário para a sustentabilidade do SUS”, realizada dia 4 de dezembro de 2017, na Organização Pan-
111 Americana da Saúde – OPAS/OMS. A sugestão é ampliar a iniciativa para o conjunto do controle social
112 do SUS. **3)** Conselheiro **Moyses Toniolo** fez os seguintes informes da Articulação Nacional de AIDS –
113 ANAIDS: **a)** Nota da ANAIDS sobre o adiamento da Conferência Nacional de Vigilância em Saúde – no
114 documento, a Articulação repudia o adiamento da Conferência; e **b)** Documento da Rede Nacional de
115 Pessoas Vivendo com HIV/AIDS sobre o dia mundial de luta contra a AIDS de 2017 (documento
116 enviado ao CNS e disponibilizado no servidor e também entregue ao Presidente do CNS). **3)**

117 Conselheiro **José Eri de Medeiros** apresentou dois informes: posicionamento do CONASEMS no CNS
118 e participação da entidade na Mesa Diretora do Conselho. **a)** Posicionamento do CONASEMS no CNS.
119 Primeiro, fez a leitura da seguinte Nota com posicionamento do CONASEMS: “Para nós do Conselho
120 Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) defender a democracia e a participação da
121 comunidade na saúde sempre foi uma bandeira, e desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde a forte
122 participação e mobilização dos gestores municipais em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS),
123 somado aos movimentos sociais, clamam pela plena garantia do direito à saúde universal, igualitário e
124 integral. Com a aprovação da Constituição Federal e a criação do SUS em 1988 são inegáveis os
125 avanços promovidos por esta que é a maior política de inclusão social do país, e que garante a todos
126 os cidadãos e cidadãs a saúde como direito de todos e dever do estado. Desde então, o esforço de
127 todos os envolvidos na luta pela democratização do país garantiu que a participação da comunidade na
128 saúde fosse inscrita nos principais dispositivos legais, a começar pela própria Lei Maior, bem como na
129 Lei Orgânica da Saúde, nº 1.842 de dezembro de 1990- onde o CONASEMS tem garantido assento no
130 Conselho Nacional de Saúde (CNS) como membro nato representando os 5.570 municípios brasileiros.
131 No período anterior a 1990, o CNS era um órgão consultivo do Ministério da Saúde, cujos membros
132 eram indicados pelo Ministro de Estado. A Lei n.º 378, de 13 de janeiro de 1937, instituiu o CNS e
133 reformulou o Ministério da Educação e Saúde Pública, e debatia apenas questões internas. Nos dias 9
134 a 12 de dezembro de 1990, aconteceu o VII Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde, em
135 Fortaleza/CE. Conscientes da importância dos órgãos de representação da sociedade nas decisões de
136 questões referentes à Saúde no País, sua diretoria centrou o discurso na abertura oficial do evento
137 considerando urgente a instalação do CNS, pois o processo democrático de decisão estava sendo
138 impedido pela falta de espaço para participação da comunidade, ou seja, Conselhos de Saúde com
139 caráter deliberativo e Conferências. Sendo assim, em 28 de dezembro de 1990 foi sancionada pela
140 Presidência da República a segunda Lei Orgânica da Saúde nº 8.142, e nos dias 25 e 26 de abril de
141 1991 ocorreu a posse oficial dos novos conselheiros do CNS, em caráter permanente e deliberativo.
142 Assim, fica evidenciado que a história do CONASEMS confunde-se com a história do SUS, uma vez
143 que esta entidade defende a democracia, o SUS e a participação da comunidade, tal qual inscrita nos
144 dispositivos legais. Neste mais de um quarto de século de existência sempre foi, e cada vez mais se
145 acentua, a gestão municipal como a principal responsável pela efetivação do atendimento às demandas
146 de saúde da população, como também o grande empregador do SUS. São nos municípios que
147 acontecem as grandes vitórias e onde se enfrentam os maiores desafios e superações das fragilidades,
148 a exemplo do subfinanciamento. Apesar do evidente esforço dos gestores municipais de saúde, e do
149 CONASEMS, é com tristeza que temos recebido informações e constatado reiterados ataques à gestão
150 municipal principalmente por parte do presidente do CNS, Ronald Ferreira dos Santos, nos mais
151 variados espaços, fóruns e eventos pelo país afora. Além disso, o mesmo tem apresentado
152 posicionamentos em defesa de pautas que não tiveram deliberação do conjunto das entidades do Pleno
153 como se do CNS fossem, a exemplo da ação realizada no Congresso Nacional em apoio à aprovação
154 da PEC nº22, cujos impactos financeiros evidentes recaem sobre os municípios, ferindo frontalmente o
155 Pacto Federativo. O acirramento de posições nas reuniões do CNS tem inibido a apresentação de
156 opiniões e posicionamentos, uma vez que, quando discordantes, levam a reações agressivas e
157 desrespeitosas que dificultam o diálogo. Com frequência são desconsiderados os entraves burocrático-
158 administrativos vivenciados rotineiramente pelos gestores municipais e interpretados de imediato como
159 descaso para com o atendimento às demandas da população. Não consideramos justa essa conduta
160 que generaliza problemas pontuais e desqualifica o esforço e a dedicação da grande maioria dos
161 gestores municipais em superar as dificuldades postas. Ainda vivenciamos repetidamente
162 posicionamentos que não condizem com o caráter não corporativo e suprapartidário que deveria
163 nortear um colegiado de pluralidade ideológica como o CNS. Em face do exposto, recebemos inúmeras
164 manifestações contundentes de secretários municipais de saúde e entidades de representação
165 cobrando um posicionamento do CONASEMS, sugerindo o afastamento da nossa entidade do CNS.
166 Assim sendo, em reunião realizada em 29/11/2017, a Diretoria do CONASEMS deliberou: manifestar ao
167 Pleno do CNS nosso descontentamento por meio desta Nota, destacando posicionamentos
168 corporativos e partidários assumidos pelo presidente Ronald; exigir uma mudança de postura do
169 Presidente e daqueles que representam o CNS nas mais variadas discussões, reconhecendo a
170 importância dos esforços da gestão municipal para a sustentação do SUS; ressaltar que, conforme o
171 regimento interno do CNS, a Presidência deste conselho somente pode manifestar o posicionamento
172 sobre temas que tenham sido debatidos e aprovados pelo Pleno; e reafirmar o compromisso dessa
173 entidade com o controle social e declarar que não abriremos mão de nossa participação no CNS e de
174 expor nossas posições reforçando a necessidade do debate respeitoso para a construção da nossa
175 política pública de saúde. Por fim, reiterar de forma incisiva o compromisso do CONASEMS com o
176 Sistema Único de Saúde e seus princípios de UNIVERSALIDADE, INTEGRALIDADE E CONTROLE
177 SOCIAL. Brasília, 07 de dezembro de 2017.” Além desse informe, apresentou a proposta do
178 CONASEMS de substituir a representação da entidade na Mesa Diretora do CNS pela Confederação

179 Nacional da Indústria - CNI, entendendo a importância de rodízio na representação do segmento dos
180 gestores/prestadores de serviço na Mesa. Sendo assim, a CNI assumiria a partir de janeiro de 2018.
181 **Considerando que os informes não comportam debate e deliberação, foi definido que os dois**
182 **temas seriam tratados no período da tarde, para discussão e definição.** Conselheiro **Haroldo de**
183 **Carvalho Pontes**, tendo em vista que não estaria presente no momento do debate, reafirmou o acordo
184 de substituir a representação do CONASEMS na Mesa Diretora do CNS pela CNI a partir de janeiro de
185 2018. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** aproveitou para reiterar que, nos termos do
186 Regimento Interno do CNS, os informes deveriam ser inscritos na Secretaria-Executiva até trinta
187 minutos antes do horário previsto para o início da reunião. **4)** Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**
188 informou o Pleno sobre o Pró-Residência/MS-Programa de Residência Médica/MS. Destacou o Ofício-
189 Circular nº 14 SEI/CGEAP/DEPREPS/SGTES/MS, de 24 de novembro de 2017, que apresenta
190 justificativa a respeito da concessão de bolsas de Residências Médica e em Área Profissional da Saúde
191 em 2018 dos Hospitais Universitários Federais, pelos editais do Ministério da Saúde. O documento
192 esclarece que: 1. O Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de
193 Saúde, por intermédio de seu Diretor, Denilson Campello dos Santos, vem à presença de Vossa
194 Senhoria informar o que se segue: 2. A Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.001/2009 que cria o Pró-
195 Residência prevê em seu artigo 4º que “as despesas decorrentes deste programa ocorrerão à conta
196 dos recursos orçamentários alocados nos orçamentos MEC/SESu e MS/SGETS”. Sendo assim, diante
197 da responsabilidade de ambos para com o financiamento das bolsas e respeitando o escopo de
198 atuação que compete a cada órgão, foi acordado que as bolsas destinadas aos Hospitais Universitários
199 Federais são financiadas pelo MEC, enquanto as demais (oriundas de vagas em programas de
200 Residência implantados por entes públicos municipais, estaduais e do Distrito Federal e por instituições
201 privadas sem fins lucrativos) são financiadas pelo MS. 3. Em reunião realizada entre Ministério da
202 Educação – MEC e Ministério da Saúde - MS, foi solicitado pelo MEC que os editais do MS para
203 concessão de bolsas a novos programas de Residências Médica e de Residências em Área
204 Profissional da Saúde a serem ofertadas em 2018 também contemplassem os Hospitais Universitários
205 Federais. 4. Diante da exiguidade de dotação orçamentária alegada pelo MEC e com vistas a não
206 prejudicar a política de expansão de novas vagas de Residência Médica em especialidades médicas e
207 em áreas prioritárias para o SUS, conforme prevê a Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013, que institui o
208 Programa Mais Médicos, e de estímulo às Residências em Área Profissional da Saúde, este Ministério
209 informa que em 2018, em caráter excepcional, conseguiu dentro da sua dotação orçamentária,
210 remanejar orçamento para contemplar algumas bolsas decorrentes de novos programas pertencentes a
211 Hospitais Universitários Federais. 5. Por fim, ressaltamos que este ministério se mantém comprometido
212 em aprimorar e ampliar o processo de concessão de bolsas de Residências em Saúde. Acrescentou
213 que os critérios privilegiam instituições públicas municipais, estaduais e federais. Das cerca de 150
214 vagas a serem financiadas, 75% serão destinadas para Região Norte, Nordeste e Centro-Oeste e 25%
215 para outras regiões. Acrescentou que essa iniciativa é parte do esforço do MS para manter a expansão
216 da formação de profissionais para atender as demandas do SUS. **5)** Conselheira **Maria da Conceição**
217 **Silva** informou o Pleno sobre a sua participação no VII Encontro Lai Lai Apejo – Saúde da População
218 Negra e Aids: Cenários para consolidação da Prevenção Combinada para promoção da Vida Longa,
219 com Saúde e sem racismo, realizado de 10 a 12 de novembro, em Curitiba. Segundo seu relato, o
220 encontro foi bastante positivo, com forte presença da juventude. Destacou o debate sobre saúde, com
221 enfoque na questão racial, além da discussão sobre a Portaria do MS nº. 24. Fez referência ainda aos
222 trabalhos apresentados sobre a dificuldade no atendimento das mulheres que vivem com HIV e em
223 situação prisional. Na oportunidade, também foi eleita a nova direção da Lai Lai Apejo. **6)** Conselheira
224 **Nelcy Ferreira da Silva** fez um informe sobre “Nota oficial do Fórum Permanente – O ensino superior
225 na visão dos conselhos federais de profissões regulamentadas”, aprovada em reunião realizada no dia
226 17 de novembro de 2017. No documento, o Fórum: considerando a defesa dos interesses públicos a
227 serem protegidos e a defesa do princípio da qualidade da educação inserido na Constituição da
228 República; considerando a decadência no cenário da educação superior nacional e as mudanças nos
229 instrumentos de avaliação dos cursos superiores que vem fragilizando a qualidade da educação
230 superior, e considerando a atitude dos Conselhos das Profissões Regulamentadas de se unirem pela
231 preocupação comum a todos sobre a qualidade da formação profissional, passamos a expor as
232 seguintes deliberações do encontro: 1. Requerer ao Ministério da Educação o envio das senhas de
233 acesso ao Sistema e-MEC para todos os Conselhos Federais de Profissões Regulamentadas opinarem
234 no processo de autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento dos cursos superiores. 2.
235 Requerer ao Ministério da Educação e ao Ministério Público Federal transparência de todas as
236 informações presentes no sistema e-MEC de forma aberta a toda a população com a íntegra dos
237 processos. 3. Estabelecer estratégias entre todos os Conselhos Profissionais a fim de coibir a
238 proliferação indiscriminada de cursos superiores à distância. 4. Solicitar ao Ministério da Educação o
239 cruzamento de todos os dados em cadastros oficiais do governo para averiguar possíveis indícios de
240 irregularidades nas informações prestadas pelas IES sobre o regime de contratação dos docentes. 5.

241 Requerer a manutenção do prazo de 60 (sessenta) dias para manifestação dos Conselhos
242 Profissionais, presente no § 2º, §3º e §4º do Art. 28º e §1º do art. 29 do Decreto Presidencial nº 5.773
243 de 2006. 6. Incentivar no âmbito dos Conselhos de Profissões Regulamentadas a realização de uma
244 campanha nacional de valorização da educação superior presencial e valorização profissional. 7.
245 Estabelecer um marco comum para troca de informações entre os Conselhos Federais de Profissões
246 Regulamentadas sobre possíveis irregularidades da educação superior e encaminhar ao Ministério
247 Público, Tribunal de Contas da União, ao Ministério Público do Trabalho e ao Ministério da Educação
248 para conhecimento e adoção de medidas cabíveis. 8. Solicitar ao Ministério da Educação o quantitativo
249 de vagas nos cursos superiores e os critérios adotados para autorização em razão do alto índice de
250 vagas ociosas no cenário educacional superior. 9. Tornar público a contrariedade dos Conselhos
251 Federais de Profissões Regulamentadas referente à autorização concedida pelo MEC para criação de
252 cursos superiores de Tecnologia em caráter experimental sem a manifestação prévia dos Conselhos
253 Profissionais. 10. Requerer ao Ministério da Educação a disponibilização da íntegra dos instrumentos
254 de avaliação dos cursos superiores, conforme divulgação do D.O.U. no dia 1º de novembro de 2017,
255 seção 1, pág. 14. 11. Enviar ofício ao Ministério da Educação com a sugestão de mudança dos
256 instrumentos de avaliação dos cursos superiores a fim de tornar obrigatória a participação de um
257 representante dos Conselhos Profissionais nas comissões de avaliadores de Instituições de Ensino
258 Superior e cursos presenciais e à distância. 12. Reivindicar ao Ministro da Educação e ao Conselho
259 Nacional de Educação a criação de um assento rotativo permanente destinado a representantes dos
260 Conselhos Profissionais a fim de opinar e acompanhar as matérias afetas a cada profissão
261 regulamentada. 13. Coibir a abertura de cursos superiores em municípios sem condições mínimas de
262 fornecer formação de qualidade e que também não atendam aos requisitos da necessidade social local.

263 **7) Conselheiro Giovanni Kley Silva Trindade** informou que o Conselho Estadual de Saúde do Acre
264 formou comissão para dialogar e tentar impedir a contratação de Organizações Sociais no Estado e a
265 terceirização da administração da saúde. **8) Conselheira Ana Lúcia** informou o Pleno sobre a audiência
266 pública, realizada dia 23 de novembro de 2017, pelas comissões de Ciência e Tecnologia,
267 Comunicação e Informática e de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, para discutir
268 a regulamentação da intercambialidade entre medicamento biológico e o equivalente (o biossimilar). **9)**
269 Conselheira **Carmen Lucia Luiz** informou o Pleno sobre a campanha mundial “16 dias de Ativismo de
270 Ativismo pelo Fim da Violência contra as Mulheres” que busca conscientizar a população sobre os
271 diferentes tipos de agressão contra as meninas e mulheres em todo o mundo. No Brasil, a campanha
272 terá início em 20 de novembro de 2017, Dia Nacional da Consciência Negra, e se estenderá até o dia
273 10 de dezembro, passando pelo 6 de dezembro, Dia Nacional de Mobilização dos Homens pelo Fim da
274 Violência contra as Mulheres. **10) Conselheiro Sérgio Diego França** informou o Pleno sobre a
275 inauguração da web rádio da Organização Nacional de Cegos do Brasil – ONCB, nos dias 23 e 24 de
276 novembro de 2017, e colocou esse novo canal à disposição para divulgar as ações do CNS. Por fim,
277 conselheira **Heliana Neves Hemeterio dos Santos** reforçou a solicitação de pauta para tratar dos
278 seguintes pontos: feminicídio, transfobia e enfrentamento à violência contra as mulheres. **INDICAÇÕES**

279 – **1)** Indicação de representante para compor do Conselho Consultivo da Empresa Brasileira de
280 Serviços Hospitalares – EBSEH. O Conselho Consultivo tem por finalidades: consulta, controle social
281 e apoio à Diretoria Executiva e ao Conselho de Administração. *Composição* - Aguardando Nomeação:
282 representação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Aguardando Nomeação: representação
283 da Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior – Andifes.
284 Aguardando nomeação: representação do Ministério da Educação. Aguardando nomeação:
285 representação do Ministério da Saúde. Aguardando nomeação: representação da Associação Nacional
286 dos Médicos Residentes – ANMR. Vago: Conselho Nacional de Saúde – CNS. Vago: representante dos
287 trabalhadores dos HUFs filiais da Ebserh. *Competências do Conselho Consultivo*: opinar sobre as
288 linhas gerais das políticas, diretrizes e estratégias da EBSEH, orientando o Conselho de
289 Administração e a Diretoria Executiva no cumprimento de suas atribuições; propor linhas de ação,
290 programas, estudos, projetos, formas de atuação ou outras medidas, orientando para que a
291 Ebserh atinja os objetivos para a qual foi criada; acompanhar e avaliar periodicamente o desempenho
292 da Ebserh; e assistir à Diretoria e ao Conselho de Administração em suas funções, sobretudo na
293 formulação, implementação e avaliação das estratégias de ação da Ebserh. *Posição do CNS*. Na 238ª
294 Reunião Ordinária do CNS, realizada nos dias 9 e 10 de outubro de 2012, o Plenário decidiu não
295 compor o Conselho Consultivo da EBSEH, e deliberou por encaminhar uma solicitação de exclusão
296 de representante do CNS no referido conselho, em virtude de divergências quanto às finalidades da
297 Ebserh, bem como à ausência de consulta prévia ao CNS quanto à sua participação, constante no
298 Estatuto Social da empresa (Decreto n.º 7.661/2011). Além disso, o CNS expressou seu entendimento
299 colegiado acerca da Ebserh em três atos normativos: **1)** Moção de Repúdio nº 013, de 13 de setembro
300 de 2012, à Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, que instituiu a EBSEH, e a Portaria MEC/GM
301 nº 442, de 25 de abril de 2012; qualquer forma de discriminação do MEC às universidades públicas
302 federais que decidirem não contratar a EBSEH para gestão de seus Hospitais Universitários; qualquer

303 iniciativa do Governo Federal de não abertura de concursos públicos por Regime Jurídico Único – RJU
304 nas universidades públicas federais para o pleno funcionamento dos HUs, bem como o não repasse de
305 recursos orçamentários como forma de retaliação, imposição e coação pela decisão de não contratar a
306 EBSEH para gestão de seus Hospitais Universitários.”; **2)** Recomendação CNS nº 25, de 10 de
307 outubro de 2012, que recomendou: **a)** Ao Poder Executivo e ao Congresso Nacional que revogue a Lei
308 12.550/2011 que cria a EBSEH; **b)** Ao Ministério da Educação e ao Ministério da Saúde a firmarem
309 contratos de gestão diretamente com as Universidades, visando dotar os Hospitais Universitários de
310 Autonomia Administrativa e Financeira com recursos financeiros adequados ao seu funcionamento e
311 imediata recomposição de seu quadro funcional através de Concursos Públicos pelo Regime Jurídico
312 Único; e **c)** Resolução nº 458, de 10 de outubro de 2012, que resolve: I - Reafirmar seu posicionamento
313 contra a EBSEH; II- Deliberar que o Ministério da Saúde garanta o financiamento e a força de trabalho
314 necessários ao pelo funcionamento dos Hospitais Universitários Federais. A solicitação é indicação de
315 um representante do CNS. **Encaminhamento: o tema foi remetido para o segundo dia de reunião,**
316 **mas não houve indicação. 2) Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Indicação de**
317 **um representante do Segmento dos Profissionais de Saúde em substituição à conselheira**
318 **Analice Dantas Santos.** Este ponto foi definido no item da CONEP. **3) Formação e Mobilização para o**
319 **Controle Social no SUS - semana da saúde.** A estratégia de mobilização aprovada na 298ª Reunião
320 Ordinária do CNS consiste em dar continuidade aos encaminhamentos para a construção da “Semana
321 da Saúde”, de 2 a 8 de abril de 2018 e reafirma a defesa do Sistema Único de Saúde, em seus
322 princípios de integralidade, universalidade e equidade. A Semana da Saúde terá o formato de
323 campanha em defesa do SUS, com envolvimento de todos setores de saúde mobilizados e
324 responsáveis pela organização de atividades nos municípios, estados e em esfera nacional. Atividades:
325 2 de abril. Mobilizadores: profissionais de saúde. Ações: atividades em locais de trabalho dialogando
326 com a sociedade sobre o trabalho em saúde e os serviços de saúde. 3 de abril. Mobilizadores:
327 Conselhos de Saúde na Praça - CESSs e CMSs. Ações: levar o conselho de saúde para espaços
328 públicos com tribunas populares de discussão sobre a saúde. 4 de abril. Mobilizadores: parlamentares
329 da Saúde. Ações: realização de audiências públicas/pronunciamentos etc. 4 de abril. Mobilizadores: 4ª
330 Marcha Nacional em Defesa do SUS. Ações: realização de Ato Nacional e acompanhamento da
331 entrega do abaixo assinado no STF. 4 de abril. Mobilizadores: CNS e dirigentes de entidades nacionais.
332 Ações: entrega de 3.000.000 de assinaturas no Supremo Tribunal Federal contra a EC 95. 5 de abril.
333 Mobilizadores: academia. Ações: atividades nas universidades/incluir no calendário acadêmico aulas
334 públicas, seminários etc. 6 de abril. Mobilizadores: Saúde e Cultura. Ações: Shows, saraus, etc. 6 de
335 abril. Mobilizadores: comunicadores da Saúde. Ações de fortalecimento da comunicação em saúde
336 como atualização de sites dos Conselhos de Saúde, entre outras. 7 e 8 de abril. Mobilizadores:
337 religiões. Ações: realizar atividades durante missas, cultos etc. 7 e 8 de abril. Mobilizadores: esportes.
338 Ações: realizar atividades em eventos esportivos, parques, etc. *Indicação de conselheiros (as) para*
339 *organização das atividades* (as indicações foram feitas no item 4). **ITEM 3 – COMISSÃO**
340 **INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS E RELAÇÕES DE TRABALHO – CIRHRT -**
341 *Coordenação:* conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, da Mesa Diretora do CNS e
342 coordenadora adjunta da CIRHRT/CNS; e conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**, da Mesa
343 Diretora do CNS. *Apresentação:* conselheiro **Douglas Vinícius Reis Pereira**, coordenador adjunto da
344 CIRHRT/CNS. O coordenador adjunto da Comissão iniciou este ponto de pauta com apresentação dos
345 pareceres elaborados pela CIRHRT. Explicou que foram 57 processos analisados, com o seguinte
346 resultado: 8 pareceres satisfatórios; 18 pareceres insatisfatórios; e 31 pareceres satisfatórios com
347 recomendações. Para melhor entendimento, apresentou dados gerais dos processos analisados: 50%
348 em instituições privadas com fins lucrativos; maioria em faculdades; destaques para Minas Gerais e
349 São Paulo; 40% dos processos das Regiões Sudeste e Nordeste; maioria curso de enfermagem e
350 autorização; maior parte com conceitos 3 e 4; maioria não possui comitê de ética; concentração em
351 municípios com IDH alto e muitos alto. Seguindo, apresentou as recomendações e as justificativas dos
352 pareceres. *Recomendações:* disponibilizar Termo de Convênio/Cooperação Técnica ou outros
353 instrumentos que comprovem parceria com os gestores do SUS para utilização da rede de serviços e
354 outros equipamentos sociais da região - 19.35%; anexar o Projeto Pedagógico de Curso (PPC) ao
355 processo e-MEC - 12.90%; anexar o Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI) ao processo e-MEC
356 - 3.23%; apresentar estratégias de inserção dos estudantes, desde o início do curso, junto à
357 comunidade e na rede de serviços instalada, evidenciando a integração ensino-serviço-gestão-
358 comunidade - 70.97%; explicitar a forma como os estudantes do período noturno são/serão inseridos
359 nos estágios e a viabilidade do uso da rede de serviços neste turno - 45.16%; demonstrar no PPC como
360 se desenvolvem/desenvolverão as atividades que promovem conhecimentos, saberes e práticas da
361 realidade local - 35.48 %; demonstrar no PPC as estratégias utilizadas para o desenvolvimento de
362 responsabilidades entre a instituição de ensino, os estudantes, os profissionais de saúde e a
363 comunidade local - 45.16%; o curso apresenta um quantitativo de vagas excessivo em relação à
364 capacidade instalada para a prática. Assim, recomenda-se à IES redução no número de vagas

365 ofertadas nos próximos ciclos avaliativos - 3.23%; adequar a proposta levando em conta a atual
366 disponibilidade e distribuição de profissionais da área na região - 3.23%; ofertar/ampliar cursos de
367 especializações e residências em saúde de acordo com as necessidades locais, articulando e
368 integrando, desta forma, a graduação à formação profissional em serviço - 22.58%; apresentar/ampliar
369 estratégias de educação permanente e continuada dos docentes e profissionais dos serviços de saúde
370 que recebem os estudantes nos cenários de práticas - 32.26%; implementar/ampliar estratégias e
371 metodologias pedagógicas que promovam a educação interprofissional, a interdisciplinaridade, o
372 trabalho em equipe e as práticas colaborativas - 22.58%; criar/aperfeiçoar o Núcleo Docente
373 Estruturante (NDE), incluindo a participação dos estudantes nas discussões - 38.71%; incluir a
374 participação de estudantes no Núcleo Docente Estruturante (NDE) - 58.06%; criar/ampliar
375 canais/mecanismos de participação da sociedade - 22.58%; criar/ampliar canais/mecanismos de
376 diálogo da instituição de ensino com os movimentos sociais - 32.26%; criar/ampliar estratégias que
377 favoreçam o diálogo entre docentes, estudantes e controle social do SUS, em especial, com os
378 Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde - 58.06%; esclarecer se a instituição de ensino tem um
379 Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) implantado e com o devido registro na Comissão Nacional de Ética
380 em Pesquisa (CONEP) - 12.90%; demonstrar na organização curricular práticas de aprendizagem
381 orientadas pela aceitação ativa das diversidades sociais e humanas - 9.68%; evidenciar no PPC e PDI
382 abordagens às dimensões de gênero, étnico-racial, orientação sexual, geracional, ética,
383 socioeconômica, cultural, ambiental e inclusão da pessoa com deficiência - 12.90%; comprovar o
384 atendimento à legislação vigente no que se refere à educação ambiental - 9.68%; comprovar o
385 atendimento à legislação vigente no que se refere à educação das relações étnico-raciais - 9.68%;
386 comprovar o atendimento à legislação vigente no que se refere à educação em direitos humanos -
387 6.45%; comprovar o atendimento à legislação vigente no que se refere à Língua Brasileira de Sinais
388 (LIBRAS) - 6.45%; comprovar o atendimento à legislação vigente no que se refere aos direitos da
389 pessoa com transtorno do espectro autista - 12.90%; e comprovar o atendimento à legislação vigente
390 no que se refere à acessibilidade - 6.45%. *Justificativas:* Não há menção a Termos de
391 Convênio/Cooperação Técnica entre a IES e a gestão do SUS, que comprovem a utilização da rede de
392 serviços e de outros equipamentos sociais existentes na região - 61.11%; Não há indicadores claros
393 sobre a articulação da instituição de ensino com a gestão local do SUS no que se refere ao
394 envolvimento desta na construção do PPC do curso - 77.78%; Não há descrição do modo de inserção
395 dos estudantes, desde o início do curso, junto à comunidade e na rede de serviços instalada, de forma
396 a evidenciar a integração ensino-serviço-gestão-comunidade - 100%; Não há menção sobre a
397 capacidade de atendimento e disposição dos estudantes, física e numericamente, nos cenários de
398 prática - 100%; Trata-se de curso isolado na área de saúde na instituição de ensino, o que limita as
399 oportunidades de formação interprofissional e o desenvolvimento de práticas colaborativas e
400 interdisciplinares - 22.22%; Não há demonstração clara de compromisso do curso com a produção de
401 conhecimentos direcionados para as necessidades da população e para o desenvolvimento tecnológico
402 da região - 66.67 %; Não há demonstração clara de compromissos com a oferta de especializações e
403 residências em saúde, de acordo com as necessidades do SUS, articulando e integrando a graduação
404 à formação em serviço - 77.78 %; Não há demonstração clara de compromissos com a educação
405 permanente e continuada dos docentes e profissionais dos serviços de saúde que recebem os
406 estudantes nos cenários de práticas - 83.33%; Não há proposta de contrapartida da IES, enquanto
407 instituição privada, para a utilização de equipamentos públicos como campo de ensino em serviço -
408 66.67%; a proposta não apresenta relevância social e não contribui para a superação dos
409 desequilíbrios entre a distribuição de vagas no país, considerando-se a oferta já existente para o curso
410 na região - 77.78%; Não há referência à constituição de Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) nos
411 documentos anexados ao sistema e-MEC pela instituição de ensino - 44.44%; Observaram-se alguns
412 dados divergentes nos documentos anexados pela IES no sistema e-MEC, fragilizando a confiabilidade
413 das demais informações disponibilizadas no processo em questão - 22.22%. Na sequência, apresentou
414 os pareceres elaborados pela CIRHRT. **Pareceres satisfatórios: 1)** Processo e-MEC nº. 201604265.
415 Universidade Federal de Juiz de Fora. Minas Gerais. Juiz de Fora. Odontologia. Reconhecimento.
416 Satisfatório. **2)** Processo e-MEC nº. 201610009. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
417 Minas Gerais. Uberlândia. Medicina. Reconhecimento. Satisfatório. **3)** Processo e-MEC nº. 201610279.
418 Faculdade Santa Maria. Paraíba. Cajazeiras. Medicina. Reconhecimento. Satisfatório. **4)** Processo e-
419 MEC nº. 201503745. Universidade Federal de Alagoas. Alagoas. Maceió. Enfermagem. Renovação de
420 reconhecimento. Satisfatório. **5)** Processo e-MEC nº. 201503840. Faculdade Adventista da Bahia.
421 Bahia. Cachoeira. Enfermagem. Renovação de reconhecimento. Satisfatório. **6)** Processo e-MEC nº.
422 201504183. Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina. Florianópolis. Odontologia.
423 Renovação de reconhecimento. Satisfatório. **7)** Processo e-MEC nº. 201503820. Centro Universitário
424 Maurício de Nassau. Pernambuco. Recife. Enfermagem. Renovação de reconhecimento. Satisfatório. **8)**
425 Processo e-MEC nº. 201503442. Universidade José do Rosário Vellano. Minas Gerais. Alfenas.
426 Odontologia. Renovação de reconhecimento. Satisfatório. **Pareceres insatisfatórios: 1)** Processo e-

