



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

Aos trinta e trinta e um dias do mês de janeiro de dois mil e dezoito, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde “O Milton Visconde”, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar, Brasília-DF, realizou-se a Tricentésima Primeira 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 os itens do Radar; **3)** Definir ações para organizar a semana da saúde; **4)** Apreciar e deliberar sobre as demandas da Comissão Intersetorial de Orçamento e financiamento – COFIN; **5)** Apreciar, debater e deliberar sobre a Política Nacional de Saúde Mental; **6)** Apreciar e debater acerca do Termo de Ajuste Sanitário e a Atual Situação do Sistema Nacional de Auditoria; **7)** Apreciar e debater sobre os Medicamentos Biológicos e Biossimilares – Situação atual no Brasil; **8)** Apreciar e deliberar sobre os pareceres da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho – CIRHRT/CNS; **9)** Analisar, convocar e deliberar sobre a 16ª Conferência Nacional de Saúde; e **10)** Apreciar e deliberar sobre encaminhamentos das Comissões Intersetoriais e Grupos de Trabalhos do CNS. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DA PAUTA DA 301ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS** - *Coordenação:* conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS; e conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**, da Mesa Diretora do CNS. **Deliberação: aprovada, por unanimidade, a pauta da 301ª RO do CNS.** As atas das 299ª e 300ª Reuniões Ordinárias serão enviadas com antecedência aos conselheiros para aprovação na próxima reunião do CNS. **ITEM 2 – EXPEDIENTE - Justificativa de ausências. Apresentação de Convidados (as), novos (as) Conselheiros (as) e Coordenadores (as) Estaduais de Plenária 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. **JUSTIFICATIVA DE AUSÊNCIAS** – **Antônio Muniz; Arthur Custódio M. Souza; Carolina Abad; José Vanilson Torres da Silva; e Wilen Heil e Silva.** **Apresentação de convidados (as), novos (as) conselheiros (as) e coordenadores (as) estaduais de Plenária de Conselhos de Saúde - Novos conselheiros – Sarlene Moreira da Silva; Thereza de Lamare Franco Netto; e Jumaida Pressi Moreira.** **INFORME E PROPOSTAS DA MESA DIRETORA DO CNS** – Inicialmente, conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, apresentou os seguintes informes: para elaboração da pauta da 301ª Reunião Ordinária do CNS, a Mesa Diretora do CNS seguiu os critérios definidos no Regimento Interno do Conselho (Resolução CNS nº. 407); o sistema de compras de passagem foi suspenso (previsão de 180 dias para reestabelecer), o que dificultou o processo de emissão de passagens dos conselheiros para vinda à reunião - destaque ao esforço da equipe do CNS para garantir a emissão das passagens para a 301ª RO; e a assinatura do livro deve ser feita por períodos (manhãs e tardes dos dois dias de reunião). Além disso, submeteu à apreciação do Pleno as seguintes propostas de ajustes no calendário de atividades do CNS do primeiro trimestre de 2018: **a)** realização de reunião, no dia 20 de fevereiro, com as coordenações das comissões do CNS, para debater a participação no Fórum Social Mundial e o processo preparatório da 16ª Conferência Nacional de Saúde e atividade na Câmara dos Deputados sobre a 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde – 1ª CNVS; **b)** convocação de Reunião Extraordinária do CNS, a ser realizada no dia 23 de fevereiro, para tratar do planejamento do CNS; e **c)** mudança da data da 303ª RO para os dias 21 e 22 de março, por

53 conta do Fórum Social Mundial 2018, que será realizado de 13 a 17 do mesmo mês.
54 **Deliberação: aprovados, com uma abstenção, os ajustes no calendário de atividades do**
55 **CNS do primeiro trimestre de 2018, conforme sugerido pela Mesa Diretora do CNS.**
56 **INFORMES - Coordenação: conselheiro Geordeci Menezes de Souza; e Neide Rodrigues**
57 **dos Santos, Secretária-Executiva do CNS. 1) Conselheira Simone Maria Leite Batista**
58 apresentou os seguintes informes da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de
59 Educação Popular em Saúde – ANEPS: **a) Curso de Educação Popular em Saúde: a) Etapa III**
60 **– 7 estados: BA, CE, MA, PE, RJ, SE, SP (São Carlos) – 108 turmas, sendo 33 por convênio,**
61 **21 no Maranhão e 12 em Sergipe; e b) Etapa IV – para 2º semestre de 2018 – em princípio,**
62 **somente no Norte: Pará, Amazonas e Roraima – foi um pedido do MS. Para essa etapa, o**
63 **curso também é ofertado na modalidade de convênio para os estados onde já ocorreu.**
64 **Dependendo da demanda, será feita avaliação do quantitativo que será possível atender.**
65 **Proposta em fase de formatação e sujeita a alterações. b) Informes sobre a aprovação da carta**
66 **de intenções no I Congresso Nacional de Práticas Integrativas e Complementares de Saúde e**
67 **III Encontro Nordestino de PICS, ocorrido em Natal, de 12 a 14 de outubro de 2017.**
68 **Organizado pela Rede PICS com apoio do Ministério da Saúde, CNS, UFRN, ANEPS, entre**
69 **outras. c) Convite ao CNS para participação no Congresso Internacional de PICS, previsto para**
70 **de 12 a 15 de março de 2018, no Rio de Janeiro. Foi sugerida mesa de debate sobre controle**
71 **social, as práticas integrativas e educação popular. A proposta é realizar reunião da Comissão**
72 **Intersetorial de Promoção, Proteção e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde –**
73 **CIPPSPICS na atividade. d) Apresentação de denúncia, em nome do conselheiro Vanilson**
74 **Torres, contra a polícia militar e a Secretaria de Desenvolvimento Social de Feira de**
75 **Santana/BA por conta de problemas enfrentados por morador de rua no atendimento à saúde**
76 **nesse município baiano. 2) Conselheiro Geordeci Menezes de Souza fez um informe sobre o**
77 **processo eleitoral do Conselho Estadual do Rio Grande do Norte. Relatou que a eleição do**
78 **CES/RN foi realizada em dezembro de 2017 e as entidades eleitas por consenso. Todavia, a**
79 **posse, marcada para 29 de dezembro de 2017, não ocorreu por conta de recurso da Ordem**
80 **dos Advogados do Brasil – OAB (fora do prazo). Disse que a comissão eleitoral, após deferir o**
81 **recurso da OAB, excluiu três entidades eleitas e convocou nova eleição para ocupar essas três**
82 **vagas, sem direito de defesa. Diante do ocorrido, as entidades excluídas entraram com ação**
83 **judicial. Lamentou o ocorrido, lembrando inclusive que a OAB ocupa a presidência do CES/RN**
84 **e a vice-presidência é ocupada por ex-presidente do CNS. Na sequência, com a anuência do**
85 **Plenário, fez uso da palavra o conselheiro estadual de saúde CES/RN, Esdras Gurgel, que**
86 **custeou a sua vinda à reunião do Conselho para informar o Pleno sobre a situação do CES/RN,**
87 **Esdras Gurgel. De acordo com ele, o CES/RN tem agido de maneira pessoal para**
88 **desmobilizar o controle social. Primeiro, informou que o CES/RN recuou-se a receber a oficina**
89 **de formação de conselheiros, oferecida pelo CNS e as decisões do Conselho Estadual são**
90 **tomadas sem debate com o Plenário. Segundo informou, o Conselho retirou três entidades**
91 **sumariamente para atender interesses pessoais de integrantes do Conselho – presidência,**
92 **vice-presidência – e tem feito trabalho de desmobilização do controle social do SUS e das**
93 **políticas públicas. Disse que o vice-presidente do CES/RN estaria mobilizando-se para formar**
94 **frente e futuramente entrar em embate com o CNS. Nas suas palavras, a convocação de nova**
95 **eleição, pelo CES, feriu o controle social como um todo e há risco de deixar o Conselho**
96 **Estadual sem direção. Como encaminhamento, sugeriu que o CNS indique um representante**
97 **para ingressar como parte interessada nos processos judiciais em andamento. Dada a**
98 **necessidade de aprofundar o debate para definição de encaminhamentos, acordou-se**
99 **que o tema seria retomado no dia seguinte, fora do item de informes. 3) Conselheira**
100 **Sarlene Moreira da Silva fez um informe, em nome da Coordenação das Organizações**
101 **Indígenas da Amazônia – COIAB, sobre a situação crítica do Estado de Roraima. Explicou que**
102 **o Estado enfrenta sérios problemas por conta da entrada desenfreada de venezuelanos (mais**
103 **80 mil imigrantes) e do deslocamento dos povos indígenas Warao. Além disso, Roraima tem**
104 **sofrido com o aumento do índice de violência, do uso de drogas, inchaço urbano, entre outros**
105 **problemas. Diante da situação, solicitou maior atenção do CNS e providências do Ministério da**
106 **Saúde. 4) A Secretária Executiva do CNS, Neide Rodrigues, informou a homologação das**
107 **seguintes Resoluções do CNS que aguardavam a assinatura do Ministro de Estado da Saúde:**
108 **a) nº 553/17, que aprovar a atualização da Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da**
109 **Saúde, que dispõe sobre as diretrizes dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde**
110 **anexa a esta Resolução; b) 554/17, que aprova diretrizes para estruturação e funcionamento**
111 **dos Conselhos de Saúde a serem aplicadas em conjunto com o previsto na Resolução CNS nº**
112 **453/2012; c) nº 557/17, que aprova, em caráter definitivo, o Regulamento da Etapa Nacional da**

113 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde; **d**) nº. 561/17, que publica as propostas,
114 diretrizes e moções aprovadas pelas Delegadas e Delegados na 2ª Conferência Nacional de
115 Saúde das Mulheres, anexas a esta Resolução, com vistas a garantir-lhes ampla publicidade;
116 **e**) nº 564/17 que, entre outros aspectos, resolve: 1) fortalecer as ações de mobilização nas três
117 instâncias de Conselhos e Conselheiros de Saúde para o acompanhamento do envio das
118 informações necessárias à alimentação do Banco de Preços em Saúde pela União, Estados,
119 Distrito Federal, e Municípios, 2) promover estratégias de educação permanente, em parceria
120 com a CMED e Banco de Preços em Saúde, para disseminação de informações relacionadas
121 ao aprimoramento das compras públicas e regulação do mercado de medicamentos, 3) orientar
122 que os Conselhos e Conselheiros de Saúde, de acordo com as diretrizes aprovadas na
123 Resolução CNS nº 554 de 2017, acompanhem a utilização, pelos entes federados, do Banco
124 de Preços em Saúde e respectivo envio das informações das compras homologadas de
125 medicamentos, obrigatórias para este exercício, a partir de 1º de dezembro de 2017, nas
126 formas estabelecidas na Resolução CIT nº 18 de 2017, entre outras; e **f**) nº 568/17, que
127 resolve: Art. 1º. Remeter para a Trecentésima Primeira Reunião Ordinária do Conselho
128 Nacional de Saúde a deliberação sobre a realização da Etapa Nacional da 16ª CNS (=8ª+8)
129 tendo como tema central “Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e
130 Financiamento do SUS”. Art. 2º. Aprovar, enquanto parte integrante das etapas preparatórias
131 da 16ª CNS (=8ª+8), as seguintes atividades: a. O Relatório final da 2ª Conferência Nacional de
132 Saúde das Mulheres (2ª CNSMu); b. A 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (1ª
133 CNVS); c. O Fórum Social Mundial/2018; d. A Semana da Saúde, de 2 a 8 de abril de 2018; e.
134 O Congresso da Rede Unida/2018; f. O Congresso da Associação Brasileira de Saúde Coletiva
135 (ABRASCO) 2018; g. Atividades temáticas, nas áreas abaixo relacionadas, a serem
136 coordenadas pelas Comissões Intersetoriais do CNS de forma articulada com as questões
137 transversais de equidade, saúde de pessoas com patologias, ciclos de vida, promoção,
138 proteção e práticas integrativas, alimentação e nutrição e educação permanente: I. Saúde das
139 Pessoas com Deficiência; II. Assistência Farmacêutica e Ciência e Tecnologia; III. Saúde
140 Bucal; IV. Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; V. Saúde Mental; VI. Saúde da População
141 Negra; VII. Recursos Humanos e Relações de Trabalho; e VIII. Orçamento e financiamento.
142 Art. 3º. A 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (6ª CNSI), convocada pela Resolução
143 CNS nº 567, de 08 de dezembro de 2017, contribuirá com subsídios para a 16ª CNS (=8ª+8).
144 Art. 4º. As deliberações aprovadas na Etapa Nacional da 16ª CNS (=8ª+8) deverão subsidiar a
145 estruturação da proposta do Plano Nacional de Saúde e Plano Plurianual de 2020-2023. Art. 5º.
146 Encaminhar, em até 60 dias após a aprovação desta resolução, minuta de decreto e portaria
147 para providências quanto à convocação do processo da 16ª CNS (=8ª+8). (Nesta resolução,
148 será incluído entre os eventos citados no texto o Congresso do CONASEMS – proposta é
149 manter o número da resolução). Atendendo à solicitação, na próxima reunião do CNS, será
150 apresentado informe sobre a situação de outras resoluções do CNS pendentes de
151 homologação. **INDICAÇÕES – 1)** Indicação de representante para compor do Conselho
152 Consultivo da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH. O Conselho Consultivo
153 tem as finalidades de consulta, controle social e apoio à Diretoria Executiva e ao Conselho de
154 Administração. O Fórum de Usuários e o Fórum de Trabalhadores da Saúde – FENTAS
155 decidiram não indicar representante para compor o conselho da EBSEH. **Deliberação: o**
156 **Plenário decidiu não indicar representante para o Conselho e pautar debate, na Reunião**
157 **Ordinária de março de 2018, sobre o funcionamento dos Hospitais Universitários para**
158 **avaliar a EBSEH.** Neste ponto, o Presidente do CNS anunciou a presença do Ministro de
159 Estado da Saúde. Com um voto contrário, o Pleno decidiu interromper as indicações para que
160 o Ministro fizesse apresentação sobre a febre amarela. **ITEM 3 – RADAR - Regulação e**
161 **Formação dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate a Endemias.**
162 **Febre Amarela.** *Coordenação:* conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS.
163 **Febre Amarela** – Iniciando, o Presidente do CNS explicou que o tema foi pautado a fim de dar
164 sequência aos debates sobre a febre amarela e colocar a estrutura do controle social à
165 disposição para contribuir nas iniciativas voltadas ao combate a essa séria ameaça à saúde
166 brasileira. O Ministro de Estado da Saúde, **Ricardo Barros**, após cumprimentar o Plenário,
167 procedeu à apresentação sobre a campanha de vacinação contra febre amarela e atualização
168 de casos. Começou informando que, de 1º de julho de 2017 a 23 de janeiro de 2018, foram
169 confirmados 130 casos de febre amarela e 53 óbitos. Em 2017, foram 381 casos confirmados
170 na semana epidemiológica correspondente e 127 óbitos. Disse que São Paulo e Rio de Janeiro
171 anteciparam campanha de vacinação contra febre amarela e começaram a vacinação no dia 25
172 de janeiro, com dose fracionada. Essa antecipação foi adotada porque o Ministério da Saúde já

173 repassara aos dois Estados os insumos a serem utilizados nas campanhas. A campanha de
174 vacinação no Estado da Bahia começaria no dia 19 de fevereiro. Destacou que a medida será
175 adotada em áreas definidas em conjunto com os três estados e 77 municípios. Na campanha
176 de vacinação, será utilizada dose fracionada e padrão para públicos específicos. Salientou que
177 essa estratégia está em consonância com as recomendações da OMS para intensificação
178 vacinal, em curto prazo de tempo, em áreas populosas com risco de expansão da doença.
179 Destacou que a meta é vacinar 95% de 23,8 milhões de pessoas nos estados de São Paulo
180 (54 municípios e 10,3 milhões pessoas), Rio de Janeiro (15 municípios e 10 milhões pessoas)
181 e Bahia (8 municípios e 3,3 milhões pessoas). Frisou que as áreas determinadas para
182 vacinação continuam as mesmas e que as medidas de prevenção, como intensificação de
183 vacinação e fracionamento de doses, também continuarão sendo realizadas e atualizadas
184 conforme as necessidades. Acrescentou que não estão sendo vacinadas as pessoas fora da
185 área de circulação do vírus, por conta do risco da vacinação (quatro mortes foram confirmadas
186 por reação adversa à vacina). Explicou que a campanha de vacinação terá como slogan
187 “Informação para todos, vacina para quem precisa” e o enfoque será para a segurança e
188 eficácia da vacina de febre amarela fracionada. Disse que a campanha será veiculada em TV,
189 rádio, internet e mídia exterior e as peças publicitárias estão disponíveis em
190 “saude.gov.br/campanhas”. Finalizando, explicou que a decisão de fracionar a vacina foi
191 tomada em conjunto com as áreas afetadas. Acrescentou que a febre amarela apresenta-se
192 em determinado período com mais intensidade e, durante 90 dias, nenhum caso foi registrado.
193 Assim, pelo protocolo, foi declarado o encerramento do ciclo. Todos os anos há incidência de
194 febre amarela no Brasil, com a média de 80 mortes por ano e, em 2017, foram 300 mortes por
195 conta do episódio em Minas Gerais. O Estado do Espírito Santo foi alvo da vacinação em 2017
196 e até o momento não apresentou nenhum caso, confirmando que a ação da campanha de
197 prevenção foi exitosa. **Manifestações.** Conselheiro **Rildo Mendes** interveio para informar o
198 Ministro da Saúde que a Portaria do programa de formação dos ACS não contemplou os ACS
199 indígenas. Em resposta, o Ministro de Estado de Saúde comunicou que a Portaria seria
200 retificada. Conselheiro **Moyses Longuinho Toniolo de Souza** explicou que na primeira
201 reunião do CES/BA de 2018 foram apresentadas as ações para combate à febre amarela no
202 Estado. Lembrou que em 2017 o Ministério da Saúde anunciou o fim do surto de febre amarela
203 e posteriormente a doença reapareceu de forma agravada. Por fim, solicitou maiores
204 esclarecimentos sobre a eficácia da vacina fracionada. Conselheira **Christianne Maria**
205 **Oliveira Costa** sugeriu que as pessoas com doenças hematológicas também sejam
206 contempladas nas campanhas de vacinação. Conselheiro **Heleno Rodrigues Corrêa Filho**
207 solicitou ao Ministro de Estado da Saúde que facilitasse o acesso dos profissionais de saúde
208 aos relatórios com dados sobre as mortes em virtude da vacina. Avaliou que a imprensa tem
209 realizado movimento contra a vacinação, prejudicando inclusive as ações para controle da
210 epidemia de febre amarela. Conselheira **Oriana Bezerra Lima** perguntou o tempo médio que a
211 rede de referência demora em dar retorno às amostras enviadas pelos estados. **Retorno da**
212 **mesa.** O Ministro de Estado da Saúde respondeu às questões levantadas pelos conselheiros,
213 destacando que: em 2017, foi anunciado o fim do surto porque nenhum caso foi notificado por
214 90 dias consecutivos (protocolo padrão seguido pelo MS); estudo da FIOCRUZ demonstrou
215 eficiência da dose fracionada; restrição da vacina para idosos e pessoas com baixa imunidade
216 – ao chegar à unidade de saúde, essas pessoas devem consultar se podem ou não ser
217 vacinadas. Neste ponto, a Coordenadora do Programa Nacional de Imunizações do Ministério
218 da Saúde, **Carla Domingues**, interveio para explicar que os casos de mortes atribuídas à
219 vacina ainda estão sob investigação e a mídia está se antecipando com divulgação de casos
220 suspeitos. Desse modo, assim que as investigações forem concluídas, os dados serão
221 disponibilizados. Salientou que, ainda que os casos sejam confirmados, a incidência de febre
222 amarela está abaixo do esperado. Também disse que seria divulgado boletim com dados
223 demonstrando a eficácia e segurança da vacina. Conselheiro **Heleno Rodrigues Corrêa Filho**
224 explicou que, ao buscar referência de supostos óbitos atribuídos à vacina em 2008 e 2009, não
225 encontrou informação. Disse que os dados do Ministério poderiam contribuir para aliviar a
226 tensão em torno do tema, inclusive rebater informações veiculadas pela mídia. Retomando a
227 palavra, o Ministro de Estado da Saúde continuou destacando que há movimento para que as
228 pessoas não se vacinem e o MS tem buscado formas de combater essa desinformação.
229 Informou também que os laboratórios estão respondendo às amostras no prazo de nove dias, o
230 que contribui para reação rápida à informação. O Presidente do CNS solicitou ao Ministro de
231 Estado da Saúde que permanecesse mais um tempo para debater o segundo tema do radar –
232 Regulação e Formação dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate a