427 MEC nº. 201607144. Faculdade Uninassau Cabo. Pernambuco. Cabo de Santo Agostinho. Psicologia.
428 Autorização. Insatisfatório. **2)** Processo e-MEC nº. 201500434. Centro Universitário FADERGS. Rio
429 Grande do Sul. Porto Alegre. Psicologia. Autorização. Insatisfatório. **3)** Processo e-MEC nº. 201607047.
430 Faculdade Anhanguera de Campinas. São Paulo. Campinas. Odontologia. Autorização. Insatisfatório.
431 **4)** Processo e-MEC nº. 201608127. Universidade de Mogi das Cruzes. São Paulo. Mogi das Cruzes.
432 Psicologia. Autorização. Insatisfatório. **5)** Processo e-MEC nº. 201608156. Faculdade SOCIESC. Santa
433 Catarina. Florianópolis. Odontologia. Autorização. Insatisfatório. **6)** Processo e-MEC nº. 201608491.
434 Faculdade Una de Uberlândia. Minas Gerais. Uberlândia. Odontologia. Autorização. Insatisfatório. **7)**
435 Processo e-MEC nº. 201610301. Faculdade Integrada Ceta. Pernambuco. Garanhuns. Enfermagem.
436 Autorização vinculada ao credenciamento. Insatisfatório. **8)** Processo e-MEC nº. 201200447. Faculdade
437 Novo Milênio. Espírito Santo. Vila Velha. Enfermagem. Renovação de reconhecimento. Insatisfatório. **9)**
438 Processo e-MEC nº. 201504029. Faculdade Anhanguera de Brasília. Distrito Federal. Brasília.
439 Enfermagem. Renovação de reconhecimento. Insatisfatório. **10)** Processo e-MEC nº. 201606943.
440 Faculdade Pitágoras. Minas Gerais. Belo Horizonte. Enfermagem. Autorização. Insatisfatório. **11)**
441 Processo e-MEC nº. 201607448. Faculdade SOCIESC. Santa Catarina. Processo e-MEC nº.
442 Florianópolis. Psicologia. Autorização. Insatisfatório. **12)** Processo e-MEC nº. 201505501. Faculdades
443 Integradas Stella Maris de Andradina. São Paulo. Andradina. Enfermagem. Autorização. Insatisfatório.
444 **13)** Processo e-MEC nº. 201608158. Faculdade SOCIESC de Curitiba. Paraná. Curitiba. Odontologia.
445 Autorização. Insatisfatório. **14)** Processo e-MEC nº. 201602477. Centro Universitário de Jales. São
446 Paulo. Jales. Psicologia. Autorização. Insatisfatório. **15)** Processo e-MEC nº. 201409642. Faculdade
447 Brasil Central. Goiás. Águas Lindas de Goiás. Psicologia. Autorização. Insatisfatório. **16)** Processo e-
448 MEC nº. 201610479. Faculdade União Educacional Norte do Pará Ltda. Pará. Tucuruí. Psicologia.
449 Autorização vinculada ao credenciamento. Insatisfatório. **17)** Processo e-MEC nº. 201602018.
450 Faculdade Anhanguera de Guarulhos. São Paulo. Guarulhos. Odontologia. Autorização. Insatisfatório.
451 **18)** Processo e-MEC nº. 201507697. Faculdade Anhanguera de São José. São Paulo. São José dos
452 Campos. Enfermagem. Reconhecimento. Insatisfatório. **Pareceres satisfatórios com**
453 **recomendações:** **1)** Processo e-MEC nº. 201409418. Faculdade de Educação Santa Terezinha.
454 Maranhão. Imperatriz. Psicologia. Autorização. Satisfatório com recomendações. **2)** Processo e-MEC
455 nº. 201606833. Faculdade Pitágoras. Minas Gerais. Belo Horizonte. Psicologia. Autorização.
456 Satisfatório com recomendações. **3)** Processo e-MEC nº. 201608847. Faculdade SOCIESC de Curitiba.
457 Paraná. Curitiba. Psicologia. Autorização. Satisfatório com recomendações. **4)** Processo e-MEC nº.
458 201609053. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Minas Gerais. Belo Horizonte. Psicologia.
459 Autorização. Satisfatório com recomendações. **5)** Processo e-MEC nº. 201610392. Faculdade Novo
460 Tempo de Iguatu. Ceará. Iguatu. Enfermagem. Autorização vinculada ao credenciamento. Satisfatório
461 com recomendações. **6)** Processo e-MEC nº. 201609354. Centro de Ensino Superior de Palmas.
462 Tocantins. Palmas. Enfermagem. Autorização vinculada ao credenciamento. Satisfatório com
463 recomendações. **7)** Processo e-MEC nº. 201507921. Centro Universitário Estácio Juiz de Fora - Estácio
464 Juiz de Fora. Minas Gerais. Juiz de Fora. Psicologia. Reconhecimento. Satisfatório com
465 recomendações. **8)** Processo e-MEC nº. 201607671. Centro Universitário Estácio de Ribeirão Preto.
466 São Paulo. Ribeirão Preto. Psicologia. Reconhecimento. Satisfatório com recomendações. **9)** Processo
467 e-MEC nº. 201609041. Faculdade Vale do Salgado. Ceará. Icó. Psicologia. Reconhecimento.
468 Satisfatório com recomendações. **10)** Processo e-MEC nº. 201609691. Centro Universitário de Belo
469 Horizonte. Minas Gerais. Belo Horizonte. Psicologia. Reconhecimento. Satisfatório com
470 recomendações. **11)** Processo e-MEC nº. 201604732. Universidade Salvador. Bahia. Salvador.
471 Psicologia. Reconhecimento. Satisfatório com recomendações. **12)** Processo e-MEC nº. 201504026.
472 Universidade Anhanguera – Uniderp. Mato Grosso do Sul. Campo Grande. Medicina. Renovação de
473 reconhecimento. Satisfatório com recomendações. **13)** Processo e-MEC nº. 201509602. Universidade
474 de Brasília. Distrito Federal. Brasília. Enfermagem. Renovação de reconhecimento. Satisfatório com
475 recomendações. **14)** Processo e-MEC nº. 201504259. Universidade de Passo Fundo . Rio Grande do
476 Sul . Passo Fundo. Medicina. Renovação de reconhecimento. Satisfatório com recomendações. **15)**
477 Processo e-MEC nº. 201503440. Universidade Federal de Sergipe. Sergipe. São Cristóvão.
478 Enfermagem. Renovação de reconhecimento. Satisfatório com recomendações. **16)** Processo e-MEC
479 nº. 201503894. Centro Universitário Estácio do Ceará. Ceará. Fortaleza. Enfermagem. Renovação de
480 reconhecimento. Satisfatório com recomendações. **17)** Processo e-MEC nº. 201504171. Centro
481 Universitário Módulo. São Paulo. Caraguatuba. Enfermagem. Renovação de reconhecimento.
482 Satisfatório com recomendações. **18)** Processo e-MEC nº. 201503382. Faculdade Anhanguera de
483 Ciências e Tecnologia de Brasília. Distrito Federal. Brasília. Enfermagem. Renovação de
484 reconhecimento. Satisfatório com recomendações. **19)** Processo e-MEC nº. 201504018. Faculdade
485 Herrero. Paraná. Curitiba. Enfermagem. Renovação de reconhecimento. Satisfatório com
486 recomendações. **20)** Processo e-MEC nº. 201505403. Faculdade de Ciências Sociais e Agrárias de
487 Itapeva. São Paulo. Itapeva. Psicologia. Autorização. Satisfatório com recomendações. **21)** Processo e-
488 MEC nº. 201601859. Faculdade Vértix Trirriense. Rio de Janeiro. Três Rios. Enfermagem. Autorização

489 Satisfatório com recomendações. **22)** Processo e-MEC nº. 201601690. Faculdade de Ciências Sociais
490 Aplicadas do Vale do São Lourenço. Mato Grosso. Jaciara. Psicologia. Autorização. Satisfatório com
491 recomendações. **23)** Processo e-MEC nº. 201606511. Faculdade de Santo Antonio da Platina. Paraná.
492 Santo Antônio da Platina. Enfermagem. Autorização. Satisfatório com recomendações. **24)** Processo e-
493 MEC nº. 201708755. Faculdades Integradas de Patos. Paraíba. Patos. Odontologia. Autorização
494 vinculada ao credenciamento. Satisfatório com recomendações. **25)** Processo e-MEC nº. 201503626.
495 Faculdade de Ciências e Tecnologia do Maranhão. Maranhão. Caxias. Enfermagem. Renovação de
496 reconhecimento. Satisfatório com recomendações. **26)** Processo e-MEC nº. 201503709. Universidade
497 Federal de Juiz de Fora. Minas Gerais. Juiz de Fora. Medicina. Renovação de reconhecimento.
498 Satisfatório com recomendações. **27)** Processo e-MEC nº. 201503729. Faculdade de Mirassol. São
499 Paulo. Mirassol. Enfermagem. Renovação de reconhecimento. Satisfatório com recomendações. **28)**
500 Processo e-MEC nº. 201503890. Universidade Federal de Ouro Preto. Minas Gerais. Ouro Preto.
501 Medicina. Renovação de reconhecimento. Satisfatório com recomendações. **29)** Processo e-MEC nº.
502 201503625. Universidade Federal do Amazonas. Amazonas. Manaus. Medicina. Renovação de
503 reconhecimento. Satisfatório com recomendações. **30)** Processo e-MEC nº. 201506400. Centro
504 Universitário Tiradentes. Alagoas. Maceió. Odontologia. Reconhecimento. Satisfatório com
505 recomendações. **31)** Processo e-MEC nº. 201503507. Universidade Pitágoras – UNOPAR. Paraná.
506 Londrina. Enfermagem. Renovação de reconhecimento. Satisfatório com recomendações.
507 **Deliberação: aprovados, em bloco, por unanimidade, os 57 pareceres apresentados pela**
508 **Comissão.** Seguindo, o coordenador adjunto da CIRHRT/CNS falou sobre a Nota Pública contra a
509 Graduação a Distância na Área da Saúde - Formação com Qualidade na Área da Saúde somente na
510 Modalidade Presencial!. Explicou que mais de 50 entidades já assinaram e outras interessadas podem
511 aderir ao documento comunicando pelo e-mail da Comissão. Destacou que, visando garantir a
512 segurança e resolubilidade na prestação dos serviços de saúde à população brasileira, a nota pública
513 reafirma que a formação dos (as) trabalhadores (as) da área da saúde deve ocorrer por meio de cursos
514 presenciais. Além disso, na nota, reafirma-se o posicionamento contrário à autorização,
515 reconhecimento e renovação de reconhecimento de cursos de graduação da área da saúde ministrados
516 na modalidade a distância, entendendo que coloca em risco a segurança da população. Por fim, disse
517 que o documento foi encaminhado aos conselheiros para divulgação e poderia ser reenviado, se
518 necessário. Feito esse registro, o coordenador adjunto da CIRHRT procedeu à resolução, elaborada
519 pela Comissão, sobre a formação em saúde. Detalhou que esse instrumento foi elaborado com base no
520 parecer técnico sobre o tema, elaborado pela Comissão. O texto da resolução é o seguinte: “Resolução
521 nº XXX, de xx de dezembro de 2017. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua
522 Trecentésima Reunião Ordinária, realizada nos dias 7 e 8 de dezembro de 2017, e no uso de suas
523 competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela
524 Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as
525 disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira
526 correlata; e considerando que a Constituição Federal de 1988 determina que a saúde é direito de todos
527 e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de
528 doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua
529 promoção, proteção e recuperação; considerando que a ordenação da formação de recursos humanos
530 na área da saúde é competência do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme disposto no Art. 200 da
531 Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.080/1990; considerando que o CNS, conforme disposto na
532 Lei nº 8.142/1990, é uma instituição de caráter permanente e deliberativo, e, enquanto órgão colegiado,
533 detém em sua composição representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e
534 usuários do SUS, atuando na formulação e no controle da execução da Política Nacional de Saúde,
535 bem como nas estratégias e na promoção do processo de controle/participação social, em toda sua
536 amplitude; considerando a Resolução CNS nº 350/2005, que aprova critérios de regulação para a
537 autorização e reconhecimento de cursos de graduação da área da saúde, tendo em perspectiva: a) as
538 necessidades sociais em saúde; b) projetos político-pedagógicos coerentes com as necessidades
539 sociais; e c) a relevância social do curso; considerando a Resolução CNS nº 515/2016, em que este
540 órgão colegiado se manifesta de forma contrária à autorização de todo e qualquer curso de graduação
541 em saúde ministrado na modalidade a distância (EaD), bem como delibera que as Diretrizes
542 Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos da saúde sejam objeto de discussão e deliberação do CNS de
543 forma sistematizada, em um espaço de tempo adequado para permitir a participação, no debate, das
544 organizações de todas as profissões regulamentadas e das entidades e movimentos sociais que atuam
545 no controle social; considerando que a formação no/para o SUS deve pautar-se nas necessidades de
546 saúde das pessoas, no respeito à garantia de direitos e na dignidade humana e que, para tanto, requer
547 uma formação interprofissional, humanista, técnica, científica e de ordem prática presencial,
548 promovendo a integração ensino-serviço-gestão-comunidade; considerando que em sua 286ª Reunião
549 Ordinária (RO), ocorrida nos dias 6 e 7 de outubro de 2016, o CNS aprovou a criação de um Grupo de
550 Trabalho (GT) para discutir as DCN dos cursos de graduação da área da saúde; considerando a

551 Resolução CNS nº 287/1998, que relaciona as categorias profissionais de saúde de nível superior para
552 fins de atuação do CNS; e considerando a realização de uma série de reuniões ao longo de 2017,
553 promovidas pela Comissão Intersectorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho
554 (CIRHRT/CNS), com vistas à elaboração de documento que expressasse princípios comuns para as
555 DCN dos cursos de graduação da área da saúde, em que foram convidados a participar gestores do
556 Ministério da Saúde e Ministério da Educação, além de representantes das associações nacionais de
557 ensino, executivas estudantis, conselhos profissionais e federações nacionais da área da saúde.
558 Resolve: Art. 1º Reafirmar a prerrogativa constitucional do SUS em ordenar a formação dos (as)
559 trabalhadores (as) da área da saúde. Art. 2º Aprovar o Parecer Técnico nº xxx/2017, conforme anexo,
560 que apresenta princípios gerais a serem incorporados nas DCN de todos os cursos de graduação da
561 área da saúde, como elementos norteadores para o desenvolvimento dos currículos e das atividades
562 didático-pedagógicas, e que deverão compor o perfil dos egressos desses cursos. Art. 3º Aprovar os
563 pressupostos, princípios e diretrizes para a graduação na área da saúde constantes desse Parecer,
564 construídos na perspectiva do controle/participação social em saúde e apresentados, sinteticamente,
565 nos incisos a seguir: I - Defesa da vida e defesa do SUS como preceitos orientadores do perfil dos
566 egressos da área da saúde, com os seguintes objetivos: a) formação em saúde comprometida com a
567 superação das iniquidades que causam o adoecimento dos indivíduos e das coletividades, de modo
568 que os futuros profissionais estejam preparados para implementar ações de promoção da saúde,
569 educação e desenvolvimento comunitário, com responsabilidade social e compromisso com a dignidade
570 humana, cidadania e defesa da democracia, do direito universal à saúde e do SUS, tendo a
571 determinação social do processo saúde-doença como orientadora; b) valorização da vida, por meio de
572 abordagens dos problemas de saúde recorrentes na atenção básica, na urgência e na emergência, na
573 promoção da saúde e na prevenção de riscos e doenças, visando à melhoria dos indicadores de
574 qualidade de vida, de morbidade e de mortalidade; c) DCN que contribuam para o desenvolvimento
575 social, considerando as dimensões biológica, étnico-racial, de gênero, geracional, de orientação sexual,
576 de inclusão da pessoa com deficiência, ética, socioeconômica, cultural, ambiental e demais aspectos
577 que representam a diversidade da população brasileira. II - Atendimento às necessidades sociais em
578 saúde, considerando: a) a responsabilidade social das Instituições de Educação Superior (IES) com o
579 seu entorno e o compromisso dos cursos da saúde com a promoção do desenvolvimento regional, por
580 meio do enfrentamento dos problemas de saúde mais prevalentes; b) a abordagem do processo saúde-
581 doença em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção, para possibilitar que a
582 atuação dos futuros profissionais possa transformar, melhorar a realidade em que estão inseridos. III -
583 Integração Ensino-Serviço-Gestão-Comunidade, de forma a promover: a) a inserção dos estudantes
584 nos cenários de práticas do SUS e outros equipamentos sociais desde o início da formação, integrando
585 teoria e prática; b) que a rede de saúde se transforme em uma rede de ensino-aprendizagem, com
586 vistas ao desenvolvimento dos (as) trabalhadores (as) e do trabalho em saúde; c) a diversificação de
587 cenários de práticas, possibilitando aos discentes vivenciar as políticas de saúde e de organização do
588 trabalho em equipe interprofissional; d) a formalização da integração das IES com as redes de serviços
589 de saúde, por meio de convênios ou outros instrumentos que viabilizem pactuações e o
590 estabelecimento de corresponsabilizações entre as instituições de ensino e as gestões municipais e
591 estaduais de saúde; e) a participação dos gestores de saúde nas instâncias decisórias das IES; f) a
592 integração das ações de formação aos processos de Educação Permanente em Saúde (EPS) da rede
593 de serviços; g) a participação ativa da comunidade e/ou das instâncias de controle social em saúde; h)
594 que as DCN dos cursos de graduação valorizem a carga horária destinada aos estágios curriculares e
595 às atividades práticas e de extensão; i) a articulação entre as atividades de ensino, pesquisa e
596 extensão com a prestação de serviços de saúde, com base nas necessidades sociais e na capacidade
597 de promover o desenvolvimento locorregional. IV - Integralidade e as Redes de Atenção à Saúde
598 (RAS), observando-se os seguintes pressupostos: a) a integralidade como um dos princípios
599 fundamentais do SUS, que possibilita acesso universal dos cidadãos aos serviços do sistema de saúde
600 e que garante ao usuário uma atenção que abrange ações de promoção, proteção e recuperação da
601 saúde, além de prevenção e tratamento de agravos; b) a concepção de rede, que rompe com o
602 conceito de sistema verticalizado para trabalhar com um conjunto articulado de serviços básicos,
603 ambulatoriais e hospitais gerais e especializados; c) RAS caracterizadas pela formação de relações
604 horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária em Saúde
605 (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na
606 atenção contínua e integral, pelo cuidado interprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e
607 compromissos com os resultados sanitários e econômicos; d) a APS como coordenadora do cuidado e
608 ordenadora das RAS. Nesta perspectiva, a formação dos profissionais da saúde para atuar de forma
609 efetiva, eficiente, eficaz e segura na atenção básica assume uma importância estratégica, devendo
610 equilibrar conteúdos e propiciar o desenvolvimento de habilidades e atitudes, tanto em saúde coletiva,
611 como para a clínica/assistência individual em saúde. V - Trabalho Interprofissional, com as seguintes
612 orientações: a) as DCN devem expressar a formação de um profissional apto a atuar para a

613 integralidade da atenção à saúde, por meio do efetivo trabalho em equipe, numa perspectiva
614 colaborativa e interprofissional. O preceito da integralidade aponta para a interdisciplinaridade –
615 enquanto integração de diferentes campos de conhecimentos; para a interprofissionalidade – ocasião
616 em que há intensa interação entre diferentes núcleos profissionais; e para a intersetorialidade –
617 envolvimento de diferentes setores da sociedade no atendimento das complexas e dinâmicas
618 necessidades de saúde; b) os Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPC) precisam apresentar estratégias
619 alinhadas aos princípios da interdisciplinaridade, intersetorialidade e interprofissionalidade, como
620 fundamentos da mudança na lógica da formação dos profissionais e na dinâmica da produção do
621 cuidado em saúde; c) as DCN devem estimular a elaboração de projetos terapêuticos assentados na
622 lógica interprofissional e colaborativa, reconhecendo os usuários dos serviços como protagonistas
623 ativos e co-produtores do cuidado em saúde, superando a perspectiva procedimento ou profissional
624 centrado. VI - Projetos Pedagógicos de Cursos e Componentes Curriculares coerentes com as
625 necessidades sociais em saúde, observando-se: a) que as DCN considerem os fundamentos das
626 principais políticas públicas que contribuem para a redução das desigualdades e para a consolidação
627 do SUS como sistema universal, integral e equitativo; b) que os PPC sejam construídos com a
628 participação ativa de representações de trabalhadores, discentes, usuários e gestores
629 municipais/estaduais do SUS, tendo em perspectiva sua adequação ao contexto social e a integração
630 dos componentes curriculares “intra” e “inter” cursos; c) a relevância de que os PPC e os componentes
631 curriculares estejam relacionados com todo o processo saúde-doença e referenciados na realidade
632 epidemiológica, proporcionando a integralidade e a segurança assistencial em saúde; d) a inovação das
633 propostas pedagógicas, incluindo explicitação dos cenários de práticas e dos compromissos com a
634 interprofissionalidade, o gerenciamento dos riscos, a prevenção de erros e a produção de
635 conhecimentos socialmente relevantes; e) abordagem de temas transversais no currículo que envolvam
636 conhecimentos, vivências e reflexões sistematizadas acerca dos direitos humanos e de pessoas com
637 deficiência ou mobilidade reduzida, Transtorno do Espectro Autista (TEA), educação ambiental, língua
638 brasileira de sinais (Libras), educação das relações étnico-raciais e história da cultura afro-brasileira,
639 africana, dos povos tradicionais e indígena; f) os pressupostos e fundamentos da promoção da saúde e
640 seus determinantes, da Educação Popular em Saúde, e das Práticas Integrativas e Complementares
641 como elementos constituintes da formação, reafirmando o conceito ampliado de saúde; g) o
642 fortalecimento das ações de promoção e proteção à saúde relacionadas à vigilância sanitária,
643 epidemiológica, ambiental e à saúde do trabalhador; h) que os núcleos de conhecimento e práticas
644 previstos nas DCN considerem temáticas relacionadas ao envelhecimento populacional, às Doenças
645 Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), à segurança do paciente e à urgência e emergência, entre
646 outras; i) a formação política e cidadã, que requer a realização de atividades teóricas e práticas que
647 proporcionem informações e promovam diálogos sobre as relações humanas, estruturas e formas de
648 organização social, suas transformações, suas expressões e seu impacto na qualidade de vida das
649 pessoas, famílias, grupos e comunidades. VII - Utilização de metodologias de ensino que promovam a
650 aprendizagem colaborativa e significativa, tendo em vista: a) a utilização de metodologias diversificadas
651 para o processo de ensino-aprendizagem, que privilegiem a participação e a autonomia dos estudantes;
652 b) a integração entre os conteúdos curriculares, de forma a possibilitar processos de aprendizagem
653 colaborativa e significativa, com base na ação-reflexão-ação, a partir de competências técnicas,
654 comportamentais, éticas e políticas; c) propostas educacionais pautadas em práticas interdisciplinares e
655 integradas ao cotidiano dos docentes, estudantes, gestores, trabalhadores e comunidade, promovendo
656 a formação de profissionais aptos a *aprender a aprender*, que compreende o *aprender a conhecer*, o
657 *aprender a fazer*, o *aprender a conviver* e o *aprender a ser*. VIII - Valorização da Docência na
658 Graduação, do Profissional da Rede de Serviços e do Protagonismo Estudantil, considerando: a) a
659 relevância da aprendizagem “no” e “para” o trabalho em saúde, que pressupõe a implementação de
660 estratégias educacionais dirigidas à formação de docentes (inclusive para o desenvolvimento de
661 atividades de tutoria) e trabalhadores que atuam na rede de serviços de saúde em atividades de
662 preceptoria, fundamentadas nos pressupostos da EPS e que mobilizem o desenvolvimento de
663 competências pedagógicas de profissionais vinculados ao ensino na área da saúde; b) o fortalecimento
664 dos mecanismos de participação e organização estudantil no âmbito das instituições de ensino para
665 garantir a formação de profissionais críticos, colaborativos e conscientes de seu papel enquanto
666 cidadãos e agentes de transformação social. IX - Educação e Comunicação em saúde, na seguinte
667 perspectiva: a) os cursos de graduação devem incorporar aos seus PPC o uso de Tecnologias da
668 Informação e Comunicação (TIC), em suas diferentes formas, utilizando as ferramentas e estratégias
669 disponíveis para efetivar a formação e as práticas para a educação e comunicação em saúde, bem
670 como aplicabilidade nas relações interpessoais; b) diálogo com todos os espaços da vida social,
671 considerando o caráter intersetorial da saúde e sua determinação social, pois a inter-relação
672 comunicação e educação (“educomunicação”) é central para a mobilização e participação da
673 comunidade. A “educomunicação” contribui para o crescimento e o aprimoramento do SUS, ao elevar a
674 capacidade do exercício do controle social, possibilitando o diálogo com a sociedade sobre o direito

675 constitucional à saúde, na lógica da seguridade social; c) estabelecimento de uma relação mais
676 próxima entre a área da saúde e as mídias e canais alternativos de comunicação para que a educação
677 em saúde seja um instrumento que permita aos estudantes, trabalhadores, gestores e população em
678 geral se apropriarem das informações, contribuindo para o exercício pleno da cidadania. X - Avaliação
679 com caráter processual e formativo, observando-se: a) a definição de critérios para o acompanhamento
680 e a avaliação dos processos de ensino-aprendizagem, desenvolvendo mecanismos que verifiquem a
681 estrutura, os processos e os resultados, visando o contínuo aprimoramento do Sistema Nacional de
682 Avaliação da Educação Superior (SINAES); b) que a avaliação tenha caráter processual, contextual e
683 formativo, com a utilização de instrumentos e métodos que avaliem conhecimentos, habilidades e
684 atitudes, em um processo de construção dialógica, que inclua também a autoavaliação por parte de
685 gestores, docentes e estudantes. XI - Pesquisas e Tecnologias Diversificadas em Saúde, de modo a
686 promover: a) o desenvolvimento do pensamento científico e crítico e a produção de novos
687 conhecimentos direcionados para a atenção das necessidades de saúde individuais e coletivas, por
688 meio da disseminação das melhores práticas e do apoio à realização de pesquisas de interesse da
689 sociedade; b) investigação de problemas de saúde coletiva pautada nos pressupostos teórico-
690 metodológicos da pesquisa-ação e da pesquisa-intervenção, pois suas concepções engendram
691 processos teórico-metodológicos que se configuram como dispositivos de transformação social; c) o
692 uso de tecnologias diversificadas em saúde, em especial, as chamadas “tecnologias leves”, os modos
693 relacionais de atuação dos trabalhadores/equipes/usuários na produção do cuidado em saúde. XII -
694 Formação presencial e carga horária mínima para cursos de graduação da área da saúde, tendo em
695 perspectiva: a) a garantia da segurança e resolubilidade na prestação dos serviços de saúde, conforme
696 disposto na Resolução CNS nº 515/2016, com posicionamento contrário à autorização de todo e
697 qualquer curso de graduação em saúde ministrado na modalidade a distância (EaD); b) uma formação
698 profissional comprometida com a qualidade e as necessidades em saúde, em consonância com o
699 preconizado na Recomendação CNS nº 24/2008, no sentido de que a carga-horária total dos cursos de
700 graduação da área da saúde seja de, no mínimo, 4.000 horas.” Finalizando, o coordenador adjunto da
701 Comissão explicou que a elaboração do documento foi um trabalho árduo, mas vigoroso. Conselheiro
702 **Ivo Ferreira Brito** cumprimentou a Comissão pelo trabalho, mas pontuou duas ausências que precisam
703 ser incluídas no documento: referência à autonomia de usuário do sistema no que diz respeito a pessoa
704 que será assistida; e aspectos relativos à formação bioética. Em resposta, conselheira **Cleoneide**
705 **Paulo Oliveira Pinheiro** explicou que essas duas questões estão contempladas na Resolução.
706 Conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo** acrescentou que a resolução é resultado de trabalho
707 técnico e político feito a muitas mãos. Conselheira **Francisca Valda da Silva** lembrou tratar-se de
708 diretrizes construídas uma a uma por profissão e acrescentou que o anexo da resolução ainda será
709 aperfeiçoado para orientar as entidades. Conselheira **Maria da Conceição Silva** elogiou a comissão
710 pelo desenvolvimento e pela relevância do trabalho e sugeriu que o documento sirva de orientador e
711 seja amplamente divulgado. **Deliberação: aprovado, por unanimidade, o mérito da Resolução**
712 **contendo princípios gerais a serem incorporados nas Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN**
713 **dos cursos de graduação da área da saúde, contendo, anexo, o Parecer Técnico sobre o tema.**
714 **Além desses aspectos, foi definido que a Mesa Diretora do CNS definirá a data da primeira**
715 **Reunião Ordinária da CIRHRT para 2018, com a sugestão de que ocorra em 6 e 7 de fevereiro de**
716 **2017.** Na sequência, conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** procedeu aos informes da
717 Comissão. **1)** Realização da 2ª reunião do GT de Residências, em 23 de novembro de 2017. O
718 coordenador adjunto a CIRHRT acrescentou que a intenção é apresentar, na próxima reunião do CNS,
719 minuta de resolução com os princípios e diretrizes para formação das residências em saúde. **2)**
720 Indicação de conselheiros para compor as comissões que tratam das DCN no Conselho Nacional de
721 Educação - CNE – indicações: **a)** Comissão Odontologia - conselheiro **José Eri de Medeiros**,
722 Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS, segmento gestor; **b)** Comissão
723 Enfermagem: conselheira **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn,
724 segmento trabalhador; **c)** Comissão Medicina Veterinária: conselheira **Marisa Furia Silva**, Associação
725 Brasileira de Autismo – ABRA, segmento usuário; e **d)** Comissão Fisioterapia: conselheira **Francisca**
726 **Rego de Araújo**, Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO, segmento
727 trabalhador. Conselheira **Oriana Bezerra Lima** estranhou a indicação da conselheira Marisa Furia Silva
728 para compor a comissão, enquanto representação da Medicina Veterinária, uma vez que a conselheira
729 não é da área de medicina veterinária. Conselheiro **José Eri de Medeiros** esclareceu que, segundo
730 definição da Mesa Diretora do CNS, seriam indicados para as comissões que tratam das DCN os
731 integrantes do GT que discute as Diretrizes Curriculares Nacionais e este grupo não dispõe de
732 representante da medicina veterinária. Por essa razão, foi indicada a conselheira Maria Furia que
733 compõe o GT das DCN. Conselheira **Oriana Bezerra Lima** explicou que não questionara a indicação
734 da conselheira Maria Furia para a Comissão, mas entendia ser importante a participação de
735 representante da área de medicina veterinária. Na sequência, houve ponderações que evoluíram para a
736 seguinte proposta de encaminhamento: entrar em contato com o MEC para verificar a possibilidade de

737 indicação de mais uma vaga para contemplar a representação da medicina veterinária. **Deliberação: o**
738 **Plenário aprovou as indicações de conselheiros nacionais de saúde para compor as comissões**
739 **que tratam das DCN no Conselho Nacional de Educação - CNE: a) Comissão Odontologia -**
740 **conselheiro José Eri de Medeiros, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde –**
741 **CONASEMS, segmento gestor; b) Comissão Enfermagem: conselheira Francisca Valda da Silva,**
742 **Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn, segmento trabalhador; c) Comissão Medicina**
743 **Veterinária: conselheira Marisa Furia Silva, Associação Brasileira de Autismo – ABRA, segmento**
744 **usuário; e d) Comissão Fisioterapia: conselheira Francisca Rego de Araújo, Associação**
745 **Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO, segmento trabalhador. O Pleno definiu, ainda,**
746 **que será solicitado ao CNE/MEC mais duas vagas para indicação de representantes do CNS,**
747 **uma para o curso de Fisioterapia e uma para o curso de Medicina Veterinária.** Conselheiro
748 **Douglas Vinicius Pereira** informou sua participação na 2ª Reunião Técnica Regional sobre Educação
749 Interprofissional, promovida pela SGTES/MS, nos dias 5 e 6 de dezembro, em Brasília/DF. Conselheira
750 **Zaíra Tronco Salerno** também participou da reunião e salientou que o Pleno precisa conhecer os
751 resultados, dada a importância. Conselheiro **Heleno Correa Filho** colocou o CEBES à disposição para
752 participar do debate sobre a questão curricular mínima. Conselheiro **Giovanny Kley Silva Trindade**
753 salientou que é fundamental o debate sobre as diretrizes curriculares em nível internacional,
754 principalmente no Mercosul. Com essas falas, a mesa encerrou este ponto. **ITEM 4 – FORMAÇÃO E**
755 **MOBILIZAÇÃO PARA O CONTROLE SOCIAL NO SUS - Apresentação:** conselheira **Sueli Terezinha**
756 **Goi Barrios**, coordenadora da Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o Controle Social
757 no SUS - CIEPCSS; e conselheira **Maria da Conceição Silva**, coordenadora adjunta da CIEPCSS.
758 **Coordenação:** conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS. Neste ponto de pauta, foi
759 feito informe sobre o andamento do Projeto “Formação para o Controle Social no SUS” e do Conselho
760 Presente, duas iniciativas coordenadas pelo CNS. Além disso, foi apresentado, para deliberação, os
761 encaminhamentos resultantes da reunião com os Presidentes de Conselhos de Saúde Estaduais e das
762 Capitais. Conselheira **Sueli Terezinha Goi Barrios**, coordenadora da CIEPCSS, fez um informe sobre
763 o andamento do Projeto “Formação para o Controle Social no SUS”, destacando os seguintes aspectos:
764 em 2017 já foram realizadas 22 oficinas; inscrições até dia 5/12: 4.140 inscritos; até 2018 serão
765 realizadas 63 oficinas em todo país com pretensão de atingir o total de 5.000 participantes; vagas: cada
766 oficina tem 80 vagas (dividida em duas turmas de 40), sendo: 70% das vagas para conselheiros e
767 conselheiras municipais e estaduais e 30% para lideranças de movimentos e organizações populares.
768 As oficinas tem duração de 2 dias, total de 16h/aula. Material educativo: cartilha, audiovisual e
769 plataforma web. Inscrições: a pré-inscrição deve ser realizada por meio da plataforma web
770 **www.formacontrolesocial.org.br**. A seleção dos participantes será feita pelo Conselho Estadual de
771 Saúde de cada estado. Detalhou o calendário das oficinas já agendadas: 5 e 6 de dezembro de 2017.
772 Rio Grande do Sul - Porto Alegre. 5 e 6 de dezembro de 2017. Pará – Marabá. 6 e 7 de dezembro de
773 2017. Pernambuco - Região Metropolitana. 12 e 13 de dezembro de 2017. Bahia - Teixeira de Freitas.
774 12 e 13 de dezembro de 2017. Alagoas - Arapiraca e Santana do Ipanema. 13 e 14 de dezembro de
775 2017. Minas Gerais – Uberlândia. 13 e 14 de dezembro de 2017. Rondônia - Porto Velho. 14 e 15 de
776 dezembro de 2017. Pará – Santarém. 18 e 19 de dezembro de 2017. Bahia - Vitória da Conquista.
777 2018: 10 e 11 de janeiro de 2018. Amapá – Macapá. 6 e 7 de fevereiro de 2018 – Piauí –Teresina. 20 e
778 21 de fevereiro de 2018. Goiás - a confirmar. 27 e 28 de fevereiro de 2018 - Pernambuco - Região do
779 Agreste. 28 de fevereiro e 1º de março de 2018 – Distrito Federal. 7 e 8 de março de 2018. São Paulo -
780 São Paulo. 7 e 8 de março de 18. Acre - Rio Branco. 8 e 9 de março de 18. Espírito Santo – Vitória. 15
781 e 16 de março de 2018. Minas Gerais - Pedra Azul. 20 e 21 de março de 2018. Goiás - a confirmar. 21
782 e 22/03/18. 21 e 22 de março de 2018. São Paulo – Araraquara. 22 e 23 de março de 2018 - Espírito
783 Santo – local a confirmar. 22 e 23 de março de 2018. Minas Gerais - Montes Claros. 3 e 4 de abril de
784 2018. Pernambuco - Região Sertão Vale do São Francisco. 4 e 5 de abril de 2018. São Paulo – Marília.
785 17 e 18 de abril de 2018. Goiás - local a confirmar. Conselheira **Maria da Conceição Silva** reforçou a
786 importância do envolvimento dos conselheiros na formação do controle social do SUS e avaliou como
787 positiva a experiência de participar desse processo. Também fez um destaque à importância da
788 parceria entre CNS e Conselhos Estaduais na estratégia de mobilização e formação. Seguindo, o
789 Presidente do CNS falou sobre o andamento do Conselho Presente, processo de mobilização política,
790 articulado com os Conselhos Estaduais e de Capitais, em torno da agenda do financiamento,
791 particularmente de apoio à Ação Direta de Inconstitucionalidade - ADI que visa vetar a EC 95/2016, em
792 tramitação no Supremo Tribunal Federal – STF e em defesa do SUS. Solicitou que as entidades que
793 compõem o CNS mobilizem as suas bases em torno das duas agendas - Projeto Formação para o
794 Controle Social no SUS e Conselho Presente. Disse que foram realizadas atividades com essa agenda
795 em Minas Gerais, Porto Alegre, Rio de Janeiro e Espírito Santo, utilizando principalmente os espaços
796 legislativos desses estados. Integrado a essa agenda, apresentou a proposta para a semana da saúde
797 2018, que terá por objetivos valorizar o Sistema Único de Saúde como política pública inclusiva e de
798 qualidade, mobilizar os conselhos de saúde e setores da sociedade para a Defesa do SUS e apoiar a

799 ADI 5.658 de combate ao congelamento de gastos públicos imposto pela EC/95. Detalhou as ações
800 definidas: realizar a Semana em formato de Campanha em Defesa do SUS; e elaborar programação
801 interativa e articulada entre setores da sociedade para fortalecimento das políticas de saúde. As
802 atividades previstas são as seguintes: 2 de abril – Profissionais de Saúde - atividades em locais de
803 trabalho dialogando com a sociedade sobre o trabalho em saúde e os serviços de saúde. 3 de abril –
804 Conselhos de Saúde na Praça - levar o conselho de saúde para espaços públicos com tribunas
805 populares de discussão sobre a saúde. 4 de abril – Saúde no Parlamento – realizar audiências
806 públicas/pronunciamentos, etc. 4 de abril – 4ª Marcha em Defesa do SUS; entrega de 3 milhões de
807 assinaturas no STF. CNS e Dirigentes de Entidades Nacionais da Sociedade Civil. 5 de abril –
808 Academia. Atividades nas universidades: incluir no calendário acadêmico aulas públicas, seminários
809 etc. 6 de abril – Saúde e Cultura Artistas na saúde. Shows, saraus etc. 6 de abril – Comunicação e
810 Saúde Ações de fortalecimento da comunicação em saúde como atualização de sites dos Conselhos de
811 Saúde, entre outras. 7 e 8 de abril – Saúde e Religiosidade Realizar atividades durante missas, cultos
812 etc. 7 e 8 de abril – Saúde e Esporte. Disse que seriam construídos materiais comuns e seria
813 necessária a indicação de conselheiros para organização das atividades. Seguindo, explicou que no dia
814 anterior foi realizada reunião com os Presidentes de Conselhos de Saúde Estaduais e das Capitais,
815 coordenadores de plenária e representantes de Secretarias Executivas e na oportunidade, foram
816 sugeridos encaminhamentos de mobilização que precisam de deliberação do CNS: **a)** que as reuniões
817 do CNS com os Conselhos de Saúde Estaduais e das Capitais tenham periodicidade de três vezes ao
818 ano, a fim de promover funcionamento mais articulado, com indicação para realização nos meses de
819 março, julho e novembro de 2018; **b)** indicação para que os Conselhos Estaduais de Saúde, da mesma
820 forma que o CNS, também realizem reuniões periódicas com os Conselhos Municipais de Saúde dos
821 seus estados; **c)** indicação de realização da XXI Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, no dia 4 de
822 abril de 2018, como parte das mobilizações da Semana da Saúde; **d)** que os Conselhos de Saúde
823 deem mais transparência ao calendário eleitoral; **e)** realizar debate/seminário sobre o impacto da
824 judicialização no financiamento da saúde; **f)** que o Conselho Nacional de Saúde convide os pré-
825 candidatos à Presidência da República para apresentarem suas plataformas para a saúde; **g)** indicação
826 para que os Conselhos Estaduais de Saúde convidem os pré-candidatos ao governo do estado para
827 apresentarem suas plataformas para a saúde; e **h)** Estabelecer mecanismos de diálogo com a
828 juventude do ensino fundamental e médio no desenho das atividades do Conselho Presente.
829 **Manifestações.** Conselheiro **Moysés Toniolo** explicou que o Fórum de Usuários sugeriu às entidades
830 que apresentem sugestões de atividades convergentes com a agenda do CNS. Além disso, salientou
831 que o ato nacional deve ter a mais ampla participação possível e os conselheiros devem envolver-se na
832 atividade do dia 6 de abril, com comunicadores em saúde. Por fim, entregou ao Presidente do CNS
833 quase trinta abaixo-assinados em apoio à ADI 5.658 com o objetivo de vetar a EC 95/2016, que está
834 tramitando no Supremo Tribunal Federal - STF. Conselheiro **Antonio Pitol** perguntou sobre a adesão
835 das lideranças de movimentos e organizações populares às oficinas e aos cursos realizados e qual o
836 conteúdo ministrado. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** salientou que é preciso divulgar as
837 atividades na página do CNS, inclusive para envolver os conselheiros e também sugeriu realizar juntas
838 as próximas atividades do Projeto de Formação e do Conselho Presente. Ademais, propôs a coleta de
839 assinaturas para o abaixo-assinado em apoio à ADI em atividades de outras áreas. Por fim, sugeriu que
840 fosse definido mecanismo para confirmar a inscrição nas oficinas de formação. Conselheiro **Heleno**
841 **Rodrigues Corrêa Filho** reiterou os elogios à iniciativa de formação e sugeriu também a distribuição,
842 nas oficinas, do arquivo do material de formação de conselheiros, de 2004, realizado pela FIOCRUZ
843 (manual de formação de conselheiros e manual de discussão local). Conselheiro **Giovanny Kley Silva**
844 **Trindade** destacou que é importante mobilizar os conselhos estaduais e municipais para que
845 contribuam no processo de coleta de assinaturas em apoio ao abaixo-assinado. Conselheiro **Ronald**
846 **Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, destacou o esforço do CNS para integrar iniciativas e
847 reiterou a necessidade de apoio dos conselheiros na divulgação e participação nas oficinas de
848 formação em seus estados. **Retorno da mesa.** Conselheira **Sueli Terezinha Goi Barrios** respondeu
849 às perguntas, destacando as seguintes questões: no projeto de formação, a projeção inicial é de 30%
850 de lideranças e 70% de conselheiros (hoje, a média é 80% de conselheiros e 20% de lideranças),
851 portanto, é importante mobilizar para ampliar o percentual de representantes de movimentos populares
852 e sociais; as oficinas e a formação trabalham com temas geradores na lógica da educação popular,
853 sendo: conceito de saúde e concepções de sociedade, histórico da política de saúde e do SUS,
854 princípios do SUS, modelos de atenção e organização das ações e serviços de saúde, democracia,
855 participação social e controle social, estrutura institucional da participação no SUS e papel de
856 multiplicadores; o material didático da formação é composto por filme (curta) e o livro “O SUS e a
857 efetivação do direito humano à saúde” e na plataforma estão disponíveis textos selecionados, cartilha
858 virtual e vídeo (outros materiais podem ser incluídos na plataforma). Conselheira **Maria da Conceição**
859 **Silva** reforçou que a metodologia utilizada nas oficinas é interativa, potencializado o ambiente e
860 território e, entre os temas tratados, destacou o financiamento. Feitas essas considerações, o

861 Presidente do CNS colocou em votação os encaminhamentos de mobilização. **Deliberação: o Pleno**
862 **aprovou, por unanimidade, os encaminhamentos de mobilização propostos na reunião com os**
863 **Presidentes de Conselhos de Saúde Estaduais e das Capitais, realizada no dia 6 de dezembro de**
864 **2017: a) que as reuniões do CNS com os Conselhos de Saúde Estaduais e das Capitais tenham**
865 **periodicidade de três vezes ao ano, a fim de promover funcionamento mais articulado, com**
866 **indicação para realização nos meses de março, julho e novembro de 2018; b) indicação para que**
867 **os Conselhos Estaduais de Saúde, da mesma forma que o CNS, também realizem reuniões**
868 **periódicas com os Conselhos Municipais de Saúde dos seus estados; c) indicação de realização**
869 **da XXI Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, no dia 4 de abril de 2018, como parte das**
870 **mobilizações da Semana da Saúde; d) que os Conselhos de Saúde deem mais transparência ao**
871 **calendário eleitoral; e) realizar debate/seminário sobre o impacto da judicialização no**
872 **financiamento da saúde; f) que o Conselho Nacional de Saúde convide os pré-candidatos à**
873 **Presidência da República para apresentarem suas plataformas para a saúde; g) indicação para**
874 **que os Conselhos Estaduais de Saúde convidem os pré-candidatos ao governo do estado para**
875 **apresentarem suas plataformas para a saúde; e h) Estabelecer mecanismos de diálogo com a**
876 **juventude do ensino fundamental e médio no desenho das atividades do Conselho Presente.**
877 Seguindo, procedeu à composição de comissão para articular e organizar com os Conselhos Estaduais
878 e Municipais de Saúde, entidades e movimentos. **Deliberação: o Plenário aprovou, por**
879 **unanimidade, a formação de comissão para articular e organizar com os Conselhos Estaduais e**
880 **Municipais de Saúde, entidades e movimentos a realização das atividades da Semana da Saúde,**
881 **de 2 a 8 de abril de 2018. Os nomes indicados foram os seguintes: conselheira Priscilla Viegas**
882 **Barreto de Oliveira (segmento dos trabalhadores); conselheira Jani Betânia Souza Capiberibe,**
883 **conselheiro Moyses Longuinho Toniolo de Souza, Giovanni Kley Silva Trindade e Carmen Lucia**
884 **Luiz (segmento de usuários); e Gestores/prestadores de serviço (a indicar). Definido esse ponto, a**
885 **mesa suspendeu para o almoço. Estiveram presentes os seguintes conselheiros no período da manhã**
886 **do primeiro dia de reunião: Titulares – Antonio Pitol, Pastoral da Saúde Nacional; Carmen Lucia Luiz,**
887 **União Brasileira de Mulheres – UBM; Cláudio Ferreira do Nascimento, Federação Interestadual dos**
888 **Odontologistas – FIO; Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro, Federação Nacional das Associações de**
889 **Celíacos do Brasil – FENACELBRA; Cleuza Maria Faustino do Nascimento, Federação Nacional dos**
890 **Sindicatos dos Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social – FENASPS;**
891 **Dylonson Ramos Bessa Junior, Organização Nacional de Entidades de Deficientes Físicos – ONEDEF;**
892 **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo, Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO;**
893 **Geordeci M. Souza, Central Única dos Trabalhadores; Giovanni Kley Silva Trindade, Associação**
894 **Nacional de Pós-Graduandos – ANPG; Heliana Neves Hemeterio dos Santos, Associação Brasileira**
895 **de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – ABGLT; Jani Betânia Souza Capiberibe,**
896 **Associação Brasileira de Autismo – ABRA; João Donizeti Scaboli, Força Sindical; João Rodrigues**
897 **Filho, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; Antônio Lacerda Souto,**
898 **Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG, Lorena Baía de Oliveira**
899 **Alencar, Conselho Federal de Farmácia (CFF); Luiz Aníbal Vieira Machado, Nova Central Sindical de**
900 **Trabalhadores – NCST; Moyses Toniolo de Souza, Articulação Nacional de Luta Contra a Aids –**
901 **ANAIDS; Nelcy Ferreira da Silva, Conselho Federal de Nutricionistas - CFN; Neilton Araújo de**
902 **Oliveira, Ministério da Saúde; Oriana Bezerra Lima, Conselho Federal de Medicina Veterinária**
903 **(CFMV); Rildo Mendes, Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul – ARPINSUL; Ricardo**
904 **Barros, Ministério da Saúde - MS; Ronald Ferreira dos Santos, Federação Nacional dos**
905 **Farmacêuticos – Fenafar; Wanderley Gomes da Silva, Confederação Nacional das Associações de**
906 **Moradores – CONAM; e Zaíra Tronco Salerno, Associação Brasileira de Nutrição - ASBRAN.**
907 **Suplentes – Albervan Reginaldo Sena, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia – ABRALÉ; Ana**
908 **Lúcia da Silva Marçal Paduello, Associação Brasileira Superando o Lúpus; Antonio de Souza**
909 **Amaral, Associação Brasileira de Ostomizados – ABRASO; Clarice Baldotto, Associação de**
910 **Fisioterapeutas do Brasil - AFB; Christianne Maria de Oliveira Costa, Federação Brasileira de**
911 **Hemofilia – FBH; Douglas Vinicius Reis Pereira, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de**
912 **Medicina – DENEM; Denise Torreão Corrêa da Silva, Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFa;**
913 **Dulcilene Silva Tiné, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços -**
914 **CNS; Fernando Zasso Pigatto, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM;**
915 **Francisco Claudio de Souza Melo, Federação Interestadual dos Farmacêuticos – FEIFAR; Geraldo**
916 **Adão Santos, Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas – COBAP; Gilene José dos**
917 **Santos, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas' e Idosos da Força Sindical – Sindnapi;**
918 **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; Heleno**
919 **Rodrigues Corrêa Filho; Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, Ivo Ferreira Brito,**
920 **Ministério da Saúde; Ivone Martini de Oliveira, Conselho Federal de Enfermagem – COFEN; João**
921 **Bosco Cavalcanti Chaves, Federação Nacional dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais –**
922 **FENAFITO; José Eri de Medeiros, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde –**

923 CONASEMS; **Jupiara Gonçalves de Castro**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos
924 Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil – FASUBRA; **Lenise Aparecida**
925 **Martins Garcia**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Maria das Graças Silva**
926 **Gervásio**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira**,
927 Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Rodrigo Gomes Marques Silvestre**,
928 Ministério da Saúde; **Sarlene Moreira da Silva**, Coordenação das Organizações Indígenas da
929 Amazônia Brasileira – COIAB; **Sérgio Diego de França**, Organização Nacional de Cegos do Brasil –
930 ONCB; **Simone Maria Leite Batista**, Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação
931 Popular em Saúde – ANEPS; e **Shirley Marshal Diaz Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros –
932 FNE. Retomando, procedeu-se ao item 5 da pauta. **ITEM 5 – COMISSÕES INTERSETORIAIS DO**
933 **CNS. Grupos de Trabalho - Coordenação:** conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, da Mesa
934 Diretora do CNS; e conselheira **Francisca Rego**, da Mesa Diretora do CNS. Primeiro, a coordenação
935 da mesa submeteu à apreciação do Pleno três minutas cujo mérito foi aprovado na última reunião.
936 Primeiro, o coordenador da mesa fez a leitura da Recomendação nº 54, de 10 de novembro de 2017. O
937 texto é o seguinte: “Recomendação nº 54, de 10 de novembro de 2017. O Plenário do Conselho
938 Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Nonagésima Nona Reunião Ordinária, realizada nos dias 9 e
939 10 de novembro de 2017, em Brasília, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19
940 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº
941 141/2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, cumprindo as disposições da Constituição da
942 República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando que a
943 Seguridade Social é um conjunto de ações e instrumentos, que envolvem a saúde, a previdência social
944 e a assistência social, destinados a alcançar uma sociedade livre, justa e solidária, erradicar a pobreza
945 e marginalização, reduzir as desigualdades sociais e promover o bem de todos, sem preconceitos de
946 origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação, fruto da luta histórica da
947 sociedade brasileira, conforme diretrizes contidas no Art. 3º, da Constituição Federal de 1988;
948 considerando a definição de determinantes sociais de saúde dada pela Organização Mundial de Saúde
949 (OMS) quanto à influência das condições de vida, de qualquer natureza, na ocorrência de problemas de
950 saúde e fatores de risco à população; considerando o Art. 7º da Declaração Universal dos Direitos
951 Humanos de 1948 que afirma que “Todos são iguais perante a lei e, sem distinção, têm direito a igual
952 proteção da lei. Todos têm direito a proteção igual contra qualquer discriminação que viole a presente
953 Declaração e contra qualquer incitamento a tal discriminação”; considerando a Lei nº 13.146, de 06 de
954 julho de 2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão, destinada a assegurar e a promover, em
955 condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com
956 deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania; considerando o contido no Decreto nº 8.805, de
957 07 de julho de 2016, que alterou o Regulamento do Benefício de Prestação Continuada, aprovado pelo
958 Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007; e considerando a necessidade de que o próprio Governo
959 vá ao encontro das pessoas usuárias do INSS, idosas e com deficiência, nos mais longínquos rincões
960 do país, considerando suas dificuldades e especificidades para a garantia do direito à manutenção do
961 seu respectivo benefício. Recomenda: 1) Ao Ministério de Desenvolvimento Social (MDS), que promova
962 intensa campanha na imprensa do País sobre o prazo de comparecimento dos usuários idosos e com
963 deficiência ao INSS para inscrição no CAD Único até o dia 31 de dezembro de 2017, sob pena de
964 perda do Benefício; e 2) Ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), no sentido de que acione o
965 Ministério da Saúde, através dos agentes de saúde, o Ministério dos Transportes, o Ministério da
966 Educação e o Ministério da Defesa, através das Forças Armadas, no sentido de se fazer, em todo o
967 País, uma busca ativa das pessoas idosas e das pessoas com deficiência detentoras do Benefício de
968 Prestação Continuada (BPC), a fim de que possam realizar sua inscrição no CAD Único e
969 conseqüentemente manter seu benefício. Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua
970 Ducentésima Nonagésima Nona Reunião Ordinária, realizada nos dias 9 e 10 de novembro de 2017.”
971 **Deliberação: a recomendação foi aprovada por unanimidade.** Seguindo, leu a Moção de Apoio nº
972 023, de 10 de novembro de 2017: “O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima
973 Nonagésima Nona Reunião Ordinária, realizada nos dias 9 e 10 de novembro de 2017, em Brasília, no
974 uso de suas atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de
975 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141/2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de
976 2006, cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da
977 legislação brasileira correlata; e considerando que a Constituição Federal de 1988 prevê que os direitos
978 e garantias fundamentais são previsões de aplicação imediata (Art. 5º, §1º) e que “a saúde é direito de
979 todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do
980 risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua
981 promoção, proteção e recuperação” (Art. 196); considerando que o Conselho Nacional de Saúde tem
982 por finalidade atuar na formulação e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, inclusive
983 nos aspectos econômicos e financeiros, nas estratégias e na promoção do processo de controle social
984 em toda a sua amplitude, no âmbito dos setores público e privado (Art. 2º da Resolução CNS nº 407, de

985 12 de setembro de 2008); considerando as deliberações da 15ª Conferência Nacional de Saúde, que
986 reafirmam a importância da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), sendo fundamental para a
987 estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) no país; considerando que a Recomendação nº
988 35/2017 do CNS, que solicitava a não pactuação do texto da revisão da PNAB pela CIT, foi ignorado
989 pelos membros signatários da CIT; e considerando os pedidos de sustação feitos e apoiados pelo
990 Conselho Nacional de Saúde, constantes dos PDC nº 786/2017 (Câmara dos Deputados) de autoria do
991 Deputado Mandetta (DEM/MS) e outros; e o PDC nº 193/2017 (Senado) de autoria do Senador Cassio
992 Cunha Lima (PSDB/PB); e ainda o PDC nº 198/2017 (Senado), de autoria do Senador Humberto Costa
993 (PT/PE), relacionados a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde, que
994 altera a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização
995 da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Vem a público: manifestar apoio ao
996 Manifesto de Trabalhadores e Trabalhadoras, usuários e usuárias do Sistema Único de Saúde do Rio
997 de Janeiro de 3 de agosto de 2017. Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima
998 Nonagésima Nona Reunião Ordinária, realizada nos dias 9 e 10 de novembro de 2017.” **Deliberação: a**
999 **moção de apoio foi aprovada com três abstenções.** Seguindo, a Moção de Apoio nº 024, de 10 de
1000 novembro de 2017: “O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Nonagésima
1001 Nona Reunião Ordinária, realizada nos dias 9 e 10 de novembro de 2017, em Brasília, no uso de suas
1002 atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de
1003 dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141/2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006,
1004 cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação
1005 brasileira correlata; e considerando que a Constituição Federal de 1988 prevê que os direitos e
1006 garantias fundamentais são previsões de aplicação imediata (Art. 5º, §1º) e que “a saúde é direito de
1007 todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do
1008 risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua
1009 promoção, proteção e recuperação” (Art. 196); considerando a importância da valorização das
1010 iniciativas referentes ao aprimoramento da prática dos princípios da integralidade, equidade,
1011 universalidade à atenção e da avaliação da atenção integral à participação social e direitos universais
1012 de saúde, educação, transporte, trabalho e habitação e por consequência a avaliação biopsicossocial e
1013 multiprofissional das Pessoas com Deficiência/PcD; considerando a relevância da integração dos
1014 setores de educação, saúde, previdência social e trabalho; e considerando a necessidade do
1015 fortalecimento da Seguridade Social no desenvolvimento do SUS, que requer a integração de redes
1016 municipais intersetoriais de atenção integral à atenção das PcD, para não depender exclusivamente de
1017 financiamento federal. Vem a público manifestar apoio: **1) À atuação intersetorial da Coordenação da**
1018 **Saúde da Pessoa com Deficiência do Ministério da Saúde, que vem buscando a efetivação e o**
1019 **fortalecimento da Seguridade Social do Brasil, por meio da interlocução com o Conselho Nacional de**
1020 **Educação; o Conselho do Desenvolvimento Social (Benefício de Prestação Continuada); o Ministério do**
1021 **Planejamento e Orçamento (Subsistema Integral de Atenção à Saúde do Servidor Público); a Secretaria**
1022 **da Previdência Social (Recriação do Sistema de Reabilitação dos trabalhadores lesionados ou com**
1023 **deficiência), e o Ministério do Trabalho; e 2) À avaliação multiprofissional de Pessoas com Deficiência**
1024 **com critérios e disciplinas biopsicossociais em caráter integral e contrário à captura da avaliação como**
1025 **propriedade exclusiva de uma única profissão ou especialidade profissional. Plenário do Conselho**
1026 **Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Nonagésima Nona Reunião Ordinária, realizada nos dias 9 e**
1027 **10 de novembro de 2017.” Deliberação: a moção de apoio foi aprovada por unanimidade.**
1028 **Seguindo, procedeu-se à apresentação das comissões. 2) Comissão Intersetorial de Saúde Bucal –**
1029 **CISB/CNS – apreciação de duas minutas de recomendação.** A primeira recomendação é a seguinte:
1030 “Recomendação nº 000 de 8 de dezembro de 2017. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde - CNS,
1031 em sua Trecentésima Reunião Ordinária, realizada nos dias 7 e 8 de dezembro de 2017, e no uso de
1032 suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;
1033 pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de
1034 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da
1035 República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando que a
1036 Constituição Federal de 1988 determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido
1037 mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos
1038 e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação;
1039 considerando que a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe que estão incluídas no campo de
1040 atuação do Sistema Único de Saúde - SUS a execução de ações de ordenação da formação de
1041 recursos humanos na área da saúde; considerando que a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990,
1042 dispõe que o CNS, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por
1043 representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, atua na
1044 formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente,
1045 inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do
1046 poder legitimamente constituído em dada esfera do governo; considerando que a Educação a Distância