233 Endemias. O Ministro de Estado da Saúde disse que seria feita apresentação detalhada sobre
234 o tema pelos representantes do Ministério da Saúde. Em síntese, destacou os seguintes fatos:
235 elaboração da nova PNAB, sanção da lei que trata da atribuição dos ACS e ACE e publicação
236 do Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde – PROFAGS. Disse que se
237 encontra na CONJUR, para análise, o edital de credenciamento de instituições do Programa de
238 Formação (cada curso será remunerado em R\$ 5 mil). Explicou que os agentes poderão
239 escolher a instituição que melhor lhe atende (expectativa de mais de cem instituições). Na sua
240 visão, essa iniciativa aumentará a resolutividade na atenção básica. Destacou que recebeu
241 elogios de agentes à iniciativa e solicitou a presidente dos ACS que debatesse o tema. Por fim,
242 lembrou que é opcional a participação dos agentes no Programa. **Manifestações.** Conselheira
243 **Oriana Bezerra Lima** salientou ser favorável às iniciativas de qualificação profissional, todavia,
244 possuía dúvidas sobre o Programa de Formação. Nessa linha, perguntou, por exemplo, que
245 atividade o agente de endemia exerceria ao final desse curso (auxílio à equipe da saúde família
246 ou controle vetorial?). Conselheiro **Moyses Longuinho Toniolo de Souza** destacou que é
247 preciso debater a nova Política de Glaucoma, pois, no caso da Bahia, causou diminuição de
248 recursos para o Estado e causará cegueira de pacientes com glaucoma. O Presidente do CNS
249 lembrou que será dado destaque à temática das patologias e deficiências na 16ª Conferência
250 Nacional de Saúde. Conselheira **Oriana Bezerra Lima** interveio novamente para perguntar
251 qual o impacto do Projeto de Formação no valor repassado a Estados e Municípios,
252 considerando o cenário de dificuldade financeira do setor saúde. Conselheira **Maria das**
253 **Graças Silva Gervásio** perguntou sobre o número de agentes que farão a formação.
254 Conselheiro **Giovanny Kley Silva Trindade** perguntou se serão credenciadas instituições
255 públicas para oferta da qualificação profissional. Conselheiro **Antônio Lacerda Souto** lembrou
256 a importância dos ACS para as comunidades rurais e perguntou o que será feito para garantir a
257 permanência desses profissionais nesses locais (os agentes que vivem nessas comunidades
258 enfrentarão dificuldade para realizar a qualificação proposta). Conselheiro **Geordeci Menezes**
259 **de Souza** perguntou o que será feito em relação aos agentes que não aceitarem a oferta de
260 qualificação ou que não puderem cursar a qualificação por não possuírem o grau de
261 escolaridade exigido. No seu ponto de vista esse processo causará exclusão de agentes e
262 representará enxugamento da máquina pública. **Retorno da mesa.** Em resposta às
263 manifestações, o Ministro de Estado da Saúde pontuou que a nova PNAB unifica a ação dos
264 ACS e ACE e o recurso para formação dos agentes está assegurado no orçamento da saúde
265 (R\$ 1,25 bilhão). Também explicou que o repasse para atenção básica teve aumento de
266 R\$ 311 milhões/ano, atualizando a população do Brasil. Disse ainda que serão ofertadas mais
267 de 250 mil de bolsas e serão 352 mil profissionais. Informou que o edital para inscrição de
268 instituições de ensino, que será publicado nos próximos dias, será amplo voltado a públicas e
269 privadas (porque as instituições públicas não conseguiriam ofertar a formação para o conjunto
270 dos agentes). Disse que a qualificação dos agentes comunitários ampliará o acesso aos
271 serviços, contribuindo para redução de custos e não tem relação com “enxugamento da
272 máquina”. Sobre glaucoma, disse que havia distorção sobre gastos dos recursos
273 disponibilizados e o tema foi debatido em profundidade na CIT. Inclusive, atendendo à
274 solicitação, autorizou a reativação do grupo que discutiu a mudança da Política do Glaucoma.
275 Esclareceu que esse grupo avaliará as consequências da medida tomada e, se necessário,
276 será feita reformulação. Inclusive, colocou-se à disposição para fazer apresentação sobre o
277 tema. Finalizou agradecendo a oportunidade e colocou-se à disposição para ampliar o debate
278 dos pontos colocados. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, solicitou
279 que o CNS seja um espaço privilegiado para formulação e debate das políticas de saúde e,
280 nessa lógica, apresentou a proposta de criar câmara técnica no CNS sobre atenção básica.
281 Agradeceu a presença do Ministro e salientou que o objetivo do Conselho é garantir que os
282 recursos sejam bem utilizados e que o povo brasileiro possa viver mais e melhor. O Ministro de
283 Estado da Saúde agradeceu as colaborações do Conselho que têm contribuído para a
284 formulação de políticas e gestão do Ministério da Saúde. **Regulação e Formação dos**
285 **Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate a Endemias - Apresentação:**
286 **Cláudia Brandão**, Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde –
287 DEGES/SGTES/MS; **João Salame Neto**, Diretor do Departamento de Atenção Básica –
288 DAB/SAS/MS; **Leocides José**, Representante da Federação Nacional dos Agentes
289 Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias - Fenasce. Iniciando, o Presidente
290 do CNS lembrou que os temas relativos à atenção básica têm sido objeto de amplo debate no
291 CNS e como elemento para discussão destacou o veto presidencial ao PL 6.437/16, que define
292 as atribuições profissionais dos agentes comunitários de saúde (ACS) e dos agentes de

293 combate a endemias (ACE). Lembrou que, em 2004, o CNS aprovou as diretrizes para a
294 formação dos agentes comunitários e entende que esse processo de formação deve ser
295 debatido na lógica da necessidade e estruturação da Política Nacional de Saúde. Feitas essas
296 considerações iniciais, a Diretora do DEGES/SGTES/M, **Cláudia Brandão**, apresentou o
297 Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde – PROFAGS, instituído pela Portaria
298 GM/MS nº 83, de 10 de janeiro de 2018. Explicou que são 352 mil agentes de saúde em
299 atividade, sendo 30% com formação e destacou que a participação no curso será facultada ao
300 agente, mediante anuência do gestor local. Destacou que serão ofertadas 250 mil vagas, 100%
301 gratuitas aos agentes, para formação de Técnico em Enfermagem e instituições de ensino
302 públicas e privadas poderão se credenciar. O curso terá carga horária de até 1.800 horas e o
303 agente escolherá uma das instituições credenciadas. O repasse será de R\$ 5.000,00 (cinco mil
304 reais) por aluno e a formação dos profissionais será monitorada com o apoio da UNA-SUS. Por
305 fim, salientou que o Edital de chamamento público seria publicado provavelmente naquela
306 semana, permanecendo aberto por 15 dias, e o edital de convocação dos agentes seria
307 publicado após o resultado do credenciamento das instituições. Na sequência, o representante
308 do DAB, **Marcelo Ferreira**, explanou sobre a PNAB 2017 e a Formação dos ACS e ACE.
309 Começou destacando que a atenção básica é importante porque possibilita: mais chances de
310 reduzir as desigualdades sociais; melhor reconhecimento dos problemas e necessidades de
311 saúde; menor mortalidade infantil; menor mortalidade precoce (exceto causas externas); maior
312 expectativa de vida; menor mortalidade por doenças cardiovasculares; maior precisão nos
313 diagnósticos; maior adesão aos tratamentos indicados; diminuição das internações sensíveis à
314 atenção ambulatorial; e maior satisfação dos usuários do sistema. No panorama geral da
315 Atenção Básica, destacou que 74,6% da população está coberta pela atenção básica,
316 considerando-se, além das equipes de Saúde da Família, equipes equivalentes formadas por
317 clínicos gerais, ginecologistas-obstetras e pediatras; 63,3% da população está coberta por
318 Equipes de Saúde da Família; cerca de 41.619 equipes de Saúde da Família cuidam de mais
319 de 126 milhões de cidadãos; distribuída em 42.711 Unidades Básicas de Saúde; e com mais
320 de 700 mil profissionais. Detalhou as principais mudanças decorrentes da nova PNAB 2017:
321 Estratégia saúde da família; agentes comunitários de saúde; agentes de combate às endemias;
322 Equipe de atenção básica; Núcleo de apoio à saúde da família; oferta nacional de serviços
323 essenciais; e gerente de atenção básica. Destacou também as principais mudanças da
324 Integração AB e Vigilância/ACE – Atividades ACS: PNAB 2017: ACE pode ser membro da
325 ESF/EAB, território único e planejamento integrado das ações, e a coordenação do trabalho do
326 ACS passa a ser responsabilidade de toda a equipe (nível superior); ACS obrigatório na ESF
327 (quantidade a depender da necessidade e perfil epidemiológico local/em áreas de
328 vulnerabilidade, 1 para máximo de 750 pessoas, cobrindo 100% da pop./excluído máximo por
329 equipe); ACS facultativo na EAB; e ampliação das atribuições dos ACS, a serem realizadas em
330 caráter excepcional, assistidas por profissional de nível superior e após treinamento e com
331 autorização legal. Também detalhou os novos investimentos: R\$ 311,3 milhões incorporados a
332 mais no Piso Fixo da Atenção Básica em 2018 – o valor corresponde à atualização da
333 população dos municípios segundo cálculos do IBGE 2016; e mais R\$ 385,3 milhões para
334 credenciamento de novos serviços e equipes. Seguindo, salientou que Agentes Comunitários
335 de Saúde e de Combate à Endemia serão qualificados. Com a nova Política de Atenção
336 Básica, 252.158 Agentes Comunitários ampliaram atribuições como medir pressão e glicemia.
337 Os agentes também ajudarão no combate ao *Aedes aegypti*, dando atribuições mais
338 resolutivas para esses profissionais. Para tanto, o Ministério da Saúde investirá R\$ 1,2 bi na
339 abertura de novas vagas em técnico de enfermagem. Essa iniciativa possibilitará mais
340 qualificação e mais resolutividade à população e os pacientes poderão ser atendidos em casa
341 com maior qualidade e resolutividade. Com formação em técnico de enfermagem, agentes irão
342 fortalecer as ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças. O terceiro expositor foi
343 o representante da Fenasce, **Leocides José**, que iniciou sua fala agradecendo o convite à
344 Federação para debater o tema e registrando, de imediato, que a entidade é contra o
345 PROFAGS, instituído pela Portaria GM/MS nº 83/18. Afirmou que nem todos os agentes
346 desejam a formação e há dúvida sobre o que ocorrerá com os aqueles que não optarem por
347 essa formação. Além disso, disse que a categoria é contra a determinação de que os agentes
348 deverão ressarcir o MS no caso de desistência do curso. Frisou que a formação é necessária e
349 importante, desde que feita na área de atuação dos agentes (formação técnica em agente
350 comunitário de saúde ou vigilância em saúde ambiental). Fez menção ao vídeo do Ministro da
351 Saúde que fala de unificação de categorias, diferente da fala do representante do DAB que fala
352 de unificação de ações. Também destacou que a nova PNAB e a Portaria nº. 83/18 não foram

353 debatidas com as entidades representantes dos agentes comunitários. Finalizando, disse que a
354 categoria travará batalha para derrubar os vetos à Lei 13.595/18 e deseja debater com o MS a
355 Portaria nº. 83/18 e a PNAB. **Manifestações.** Conselheira **Oriana Bezerra Lima**, apesar de
356 entender a importância da qualificação profissional, manifestou preocupação com o Programa
357 e defendeu debate mais aprofundado, uma vez que pode, na prática, desestruturar importante
358 serviço que vem sendo desenvolvido pelos agentes. Defendeu a qualificação dos ACE nas
359 suas funções, por conta da particularidade das atividades, e frisou também a importância de
360 formação e qualificação de entomologistas. Conselheiro **Douglas Vinicius Pereira** defendeu a
361 qualificação, mas ponderou que o Projeto visa mudança nas funções dos agentes e, no
362 contexto geral, mudança de modelo. Ponderou que o Programa está gerando constrangimento
363 na categoria profissional, portanto, merece maior atenção e debate. Reiterou que iniciativas
364 como o Programa precisam ser debatidas no CNS, órgão máximo de deliberação do SUS,
365 inclusive para garantir a contribuição do controle social. Conselheiro **Heleno Rodrigues**
366 **Corrêa Filho** avaliou que o Programa propõe mudança não à categoria dos agentes
367 comunitários e sim alteração do modelo de atenção e mobilização comunitária representado
368 por essa categoria. Lamentou a iniciativa que não foi debatida com a categoria profissional e
369 com a academia e ignorou o desenvolvimento científico na área. Considerando tratar-se de
370 uma política consumada, disse que é preciso discutir as consequências, uma delas é a
371 “captura” dos profissionais para desempenhar a função de profissionais que não são
372 contratados pelos municípios. No caso do Programa, manifestou preocupação com a
373 possibilidade de venda de cursos a varejo, de grande expansão em todo país, boa parte
374 voltados a levar os agentes de saúde para desempenho de funções internas nas unidades de
375 saúde. Salientou que a formação é desejável, mas o modelo não foi debatido no CNS.
376 Conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**, sentindo-se contemplada nas falas anteriores,
377 reiterou que os agentes comunitários, nas unidades de saúde, já colaboram, para além da sua
378 atividade fim e, na sua avaliação, a principal pergunta nesse debate é qual a finalidade da
379 mudança da PNAB e do Programa de Formação. Frisou que há subdimensionamento de
380 pessoal para executar ações importantes para a saúde das pessoas e os agentes de saúde já
381 realizam trabalho fora da sua função. Como saída, frisou que é preciso rever o quadro de
382 pessoal necessário para execução da Política Nacional de Atenção Básica. Conselheiro
383 **Neilton Araujo de Oliveira** avaliou que as questões colocadas nas falas referem-se ao
384 diagnóstico da situação e desvio de práticas que precisam ser modificadas. Disse que o CNS
385 precisa explicitar que é a favor da qualificação profissional e também mobilizar os CES a
386 adotarem posição mais proativa no processo de capacitação. No seu ponto de vista, o Projeto
387 de Formação visa aprimorar e resolver questões colocadas, contribuindo para fortalecer as
388 ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Como encaminhamento, sugeriu a
389 realização de pesquisa com os ACS e ACES sobre o Programa de Formação (em sua opinião,
390 a maioria será favorável). Conselheiro **Moyses Toniolo de Souza** também solicitou maiores
391 informações sobre o PROFAGS, principalmente no que diz respeito à cláusula para devolução
392 do recurso e entidades que poderão credenciar-se. No seu entendimento, a UNASUS deveria
393 ser a instituição de ensino responsável pela formação profissional. Conselheiro **Haroldo de**
394 **Carvalho Pontes** reforçou a proposta de construir critérios, a partir do debate, para definição
395 do perfil de instituições de ensino que poderiam ofertar o processo de formação dos agentes. O
396 Presidente do CNS salientou que o CNS deve abrir espaço para o diálogo, mas sem
397 desconsiderar as contradições e as posições deste órgão Colegiado sobre o tema (o CNS, por
398 exemplo, já firmou, em resoluções e recomendações, posição contrária à nova PNAB). Nessa
399 linha, disse que o Conselho precisa manifestar-se sobre dois fatos novos nesse debate: vetos à
400 Proposta de regulamentação das atribuições dos agentes comunitários e o Programa de
401 Formação. **Retorno da mesa.** A diretora do DEGES/SGTES/MS, **Cláudia Brandão**, respondeu
402 aos questionamentos do Plenário destacando que: a formação é facultativa e os ACS
403 continuarão com as mesmas atribuições; formação possui caráter público e o financiamento é
404 federal; instituições públicas não possuem capacidade para realizar a capacitação do total dos
405 agentes, portanto, instituições privadas poderão participar do processo; e o MS está debatendo
406 a questão da devolução de recurso no caso de desistência do curso e seguirá o que a lei
407 determina. Por fim, disse que o curso de formação será autorizado pelo MEC, inclusive com as
408 500 horas de estágio previstas. O diretor do DAB/SAS/MS, **João Salame Neto**, também
409 comentou aspectos pontuais das falas dos conselheiros, salientando, inicialmente, que
410 mudanças trazem debates e reflexões. Salientou que o papel dos ACS não deve ser
411 eminentemente político, entendendo que esses agentes podem contribuir de maneira efetiva
412 para solução dos problemas da atenção básica. Frisou que o DAB realizou várias reuniões com

413 entidades representantes da categoria para debater a PNAB, mas continuava à disposição
414 para continuar o diálogo. Explicou que a proposta visa unificar as ações dos ACS e dos ACE e
415 o debate sobre unificação de categorias, caso ocorra, deve ser feito no Congresso Nacional (a
416 modificação é feita na forma de EC). Ponderou que o Programa traz modificações na Política
417 para atender a nova realidade e discordou da afirmação de que não foi debatida com a
418 academia. Citou, por exemplo, que o COFEN entendeu, por unanimidade, que a formação dos
419 agentes deve ser técnica em enfermagem. Todavia, se o debate não foi suficiente, é possível
420 dar continuidade. Reiterou que a intenção é garantir maior resolutividade por parte dos Agentes
421 Comunitários de Saúde e o debate sobre as novas atribuições está sendo feito no Congresso
422 Nacional. Recordou que a nova lei aprovada já contempla novas atribuições dos agentes e o
423 MS propôs estratégias para garantir que sejam cumpridas com mais qualidade. Disse que as
424 entidades que receberem recursos para oferta de cursos e não realizarem deverão devolver o
425 valor repassado. Frisou que a intenção é unificar as ações dos ACS e dos ACE em uma
426 agenda mais complexa para dar conta de maior resolutividade. Por conta do volume de
427 agentes, instituições públicas e privadas estão sendo credenciadas para oferecer a formação.
428 Nessa linha, concordou que é preciso discutir o perfil das entidades que ofertarão os cursos.
429 Sobre os vetos, disse que é uma decisão fora do âmbito do MS e é preciso travar luta política
430 para derrubá-los. Ainda sobre a nova PNAB, disse que estava à disposição para continuar o
431 debate sobre os pontos divergentes. Por fim, avaliou que o PROFAGS representa um avanço e
432 ratificou a proposta de realizar pesquisa de opinião com os agentes sobre essa iniciativa. O
433 representante da FENASCE, **Leocides José**, comentou aspectos das falas destacando que a
434 Portaria nº. 83/18 surgiu das Portarias 958 e 959 que foram derrubadas pela categoria.
435 Recordou que, após derrubar essas duas portarias, um conjunto de entidades reuniu-se com o
436 DAB/MS e, como resultado do debate, chegou-se à proposta de atribuições dos agentes
437 comunitários, que resultou no PL 6.437 (que se transformou na Lei nº. 13.595). Todavia, ao
438 chegar ao Senado, o Projeto foi totalmente modificado. Na Câmara dos Deputados, foram
439 incluídos pontos que beneficiavam os agentes comunitários, todavia, esses itens foram
440 vetados. Destacou que é preciso incluir salvaguarda para evitar demissões de agentes que não
441 optarem pelo programa. Disse que foi realizada reunião com as entidades representantes dos
442 agentes para debater a PNAB, mas as propostas da categoria não foram contempladas na
443 nova proposta. Sobre a responsabilização do erro técnico, perguntou a quem recairá. Por fim,
444 disse que a Federação está à disposição para continuar o debate. O Presidente do CNS
445 avaliou que o aprofundamento do debate torna mais evidente o quanto a posição do CNS não
446 é considerada enquanto órgão máximo de deliberação do SUS na definição das políticas
447 públicas. Disse que o Programa poderia ser objeto de debate na Comissão Intersetorial de
448 Recursos Humanos e Relações do Trabalho – CIRHRT e posteriormente seriam definidos
449 encaminhamentos acerca da PNAB. **ITEM 4 – FORMAÇÃO E MOBILIZAÇÃO PARA O**
450 **CONTROLE SOCIAL NO SUS –** Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do
451 CNS, disse que os informes sobre os dois projetos seriam feitos no dia seguinte, no item das
452 comissões. Neste ponto, falou sobre a semana da saúde e a proposta de documento para
453 plataforma dos candidatos para eleições de 2018. A respeito da Semana da Saúde, lembrou a
454 programação já aprovada e disse que a proposta é indicar conselheiras e conselheiros para
455 articular a organização das atividades da Semana da Saúde com as entidades dos referidos
456 segmentos e com os Conselhos de Saúde Estaduais e Municipais. Além disso, solicitou a
457 indicação de cinco nomes para compor Grupo de Trabalho que irá propor um documento
458 pautado na saúde brasileira para pleitear que os presidentiáveis insiram nos seus programas
459 de governo. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** explicou que os fóruns já haviam
460 definidos os nomes para o GT e este ponto estava no item das indicações. Desse modo, o
461 Presidente do CNS procedeu às indicações. **Indicações - 1) 3) Formação e Mobilização para o**
462 **Controle Social no SUS.** Na 300ª Reunião Ordinária do CNS foram indicados conselheiros e
463 conselheiras nacionais de saúde para articular e organizar a realização da Semana da Saúde,
464 que ocorrerá no período de 2 e 8 de abril de 2018 (Segmento dos Profissionais de Saúde:
465 **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira**. Segmento dos Usuários: **Jani Betânia Souza**
466 **Capiberibe, Moyses Longuinho Toniolo de Souza, Giovanni Kley Silva Trindade e**
467 **Carmen Lucia Luiz**). Além desses nomes, foi solicitada a indicação de representantes para
468 cada uma das atividades propostas, com o objetivo de formar grupos de conselheiros para
469 organizar, propor, coordenar e mobilizar cada atividade a ser desenvolvida. Indicação de
470 conselheiros e conselheiras para articular a organização das atividades da Semana da Saúde
471 com as entidades dos referidos segmentos e com os Conselhos de Saúde Estaduais e
472 Municipais: 2 de abril - Profissionais de Saúde. *Indicações: Elgiane de Fatima Machado Lago;*

473 e Jani Capiberibe. 3 de abril - Conselhos de Saúde na Praça - CESs e CMSs. *Indicações:*
474 **Luiz Aníbal Vieira Machado; Moyses Longuinho Toniolo de Souza; Christianne Maria**
475 **Oliveira Costa; e Sarlene Moreira da Silva.** 4 de abril - Parlamentares da Saúde. *Indicações:*
476 **Albervan Reginaldo Sena; Christianne Maria Oliveira Costa; Antônio Lacerda Souto;**
477 **Moyses Longuinho Toniolo de Souza.** 4 de abril - 4ª Marcha Nacional em Defesa do SUS.
478 *Indicações:* **Fernando Zasso Pigatto.** 4 e 5 de abril - 21ª Plenária Nacional de Conselhos de
479 Saúde. *Indicações:* **Wanderley Gomes da Silva; Gilson Silva; Giovanni Kley Silva**
480 **Trindade; Sarlene Moreira da Silva; Luiz Aníbal Vieira Machado; Elgiane de Fatima**
481 **Machado Lago; e Geordeci Menezes de Souza.** 5 de abril – Academia. *Indicações:* **Douglas**
482 **Vinicius Pereira; Lenise Aparecida Martins Garcia; e Giovanni Kley Silva Trindade.** 6 de
483 abril - Saúde e Cultura. Não houve indicação. 6 de abril - Comunicadores da Saúde. *Indicação:*
484 **Luiz Aníbal Vieira Machado.** 7 e 8 de abril. Religiões. *Indicações:* **Antonio Pitol.** 7 e 8 de abril
485 – Esportes. *Indicação:* **Antonio Pitol; e Graça Loureiro** (Movimento Nacional de Luta
486 Antimanicomial. Não é conselheira). Os segmentos de trabalhadores da saúde e dos
487 gestores/prestadores de serviços indicarão os nomes posteriormente. Outros representantes
488 dos usuários poderão ser indicados. O segmento de usuários solicitou ainda que o CNS
489 subsidie este trabalho com produção de material padronizado de divulgação da Semana da
490 Saúde. **Encaminhamento: a equipe de comunicação do CNS deverá divulgar as**
491 **atividades da Semana da Saúde.** 2) Comitê Intersetorial de Políticas Públicas para a Primeira
492 Infância. Finalidade: assegurar a articulação de ações destinadas à proteção e à promoção dos
493 direitos da criança na primeira infância. O Comitê será composto por um representante, titular e
494 suplente, dos seguintes órgãos e entidades: I – da administração pública federal: a) Ministério
495 do Desenvolvimento Social e Agrário, que o coordenará; b) Casa Civil da Presidência da
496 República; c) Ministério da Educação; d) Ministério da Cultura; e) Ministério da Saúde; f)
497 Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão; e g) Ministério dos Direitos Humanos;
498 II - da sociedade civil, indicados pelos seguintes órgãos: a) Conselho Nacional dos Direitos da
499 Criança e do Adolescente - Conanda; b) Conselho Nacional de Saúde - CNS; c) Conselho
500 Nacional de Assistência Social - CNAS; d) Conselho Nacional de Educação - CNE; e e)
501 Conselho Nacional de Política Cultural - CNPC. **Solicitação de indicação de dois**
502 **representantes do CNS, um titular e um suplente, para compor o Comitê. Deliberação:**
503 **entendendo a necessidade de maiores informações sobre o Comitê, o Plenário decidiu,**
504 **por consenso, que a Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde nos Ciclos de Vida -**
505 **CIASCV deverá pautar debate desse tema na próxima reunião, com convite aos**
506 **conselhos que constituem comitê, e apresentará ao Plenário do CNS documento**
507 **detalhando o objetivo do Comitê. Esse documento subsidiará a decisão do CNS no que**
508 **diz respeito à participação ou não no Comitê. Conselheiro Antônio Lacerda Souto foi**
509 **indicado para participar do debate porque é conselheiro do CONANDA e poderá**
510 **contribuir na discussão.** 3) Fórum Social Mundial 2018. Data: 14 a 17 de março de 2018.
511 Local: Salvador/BA. O Conselho Nacional de Saúde montará uma tenda com programação
512 durante a realização do fórum. *Indicações:* coordenações das Comissões Intersetoriais,
513 integrantes da Mesa Diretora e doze vagas a serem distribuídos por segmento, de acordo com
514 a paridade. **Deliberação: aprovadas, em bloco, com uma abstenção, as seguintes**
515 **indicações: a) seis nomes representantes do segmento dos usuários: Gilson Silva;**
516 **Dylson Ramos Bessa Junior; Bartíria Perpétua Lima; Giovanni Kley Silva Trindade; Ana**
517 **Lúcia da Silva Marçal Paduello; e Vanja Andréa Reis dos Santos. b) Três representantes**
518 **do segmento dos profissionais de saúde: Jupiara Gonçalves de Castro; Maria Laura**
519 **Carvalho Bicca; e Cleuza Maria Faustino do Nascimento; c) Três representantes do**
520 **segmento gestores/prestadores de serviço: indicarão posteriormente. As coordenações**
521 **das comissões que contribuíram na organização também participarão do Fórum**
522 **independente das indicações. Os conselheiros deverão inscrever-se, individualmente, e**
523 **pagar a taxa (R\$ 30,00). Outros aspectos relativos ao Fórum Social Mundial foram**
524 **definidos no item 10 da pauta.** 4) Indicação de representante para compor a Mesa Diretora
525 do CNS. Um representante do segmento dos usuários para substituir o ex-conselheiro
526 **Edmundo Omoré. Deliberação: aprovada, por unanimidade, a indicação do conselheiro**
527 **Rildo Mendes, da Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul – ARPINSUL.** 5)
528 Indicação de representante para compor a Coordenação da Comissão Intersetorial de Saúde
529 Indígena – CISI. Um representante titular do segmento dos usuários em substituição ao ex-
530 conselheiro **Edmundo Omoré. Deliberação: a indicação será feita na reunião ordinária do**
531 **CNS do mês de março, para que a CISI/CNS promova debate a respeito, na sua próxima**
532 **reunião (marcada para o início de março).** 6) Indicação de conselheiros para compor o

533 Grupo de Trabalho que irá propor documento pautado na saúde brasileira para pleitear que os
534 presidenciáveis insiram nos seus programas de governo. **Deliberação: aprovadas, por**
535 **unanimidade, as seguintes indicações: a) três representantes do segmento dos**
536 **usuários: Wanderley Gomes da Silva; Sarlene Moreira da Silva; e Antônio Lacerda Souto;**
537 **b) um representante do segmento dos profissionais de saúde: Jupiara Gonçalves de**
538 **Castro; c) um representante do segmento dos gestores/prestadores de serviços: José Eri**
539 **de Medeiros. 7) Grupo de Trabalho do CNS sobre consolidação de portarias do Ministério da**
540 **Saúde – indicação de um nome para substituir o conselheiro José Vanilson Torres da Silva.**
541 **Deliberação: aprovada, por unanimidade, a indicação da conselheira Cristiane Maria de**
542 **Oliveira Costa para substituir o conselheiro José Vanilson Torres da Silva no GT.**
543 Definido esse ponto, a mesa suspendeu para o almoço. Estiveram presentes os seguintes
544 conselheiros na manhã do primeiro dia de reunião: *Titulares* – **Antonio Pitol**, Pastoral da
545 Saúde Nacional; **Carmen Lucia Luiz**, União Brasileira de Mulheres – UBM; **Cláudio Ferreira**
546 **do Nascimento**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Cleoneide Paulo Oliveira**
547 **Pinheiro**, Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA;
548 **Cleuza Maria Faustino do Nascimento**, Federação Nacional dos Sindicatos dos
549 Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social – FENASPS; **Dylson**
550 **Ramos Bessa Júnior**, Organização Nacional de Entidades de Deficientes Físicos – ONEDEF;
551 **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia –
552 ABENFISIO; **Geordeci M. Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **Giovanny Kley Silva**
553 **Trindade**, Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG; **Heliana Neves Hemeterio dos**
554 **Santos**, Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais –
555 ABGLT; **Jani Betânia Souza Capiberibe**, Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **João**
556 **Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos
557 Trabalhadores na Saúde – CNTS; **Antônio Lacerda Souto**, Confederação Nacional dos
558 Trabalhadores na Agricultura – CONTAG, **Lorena Baía de Oliveira Alencar**, Conselho Federal
559 de Farmácia - CFF; **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores –
560 NCST; **Moysés Toniolo de Souza**, Articulação Nacional de Luta Contra a Aids – ANAIDS;
561 **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); **Neilton Araújo de**
562 **Oliveira**, Ministério da Saúde; **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina
563 Veterinária (CFMV); **Ricardo José Magalhães Barros**, Ministério da Saúde; **Rildo Mendes**,
564 Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul – ARPINSUL; **Ronald Ferreira dos Santos**,
565 Federação Nacional dos Farmacêuticos – Fenafar; **Wanderley Gomes da Silva**, Confederação
566 Nacional das Associações de Moradores – CONAM; e **Zaira Tronco Salerno**, Associação
567 Brasileira de Nutrição (ASBRAN). *Suplentes* – **Albervan Reginaldo Sena**, Associação
568 Brasileira de Linfoma e Leucemia – ABRALE; **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello**,
569 Associação Brasileira Superando o Lúpus; **Antonio de Souza Amaral**, Associação Brasileira
570 de Ostimizados – ABRASO; **Clarice Baldotto**, Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB);
571 **Christianne Maria de Oliveira Costa**, Federação Brasileira de Hemofilia – FBH; **Denise**
572 **Torreão Corrêa da Silva**, Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFa; **Douglas Vinicius**
573 **Reis Pereira**, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM; **Dulcilene**
574 **Silva Tiné**, Confederação Nacional de Saúde – CNS; **Fernando Zasso Pigatto**, Confederação
575 Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Francisco Claudio de Souza Melo**,
576 Federação Interestadual dos Farmacêuticos – FEIFAR; **Geraldo Adão Santos**, Confederação
577 Brasileira de Aposentados, Pensionistas e Idosos – COBAP; **Gilene José dos Santos**,
578 Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas' e Idosos da Força Sindical – Sindnapi;
579 **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde –
580 CONASS; **Heleno Rodrigues Corrêa Filho**; Centro Brasileiro de Estudos de Saúde –
581 CEBES; **Ivo Ferreira Brito**, Ministério da Saúde; **Ivone Martini de Oliveira**, Conselho Federal
582 de Enfermagem – COFEN; **João Bosco Cavalcanti Chaves**, Federação Nacional dos
583 Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais – FENAFITO; **José Eri Osório de Medeiros**,
584 Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS; **Jupiara Gonçalves**
585 **de Castro**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos Administrativos em
586 Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil – FASUBRA; **Lenise Aparecida Martins**
587 **Garcia**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Maria das Graças Silva**
588 **Gervásio**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Priscilla Viegas Barreto de**
589 **Oliveira**, Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Rodrigo Gomes**
590 **Marques Silvestre**, Ministério da Saúde; **Sarlene Moreira da Silva**, Coordenação das
591 Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira – COIAB; **Sérgio Diego de França**,
592 Organização Nacional de Cegos do Brasil – ONCB; **Simone Maria Leite Batista**, Articulação

593 Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS; e **Shirley**
594 **Marshal Diaz Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE. Retomando, a mesa foi
595 recomposta para o item 5 da pauta. **ITEM 5 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS**
596 **HUMANOS E RELAÇÕES DE TRABALHO – CIRHRT** - *Coordenação:* conselheira **Francisca**
597 **Rêgo Oliveira Araújo**, da Mesa Diretora do CNS. *Apresentação:* conselheiro **Douglas**
598 **Vinicius Pereira**, coordenador adjunto da CIRHRT/CNS; e conselheira **Francisca Valda da**
599 **Silva**. Primeiro, o coordenador adjunto da CIRHRT/CNS submeteu à apreciação do Pleno os
600 27 pareceres relativos a processos analisados na 183ª RO da CIRHRT, sendo cinco
601 satisfatórios, dezesseis satisfatórios com recomendações e seis insatisfatórios. **Satisfatórios: 1)**
602 **Processo e-MEC nº 01503557.** Universidade Cruzeiro do Sul. São Paulo. São Paulo.
603 Enfermagem. Renovação de reconhecimento. Satisfatório. **2) Processo e-MEC nº 201503936.**
604 Faculdade de Medicina de Campos. Rio de Janeiro. Campos dos Goytacazes. Medicina.
605 Renovação de reconhecimento. Satisfatório. **3) Processo e-MEC nº 201509467.** Universidade
606 Estácio de Sá – UNESA. Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Medicina. Renovação de
607 reconhecimento. Satisfatório. **4) Processo e-MEC nº 201602007.** Faculdade de Ciências e
608 Tecnologia do Maranhão. Maranhão. Caxias. Odontologia. Autorização. Satisfatório. **5)**
609 **Processo e-MEC nº 201609467.** Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUCPAR –
610 Campus. Londrina. Paraná. Londrina. Medicina. Reconhecimento. Satisfatório. **Deliberação:**
611 **aprovados, em bloco, com uma abstenção, os cinco pareceres satisfatórios.** *Satisfatórios*
612 *com recomendações:* **1) Processo e-MEC nº 201108716.** Faculdade de Ciências Humanas,
613 Econômicas e da Saúde – FAHESA. Tocantins. Palmas. Odontologia. Renovação de
614 reconhecimento. Satisfatório com recomendações. **2) Processo e-MEC nº 201114163.**
615 Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUC PR. Paraná. Curitiba. Medicina. Renovação
616 de reconhecimento. Satisfatório com recomendações. **3) Processo e-MEC nº 201504039.**
617 Universidade Católica de Pelotas – UCPEL. Rio Grande do Sul. Pelotas. Medicina. Renovação
618 de reconhecimento. Satisfatório com recomendações. **4) Processo e-MEC nº 201506965.**
619 Faculdade de Pimenta Bueno. Rondônia. Pimenta Bueno. Enfermagem. Reconhecimento.
620 Satisfatório com recomendações. **5) Processo e-MEC nº 201507291.** Faculdade UNINASSAU
621 Salvador. Bahia. Salvador. Psicologia. Reconhecimento. Satisfatório com recomendações. **6)**
622 **Processo e-MEC nº 201509991.** Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula. Paraíba.
623 João Pessoa. Enfermagem. Renovação de reconhecimento. Satisfatório com recomendações.
624 **7) Processo e-MEC nº 201601152.** Faculdade Evangélica de Goianésia – FACEG. Goiás.
625 Goianésia. Odontologia. Autorização. Satisfatório com recomendações. **8) Processo e-MEC nº**
626 **201601494.** Faculdade de Ciências e Tecnologia de Viçosa (FAVIÇOSA). Minas Gerais.
627 Viçosa. Odontologia. Autorização. Satisfatório com recomendações. **9) Processo e-MEC nº**
628 **20160310 8.** Faculdade Metropolitana. Rondônia. Porto Velho. Odontologia. Autorização.
629 Satisfatório com recomendações. **10) Processo e-MEC nº 201607184.** Faculdade de Inhumas –
630 FACMAIS. Goiás. Inhumas. Psicologia. Autorização. Satisfatório com recomendações. **11)**
631 **Processo e-MEC nº 201607977.** Faculdade Metropolitana de Anápolis – FAMA. Goiás.
632 Anápolis. Odontologia. Autorização. Satisfatório com recomendações. **12) Processo e-MEC nº**
633 **201608321.** Faculdades Atibaia São Paulo. Atibaia. Enfermagem. Autorização. Satisfatório com
634 recomendações. **13) Processo e-MEC nº 201608505.** Faculdade de Ensino Superior do Piauí.
635 Piauí. Teresina. Enfermagem. Autorização. Satisfatório com recomendações. **14) Processo e-**
636 **MEC nº 201608923.** Faculdade SOCIESC. Santa Catarina. Florianópolis. Enfermagem.
637 Autorização. Satisfatório com recomendações. **15) Processo e-MEC nº 201609165.** Centro
638 Universitário de São Paulo – UNI São Paulo. São Paulo. São Paulo. Enfermagem.
639 Reconhecimento. Satisfatório com recomendações. **16) Processo e-MEC nº 201708754.**
640 Faculdades Integradas de Patos – FIP. Paraíba. Campina Grande. Psicologia. Autorização
641 vinculada ao credenciamento. **Deliberação: aprovados, em bloco, com uma abstenção, os**
642 **dezesseis pareceres satisfatórios com recomendações.** *Insatisfatórios:* **1) Processo e-MEC**
643 **nº 201504069.** Centro Universitário Lusíada – UNILUS. São Paulo. Santos. Enfermagem.
644 Renovação de reconhecimento. Insatisfatório. **2) Processo e-MEC nº 201607026.** Faculdade
645 Pitágoras de Goiânia. Goiás. Goiânia. Psicologia. Autorização. Insatisfatório. **3) Processo e-**
646 **MEC nº 201607078.** Faculdade Regional Brasileira – FARB. Rio Grande do Norte. Natal.
647 Psicologia. Autorização. Insatisfatório. **4) Processo e-MEC nº 201607917.** Faculdade Univeritas
648 Universus Veritas de Belo Horizonte – UNIVERITAS. Minas Gerais. Belo Horizonte.
649 Odontologia. Autorização. Insatisfatório. **5) Processo e-MEC nº 201608377,** Centro
650 Universitário do Estado do Pará – CESUPA. Pará. Belém. Psicologia. Autorização.
651 Insatisfatório. **6) Processo e-MEC nº 201609063.** Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP.
652 São Paulo. Guarujá. Psicologia. Autorização. Insatisfatório. **Deliberação: aprovados, em**

653 **bloco, com uma abstenção, os seis pareceres insatisfatórios.** Na sequência, submeteu à
654 apreciação do Pleno o calendário de reuniões ordinárias da CIRHRT em 2018: Janeiro - não
655 haverá. Fevereiro - 184ª RO - 6 e 7. Março - 185ª RO - 7 e 8. Abril - 187ª RO - 24 e 25. Maio -
656 188ª RO - 23 e 24. Junho - 189ª RO - 26 e 27. Julho - 190ª RO - 17 e 18. Agosto - 191ª RO - 28
657 e 29. Setembro - 192ª RO - 25 e 26. Outubro - 193ª RO - 24 e 25. Novembro - 194ª RO - 28 e
658 29. Dezembro - 195ª RO - 10 e 11. **Deliberação: aprovado o calendário de reuniões**
659 **ordinárias da CIRHRT em 2018.** Em seguida, procedeu aos informes da Comissão: **1)**
660 Resolução nº 569, de 8 de dezembro de 2017 com Parecer Técnico nº 300/2017
661 (DCN/Comuns/Gerais), encontra-se em fase de homologação; **2)** Recomendação 69, de 13 de
662 dezembro de 2017, ao Ministro de Estado da Educação (moratória ou suspensão provisória, à
663 autorização de cursos de graduação da área da saúde, na modalidade Educação a Distância
664 (EaD); **3)** Decreto nº. 9.235, de 15 de dezembro de 2017, que dispõe sobre o exercício das
665 funções de regulação, supervisão e avaliação das instituições de educação superior e dos
666 cursos superiores de graduação e de pós-graduação no sistema federal de ensino e Portaria
667 Normativa/MEC nº 23, 21 de dezembro de 2017, que dispõe sobre o fluxo dos processos de
668 credenciamento e reconhecimentos de IES e de autorização, reconhecimento e renovação de
669 reconhecimento de cursos (exclusão dos cursos de Medicina oriundos do Programa Mais
670 Médicos e mudança do prazo para manifestação do CNS – até 60 dias); **4)** Ofício SEI nº 872,
671 de 26 de dezembro de 2017, em resposta à Procuradoria da República do Distrito Federal
672 (PRDF), endereçado à Procuradora Eliana Pires Rocha, que se encontra licenciada de suas
673 funções, no momento; e **5)** participação da CIRHRT na segunda oficina de programação do XIII
674 Congresso Internacional da Rede Unida (mais de 3.400 trabalhos enviados). No mais, em
675 resposta à indagação feita em Plenário, o coordenador adjunto da Comissão informou que o
676 representante do MEC não tem participado das reuniões da CIRHRT/CNS. O Presidente do
677 CNS também aproveitou a oportunidade para lançar a agenda do CNS de 2018. Conselheira
678 **Ivone Martini de Oliveira** aproveitou o espaço para informar que não há parecer do COFEN
679 sobre a Portaria nº. 83/2018 (em referência à colocação do diretor do DAB/SAS/MS durante o
680 item “Radar”) e que o tema será debatido e definido em reunião Plenária do Conselho. Em
681 seguida, conselheira **Francisca Valda da Silva**, integrante do GT CNS/Saúde, apresentou a
682 minuta de resolução que dispõe sobre as recomendações do CNS à proposta de Diretrizes
683 Curriculares Nacionais - DCN do curso de Graduação em Enfermagem. O documento foi
684 elaborado pelo GT das Diretrizes Curriculares dos cursos pela CIRHRT e debatido na última
685 reunião da Comissão. Explicou que as DCN da Enfermagem foram aprovados em 2001 e, em
686 2017, o CNS assumiu o debate sobre o tema. Feitas essas considerações, procedeu aos
687 destaques dos principais pontos da minuta: *pressupostos*: Constituição Federal de 1988 - CF
688 1988, que define a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante
689 políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e
690 ao acesso universal, igualitário e equânime às ações e serviços para sua promoção, proteção e
691 recuperação; a Constituição Federal de 1988 que define que compete ao SUS ordenar a
692 formação de recursos humanos na área da saúde; a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990,
693 que regulamenta no Artigo 15 inciso IX a “participação do SUS na formulação e na execução
694 da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde” e acrescenta
695 no Artigo 27 que “a política de recursos humanos na área da saúde será formalizada,
696 executada e articulada pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento do pressuposto
697 da organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de
698 ensino, inclusive de pós-graduação e de programas de permanente aperfeiçoamento de
699 pessoal”; o caráter da inserção econômico-política do trabalho em enfermagem/saúde junto a
700 Sociedade Civil e ao Estado revela o desafio da formação de enfermagem dialogar com a
701 “produção Social da Saúde”; a Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990 define que os níveis de
702 saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como
703 determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico,
704 o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o
705 acesso aos bens e serviços essenciais; a Lei n.º 8.142 de 28 de dezembro de 1990 dispõe que
706 o CNS, em caráter permanente e deliberativo é órgão colegiado composto por representantes
707 do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários que atua na formulação
708 de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente,
709 inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo
710 chefe do poder legitimamente constituído em dada esfera do governo; as Diretrizes
711 Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação da área da saúde devem propiciar uma
712 formação para o trabalho em equipe, multiprofissional e interdisciplinar à luz dos princípios do