1047 - EaD já é um dispositivo aplicado nos cursos de graduação, conforme a Portaria nº 4.059, de 10 de
1048 dezembro de 2004, que autoriza as instituições de ensino superior a introduzir, na organização
1049 pedagógica e curricular de seus cursos superiores reconhecidos, a oferta de disciplinas integrantes do
1050 currículo na modalidade semipresencial, com base no Art. 81 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de
1051 1996, desde que esta oferta não ultrapasse 20% (vinte por cento) da carga horária total do curso;
1052 considerando que, neste caso, já é considerável o tempo para experimentar a metodologia e a
1053 tecnologia, em se tratando da área da saúde, tornando desnecessária uma formação em EaD para
1054 além dessa realidade; considerando o Decreto nº 8.754, de 10 de maio de 2016, que dispõe sobre o
1055 exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições de educação superior e
1056 cursos superiores de graduação e sequenciais no sistema federal de ensino; considerando que a oferta
1057 de cursos de graduação em Medicina, Odontologia, Psicologia e Enfermagem, inclusive em
1058 universidades e centros universitários, depende de autorização do Ministério da Educação (MEC), após
1059 manifestação do CNS; considerando a Resolução CNS nº 507, de 16 de março de 2016, que torna
1060 pública as propostas, diretrizes e moções aprovadas pelas delegadas e delegados na 15ª Conferência
1061 Nacional de Saúde, com vistas a garantir-lhes ampla publicidade até que seja consolidado o Relatório
1062 Final; considerando que as Diretrizes Curriculares Nacionais - DCN dos cursos de graduação da área
1063 da saúde têm em suas competências, habilidades e atitudes prerrogativas de uma formação para o
1064 trabalho em equipe de caráter multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar, à luz dos princípios do
1065 SUS, com ênfase na integralidade da atenção; considerando que a formação para o SUS deve pautar-
1066 se na necessidade de saúde das pessoas e, para tanto, requer uma formação interprofissional,
1067 humanista, técnica e de ordem prática presencial, permeada pela integração
1068 ensino/serviço/comunidade, experienciando a diversidade de cenários/espços de vivências e práticas
1069 que será impedida e comprometida na EaD; considerando a Resolução CNS nº 515, de 7 de outubro de
1070 2016, que torna público posicionamento do plenário do CNS contrário à autorização de todo e qualquer
1071 curso de graduação da área da saúde, ministrado totalmente na modalidade Educação a Distância -
1072 EaD, pelos prejuízos que tais cursos podem oferecer à qualidade da formação de seus profissionais,
1073 bem como pelos riscos que estes profissionais possam causar à sociedade, imediato, a médio e a
1074 longo prazos, refletindo uma formação inadequada e sem integração ensino/serviço/comunidade; e
1075 considerando que, no caso do disposto na Portaria nº 4.059, de 10 de dezembro de 2004, deve-se
1076 observar que não sejam abrangidos nesta modalidade de ensino as disciplinas de caráter assistencial e
1077 de práticas que tratem do cuidado/atenção em saúde individual e coletiva e que determina que as DCN
1078 da área de saúde sejam objeto de discussão e deliberação do CNS de forma sistematizada, dentro de
1079 um espaço de tempo adequado para permitir a participação, no debate, das organizações de todas as
1080 profissões regulamentadas e das entidades e movimentos sociais que atuam no controle social, para
1081 que o Pleno do Conselho cumpra suas prerrogativas e atribuições de deliberar sobre o SUS, sistema
1082 este que tem a responsabilidade constitucional de regular os recursos humanos da saúde. Recomenda:
1083 Ao Congresso Nacional: que regulamente, com urgência, o inciso III do Art. 200 da Constituição
1084 Federal, de modo a garantir que o processo de ordenamento da formação de recursos humanos para o
1085 SUS se consubstancie em competência objetiva das instâncias do SUS, conforme prevê a Carta
1086 Magna; e À Procuradoria Geral da República: que proponha Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI),
1087 junto ao STF, no sentido de anular os diversos atos administrativos (Decreto 9.057/2017, Portaria
1088 11/2017, dentre outras) que regulamentam a prevalência da modalidade à distância para formação dos
1089 trabalhadores de saúde, usurpando, deste modo, a competência constitucional do SUS para ordenar a
1090 formação dos seus trabalhadores e a competência legal do CNS para garantir a participação popular e
1091 o controle social no processo de construção das ações e políticas de formação para o trabalho em
1092 saúde.” Conselheiro **Pedro Ivo** ponderou que, da forma como escrita, a minuta não expressa que o
1093 CNS é contra a utilização da modalidade de ensino exclusivamente à distância na formação da
1094 graduação da área da saúde, portanto, em sendo aprovada, prejudicaria a utilização dessa modalidade
1095 na capacitação, formação técnica. **Deliberação: após considerações, o Plenário decidiu, por**
1096 **unanimidade, aprovar o mérito de recomendação do CNS que deixa claro o posicionamento do**
1097 **plenário do CNS contrário à autorização de todo e qualquer curso de graduação da área da**
1098 **saúde, ministrado totalmente na modalidade Educação a Distância – EaD. O novo texto seria**
1099 **submetido à apreciação do Pleno posteriormente.** A segunda Recomendação é a seguinte:
1100 “Recomendação nº 000 de 08 de dezembro de 2017. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde
1101 (CNS), em sua Trecentésima Reunião Ordinária, realizada nos dias 7 e 8 de dezembro de 2017, e no
1102 uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de
1103 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro
1104 de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da
1105 República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando que a
1106 Constituição Federal de 1988 determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido
1107 mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos
1108 e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação;

1109 considerando que a Lei nº 8.080, de 1990, ao dispor sobre as condições para a promoção, proteção e
1110 recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, determina, em
1111 seu Art. 37, que o CNS estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de
1112 saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada
1113 jurisdição administrativa; considerando que a Lei nº 8.142, de 1990, dispõe que o CNS, em caráter
1114 permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de
1115 serviços, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da
1116 execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e
1117 financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legitimamente constituído em dada
1118 esfera do governo; considerando que a Lei Complementar nº 141, de 2012, ao dispor sobre os valores
1119 mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e
1120 serviços públicos de saúde e estabelecer os critérios de rateio dos recursos de transferências para a
1121 saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas
1122 de governo determina que o Ministério da Saúde definirá e publicará, anualmente, utilizando
1123 metodologia pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e aprovada pelo CNS, os montantes a
1124 serem transferidos a cada Estado, ao Distrito Federal e a cada Município para custeio das ações e
1125 serviços públicos de saúde; considerando que o Decreto nº 7.508, de 2011 normatizou que o processo
1126 de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os
1127 respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a
1128 disponibilidade de recursos financeiros; considerando que a Portaria GM/MS 2.135, de 2013, ao
1129 estabelecer diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)
1130 determina como instrumentos para o planejamento o Plano de Saúde, as respectivas Programações
1131 Anuais e o Relatório de Gestão; considerando que as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal
1132 (PNSB), apresentadas pelo Ministério da Saúde em 2004, apontam como principais linhas de ação: a
1133 reorganização da Atenção Básica em Saúde Bucal (principalmente com a implantação das equipes de
1134 Saúde Bucal – ESB – na Estratégia Saúde da Família), a ampliação e qualificação da atenção
1135 especializada (especialmente com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas – CEO –
1136 e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias – LRPD) e a viabilização da adição de flúor nas
1137 estações de tratamento de águas de abastecimento público, bem como, a necessidade de articulação
1138 destas com outras ações intra e interministeriais; e considerando que diversas portarias normatizam a
1139 execução da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), dentre elas, a Portaria MS/GM nº 2.372/2009,
1140 que criou o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as equipes de Saúde Bucal na
1141 Estratégia Saúde da Família, a Portaria MS/GM nº 978/2012, que definiu valores de financiamento do
1142 Piso da Atenção Básica variável para as equipes de Saúde da Família, equipes de Saúde Bucal e aos
1143 Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica e a Portaria
1144 MS/GM nº 1.341/2012, que definiu valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos
1145 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Recomenda: ao Ministério da Saúde, Conselho
1146 Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselho Nacional de Secretários de
1147 Saúde (CONASS), Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde e às entidades que compõem as
1148 instâncias de controle social do SUS: 1 - Que o Ministério da Saúde encaminhe ao CNS, até janeiro de
1149 2018, para análise e discussão pela Comissão Intersectorial de Saúde Bucal do Conselho Nacional de
1150 Saúde (CISB/CNS), informações presentes na Programação Anual de Saúde (PAS) 2017, no Relatório
1151 Anual de Gestão (RAG) 2017 e no Relatório Detalhado do 2º Quadrimestre (RDQ) de 2017 relativas à
1152 Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), com detalhamento das ações e serviços realizados no setor,
1153 metas anuais, indicadores e previsão de alocação de recursos orçamentários no ano, informações
1154 sobre auditorias, rede física de serviços públicos de saúde e demais informações obrigatórias; 2 - Que
1155 o processo de análise, construção e acompanhamento da proposta de Programação Anual de Saúde
1156 (PAS) 2018 para a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) seja coordenado pela CISB/CNS em
1157 conjunto com a Coordenação Nacional de Saúde Bucal e outras áreas técnicas do MS, CONASS e
1158 CONASEMS; 3 - Que o Ministério da Saúde encaminhe ao CNS, até janeiro de 2018, para análise e
1159 discussão pela CISB/CNS, relatório detalhado discriminando a origem orçamentária e financeira da
1160 “economia” de recursos do SUS que, conforme anunciado pelo governo federal, no dia 13 de julho de
1161 2017, permitirá o “acréscimo” de R\$ 1,7 bilhão de reais nas ações e serviços de saúde, sendo, deste
1162 total, R\$ 344 milhões investidos em programas de saúde bucal; 4 - Que o Ministério da Saúde garanta
1163 a aplicação dos recursos supracitados e apresente ao CNS, até janeiro de 2018, para análise e
1164 discussão pela CISB/CNS, o calendário de execução, o plano de aplicação e a programação
1165 orçamentária e financeira destes recursos em ações e políticas de saúde bucal; 5 - Que o Ministério da
1166 Saúde inclua na PAS 2018, os recursos orçamentários e financeiros para a realização da 4ª
1167 Conferência Nacional de Saúde Bucal com o objetivo de avaliar as atuais políticas do setor e construir
1168 novas diretrizes que atualizem e façam avançar as políticas, programas e ações de saúde bucal; 6 -
1169 Que o Ministério da Saúde inclua na PAS 2018, os recursos orçamentários e financeiros para a
1170 elaboração e execução do Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal SB 2020 com o objetivo de

1171 atualizar e determinar as reais condições de saúde bucal da população brasileira e qualificar o processo
1172 de vigilância em saúde bucal; e 7 - Que os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, constituam e
1173 garantam o pleno funcionamento de Comissões Intersetoriais de Saúde Bucal em suas estruturas
1174 organizativas de modo a garantir o fortalecimento da participação popular na formulação e controle das
1175 políticas de saúde bucal.” Deliberação: **Deliberação:** após ponderações, o Pleno decidiu, por maioria,
1176 não aprovar a recomendação. O texto será convertido em ofício para ser encaminhado à área técnica
1177 do Ministério da Saúde. Na sequência, conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** sugeriu, em nome do
1178 FENTAS, duas propostas de moção para aprovação do mérito. Se aprovadas, os textos seriam
1179 apresentados no segundo dia de reunião: moção de reconhecimento, solidariedade e apoio à médica
1180 Edna Maria Niero, por ato ético e coerente com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da
1181 Trabalhadora e Política Nacional de Saúde Mental; e moção de repúdio pela despropositada condução
1182 coercitiva de que foi vítima o Reitor e assessores da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG),
1183 que merecem a nossa solidariedade e todo o nosso respeito. **Deliberação: em que pese as**
1184 **ponderações de falta de informações suficientes para votação, o Plenário aprovou o mérito das**
1185 **duas moções. Os textos seriam apresentados no segundo dia de reunião. 3)** Comissão
1186 Intersetorial de Atenção à Saúde das Pessoas com Patologias –CIASPP/CNS - conselheiro **Moysés**
1187 **Toniolo** Comissão enviou relatório com os encaminhamentos das reuniões (desde julho de 2017),
1188 inclusive solicitação de pauta, mas não obteve resposta. **4)** Comissão Intersetorial de Alimentação e
1189 Nutrição - CIAN – Informe. *Apresentação:* conselheira **Zaira Tronco Salerno**. Definido esse ponto, a
1190 mesa abriu a palavra para debate do informe do CONASEMS – indicação de novo representante para
1191 substituir o CONASEMS na Mesa Diretora do CNS a partir de janeiro de 2018 e debate sobre a nota
1192 CONASEMS. Atendendo à sugestão do conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**, o conselheiro
1193 **Geordeci Menezes de Souza**, na condição de coordenador da mesa, primeiro, abriu a palavra para
1194 considerações sobre a posição do CONASEMS de não mais compor a Mesa Diretora do CNS e indicar
1195 a Confederação Nacional da Indústria para assumir no lugar a partir de janeiro de 2018. Conselheira
1196 **Nelcy Ferreira da Silva** perguntou qual a posição das demais entidades que compõem o segmento
1197 dos gestores/prestadores de serviço sobre a indicação da CNI para substituir o CONASEMS na Mesa
1198 Diretora do CNS e se o CONASEMS participaria da próxima reunião da Mesa. Conselheiro **Neilton**
1199 **Araújo de Oliveira**, em resposta à pergunta da conselheira Nelcy Ferreira, lembrou que a Mesa
1200 Diretora do CNS é composta por representação dos três segmentos que compõem o CNS – usuários,
1201 trabalhadores da saúde e gestores/prestadores de serviço – e as indicações de representantes devem
1202 ser homologadas pelo Pleno do CNS. Esclareceu que o segmento de gestores/prestadores de serviços
1203 dispõe de duas vagas na Mesa Diretora do CNS (ocupadas por ele, representando o CNS e pelo
1204 conselheiro Arilson Cardoso, do CONASEMS, que entrou substituindo o conselheiro Jurandir Frutuoso,
1205 do CONASS, em uma programação de rodízio). Seguindo esse sistema de rodízio, o CONASEMS
1206 sairia e a CNI assumiria no seu lugar, conforme acordo prévio definido no segmento. Assim, propôs a
1207 homologação da substituição naquele momento, a fim de evitar ausência da representação dos
1208 gestores/prestadores na reunião da Mesa Diretora do CNS. Conselheiro **José Eri de Medeiros**, na
1209 tentativa de esclarecer ainda mais, informou que o conselheiro Arilson Cardoso, do CONASEMS,
1210 participaria da reunião da Mesa Diretora do mês de dezembro de 2017 e o Plenário deveria homologar
1211 a indicação naquela reunião a fim de garantir a participação do novo integrante a partir da reunião de
1212 janeiro de 2018 (até dezembro de 2018). Conselheiro **Moysés Toniolo** perguntou o que determina o
1213 Regimento Interno do CNS em casos como esse (saída de uma entidade da Mesa Diretora do CNS) e
1214 questionou se não deveria ter sido enviado documento prévio ao Conselho com esse comunicado.
1215 Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** interveio para dizer que compreendeu que já existia acordo no
1216 segmento dos gestores/prestadores de serviço de rodízio na representação da Mesa Diretora do CNS.
1217 Conselheira **Lenir Santos** explicou que o comunicado do CONASEMS já formalizava a substituição da
1218 entidade pela CNI na Mesa Diretora do CNS, todavia, o CONASEMS poderia enviar ofício ao CNS para
1219 protocolar a mudança. Conselheiro **José Eri de Medeiros** explicou que o CONASEMS poderia entregar
1220 ofício à Mesa Diretora do CNS formalizando a substituição pela CNI. Com esse esclarecimento, o
1221 coordenador da mesa submeteu à homologação do Plenário a indicação do conselheiro **Nelson**
1222 **Mussolini**, representante da CNI, para compor a Mesa Diretora do CNS, em substituição ao
1223 conselheiro Arilson Cardoso, representante do CONASEMS, de janeiro a dezembro de 2018.
1224 **Deliberação: aprovada, com um voto contrário e três abstenções, a indicação do conselheiro**
1225 **Nelson Mussolini, representante da CNI, para compor a Mesa Diretora do CNS, no período de**
1226 **janeiro a dezembro de 2018, em substituição ao conselheiro Arilson Cardoso, representante do**
1227 **CONASEMS.** Definido esse ponto, a mesa passou ao debate sobre a Nota do CONASEMS, lida pelo
1228 conselheiro José Eri de Medeiros, no período da manhã, durante os informes. De imediato, abriu a
1229 palavra ao conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, citado na nota, para
1230 considerações. O Presidente do CNS, conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, começou destacando
1231 que se vive momento de bastante tensionamento na sociedade brasileira e nos diversos espaços,
1232 portanto, é preciso ser responsável e formar alianças para se contrapor à avalanche de atraso no

1233 processo democrático de direito do povo brasileiro. Também pontuou que alimentar tensões sem
1234 debate aprofundado é fazer o jogo daqueles que não possuem compromisso com a democracia. Nessa
1235 lógica, começou os comentários sobre a Nota do CONASEMS elogiando elementos documento. O
1236 primeiro deles é o compromisso do CONASEMS, explícito na nota, com o controle social e a afirmação
1237 de que a entidade não declinará da participação no CNS, reforçando a necessidade do debate
1238 respeitoso para a construção da política pública de saúde. Destacou também o compromisso colocado
1239 pela entidade com os princípios do SUS: universalidade e integralidade. Por outro, falou sobre os
1240 conflitos estabelecidos e a manifestação do CONASEMS expressa conflito gestado e debatido no
1241 Conselho, um espaço da diversidade, de posições diferentes. No seu ponto de vista, por trás da
1242 questão principal trazida pelo CONASEMS está a polêmica concreta iniciada com a Proposta de
1243 Emenda Constitucional - PEC que terá forte impacto no custeio da atenção básica. Acrescentou que
1244 essa PEC, inclusive, acelerou o debate em torno da atenção básica e, desde novembro de 2016, o
1245 CNS está debatendo o impacto dessa Proposta (mais de 3 R\$ bilhões) que afetará os municípios.
1246 Salientou que a corporação dos secretários municipais está muito preocupada com esse impacto e
1247 essa preocupação é legítima. Recordou que o CNS tem aprofundado o debate deste tema, inclusive
1248 com criação de GT para aprofundar a discussão e tem participado de diversos espaços para debater as
1249 consequências da iniciativa e os melhores caminhos para enfrentar esse processo. Nessa linha,
1250 lembrou que esteve no Rio de Janeiro para debater o tema e o Conselho recebeu a representação dos
1251 agentes comunitários por diversas vezes para debate, construção de posicionamento. Em suma, disse
1252 que a atenção básica foi pauta nas últimas dez reuniões do Conselho (da 287ª RO a 397ª RO) e esses
1253 debates serviram de subsídio para proposição de três projetos de decreto legislativo: PDL do deputado
1254 Mandetta, do PDT; do deputado Cassio Cunha Lima, do PSDB; e do Humberto do Humberto Costa, do
1255 PT. Acrescentou que esses três projetos reafirmam os posicionamentos construídos no CNS a respeito
1256 do tema da atenção básica. Frisou que, na condição de Presidente do CNS, tem levado aos diferentes
1257 espaços a posição do Conselho a respeito do tema. Reiterou que a preocupação da corporação dos
1258 secretários municipais de saúde é legítima e o CNS é o espaço para debate dos diferentes olhares.
1259 Todavia, ponderou que, nesse momento, são várias as ameaças postas e a principal delas não é a
1260 preocupação do CONASEMS, nem a atenção básica, mas sim a asfixia financeira, o subfinanciamento,
1261 que está na origem desse processo. Salientou que as ações do CNS, inclusive o movimento contra a
1262 EC 86, visa, entre outras questões, enfrentar o problema da asfixia orçamentária enfrentada pelos
1263 secretários municipais de saúde (algumas secretarias municipais investem mais de 30% do orçamento
1264 na saúde). Disse que é preciso garantir debate respeitoso, deixando bastante claro os interesses
1265 envolvidos e debatendo as divergências. No seu modo de ver, o que está colocado nesse debate é a
1266 grave crise de subfinanciamento que passa o SUS e que tem impactado sobremaneira na função dos
1267 gestores. Finalizando, disse que é preciso dar continuidade à ação do CNS em torno desse debate,
1268 aprofundando os passos seguintes e apresentar à sociedade o que, de fato, o controle social defende.
1269 Por fim, disse que, na condição de Presidente do CNS tem se esforçado ao máximo para traduzir as
1270 deliberações do Colegiado do Conselho. Todavia, enquanto conselheiro, não abdicaria dos
1271 posicionamentos da entidade que representa e das suas opções ideológicas. Conselheiro **José Eri de**
1272 **Medeiros** fez uso da palavra para saudar o Presidente do CNS pela fala e pela interpretação da nota e
1273 da situação atual. Lembrou que o CONASEMS, entidade representante de mais de 5.500 municípios,
1274 convidará os candidatos à presidência para participar do encontro da entidade, em agosto de 2018, em
1275 João Pessoa, para debate. Além disso, salientou que era preciso esclarecer quaisquer dúvidas, inclusive
1276 para evitar a saída do CONASEMS do Conselho, o que teria impacto negativo nos enfrentamentos dos
1277 problemas da atual conjuntura e no processo eleitoral. Conselheiro **Heleno Rodrigues Corrêa Filho**,
1278 na sua fala, leu documento que manifesta a posição do CEBES sobre a nota CONASEMS: "O CEBES
1279 se posiciona em favor do fortalecimento do controle social do SUS especialmente no conselho. O
1280 CEBES se apresenta como uma instituição suprapartidária e supra setorial de estudos do setor saúde.
1281 O CEBES está à disposição do Conselho para participar de Comissões e grupos de trabalho e entende
1282 seu vínculo histórico tanto com os subsetores dos trabalhadores da saúde tanto dos subsetores dos
1283 usuários do SUS. O CEBES deseja apresentar pleno apoio ao CONASEMS para que dê continuidade a
1284 sua participação na instância máxima do controle social do SUS e continue entre outras instâncias a
1285 integrar, quando assim entender, a Mesa Diretora do Conselho. Dessa maneira, o CEBES manifesta o
1286 máximo respeito à representação histórica dos gestores junto ao controle social nas últimas décadas
1287 em que foi consolidada participação democrática direta em todas as instâncias de gestão segundo
1288 determinam a Constituição e as leis. O CEBES não se manifesta contra a participação de
1289 representantes do setor privado nas instâncias de participação social desde que representadas as
1290 proporcionalidades legais que as condicionam. Prestamos apoio às manifestações públicas do
1291 presidente do Conselho que tem se pautado pela defesa de políticas públicas de Estado e não de
1292 governo em favor do SUS, do respeito à Constituição de 1988 e contrária às emendas constitucionais,
1293 leis e portarias ministeriais que desfiguram o SUS, o financiamento público e desvalorizam o controle
1294 social representado no CNS. Lamentamos que o CONASEMS faça moção de censura ao presidente do

1295 conselho depois de ausentar-se de reuniões do pleno que discutiram os temas censurados e que tenha
1296 feito opção pelo enfraquecimento do controle social ausentando-se da Mesa Diretora do CNS. O
1297 CEBES também lamenta que a Comissão Intergestora Tripartite venha derogando a discussão no
1298 âmbito do Conselho em favor de políticas conjunturais de governo, contrárias às políticas públicas de
1299 Estado que constroem o SUS. Conclamamos à CIT que submeta suas decisões ao Plenário do
1300 Conselho em sinal de compartilhamento das decisões dos gestores com o segmentos de usuários no
1301 controle social.” Conselheiro **José Eri de Medeiros** interveio para dizer que não possuía posição
1302 contrária à moção do CEBES, mas discordava da relação feita entre a posição do CONASEMS e o
1303 rodízio na representação dos gestores na Mesa Diretora do CNS, fruto de um acordo já definido.
1304 Conselheiro **Wanderley Gomes da Silva** avaliou que o documento do CONASEMS apresenta
1305 posicionamento político preocupante, considerando a atual conjuntura do país e os ataques que o
1306 controle social vem sofrendo no Brasil. Contrapondo-se ao documento, citou a Declaração Universal
1307 dos Direitos humanos, de 1948, que no artigo 19 afirma “todo o ser humano tem o direito a liberdade de
1308 opinião e expressão. Esse direito inclui a liberdade sem interferência, ter opiniões e de procurar,
1309 receber e transmitir informações e ideias por quaisquer meios e independentemente de fronteiras”.
1310 Acrescentou que a liberdade de expressão é um direito fundamental consagrado também na
1311 Constituição Federal, artigo 5º, dos direitos e garantias fundamentais (“todas e todos cidadãos têm o
1312 direito a livre expressão de pensamento). Discordou especificamente do nono parágrafo do documento
1313 do CONASEMS (“O acirramento de posições nas reuniões do CNS tem inibido a apresentação de
1314 opiniões e posicionamentos, uma vez que, quando discordantes, levam a reações agressivas e
1315 desrespeitosas que dificultam o diálogo”), entendendo que não procedia. Finalizando, avaliou que o
1316 documento é uma tentativa de calar as vozes destoantes da atual força majoritária do país e um
1317 atentado à liberdade de expressão de personalidades jurídicas e públicas. Portanto, é preciso fazer
1318 uma reflexão sobre o conteúdo político da nota diante da atual conjuntura de desmonte do SUS e de
1319 fragilização do espaço do controle social enquanto espaço da democracia representativa. Conselheira
1320 **Maria da Conceição Silva**, diante do exposto, reafirmou, inicialmente, o compromisso do CNS em
1321 discutir a política pública de saúde e a necessidade de fortalecer o debate sobre o subfinanciamento
1322 da saúde. Manifestou preocupação com a posição do CONASEMS expressa na nota porque dá ideia
1323 de cerceamento de fala e lembrou que as diversas questões da saúde, inclusive as divergentes, são
1324 debatidas pelo Pleno. Por fim, reiterou o compromisso de continuar a luta em defesa do SUS, com
1325 enfrentamento dos ataques ao Sistema. Conselheira **Maria da Conceição Silva**, diante do exposto,
1326 reafirmou, inicialmente, o compromisso do CNS em discutir a política pública de saúde e a necessidade
1327 de fortalecer o debate sobre o subfinanciamento da saúde. Manifestou preocupação com a posição do
1328 CONASEMS expressa na nota porque passa ideia de cerceamento de fala. Além disso, lamentou esta
1329 posição da entidade, considerando o papel do CONASEMS como participe na construção do SUS e
1330 lembrou que as diversas questões da saúde, inclusive as divergentes, são amplamente debatidas e
1331 aprovadas pelo Pleno do Conselho. Por fim, reiterou o compromisso de continuar a luta em defesa do
1332 SUS, com enfrentamento dos ataques ao Sistema e frisou que a UNEGRO coloca-se em defesa do
1333 SUS, da democracia e da ampla participação social em um constructo da compreensão da saúde como
1334 um direito humano. Conselheiro **Cláudio Ferreira do Nascimento** começou avaliando que o
1335 documento do CONASMES representava um ataque à luta histórica dos trabalhadores por direitos e
1336 melhores condições de vida, ao Conselho como um todo e ao movimento de reforma sanitária, e não
1337 apenas ao Presidente do CNS. Nas suas palavras, não é a aprovação do piso nacional dos agentes
1338 comunitários de Saúde e de endemias que representa um ataque aos secretários municipais de saúde
1339 ou ao CONASEMS, mas sim a iniciativa do governo Temer de aplicar programa de ajuste fiscal, a falta
1340 de política de enfrentamento da tributação regressiva e a não cobrança de lucros e dividendos dos
1341 grandes empresários, banqueiros e ruralistas do país. Também argumentou que, ao contrário do que
1342 afirma o documento, a aprovação e pactuação da nova PNAB, sem debate aprofundado no CNS, não
1343 representa defesa do SUS, mas sim um ataque ao controle social, à participação popular, ao CNS.
1344 Finalizando, salientou que é preciso promover debate sobre o que é cogestão efetivamente, porque o
1345 CNS não pode ser um órgão “auxiliar” do governo na gestão da saúde e do SUS. Conselheiro **Moysés**
1346 **Toniolo**, primeiro, manifestou preocupação com o acirramento de debates internos por conta de conflito
1347 de interesse e pressões internas feitas, junto com outros órgãos de governo, sobre entidades
1348 corresponsáveis e parceiras na construção do SUS. Também disse que é preciso ver com cautela os
1349 debates da CIT e manifestou preocupação especialmente com a citação do documento do CONASEMS
1350 “... anterior a 1990”, uma época de ditadura em que o Conselho Nacional era um apêndice do Ministério
1351 da Saúde. No mais, ponderou que hoje os ataques não são meramente políticos, mas sim
1352 personalizados e, nessa linha, avaliou que o documento representa um afronta ao CNS e não apenas
1353 ao Presidente. Discordou também da afirmação que “o acirramento das posições nas reuniões do CNS
1354 tem inibido a apresentação de opiniões e posicionamentos” e que “há reações agressivas e
1355 desrespeitosas”, entendendo que desrespeitosa foi a aprovação da PNAB apenas na CIT e o
1356 enfraquecimento de políticas de saúde importantes para os usuários do SUS como o farmácia popular.