713 SUS, com ênfase na integralidade da atenção e em resposta às necessidades sociais em
714 saúde; Resolução CNS nº 350, de 9 de junho de 2005, define critérios técnicos educacionais e
715 sanitários relativos à abertura, reconhecimento e renovação de reconhecimento de cursos para
716 a área da saúde; a Resolução CNS n.º 507, de 16 de março de 2016, que torna públicas as
717 propostas, diretrizes e moções aprovadas pelas Delegadas e Delegados na 15ª Conferência
718 Nacional de Saúde, com vistas a garantir-lhes ampla publicidade; a formação para o SUS deve
719 pautar-se nas necessidades de saúde das pessoas, grupos sociais e populações com
720 vivências e práticas que respeitem à garantia de direitos e a dignidade humana a serem
721 experienciadas em uma diversidade de cenários/espacos de integração
722 ensino/serviço/participação social que propiciem educação integral, inter profissional,
723 humanista, ético-cidadã, técnico-científica e presencial; a Resolução CNS nº 515, de 7 de
724 outubro de 2016, no Art. 3º, define “Que as DCN da área de saúde sejam objeto de discussão e
725 deliberação do CNS, dentro de um espaço de tempo adequado para permitir a participação, no
726 debate, das organizações de todas as profissões regulamentadas e das entidades e
727 movimentos sociais que atuam no controle social, para que o pleno do CNS cumpra suas
728 prerrogativas e atribuições de deliberar sobre o SUS, sistema este que tem a responsabilidade
729 constitucional de regular a formação dos recursos humanos da saúde” e manifesta a posição
730 contrária do CNS à autorização de todo e qualquer curso de graduação da área da saúde,
731 ministrado totalmente na modalidade de Educação a Distância (EaD); *Nota Técnica:* A
732 ordenação da formação de profissionais de saúde tem como referência as necessidades
733 sociais em saúde fortalece o mundo do trabalho e a atuação técnica, política e cidadã dos
734 profissionais com visão crítica, reflexiva e comprometida com a ressignificação das práticas e
735 inovações; A enfermagem se realiza na conformação de práticas e ações na Assistência
736 (cuidado e atenção), Ensino (educação), pesquisa e na Gerência (gestão); A/o enfermeira/o,
737 profissional presente nos serviços e redes de atenção, com atuação direta na atenção, na
738 educação e desenvolvimento no SUS, na coordenação da equipe de enfermagem e no
739 gerenciamento de serviços e sistemas, bem como nas instâncias de participação e controle
740 social, tem um papel fundamental no cuidado desde a gestão dos cuidados aos atos e na
741 comunicação com pessoas e coletividades, pois reúne características específicas que lhe
742 conferem possibilidades de atuação no cuidado individual e coletivo, atuando sobre os
743 problemas e necessidades, e na incidência sobre as condições que constituem a produção
744 social da saúde, tanto pela sua formação, como por sua influência e contato com a
745 comunidade. A enfermagem se realiza na conformação de práticas e ações na Assistência
746 (cuidado e atenção), Ensino (educação), pesquisa e na Gerência (gestão); O Projeto
747 Pedagógico do Curso (PPC) deve desenvolver capacidades profissionais que mobilizem
748 conhecimentos, saberes, habilidades e atitudes e resultem em aptidão para atuação
749 profissional em sistema de produção de serviços da saúde; Público, Filantrópico ou Privado; é
750 fundamental que a DCN Enfermagem contemple a produção social da Saúde nos cenários de
751 ensino-aprendizagem: i) a dimensão Cuidadora que possibilita encontros e construções de
752 parceria entre trabalhadores/profissionais de enfermagem/saúde, estudantes e usuários dos
753 serviços de Enfermagem em torno de uma agenda de afirmação da vida que contribua para o
754 crescimento emocional, social, intelectual e, cidadão de estudantes de Enfermagem que é base
755 para a conquista de autonomia técnica; ii) a dimensão da Ergoformação Profissional que
756 contempla a prevenção dos riscos profissionais, a gestão econômica, a gestão de pessoas etc;
757 e, iii) a dimensão da Participação Social como espaço pedagógico para a constituição de
758 atores na causa da garantia da Saúde como Direito Social, na luta pelo SUS como Sistema
759 Universal de Saúde e com Participação em Conferência (s) Nacional de Saúde e junto aos
760 Conselhos de Saúde na formulação de Políticas para o SUS; *Contribuições da CIRHRT/CNS à*
761 *redação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem:* o perfil
762 profissional do enfermeiro tem como base a Constituição Federal de 1988 e a Resolução CNS
763 nº. 350; Art. 2º - As DCN/ENF direcionam a estruturação dos cursos de graduação em
764 enfermagem de forma a constituir o perfil profissional do enfermeiro, em consonância com as
765 perspectivas e abordagens contemporâneas da Educação em Enfermagem, da Lei do
766 Exercício Profissional, tendo como base a Constituição Federal e como princípios fundantes à
767 formação de enfermeiras/os, os determinantes Necessidades Sociais da Saúde e do SUS, as
768 necessárias mudanças do Modelo de Atenção à Saúde no Brasil e os pressupostos da
769 Resolução CNS nº 350, de 9 de junho de 2005, no desenvolvimento de competências de
770 acordo com as dimensões e seus respectivos domínios de atuação profissional para atuar com
771 qualidade, efetividade e resolutividade no Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto da
772 Reforma Sanitária Brasileira; princípios da formação do bacharel em enfermagem e do

773 bacharel em enfermagem com licenciatura: I - O Sistema Único de Saúde – SUS, como campo
774 de atuação e exercício profissional, seja na esfera pública, filantrópica e ou privada,
775 considerando as políticas públicas vigentes e o contexto social e sanitário do país, II - A saúde
776 como direito social fundamental ao cidadão, III - A pessoa como ser indissociável nas
777 dimensões biológica, psicológica, social, humana, cultural e espiritual, IV - A Integralidade da
778 atenção à saúde do ser humano, considerando-se as particularidades, ambientais, atitudinais,
779 sociais: de classe social, de geração, de raça/cor, etnia, de gênero, de orientação sexual, de
780 identidade de gênero, políticas, econômicas e culturais, individuais e coletivas, V - A promoção
781 da saúde, da qualidade de vida, do bem-estar, da prevenção, da recuperação, da redução de
782 danos e a reabilitação como estratégia de atenção e cuidado em saúde, VI - Autonomia, rigor
783 técnico-científico, atenção biopsicossocial, e humanização nas ações em saúde, nas práticas
784 baseadas em evidências e no cuidado à pessoa - como ação terapêutica da enfermagem no
785 trabalho inter profissional da saúde - como objeto de estudo e de produção de cuidados no
786 exercício profissional, VII - O tripé ensino-pesquisa-extensão em sua articulação teoria e
787 prática na integração ensino e serviço com participação social, VIII – Ética e bioética no
788 exercício profissional com base nos pressupostos éticos, políticos e normativo-legais e IX -
789 Compromisso com as organizações da Enfermagem (entidades, órgãos e autarquia), com os
790 movimentos sociais e o controle social do SUS; Art. 22 – Os conteúdos essenciais devem
791 fortalecer a articulação entre educação e trabalho em saúde, valorizando a assistência, a
792 pesquisa e a extensão que propicia o compartilhamento de experiências no contexto das
793 práticas inter-relacionais essenciais ao aprendizado de conhecimentos, habilidades e atitudes,
794 assim como o estímulo às práticas de estudos complementares, visando desenvolvimento de
795 autonomia técnico-científica, identidade e valorização profissional do enfermeiro; Parágrafo 2º -
796 Compreende-se por atividade prática toda a atividade educacional que desenvolva habilidades
797 técnicas presenciadas e experienciadas pelos estudantes na realidade (além de simuladas),
798 com expressão de comportamentos adquiridos em treinamentos ou instruções, com
799 planejamento e acompanhamento didático pelo docente, a ser realizada em laboratório,
800 envolvendo uma relação estudante/docente de, no máximo, 10/1 e, após e necessariamente,
801 em diversificados cenários, em instituições de saúde, envolvendo uma relação
802 estudante/docente de, no máximo, 6/1, com no mínimo 50% da carga horária total da disciplina,
803 não sendo substituída por visitas técnicas e/ou outros dispositivos observacionais; Art. 24– O
804 Estágio Curricular Supervisionado (ECS) é obrigatório na formação do enfermeiro nos dois
805 últimos semestres, podendo se estender até três semestres, do Curso de Graduação em
806 Enfermagem; não exclui ou substitui as atividades de outros estágios não obrigatórios e as
807 práticas supervisionadas desenvolvidas ao longo da formação do enfermeiro em cenários
808 diversificados da rede de atenção à saúde da atenção básica, ambulatorial e hospitalar; Art. 26
809 - A carga horária mínima do Estágio Curricular Supervisionado (ECS) deverá totalizar 30%
810 (trinta por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Enfermagem, assim
811 distribuída: 50% na atenção básica e 50% na rede hospitalar, Parágrafo 1º A coordenação do
812 curso, e o ensino dos conteúdos curriculares de conhecimentos específicos da Enfermagem
813 deverão ser exercidos, exclusivamente, por docente enfermeira/o, Parágrafo Único - O
814 Trabalho de Conclusão de Curso é obrigatório para a integralização curricular e poderá ser
815 apresentado na forma de relatório de pesquisa cujo projeto de pesquisa deve ser aprovado em
816 Comitê de Ética em Pesquisa, artigo, software, dentre outros considerados no processo
817 avaliativo como contribuição para a formação científica dos estudantes; Art. 38. Fica instituída a
818 avaliação nacional seriada do estudante do Curso de Graduação em Enfermagem, nos 4º e 8º
819 períodos, com instrumentos e métodos que avaliem conhecimentos, habilidades e atitudes,
820 devendo ser implantada no prazo de dois (dois) anos a contar da publicação desta Resolução,
821 a ser executada pelo MEC/INEP em âmbito nacional. Concluída a leitura, foi aberta a palavra
822 ao Plenário. Nas falas, os conselheiros elogiaram a proposta e tiraram dúvidas acerca de
823 pontos específicos. Além disso, foram apresentadas as seguintes sugestões: contemplar no
824 documento população indígena e pessoas com deficiência (revisar o documento e verificar se
825 faltam outros segmentos); e estender os avanços colocados nas DCN da Enfermagem às
826 demais profissões da saúde. Após comentários da expositora, a coordenação da mesa
827 submeteu à apreciação do Pleno a minuta de resolução. **Deliberação: a minuta das**
828 **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem foi aprovada**
829 **por unanimidade. ITEM 6 – POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL – Apresentação:**
830 **Quirino Cordeiro Junior**, Coordenador-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas –
831 **CGMAD/DAPES/MS; Mirian Nadin Abou’yd**, representante do Conselho Federal de
832 **Psicologia. Coordenação: conselheiro Neilton Araújo de Oliveira.** Iniciando a exposição, o

833 coordenador da CGMAD/DAPES/MS agradeceu a oportunidade, lembrando que é a terceira
834 vez que vem ao CNS debater temas relativos à saúde mental. Na sua explanação, abordou o
835 fortalecimento das Ações da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. Começou destacando a
836 inclusão de Novos Pontos de Atenção na RAPS: Novos Serviços - Hospital Psiquiátrico
837 (número muito aquém da necessidade), Hospital-Dia e Unidade Ambulatorial – e Serviços que
838 já compunham a RAPS – CAPS, SRT, Unidade de Acolhimento, Leito de Saúde Mental em
839 Hospital Geral, Atenção Básica, Urgência e Emergência e Serviços de Atenção em Regime
840 Residencial. Falou sobre a expansão da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, explicando
841 que 489 serviços e leitos passam a receber custeio federal. Destacou as habilitações feitas:
842 108 Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, 92 Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT,
843 140 Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais, 3 Unidades de Acolhimento - UA. Em relação
844 a obras, disse que são 27 para construção de CAPS e Unidades de Acolhimento em dezoito
845 municípios. No que se refere a novos serviços, destacou incentivos novos para 56 CAPS, 57
846 Leitos, 6 UA e 25 SRT, com impacto de R\$ 78 milhões por ano. Além disso, habilitação de 200
847 novos Serviços Residenciais Terapêuticos para promover a desinstitucionalização, com
848 investimento de R\$ 50 milhões/ano. Essa iniciativa representará aumento de 50% no número
849 de serviços em dois anos e o objetivo é promover a reinserção social dos pacientes e a
850 desospitalização dos que moram em hospitais psiquiátricos. Em 2018, será criado mais que o
851 dobro do número de SRTs criados por ano. Disse ainda que serão financiadas cem novas
852 Equipes Multiprofissionais Especializadas em Saúde Mental. Na Atenção Básica, equipes
853 fortalecerão as ações de cuidado de base comunitária, expandindo a rede existente (Atenção
854 Ambulatorial). Serão três tipos de equipes, compostas por 3 a 5 profissionais (médico,
855 psicólogo e enfermeiro) e darão apoio aos NASF, UBS e ESF. O impacto estimado é de R\$ 15
856 milhões por ano. Também será criado novo modelo de CAPS para localidades próximas ao uso
857 de drogas. Os CAPS AD IV funcionarão 24h com equipes multiprofissionais e serão localizados
858 em regiões metropolitanas (acima de 500 mil habitantes) e regiões próximas às “cracolândias”.
859 A previsão inicial é criação de cinco unidades que atuarão nos consultórios de rua e integradas
860 a outros pontos de atenção da RAPS e de forma intersetorial (impacto inicial de R\$ 18
861 milhões). Em relação aos hospitais gerais com leitos de saúde mental, explicou que os leitos
862 estarão em enfermarias especializadas e contarão com equipes multiprofissionais para
863 qualificar o atendimento ao paciente. No mais, destacou o reforço no monitoramento das ações
864 de saúde mental com o objetivo de ampliar o percentual de ocupação dos leitos de saúde
865 mental em hospitais gerais. A meta é chegar a 80% de ocupação, sendo que hoje a taxa está
866 abaixo de 20%. Além disso, será feito acompanhamento da produção e equipes dos CAPS.
867 Lembrou que há uma série de problemas em relação ao uso do recurso na Política de Saúde
868 Mental e à condução como, por exemplo, envio de recursos para implantação de mais de CAPS
869 (400), sem implementação dos serviços. Também está sendo aprimorado o sistema do
870 Programa De Volta para Casa. Hoje, a iniciativa conta com 4,3 mil beneficiários. Disse ainda
871 que o Ministério da Saúde atualizará o valor das diárias nos hospitais psiquiátricos com vistas a
872 qualificar o atendimento, uma vez que os valores estavam defasados há nove anos. Todavia,
873 não haverá atualização para pacientes moradores e após 90 dias de internação o valor da
874 diária cai 50% (o impacto estimado é de R\$ 97 milhões/ano). Destacou que o Ministério da
875 Saúde também vai fortalecer o processo de desospitalização, buscando estratégias de
876 ampliação e qualificação da Rede de Atenção Psicossocial. A meta é trabalhar para
877 internações breves e pacientes agudos. Sobre as comunidades terapêuticas, informou que foi
878 criado grupo interministerial - Saúde, Desenvolvimento Social, Trabalho e Justiça – com o
879 objetivo de debater critérios para ampliar as vagas de 5 mil para 20 mil. A medida será adotada
880 após conclusão do debate, com os critérios e definições estabelecidos conjuntamente e
881 conforme a legislação (o impacto dessa iniciativa é de R\$ 100 milhões). Para além dessas
882 iniciativas, destacou que o Ministério da Saúde ampliará ações de prevenção: Prevenção do
883 Suicídio: repasse de R\$ 2 milhões para programas em seis estados prioritários – Rio Grande
884 do Sul, Santa Catarina, Mato Grosso do Sul, Roraima e Piauí; convênio com CVV: repasse de
885 R\$ 500 mil para apoiar estruturação técnica; adolescentes e jovens: repasse de R\$ 3,5 milhões
886 para qualificar três programas (Elos, Tamo Junto e Famílias Fortes); e Comitê Interministerial:
887 publicação de portaria para instituir o Comitê que irá desenvolver ações conjuntas. Acrescentou
888 que o Ministério da Saúde ampliou o acordo e tornou gratuita a ligação para o CVV em nove
889 estados (RS, PI, MS, SC, RR, AC, AP, RO, RJ) e a meta é expandir para todo o país até 2020.
890 O Centro de Valorização da Vida (CVV) também presta assistência pessoalmente, via e-mail
891 ou chat. No mais, salientou a articulação com os pontos de atenção do SUS locais, que pode
892 acionar acompanhamento na RAPS. Com Isso, houve momento de busca pelo serviço.

893 Explicou que mais de sessenta entidades e associações manifestaram apoio às ações para o
894 fortalecimento da RAPS. Acrescentou que essas ações foram debatidas na CIT durante cinco
895 meses e pactuadas entre as três esferas de gestão em dezembro de 2017. A representante do
896 CFP, **Mirian Nadin Abou'yd**, na sua fala, apresentou o Manifesto em Defesa da Democracia,
897 dos Direitos Sociais e Por Uma Sociedade Sem Manicômios, de companheiras e companheiros
898 das entidades da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica. O texto é o seguinte: “Sem
899 democracia, não existe política pública de saúde mental. Estamos vivendo certamente o
900 momento mais difícil do Sistema Único de Saúde, da reforma psiquiátrica e da luta pela utopia
901 de uma sociedade sem manicômios”. E é evidente que este retrocesso medonho não ocorre
902 dissociado do contexto político no qual atravessa o nosso país. “Vivemos um estado de
903 exceção. O governo ilegítimo impôs ao país, pela força, uma agenda neoliberal, de restrição de
904 direitos sociais e de desnacionalização da economia, agenda que havia sido repetidamente
905 rejeitada pela maioria da população em todas as eleições majoritárias desde 2002. Exacerbam-
906 se as manifestações oriundas de grupos de extrema direita, com pensamentos e ações de
907 natureza fascista, que buscam eliminar a diversidade e pluralidade próprios das sociedades
908 democráticas. Presenciamos, em passos acelerados, o desinvestimento financeiro a todas as
909 políticas sociais com a destruição da previdência social, desarticulação do SUS, ameaça às
910 universidades públicas, desfazendo direitos históricos da classe trabalhadora, como a CLT,
911 impondo uma política de educação de feição fascista, disseminando o ódio contra a política e
912 as minorias, criminalizando os movimentos sociais”. E, como disse o sociólogo Rudá Ricci, no
913 último dia 24, “vimos a página da nossa história. Não para frente, mas para trás. Voltamos
914 décadas. E, o mais importante, não viramos a página pela vontade das ruas, dos jovens, dos
915 artistas. A página foi virada por quem e pelas instituições que existem para garantir a
916 manutenção da ordem vigente”. O que fez surgir, lembremos o início de nosso percurso, desde
917 o Encontro de Bauru em 1987, exatos 30 anos, uma política pública de atenção às pessoas em
918 sofrimento mental, foi a ousadia de pensar diferente do estabelecido pois além do
919 questionamento ao hospital psiquiátrico, instituição tida como insubstituível, pensar diferente do
920 Estado, naquele momento político e neste, era uma ofensa muito grave. Afinal, propúnhamos
921 que os benefícios da civilização deixassem de ser um privilégio de classe ou raça. Pensar o
922 inexistente, contrariando a norma, a sociedade sem manicômios, desejá-la real num futuro que
923 fosse a consequência de nosso presente e a substituição rigorosa e efetiva de nosso passado,
924 rompe com o anonimato da loucura e da diferença, cria condições para expressão da voz dos
925 que foram secularmente silenciados, que passam a falar em nome próprio e se apresentam
926 publicamente em defesa de uma causa que inventa um outro destino para os usuários e para
927 os técnicos. Estes, não mais agentes da ordem, aqueles, tampouco objetos de um processo de
928 exclusão, mas todos cidadãos em luta por cidadania. Forjada através da força de uma idéia, de
929 uma proposição desconcertante, a política antimanicomial brasileira foi construída a partir de
930 um lugar não autorizado socialmente como produtor de pensamento _ o movimento social.
931 Usuários, familiares e trabalhadores da saúde mental, foram ao longo dos anos, juntamente
932 com gestores, entidades de classe, órgãos do controle social, entre outros, em uma relação
933 democrática e respeitosa, mas nem por isso, sem tensões, conflitos e divergências,
934 implantando uma das mais respeitadas, singulares e ousadas políticas públicas de nosso país:
935 a política da reforma psiquiátrica antimanicomial. Aqui chegamos, portanto, numa condição
936 distinta de todas as precedentes; aportamos numa margem até então desconhecida para todos
937 nós, pois, em nenhum outro momento, vivemos tempos tão difíceis como o que estamos
938 testemunhando. Não bastassem as nuvens carregadas que pairam sobre nossas cabeças,
939 estamos em um tempo que busca, por diferentes estratégias, reduzir a tudo e todos à
940 dimensão de algo a ser contabilizado, medido. Um tempo no qual todo excesso, não importa se
941 de vida, de desejo, sonho, tristeza ou dor, deve ser reduzido ao padrão da norma, deve ser
942 enquadrado para não provocar qualquer interrogação. Eis aqui um sutil obstáculo ou desafio
943 atual posto no caminho da reforma psiquiátrica: a redução do homem a um objeto
944 contabilizável e a redução do psiquismo às reações neuronais ou bioquímicas. Ocupar-se, ou
945 melhor, preocupar-se com a consolidação da reforma psiquiátrica nos coloca em posição de
946 combate, de enfrentamento claro com este tipo de reflexão, pois, se não temos dúvida quanto a
947 necessidade de estender a cobertura dos serviços substitutivos e de qualifica-los, também não
948 titubeamos em afirmar a importância de retomar a reflexão sobre a experiência da loucura,
949 desfazendo os nexos confusos e superficiais que esvaziam a subjetividade em jogo, reduzindo-
950 a ao transtorno, a um cérebro desarranjado ou ao comportamento desajustado. Este é o tipo de
951 reflexão, própria dos dias atuais: um pensamento que não gosta do exercício de pensar, que
952 precipita respostas quando deveria formular perguntas, e deste modo, reatualiza o manicômio

953 produzindo um laço autoritário e arbitrário com os sujeitos retirando destes o direito a esta
954 condição, desrespeitando sua história, seu sofrimento e, sobretudo, sua cidadania. Não temos
955 dúvida que é por esta vertente que a Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017 buscou
956 inspiração e encontrou apoio. Por matérias da imprensa e manifestação pública da Associação
957 Brasileira de Psiquiatria temos notícias das críticas ferozes e destrutivas de sua diretoria à
958 Reforma Psiquiátrica e do entusiasmo e apoio apresentados pela mesma à nova política
959 anunciada. Curiosamente, das diversas categorias profissionais que compõem a equipe
960 multidisciplinar no campo da saúde mental, apenas entidades médicas a comemoraram
961 enfaticamente. Todas as demais manifestaram repúdio ao retrocesso. O que esperar de uma
962 política construída sem qualquer parceria com todas as profissões que deveriam compô-la e
963 sustenta-la e suas entidades representativas? O respeito aos diversos saberes e discursos
964 sem a primazia de qualquer um deles é imprescindível para toda e qualquer condição de se
965 fazer um novo lócus para uma prática democrática e viva de trato e relação com o sofrimento
966 mental. Outro ponto que nos chama a atenção quanto à elaboração da referida Portaria é o fato
967 de terem apresentado uma política sem envolver e escutar os diretamente interessados, ou
968 seja, os próprios usuários e suas entidades organizadas. Ou melhor, apresentaram uma
969 política que enuncia justamente os tradicionais e excludentes recursos que, em nome das
970 chamadas boas intenções, silenciam e marginalizam. Ter o usuário e suas necessidades como
971 centro da política, mais que uma definição ética para o que se vai oferecer, significa escolher
972 abrir mão do poder socialmente delegado aos tutores da loucura de prescrição de modos de
973 vida. E como se deu o diálogo com as instâncias colegiadas da saúde mental e do controle
974 social? Qual foi a interlocução feita com o Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde
975 Mental, Grupos Condutores Estaduais de Saúde Mental, Comissão Intersetorial de Saúde
976 Mental e o Conselho Nacional de Saúde? Impedido de se manifestar sobre o assunto em uma
977 reunião da CIT, o presidente do Conselho Nacional de Saúde viu-se silenciado pelo
978 autoritarismo que impera na esfera governamental. Desde a primeira experiência
979 antimanicomial brasileira, a santista, segue sendo uma das ambições dessa política, e também
980 seu outro traço constitutivo, o diálogo com a sociedade. Não é pois uma política de gabinete,
981 de acordos corporativos, eleitoreiros ou mero arranjo estatal de distribuição de recursos.
982 Dialogar com a sociedade significa envolve-la, não apenas como exercício formal de
983 democracia, mas porque a política da reforma psiquiátrica necessita da participação social, na
984 medida em que propõe que o lugar da pessoa em sofrimento mental é o mundo, e não o
985 restrito espaço de um serviço. A forma antidemocrática que a Portaria foi elaborada e seu
986 diálogo exclusivo com um determinado segmento da corporação médica só poderiam levar a
987 uma política de retrocessos da reforma psiquiátrica. Senão, vejamos: - retomar as velhas e
988 falidas fórmulas dos chamados “ambulatórios especializados” nos faz pensar no grande
989 distanciamento que os formuladores dessa “nova política” têm da saúde pública e do
990 desconhecimento do que encontramos há 30 anos na assistência à saúde mental em nosso
991 país. Com o mesmo nome que reencarnam agora, os ambulatórios especializados mostraram-
992 se sem qualquer resolutividade, e sim, pelo contrário, com sérios efeitos de iatrogenia: modo
993 de marcação de consultas absolutamente arcaico, pelo critério único de ordem de chegada,
994 sem qualquer consideração pela especificidade da demanda de cada um, pela maior ou menor
995 premência de atendimento em cada caso; filas intermináveis e de espera; apesar da presença
996 de profissionais diversos, não existia qualquer trabalho em equipe, nenhuma preocupação com
997 o estabelecimento de vínculo entre o usuário e o profissional que o atendia, e o discurso
998 médico se impunha; consultas padrão, de poucos minutos, com retornos em longo prazo,
999 medicalização em massa em especial de antidepressivos e ansiolíticos; os profissionais
1000 abrigavam-se nos consultórios, sempre com suas agendas cheias, sem poder nunca admitir
1001 novos casos; e mesmo os casos antes atendidos, quando se agravavam, não encontravam ali
1002 qualquer acolhimento. Enfim, o funcionamento destes dispositivos se estrutura como se a
1003 burocracia fosse a única forma possível de ordem. O sofrimento mental não tem como
1004 encontrar lugar em tal contexto. O retorno dos ambulatórios especializados desconstrói o
1005 conceito e a lógica de território, as ações das equipes de saúde mental dos centros de saúde,
1006 dos NASF e das equipes de saúde da família, que se mostraram extremamente eficazes, em
1007 especial quando se investe em matriciamento. - Aumentar o valor da diária dos hospitais
1008 psiquiátricos e incluí-los na RAPS; não fechar os leitos dos hospitais psiquiátricos quando da
1009 alta de pacientes crônicos; aumentar o número máximo de leitos psiquiátricos para 20% da
1010 capacidade do hospital geral; exigir médico psiquiatra como referência para os leitos,
1011 descaracterizando a ideia anterior de que esses leitos sejam retaguarda para os CAPS;
1012 aumentar o mínimo de 4 para 8 leitos em hospital geral para recebimento de incentivo

1013 financeiro, sendo que a maioria de nossos leitos em HG são do porte de 4 leitos; não
1014 estabelecer um parâmetro populacional para implantação desses leitos e nem para outros
1015 serviços propostos; vincular uma taxa de ocupação mínima de 80% para recebimento de
1016 custeio; retomar o antigo e equivocado Hospital Dia, são evidentes incentivos a internações
1017 como recurso principal de tratamento, desmontando a ideia de substituição dos manicômios.
1018 Direta ou indiretamente a “nova política” propõe retroagir no tempo. No tempo do desrespeito a
1019 todos os direitos, traduzidos na precariedade e burocratização da assistência ofertada que, via
1020 de regra, não oferecia as mínimas condições de dignidade humana; o tempo da violência no
1021 trato, o cerceamento da liberdade, o enclausuramento, sustentado em nome da irracionalidade
1022 perigosa; o tempo da invalidação como modo de vida; o tempo do silenciamento imposto pelo
1023 enfadonho monólogo da razão, repetido à exaustão pela boca dos técnicos; o tempo do
1024 abandono e da negligência, da infantilização e da tutela. Como foi intolerável para aqueles que
1025 receberam o mandato social para trancar em hospícios, manicômios, hospitais psiquiátricos ou
1026 qualquer nome que o seja, sob o argumento científico de tratar, ver todo o poder que tinham
1027 desmoronando. Como foi intolerável ver os que foram deixados décadas dentro dos hospitais
1028 sob os argumentos da periculosidade, da incapacidade, da cronicidade e gravidade da
1029 “doença”, alcançarem a cidade, falarem em nome próprio e serem livres. Como foi intolerável
1030 para vocês verem a saúde pública, com recursos parcos, conseguir construir uma rede ampla
1031 de serviços diversos, abertos, territorializados, comunitários; como foi intolerável assistir ao
1032 surgimento de uma política que não se fez tímida nem experimental: colocou-se como oferta
1033 pública e de direito e ousou enfrentar o desconhecido. Como foi intolerável para vocês
1034 testemunharem os antimanicomiais ampliarem seu discurso e prática incluindo a questão dos
1035 chamados loucos infratores e dos manicômios judiciários, assim como dos usuários de álcool e
1036 outras drogas, tornando-nos, vários de nós também antiproibicionistas. -A política sobre drogas
1037 adotada pelo Estado brasileiro e aplicada nos mais diferentes pontos do país revela-se como
1038 mera repetição de escolhas equivocadas, comprovadamente ineficazes e mortíferas. Orientado
1039 pela utopia de um mundo sem drogas, pelo lema de guerra às mesmas e de uma incisiva e
1040 alarmante campanha de enfrentamento ao crack, este projeto esconde uma verdade: a droga
1041 faz parte da natureza e da cultura humana, e é mero objeto. Portanto, a guerra proposta não se
1042 dirige às drogas, mas às pessoas; o combate é, em especial, contra os que usam substâncias
1043 consideradas ilícitas pela sociedade. Vide o encarceramento em massa da população negra,
1044 jovem e pobre. Mesmo distante da realidade e causador de mortes e violência, este eixo
1045 continua a orientar a imensa maioria das ações públicas neste campo, e fazem da
1046 reverberação do medo e da insegurança pública uma estratégia de sustentação e continuidade.
1047 Uma receita falida, questionada por organismos internacionais, que continua a ser prescrita
1048 como solução para a problemática das drogas, reeditando sempre o mesmo discurso e a
1049 mesma fórmula: aumento da repressão, crudecimento das penas, segregação e exclusão. O
1050 CAPS ad IV, proposto pela já citada Portaria, vem no esteio desses princípios, criando uma
1051 equivocada intervenção. As chamadas cracolândias escondem, sob esta nomeação, o
1052 esquecimento e o descaso públicos com as vidas que ali se encontram e se expõem. É a
1053 evidência maior da ausência de políticas públicas. Além de abandono e descaso, as
1054 cracolândias foram e continuam sendo palco de ações truculentas, autoritárias e policialescas.
1055 Todas, justificadas pelo horror à droga, pela incapacidade de decisão e pensamento
1056 supostamente ocasionadas pelo uso dessa substância e desmentida pelos usuários, conforme
1057 apurou a pesquisa, disseminaram-se país afora e ensejaram a produção de pedidos judiciais
1058 de internação, transformando um procedimento terapêutico excepcional, a internação, em
1059 política e prática punitiva. Um grave e prejudicial equívoco, cujo impacto social foi, tão
1060 somente, o aumento da dor e o desrespeito à democracia. Na cidade moderna e urbana, em
1061 um de seus pontos mais áridos, a cena de uso, a vida é encoberta pela visibilidade extrema e
1062 preconceituosa. Congelados em referências marginais as vidas aí presentes desaparecem sob
1063 o peso das nomeações que desenham o rosto da monstruosidade, do risco e do perigo.
1064 Lembremos das ações truculentas, autoritárias e policialescas que lá ocorrem. Algo precisa
1065 mudar, de fato. Mas não é com a abertura de mais um serviço, que nada mais é que um CAPS
1066 III, com um pronto socorro dentro, como um bunker sanitário. Isso já foi tentado. Remete-nos
1067 ao CRATOD, localizado na cracolândia de São Paulo. O direito à saúde é imprescindível, mas
1068 é apenas um dos inúmeros direitos que deve-se assegurar. Não é possível seguir adiante,
1069 como sociedade, mantendo a exclusão como elemento estruturante. E, será preciso lembrar
1070 que nas cenas de uso, encontram-se sujeitos de direitos e o acesso aos mesmos deve ser
1071 propiciado pelo Estado e sociedade, também para eles. Algo precisa mudar, de fato. Não é
1072 possível seguir adiante, como sociedade, mantendo a exclusão como elemento estruturante.

1073 Precisamos construir uma saída diferente, de braços abertos, onde a dignidade deve e pode
1074 orientar a relação de um gestor com a cidade e os cidadãos. E no desafio ao medo, redescobrir
1075 que a coragem é invenção e instrumento, às vezes único, de que dispomos para enfrentar o
1076 medo. O gesto paulistano, praticamente desmontado pela gestão atual, teve, para
1077 expectadores de seu desenrolar, um dado absolutamente singular e audaz. Nesta empreitada,
1078 ao contrário do prescrito, até pelas mais belas almas, o tratamento não é requisito nem porta
1079 de entrada na experiência. Está localizado noutro ponto, num outro momento, no instante da
1080 descoberta, possível, de uma pergunta que angustia e abre a perspectiva para outras
1081 construções. Mas, sobretudo, o tratamento, como bem de cidadania que deve ser, vem incluso
1082 no acesso a direitos e a dignidade. Não é prescrito para normatizar e adequar, mas, no curso
1083 de cada percurso subjetivo, ajudar os cidadãos a se constituírem como donos de sua
1084 subjetividade e autores de seus destinos. O acesso a direitos é condição prévia a qualquer
1085 tratamento. E propõe mais: a aposta na restituição da delicadeza no trato como motor da
1086 construção terapêutica. Para tratar, efetivamente, o sofrimento humano e urbano que as
1087 adições tão bem expressam em nossas ruas, há que ser delicado, cuidadoso e, portanto,
1088 capaz de construir o invisível laço, o vínculo transferencial, por onde circula a suposição de um
1089 saber e a confiança no cuidado, o alívio para o sofrimento e a construção de outras soluções
1090 para o mal-estar. Sem isto, a prática psi e sanitária nada mais é que intervenção autoritária,
1091 higienista. E ainda que não se conclua nos moldes dos filmes hollywoodianos, com final feliz
1092 para todos, a ação em si é vitoriosa. O “De braços abertos” demonstrou ousadia e coragem,
1093 soube fazer diferente e estabelecer uma diferença possível no trato da questão ao apostar nos
1094 sujeitos e no vínculo e não em remédios idealizados, em internações milagrosas, na força e na
1095 violência. Outro dado importante que a experiência reverte é a aposta e exigência da
1096 abstinência como indicador de resultado e condição de entrada e participação no projeto.
1097 Nunca é demais lembrar: abstinência é excesso de privação, e quando imposta por outro e não
1098 escolhida pelo sujeito, torna-se uma medida severa, irreal e punitiva. Não é à toa que na
1099 mesma lógica da construção da Portaria 3.588, no dia 19 de dezembro de 2017, o Ministro
1100 Osmar Terra apresentou na única reunião ocorrida no ano no Conselho Nacional de Políticas
1101 sobre Drogas (CONAD) uma proposta de “nova política”, onde diminui o investimento dos
1102 CAPS, desconhece a lógica de redução de danos, contraria as bases de direitos humanos,
1103 favorece o encarceramento sob o nome de “cuidado” e privilegia comunidades terapêuticas.
1104 Não debateu com gestores e nem com a sociedade civil, com exceção de proprietários de
1105 comunidades terapêuticas. Não poderia terminar sem falar de uma relação preciosa. Ao direito
1106 à liberdade, associa-se o direito à vida e à saúde. E aqui a luta antimanicomial faz laço
1107 decidido e decisivo com outro projeto polêmico e igualmente recente e revolucionário na
1108 história brasileira: o Sistema Único de Saúde. Ambos travam lutas cotidianas na defesa do
1109 direito à vida e se confrontam com mesquinhos interesses. Ambos propõem a construção de
1110 cidades nas quais a saúde é mais que ausência de doença. Para a Reforma Psiquiátrica e para
1111 o SUS, vale o que diz a Declaração Universal dos Direitos Humanos: todos os homens são
1112 iguais em direitos. Daí, serem políticas que, quando sustentadas em sua radicalidade, tantos
1113 ataques, tanta inquietação e insatisfação produzem, em especial nos dias tenebrosos de hoje.
1114 Finalizando, afirmando que a construção e sustentação de uma política de saúde mental,
1115 delicadeza, coerência, respeito e democracia são exigências essenciais e inevitáveis. Por outro
1116 lado, o autoritarismo é um dos componentes típicos da lógica manicomial que impõe goela
1117 abaixo a submissão dos sujeitos e, portanto, repete a velha tradição e não constrói nada,
1118 apenas anula e sequestra subjetividades. Senhores governantes: os atores que construíram
1119 uma rede tão potente e viva, tão corajosa e ousada, tão diversa e singular, merecem respeito.
1120 O recuo em relação aos princípios que orientam a política de saúde mental não será aceito
1121 pelos que efetivamente a sustentam, o retorno de práticas autoritárias, de decisões às
1122 escondidas para atender a interesses corporativos, privados e eleitoreiros serão igualmente
1123 repudiados. Esses acordos e interesses não podem sobrepor-se a uma política tão arduamente
1124 construída e patrimônio desse país. Resistiremos, sempre!” **Manifestações.** Conselheiro
1125 **Moysés Toniolo** solicitou maiores esclarecimentos sobre “pacientes moradores” (de
1126 instituições psiquiátricas) e os programas Família forte, Elos e Tamo Junto. Também
1127 manifestou preocupação com o incentivo público para comunidades terapêuticas, instituições
1128 privadas, com caráter religioso, que muitas vezes não implementam políticas do SUS (Álcool e
1129 drogas, DST/AIDS). Conselheiro **João Donizeti Scaboli** saudou a Mesa Diretora do CNS por
1130 pautar esse tema, destacando o alto índice de pessoas com doenças psiquiátricas. Segundo
1131 dados da Organização Mundial de Saúde - OMS, são 323 milhões de pessoas com transtorno
1132 mental no mundo e o Brasil ocupa o quinto lugar em número de casos. Salientou que os

1133 trabalhadores do país estão adoecendo com transtornos mentais, cada vez mais, por conta da
1134 pressão no ambiente de trabalho, ritmo acelerado, plano de metas. Com isso, setores como
1135 saúde e previdência social serão sobrecarregados e não darão conta da demanda. Por fim,
1136 perguntou se o Ministério da Saúde possui dados sobre trabalhadores com transtornos mentais
1137 por categoria. Conselheiro **Giovanny Kley Silva Trindade** avaliou como antidemocrática a
1138 adoção de política sem debate com o CNS e ponderou que a proposta representa um
1139 retrocesso. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, avaliou que se vive
1140 no país uma barbárie e um processo de escolha dos segregáveis, extermináveis e inomináveis
1141 e um ataque à democracia, com mais restrição de liberdade. Salientou que a sociedade não
1142 criou mecanismo para enfrentar esse tipo de situação e o Conselho precisa reagir a fim de
1143 evitar que esse processo continue. Conselheira **Shirley Marshal Diaz Morales** avaliou que
1144 essa e outras propostas do Ministério da Saúde não são apenas alterações de políticas, mas
1145 sim mudanças de modelo, sem debate prévio com a instância máxima de deliberação do SUS
1146 e consulta aos usuários dos serviços. Avaliou que as novas ações da Rede de Atenção
1147 Psicossocial – RAPS representam um desserviço uma vez que, entre outros aspectos, ampliam
1148 as comunidades terapêuticas credenciadas no SUS e incentivam o aumento de leitos
1149 psiquiátricos em hospitais. Como encaminhamento, defendeu que o CNS rejeite a proposta a
1150 fim de demonstrar a sua posição contrária à iniciativa. Conselheira **Carmem Lúcia Luiz**, na sua
1151 fala, fez a leitura de Carta da Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn: “Repúdio às
1152 alterações na Política Nacional de Saúde Mental. A Associação Brasileira de Enfermagem -
1153 ABEn, historicamente, tem participado do movimento de mudança paradigmática da prática
1154 psiquiátrica no Brasil, substituindo o modelo manicomial pelo da Atenção Psicossocial,
1155 identificada com a prática de cuidado humanizada e socializadora. Faz parte deste movimento
1156 a estruturação da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, incluindo Centros de Atenção
1157 Psicossocial - CAPS e serviços comunitários como Residências Terapêuticas - SRT, entre
1158 outros. Tais serviços promovem o acesso, o acolhimento e o acompanhamento interdisciplinar
1159 de pessoas cidadãos que enfrentam situações limite decorrentes de transtornos mentais e ou
1160 do uso problemático de álcool e outras drogas. Contudo, desde 2016, tem se revelado uma
1161 conjuntura sombria sobre a democracia brasileira, contrária ao projeto de sociedade que gerou
1162 o Sistema Único de Saúde - SUS e seus avanços, entre eles, os da área da Saúde Mental. O
1163 atual projeto do Estado mínimo, de exceção, de mercantilização da saúde e de
1164 desmantelamento das Políticas Públicas promotoras do bem-estar social, tem ferido
1165 frontalmente o direito à saúde e os princípios e diretrizes do SUS. Neste cenário, nos
1166 deparamos com a publicação da Resolução nº 32 da Comissão Intergestores Tripartite,
1167 aprovada em reunião ocorrida em 14 de dezembro de 2017, com alterações na Política
1168 Nacional de Saúde Mental. Se implementadas, tais medidas promoverão um cruel desmonte
1169 dos avanços ocorridos anteriormente, com perdas incalculáveis para a assistência à saúde
1170 mental da população brasileira. Esta Resolução, junto com a Portaria nº 3.588, publicada pelo
1171 Ministério da Saúde, no dia 22 de dezembro de 2017, propõe manter as vagas em hospitais
1172 psiquiátricos com reajuste das diárias de internação, incentivando a prática de confinamento
1173 psiquiátrico e promovendo a derrubada do projeto de desospitalização manicomial. Trata-se de
1174 um grande incentivo à privatização da saúde na área com destinação de recursos para a
1175 multiplicação de hospitais e clínicas, cujo atendimento, na maior parte das vezes, é baseado
1176 em medicalização, confinamento e segregação social. Além dessa, outra medida de retrocesso
1177 é a ampliação das comunidades terapêuticas credenciadas no SUS, com financiamento do
1178 Ministério da Saúde. De modo geral, nestes locais, a prática não é acompanhada de
1179 conhecimentos técnico-científicos atualizados, sendo muitas vezes executada por pessoal
1180 desqualificado e que atua em condições extremamente precárias de trabalho. Nesse conjunto,
1181 as novas ações propostas contribuem, ainda, para o incentivo à prática ambulatorial em saúde
1182 mental, contrapondo-se ao investimento na rede psicossocial comunitária ocorrido com a
1183 instalação dos CAPS. Além de deletérias, tais propostas contrariam Política Nacional de Saúde
1184 Mental e os tratados internacionais relativos à Saúde Mental dos quais o Brasil é signatário,
1185 como a Declaração Internacional dos Direitos Humanos. A Associação Brasileira de
1186 Enfermagem continuará lutando contra movimentos e propostas que colocam em risco a
1187 qualidade do cuidado em saúde baseado na ética e na dignidade para todos, incluindo os
1188 usuários dos serviços de atenção à saúde mental. Sendo entidade representativa da maior
1189 categoria profissional constitutiva da força de trabalho na saúde, vem a público manifestar seu
1190 veemente repúdio às alterações na Política Nacional de Saúde Mental e somar-se aos
1191 movimentos e instituições públicas em defesa da liberdade e do direito à sociabilidade das
1192 pessoas com agravos à sua saúde mental. Por uma sociedade livre de manicômios! Pelo

1193 direito à saúde como direito do cidadão e dever do Estado! Pela defesa incondicional do SUS!”
1194 Conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo** fez relato de casa para destacar as dificuldades
1195 enfrentadas pelos usuários para garantir atendimento em saúde mental. Também perguntou o
1196 motivo para mudanças tão profundas na Política, de forma açodada, inclusive sem debate
1197 prévio no CNS. No seu entendimento, é preciso investir em contratação de pessoal para atuar
1198 na área de saúde, bem como em capacitação profissional. Conselheira **Heliana Neves**
1199 **Hemeterio dos Santos** também manifestou discordância com a iniciativa entendendo que
1200 contribui para o processo de exclusão das pessoas, a exemplo do que está ocorrendo em
1201 todos os setores da sociedade. Conselheiro **Antônio Pitol**, coordenador da Comissão
1202 Intersetorial de Saúde Mental – CISM/CNS, perguntou ao Coordenador **Quirino Cordeiro**
1203 **Junior** por que a Portaria nº. 3.588/2017 foi construída com tanta pressa, sem amplo debate
1204 com o Pleno do CNS e os usuários. A integrante da CISM/CNS, **Shirlene** Queiroz, registrou o
1205 estranhamento da Comissão com a mudança na Política, lembrando que o coordenador
1206 Quirino Cordeiro compõe Comissão e não informou sobre a modificação. Em relação à nova
1207 proposta, manifestou preocupação com pouco recurso para a RAPS e, por outro lado, muitos
1208 recursos alocados para as comunidades terapêuticas e os hospitais terapêuticos. Também
1209 perguntou como se dará a solicitação para novos serviços e até que ponto estão assegurados.
1210 Por fim, disse que a Comissão elaborou minuta de recomendação, para apreciação e
1211 deliberação do Plenário, que recomenda ao Ministério da Saúde a revogação da Portaria nº
1212 3588, de 21 de dezembro de 2017; a publicação de portaria em substituição, que esteja de
1213 acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Lei nº 10.216, de 6 de abril de
1214 2001, de modo a reverter os retrocessos acima apontados; e que qualquer alteração da Política
1215 Nacional de Saúde Mental seja amplamente discutida com o pleno do Conselho Nacional de
1216 Saúde. **Retorno da mesa.** A representante do CFP, **Mirian Nadin Abou’yd**, a partir das falas
1217 dos conselheiros, pontuou as seguintes questões: 90 dias de internação não é um período
1218 breve; Boletim Epidemiológico sobre tentativas e óbitos por suicídio apontou a importância dos
1219 CAPS na prevenção de suicídios – Centros do SUS reduz em até 14% o risco de suicídio; e
1220 preocupação com o fortalecimento de comunidades terapêuticas – exemplo: 100% das mais de
1221 cinquenta comunidades terapêuticas do Programa Aliança pela Vida, vistoriadas em Minas
1222 Gerais, que recebem recursos do SUS, violavam os direitos humanos. Finalizando, disse que
1223 ao direito à liberdade, associa-se o direito à vida e saúde e a luta antimanicomial faz laço
1224 decidido e decisivo com o SUS. Salientou que ambos travam lutas cotidianas na defesa do
1225 direito à vida e se confrontam com interesses. Para a reforma psiquiátrica e para o SUS, vale o
1226 que diz a Declaração Universal dos Direitos Humanos: “todos os homens são iguais em
1227 Direito”. Por fim, afirmou que delicadeza, coerência, respeito e democracia são condições
1228 essenciais para construção e a sustentação de uma política de saúde mental. Por outro lado, o
1229 autoritarismo é um dos componentes típicos da lógica manicomial e o recuo nos princípios que
1230 orientam a Política de Saúde Mental não será aceito pelos que efetivamente a sustentam. O
1231 Coordenador-Geral/CGMAD/DAPES/MS, **Quirino Cordeiro Junior**, comentou as falas dos
1232 conselheiros destacando os seguintes aspectos: as mudanças na Política de Saúde Mental
1233 foram motivadas, entre outros, pelo resultado de estudo que identificou irregularidades e
1234 problemas graves na condução da Política (tais como investimento inapropriado, falta de
1235 controle e respeito com o gasto público, ausência de controle de serviço e assistência prestada
1236 aos usuários do Sistema, CAPs sem equipe mínima e sem registro de atendimento, leitos de
1237 saúde mental em hospital geral com baixa taxa de produção, CAPs que não existiam que
1238 continuavam a receber recursos, problemas no pagamento de benefícios) e pelos graves
1239 indicadores (aumento do número de moradores de rua (pessoas que saíram dos manicômios),
1240 crescimento do número de óbitos por conta de transtornos mentais e alto índice de
1241 trabalhadores afastados por problemas mentais graves); a imensa maioria de casos de
1242 suicídios é cometida por pessoas que padecem de transtorno mental; os manicômios
1243 “contemporâneos” são as prisões no Brasil – alta prevalência de pessoas com transtornos
1244 mentais presas; a intenção do MS é garantir serviços de boa qualidade; o MS não aceitará,
1245 nem incentivará a existência de instituições asilares que apartam pessoas do convívio social
1246 pelo resto de suas vidas - a proposta deste Ministério é assegurar leitos de qualidade para
1247 pessoas que precisam de internação na fase aguda; é preciso abrir o debate com outros
1248 setores; é fundamental a existência de serviços intermediários para o cuidado das pessoas
1249 com transtornos mentais e ofertar cuidado com qualidade; e o MS apresentou a situação da
1250 rede de saúde mental a estados e municípios e, após quatro meses de debate, foi apresentada
1251 a proposta de mudanças na Política. Após essas considerações da mesa, conselheiro **Neilton**
1252 **Araújo de Oliveira** colocou em apreciação a minuta de recomendação elaborada pela CISM.