1357 Finalizou solicitando ao CONASEMS cuidado com as medidas adotadas que podem caminhar para
1358 deslegitimação do CNS, órgão máximo de deliberação do SUS e reiterando que as políticas a serem
1359 adotadas devem ser apreciadas e votadas no Pleno do Conselho. Conselheiro **José Vanilson Torres**
1360 **da Silva** começou sua fala destacando que a população de rua é um dos segmentos mais prejudicado
1361 com a adoção de medidas na assistência e na saúde que representam retrocesso. Antes de comentar
1362 propriamente o documento, perguntou se há previsão de rodízio na representação da Mesa Diretora do
1363 CNS. Sobre a nota do CONASEMS, frisou que, diferente do período anterior a 1990 (o CNS era um
1364 órgão consultivo do Ministério da Saúde), hoje o Conselho é deliberativo, portanto, a nova PNAB
1365 deveria ter sido submetida à aprovação do Colegiado do Conselho antes de ser pactuada na CIT e
1366 publicada. Ressaltou que a publicação e o início da implementação da nova Política já causaram
1367 demissões de agentes comunitários de saúde, contribuindo para piorar o problema da falta de acesso
1368 da população aos serviços de saúde. Para reflexão, perguntou o motivo de a nova PNAB não ter sido
1369 submetida à apreciação do Pleno do CNS, para amplo debate, antes da publicação. Por fim, apelou ao
1370 CONASEMS e demais integrantes da Tripartite que não adotem falácias para justificar a PNAB, pois a
1371 proposta é mais um retrocesso imposto ao povo brasileiro e apelou aos gestores que trabalhem para
1372 melhorar a saúde do Brasil. Conselheira **Carolina Abad**, primeiro, retificou que, diferente do colocado
1373 no documento, o Presidente do CNS em nenhum momento divulgou ou afirmou algo que não tenha
1374 sido aprovado em Plenário. Por outro, o governo/gestores tem sim agido de forma partidária. No seu
1375 ponto de vista, vive-se uma pseudodemocracia no país, lembrando inclusive que as decisões do
1376 Conselho, instância máxima de deliberação do SUS, não têm sido acatadas. Conselheira **Maria Laura**
1377 **Carvalho Bicca** avaliou que o momento atual é difícil uma vez que tem sido tomadas decisões
1378 segundo entendimento de grupos que estão na coordenação das entidades e lembrou o papel
1379 importante do CONASEMS, e do conselheiro José Eri de Medeiros, na construção do SUS. Em pese o
1380 respeito à deliberação do Pleno e ao conselheiro Mussolini, lamentou, diante do atual momento do país,
1381 a substituição do CONASEMS, entidade representa a totalidade dos municípios, na Mesa Diretora do
1382 CNS pela CNI, representante do segmento comercial/financeiro na sociedade. Conselheiro **Neilton**
1383 **Araújo de Oliveira** começou sua fala destacando que o Conselho é um espaço plural, deliberativo e o
1384 Pleno pode rever posicionamentos diante de fatos novos (no caso do Programa Farmácia Popular e da
1385 PNAB que estava vigente anteriormente, o Conselho foi contra e depois se manifestou a favor, o que
1386 não significa perder a legitimidade). No seu ponto de vista, é preciso avaliar a situação e verificar o que
1387 pode ser feito para melhorar/avançar. Destacou que foram feitas mudanças na forma do Conselho para
1388 otimizar os trabalhos e será feita revisão do Regimento Interno para avançar ainda mais. Na Mesa
1389 Diretora, adotou-se uma série de medidas para garantir maior resolutividade dos trabalhos. Ressaltou
1390 que qualquer conselheiro tem o direito de divergir ou contestar, todavia, isso deve ser feito com
1391 respeito. Nessa linha, lamentou a afirmação, no seu ponto de vista desrespeitosa, de que CONASEMS,
1392 CONASS ou Ministério da Saúde e seus representantes sejam traidores do SUS. Saliou que entre
1393 os gestores há posições favoráveis e contrárias à nova PNAB e recordou que o controle social é feito
1394 pelos três segmentos usuários, trabalhadores e gestor/prestador de serviço. Reconheceu a militância
1395 do Presidente do CNS, pessoa aguerrida, dedicada e idealista, todavia, ponderou que, por vezes,
1396 confunde o papel de Presidente de conselho, militante e Presidente da Mesa Diretora. Sobre a nota do
1397 CONASEMS, avaliou que se trata de manifestação honesta, dedicada e bem intencionada da entidade
1398 e, nesse debate, também destacou que é preciso reconhecer a pressão para ruptura, inclusive na
1399 gestão. Finalizando, disse que as manifestações no CNS devem seguir os seguintes princípios: 1)
1400 respeitar o direito de fala; 2) assegurar o direito à contestação ou divergência; e 3) não julgar as falas
1401 pois o esforço é voltado para construção. Conselheira **Sueli Terezinha Goi Barrios** começou sua fala
1402 frisando que todos os segmentos são importantes para a construção do SUS e, em nome da Rede
1403 Unida, expressou discordância com a nota assinada pelo CONASEMS por entender que o conteúdo
1404 corresponsabiliza todos conselheiros e tenta fragilizar o CNS, espaço de deliberação e participação
1405 social. Manifestou apoio e confiança à atuação do Presidente do CNS, eleito democraticamente e
1406 defendeu a diversidade de opiniões e a livre manifestação de todos, incluindo o Presidente. Conclamou
1407 a todos para refletir sobre o momento político que se vive de ataque e tentativa de desmonte do SUS e
1408 dos espaços de democracia participativa, como o CNS, e destacou a importância de manter a unidade
1409 em defesa da saúde do povo brasileiro e do fortalecimento da participação social. Saliou que é
1410 preciso serenidade e respeito para dialogar sobre os pontos que aproximam todos os segmentos,
1411 entendendo que as disputas de interesses e os conflitos fazem parte do processo. Todavia, ponderou
1412 que é um equívoco responsabilizar o presidente do CNS uma vez que as decisões dele não são
1413 individuais, pois representam o coletivo das entidades que compõem o Conselho, órgão importante que
1414 tem resistido aos ataques do desmonte do SUS. A coordenação de Plenárias de Conselhos,
1415 **Palmira Aparecida Rangel**, também discordou da nota do CONASEMS entendendo que o Presidente
1416 do CNS, eleito democraticamente, representa o Colegiado do Conselho. Saliou que todos os
1417 segmentos, inclusive os gestores, devem unir-se para enfrentar a tentativa de desmonte do SUS e para
1418 fortalecer o controle social. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva**, primeiro, destacou que estava em

1419 pauta o debate sobre a relação do CNS com o CONASEMS e estranhou a carta lida pelo conselheiro
1420 José Eri de Medeiros, dada a contribuição do CONASEMS para a construção e o fortalecimento do
1421 SUS. Apelou ao CONASEMS e também o CONASS para rever a discussão à luz da Carta do
1422 CONASEMS. Manifestou surpresa com o documento, principalmente por ser de uma entidade cúmplice
1423 do SUS e do CNS, mas destacou o trecho “não abrimos mão de participar do Conselho Nacional de
1424 saúde”, por entender que aponta para perspectiva do diálogo. Saliu que o Presidente do CNS
1425 expressa as decisões do Pleno do Conselho e apelou aos representantes do CONASS e do
1426 CONASEMS, na pessoa dos admiráveis representantes (José Eri Medeiros, Arilson Cardoso, Jurandir
1427 Frutuoso, Haroldo Pontes) a contribuir na revisão do que foi trazido ao CNS, para fortalecer ainda mais
1428 o Conselho, principalmente na atual conjuntura do país. Frisou que todos os segmentos devem unir-se,
1429 pois, ao contrário, todos podem perder, principalmente a sociedade. Conselheiro **Geordeci Menezes**
1430 **de Souza**, primeiro, reconheceu a importância do CONASS e do CONASEMS no Conselho e frisou que
1431 é preciso sempre priorizar o diálogo. Lembrou que o CONASEMS integra a Mesa Diretora do CNS,
1432 mas, em nenhum momento, a entidade solicitou espaço na Mesa para tratar das questões colocadas na
1433 nota. Na linha da conselheira Nelcy Ferreira, conclamou também o CONASEMS a somar esforços na
1434 defesa do SUS e principalmente do controle social nesse momento difícil de ameaça. No seu ponto de
1435 vista, a nota não contribui para luta travada no país e reiterou que as falas do presidente do CNS fora
1436 do Conselho são fruto de decisões do Pleno e da Mesa Diretora do CNS. Por fim, solicitou ao
1437 Presidente do CNS que dê continuidade à sua luta aguerrida na defesa do SUS e do controle social,
1438 entendendo que não se deve recuar e retroceder. Conselheiro **Giovanny Kley Silva Trindade** avaliou
1439 que a carta apresenta uma série de contradições, pois destaca como avanço a participação e a
1440 democracia e refere-se a momento anterior do CNS como espaço consultivo. Nas suas, representam
1441 ataques que afetam inclusive os gestores o desmonte do Programa Farmácia Popular, o congelamento
1442 de gastos, a retirada de direitos. Saliu que o debate não pode resumir-se apenas à questão
1443 financeira e reiterou que o CNS é um espaço democrático de debate, inclusive das contradições.
1444 Conselheiro **André Luiz de Oliveira**, em nome da CNBB, lamentou o documento do CONASEMS por
1445 entender que traduz uma censura impositiva e expressou seu testemunho pessoal sobre o empenho,
1446 dedicação e interesse do Presidente do CNS na luta e presença fiel e qualificada na defesa do SUS, do
1447 CNS e do controle social. Lembrou que o nome do conselheiro Ronald Ferreira foi aprovado por
1448 unanimidade para ocupar a presidência do Conselho e, apesar de posições divergentes sobre
1449 determinados temas, há convergência na defesa do SUS e da saúde pública do país. Por fim, afirmou
1450 que a CNBB reconhece, apoia e ratifica o CNS como único espaço deliberativo, constitucional, legítimo,
1451 qualificado e específico para acompanhar as políticas públicas, entre elas, a da saúde. Conselheiro
1452 **José Eri de Medeiros**, primeiro, disse que levaria à diretoria do CONASEMS a colocação de que o
1453 assunto deveria ter sido levado à Mesa Diretora do CNS e, posteriormente, trazido para o Pleno.
1454 Explicou que não responderia às falas por entender que eram manifestações legítimas das
1455 representações do Conselho, todavia, ressaltou que não poderia haver dúvidas sobre a
1456 responsabilidade do CONASEMS com o SUS e com o Conselho deliberativo, fruto da luta histórica da
1457 qual o CONASEMS fez parte. No mais, salientou que o rodízio na representação dos
1458 gestores/prestadores de serviços não possuía relação com o documento do CONASEMS, uma vez que
1459 se tratava de acordo do segmento. Conselheira **Francisca Rego** agradeceu a fala de todos,
1460 entendendo que o debate é um movimento também de fortalecimento do controle social e reforçou que
1461 todos os segmentos devem unir-se, mesmo divergindo, em defesa do SUS, da garantia de saúde de
1462 qualidade para população brasileira e da democracia. Conselheiro **José Vanilson Torres da Silva**
1463 solicitou maiores esclarecimentos sobre o rodízio de representações na Mesa Diretora do CNS.
1464 Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** reiterou que o rodízio da representação dos
1465 gestores/prestadores de serviço na Mesa Diretora é cultural e a mudança é submetida à aprovação do
1466 Pleno. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** acrescentou o segmento dos gestores/prestadores de
1467 serviço debate o rodízio da representação na Mesa Diretora do CNS e, NA oportunidade, colocou a
1468 vaga do Ministério da Saúde à disposição para rodiziar e as duas entidades decidiram que o Ministério
1469 deveria permanecer. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, para encerrar, solicitou ao conselheiro
1470 José Eri de Medeiros, enquanto representante do CONASEMS, que retirasse a foto da nota, por
1471 entender que levaria a debates desnecessários. Conselheiro **José Eri de Medeiros** reiterou que levaria
1472 à diretoria do CONASEMS a posição do Presidente do Conselho do CNS acerca da nota. Conselheiro **Neilton**
1473 **Araújo de Oliveira** salientou que os conselheiros precisariam ser mais fraternos e respeitosos com as
1474 diferentes posições, pois todos possuem objetivo comum de fortalecer o SUS. Conselheiro **Moyisés**
1475 **Toniolo**, finalizando, sugeriu que eventuais queixas sejam trazidas ao CNS para serem esclarecidas.
1476 **ITEM 6 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE FINANCIAMENTO E ORÇAMENTO – COFIN -**
1477 *Apresentação:* **Arinaldo Bomfim Rosendo**, Subsecretário Subsecretaria de Planejamento e
1478 Orçamento – SPO/SE/MS; conselheiro **Wanderley Gomes da Silva**, coordenador da COFINC/CNS; e
1479 **Francisco Funcia**, assessor técnico da COFIN. *Coordenação:* conselheiro **André Luiz de Oliveira**, da
1480 Mesa Diretora do CNS e coordenador adjunto da COFIN. Iniciando, o coordenador da mesa pontuou os

1481 assuntos que seriam tratados neste ponto: informes gerais; análise preliminar da PLOA 2018 – MS; e
1482 calendário de reuniões da COFIN/CNS em 2018. Conselheiro **Wanderley Gomes da Silva** informou
1483 sobre o manifesto do Sindicato do Sistema Nacional de Auditoria do SUS – SINASUS/Unasus
1484 endereçado ao Ministro de Estado da Saúde, Ricardo Barros sobre a gestão do atual Diretor do
1485 Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde – DENASUS/SEGEPE/MS e moção de
1486 repúdio. Conselheira **Eliane Maria Nogueira de Paiva Cunha**, representante do SINASUS, salientou
1487 que o manifesto denuncia os fatos preocupantes e ameaçadores para o futuro da auditoria das ações e
1488 serviços públicos de saúde, decorrentes do excesso de formalismo, falta de conhecimento e vivência do
1489 SUS, centralização excessiva do atual Diretor do Departamento Nacional de Auditoria do SUS –
1490 DENASUS/SEGEPE/MS. Solicitou aos conselheiros que tomem conhecimento do manifesto e da moção
1491 de repúdio e apoiem o movimento da categoria contra o momento que se vive de desconstrução da
1492 auditoria do SUS. Na oportunidade, conselheiro **Moyisés Toniolo** solicitou à Mesa Diretora que fosse
1493 pautado debate sobre a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS -
1494 ParticipaSUS, especificamente execução financeira e metas. Na sequência, o assessor técnico da
1495 COFIN/CNS, **Francisco Funcia** procedeu à apresentação da análise preliminar da PLOA 2018 – MS.
1496 Primeiro, apresentou tabela com evolução de 2015 a 2018 com parâmetros (população, receita corrente
1497 líquida, PIB, variação do IPCA) e destacou os seguintes dados: **a)** “valor empenho per capita a preço de
1498 2018”: MS/ASPS 2018 – R\$ 116, 824, o que representa R\$ 556 *per capita* – valor menor que o de
1499 2015, maior que 2016, menor que 2017; **b)** participação na receita corrente líquida: em 2018, 14,91%; e
1500 **c)** participação da despesa federal com saúde em relação PIB: tendência de queda projetada para
1501 2018 (abaixo de 1,7%). Na comparação da LOA 2017 e o PLOA 2018, em relação aos ASPS, destacou:
1502 ASPS sem emendas – LOA 2017: R\$ 104.840.259.297; PLOA 2018: R\$ 112.437.439.959 –
1503 crescimento de 7,25%; ASPS emendas – queda na alocação em 2018 de 36,41% em comparação a
1504 LOA 2017; APS total – LOA 2017: R\$ 115.190.138.769; PLOA 2018: R\$ 119.018.497.114 –
1505 crescimento de 3,32%. Na distribuição de valores, consolidado – PLOA 2018 X PLOA 2017 - Pessoal,
1506 Benefícios e Sentenças Judiciais - ASPS E NÃO ASPS, destacou: Pessoal Ativo: queda de 9,17%;
1507 pessoal inativo: projeção de acréscimo de 11,75%; Benefícios – queda de 1,5%; Sentenças Judiciais –
1508 1,08%. Ainda sobre o consolidado – PLOA 2018 X PLOA 2017 - Outras Despesas Correntes e Capital –
1509 OCC ASPS (em R\$ 1,00 – valores nominais), destacou a seguinte alocação: Fundo Nacional de Saúde
1510 - FNS - crescimento de 9%; Secretaria de Atenção à Saúde – SAS - crescimento de 10%; Secretaria de
1511 Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE: crescimento de 8,7%; Secretaria Executiva –
1512 SE- crescimento de 8%; Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI – queda de 4,8%; Secretaria
1513 de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP - queda de 19,84%; Secretaria de Gestão do Trabalho e
1514 da Educação na Saúde – SGTES – aumento de 5,74%; Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS –
1515 aumento de 12,70%; Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS – crescimento exponencial;
1516 Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA- queda de 21,93%; Fundação Oswaldo Cruz –
1517 FIOCRUZ – queda de 13,68%; Fundação Nacional de Saúde – FUNASA – queda de 7,56%; Hospital
1518 Nossa Senhora da Conceição S.A. – GHC – aumento de 294%. Seguindo, apresentou quadro com
1519 reclassificação de Ações Orçamentárias informada pela SPO/MS, alertando que houve agrupamento de
1520 ações e é preciso considerar essa questão na avaliação da PLOA 2018. Explicou, de um modo geral,
1521 que a proposta do MS para 2018 é centralizar o repasse financeiro em seis contas, com livre
1522 movimentação interna, mas com comprovação de cumprimento do pactuado. Por fim, fez breves
1523 esclarecimentos sobre as tabelas para facilitar a análise dos conselheiros posteriormente. Na
1524 sequência, o Subsecretário da SPO/SE/MS, **Arionaldo Bomfim Rosendo**, apresentou a Proposta
1525 Orçamentária - PLOA 2018 do Ministério da Saúde. Começou a sua exposição, explicando que na
1526 PLOA 2018 são previstos R\$ 130,6 bilhões para o Ministério da Saúde, distribuídos da seguinte
1527 maneira: a) ASPS, programação própria: R\$ 112,6 bilhões; b) ASPS, reserva para emendas
1528 obrigatórias: R\$ 6,6 bilhões; e c) demais ações: R\$ 11,4 bilhões. Explicou que o piso constitucional para
1529 Ações e Serviços Públicos de Saúde – ASPS, definido pela EC 95/2016, é R\$ 118,1 bilhões. A
1530 propósito, lembrou que a regra para cálculo é o piso de 2017 corrigido pelo IPCA de julho de 2016 a
1531 junho de 2017. Sendo assim, a Receita Corrente Líquida - RCL 2017 prevista era R\$ 764,6 bilhões
1532 (Relatório de Avaliação de Receitas e Despesa Primárias do 3º Bimestre); Piso 2017: 15% da RCL
1533 prevista, R\$ 114,7 bilhões; IPCA de julho de 2016 a junho de 2017: 3%. Assim, o piso estimado 2018 é
1534 R\$ 114,7 bilhões do Piso 2017 mais 3% do IPCA, totalizando R\$ 118,1 bilhões. Disse que a PLOA 2018
1535 enviada ao Congresso Nacional é R\$ 119,2 bilhões em ASPS, sendo: R\$ 112,6 bilhões em
1536 programação própria, R\$ 4,4 bilhões em reserva para emendas individuais de execução obrigatória e
1537 R\$ 2,2 bilhões em reserva para emendas de bancada de execução obrigatória. Sobre a evolução das
1538 Propostas Orçamentária do Ministério da Saúde entre 2016 e 2018 – ASPS, destacou: 2016 – R\$ 99,6
1539 bi; 2017 – R\$ 104,8 bi; e 2018 – R\$ 112,6 bi. Afora essa questão, esclareceu que o MS trabalhou para
1540 reduzir, com base na legislação vigente, as ações orçamentárias dos seis blocos (“contas financeiras”)
1541 de transferências de recursos, visando melhor utilização dos recursos repassados a estados e
1542 municípios. A título de transferência, é definido plano orçamentário com valor específico. No caso da

1543 atenção básica, disse que houve redução de recursos, ao contrário, buscou-se aumento. Na assistência
1544 farmacêutica, disse que não foi possível unificar, assim, estão mantidas as duas ações orçamentárias
1545 (ressarcimento dos medicamentos no componente especializado e pagamento *per capita* da Farmácia
1546 Básica). Sobre vigilância em saúde, recurso antes na ANVISA foi alocado no FNS na ação específica
1547 de vigilância sanitária. Também foi feita a junção da vigilância epidemiológica e vigilância de ações
1548 relativas a AIDS e foram criados dois planos orçamentários: registro da vigilância epidemiologia e
1549 registro da vigilância de ações relativas a AIDS. Ainda sobre o MAC, disse que em 2018 haverá uma
1550 única ação com três planos orçamentários: um para o teto da alta e média complexidade, um para o
1551 FAEC e um para o SAMU, impedindo assim a paralisação ou desfinanciamento de serviços. Esclareceu
1552 ainda que, no caso de unificação de contas de repasse de recursos do MS para os municípios (conta
1553 única para cada ente), será necessário maior controle. Além disso, para facilitar o controle, esses entes
1554 precisam definir ações correspondentes às do Ministério da Saúde. Afora essas questões, frisou que o
1555 orçamento de 2018 atendeu todas as demandas apresentadas pelas áreas técnicas do MS (R\$ 10
1556 bilhões de emendas foram distribuídos nas ações com necessidade de maior aporte de recursos). Por
1557 fim, disse que ADI 5.595, apresentada ao STF, ainda será votada. O assessor técnico da COFIN,
1558 **Francisco Funcia**, solicitou a posição do Subsecretário da SPO sobre os R\$ 928 milhões de Restos a
1559 Pagar cancelados em 2017 que deveriam ser compensados em 2018 e perguntou a visão do Ministério
1560 da Saúde acerca dos R\$ 429 milhões cancelados em 2015 e não compensados em 2016. No mais,
1561 disse que é preciso continuar a luta em favor da ADI nº. 5.595, a fim de evitar a redução de recursos
1562 para o SUS de um ano para o outro. O Subsecretário da SPO/SE/MS, **Arinaldo Bomfim Rosendo**,
1563 respondeu que Acórdão do TCU definiu, em relação à execução de 2016, que os R\$ 485 milhões não
1564 repostos por serem anteriores à Lei nº. 141 (anteriores a 2014) ficaram aquém dos R\$ 10 bilhões
1565 aplicados acima do mínimo constitucional em 2016. Todavia, o Acórdão foi encaminhado ao Ministério
1566 da Fazenda e ao Ministério do Planejamento solicitando posicionamento e o Tribunal tomará decisão
1567 final sobre a questão. Assim, o Ministério da Saúde cumprirá a decisão do Tribunal. No mais, lembrou
1568 que o TCU posicionou-se no sentido de que HEMOBRÁS e REHUF não poderiam ser mais
1569 contabilizados para efeitos de ações e serviços públicos. Além disso, informou que os Restos a Pagar
1570 de 2016 (R\$ 400 milhões) já foram repostos na ação do MAC. **Manifestações.** Conselheiro **Moysés**
1571 **Toniolo** questionou a nova metodologia de repasse de recursos do MS para municípios e perguntou
1572 como será a regulamentação por parte do Ministério da Saúde. Quis saber por que os R\$ 400 milhões
1573 de Restos a Pagar foi direcionado para o MAC e não para a atenção básica, vigilância em saúde ou
1574 assistência farmacêutica. Conselheiro **Luiz Aníbal Vieira Machado** disse que os valores destinados ao
1575 SAMU, por exemplo, não chegam aos municípios e usuários estão morrendo por falta de recursos para
1576 garantir os serviços de saúde. Conselheiro **Cláudio Ferreira do Nascimento** apresentou os seguintes
1577 questionamentos: por que o IPCA não é utilizando no cálculo da PLOA 2018, conforme define a EC nº.
1578 95? Como fica a aplicação dos recursos do pré-sal? A respeito da economia do Ministério da Saúde em
1579 2107 de R\$ 1,7 bilhão, quis saber de onde foi proveniente, como foi incluída na PLOA 2018 e onde
1580 esse valor será investido? Conselheiro **José Eri de Medeiros** indagou se haverá controle do MS sobre
1581 os recursos repassados aos municípios e se os novos incentivos serão controlados. Conselheiro
1582 **Neilton Araújo de Oliveira** salientou que é preciso definir estratégias de mobilização direcionadas ao
1583 Ministério do Planejamento e ao Congresso Nacional com vistas a aumentar o orçamento da saúde.
1584 Lembrou inclusive que a judicialização retira recurso da saúde e perguntou o que fazer para onerar
1585 menos o setor. Conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo** também reforçou que o gasto proveniente
1586 de judicialização não deve ser pago com o orçamento da saúde. Sobre o orçamento, perguntou se
1587 equipes de saúde inconsistentes perderão recursos ou o montante de recurso será assegurado.
1588 **Retorno da mesa.** O Subsecretário da SPO/SE/MS, **Arinaldo Bomfim Rosendo**, explicou que o MS
1589 não acatou a proposta de reduzir a uma única ação orçamentária as transferências deste Ministério aos
1590 municípios. Com o objetivo de reduzir o acúmulo de saldos não utilizados nos fundos locais de saúde, a
1591 CIT solicitou a unificação das ações orçamentárias utilizadas para repasses fundo a fundo de custeio e
1592 criação de nova subfunção (“rateio de recursos para ASPs”), que viabilizasse a ação única. Todavia, a
1593 proposta não foi acatada pelo Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, por considerá-la
1594 incompatível com requerimentos legais e de transparência do gasto público. Além disso, a subfunção
1595 proposta contraria padrões contábeis internacionais das contas públicas. Sendo assim, o MS reduziu as
1596 ações dentro do permitido pela legislação atual. Disse que o MS solicitou ao Ministério do Planejamento
1597 a reposição dos R\$ 400 milhões de Restos a Pagar e esse montante foi incluído no MAC que ainda
1598 dependia de crédito a ser aprovado pelo Congresso Nacional (PAB de dezembro de 2017 estava pago
1599 (R\$ 403 milhões)). Também destacou que a PLOA 2018 dispõe de recursos para dar conta das
1600 demandas da saúde. O assessor técnico da COFIN, **Francisco Funcia**, explicou que o IPCA, que
1601 serve de referência para atualizar o piso da saúde, é de 3% e a projeção de inflação para 2018 é de
1602 4%, assim, no caso de correção pelo IPCA, haverá perda. Continuando, sobre a economia do Ministério
1603 da Saúde de R\$ 1,7 bilhão, o Subsecretário da SPO/SE/MS explicou que trabalho do Departamento da
1604 Economia da Saúde detalha as ações do Ministério da Saúde para redução dos gastos das despesas.

1605 Entre essas ações, destacou a negociação com laboratórios que permitiu economia na compra de
1606 medicamentos. Sobre os incentivos atuais e novos, para melhor entendimento, citou, por exemplo, que
1607 o incentivo repassado pelo MS aos municípios para manutenção dos leitos da rede cegonha deve ser
1608 aplicado na MAC. Porém, o município precisa justificar que os leitos, para os quais recebeu recurso,
1609 estão funcionando. Sobre a atenção básica, disse que é composta por dois principais recursos: PAB e
1610 PSF. No caso do Programa, o MS paga somente pela equipe que está funcionando, conforme
1611 informado pelo município. Sobre a judicialização, destacou que é preciso seguir a legislação vigente e
1612 esclareceu que a LC 141, que regulamenta o que pode ser considerado ASPS, define que os gastos
1613 com judicialização é contável para o mínimo. Além disso, destacou que o MS irá somar os incentivos
1614 que estados e municípios recebem do MS na MAC e será definido “teto para MAC”. Na sua fala, o
1615 assessor técnico da COFIN pontuou as seguintes questões: é preciso definir mecanismo para
1616 acompanhamento sistemático das alterações orçamentárias (realocações); no debate do orçamento de
1617 2017 no CNS, foi observada a insuficiência de recurso para o MAC, assim, buscou-se mais recursos; o
1618 CNS pode solicitar informação ao MS como se deu a alocação do recurso proveniente da economia de
1619 R\$ 1,7 bi (ajudou a resolver que problema orçamentário?); reconhecimento do trabalho aguerrido do
1620 Subsecretário da SPO; o MS precisa prestar contas ao TCU e ao CNS ; 15% da RCL já valia para 2016
1621 por conta da EC 95; MS pode respeitar a posição do TCU, mas não pode desconsiderar o
1622 entendimento do CNS (mínimo para RCL de 2016 é 15% e faltou mais de R\$ 1 bilhão a ser
1623 compensado). O Subsecretário da SPO/SE/MS lembrou que, na condição de servidor público, deve
1624 seguir a legislação vigente e o cumprimento é fiscalizado pela CGU e pelo TCU. Na sequência,
1625 conselheiro **André Luiz de Oliveira** submeteu à apreciação do Pleno o calendário de reuniões da
1626 COFIN/CNS em 2018: janeiro - 23 e 24; fevereiro - 15 e 16; março - 8 e 9; abril - 5 e 6; maio - 17 e 18;
1627 junho - 21 e 22; julho - 19 e 20; agosto - 23 e 24; setembro - 20 e 21; outubro - 18 e 19; novembro - 22
1628 e 23; e dezembro - 18 e 19. **Deliberação: aprovado o calendário de reuniões da COFIN/CNS em**
1629 **2018. ITEM 7 – O COMBATE DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E DO HIV/AIDS**
1630 - *Apresentação:* **Ivo Ferreira Brito**, colaborador do Departamento das IST, do HIV/Aids e das Hepatites
1631 Virais – DIAVH/SVS/MS; e **Carla Regiane Diana**, Presidente da Articulação Nacional de Luta Contra a
1632 Aids – ANAIDS. *Coordenação:* conselheira **Francisca Rego**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheiro
1633 **Moysés Toniolo**, coordenador da Comissão Intersectorial de Atenção à Saúde das Pessoas com
1634 Patologias – CIASPP. O primeiro expositor foi o colaborador do DIAVH/SVS/MS, **Ivo Ferreira Brito**,
1635 que iniciou agradecendo a oportunidade de apresentar o cenário do HIV/AIDS ao Pleno do Conselho,
1636 entendendo que a contribuição do CNS é valiosa no processo de luta para vencer a epidemia. Em
1637 relação ao panorama do HIV/AIDS no Brasil, apontou, inicialmente, mudança do perfil da epidemia de
1638 AIDS, de 2011 a 2016. Nesse sentido, chamou a atenção para os seguintes aspectos: até 2011,
1639 notificavam-se casos de AIDS e não do HIV; crescimento dos casos de HIV, o que indica o aumento da
1640 detecção de casos (bom funcionamento da vigilância); queda nos números de detecção dos casos de
1641 AIDS; queda da transmissão vertical do HIV; manutenção do padrão de mortalidade (dado mais
1642 preocupante); de 2011 a 2016 padrão de mortalidade por AIDS se mantém, com leve queda. Além
1643 desses aspectos, disse que duas regiões se destacam no aumento de número de casos e de mortes
1644 precoces: Sul, sobretudo Santa Catarina e Rio Grande do Sul, e Região Norte. Falou da preocupação
1645 com a diferença entre número de pessoas diagnosticadas e as em tratamento, pois há um
1646 descompasso nessa relação que preocupa. Disse que houve crescimento substantivo do diagnóstico do
1647 teste rápido, mas persiste resistência para incorporar essa estratégia no serviço de atenção. Também
1648 pontuou aumento de ingresso na primeira dispensa do tratamento, mas queda desse percentual a
1649 medida que se avança. No caso da AIDS por faixa etária, reiterou que houve mudança do perfil, com
1650 queda entre mulheres em geral (leve crescimento na faixa etária jovem); e aumento significativo em
1651 jovens do sexo masculino (entre 15 e 29 anos). Ao observar o dado desagregado, Aids por categoria de
1652 exposição, observa-se crescimento no grupo entre homens que fazem sexo com homem (HSH) e
1653 bissexuais; e queda entre heterossexuais. Na prevalência de HIV entre homens em geral e gays e
1654 outros HSH, o crescimento é mais acentuado na população mais jovem. Destacou também a
1655 prevalência de HIV entre homens em geral e gays e outros HSH - 2016 – 0,5% na população em geral;
1656 18,4% entre gays e homens que fazem sexo com homens (HSH); 9,4% na faixa etária de 18 a 24 anos
1657 de HSH; e 9,4% de prevalência entre jovens que fazem alistamento. Diante desse quadro, disse que é
1658 preciso direcionar as ações de prevenção para o segmento da população jovem. Sobre o uso regular
1659 do preservativo, entre 2004 e 2013, observa-se variação entre 2004 e 2008, com queda pequena na
1660 população jovem e aumento na população acima dos 25 anos. Apresentou também a agenda
1661 estratégica para população chave: certificação de serviços de saúde - Projeto Piloto “Estigma Zero”;
1662 equipes de saúde capacitadas para acolher e atender as especificidades das populações; *Pop-ups* para
1663 aplicativos de encontros da população gay; oficinas para construção de materiais de comunicação com
1664 a participação das populações-chave; capacitação e formação de trabalhadores de saúde e população
1665 chave; reestruturação dos Centros de Testagem e Aconselhamento - CTA; ampliação da estratégia
1666 “Viva Melhor Sabendo”; e implantação da Profilaxia Pré-Exposição – PrEP (a partir de janeiro de 2018).