1253 O texto é o seguinte: “Recomendação nº 000 de 31 de janeiro de 2018. O Conselho Nacional
1254 de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Primeira Reunião Ordinária, realizada nos dias 30 e 31
1255 de janeiro de 2018, por meio do uso de suas competências regimentais e atribuições
1256 conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro
1257 de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de
1258 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do
1259 Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando que a promulgação da Lei nº
1260 10.216, de 6 de abril de 2001, redireciona o modelo de cuidado em saúde mental, priorizando
1261 os serviços comunitários e extra-hospitalares, devendo a internação psiquiátrica ser realizada
1262 somente como último recurso assistencial, em caráter excepcional; considerando a Lei
1263 Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015), destinada a assegurar e a
1264 promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais
1265 por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania; considerando a Lei nº
1266 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão
1267 do Sistema Único de Saúde (SUS), e cria a Conferência de Saúde enquanto instância
1268 colegiada a se reunir a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais,
1269 para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde
1270 nos níveis correspondentes; considerando que a Portaria nº 3588, de 21 de dezembro de 2017,
1271 foi aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) sem consulta ou debate com a
1272 sociedade civil ou com o Conselho Nacional de Saúde; e considerando que a Portaria nº 3588,
1273 de 21 de dezembro de 2017, apresenta retrocessos à Política Nacional de Saúde Mental e
1274 propõe a desestruturação da lógica organizativa da Rede de Atenção Psicossocial, alterando,
1275 entre outros pontos: a) A inclusão do hospital psiquiátrico na Rede de atenção Psicossocial
1276 (RAPS); b) O aumento do valor da diária de internação em hospitais psiquiátricos; c) O não
1277 fechamento do leito com a desinstitucionalização do paciente crônico ferindo o disposto nas
1278 portarias 106/2000, 3090/2011 e 2840/2014; d) O aumento do número de leitos psiquiátricos
1279 em hospital geral de 15% para 20%; e) O aumento do número mínimo de 4 para 8 leitos de
1280 saúde mental em hospital geral para recebimento de custeio; f) Exigência de taxa de ocupação
1281 de 80% em leitos de saúde mental em hospital geral, como condicionante para recebimento de
1282 recursos de custeio; e g) O retorno de serviços obsoletos, como as unidades ambulatoriais
1283 especializadas, quando as equipes do NASF, Saúde da Família e do CAPS poderiam ser
1284 incrementadas e ampliadas para atender a esta demanda. Recomenda: Ao Ministério da
1285 Saúde: 1. A revogação da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017; 2. A publicação de
1286 portaria em substituição, que esteja de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica
1287 Brasileira e da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, de modo a reverter os retrocessos acima
1288 apontados; e 3. Que qualquer alteração da Política Nacional de Saúde Mental seja amplamente
1289 discutida com o pleno do Conselho Nacional de Saúde.” **Deliberação: o Plenário aprovou,
1290 com dois votos contrários e uma abstenção, recomendação ao Ministério da Saúde que
1291 revogue da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que altera a RAPS. Além disso,
1292 decidiu pautar o tema saúde mental na próxima reunião do Conselho para verificar os
1293 desdobramentos da recomendação aprovada.** Conselheiro **Moysés Toniolo de Souza**
1294 também apresentou as seguintes propostas: que o CNS faça consulta aos Conselhos
1295 Estaduais e Municipais de Saúde para identificar quando avaliaram pela última vez a Política
1296 Estadual de Saúde Mental (ano e se está ou não aprovada); e que o CNS sugira aos CES que
1297 avaliem a possibilidade de incluir nas suas pautas a avaliação da Política Estadual de Saúde
1298 Mental frente à Portaria nº 3.588/2017, aprovada pela CIT em dezembro de 2017. **ITEM 7 –
1299 TERMO DE AJUSTE SANITÁRIO E A ATUAL SITUAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE
1300 AUDITORIA - Apresentação: José Wagner de Queiróz**, Presidente do Sindicato do Sistema
1301 Nacional de Auditoria do SUS – SINASUS/Unasus Sindical; **Jaqueline Rico**, Coordenadora
1302 Geral de Promoção do SINAN/MS; **José Antônio Bomfim Mangueira**, diretor substituindo o
1303 Coordenador Geral de Monitoramento de Recomendações de Auditoria/MS; **Solimar Vieira
1304 Mendes**, diretora do Sindicato dos Servidores do Serviço de Auditoria do SUS – UNASUS;
1305 **Luciene Pereira**, presidente da Associação dos Auditores de Controle Externo – ANTC - TCU;
1306 e **Jozimar Barros Carneiro**, CGAUD/MS. *Coordenação:* conselheira **Francisca Rêgo Oliveira
1307 Araújo**, da Mesa Diretora do CNS. A primeira expositora foi a Coordenadora/SINAN/MS
1308 **Jaqueline Rico**, falou sobre o Sistema Nacional de Auditoria – SNA e as auditorias realizadas
1309 pelo Tribunal de Contas da União - TCU. Começou com enfoque nos seguintes Acórdãos do
1310 Tribunal de Contas da União: Acórdão TCU nº 1.246/2017 – fruto da auditoria realizada no
1311 DENASUS com o objetivo de avaliar a eficácia e regularidades da atuação do DENASUS,
1312 componente federal do SNA, bem como as medidas adotadas pelo Departamento para

1313 promover a implantação e bom desempenho dos componentes estaduais e municipais;
1314 Acórdão TCU nº 1.130/2017 – fruto do levantamento realizado no Ministério da Saúde e nas
1315 secretarias estaduais e municipais de saúde, com o objetivo de sistematizar informações sobre
1316 a situação de governança e gestão em saúde pública em âmbito nacional; e Acórdão TCU nº
1317 1.072/2017 – fruto da representação formulada pela SecexSaúde, noticiando supostas
1318 irregularidades na prestação de contas do fundo no exercício de 2013. Sinalizou como pontos
1319 relevantes do Acórdão TCU nº 1.246/2017: “9.2. nos termos do art. 250, inciso II, do Regimento
1320 Interno do Tribunal de Contas da União, determinar ao Departamento Nacional de Auditoria do
1321 SUS - DENASUS que: 9.2.1. inclua, no planejamento anual de suas atividades, ações típicas
1322 de auditoria interna, tais como avaliação dos processos de gerenciamento de riscos, de
1323 controles internos, de integridade e governança, bem como que visem a analisar a eficiência,
1324 eficácia e efetividade de programas, sistemas e políticas de saúde, consoante o que prevêem
1325 os arts. 3º, inciso I, alíneas "a", "b" e "c", e 5º, inciso I, alíneas "d" e "e" do Decreto
1326 1.651/1995;); ... 9.4.5. levando em consideração o planejamento e a capacidade operacional
1327 do DENASUS, bem como a materialidade e a relevância do objeto a ser fiscalizado, adote
1328 providências com vistas a garantir que o referido departamento tenha condição de realizar suas
1329 atividades típicas de auditoria interna, sem que sua força de trabalho fique excessivamente
1330 comprometida com demandas de controle interno criadas por normas de programas
1331 específicos, como as portarias GM/MS 111/2017 (art. 38, §§ 2º e 3º) e GM/MS 342/2013 (arts.
1332 24, 54 e 71); ... 9.5.9.1. defina o perfil profissional mínimo esperado para o servidor que
1333 realizará atividades de auditoria e, a partir desse perfil, elabore um plano de capacitação para
1334 esses servidores; e 9.5.9.2. em futuras capacitações, considere o desenvolvimento de
1335 conhecimentos acerca da responsabilização dos agentes (conduta antijurídica, nexos de
1336 causalidade e culpabilidade dos agentes responsáveis), conforme disposto na IN TCU
1337 71/2012;”. Explicou que o Plano de Ação contempla: **a)** Capacitação de todos os servidores
1338 com a finalidade de internalizar conceitos e práticas de auditoria operacional; **b)** Capacitação
1339 em Gestão de Risco – promovido pela CGU a 120 técnicos, sem custo; **c)** Dimensionamento
1340 da Força de Trabalho do DENASUS - colaboração com a CGESP na formulação do perfil
1341 mínimo do servidor do DENASUS, para quantificar a necessidade de força de trabalho e perfil
1342 dos técnicos que atuam na Auditoria; **d)** Elaboração do Manual de Princípios, Diretrizes e
1343 Regras de Auditoria do SUS no âmbito do Ministério da Saúde; **e)** Elaboração um manual para
1344 as secretarias estaduais de saúde no tocante à auditoria; **f)** PAA 2017 foi elaborado com a
1345 metodologia de matriz de risco; e **g)** Qualificação de servidores em matriz de
1346 responsabilização. Destacou como pontos relevantes do Acórdão TCU nº 1.130/2017: o
1347 DENASUS, preponderantemente, fazia auditoria por demandas de órgãos externos e internos,
1348 sem olvidar que eram atividades típicas de controle interno, como foi apontado também no
1349 Acórdão TCU nº 1.246/2017; foi apontada a necessidade de aprimorar os mecanismos de
1350 controle e governança da administração pública, especificamente no tocante às políticas
1351 públicas de saúde, ainda insuficiente, como se vê: “9.4.recomendar, com fulcro na Lei
1352 8.443/1992, art. 43, inciso I, c/c RITCU, art. 250, inciso III, ao Ministério da Saúde que: 9.4.1.5.
1353 estabelecimento, ou aprimoramento, em cada nível de governo, de unidade de auditoria
1354 interna, buscando garantir que suas atribuições contemplem a avaliação da eficácia dos
1355 processos de gerenciamento de riscos, controle e governança, não lhe cabendo conceber,
1356 implementar ou executar esses processos, pois são de responsabilidade dos gestores;”. Em
1357 relação ao Acórdão TCU nº 1.072/2017, destacou como aos pontos relevantes: grande impacto
1358 nos processos de trabalho do DENASUS com a edição do Acórdão TCU nº 1.072/2017,
1359 considerado paradigmático, quando da definição clara do que pode ser considerado como
1360 desvio de objeto, desvio de finalidade e dano propriamente dito, necessitando alteração no
1361 processo de trabalho do DENASUS e das Seauds; alteração nos encaminhamentos internos
1362 dos processos que contém proposição de devolução, envolvendo as áreas técnicas gestoras
1363 das políticas públicas de saúde, nos seguintes termos: “9.4. determinar ao Departamento
1364 Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DENASUS) que adote providências, e as
1365 informe ao Tribunal em até 60 (sessenta) dias, contados da ciência deste acórdão, com vistas
1366 a garantir que os processos encaminhados ao FNS com indicação débito contenham todas as
1367 informações necessárias para a correta aplicação do entendimento firmado nestes autos, em
1368 especial: a origem dos recursos envolvidos (transferências obrigatórias “fundo a fundo” ou
1369 repasses voluntários, realizados por meio de convênios ou instrumentos congêneres) ; a
1370 natureza da irregularidade (desvio de objeto ou finalidade, recebimento de repasse pelo ente
1371 de forma indevida, ou dano ao erário propriamente dito) ; e os documentos que embasaram as
1372 conclusões do seu relatório;”. Acerca do Relatório de Auditoria Anual de Contas nº 201701134

1373 – CGU, destacou: emitiu certificação de regularidade das contas da SGEF, referentes ao
1374 exercício de 2016, sem qualquer ressalva, pela primeira vez; identificou atribuição ao
1375 DENASUS de ações típicas de controle interno das áreas gestoras dos processos finalísticos,
1376 como se vê: “1.1.1.2 Constatação - Execução pelo DENASUS de ações típicas de gestão e não
1377 pertinentes a uma unidade de auditoria Análise do Controle Interno...Causa - atribuição
1378 equivocada de atos de gestão, típicos do controle primário do gestor, à unidade de auditoria
1379 interna; Análise do Controle Interno - cumpre ressaltar que os controles primários devem ser
1380 instituídos e mantidos por cada gestor responsável pela implementação das ações
1381 governamentais do MS durante a execução de suas atividades e tarefas, no âmbito de seus
1382 macroprocessos finalísticos e de apoio; e Ao DENASUS, por sua vez, como unidade de
1383 auditoria interna, competem atividades de auditoria desempenhadas com o propósito de
1384 contribuir para o aprimoramento das ações governamentais e da atuação dos gestores que as
1385 gerenciam.” Detalhou as principais mudanças ocorridas no DENASUS: 1) elaboração do
1386 Manual de Princípios, Diretrizes e Regras de Auditoria no âmbito do Ministério da Saúde; 2)
1387 revogação dos dispositivos das Portarias de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de
1388 2017, e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que dispõem sobre o Termo de Ajuste
1389 Sanitário - TAS; 3) participação na Força Tarefa instituída pela Portaria GM/MS nº. 124/2017;
1390 4) implantação do SEI com foco no processo de auditoria, ensejando a fixação de novos
1391 processos de trabalho; 5) Auditoria realizada nas empresas credenciadas ao PFPB,
1392 acarretando em diversas recomendações à SCTIE e diversas reuniões conjuntas entre esta
1393 secretaria e a SGEF, gerando necessidade de revisão da Portaria nº 111/2016, de forma a não
1394 atribuir ao DENASUS atividades típicas do controle primário do Programa; e 6) elaboração do
1395 Planejamento Anual de Atividades – PAA/ DENASUS - 2017, o qual, pela primeira vez, utilizou
1396 uma matriz de risco com esteio no plano do CNS. Falou também da Publicação com princípios,
1397 diretrizes e regras da auditoria do SUS no âmbito no Ministério da Saúde, explicando que a
1398 finalidade é orientar os servidores lotados no DENASUS e nas Seções de Auditoria sobre
1399 métodos e técnicas da atividade de auditoria desenvolvida no âmbito do SUS. O objetivo é
1400 definir os princípios e os padrões que norteiam a conduta do servidor, bem como aqueles que
1401 orientam a realização das auditorias visando à qualificação do processo. O DENASUS irá
1402 elaborar, em parceria com o CONASS, um manual que oriente as atividades do componente
1403 estadual de auditoria. Posteriormente, será feito para os municípios. Na sequência, o diretor
1404 substituto/MS, **José Antônio Bomfim Manguiera**, falou sobre o Termo de Ajuste
1405 Sanitário – TAS e sua revogação. Primeiro, explicou que o TAS foi criado pela Portaria GM/MS
1406 nº 204/2007 e regulamentado pela Portaria nº 2.046/2009. Sua legalidade foi inicialmente
1407 questionada na Procuradoria Geral da República, em reunião ocorrida em 6 de dezembro de
1408 2017. Desse questionamento decorreu consulta à CONJUR sobre sua legalidade, mais
1409 especificamente no tocante ao instrumento que o criou – Portaria. A CONJUR concluiu que o
1410 Termo apresentava sérios riscos jurídicos, podendo ser questionado administrativa ou
1411 judicialmente, deixando os gestores responsáveis por sua aplicação em situação de grave
1412 insegurança jurídica e sujeitos até de eventual responsabilização. Sugeriu revogação e
1413 apresentação de proposta legislativa para criação de TAS por lei. Diante do contexto e das
1414 inseguranças apresentadas, em reunião da CIT, foi solicitada a sua revogação, que foi feita
1415 pela Portaria GM/MS nº 3.881/2017. Na sequência, a diretora do UnaSUS, **Solimar Vieira**
1416 **Mendes**, expôs sobre o Sistema Nacional de Auditoria do SUS – SNA, instituído pela Lei nº.
1417 8.689, de 27 de julho de 1993 (passados 25 anos da criação do Sistema, nenhum governo
1418 assumiu a reestruturação do SNA (DENASUS) e a respectiva carreira de auditoria). No que diz
1419 respeito ao arcabouço legal destacou: Constituição Federal de 1988: “Art. 197. São de
1420 relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos
1421 da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle,...”; Lei nº. 10.683/03, dispõe sobre a
1422 Organização da Presidência da República e dos Ministérios - Art. 27, inciso XX, “- Ao Ministério
1423 da Saúde compete: a) política nacional de saúde; b) coordenação e fiscalização do Sistema
1424 Único de Saúde;” Lei nº. 8.080/1990 - Lei Orgânica da Saúde - estabeleceu o Sistema Nacional
1425 de Auditoria: “Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete: ... XVII -
1426 acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências
1427 estaduais e municipais; (...) “XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a
1428 avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica
1429 com os Estados, Municípios e Distrito Federal.” Feita essa contextualização, explicou que o
1430 DENASUS, órgão do Ministério da Saúde encarregado de fiscalizar os recursos do SUS, está
1431 em extinção, pois, dos seus 748 servidores, 60% está com tempo para aposentadoria.
1432 Portanto, a situação é muito grave e precisa de soluções urgentes. Lembrou que a Lei nº.

1433 8.689, de 1993, criou o SNA e definiu que o Poder Executivo, no prazo máximo de noventa
1434 dias, procederá à reestruturação global do Ministério da Saúde e de seus órgãos e entidades,
1435 com vistas à adequação de suas atividades ao disposto na Constituição Federal e nas Leis nº
1436 8.080/90 e 8.142/1990, encaminhando ao Congresso Nacional projeto de lei correspondente a
1437 eventuais mudanças na sua estrutura básica e propostas de extinção ou criação de órgãos e
1438 entidades. A reestruturação a que se refere este artigo contemplaria a estruturação do Sistema
1439 Nacional de Auditoria. Lembrou, inclusive que o tema foi debatido nas últimas Conferências
1440 Nacionais de Saúde (11ª, 12ª, 13ª e 14ª). Na 14ª e 15ª Conferência Nacional de Saúde
1441 também foram incluídos os textos nos relatórios finais, evidenciando a necessidade do
1442 fortalecimento do Sistema Nacional de Auditoria. Entre os Acórdãos do TCU, citou o nº
1443 1.246/2017 TCU (Plenário 11 – Sessão de 14-06-2017) que, entre outros aspectos, recomenda
1444 aos ministérios da Saúde, do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, e da Transparência,
1445 Fiscalização e Controladoria Geral da União que, em conjunto, elaborem plano de ação
1446 visando suprir o quadro de pessoal do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus),
1447 em virtude do grande potencial de aposentadorias a partir de 2019 e das incertezas geradas
1448 pela publicação da Lei 13.328/2016 quanto à coexistência de carreiras distintas no mesmo
1449 órgão, informando ao TCU, no prazo de 90 (noventa dias), as providências adotadas nesse
1450 sentido. Em que pese esse apontamento, disse que se observa desmonte e enfraquecimento
1451 do controle do SUS gradativamente pela falta de compromisso dos governos, agravada pela
1452 última estruturação do MS que deixou as divisões e serviços de auditorias nos estados
1453 transformadas em meras seções de auditoria – o mais baixo escalão da estrutura
1454 organizacional da administração pública. Inclusive, apontou Portarias que comprovam a
1455 redução das Metas do DENASUS: a) Portaria GM/MS/nº 1.780, de 7 de outubro de 2016 – 460
1456 atividades realizadas; b) Portaria GM/MS/nº 1.403, de 7 de junho de 2017 – 460 atividades
1457 realizadas; e c) Portaria GM/MS/nº 2.668, de 11 de outubro de 2017 – 265 atividades
1458 realizadas. Sobre a força de trabalho do DENASUS, explicou que o quadro de pessoal do
1459 Departamento e de suas Unidades nos Estados hoje é composto por 750 servidores. Como é
1460 de conhecimento de toda gestão ministerial, mais de 70% deste quantitativo encontra-se com
1461 tempo para requerer aposentadoria, fato que se vier a ocorrer inviabilizará a execução das
1462 atividades do Departamento. Portanto, é evidente a necessidade de providências urgentes
1463 visando evitar a descontinuidades das ações de auditoria. Disse que a Portaria
1464 GM/MS/1576/2015 foi revogada pela Portaria GM/MS/2854/2017 que aniquilou a seleção
1465 interna para recompor o quadro de pessoal sendo o único instrumento existente para minimizar
1466 a situação de carência de pessoal. Falou sobre as dificuldades das seções de auditoria nos
1467 Estados, salientando que o planejamento das auditorias é feito de forma centralizada, sem a
1468 participação das SEAUDs. Disse que as SEAUDs, além de fiscalizar, oferecem orientações aos
1469 Conselhos de Saúde, aos Técnicos das Secretarias, aos Gestores do SUS e até a outros
1470 Órgãos de Controle, contudo, o DENASUS não tem reconhecido essa atividade para efeito de
1471 cumprimento de METAS, apesar dos custos com diárias, deslocamento, além de horas
1472 trabalhadas. O DENASUS não tem reconhecido as SEAUDs como seu órgão vinculado,
1473 embora, considere a produção como meta do Departamento. Salientou que as Seauds
1474 enfrentam dificuldades como a perda estrutural e de autonomia com a figura administrativa dos
1475 Núcleos Estaduais, a centralização do planejamento de ações de auditoria pelo órgão central –
1476 DENASUS e a ausência de uma gestão participativa entre a própria gestão central e as Seauds
1477 e com os servidores. Finalizando, disse que a Unasus Sindical, ao longo de mais de duas
1478 décadas, luta incansavelmente, junto às autoridades competentes para a efetivação da política
1479 de controle do SUS, tão necessária para a concretização da Política Pública de Saúde. Neste
1480 contexto, várias foram as tratativas de encaminhamentos por meio de audiências públicas,
1481 avisos ministeriais, medidas provisórias, Projetos de Lei, Termos de Acordos com o Governo
1482 Federal, propostas construídas por entidades parceiras como a ANTC, dentre outros, na
1483 tentativa de viabilizar a efetivação do controle do SUS e dotar o DENASUS de quadro de
1484 pessoal compatível com as demandas dos usuários do SUS. Por último, disse que o Governo
1485 Federal sancionou a Lei 13.328/2016 que foi revogada logo em seguida pela Medida Provisória
1486 nº 765/2016. Além disso, destacou que há duas legislaturas existe a Frente Parlamentar Mista
1487 em defesa do Sistema Nacional de Auditoria do SUS no Congresso Nacional. Seguindo, o
1488 representante da ANTC-TCU, **Jozimar Barros Carneiro**, falou sobre o Termo de Ajuste
1489 Sanitário assinado entre os gestores do SUS, pautando-se nos seguintes pontos: quando e
1490 como surgiu a ideia do TAS; regulamentação; o que é o TAS; quando se utiliza; benefícios para
1491 a população local; benefício para os gestores do SUS; situação atual; premiação pela
1492 ENAP/MP; visita técnica à França. Começou explicando que a ideia do Termo de Ajuste

1493 Sanitário – TAS surgiu em 2006. Naquele ano, foi submetida à direção do DENASUS uma
1494 Exposição de Motivos propondo mudança na forma de devolução de recursos não
1495 caracterizados como prejuízos. Posteriormente, verificou-se a necessidade da proposta ser
1496 submetida à CONJUR/MS para buscar um respaldo legal. Assim, foi constituído um Grupo de
1497 Trabalho para formatar a ideia. Até o surgimento do TAS, quando a auditoria identificava
1498 gastos fora do objeto pactuado, esses recursos eram devolvidos ao FNS/MS. Disse que o TAS
1499 foi estabelecido pelo art. 38 da Portaria GM/MS nº. 204/2007 e regulamentado no final de 2009
1500 (Portaria GM/MS 2.046/2009) e sofreu alteração nos termos da Portaria GM/MS nº. 768/2011.
1501 Detalhou que o TAS é um Termo de Ajuste Sanitário assinado entre os gestores do SUS, no
1502 qual o gestor local assume o compromisso de executar as ações de saúde pactuadas que
1503 deixaram de ser executadas em benefício da população local. Esse instrumento possibilita
1504 corrigir impropriedades ocorridas na gestão do SUS, permitindo ao gestor local redirecionar os
1505 gastos para o objeto a que se destinavam. O redirecionamento ocorre quando o gestor gastar
1506 os recursos recebidos fundo a fundo fora da sua destinação prevista. Além disso, o TAS não
1507 pode ser utilizado para correções de irregularidades caracterizadas como malversação de
1508 recursos públicos. Destacou ainda que o TAS é utilizado com base em relatórios de auditorias
1509 com constatações das seguintes impropriedades: gastos em objeto de saúde diverso do
1510 originalmente pactuado e gastos não relacionados às ações e serviços públicos de saúde.
1511 Detalhou os tipos de impropriedades: **a)** Gastos em objeto de saúde diverso do originalmente
1512 pactuado: desvio de objeto - Gastos na saúde, porém em objetos diversos dos originalmente
1513 pactuados, se distanciando das ações previstas no Bloco de Financiamento específico, de que
1514 dispõe a Portaria GM/MS 204/2007. Exemplo: Recursos do Bloco da Atenção Básica gastos no
1515 Bloco da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; e **b)** gastos não relacionados
1516 às ações e serviços públicos de saúde - desvio de finalidade: Gastos diversos dos previstos no
1517 art. 3º da LC 141/2012, atingindo-se um interesse público não relacionado com as ações e
1518 serviços públicos de saúde. Ou seja, recursos do SUS gastos em outras políticas públicas, em
1519 detrimento das ações e serviços público de saúde. Exemplo: Recursos do SUS gastos com
1520 merenda escolar. Pontuou como pressupostos para celebração do TAS com o MS: origem do
1521 recurso - federal e a qual bloco de financiamento se refere; valor original do gasto
1522 indevidamente - não caracterizado como prejuízo; indicação do objeto do gasto - desvio de
1523 objeto ou de finalidade; data da ocorrência do fato gerador - data do efetivo gasto; e indicação
1524 dos responsáveis - agentes públicos que deram causa ou que tenham contribuído para sua
1525 ocorrência, inclusive por omissão. Pontuou a situação anterior ao TAS (problemas), explicando
1526 que antes do Termo os recursos eram devolvidos para o FNS/MS: subtraía recursos dos
1527 Estados, Municípios e Distrito Federal; não contribuía para o fortalecimento do SUS local;
1528 prejudicava a oferta das ações de saúde para população local; processo burocrático para
1529 resgatar os recursos; alto custo operacional; sobrecarregava o FNS/MS; tomada de Contas
1530 Especial – TCE; envolvia além do MS, a CGU e TCU; e processo moroso (justificativas)
1531 perdurava por décadas até o julgamento final pelo TCU. Seguindo, explicou como ocorre e
1532 como é configurado o TAS. Inicialmente o DENASUS notifica a Secretaria de Saúde para
1533 devolver, de imediato, os recursos ao próprio fundo de saúde; a devolução imediata é com
1534 base no art. 27 da Lei Complementar 141/2012; a notificação segue com os valores atualizados
1535 monetariamente; a devolução é com recursos do respectivo Tesouro. Ou, alternativamente, a
1536 celebrar o TAS com base no art. 23 do Decreto 7.827/2012, que estabelece o esgotamento da
1537 via administrativa de controle interno. Destacou que a decisão de celebrar o TAS é do gestor
1538 local do SUS (é um termo formalizado entre gestores do SUS: federal e estadual; federal e
1539 municipal; federal, estadual e municipal; e estadual e municipal). Salientou que o TAS é
1540 acompanhado de um Plano de Trabalho onde é especificado o valor a ser aplicado, a origem
1541 dos recursos, o objeto a ser executado e as metas a serem alcançadas, dentre outras
1542 informações. Há cláusulas de compromissos e prazo de execução e a vigência máxima é de 30
1543 meses, observados os parâmetros definidos pela Portaria GM/MS 1.751/2002, que dispõe
1544 sobre parcelamento de débito e dá outras providências (com base em um parecer da
1545 CONJUR/MS). O financiamento é feito com recursos do Tesouro - Estado, Município ou Distrito
1546 Federal – e o gestor se compromete a cessar as práticas que deram causa a celebração do
1547 TAS. Durante a vigência do TAS suspendem-se as medidas de bloqueio de recursos e é
1548 encaminhado à CIB e CIT, para conhecimento; ao Conselho de Saúde respectivo, para
1549 acompanhamento; à área técnica respectiva do MS, para conhecimento. O extrato é publicado
1550 no Diário Oficial da União. A finalidade é disponibilizar ao gestor local do SUS alternativas para
1551 executar as ações e serviços de saúde que foram inicialmente pactuadas e sua execução é
1552 registrada pelo gestor local do SUS no Relatório de Gestão (anual). No que diz respeito à

1553 verificação da execução do TAS, explicou que é auditado pelo DENASUS seguindo um
1554 Protocolo específico (Protocolo nº 11 – 2ª Edição). Finalizada a execução, o processo é
1555 arquivado, não sendo, no todo ou em parte, cópia do processo era encaminhado ao TCU e ao
1556 MPF (art. 27 da LC 141/2012 regulamentado pelo art. 23 do Dec. 7.827/2012) (atualmente
1557 existe outro fluxo). Entende-se que o TAS está em sintonia com o art. 23 do Dec. 7.827/2012
1558 que regulamentou o art. 27 da LC 141/2012, quando cria o esgotamento da via administrativa
1559 de controle interno. O relatório da verificação do TAS é publicado na Internet:
1560 <http://sna.saude.gov.br>. Também disse que até 2016 foram celebrados 410 Termos no
1561 montante de R\$ 279.717.675,85. Finalizando, disse que o TAS concorreu no 17º Concurso
1562 Inovação na Gestão Pública Federal de 2012 da Escola Nacional de Administração Pública
1563 Federal – ENAP/MP. O Concurso contou com o apoio, para as premiações: Embaixadas da
1564 França, Noruega, Nova Zelândia e da Alemanha. Neste concurso foram inscritos em torno de
1565 120 projetos e premiados dez, dentre eles o TAS (7º lugar). Assim, o governo francês,
1566 interessado em conhecer o TAS, ofertou em outubro/2013 uma visita técnica à França. Na
1567 França, enquanto representante do DENASUS/SGEP/MS, fez exposição do TAS e do SUS em
1568 oito eventos/reuniões no Ministério dos Assuntos Sociais e da Saúde. Finalizando, disse que o
1569 TAS encontra-se revogado pela Portaria GM/MS nº 3.881, de 28 de dezembro de 2017. Na
1570 sequência, expôs a presidente da Associação dos Auditores de Controle Externo – ANTC-TCU,
1571 **Luciene Pereira**, salientou a necessidade de discutir com o Ministério da Saúde e demais
1572 órgãos competentes instrumento compatível ao TAS para dar maior celeridade e condições ao
1573 gestor para efetivação das políticas públicas de saúde e não penalizar os usuários do
1574 SUS. Conselheira **Eliane Paiva Nogueira**, representante da UNASUS no CNS, fez um apelo
1575 aos conselheiros para que colaborassem na busca conjunta de uma solução para o futuro do
1576 DENASUS, tendo em vista a grave situação do Departamento. Após a exposição dos
1577 componentes da Mesa, os conselheiros manifestaram-se favoráveis aos pontos colocados e se
1578 prontificaram em dar continuidade à pauta e foram levantadas dúvidas sobre a aplicação do
1579 TAS e os processos e ações do DENASUS. Entre as questões colocadas, destacam-se: o
1580 CONASEMS defende auditoria autônoma nas três esferas de governo, mas entende que a
1581 gestão municipal deve estabelecer a prioridade na aplicação dos recursos do Fundo Nacional
1582 de Saúde, repassados pelo Ministério da Saúde aos Municípios, destinados a despesas com
1583 ações e serviços públicos de saúde - a proposta do CONASEMS é elaborar plano de aplicação
1584 desses recursos; é preciso apontar as estratégias para garantir que Estados e União repassem
1585 o percentual de recursos conforme definido na legislação; é necessário conhecer o montante
1586 de recurso arrecadado pelo TAS; qual a posição do DENASUS sobre a Portaria de
1587 Consolidação das normas do SUS?; é preciso conhecer a resposta do MS ao Acórdão do TCU
1588 nº. 1.246/2017 (determina prazo de 90 dias para resposta do MS sobre plano de ação); a
1589 auditoria é uma atividade primordial para ações de planejamento e controle interno e externo,
1590 uma vez possibilidade a identificação de equívocos; é necessário estreitar o canal de
1591 comunicação do CNS com o DENASUS, porque os dados do Departamento podem subsidiar
1592 inclusive o trabalho do CNS; é essencial fortalecer o Sistema Nacional de Auditoria e utilizar o
1593 resultado das auditorias nas ações de defesa do SUS. Após as intervenções, os convidados
1594 responderam aos questionamentos e fizeram suas considerações finais. O representante da
1595 CGAUD/MS, **Jozimar Barros Carneiro**, destacou na sua fala que: o TAS, desde a sua criação,
1596 acabou com a devolução de recursos dos Fundos Municipais e Estaduais para o Fundo
1597 Nacional de Saúde, excetuando malversação; o DENASUS acompanha a execução do TAS; e
1598 do total de Termos de Ajuste que passaram por auditoria, 78% dos recursos foram repostos
1599 pelo gestor. A presidente da Associação da ANTC-TCU, **Luciene Pereira**, esclareceu que não
1600 há hipótese de devolução de recurso do Fundo Municipal para o Fundo Nacional (questão
1601 resolvida na Lei nº. 141), portanto, esse tipo de ocorrência deve ser denunciado. O diretor
1602 substituto/MS, **José Antônio Bomfim Mangueira**, esclareceu que o DENASUS não foi contra
1603 o TAS, conforme construído, assim, o questionamento referiu-se à legalidade. Considerando o
1604 parecer da CONJUR, foi aprovada a revogação do TAS. A Coordenadora **Jaqueline Rico**, em
1605 respostas às falas, disse que: em relação ao Acórdão 1.246, o DENASUS respondeu aos itens
1606 que se referiam às suas competências; o MS respondeu o item 9.3, que trata do plano de ação
1607 para recompor a força de trabalho, e o Departamento participou da construção da resposta; o
1608 Departamento é favorável à Portaria de consolidação das normas do SUS e está analisando
1609 esse dispositivo; e o Plano Nacional de Saúde subsidiou o plano de atuação do DENASUS. A
1610 diretora do UnaSUS, **Solimar Vieira Mendes**, pontuou na fala os seguintes aspectos: o
1611 dimensionamento é importante, todavia é preciso definir perfil adequado para atividade de
1612 auditoria do SUS; e é necessário aprofundar o debate desse assunto no CNS. Finalizando, a

1613 coordenadora da mesa destacou a importância do tema e frisou que a auditoria é uma
1614 ferramenta potente de gestão e deve ser feita de forma autônoma. Não houve
1615 encaminhamentos. Concluído esse ponto, a coordenadora da mesa encerrou o primeiro dia da
1616 301ª Reunião Ordinária. Estiveram presentes os seguintes conselheiros no período da tarde do
1617 primeiro dia de reunião: **Titulares** – **Antônio César Silva Mallet**, Ministério da Saúde; **Antonio**
1618 **Pitol**, Pastoral da Saúde Nacional; **Carmen Lucia Luiz**, União Brasileira de Mulheres – UBM;
1619 **Cláudio Ferreira do Nascimento**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO;
1620 **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação Nacional das Associações de Celíacos do
1621 Brasil – FENACELBRA; **Cleuza Maria Faustino do Nascimento**, Federação Nacional dos
1622 Sindicatos dos Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social –
1623 FENASPS; **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Ensino em
1624 Fisioterapia – ABENFISIO; **Giovanny Kley Silva Trindade**, Associação Nacional de Pós-
1625 Graduandos – ANPG; **Heliana Neves Hemeterio dos Santos**, Associação Brasileira de
1626 Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – ABGLT; **Jani Betânia Souza**
1627 **Capiberibe**, Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **João Rodrigues Filho**, Confederação
1628 Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; **Antônio Lacerda Souto**, Confederação
1629 Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG, **Lorena Baía de Oliveira Alencar**,
1630 Conselho Federal de Farmácia - CFF; **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de
1631 Trabalhadores – NCST; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes
1632 Sociais – FENAS; **Moysés Toniolo de Souza**, Articulação Nacional de Luta Contra a Aids –
1633 ANAIDS; **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); **Neilton Araújo**
1634 **de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina
1635 Veterinária (CFMV); **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos –
1636 Fenafar; **Wanderley Gomes da Silva**, Confederação Nacional das Associações de Moradores
1637 – CONAM; e **Zaíra Tronco Salerno**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN). **Suplentes** –
1638 **Albervan Reginaldo Sena**, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia – ABRALE; **Ana**
1639 **Lúcia da Silva Marçal Paduello**, Associação Brasileira Superando o Lúpus; **Clarice Baldotto**,
1640 Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB); **Christianne Maria de Oliveira Costa**,
1641 Federação Brasileira de Hemofilia – FBH; **Douglas Vinicius Reis Pereira**, Direção Executiva
1642 Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM; **Eliane Maria Nogueira de Paiva Cunha**,
1643 Sindicato dos Servidores do Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde –
1644 UNASUS; **Fernando Zasso Pigatto**, Confederação Nacional das Associações de Moradores –
1645 CONAM; **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; **Gilson**
1646 **Silva**, Força Sindical – FS; **Gilene José dos Santos**, Sindicato Nacional dos Aposentados,
1647 Pensionistas' e Idosos da Força Sindical – Sindnapi; **Heleno Rodrigues Corrêa Filho**; Centro
1648 Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES; **Jupiara Gonçalves de Castro**, Federação de
1649 Sindicatos de Trabalhadores Técnicos Administrativos em Instituições de Ensino Superior
1650 Públicas do Brasil – FASUBRA; **Marco Aurelio Antas Torronteguy**, Movimento dos
1651 Portadores de Esclerose Múltipla – MOPEM; **Maria das Graças Silva Gervásio**, Conferência
1652 Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira**, Associação
1653 Brasileira de Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Sarlene Moreira da Silva**, Coordenação
1654 das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira – COIAB; **Sérgio Diego de França**,
1655 Organização Nacional de Cegos do Brasil – ONCB; **Simone Maria Leite Batista**, Articulação
1656 Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS; e **Shirley**
1657 **Marshal Diaz Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE. Reestabelecido o quórum
1658 de instalação dos trabalhos, o Presidente do CNS iniciou o segundo dia de reunião. **ITEM 8 –**
1659 **MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS E BIOSSIMILARES – SITUAÇÃO ATUAL NO BRASIL –**
1660 **Apresentação:** **Daniela Marreco Cerqueira**, Gerente da Gerência de Avaliação de Produtos
1661 Biológicos da Agência Nacional de Vigilância em Saúde – ANVISA; **Marco Krieger**, Vice-
1662 Presidente de Produção e Inovação em Saúde da Fiocruz; **Valdair Pinto**, representante da
1663 Associação Médica Brasileira – AMB. **Coordenação:** conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**,
1664 Presidente do CNS; e conselheiro **Nelson Augusto Mussolini**, da Mesa Diretora do CNS.
1665 Iniciando, o Presidente do CNS destacou a importância de debater este tema no CNS,
1666 considerando, inclusive, a necessidade de avançar na produção e desenvolvimento de
1667 medicamentos no Brasil e a responsabilidade do CNS em relação a esta pauta. A
1668 Gerente/ANVISA, **Daniela Marreco Cerqueira**, agradeceu o convite, em nome do diretor-
1669 presidente da ANVISA, que estava em viagem internacional. Abordou na sua fala a situação
1670 atual dos medicamentos biológicos e biossimilares no Brasil, segundo a visão a ANVISA.
1671 Começou pela base legal, explicando que a Lei nº 6.360/1976 dispõe sobre o registro de
1672 medicamentos e produtos biológicos. Nos termos dessa norma, nenhum dos produtos de que