1667 Por último, reiterou a queda da transmissão vertical do HIV e decréscimo da proporção de crianças
1668 expostas. Afora essa questão, destacou a estratégia do Ministério da Saúde de Certificação Municipal
1669 da Eliminação da Transmissão Vertical do HIV, que visa mostrar à sociedade os municípios que estão
1670 realizando trabalho nessa área. Na sequência, a Presidente da ANAIDS, **Carla Regiane Diana**, fez
1671 uma explanação sobre o combate das infecções sexualmente transmissíveis (IST) - HIV/AIDS.
1672 Começou explicando que o XIX Encontro Nacional de ONGs, Redes e Movimentos de Luta contra Aids,
1673 realizado de 11 a 14 de novembro de 2017, em Natal RN, aprovou Carta Política, fruto de discussões e
1674 reflexões feitas a partir da realidade e do atual momento vivido no Brasil. Explicou que a principais
1675 queixas apresentadas durante a atividade foram desmonte do SUS, descaso com o enfrentamento da
1676 epidemia de AIDS e aumento do preconceito e do estigma às (PVHA) e seus entornos sociais. Disse
1677 que a AIDS cresce no Brasil e a cada 15 minutos um novo caso de Aids é registrado no país – novos
1678 casos sem tratamento, sem assistência, sem atenção, sem cuidado. Acrescentou que, diariamente,
1679 pelo menos 34 pessoas morrem por causa da doença. Ainda em relação aos novos casos, destacou
1680 que não há estratégia clara para levar tratamento a mais de 260 mil pessoas que sabem que são HIV-
1681 positivas e ainda não se beneficiam das terapias com antirretrovirais. Salientou ainda que adolescentes
1682 e jovens brasileiros nunca estiveram tão vulneráveis. Em dez anos, os casos de AIDS mais que
1683 dobraram na faixa etária de 15 a 24 anos. No ambiente escolar, destacou o silêncio sobre sexualidade,
1684 noção de risco, gênero e preconceito, temas fundamentais para dialogar sobre Aids com jovens. Diante
1685 deste cenário, disse que a atuação das ONGs, Redes e Movimentos de Luta contra Aids se pauta pelos
1686 princípios da solidariedade e Direitos Humanos. Também defende a universalidade, integralidade,
1687 igualdade e equidade do sistema de saúde, como princípios basilares do SUS, os quais são priorizados
1688 e valorizados. Nesse sentido, apontou os eixos principais de atuação do movimento para os próximos
1689 dois anos, que pautarão as mobilizações, pessoas envolvidas na resposta brasileira de luta contra a
1690 AIDS: **a)** prevenção: direito de todos e todas - acesso universal às tecnologias de prevenção a toda
1691 população; estratégias diferenciadas a populações em situação de maior vulnerabilidade, valorizando a
1692 educação entre pares; e proporcionar condições de escolhas e estratégias de adesão; **b)** assistência:
1693 somente um SUS forte garante qualidade de vida: A qualidade da assistência universal e integral é
1694 fundamental para o enfrentamento de todo o processo de diagnóstico; Tratamento e estabilidade do
1695 quadro de saúde das pessoas vivendo com HIV AIDS - PVHA - autonomia respeitada em todo
1696 processo; sistema público de saúde forte, integrado com demais políticas – SUS e SUAS; olhar
1697 especial aos coinfectados com tuberculose, principal causa de mortes entre PVHA; **c)** sustentabilidade
1698 política, econômica, financeira e técnica, programática: ameaça do fim dos blocos dos financiamentos,
1699 a partir da portaria 1.091/17, agravado pelo congelamento de investimentos implementados pela EC/95;
1700 medidas que retiram recursos aplicados na saúde e prejudicam a manutenção e ampliação de ações de
1701 prevenção e assistência, nas ONGs principalmente no momento em que a AIDS atinge populações
1702 historicamente excluídas e marginalizadas; e o financiamento da sociedade civil é parte fundamental da
1703 resposta à aids. A Política de Incentivo é essencial para o enfrentamento da epidemia da AIDS no país:
1704 mantém discussões e ações nos estados e municípios prioritários, trazendo outros benefícios além do
1705 financeiro, este muitas vezes limitado e insuficiente. O término desta modalidade pode resultar na
1706 extinção de programas estaduais e municipais, bem como a desarticulação da resposta comunitária,
1707 configurando-se em risco iminente de transformar uma epidemia que está concentrada em uma
1708 epidemia generalizada; **d)** combate ao conservadorismo e fundamentalismo, ao estigma e à
1709 discriminação: constantes ameaças à democracia, inflamam o conservadorismo que se revela perverso
1710 limitando direitos, condenando populações e impedindo o exercício do livre pensamento e do livre agir -
1711 defesa pela diversidade e luta cotidiana contra qualquer opressão e retrocesso; e combate a toda
1712 discriminação, preconceito e estigma direcionado às PVHA, além do necessário debate em torno da
1713 sexualidade e gênero; **e)** incidência Política: nossa Missão e Nosso Poder! A atuação do Movimento
1714 Nacional de Luta Contra a AIDS está centrada no controle social, no acompanhamento e proposição de
1715 políticas públicas e na defesa da seguridade social - conceito aos princípios que sustentam o Estado
1716 Democrático do Direito, pautado na saúde, previdência e assistência social. Também destacou a
1717 importância da participação qualificada em espaços, levando a voz de quem vive cotidianamente o
1718 descaso de um Estado que tem como função constitucional garantir a saúde como “direito de todos”.
1719 Acrescentou que a luta política não se limita a atuação partidária ou ideológica, mas se firma como um
1720 marco de transformação social e, por consequência, de solidariedade e construção de novas
1721 realidades. Por fim, disse que “O nome da cura da Aids é Vida” (Herbert de Souza, 1994) e frisou que o
1722 Movimento atua em busca de vida com qualidade, promovendo cidadania, valorizando a
1723 autodeterminação das pessoas e contribuindo para uma sociedade mais equânime e justa.
1724 **Manifestações.** Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** reforçou o compromisso da FENAS com a
1725 causa e reforçou a importância da busca ativa de casos de tuberculose, por conta da sua associação
1726 com os casos de morte com HIV/AIDS. Conselheiro **Giovanny Kley Silva Trindade** reiterou a
1727 importância de ações voltadas especialmente para a população jovem, inclusive com enfrentamento do
1728 conservadorismo. Conselheira **Heliana Neves Hemeterio dos Santos** sentiu falta de interação do

1729 movimento de luta contra a AIDS com outros movimentos sociais e populares e ausência de discussão
1730 racial e de gênero na AIDS/HIV. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** saudou os expositores e
1731 perguntou ao representante do MS qual a dificuldade de fazer chegar o teste rápido aos municípios.
1732 Conselheira **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduelo** saudou os expositores e falou da dificuldade de
1733 trabalhar o tema nas escolas, principalmente na faixa etária com maior crescimento, por conta da
1734 resistência de gestores municipais. Disse que em Ribeiro Preto é realizado importante trabalho de
1735 prevenção com os caminhoneiros. Conselheira **Maria da Conceição Silva** também cumprimentou os
1736 palestrantes e manifestou preocupação com o quadro apresentado. Avaliou que é preciso ter
1737 informação com recorte do quesito raça/cor por ser um indicador importante na definição de ações de
1738 promoção, prevenção e tratamento. No trabalho com a juventude, é preciso definir ações a serem
1739 desenvolvidas nos territórios onde se encontram, com linguagem específica. Também destacou a
1740 importância da implantação da Profilaxia Pré-Exposição – PrEP e de garantia do teste rápido. Por fim,
1741 manifestou preocupação com o possível enfraquecimento das ações de saúde por conta da nova
1742 PNAB. Conselheira **Jani Capiberibe** manifestou preocupação com a falta de financiamento das ONG,
1743 porque poderá impedir a prestação de serviço de assistência e prevenção à população. Também
1744 perguntou que estratégias foram definidas para fazer chegar informação de prevenção à população
1745 jovem. **Retorno da mesa.** A Presidente da ANAIDS, **Carla Regiane Diana**, comentou as intervenções
1746 destacando que: a Associação conhece os espaços onde os jovens estão, mas enfrenta dificuldade de
1747 entrar nesses territórios para falar de educação sexual; a intenção é falar de educação sexual para que
1748 o jovem entenda o contexto das relações sexuais e tenha informações para tomar a decisão correta nas
1749 suas relações; GT do Fórum de ONGs AIDS de São Paulo, que envolve várias entidades que trabalham
1750 a temática, apresentou PL, protocolado na Assembleia Legislativa de SP, para que Lei Estadual defina
1751 a educação sexual nas escolas; o movimento realiza trabalho focado na juventude; o Movimento de
1752 AIDS dialoga com outros movimentos e discute outros recortes – movimento único em prol de direitos;
1753 e a falta de financiamento é uma preocupação do Movimento, porque é essencial ter recursos para
1754 desenvolver ações. O colaborador do DIAVH/SVS/MS, **Ivo Ferreira Brito**, comentou os seguintes
1755 aspectos em relação à fala dos conselheiros: uma das principais barreiras para alcançar a população
1756 jovem é o conservadorismo - é preciso colocar essa discussão na pauta; Ribeirão Preto possui ótima
1757 experiência de resposta à epidemia; há informação com recorte raça cor e comprometeu-se a
1758 disponibilizar para o CNS. Conselheiro **Moysés Toniolo**, coordenador da CIASPP, agradeceu os
1759 expositores e destacou a importância e riqueza desta pauta. Não havendo encaminhamentos, a
1760 coordenadora da mesa encerrou o primeiro dia de reunião do CNS. Estiveram presentes os seguintes
1761 conselheiros no período da tarde do primeiro dia de reunião: Estiveram presentes os seguintes
1762 conselheiros: *Titulares* – **Antônio César Silva Mallet**, Ministério da Saúde; **Antonio Pitol**, Pastoral da
1763 Saúde Nacional; **Carmen Lucia Luiz**, União Brasileira de Mulheres – UBM; **Cláudio Ferreira do**
1764 **Nascimento**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**,
1765 Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA; **Cleuza Maria Faustino**
1766 **do Nascimento**, Federação Nacional dos Sindicatos dos Trabalhadores em Saúde, Trabalho,
1767 Previdência e Assistência Social – FENASPS; **Dylson Ramos Bessa Junior**, Organização Nacional de
1768 Entidades de Deficientes Físicos – ONEDEF; **Francisca Régio Oliveira de Araújo**, Associação
1769 Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO; **Geordeci M. Souza**, Central Única dos
1770 Trabalhadores; **Giovanny Kley Silva Trindade**, Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG;
1771 **Heliana Neves Hemeterio dos Santos**, Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis
1772 e Transexuais – ABGLT; **Jani Betânia Souza Capiberibe**, Associação Brasileira de Autismo – ABRA;
1773 **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos
1774 Trabalhadores na Saúde – CNTS; **Antônio Lacerda Souto**, Confederação Nacional dos Trabalhadores
1775 na Agricultura – CONTAG, **Lorena Baía de Oliveira Alencar**, Conselho Federal de Farmácia (CFF);
1776 **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Moysés Toniolo de**
1777 **Souza**, Articulação Nacional de Luta Contra a Aids – ANAIDS; **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho
1778 Federal de Nutricionistas (CFN); **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Oriana Bezerra**
1779 **Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV); **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos
1780 Indígenas da Região Sul – ARPINSUL; **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos
1781 Farmacêuticos – Fenafar; **Wanderley Gomes da Silva**, Confederação Nacional das Associações de
1782 Moradores – CONAM; e **Zaira Tronco Salerno**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN).
1783 *Suplentes* – **Albervan Reginaldo Sena**, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia – ABRALÉ; **Ana**
1784 **Lúcia da Silva Marçal Paduelo**, Associação Brasileira Superando o Lúpus; **Antonio de Souza**
1785 **Amaral**, Associação Brasileira de Ostomizados – ABRASO; **Clarice Baldotto**, Associação de
1786 Fisioterapeutas do Brasil (AFB); **Christianne Maria de Oliveira Costa**, Federação Brasileira de
1787 Hemofilia – FBH; **Douglas Vinicius Reis Pereira**, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de
1788 Medicina – DENEM; **Eliane Maria Nogueira de Paiva Cunha**, Sindicato dos Servidores do Sistema
1789 Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde – UNASUS; **Fernando Zasso Pigatto**,
1790 Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Francisca Valda da Silva**,

1791 Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; **Gilson Silva**, Força Sindical – FS; **Gilene José dos**
1792 **Santos**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas' e Idosos da Força Sindical – Sindnapi;
1793 **Heleno Rodrigues Corrêa Filho**; Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, **Jupiara**
1794 **Gonçalves de Castro**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos Administrativos em
1795 Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil – FASUBRA; **Maria das Graças Silva Gervásio**,
1796 Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira**, Associação
1797 Brasileira de Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Sarlene Moreira da Silva**, Coordenação das
1798 Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira – COIAB; **Sérgio Diego de França**, Organização
1799 Nacional de Cegos do Brasil – ONCB; **Simone Maria Leite Batista**, Articulação Nacional de
1800 Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS; e **Shirley Marshal Diaz Morales**,
1801 Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE. Iniciando o segundo dia de reunião, a mesa foi composta
1802 para o item 8 da pauta. **ITEM 8 – POLÍTICA NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA -**
1803 *Apresentação:* **Reinaldo Guimarães**, Vice-Presidente da Associação Brasileira da Indústria de Química
1804 Fina, Biotecnologia e suas Especialidades – ABIFINA; **Carlos Gadelha**, Coordenador das Ações de
1805 Prospecção da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz; **Rodrigo Gomes Marques Silvestre**, diretor do
1806 Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde - DECIIS/SCTIE. *Coordenação:*
1807 conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS. Contextualizando, o Presidente do CNS
1808 explicou que a intenção da pauta era conhecer o panorama das iniciativas e das perspectivas do
1809 Estado, da indústria, da academia na área de ciência e tecnologia, abordando os conflitos, contradições
1810 e perspectivas. Com isso, o CNS teria embasamento para cumprir a sua tarefa definida em Lei. O
1811 primeiro expositor deste ponto foi o diretor do DECIIS/SCTIE, **Rodrigo Gomes Marques Silvestre**,
1812 que pautou a sua apresentação nos seguintes tópicos: avanços na Política de Ciência e Tecnologia em
1813 Saúde; perspectivas com PC&T, sob a égide da EC n°. 95; papel da PC&TI no desenvolvimento da
1814 soberania nacional e fortalecimento da democracia; medicamentos estratégicos para o SUS - produção,
1815 aquisição e desabastecimento; atual estágio das PDP; papel estratégico dos Laboratórios Oficiais; e
1816 desafios para o controle social. Começou pontuando os avanços na Política de Ciência e Tecnologia
1817 em Saúde: marco regulatório cada vez mais consolidado, Decreto Presidencial para Política Nacional
1818 de Inovação em Saúde (Decreto 69/2017 aguarda assinatura), maior maturidade do Sistema Nacional
1819 de Inovação e desenvolvimento pautado na inovação. Seguindo, falou das perspectivas com PC&TI sob
1820 a égide da EC n° 95, destacando o total de recursos previstos para o DECISS: R\$ 1.236.597.977,00 e
1821 as dotações para as Ações do Programa para o Desenvolvimento Produtivo R\$ 636.000.000,00 em
1822 2018. Trata-se do maior orçamento desde que o DECIT foi criado, o que representa importante
1823 conquista, mas gera risco. Considerando a média de execução ao longo do tempo, metade desse
1824 recurso não será utilizado por falta de bons projetos, por conta de processos burocráticos, por ausência
1825 de propostas. Assim, as associações devem manifestar-se indicando de que forma e onde esses
1826 recursos precisam ser alocados, a fim de conhecer as tecnologias a serem estimuladas para serem
1827 incorporadas. Seguindo, detalhou o papel da PC&TI no desenvolvimento da soberania nacional e
1828 fortalecimento da democracia: estabelecer uma estratégia de crescimento e competitividade baseada
1829 na inovação e produção nacional; fomentar a pesquisa, desenvolvimento e inovação nacional para
1830 buscar soluções à sociedade brasileira; produtos estratégicos para o SUS; e investimentos e fomento:
1831 parcerias para o Desenvolvimento Produtivo - PDP, encomenda tecnológica e compensação
1832 tecnológica. A respeito dos medicamentos estratégicos para o SUS - produção, aquisição e
1833 desabastecimento, destacou que é preciso: definição de produtos estratégicos para o SUS;
1834 prospecção, planejamento e produção de medicamentos e produtos para a saúde; e monitoramento,
1835 gestão para evitar risco de desabastecimento. Seguindo, falou do atual estágio das PDPs, abordando
1836 os projetos em andamento, com ênfase nas lições aprendidas e oportunidades de melhoria. Explicou
1837 que hoje estão vigentes 74 PDP de medicamentos e 22 PDP de produtos para saúde. As primeiras
1838 apresentam mais problemas porque não é feita aquisição centralizada. Salientou que, além de retomar
1839 a síntese do insumo farmacêutico, é preciso voltar a trabalhar com química fina para desenvolver novos
1840 alvos, pois doenças são chamadas negligenciadas por falta de investimentos para desenvolver
1841 medicamento. Nesse sentido, salientou que é preciso modificar a estratégia de “copiar” para “criar e
1842 desenvolver novas soluções”, que terão resultados em longo prazo, mas são transformadoras. Nessa
1843 linha, disse que os próximos passos passam pela melhoria da gestão e gerenciamento de projetos pelo
1844 exemplo. Destacou também o papel estratégico dos Laboratórios Oficiais (maioria estaduais): produção
1845 pública de medicamentos por meio da especialização dos Laboratórios Oficiais em plataformas
1846 tecnológicas e linhas de cuidado; o papel estratégico na produção de medicamentos órfãos, para
1847 doenças raras e para doenças negligenciadas; e o desafio do financiamento das estruturas públicas do
1848 Complexo Industrial da Saúde (ainda é relevante ter laboratórios oficiais?). Por fim, apontou os desafios
1849 para o controle social: prospecção epidemiológica e tecnológica: como monitorar o desconhecido?;
1850 formulações inovadoras: o desafio dos estudos pré-clínicos e clínicos (trazer para o Brasil); a
1851 precificação da saúde: como compatibilizar o avanço dos serviços de saúde com o desenvolvimento
1852 econômico nacional?; e inteligência aplicada à saúde: quais são as perguntas certas a serem feitas? Na

1853 sequência, explanou o Vice-Presidente da ABIFINA, **Reinaldo Guimarães**, com abordagem de alguns
1854 pontos da pauta colocada, considerando inclusive a experiência acumulada em 30 anos de militância
1855 na saúde pública e na ciência e tecnologia. Todavia, disse que sua manifestação, necessariamente,
1856 não representava o posicionamento da Associação. Começou com abordagem sobre o lugar do SUS e
1857 do seu gestor na política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde - PCTIS no Brasil, explicando
1858 que este é um tema aberto que até o momento não encontrou definição aceitável. No seu ponto de
1859 vista, o SUS e o MS devem ser os coordenadores (responsáveis por definir as diretrizes) da política
1860 geral de pesquisa, desenvolvimento e inovação em saúde, mas isso não é o que acontece. Disse que o
1861 Ministério sempre enfrentou dificuldade de trazer para si a PCTIS e a primeira iniciativa voltada à
1862 incorporação dessa Política na saúde foi do CNS, com a realização da I Conferência de Ciência e
1863 Tecnologia, em 1994. Entre as propostas da Conferência, destacou a definição da PCTIS como um
1864 componente da saúde e a indicação da necessidade de criação da Secretaria de Ciência e Tecnologia.
1865 Em 2004, por iniciativa do CNS, foi realizada a II Conferência que construiu agenda da área e aprovou
1866 a PCTIS do MS. Salientou que esse tema vem evoluindo no âmbito do Ministério da Saúde, por conta
1867 da política de desenvolvimento produtivo. Neste ponto, destacou que o CNS deveria aprofundar o
1868 debate de estratégias para fortalecer o papel do Departamento de Ciência Tecnologia em Saúde/MS no
1869 conjunto da PCTIS. Também lembrou que a pesquisa em saúde representa 1/3 do esforço das
1870 pesquisas no país, o que demonstra o peso desse setor e salientou que o Ministério da Saúde
1871 coordenar esse sistema para que funcione de maneira adequada. Afora essas questões, falou do
1872 impacto da EC nº 95 no sistema de ciência e tecnologia no país, explicando que os efeitos serão
1873 nefastos. Destacou, por exemplo, que, em 2108, o orçamento do Ministério da Ciência, Tecnologia e
1874 Inovação terá corte de 44% em relação a 2017. Assim, haverá regressão drástica das atividades de
1875 pesquisa, desenvolvimento e inovação, não apenas na saúde. Diante desse quadro, frisou que é todos
1876 os setores compromissados com a saúde da população brasileira devem unir esforços para derrubar
1877 essa Emenda que causará tragédia social. Acrescentou que diversos setores estão sofrendo ataques
1878 como a agenda de ciência e tecnologia, instituições públicas (inclusive universidades públicas e
1879 gratuitas), em uma política geral de enxugamento do Estado Brasileiro. Finalizando, apontou como
1880 desafios para o controle social do SUS: manter o controle da revisão ética no âmbito do controle social
1881 (CONEP/CNS) – CNS deve ser mais ágil para descentralizar as ações para os Comitês de Ética
1882 (Comissão uma instância normativa e recursal); ampliar o diálogo do CNS com a ANVISA, pois a
1883 Agência está sob ataque do Poder Legislativo e do setor regulado; lutar para a retirada da vacina
1884 dengue, Dengvaxia, (laboratório Sanofi-Aventis) do mercado porque indivíduos podem desenvolver
1885 formas mais graves da doença, quando usam a vacina sem ter tido contato prévio com o vírus
1886 da dengue (a Organização Mundial de Saúde determinou a retirada); e rever o acordo de livre comércio
1887 com a União Europeia – o capítulo de propriedade intelectual e das compras governamentais é
1888 inaceitável para o Brasil. O terceiro e último expositor foi o Coordenador das Ações de Prospecção da
1889 Fiocruz, **Carlos Gadelha**, que abordou, na sua apresentação, ciência, tecnologia e inovação para um
1890 projeto nacional de desenvolvimento. Começou destacando que neste momento é preciso defender a
1891 agenda do desenvolvimento e da inclusão para o movimento social e o Ministério da Saúde precisa ter
1892 protagonismo na agenda da ciência e tecnologia. Seguindo, apresentou o resultado parcial dos
1893 trabalhos desenvolvidos pela FIOCRUZ que dialogam com o tema da pauta. Explicou que a Fiocruz tem
1894 trabalhado e o CNS entende saúde (qualidade de vida, direito e condição de cidadania) como fator
1895 estruturante do Estado de Bem-Estar e indutor do desenvolvimento econômico. Trata-se de uma das
1896 áreas mais dinâmicas do contexto atual (geração de emprego, investimento e inovação), fator
1897 estruturante para a equidade social e regional (condiciona o desenvolvimento regional/nacional), forte
1898 inserção no Desenvolvimento Sustentável, com papel crescente na geopolítica internacional. Destacou
1899 que a perspectiva é articular as transformações políticas, sociais e ambientais e a Dinâmica Industrial e
1900 da CT&I. Falou sobre as assimetrias internacionais, destacando, no caso de patentes, que o
1901 desenvolvimento concentra-se em poucos países e em poucas regiões. Destacou que a capacidade
1902 tecnológica está precária em relação à distribuição global. Em relação ao comércio, a balança
1903 comercial por intensidade tecnológica mostra que o Brasil exporta produtos de baixa tecnologia e
1904 importa aqueles de média e alta tecnologia. Ainda nas assimetrias internacionais Gastos Globais em
1905 P&D, destacou a clara liderança dos EUA, China e países desenvolvidos. Em relação às atividades por
1906 complexidade econômica, disse que o Brasil apresenta declínio (abaixo da Argentina) e os patamares
1907 mais desenvolvidos são da Coreia, Alemanha e Estados Unidos. No contexto estrutural nacional
1908 evolução do investimento (FBCF) e do PIB, disse que o declínio do investido do PIB em período recente
1909 também reforça as tendências de especialização produtiva do país nas atividades de menor intensidade
1910 tecnológica. Neste ponto, frisou que, sem investimento, não há inovação. Também falou sobre a
1911 relação endógena entre a estrutura produtiva e a desigualdade, explicando que países mais equânimes
1912 são aqueles que investem em ciência, tecnologia e inovação, com pauta produtiva sofisticada. Por outro
1913 lado, países primários exportadores são desiguais. Nessa linha, frisou que não haverá país equânime e
1914 SUS universal com base tecnológica precária e subdesenvolvida. No âmbito do complexo produtivo da

1915 saúde, marcou a interface entre setores industriais e os serviços em saúde. Seguindo, clarificou que a
1916 base produtiva é essencial para garantir política de ciência e tecnologia que contribua com a sociedade.
1917 Portanto, a agenda do complexo econômico do Ministério da Saúde deve estar atrelada à agenda da
1918 ciência, tecnologia e inovação. Disse que o Brasil ocupa a 14ª posição no ranking mundial de
1919 produtividade científica (publicações em revistas indexadas) em Saúde, todavia, o país não possui
1920 capacidade produtiva de transformar conhecimento em inovação. Explicou que o Brasil importa
1921 produtos de países que concentram conhecimento em âmbito global (União Europeia, Estados Unidos
1922 e China), ou seja, o país não possui déficit de produtos e sim de conhecimento. Destacou também que
1923 61% das patentes em Biotecnologia são controladas por quinze Empresas Globais líderes do Oligopólio
1924 Farmacêutico Patentes no setor Biofarmacêutico, o que demonstra a vulnerabilidade do SUS. Portanto,
1925 é preciso desenvolver base tecnológica própria senão a política de saúde do país será condicionada
1926 por estratégia competitiva de um grupo de empresas. Também destacou o modelo das PDPs como
1927 base para a superação da vulnerabilidade e para a geração de benefício social e, nesse ponto, apontou
1928 como desafio futuro que as instituições públicas precisar ser cada vez mais instituições de ciência,
1929 tecnologia e inovação para tornar realidade o processo de desenvolvimento tecnológico. No âmbito da
1930 questão estratégica para a CT&IS, nível das potencialidades, disse que o Brasil possui um Sistema
1931 Único de Saúde estruturado no território nacional, um sistema científico dinâmico, indústrias
1932 farmacêuticas, biotecnológicas e de equipamentos instaladas. Assim, é preciso gerar inovação e
1933 riqueza na dimensão que seria possível na sociedade do conhecimento. Nessa linha, perguntou se o
1934 país será apenas consumidores e reprodutores de inovações e conhecimentos que se transformam em
1935 riqueza nos países desenvolvidos ou participaremos ativamente do desenvolvimento nacional e global
1936 em saúde. Disse que o complexo produtivo da saúde deve estar articulado com incorporação e
1937 avaliação tecnológica e subordinado à promoção, prevenção e atenção à saúde. Por fim, fim
1938 apresentou as seguintes propostas: a CT&I em saúde como Eixo estratégico da Política Nacional de
1939 Saúde (“não é a cereja do bolo; é o bolo” – Cecília Minayo); integração entre a CT&I, o desenvolvimento
1940 da base industrial e os serviços universais de saúde (CEIS); capacidade estratégica para avaliar,
1941 adequar e desenvolver as Tecnologias; a CT&I e o CEIS como fator de soberania nacional e de
1942 segurança sanitária: garantia de suprimento a longo prazo de produtos estratégicos; e eixo para a
1943 retomada do desenvolvimento com inovação e equidade: multiplicador de renda da saúde = 1,7 e
1944 complexo global mais intensivo nas inovações da 4ª Revolução Industrial. Manifestações. Conselheira
1945 **Sônia Maria Feitosa Brito** destacou a importância do debate deste tema para o CNS e o SUS inclusive
1946 no atual momento e manifestou satisfação com as falas apontando que o Brasil tem futuro e pode fazer
1947 mais ainda e melhor. Conselheiro **Cláudio Ferreira do Nascimento** agradeceu os expositores pelas
1948 informações porque ajudam para o enfrentamento das políticas de ajuste fiscal e de austeridade. No
1949 seu ponto de vista, vive-se processo de recolonização para que setores econômicos internacionais
1950 possam lucrar. Conselheiro **Moyses Toniolo** salientou a importância dessa pauta e, na linha de
1951 aprofundar ainda mais o debate, propôs que sejam pautados os seguintes temas no CNS:
1952 medicamentos biológicos e biossimilares e propriedade intelectual, com a presença da ANVISA e do
1953 GTP. Além disso, sugeriu solicitar ao Ministério da Saúde informações sobre a situação do parque
1954 tecnológico farmacêutico no Brasil. Também falou sobre os medicamentos pré-exposição da AIDS,
1955 destacando que o Brasil deve deixar de ser mero consumidor para se tornar produtor das tecnologias
1956 utilizadas. Conselheiro **Nelson Mussolini** saudou os expositores e, a partir dos aspectos tratados,
1957 pontuou que laboratórios públicos devem centrar-se no desenvolvimento de tecnologia de produtos
1958 negligenciados (por exemplo, penicilina). No mais, salientou que é preciso ter olhar minucioso para a
1959 biotecnologia, com forte incentivo governamental ao setor privado para trazer desenvolvimento ao país.
1960 Também salientou que a Política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde deve ser uma política de
1961 Estado. Conselheira **Francisca Rego** também agradeceu as falas e reiterou a importância do
1962 investimento em educação em saúde. Nessa linha, salientou que é preciso estreitar a aproximação
1963 entre CNE e CNS e ampliar o debate no MEC, inclusive para debater o desmonte de escolas públicas e
1964 particulares, que, inclusive, repercute na qualidade da educação e da saúde. Conselheiro **Jorge Alves**
1965 **de Almeida Venâncio** salientou que um dos problemas centrais a ser enfrentado pelo desenvolvimento
1966 em ciência e tecnologia é o monopólio da indústria, inclusive para gerar sustentabilidade econômica.
1967 Nessa linha, salientou que é essencial dispor de alternativas tecnológicas para o país para garantir o
1968 avanço do SUS (não é gasto, mas sim economia). Disse a prioridade econômica do país é
1969 concentração de renda, com pagamento de juros, e a PCT deve ter investimento porque vai ao caminho
1970 oposto. Como encaminhamento, sugeriu que a CICTAF aprofunde o debate sobre os laboratórios
1971 oficiais e papel estratégico e traga subsídios para debate no Pleno. Conselheiro **Neilton Araújo de**
1972 **Oliveira** destacou como acertada a decisão de trazer nesse momento o tema para debate no Pleno e
1973 agradeceu os expositores pelas falas elucidativas. Frisou que a ciência e tecnologia precisa ser cada
1974 vez mais uma política de Estado e o tema um assunto de toda sociedade (a população desconhece a
1975 dimensão conceitual do tema). Nesse sentido, salientou que cada entidade integrante do CNS deve
1976 reproduzir o debate sobre ciência e tecnologia, utilizando inclusive o material apresentado pelos

1977 expositores como subsídio. Conselheira **Lenir Santos** lembrou que o art. 200, inciso V, da
1978 Constituição Federal determina como atribuição do SUS “incrementar, em sua área de atuação, o
1979 desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação”. Salientou que é preciso ter atenção para a EC
1980 nº. 95 que modifica a Constituição e não garante os recursos necessários para as ações. Nessa linha,
1981 sugeriu que o CNS faça representação à Procuradoria da República sobre a inconstitucionalidade da
1982 EC nº. 95, considerando que representa retrocesso na conquista de direitos sociais. Conselheiro
1983 **Carlos de Souza Andrade** sugeriu análise mais aprofundada da Política Nacional de Ciência e
1984 Tecnologia em Saúde. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** salientou a importância do debate
1985 deste tema, inclusive para a soberania nacional e sugeriu, inclusive, a inclusão de plenária livre na 1ª
1986 CNVS para debate do tema. Conselheira **Francisca Valda da Silva** defendeu que saúde é fator
1987 estruturante do desenvolvimento econômico e social e não é gasto, mas sim investimento, devendo ser
1988 política de Estado. Pontuou como desafios do controle social: defesa da PCT como Política de Estado;
1989 avaliação, junto com a SCTIE, do que avançou desde a última conferência de ciência e tecnologia; e
1990 luta contra a EC nº. 95. Conselheiro **Giovanny Kley Silva Trindade** salientou que “ciência, tecnologia e
1991 inovação” é estratégica para o desenvolvimento econômico, social e para os avanços como todo,
1992 inclusive porque se vive processo de desmonte do Estado e de ataque à soberania. Também salientou
1993 que é preciso avaliar os impactos da EC nº. 95 no avanço da PNCT e na manutenção das atividades
1994 atuais de ciência e tecnologia. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, explicou
1995 que a Associação de Laboratórios Farmacêuticos Oficiais do Brasil - ALFOB foi convidada a participar
1996 do debate, mas não pôde comparecer. Também destacou que, diante da situação atual, deve-se
1997 exercer a gestão participativa e cumprir o papel das instâncias de controle social. Na sequência, foi
1998 aberta a palavra aos expositores para comentários sobre as falas dos conselheiros. Nas colocações
1999 dos três convidados, inclusive, foi sugerido que o CNS avalie a possibilidade de convocação da III
2000 Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. **Deliberação: como resultado**
2001 **final do debate, o Pleno decidiu: 1) pautar os seguintes temas para debate no Pleno:**
2002 **medicamentos biológicos e biossimilares e propriedade intelectual, com a presença da ANVISA**
2003 **e do GTPI; 2) solicitar ao Ministério da Saúde informações sobre a situação do parque**
2004 **tecnológico farmacêutico no Brasil; 3) solicitar à CICTAF que aprofunde o debate sobre os**
2005 **laboratórios oficiais e papel estratégico; 4) estimular que cada entidade que compõe o CNS**
2006 **reproduza o debate sobre ciência e tecnologia; 5) realizar análise no CNS sobre os treze anos da**
2007 **Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde; 6) levantar material sobre os impactos da**
2008 **EC nº. 95 no avanço da PNCT, e na manutenção das atividades atuais; e 7) avaliar no CNS a**
2009 **possibilidade de convocação da 3ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em**
2010 **Saúde. ITEM 9 – RADAR - Hemobrás e a aquisição do fator VIII. A situação dos hospitais**
2011 **universitários. Hemobrás e a aquisição do fator VIII - Oswaldo Cordeiro de Paschoal Castilho,**
2012 **diretor de Desenvolvimento Industrial da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia –**
2013 **Hemobrás; e Rodrigo Gomes Marques Silvestre, Diretor do Departamento do Complexo Industrial e**
2014 **Inovação em Saúde - DECIIS/SCTIE. Coordenação: conselheiro Ronald Ferreira dos Santos,**
2015 **Presidente do CNS. O primeiro expositor foi o diretor de Desenvolvimento Industrial da Hemobrás, que**
2016 **fez uma apresentação detalhada sobre a Hemobrás e a aquisição do fator VIII. Começou com breve**
2017 **histórico da Hemobrás, destacando a Lei nº 10.205/2001, que dispõe sobre o ordenamento institucional**
2018 **do SINASAN, especificamente o art. 8º define: “A Política Nacional de Sangue, Componentes e**
2019 **Hemoderivados terá por finalidade garantir a autossuficiência do País nesse setor e harmonizar as**
2020 **ações do poder público em todos os níveis de governo, e será implementada, no âmbito do Sistema**
2021 **Único de Saúde, pelo Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados - SINASAN, composto**
2022 **por: Hemorede nacional, Ministério da Saúde e Hemobrás”. Citou também a Lei nº 10.972/2004, que**
2023 **cria HEMOBRÁS, destacando o § 1º que define como função social da Empresa garantir aos pacientes**
2024 **do SUS o fornecimento de medicamentos hemoderivados ou produzidos por biotecnologia. Detalhou**
2025 **que hoje as principais atividades executadas pela Hemobrás referem-se aos medicamentos fornecidos**
2026 **ao Ministério da Saúde: hemoderivados (fracionamento no exterior até que a planta da Hemobrás**
2027 **esteja completamente operacional) - a partir do PFC: Albumina, Imunoglobulina, Concentrado de Fator**
2028 **VIII e Concentrado de Fator IX; e a partir do Plasma Congelado - PC: Albumina e Imunoglobulina; e**
2029 **rFVIII – Hemo-8r. Destacou que a Hemobrás realiza apoio à Hemorede e recolhe o plasma nos**
2030 **hemocentros (é feito triagem do plasma e envio para empresa francesa). Ao receber o produto do**
2031 **exterior, a Hemobrás distribui o produto para o SUS por meio de contrato com o SUS. Nesse ponto,**
2032 **esclareceu que a Hemobrás enfrenta uma série de problemas porque o recolhimento do plasma foi**
2033 **suspenso por diversos motivos (um deles é que a empresa francesa não se dispõe mais a fazer o**
2034 **fracionamento do plasma por não ter capacidade necessária para isso). Além disso, a Hemobrás possui**
2035 **grande estoque de plasma e é preciso dar vazão. Portanto, o Ministério da Saúde está realizando**
2036 **licitação para contratar empresa e dar vazão ao plasma estocado. Frisou que o fracionamento do**
2037 **plasma é importante para a área da saúde e a sociedade como um todo. Seguindo, falou sobre a**
2038 **implantação da Indústria – tecnologias, destacando que a capacidade máxima de operação da**

2039 Hemobrás é o fracionamento de 500 mil litros de plasma e 1,35 bilhões de UI de Fator VIII
2040 recombinante (Albumina: 10 toneladas; Imunoglobulina - 2 toneladas; Fator VIII plasmático - 60 Mi de
2041 UI; Fator IX plasmático - 90 Mi de UI; Fator de Von Willebrand - 70 Mi de UI; e Fator VIII recombinante
2042 (Hemo-8r) - 1,35 Bi de UI). Mostrou ilustração que demonstra a implantação da Indústria – Tecnologias:
2043 B01: Armazém de plasma (em funcionamento); B02: Fracionamento e Purificação (menos avançado na
2044 parte de infraestrutura – boa parte de equipamentos já comprados); B03 e B04: Envase e
2045 Acondicionamento final (75% de construção finalizada); B05: Armazém de produto acabado e matéria-
2046 prima (90% de construção finalizada); e B06: Laboratórios de Controle de Qualidade (98% de
2047 construção finalizada). Seguindo, explicou que hoje a HEMOBRÁS possui dois contratos de
2048 transferência de tecnologia com a LFB: um de fracionamento e um de transferência de tecnologia. O
2049 contrato de tecnologia está vigente, mas suspenso em função do atraso na obra. O de fracionamento
2050 também enfrenta problemas e finaliza com 108 mil litros na empresa francesa. No caso do
2051 recombinante, disse que há uma PDP, e, nos cinco anos da Parceria, apenas a primeira fase foi
2052 concluída. Por solicitação do Ministério da Saúde, a Hemobrás apresentou a CICTIE proposta de
2053 reestruturação da PDP (novo projeto executivo com duração de cinco anos e foi possível negociar com
2054 a empresa detentora da tecnologia um investimento de U\$ 250 milhões de dólares na fábrica). Assim,
2055 seria necessário investimento do governo no bloco 2. Disse que novos processos de construção já se
2056 iniciaram (aberta licitação para nova estação de energia) e será lançado edital para finalização dos
2057 blocos 3 e 5. Conselheiro **Rodrigo Gomes Marques Silvestre**, diretor do Departamento do Complexo
2058 Industrial e Inovação em Saúde - DECIIS/SCTIE, agradeceu a oportunidade de tratar deste tema no
2059 CNS e saudou a direção de Desenvolvimento Industrial da Hemobrás pelo esforço envidado para
2060 encontrar solução para os problemas. Frisou que é preciso concluir o projeto da HEMOBRÁS a fim de
2061 evitar o desabastecimento de produtos necessários ao tratamento das hemofilias. Disse que a
2062 empresa possui papel central no sistema nacional de sangue, uma vez que o Brasil não deve colocar
2063 sob a égide da iniciativa privada a solução Salientou que a intenção é prestar os serviços às pessoas
2064 com hemofilias e outras coagulopatias no Brasil da forma mais eficiente possível. Assim, o domínio do
2065 fracionamento do plasma visa garantir a função constitucional e evitar que o plasma não se torne
2066 mercadoria (“órgãos, tecidos e materiais associados a seres humanos não são bens comerciais”).
2067 Destacou que a HEMOBRAS apresenta problema, porque o incentivo dado por meio do
2068 desenvolvimento produtivo não estava sendo destinado para fabricação do Fator 8 recombinante, mas
2069 sim para concluir o projeto do fracionamento do plasma. Disse que é preciso encontrar solução nova
2070 para resolver o problema dos pacientes, da sustentabilidade da HEMOBRÁS e do Ministério da Saúde.
2071 Salientou que, mesmo após a avaliação da PDP e a continuidade do processo, ainda será necessário
2072 encontrar solução para outras situações como o plasma acumulado. Destacou que uma das soluções
2073 apontadas pelo Ministério da Saúde é que todos os projetos de aporte de recursos devem ser
2074 condicionados à apresentação de projetos. Além disso, ressaltou que a HEMOBRÁS precisa apresentar
2075 novos projetos inclusive para custear a estrutura. Como iniciativas concretas, destacou que foram
2076 desligadas as poucas pessoas que não possuíam comportamento não aceitável do ponto de vista ético
2077 da empresa e foram chamados especialistas para o comando da HEMOBRÁS. Concluídas as
2078 apresentações dos convidados, foi aberta a palavra ao Plenário. Antes de entrar no debate do tema, fez
2079 uso da palavra a conselheira **Sônia Maria Feitosa Brito** que justificou os motivos do adiamento da 1ª
2080 CNVS (durante a licitação, houve recursos das empresas concorrentes para a realização do evento) e
2081 informou a publicação de novo edital para realização do evento. Nas intervenções emergiram as
2082 seguintes questões: preocupação com notícias divulgadas na mídia sobre a HEMOBRAS: qual o
2083 desdobramento da Ação Civil Pública do Ministério Público de Pernambuco sobre a intenção do MS de
2084 retirar a fábrica de Pernambuco e levá-la para o Paraná? Quais foram as ações da polícia federal
2085 acerca da HEMOBRÁS? Qual a situação da PDP em relação ao fator 8 recombinante?; A fábrica
2086 permanecerá em Pernambuco? Como está a PDP em relação ao fator 8?; desde a criação, em 2004, a
2087 HEMBRÁS enfrenta problemas, inclusive divulgados pela imprensa; a HEMOBRÁS é uma empresa
2088 independente do orçamento público que possui por finalidade garantir medicamentos prioritariamente
2089 para o SUS (nessa perspectiva, precisa dialogar com o TCU porque produz ações e serviços de
2090 saúde); as denúncias envolvendo diretores e servidores da Empresa estão sendo apuradas pela
2091 política federal; é preciso adotar providências necessárias para o empenho de despesa na ação
2092 “Participação da União no Capital Social - Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia -
2093 HEMOBRÁS – Nacional”; houve melhoria no sistema de auditoria interna da Empresa, mas há muito a
2094 avançar; destaque para o trabalho da atual diretoria executiva da HEMOBRÁS e do Conselho de
2095 Administração para fazer com que a empresa consiga fabricar o que a lei determina (reuniões mensais
2096 do Conselho); três momentos divulgados na mídia: a) anunciada construção da fábrica com a
2097 possibilidade de autossuficiência; b) escândalo/denúncia que envolveu a polícia federal e c) momento
2098 atual (questão geográfica, de produtos, de responsabilidade); novas estratégias para resolver a
2099 situação da Empresa: criação de plano de ética e de conduta, definição de plano de investimento e
2100 execução, auditoria interna, gestão do MS que facilitou a negociação entre as empresas internacionais

2101 e a brasileira; em que pese os problemas, hoje há credibilidade no sistema de sangue do Brasil; é
2102 preciso lutar para manter a Hemobrás no Nordeste porque representa um fator de desenvolvimento
2103 para Região, de integração e de equidade; é inadmissível retroceder em relação à “lei do sangue” e
2104 aceitar política de privatização da genética humana e do patrimônio biológico; é impossível aceitar
2105 atraso no fracionamento do plasma; a EC nº 95 coloca o Brasil, pelos próprios 20 anos, na
2106 dependência tecnológica e científica e na subordinação ao capital internacional e à política financeira
2107 do FMI (é um ataque ao patrimônio humano, ao direito à saúde); é tomar atitude de política pública de
2108 Estado e consolidar a construção da HEMOBRÁS em Pernambuco e em outros lugares em que seja
2109 necessária; é preciso saber com clareza a orientação do Ministério da Saúde para condução da política
2110 pública; a Hemobrás é essencial e estratégica para o processo de desenvolvimento do país, portanto, é
2111 inadmissível o seu sucateamento. Após as falas, os convidados fizeram comentários gerais dos pontos
2112 colocados. **Deliberação: como resultado final deste debate o Pleno aprovou, com uma abstenção,**
2113 **a proposta de elaborar recomendação ao Ministério da Saúde que viabilize com urgência, junto**
2114 **com a Hemobrás, as providências necessárias para a realização do empenho de despesa na**
2115 **ação “Participação da União no Capital Social - Empresa Brasileira de Hemoderivados e**
2116 **Biociotecnologia - HEMOBRÁS – Nacional” até o final do exercício de 2017; e ao Ministério da**
2117 **Saúde, ao Ministério do Planejamento e ao Congresso Nacional, que alterem a programação**
2118 **orçamentária de 2018 do Ministério da Saúde para a alocação de recursos orçamentários**
2119 **atualmente inexistentes. A situação dos hospitais universitários** - Item adiado para a próxima
2120 reunião do CNS. Definido esse ponto, a mesa suspendeu os trabalhos para o almoço. Estiveram
2121 presentes os seguintes conselheiros e conselheiras no período da manhã do segundo dia de reunião:
2122 *Titulares* – **Antonio Pitol**, Pastoral da Saúde Nacional; **Carmen Lucia Luiz**, União Brasileira de
2123 Mulheres – UBM; **Carlos de Souza Andrade**, Confederação Nacional do Comércio – CNC; **Cláudio**
2124 **Ferreira do Nascimento**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Cleoneide Paulo**
2125 **Oliveira Pinheiro**, Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA;
2126 **Cleuza Maria Faustino do Nascimento**, Federação Nacional dos Sindicatos dos Trabalhadores em
2127 Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social – FENASPS; **Dylson Ramos Bessa Junior**,
2128 Organização Nacional de Entidades de Deficientes Físicos – ONEDEF; **Francisca Rêgo Oliveira de**
2129 **Araújo**, Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO; **Geordecy M. Souza**, Central
2130 Única dos Trabalhadores; **Giovanny Kley Silva Trindade**, Associação Nacional de Pós-Graduandos –
2131 ANPG; **Heliana Neves Hemeterio dos Santos**, Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais,
2132 Travestis e Transsexuais – ABGLT; **Jani Betânia Souza Capiberibe**, Associação Brasileira de Autismo
2133 – ABRA; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos
2134 Trabalhadores na Saúde – CNTS; **Antônio Lacerda Souto**, Confederação Nacional dos Trabalhadores
2135 na Agricultura – CONTAG; **Lorena Baía de Oliveira Alencar**, Conselho Federal de Farmácia (CFF);
2136 **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Moisés Toniolo de**
2137 **Souza**, Articulação Nacional de Luta Contra a Aids – ANAIDS; **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho
2138 Federal de Nutricionistas (CFN); **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Nelson Augusto**
2139 **Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de
2140 Medicina Veterinária (CFMV); **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul –
2141 ARPINSUL; **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos – Fenafar;
2142 **Wanderley Gomes da Silva**, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; e
2143 **Zaíra Tronco Salerno**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN). *Suplentes* – **Albervan Reginaldo**
2144 **Sena**, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia – ABRALÉ; **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduelo**,
2145 Associação Brasileira Superando o Lúpus; **Antonio de Souza Amaral**, Associação Brasileira de
2146 Ostomizados – ABRASO; **Antonio César Silva Mallet**, Ministério da Saúde - MS; **Clarice Baldotto**,
2147 Associação de Fisioterapeutas do Brasil - AFB; **Christianne Maria de Oliveira Costa**, Federação
2148 Brasileira de Hemofilia – FBH; **Denise Torreão Corrêa da Silva**, Conselho Federal de Fonoaudiologia
2149 – CFFa; **Dulcilene Silva Tiné**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e
2150 Serviços - CNS; **Eliane Maria Nogueira de Paiva Cunha**, Sindicato dos Servidores do Sistema
2151 Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde – UNASUS; **Fernando Zasso Pigatto**,
2152 Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Francisco Claudio de Souza**
2153 **Melo**, Federação Interestadual dos Farmacêuticos – FEIFAR; **Geraldo Adão Santos**, Confederação
2154 Brasileira dos Aposentados e Pensionistas – COBAP; **Gilene José dos Santos**, Sindicato Nacional dos
2155 Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical – Sindnapi; **Heleno Rodrigues Corrêa Filho**,
2156 Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES; **José Eri de Medeiros**, Conselho Nacional de
2157 Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS; **Jupiara Gonçalves de Castro**, Federação de
2158 Sindicatos de Trabalhadores Técnicos Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do
2159 Brasil – FASUBRA; **Karla Larica Wanderley**, Ministério da Saúde; **Lenise Aparecida Martins Garcia**,
2160 Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Marco Aurelio Antas Torronteguy**, Movimento
2161 dos Portadores de Esclerose Múltipla – MOPEM; **Maria das Graças Silva Gervásio**, Conferência
2162 Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira**, Associação Brasileira de

2163 Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Sarlene Moreira da Silva**, Coordenação das Organizações
2164 Indígenas da Amazônia Brasileira – COIAB; **Sérgio Diego de França**, Organização Nacional de Cegos
2165 do Brasil – ONCB; **Simone Maria Leite Batista**, Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de
2166 Educação Popular em Saúde – ANEPS; e **Shirley Marshal Diaz Morales**, Federação Nacional dos
2167 Enfermeiros – FNE. Retomando, a mesa foi composta para o item 10 da pauta. **ITEM 10 – COMISSÃO**
2168 **NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA – CONEP – Apresentação:** conselheiro **Jorge Alves de**
2169 **Almeida Venâncio**, coordenador da CONEP/CNS. **Coordenação:** conselheira **Cleoneide Paulo**
2170 **Oliveira Pinheiro**; e conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**. Iniciando este ponto de pauta, o
2171 coordenador da CONEP fez um breve relato do debate no âmbito da Comissão pra escolha de catorze
2172 integrantes da CONEP, onze titulares e três suplentes para o mandato 2018 – 2021. Explicou que foi
2173 constituída comissão eleitoral para análise e indicação de nomes a serem apreciados pelo Plenário do
2174 Conselho. Na definição, foram considerados critérios objetivos, estabelecidos no Barema (que aborda,
2175 entre outros itens, formação, experiência acadêmica, profissional e a experiência do candidato no
2176 Sistema CEP/CONEP) e critérios subjetivos (distribuição segundo macrorregião geográfica, procurando
2177 espelhar a distribuição de CEP no território brasileiro (regionalização), equilíbrio de gênero, área de
2178 atuação e profissão do candidato; tipo de instituição que o candidato representa; ser membro de CEP já
2179 representado na CONEP; considerações pregressas sobre a pessoa; existência de conflito de
2180 interesses ou relações conflituosas com a CONEP. Durante a reunião da comissão, foi apresentada
2181 pela assessoria a compilação dos dados das 103 candidaturas recebidas. Considerando que seriam
2182 indicados catorze nomes, no mínimo metade seria de membros novos. Disse que a discussão concluiu,
2183 em consenso, pelas seguintes indicações: **a) Titulares:** Ângela Esher Moritz (Sociologia)/RJ, Aline
2184 Winter Sudbrack (Sociologia)/RS, Paulo Condeixa França (Engenheiro)/SC, José Humberto Tavares
2185 Guerreiro (médico)/SP, Adriane Espíndola Mota de Azevedo (Advogada)/GO, Marcia Teixeira Falcão
2186 (Geografia)/RR, Alfredo José Mansur (médico)/SP, Ronildo Alves dos Santos (filósofo)/SP, Oscar
2187 Rassieri Paniz (usuário)/RS, Edna Maria Alves Valim (Bióloga)/MG, Ana Paula Corona
2188 (Fonoaudiologia)/BA; **b) Suplentes:** José Silvino Gonçalves dos Santos (usuário)/BA, Tadeu Jose da
2189 Silva Peixoto Sobrinho (Biólogo)/PE, Amandio Aristides Rihan Geraldi (Ed. Física)/AL. Além disso,
2190 explicou que a comissão eleitoral também indicou nomes para futura indicação de *ad hocs* (após
2191 ingresso dos novos membros, haverá renovação dos membros ad hoc (metade dos membros) para
2192 atuação por aproximadamente dois anos). No mais, disse que os integrantes da Comissão Eleitoral
2193 sugeriram que esta comissão tivesse caráter permanente, para condução do processo de indicação de
2194 membros *ad hoc* e outros eventuais membros, no caso de vacância, até o próximo período eleitoral. Por
2195 fim, lembrou que seria necessário indicar representante do segmento dos trabalhadores da saúde para
2196 a CONEP, representando, em substituição à conselheira **Analice Dantas Santos**. **Deliberação: após**
2197 **breves ponderações, o Pleno do CNS aprovou, com quatro abstenções, as seguintes indicações**
2198 **para o mandato da CONEP 2018 – 2022: a) Titulares:** Ângela Esher Moritz (Sociologia)/RJ, Aline
2199 Winter Sudbrack (Sociologia)/RS, Paulo Condeixa França (Engenheiro)/SC, José Humberto
2200 Tavares Guerreiro (médico)/SP, Adriane Espíndola Mota de Azevedo (Advogada)/GO, Marcia
2201 Teixeira Falcão (Geografia)/RR, Alfredo José Mansur (médico)/SP, Ronildo Alves dos Santos
2202 (filósofo)/SP, Oscar Rassieri Paniz (usuário)/RS, Edna Maria Alves Valim (Bióloga)/MG, Ana
2203 Paula Corona (Fonoaudiologia)/BA; **b) Suplentes:** José Silvino Gonçalves dos Santos
2204 (usuário)/BA, Tadeu Jose da Silva Peixoto Sobrinho (Biólogo)/PE, Amandio Aristides Rihan
2205 Geraldi (Ed. Física)/AL. Além disso, aprovou a indicação das conselheiras **Záira Tronco Salerno**
2206 **e Maria Laura Carvalho Bicca para a CONEP, representando o segmento dos trabalhadores da**
2207 **saúde, em substituição à conselheira Analice Dantas Santos**. Dando continuidade, procedeu à
2208 apreciação de minutas pendentes. **1) Resolução nº 566, de 28 de novembro de 2017.** O texto é o
2209 seguinte: “Resolução nº 566, de 28 de novembro de 2017. O Presidente do Conselho Nacional de
2210 Saúde (CNS), no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pelo Regimento
2211 Interno do CNS e asseguradas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28
2212 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto no 5.839,
2213 de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de
2214 1988 e da legislação brasileira correlata; e considerando a Resolução CNS nº 562, de 10 de novembro
2215 de 2017, em seu Art. 2º, que dispõe que os casos omissos na referida resolução serão resolvidos pela
2216 Mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde; considerando a previsão de realização da etapa
2217 nacional da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (1ª CNVS), no período de 28 de novembro
2218 a 1º de dezembro de 2017 (Resolução CNS nº 535, de 19 de agosto de 2016); considerando a
2219 realização de etapas preparatórias às Conferências Municipais e/ou Macrorregionais e
2220 Estaduais/Distrito Federal e Nacional como: 7º Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária (7º
2221 SIMBRAVISA); VII Encontro Nacional das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador e da
2222 Trabalhadora (CISTT); Seminário Preparatório da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde com
2223 Foco no Trabalho; 15ª Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção
2224 e Controle de Doenças (15ª EXPOEPI), entre outras; considerando a realização de centenas de

2225 Conferências Municipais e/ou Macrorregionais por todo o país; considerando a realização de vinte e
2226 seis Conferências Estaduais/Distrito Federal e da realização da Plenária Estadual do Rio de Janeiro,
2227 que produziram mais de 300 (trezentas) propostas de âmbito nacional que, por sua vez, foram
2228 consolidadas em 170 (cento e setenta) propostas contidas no Caderno de Propostas Consolidadas das
2229 Etapas Estaduais/Distrito Federal; considerando a realização de 32 (trinta e duas) Conferências Livres
2230 que geraram relatórios sobre diversos temas sobre a Vigilância em Saúde; considerando o
2231 encerramento das inscrições para a Etapa Nacional da 1ª CNVS que foram concluídas com 140 (cento
2232 e quarenta) delegados(as) nacionais; 1.354 (mil e trezentos e cinquenta e quatro) delegados(as)
2233 eleitos(as) em todas as etapas estaduais; 39 (trinta e nove) participantes livres e 178 (cento e setenta e
2234 oito) convidados(as); considerando a transferência de data da realização da etapa nacional da 1ª
2235 Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (1ª CNVS) para o ano de 2018, conforme Nota do
2236 Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde, publicada em 24 de novembro de 2017; e
2237 considerando as atribuições do Presidente do CNS, previstas no Art. 13, VI, da Resolução CNS n o
2238 407/2010. Resolve: Art. 1º. Aprovar, *ad referendum* do Pleno do CNS, a realização da Etapa Nacional
2239 da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (1ª CNVS) no período de 27 de fevereiro a 2 de
2240 março de 2018. Art. 2º. Divulgar o Caderno de Propostas Consolidadas das Etapas Estaduais/Distrito
2241 Federal, em curto decurso de tempo após a publicação dessa Resolução no sítio eletrônico do CNS.
2242 Art. 3º. Convocar os (as) delegados (as), e convidar os militantes do Sistema Único de Saúde (SUS),
2243 para manterem a mobilização e intensificarem os debates e o processo de articulação dos movimentos
2244 sociais da saúde em torno da temática da 1ª CNVS. Art. 4º Esta Resolução entra em vigor na data de
2245 sua publicação”. **Deliberação: a resolução foi aprovada por unanimidade. 2) Minuta de Resolução.**
2246 Texto: Resolução nº 000, de 8 de dezembro de 2017. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde -
2247 CNS, em sua Trecentésima Reunião Ordinária, realizada nos dias 7 e 8 de dezembro de 2017, e no uso
2248 de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de
2249 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro
2250 de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e cumprindo as disposições da Constituição da
2251 República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e considerando o Art. 231
2252 da Constituição Federal de 1988, que garante aos povos indígenas a sua organização social, costumes,
2253 línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam,
2254 competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens, e o Art. 232, que, da
2255 mesma forma, garante aos povos indígenas ingressar em juízo em defesa de seus direitos e interesses,
2256 intervindo o Ministério Público em todos os atos do processo; considerando o disposto na Convenção
2257 169, da Organização Internacional do Trabalho (OIT), que garante o direito de informação e consulta
2258 prévia aos povos indígenas em relação às iniciativas e ações que lhes digam respeito; considerando a
2259 Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que, entre outras providências, dispõe sobre as condições para
2260 a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços
2261 correspondentes; considerando a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que, entre outras garantias,
2262 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS);
2263 considerando a Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999 (Lei Arouca), que assegura aos povos
2264 indígenas respeito à sua realidade local, às suas especificidades, usos e costumes e dispõe sobre as
2265 condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos
2266 serviços correspondentes e institui o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena; e considerando o
2267 universo indígena com mais de 305 povos, 270 línguas, com organização política através de biomas,
2268 com controle social representado por 34 Conselhos Distritais e Organizações Indígenas Regionais.
2269 Resolve: convocar a 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (6ª CNSI) cuja Etapa Nacional será
2270 realizada em Brasília, no mês de abril de 2019”. **Deliberação: aprovada, por unanimidade, a**
2271 **resolução que convoca a 6ª CNSI. 3) Desdobramento do item 6 da pauta – COFIN/CNS - minuta**
2272 **de recomendação.** O texto é o seguinte: “Recomendação nº xxx, de 8 de dezembro de 2017. O
2273 Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Trecentésima Reunião Ordinária, realizada nos dias
2274 07 e 08 de dezembro de 2017, e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas
2275 pela Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pelo
2276 Decreto no 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República
2277 Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando que 15% da Receita
2278 Corrente Líquida é o parâmetro para apuração da aplicação mínima em ações e serviços públicos de
2279 saúde em 2016, tanto pelo que deliberou o Conselho Nacional de Saúde (CNS), por meio do parecer
2280 integrante da Resolução CNS nº 551, de 06 de julho de 2017, nos termos Emenda Constitucional
2281 95/2016, como mais recentemente pela suspensão de caráter retroativo nos termos da medida cautelar
2282 concedida pelo Ministro Ricardo Lewandowski na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 5595,
2283 suspendendo com efeitos *ex tunc* os artigos 2º e 3º da Emenda Constitucional 86/2015 (escalonamento
2284 progressivo dos percentuais de aplicação estabelecidos pela Emenda Constitucional 86/2015);
2285 considerando que a reprovação do Relatório Anual de Gestão do Ministério da Saúde de 2016 pela
2286 Resolução CNS nº 551, de 06 de julho de 2017, implicava na necessidade de execução orçamentária e