1673 trata esta Lei, inclusive os importados, poderá ser industrializado, exposto à venda ou entregue
1674 ao consumo antes de registrado no Ministério da Saúde. Além disso, a Lei define que o registro
1675 de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, dadas as suas características
1676 sanitárias, medicamentosas ou profiláticas, curativas, paliativas, ou mesmo para fins de
1677 diagnóstico, fica sujeito, além do atendimento das exigências próprias, a requisitos específicos.
1678 Entre eles, que o produto, através de comprovação científica e de análise, seja reconhecido
1679 como seguro e eficaz para o uso a que se propõe, e possua a identidade, atividade, qualidade,
1680 pureza e inocuidade necessárias. Seguindo, apresentou o organograma da ANVISA para
1681 explicar que a Diretoria Colegiada – DICOL é formada por cinco diretorias que tratam de
1682 diferentes temas. O registro de medicamentos é tratado na Diretoria de Autorização e Registros
1683 Sanitários - DIARE. Também mostrou o organograma da Gerência Geral de Medicamentos –
1684 GGMed, que, entre outras, dispõe de Gerência de Avaliação de Produtos Biológicos – GPBio,
1685 responsável por todas as etapas de análise – qualidade, segurança e eficácia do registro e das
1686 alterações pós-registros dos produtos biológicos e dos medicamentos radiofármacos. Disse
1687 que o registro de medicamentos é feito com base na demonstração de qualidade, segurança e
1688 eficácia, conforme definido pela Lei 6.360/1976 e, além disso, documentação administrativa e
1689 cada categoria de medicamento tem suas legislações e requerimentos específicos. Mostrou um
1690 exemplo esquemático da análise técnica de registro de medicamento – reunião de pré-
1691 submissão, submissão eletrônica ou manual, revisão individual, consultoria externa, finalização
1692 do parecer, respostas das exigências e exigências. Em relação aos produtos biológicos, disse
1693 que no Brasil são registrados nessa categoria: vacinas; soros hiperimunes; hemoderivados;
1694 biomedicamentos, obtidos a partir de fluidos biológicos ou de tecidos de origem animal e
1695 procedimentos biotecnológicos; anticorpos monoclonais; medicamentos contendo
1696 microrganismos vivos, atenuados ou mortos; probióticos; e alergênicos. Detalhou que a
1697 legislação dos produtos biológicos é composta por: RDC nº 55, de 16 de dezembro de 2010;
1698 Lei 6.360/1976; Decreto 8.077/2013; e RDC 49/2011 (também são consideradas RDCs
1699 específicas). No caso do registro de produtos biológicos, esclareceu que é feito com base em
1700 dois principais princípios: qualidade e eficácia e segurança. Em termos de qualidade, deve-se
1701 apresentar: informações sobre o princípio ativo; relatório de produção; controle de qualidade;
1702 estudos de estabilidade; e Certificado de Boas Práticas de Fabricação (CBPF). No que se
1703 refere a eficácia e segurança, é necessário apresentar: estudos não clínicos; Estudos clínicos
1704 (Fase I, II e III); Imunogenicidade (resposta imune); e Plano de Farmacovigilância e de
1705 Minimização de Risco (PFV/PMR). Destacou a seguinte exceção: para tratamento ou
1706 prevenção de doenças graves e/ou de alta mortalidade, sem alternativa terapêutica, são
1707 aceitos estudos clínicos fase II já concluídos com estudos fase III em andamento (...).
1708 Seguindo, falou sobre a RDC 55/2010, explicando que dispõe sobre o registro de produtos
1709 biológicos novos e produtos biológicos e apresenta conceitos importantes: Produto Biológico -
1710 molécula já registrada no país; Produto Biológico Novo - molécula inédita no país; Produto
1711 Biológico Comparador (PBC) - registrado com dossiê completo; e Dossiê Completo - dados de
1712 qualidade, eficácia e segurança. Para registro de Produtos Biológicos, o dossiê deve possuir
1713 todas as evidências necessárias para o registro e divide-se em: documentação legal,
1714 documentação de produção e controle de qualidade e relatórios não clínicos e clínicos. No
1715 caso da documentação legal, são licenças, autorizações e certificados e o CBPF deve ser
1716 emitido pela ANVISA. A produção e controle de qualidade contemplam: informação sobre as
1717 etapas de fabricação e controle de qualidade; Protocolo e relatório de validação da cadeia de
1718 transporte; Protocolo e relatório dos estudos de estabilidade; e para biossimilares: exercício de
1719 comparabilidade. Acerca da segurança e eficácia, a empresa deve apresentar: relatório de
1720 todos os estudos não clínicos; protocolos e relatórios dos estudos clínicos: fases I, II e III; e
1721 Plano de Minimização de Risco. Detalhou que nos termos da RDC 55/2010 há três vias para
1722 registro de produtos biológicos no Brasil: Produto biológico novo - dossiê completo e qualidade,
1723 eficácia e segurança; e Produto biológico não novo - via de desenvolvimento individual e via de
1724 desenvolvimento por comparabilidade. No Brasil, utiliza-se via de desenvolvimento por
1725 comparabilidade para registro de biossimilares. Falou sobre os requerimentos regulatórios para
1726 registro de produtos biológicos novos e produtos biológicos. No caso de produtos biológicos
1727 novos, são necessários: Estudos Pré-Clínicos; Estudos Clínicos 1 e 2; Estudos Clínicos 3;
1728 Estudos de Imunogenicidade; Plano de Farmacovigilância; e Plano de Farmacovigilância. No
1729 caso de Produtos Biológicos (não novos): *Comparabilidade*: Estudos Pré-Clínicos –
1730 comparativos; Estudos Clínicos 1 e 2 – comparativos; Estudos Clínicos 3 - comparativos;
1731 Estudos de Imunogenicidade – comparativo; Mesmo Comparador - sim; Plano de
1732 Farmacovigilância - necessários; Extrapolação de Indicações – possível; *Individual* – Estudos

1733 Pré-Clínicos - podem ser reduzidos; Estudos Clínicos 1 e 2 - quando necessários, podem
1734 não ser comparativos; Estudos Clínicos 3 - comparativos com exceções; Estudos de
1735 Imunogenicidade - necessários; Mesmo Comparador - não especificado; Plano de
1736 Farmacovigilância - necessários; e Extrapolação de Indicações - não é possível. Segundo,
1737 falou sobre a intercambialidade, explicando que, em nível internacional, a maioria das agências
1738 não estabelece, com exceção do *Food and Drug Administration* - FDA. No caso da Austrália,
1739 por exemplo, há comitê para definir os produtos intercambiáveis. Finalizando, destacou a visão
1740 da ANVISA acerca da intercambialidade: está mais diretamente relacionada à prática clínica
1741 do que a um status regulatório: aspectos regulatórios - comparabilidade em termos de
1742 qualidade, eficácia e segurança, incluindo imunogenicidade; intercambialidade envolve
1743 aspectos mais amplos (estudos específicos, dados de literatura, avaliação médica, questões
1744 relacionadas a rastreabilidade e farmacovigilância); e múltiplas trocas não são adequadas,
1745 ficando a rastreabilidade e monitoramento do uso bastante dificultados nestes casos; Política e
1746 diretrizes sobre substituição e intercambialidade deverão ser definidas pelos médicos
1747 prescritores e pelo Ministério da Saúde; é essencial a avaliação e o acompanhamento pelo
1748 médico responsável, que poderá decidir sobre o produto ideal a ser utilizado em cada situação
1749 e de acordo com a resposta individual de cada paciente; e informações serão incluídas na bula
1750 e no PPAM, para que os médicos e o Ministério da Saúde possam decidir sobre a
1751 intercambialidade em cada situação. Por fim, disse que a ANVISA divulgou nota de
1752 esclarecimento (nº. 3/2017) e publicou Guias Regulatórios sobre o tema. Seguindo, fez uso da
1753 palavra o representante da AMB, **Valdair Pinto**, que iniciou cumprimentando os presentes e
1754 declarando seu possível conflito de interesse. Nos últimos doze meses, prestou consultoria
1755 e/ou recebeu por palestras, mas seus pontos de vista não refletem necessariamente as
1756 opiniões de nenhuma empresa ou instituição. Fundamentou sua apresentação nos seguintes
1757 pontos: medicamentos sintéticos e biológicos; genéricos e biossimilares; intercambialidade e
1758 substituição; necessidade de regulamentação; e impacto na farmacovigilância. Iniciando sua
1759 exposição explicando que medicamentos biológicos são produtos farmacêuticos cujos
1760 princípios ativos são obtidos de sistemas vivos através de processos biotecnológicos. No caso
1761 de medicamentos sintéticos para uma mesma substância ativa, todas as moléculas são
1762 idênticas entre si. No caso dos medicamentos biológicos, as principais características são:
1763 moléculas grandes, complexas e instáveis; incompletamente caracterizados; susceptíveis a
1764 micro-heterogeneidade; e não permitem cópias idênticas. Por essa razão, há duas vias
1765 regulatórias distintas: sintéticos - cópias idênticas podem ser produzidas: chamados de
1766 genéricos; e biológicos - cópias idênticas não podem ser produzidas: chamados de
1767 biossimilares. Sendo assim, são distintas as vias regulatórias para aprovação de genéricos e
1768 biossimilares. Ressaltou que biossimilares são cópias autorizadas de produtos biológicos que
1769 foram submetidas ao exercício de comparabilidade em relação ao produto inovador quanto à
1770 qualidade, eficácia e segurança. Diferenciam-se conceitualmente dos genéricos porque as
1771 substâncias ativas não são cópias idênticas. Sobre a demonstração de biossimilaridade,
1772 destacou as questões idênticas na avaliação da biossimilaridade: 1) extenso dossiê de
1773 manufatura e qualidade; 2) estudos pré-clínicos; 3) estudos clínicos: planejados para detectar
1774 diferenças e equivalência ou não-inferioridade; 4) estudos de imunogenicidade; e 5) Plano de
1775 Gerenciamento de Risco. Salientou que, entre os pontos controversos, o principal deles é a
1776 intercambialidade entre medicamentos. Nessa linha, explicou que a intercambialidade é a
1777 condição onde dois ou mais produtos farmacêuticos podem ser permutados, um pelo outro,
1778 sem risco significativo de eficácia e segurança. Acrescentou que produzem os mesmos efeitos
1779 clínicos em qualquer paciente e os riscos de troca ou alternância não são maiores dos sem
1780 troca ou alternância. Fez a distinção entre intercambialidade vs. substituição (*switch*):
1781 substituição (*switch*) é um ato ou ação que executa a troca de um medicamento por outro com
1782 base em algum critério, desejavelmente de natureza clínica (*medical switch*); e a
1783 intercambialidade é uma propriedade atribuída a dois mais produtos farmacêuticos,
1784 presumivelmente contendo a mesma substância ativa, mediante o preenchimento de critérios
1785 específicos; tipicamente definida por órgão regulador. Acrescentou que a intercambialidade é a
1786 condição onde dois ou mais produtos farmacêuticos podem ser permutados, um pelo outro,
1787 sem risco significativo de eficácia e segurança e a permissão para substituição é automática
1788 (sem consulta e/ou notificação ao médico prescritor). Ainda em relação à intercambialidade,
1789 destacou: medicamentos sintéticos - genéricos & produtos de referência são cópias idênticas,
1790 em princípio intercambiáveis; e medicamentos biológicos - biossimilares & produtos de
1791 referência são cópias não-idênticas, em princípio não intercambiáveis. Disse que o FDA foi a
1792 única autoridade regulatória que definiu de maneira clara a intercambialidade. Para tanto,

1793 detalhou que são duas fases distintas: demonstração clínica de biossimilaridade; e
1794 demonstração clínica de intercambialidade. Acrescentou que também é condição para
1795 intercambialidade: risco (com alternância) \leq risco (sem alternância). Seguindo, reforçou alguns
1796 pontos sobre a posição da ANVISA acerca da intercambialidade. Lembrou que, em 2016, o
1797 entendimento inicial da Agência era que os medicamentos biológicos e suas cópias seriam
1798 apenas considerados intercambiáveis se fossem apresentados estudos clínicos específicos
1799 conduzidos com esse propósito (Nota Técnica). Em 2017, a Agência divulgou nota
1800 demonstrando entendimento divergente que está vigente no momento: política e diretrizes
1801 sobre substituição e intercambialidade entre produtos biossimilares e seus comparadores
1802 deverão ser definidas pelos médicos e pelo Ministério da Saúde. A esse respeito, avaliou que
1803 os médicos podem definir a substituição, mas não a intercambialidade. Sendo assim, a posição
1804 atual da Agência é controversa e não há concordância, pois os médicos prescritores em geral
1805 não decidem sobre a disponibilidade de medicamentos no sistema de saúde; os critérios
1806 eventualmente adotados pelo MS serão predominantemente econômicos; e embora a ANVISA
1807 reconheça como inadequadas as trocas sem supervisão médica, o ambiente de
1808 farmacovigilância fica comprometido. Lembrou, inclusive, que há regulamentação da ANVISA
1809 para genéricos (RDC n.º 16/2007) e para similares (RDC n.º 58/2014), portanto, deveria existir
1810 norma para biossimilares. Além dessa questão, falou sobre os nomes não-comerciais dos
1811 medicamentos biológicos, destacando que o objetivo dos sistemas é identificar
1812 inequivocamente cada substância ativa; produtos idênticos tem nomes idênticos (v.g.
1813 genéricos); e biossimilares não são idênticos e devem ter nomes diferentes. Falou sobre
1814 recentes diretrizes sobre nomes de biossimilares, explicou que recomendação da OMS de
1815 2015 e norma do FDA de janeiro de 2017, definindo que as cópias dos medicamentos
1816 biológicos e biossimilares não podem apresentar o mesmo nome comercial. Nos Estados
1817 Unidos, está em vigor, desde janeiro de 2017, norma em que os medicamentos biológicos
1818 possuem nome composto (núcleo e sufixo de 4 letras minúsculas - aplicável a todos biológicos
1819 e com ausência de significado). Acrescentou que produtos novos recentemente já são
1820 aprovados com sufixo. Em relação à farmacovigilância, lembrou que os biossimilares são
1821 biossimilares em relação à referência e não entre si. Portanto, é preciso definir norma para
1822 desambiguar os nomes, inclusive para exercer farmacovigilância apropriada. Salientou que não
1823 são intercambiáveis nem com o referência, nem entre si, portanto, não deveriam ter o mesmo
1824 nome comercial. Na sequência, expôs o Vice-Presidente de Produção e Inovação em Saúde da
1825 Fiocruz, **Marco Krieger**, que enfocou a atuação da Fiocruz. Iniciando, falou sobre a Fiocruz em
1826 números: força de trabalho: 12.795 trabalhadores; produção (2011 – 2015): 511 milhões de
1827 doses de vacinas, 35 milhões de reativos para diagnóstico, 1,5 bilhão de unidades
1828 farmacêuticas e 53 milhões de frascos de biofármacos; formação de recursos humanos: 26
1829 programas de mestrado e doutorado - *Stricto sensu*, 50 cursos - *Lato Sensu*, 2.500
1830 egressos/ano – pós-graduação, 56.706 educação profissional (1985 – 2015) e 279.200
1831 matrículas/alunos em 5.097 municípios – UNASUS. Lembrou que a Fundação foi criada em
1832 1900 para fabricar soros e vacinas contra a peste bubônica e enfrentar a febre amarela. Para
1833 demonstrar a capacidade produtiva da FIOCRUZ, destacou que em 2017 foram produzidas 120
1834 milhões de doses da vacina de febre amarela e o país continuará o protagonismo nessa
1835 produção. Além da produção, disse que a Fiocruz dedica-se à novas descobertas e, nesse
1836 cenário, citou o trabalho de Carlos Chagas que descreveu a doença, agente etiológico e vetor e
1837 a atuação da dra. Celina Turchi, pesquisadora da FIOCRUZ, responsável pela associação do
1838 Zika com a microcefalia. Em relação aos biológicos, disse que a Fiocruz dedica-se ao tema,
1839 inclusive por conta dos valores dispendidos nas aquisições desse insumo (representam 12%
1840 da quantidade contratada e 61% dos gastos – a tendência é de aumento). Salientou, inclusive,
1841 que o país dispõe de política para promover e garantir o acesso da população por meio da
1842 produção nacional que envolve a transferência de tecnologia – PDPs (debate iniciou-se na
1843 Fundação). Explicou que estudo do Ministério da Saúde a respeito da proposta de PDP sobre
1844 os preços demonstra redução de cerca de 50% do custo de medicamentos, garantindo acesso
1845 à população, além de incorporação da tecnologia e melhoria dos investimentos. No que se
1846 refere à produção e inovação, destacou que o Centro de Biotecnologia é o maior da América
1847 Latina e incorporará novas tecnologias, expandindo a capacidade tecnológica e a produção de
1848 insumos estratégicos no Brasil para atender o setor público e privado (prototipagem em BPF).
1849 Em relação às vacinas, explicou que é o maior quantitativo na produção de biológicos, mas os
1850 biofármacos apresentam crescimento (entre eles, Infliximabe). Salientou que há dois grandes
1851 grupos de moléculas sendo trabalhadas por PDP: doenças autoimunes e câncer. Seguindo,
1852 falou sobre as áreas que a FIOCRUZ está avançando no desenvolvimento, com destaque para

1853 imunoterapia (câncer e doenças autoimunes). Disse que foi proposto acordo para que o Brasil,
1854 utilizando a capacidade tecnológica, fizesse a validação dos modelos da Interleucina 2 (IL 2) e
1855 produção na FIOCRUZ. Finalizando, disse que hoje o país continua com a estratégia de
1856 internalizar os avanços de fora e está avançando no desenvolvimento dos próprios
1857 biossimilares e utilizando o conhecimento técnico científico em parceria com parceiros
1858 exteriores para desenvolver o que pode ser tendência em um futuro próximo (engenheirar as
1859 moléculas e ligar as proteínas a moléculas sintéticas). Conselheiro **Nelson Mussolini**
1860 agradeceu os convidados pelas explanações esclarecedoras e informou que havia sido
1861 convidada uma representação para fazer contraponto sobre intercambialidade entre produtos
1862 similares e biológicos e uma representação da Secretaria de Atenção à Saúde - Ministério da
1863 Saúde, todavia, estes representantes não se fizeram presentes. Destacou que a discussão
1864 deste tema, que não é restrito ao Brasil, precisa ser aprofundada, dada a complexidade.
1865 Inclusive, disse que foi constituído GT na Câmara dos Deputados, conduzido pelo deputado
1866 Odorico Monteiro, para debater o tema, mas, no seu ponto de vista, não cabe ao Legislativo
1867 legislar sobre matéria sanitária. Defendeu que a Agência assuma o debate sobre
1868 intercambialidade porque possui os conhecimentos técnicos para tanto. De todo modo, avaliou
1869 que o CNS deve acompanhar o trabalho do GT da Câmara, bem como participar das
1870 discussões, e trazer os resultados para debate no Conselho. **Manifestações.** Conselheiro
1871 **Ronald Ferreira dos Santos**, na condição de representante da FENAFAR, destacou a
1872 participação de usuários e trabalhadores da saúde no debate sobre o processo da atividade
1873 econômica em saúde e, nessa linha, citou a contribuição desses segmentos na formatação da
1874 Política Nacional de Assistência Farmacêutica, com olhar da prioridade da saúde pública e
1875 diálogo com o conjunto de interesses presentes nessa atividade econômica. Ressaltou que
1876 nesse debate sobre biossimilares o CNS deve defender o interesse da saúde pública e a
1877 necessidade das pessoas, bem como a regulação dessa atividade econômica, permitindo o
1878 desenvolvimento tecnológico e da indústria. Na linha do diálogo e do aprofundamento do
1879 debate do tema, destacou a importância da interlocução com o Legislativo e a realização da 1ª
1880 CNVS. **Manifestações.** Conselheiro **Moyisés Toniolo**, em nome da CISPP/CNS, agradeceu a
1881 Mesa Diretora do Conselho por ter pautado o tema no Pleno para debate. Lembrou que a
1882 Comissão discutiu o assunto na reunião de julho de 2017 e definiu encaminhamentos a
1883 respeito, entre eles: realizar reunião conjunta das Comissões de Ciência, Tecnologia e
1884 Assistência Farmacêutica – CICTAF/CNS e de Atenção à Saúde das Pessoas com Patologias
1885 – CIASPP/CNS para tratar da assistência farmacêutica; e apontar a necessidade de definição
1886 de responsabilidade sobre o marco regulatório do Brasil. Por fim, destacou que o menor preço
1887 não deve o fator de regulação do mercado, pois é essencial garantir segurança para usuários
1888 de toda e qualquer molécula, com adequação às normas internacionais. Conselheiro **Neilton**
1889 **Araújo de Oliveira** salientou que é preciso articular o debate deste tema com o desafio
1890 mundial relativo à resistência antimicrobiana. Inclusive, informou que o Brasil está formulando
1891 Plano de Ação Nacional de Prevenção e Controle da Ação Antimicrobiana. Como
1892 encaminhamento, sugeriu pautar debate sobre uso racional de medicamentos. Conselheira
1893 **Lorena Baía** saudou a inclusão do tema na pauta do CNS, considerando inclusive o montante
1894 de recursos despendido para compra de medicamentos biossimilares. Salientou que é preciso
1895 considerar duas vertentes nesse debate: a Lei de Licitação (nº.666/93) não atende às
1896 demandas de inovações tecnológicas; e ausência de descrição dos biossimilares na
1897 denominação comum brasileira, com a diferenciação que há nos Estados Unidos. Lembrou
1898 que, por determinação legal, o gestor precisa comprar pelo menor preço e somente será
1899 possível avançar se houver política de diretrizes sobre substituição e intercambialidade entre
1900 produtos biossimilares e produtos biológicos. Todavia, até que isso ocorra, frisou que é preciso
1901 garantir nas unidades de dispensação do componente especializado o acesso ao produto
1902 biossimilar e à assistência farmacêutica, com orientações para uso racional de medicamentos e
1903 o seguimento farmacoterapêutico. Conselheiro **João Donizeti Scaboli**, primeiro, saudou a
1904 parceria de duas empresas privadas do setor farmacêutico com a Unicamp para
1905 desenvolvimento de medicamentos de combate ao câncer e antiinfeciosos. Perguntou também
1906 a respeito do trabalho da ANVISA em relação à nanotecnologia. Conselheiro **Cláudio Ferreira**
1907 **do Nascimento** destacou que na discussão sobre a política e regulação de fármacos o CNS
1908 deve defender a preponderância dos direitos sociais da população aos interesses individuais e
1909 às disputas em jogo. Conselheira **Lenise Aparecida Martins Garcia** destacou a complexidade
1910 do tema e defendeu a necessidade de marco regulatório. No caso de transferência de
1911 tecnologia para o infliximabe, perguntou se a Fundação está desenvolvendo a mesma molécula
1912 da detentadora da tecnologia original. Conselheira **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello**,

1913 primeiro, agradeceu pela pauta, lembrando que os pacientes autoimunes possuem grande
1914 interesse no tema porque utilizam esses medicamentos. Também fez as seguintes perguntas:
1915 serão disponibilizados aos pacientes que utilizam os medicamentos biológicos originadores os
1916 medicamentos biossimilares? (pacientes já estão recebendo os dois medicamentos juntos, na
1917 mesma dispensação); e Como será feita a farmacovigilância e o rastreamento dos pacientes
1918 uma vez que esses medicamentos estão sendo entregues juntos? Por que biomanguinhos está
1919 utilizando embalagem diferente para o Infiximabe? Conselheiro **Antônio César Silva Mallet**
1920 também saudou a Mesa Diretora por pautar o tema e ponderou que é preciso considerar nesse
1921 debate o eixo “proporção de quantidade contratada e valores orçamentários empenhados”,
1922 que, na sua avaliação, pautará a assistência farmacêutica. Manifestou preocupação com a
1923 possibilidade de a não intercambialidade representar reserva de mercado e impactar no custo
1924 da saúde. Também perguntou se a rastreabilidade não ajudará na farmacovigilância e na
1925 intercambialidade. Por fim, cumprimentou a FIOCRUZ, na figura do seu representante, e
1926 perguntou qual a visão dos laboratórios nacionais para chegar à autonomia tecnológica.
1927 Conselheiro **Albervan Reginaldo Sena**, na perspectiva da oncologia, destacou a preocupação
1928 com a intercambialidade e a definição de delegar à gestão a escolha de medicamento com
1929 custo menor ao invés de medicamento de referência com comprovação de eficácia. Destacou
1930 que a