2287 financeira adicional ao valor do piso constitucional para ações e serviços públicos de saúde em 2017
2288 para compensar a aplicação abaixo do piso constitucional em 2016 (R\$ 249 milhões) e o saldo dos
2289 restos a pagar cancelados em 2015 (R\$ 439 milhões), o que não ocorreu neste ano de 2017 tomando
2290 por base a análise do Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas/2º Quadrimestre de 2017 do
2291 Ministério da Saúde; considerando que não foram disponibilizados orçamentariamente em 2017 o valor
2292 integral dos restos a pagar cancelados em 2016 no valor de R\$ 942 milhões, o que resultará em mais
2293 de R\$ 400 milhões pendentes de compensação para aplicação adicional em 2018; considerando que a
2294 proposta orçamentária do Ministério da Saúde para as ações e serviços públicos de saúde em 2018, no
2295 valor de R\$ 119,2 bilhões, conforme apresentado na reunião plenária deste CNS no dia 07 de
2296 dezembro, excede em R\$ 1,1 bilhão o valor do piso constitucional de 2018, mas que é insuficiente para
2297 a soma das compensações anteriormente citadas (que totalizam R\$ 1,1 bilhão) com a compensação
2298 integral dos restos a pagar cancelados em 2017 (tendo como referência o valor cancelado até 05 de
2299 dezembro de 2017 de R\$ 928 milhões, que deverá aumentar até o encerramento do exercício de 2017),
2300 somadas ao valor da partilha do Pré-Sal para a saúde em 2018 (obrigação decorrente da medida
2301 cautelar concedida pelo Ministro Ricardo Lewandowski na ADI 5.595); considerando que o artigo 25 da
2302 Lei Complementar 141 estabelece que a compensação da aplicação insuficiente em ASPS num ano
2303 ocorra no ano subsequente, por meio de dotação orçamentária específica para evidenciar no ato de
2304 prestação de contas a efetiva compensação como aplicação adicional ao parâmetro mínimo do
2305 presente exercício; considerando a redução da participação da União no custeio federativo do SUS
2306 observada nas três últimas décadas, caracterizando um quadro de subfinanciamento crônico e
2307 progressivo do Sistema Único de Saúde; considerando que a judicialização da saúde representa
2308 despesas com ações e serviços públicos de saúde não programadas no orçamento do Ministério da
2309 Saúde e que deve ser considerada como mais uma consequência do processo de subfinanciamento
2310 histórico do Sistema Único de Saúde no Brasil, na medida que parâmetros internacionais de
2311 financiamento de sistemas públicos de saúde de acesso universal equivalem a 8,0% do PIB, enquanto
2312 no Brasil é de 3,9% do PIB. Recomenda ao Ministério da Saúde, Ministério do Planejamento e
2313 Congresso Nacional: **1)** Que promovam as alterações na programação orçamentária de 2018 do
2314 Ministério da Saúde, ainda em tramitação no Poder Legislativo, para garantir que o piso constitucional
2315 estimado em R\$ 118,1 bilhões seja acrescido de R\$ 2,1 bilhões para as compensações constitucionais
2316 e legais para totalizar dotações orçamentárias correspondentes a R\$ 120,2 bilhões para as ações e
2317 serviços públicos de saúde (identificador de uso 6); e **2)** Que as despesas com ações e serviços
2318 públicos de saúde decorrentes de ações judiciais sejam consideradas como aplicação adicional ao
2319 valor do piso constitucional a partir de 2018, devendo eventuais aberturas de créditos adicionais para
2320 esse fim serem cobertos com recursos da reserva de contingência legalmente estabelecida ou
2321 realocados de outras fontes que não sejam do orçamento do Ministério da Saúde. Plenário do Conselho
2322 Nacional de Saúde, em sua Trecentésima Reunião Ordinária, realizada nos dias 07 e 08 de dezembro
2323 de 2017.” Após ponderações e atendendo à solicitação do conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**, o
2324 Pleno votou, em separado, os dois itens da recomendação, porque tratam de assuntos diferentes.
2325 **Deliberação: o Pleno aprovou, por unanimidade, recomendação ao Ministério da Saúde,**
2326 **Ministério do Planejamento e Congresso Nacional que promovam as alterações na programação**
2327 **orçamentária de 2018 do Ministério da Saúde, ainda em tramitação no Poder Legislativo, para**
2328 **garantir que o piso constitucional estimado em R\$ 118,1 bilhões seja acrescido de R\$ 2,1 bilhões**
2329 **para as compensações constitucionais e legais para totalizar dotações orçamentárias**
2330 **correspondentes a R\$ 120,2 bilhões para as ações e serviços públicos de saúde (identificador de**
2331 **uso 6). E aprovou, por maioria, com cinco abstenções, recomendação ao Ministério da Saúde,**
2332 **Ministério do Planejamento e Congresso Nacional que as despesas com ações e serviços**
2333 **públicos de saúde decorrentes de ações judiciais sejam consideradas como aplicação adicional**
2334 **ao valor do piso constitucional a partir de 2018, devendo eventuais aberturas de créditos**
2335 **adicionais para esse fim serem cobertos com recursos da reserva de contingência legalmente**
2336 **estabelecida ou realocados de outras fontes que não sejam do orçamento do Ministério da**
2337 **Saúde. 4) Minuta de recomendação.** O texto é o seguinte: “Recomendação nº 000 de 08 de dezembro
2338 de 2017. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Reunião Ordinária,
2339 realizada nos dias 7 e 8 de dezembro de 2017, e no uso de suas competências regimentais e
2340 atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de
2341 dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de
2342 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de
2343 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando que a Constituição Federal de 1988 determina
2344 que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas
2345 que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às
2346 ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação; considerando que a Lei nº 8.080, de 19
2347 de setembro de 1990, dispõe que estão incluídas no campo de atuação do Sistema Único de Saúde
2348 (SUS) a execução de ações de ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde;

2349 considerando que a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe que o CNS, em caráter
2350 permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de
2351 serviços, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da
2352 execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e
2353 financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legitimamente constituído em dada
2354 esfera do governo; considerando a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as
2355 diretrizes e bases da educação nacional e, em seu Artigo 80, atribui ao poder público o incentivo ao
2356 desenvolvimento e à veiculação de programas de ensino a distância, em todos os níveis e modalidades
2357 de ensino, e de educação continuada; considerando o Decreto nº 5.773, de 9 de maio de 2006, que
2358 dispõe sobre o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições de educação
2359 superior e cursos superiores de graduação e sequenciais no sistema federal de ensino; considerando o
2360 Decreto nº 8.754, de 10 de maio de 2016, que altera o Decreto nº 5.773, de 9 de maio de 2006 e, em
2361 seu Art. 28, §2º, dispõe que a oferta de cursos de graduação em Direito, Medicina, Odontologia,
2362 Psicologia e Enfermagem, inclusive em universidades e centros universitários, depende de autorização
2363 do Ministério da Educação, após prévia manifestação do Conselho Federal da Ordem dos Advogados
2364 do Brasil - CFOAB e do Conselho Nacional de Saúde - CNS, respectivamente; considerando o Decreto
2365 nº 9.057, de 25 de maio de 2017, que permite o credenciamento de Instituições de Educação Superior
2366 exclusivamente para oferta de cursos de graduação na modalidade a distância, sem prever um
2367 tratamento diferenciado para a área da saúde; considerando a Portaria nº 1.134, de 10 de outubro de
2368 2016, que revoga a Portaria MEC nº 4.059, de 10 de dezembro de 2004, estabelecendo que as
2369 instituições de ensino superior que possuam pelo menos um curso de graduação reconhecido poderão
2370 introduzir, na organização pedagógica e curricular de seus cursos de graduação presenciais
2371 regularmente autorizados, a oferta de disciplinas na modalidade a distância; considerando a Resolução
2372 CNS nº 350, de 9 de junho de 2005, que afirma que a homologação da abertura de cursos na área da
2373 saúde pelo Ministério da Educação somente seja possível com a não objeção do Ministério da Saúde e
2374 do CNS; e reitera que a emissão de critérios técnicos educacionais e sanitários relativos à abertura e
2375 reconhecimento de novos cursos para a área da saúde deve levar em conta a regulação pelo Estado; a
2376 necessidade de democratizar a educação superior; a necessidade de formar profissionais com perfil,
2377 número e distribuição adequados ao SUS e a necessidade de estabelecer projetos políticos
2378 pedagógicos compatíveis com a proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais - DCN; considerando a
2379 Resolução CNS nº 515, de 7 de outubro de 2016, que trata do posicionamento contrário do CNS à
2380 autorização de todo e qualquer curso de graduação da área da saúde, ministrado na modalidade
2381 Educação a Distância - EaD, pelos prejuízos que tais cursos podem oferecer à qualidade da formação
2382 de seus profissionais, bem como pelos riscos que estes profissionais possam causar à sociedade,
2383 imediato, a médio e a longo prazos, refletindo uma formação inadequada e sem integração
2384 ensino/serviço/comunidade; e ainda, que as DCN da área de saúde devem ser objeto de discussão e
2385 deliberação do CNS de forma sistematizada, dentro de um espaço de tempo adequado para permitir a
2386 participação, no debate, das organizações de todas as profissões regulamentadas e das entidades e
2387 movimentos sociais que atuam no controle social, para que o Pleno do Conselho cumpra suas
2388 prerrogativas e atribuições de deliberar sobre o SUS, sistema este que tem a responsabilidade
2389 constitucional de regular os recursos humanos da saúde; considerando a Resolução CNS nº 507, de 16
2390 de março de 2016, que torna pública as propostas, diretrizes e moções aprovadas pelas delegadas e
2391 delegados na 15ª Conferência Nacional de Saúde (15ª CNS), com vistas a garantir-lhes ampla
2392 publicidade até que seja consolidado o Relatório Final; considerando que o Ministério da Educação
2393 prevê apenas duas modalidades de ensino para credenciamento de IES e autorização de cursos, a
2394 modalidade presencial e a modalidade a distância (EaD), e que esta última já vem sendo aplicada em
2395 cursos de graduação, inclusive os da área da saúde, sem observância à Resolução CNS nº 515, de 7
2396 de outubro de 2016; considerando que as DCN dos cursos de graduação da área da saúde têm em
2397 suas competências, habilidades e atitudes prerrogativas de uma formação para o trabalho em equipe
2398 de caráter multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar, à luz dos princípios do SUS, com ênfase na
2399 integralidade da atenção; e considerando que a formação para o SUS deve pautar-se na necessidade
2400 de saúde das pessoas e, para tanto, requer uma formação interprofissional, humanista, técnica e de
2401 ordem prática presencial, permeada pela integração ensino/serviço/comunidade, experienciando a
2402 diversidade de cenários/espacos de vivências e práticas que será impedida e comprometida na EaD.
2403 Recomenda: ao Congresso Nacional, que regulamente, com urgência, o inciso III do Art. 200 da
2404 Constituição Federal, de modo a garantir que o processo de ordenamento da formação de recursos
2405 humanos para o SUS se consubstancie em competência objetiva das instâncias do SUS, conforme
2406 prevê a Carta Magna; e, à Procuradoria Geral da República, que proponha Ação Direta de
2407 Inconstitucionalidade (ADI), junto ao STF, no sentido de anular os atos administrativos (Decreto
2408 9.057/2017, Portaria 11/2017, dentre outras) que regulamentam a modalidade à distância para os
2409 cursos de graduação na área da saúde, tendo em vista que essas normativas usurpam a competência
2410 constitucional do SUS para ordenar a formação dos seus trabalhadores e a competência legal do CNS

2411 para garantir a participação popular e o controle social no processo de construção das ações e políticas
2412 de formação para o trabalho em saúde. **4) Minuta de recomendação. Desdobramento do item 9 da**
2413 **pauta.** No documento, o Pleno aprovou, por unanimidade, recomendação ao Ministério da Saúde que
2414 viabilize com urgência, junto com a Hemobrás, as providências necessárias para a realização do
2415 empenho de despesa na ação “Participação da União no Capital Social - Empresa Brasileira de
2416 Hemoderivados e Biotecnologia - HEMOBRÁS – Nacional” até o final do exercício de 2017; e ao
2417 Ministério da Saúde, ao Ministério do Planejamento e ao Congresso Nacional, que promovam a
2418 alteração da programação orçamentária de 2018 do Ministério da Saúde para a alocação de recursos
2419 orçamentários atualmente inexistentes. **Deliberação: aprovado, por unanimidade, o texto da**
2420 **recomendação. 5)) Moção de reconhecimento, sugerida pelo Fórum das Entidades Nacionais**
2421 **dos Trabalhadores da Área da Saúde – FENTAS.** O texto é o seguinte: “O Plenário do Conselho
2422 Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Reunião Ordinária, realizada nos dias 7 e 8 de
2423 novembro de 2017, em Brasília, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de
2424 setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de
2425 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, cumprindo as disposições da
2426 Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e
2427 considerando que a Constituição Federal de 1988 prevê que os direitos e garantias fundamentais são
2428 previsões de aplicação imediata (Art. 5º, §1º) e que “a saúde é direito de todos e dever do Estado,
2429 garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros
2430 agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e
2431 recuperação” (Art. 196); considerando que a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 define a saúde
2432 do trabalhador e da trabalhadora como “um conjunto de atividades que se destina através das ações de
2433 vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores,
2434 assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e
2435 agravos advindos das condições de trabalho”; considerando que os condicionantes sociais,
2436 econômicos, tecnológicos e organizacionais são alguns dos determinantes da saúde do trabalhador e
2437 da trabalhadora, responsáveis pelas condições de vida e os fatores de riscos ocupacionais, presentes
2438 nos processos de trabalho e laborais; considerando a competência do CNS em subsidiar e aprovar
2439 programas e políticas públicas que garantam a promoção da saúde mental, prevenção de agravos e
2440 condições dignas de trabalho no contexto biopsicossocial; considerando a prisão arbitrária do Reitor da
2441 Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Luiz Carlos Cancellier de Olivo, na operação “Ouvidos
2442 Mocos” da Polícia Federal, em processo no qual não era citado como réu, o que levou à sua trágica
2443 morte por suicídio, depois de passar por constrangimento, exposição pública, ter seus direitos
2444 constitucionais de ir e vir violados ao ser impedido judicialmente de ter acesso às dependências da
2445 UFSC à qual dedicou 40 anos de sua vida; considerando que a morte do Reitor Luiz Carlos Cancellier
2446 de Olivo foi registrada no Sistema Nacional de Agravos de Notificação, pela médica do trabalho Edna
2447 Maria Niero como fruto de assédio, humilhação e constrangimento moral relacionados ao trabalho,
2448 tipificando a *causa mortis* como acidente do trabalho, atestando o nexo causal da condição da morte
2449 como forte abalo emocional resultante de assédio moral insuportável; e considerando que a notificação
2450 desse suicídio passa a integrar as estatísticas de morte do trabalhador e que o ato da médica é de
2451 suma importância para o desenvolvimento de políticas de ações de promoção, prevenção e assistência
2452 integral à saúde do trabalhador e da trabalhadora em seu ambiente de trabalho. Vem a público:
2453 manifestar reconhecimento, solidariedade e apoio à médica Edna Maria Niero, pelo ato ético e coerente
2454 com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e Política Nacional de Saúde
2455 Mental, que ao notificar a *causa mortis* do Reitor Luiz Carlos Cancellier de Olivo, ao Ministério da Saúde,
2456 através do Sistema de Agravos de Notificação, trouxe ao conhecimento público que abalo emocional
2457 está incluído na lista de doenças de notificação compulsória do MS e que agora integra as estatísticas
2458 epidemiológicas de morte do trabalhador. **Deliberação: a moção de reconhecimento foi aprovada**
2459 **por unanimidade. 6) Moção de repúdio, sugerida pelo Fórum das Entidades Nacionais dos**
2460 **Trabalhadores da Área da Saúde – FENTAS.** O texto é o seguinte: “O Plenário do Conselho Nacional
2461 de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Reunião Ordinária, realizada nos dias 7 e 8 de dezembro de
2462 2017, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de
2463 setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de
2464 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da
2465 Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e
2466 considerando que o princípio da autonomia universitária (Art. 207 da Constituição Federal de 1988), por
2467 todas as razões apresentadas foi violentamente desrespeitado; considerando que a Constituição
2468 Federal de 1988, em seu Art. 6º, dispõe que a educação é um direito humano de toda a população
2469 brasileira, categorizado como um direito fundamental; considerando que na manhã do dia 6 de
2470 dezembro de 2017, a Polícia Federal invadiu a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) para
2471 cumprir oito mandados de condução coercitiva e onze de busca e apreensão com um aparato de 84
2472 policiais federais, 15 auditores da CGU e dois do TCU, tendo levado em condução coercitiva os atuais

2473 reitores e ex-reitores da UFMG e professores na operação denominada “Esperança Equilibrista”, que
2474 apura suspeitas sobre a não execução e desvio de recursos públicos destinados à implantação do
2475 Memorial da Anistia, financiado pelo Ministério da Justiça e executado pela referida Instituição de
2476 Ensino Superior (IES); considerando que o projeto de construção do Memorial foi aprovado em 2009,
2477 portanto, em gestão anterior à atual administração da Universidade, idealizado para homenagear todos
2478 e todas que lutaram contra a ditadura brasileira, contribuindo para restabelecer no Brasil o elementar
2479 direito à memória e que a nomeação da operação policial (Esperança equilibrista), em referência direta
2480 à canção símbolo da luta pela redemocratização brasileira (“O bêbado e a equilibrista”, de João Bosco
2481 e Aldir Blanc, imortalizada por Elis Regina), já demonstra total descrédito às lutas sociais daquela
2482 época e aos defensores de direitos humanos; considerando que não há qualquer justificativa plausível
2483 para a condução coercitiva de dirigentes universitários, cidadãos e cidadãs conhecidas publicamente,
2484 com endereço estabelecido, cumprindo suas funções e que, a qualquer momento, estariam à
2485 disposição da Polícia Federal para prestar as explicações que fossem necessárias; considerando que,
2486 como vem se tornando regra no Brasil, além da medida ser uma coerção desnecessária (não se tem
2487 conhecimento se houve pedido prévio, cuja desobediência justificasse a medida), consta que os
2488 acusados e seus advogados foram impedidos de ter acesso ao próprio processo; alguns deles não
2489 tinham conhecimento da condição em que estavam sendo conduzidos: como testemunha ou suspeitos;
2490 o que fere os princípios elementares do devido processo legal, viola os direitos de cidadania e os
2491 artigos 201, 218 e 260 do Código de Processo Penal; considerando que tal fato ocorre meses depois da
2492 operação policial desencadeada na Universidade Federal de Santa Catarina que provocou o suicídio do
2493 reitor Luiz Carlos Cancellier de Olivo; considerando que este não foi um fato isolado, já que em menos
2494 de um ano quatro das maiores universidades federais do país (UFRGS, UFPR, UFSC e UFMG),
2495 sofreram operações policiais semelhantes, com agentes federais também acompanhados por auditores
2496 de órgão de controle, sempre com imensa repercussão midiática e prisão ou condução coercitiva das
2497 autoridades máximas das instituições universitárias; considerando que o martírio do ex-reitor da UFSC
2498 não foi suficiente para evitar a escalada contra as universidades e que sua morte não mudou em nada
2499 os procedimentos para que o fato fosse objeto de reflexão evitando, assim a utilização de prerrogativas
2500 legais como justificativa de medidas violentas contra as universidades públicas e as ações de força não
2501 estão fundamentadas e as conduções coercitivas são realizadas sem que nenhum dos conduzidos
2502 tenha sido chamado a depor, não tendo assim qualquer justificativa; considerando que, no momento,
2503 outras IES sofrem ataques, a exemplo da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), que define
2504 devido a crimes cometidos por gestores públicos e a Universidade Federal do Rio Grande do Norte
2505 (UFRN) sem salário e em processo de greve, ao mesmo tempo em que o Banco Mundial propõe o fim
2506 do ensino superior público no país; e considerando que é preciso qualificar as escutas dos protestos
2507 que ecoam chamando a atenção para as controversas decisões políticas, jurídicas e administrativas
2508 citadas, como a manifestação dos ex-reitores da referida IES desde 1974, notas de apoio e manifestos
2509 de universidades, entidades da sociedade civil, parlamentares e frentes parlamentares, docentes,
2510 pesquisadores, intelectuais, estudantes, instituições acadêmicas, tais como ANDES, ANDIFES,
2511 CAPES, ENSP, OAB/MG, dentre outras. Vem a público: **1) Manifestar repúdio pela despropositada**
2512 **condução coercitiva de que foi vítima o Reitor e assessores da Universidade Federal de Minas Gerais**
2513 **(UFMG), que merecem a nossa solidariedade e todo o nosso respeito; 2) Somamo-nos à indignação já**
2514 **manifestada pela direção da UFMG e conclamamos a sociedade e a comunidade acadêmica para a**
2515 **defesa irrestrita da universidade pública, espaço fundamental para a promoção da igualdade na**
2516 **sociedade brasileira, bem como o combate às nossas iniquidades históricas; e , como o momento é de**
2517 **resistir e defender a Universidade Pública, reafirmamos a fala de um dos compositores da música que**
2518 **dá nome à operação policial, João Bosco, ao não autorizar, “politicamente, o uso da canção por quem**
2519 **trai seu desejo fundamental”. Aberta a palavra foram apresentadas as seguintes sugestões: corrigir**
2520 **“Universidade Estadual do RN” por Universidade Federal do Rio Grande do Norte; no trecho “ (...)**
2521 **polícia federal “invadiu””, substituir o verbo por outro (sugestão: desencadeou operação); transformar o**
2522 **item 2 da moção em considerando; aprovar o documento na forma de moção de apoio à universidade e**
2523 **de repúdio à ação da polícia. Após ponderações, o Plenário votou, em separado, o mérito da moção e o**
2524 **seu título, porque foi apresentada contraproposta, ao invés de moção de repúdio à ação da polícia**
2525 **federal, moção de reconhecimento à Universidade. Deliberação: o Plenário aprovou, por**
2526 **unanimidade, o texto da moção com retificações. Além disso, aprovou, por maioria, o**
2527 **documento como moção de repúdio. ITEM 11 – 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE –**
2528 **Apresentação: conselheiro Ronald Ferreira dos Santos, Presidente do CNS. Coordenação:**
2529 **conselheiro Geordecí Menezes de Souza, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando, O Presidente do CNS**
2530 **explicou que a 16ª Conferência Nacional de Saúde é uma referência cronológica à 8ª Conferência**
2531 **(8ª+8), com debate de temas importantes debatidos naquela época - democracia e saúde, saúde como**
2532 **direito, consolidação do SUS e financiamento – à luz da conjuntura atual. Salientou que é essencial**
2533 **a participação e o envolvimento de todos os setores que atuam na área da saúde no processo de**
2534 **preparação e realização da 16ª Conferência. Feitas essas considerações, procedeu à leitura da**

2535 proposta de resolução da 16ª Conferência. O texto é o seguinte: **“Resolução nº 000, de 8 de**
2536 **dezembro de 2017.** O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Reunião
2537 Ordinária, realizada nos dias 7 e 8 de dezembro de 2017, no uso de suas competências regimentais e
2538 atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de
2539 dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de
2540 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de
2541 1988 e da legislação brasileira correlata; e considerando o Relatório Final da 8ª Conferência Nacional
2542 de Saúde (8ª CNS) que definiu as diretrizes fundamentais para a construção do Sistema Único de
2543 Saúde – SUS pautadas em três pilares: “Saúde como Direito”; “Reformulação do Sistema Nacional de
2544 Saúde” e “Financiamento do Setor”; considerando que em seu preâmbulo, a Constituição Federal de
2545 1988, institui o Estado Democrático de Direito destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e
2546 individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como
2547 valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia
2548 social e estabelece em seu primeiro artigo, o fortalecimento da Federação, formada pela união
2549 indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, declara seus princípios fundamentais e
2550 afirma a soberania popular, além de instituir como novo paradigma, a democracia participativa;
2551 considerando a Constituição Federal de 1988 art. 196, segundo o qual a saúde é direito de todos e
2552 dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de
2553 doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção,
2554 proteção e recuperação; considerando o estabelecido na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que
2555 a participação da comunidade integra um dos princípios do SUS; considerando a Lei nº 8.142, de 28 de
2556 dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, estabelece a
2557 Conferência de Saúde como umas das instâncias colegiadas do SUS e define no § 1º que a
2558 Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos
2559 sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde
2560 nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo
2561 Conselho de Saúde; considerando a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que
2562 determina a obrigatoriedade de que os Conselhos de Saúde, entre outras atribuições, delibere sobre
2563 as diretrizes para o estabelecimento de prioridades na definição dos planos plurianuais, das leis de
2564 diretrizes orçamentárias, das leis orçamentárias e dos planos de aplicação dos recursos dos fundos de
2565 saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios; considerando que as deliberações
2566 da 16ª Conferência Nacional de Saúde (16ª CNS) precisam ser contempladas no próximo ciclo de
2567 planejamento da União e servir de subsídio para a elaboração do Plano Nacional de Saúde e Plano
2568 Plurianual de 2019-2022; e considerando a necessidade de reafirmar tanto o que dispõe a Constituição
2569 Federal, pela Democracia Participativa quanto as diretrizes estabelecidas na 8ª CNS. Resolve: **1)**
2570 Aprovar a realização, em junho de 2019, da Etapa Nacional da 16ª CNS (=8ª+8) Conferência Nacional
2571 de Saúde tendo como tema central “Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e
2572 Financiamento do SUS”. **2)** Aprovar, enquanto parte integrante das etapas preparatórias da 16ª CNS
2573 (=8ª+8), as seguintes atividades: a) Relatório final da 2ª CNSMu; b) 1ª CNVS; c) Fórum Social
2574 Mundial/2018; d) Semana da Saúde de 2 a 8 de abril de 2018; e) Congresso da Rede Unida/2018; f)
2575 Congresso da Abrasco/2018; g) Atividades temáticas, abaixo relacionadas, a serem coordenadas pelas
2576 Comissões Intersetoriais do CNS de forma articulada com as questões transversais de equidade, saúde
2577 de pessoas com patologias, ciclos de vida, promoção, proteção e práticas integrativas, alimentação e
2578 nutrição e educação permanente: i. Saúde das Pessoas com Deficiência; ii. Assistência Farmacêutica e
2579 Ciência e Tecnologia; iii. Saúde Bucal; iv. Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; v. Saúde Mental;
2580 vi. Saúde da População Negra; e vii. Recursos Humanos e Relações de Trabalho. **3)** A 6ª Conferência
2581 Nacional de Saúde Indígena - 6ª CNSI, convocada pela Resolução XXX, de 08 de dezembro de 2017,
2582 contribuirá com subsídios para a 16ª CNS (=8ª+8). **4)** As deliberações aprovadas na etapa Nacional da
2583 16ª CNS (=8ª+8) deverão subsidiar a estruturação da proposta do Plano Nacional de Saúde e Plano
2584 Plurianual de 2019-2022. **5)** Encaminhar, em até 60 dias após a aprovação desta resolução, minuta de
2585 decreto e portaria para providências quanto à convocação do processo da 16ª CNS (=8ª+8)”. Concluída
2586 a leitura, explicou que, entre as atividades, foram incluídas aquelas que chegaram com demandas
2587 concretas. Em sendo aprovada a resolução, cada entidade assume o compromisso de internalizar a
2588 discussão geral do tema. Aberta a palavra ao Plenário, houve consenso sobre a convocação da 16ª
2589 Conferência, todavia, foi solicitada a aprovação da data na próxima reunião do Conselho. Além dessa
2590 ponderação, foi sugerido: na letra “g”, incluir “questões orçamentárias e financeiras”; e, no item 2, não
2591 nomear eventos e entidades, pois todas as atividades comprometidas com o SUS devem ser
2592 consideradas como parte integrante das etapas preparatórias. **Deliberação: aprovada, por**
2593 **unanimidade, a minuta de resolução, com exceção do item 1, que trata da data da 16ª**
2594 **Conferência. Esse item foi excluído do texto e será debatido na próxima reunião Plenária do**
2595 **CNS. Na pauta da 301ª RO, deverá ser explicitado que o Pleno discutirá resolução sobre o**
2596 **calendário da 16ª Conferência.** Definido esse ponto, conselheiro **Moyses Toniolo**, em nome do

2597 Fórum de Usuários, solicitou informe na próxima reunião do CNS sobre os motivos do adiamento da 1ª
2598 CNVS e indicou os seguintes nomes para secretariar os grupos da Conferência: **Maria da Conceição,**
2599 **Carmem Lúcia; Lenise Aparecida Martins Garcia;** e **Giovanny Kley Silva Trindade.** O Presidente
2600 do CNS informou que seria feito informe a respeito da 1ª CNVS na próxima reunião do CNS.
2601 **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, o Presidente do CNS encerrou a 300ª Reunião
2602 Ordinária do CNS, última de 2017, desejando boas festas a todos e todas. Estiveram presentes os
2603 seguintes conselheiros e conselheiras no período da tarde do segundo dia de reunião: *Titulares* –
2604 **Antonio Pitol,** Pastoral da Saúde Nacional; **Carmen Lucia Luiz,** União Brasileira de Mulheres – UBM;
2605 **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro,** Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil –
2606 FENACELBRA; **Dylson Ramos Bessa Junior,** Organização Nacional de Entidades de Deficientes
2607 Físicos – ONEDEF; **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo,** Associação Brasileira de Ensino em
2608 Fisioterapia – ABENFISIO; **Francisca Valda da Silva,** Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn;
2609 **Giovanny Kley Silva Trindade,** Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG; **Jani Betânia**
2610 **Souza Capiberibe,** Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **João Rodrigues Filho,** Confederação
2611 Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; **Antônio Lacerda Souto,** Confederação Nacional dos
2612 Trabalhadores na Agricultura – CONTAG, **Lorena Baía de Oliveira Alencar,** Conselho Federal de
2613 Farmácia (CFF); **Luiz Aníbal Vieira Machado,** Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Maria**
2614 **Laura Carvalho Bicca,** Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Moysés Toniolo de**
2615 **Souza,** Articulação Nacional de Luta Contra a Aids – ANAIDS; **Oriana Bezerra Lima,** Conselho Federal
2616 de Medicina Veterinária (CFMV); **Wanderley Gomes da Silva,** Confederação Nacional das
2617 Associações de Moradores – CONAM. *Suplentes* – **Albervan Reginaldo Sena,** Associação Brasileira
2618 de Linfoma e Leucemia – ABRALe; **Analice Dantas Santos,** Conselho Federal de Serviço Social –
2619 CFESS; **Clarice Baldotto,** Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB); **Christianne Maria de**
2620 **Oliveira Costa,** Federação Brasileira de Hemofilia – FBH; **Eliane Maria Nogueira de Paiva Cunha,**
2621 Sindicato dos Servidores do Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde – UNASUS;
2622 **Ivone Martini de Oliveira,** Conselho Federal de Enfermagem – COFEN; **Jupiara Gonçalves de**
2623 **Castro,** Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos Administrativos em Instituições de Ensino
2624 Superior Públicas do Brasil – FASUBRA; **Lenise Aparecida Martins Garcia,** Conferência Nacional dos
2625 Bispos do Brasil – CNBB; **Marco Aurelio Antas Torronteguy,** Movimento dos Portadores de Esclerose
2626 Múltipla – MOPEM; **Maria das Graças Silva Gervásio,** Conferência Nacional dos Bispos do Brasil –
2627 CNBB; **Sérgio Diego de França,** Organização Nacional de Cegos do Brasil – ONCB; **Simone Maria**
2628 **Leite Batista,** Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde –
2629 ANEPS; e **Shirley Marshal Diaz Morales,** Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE.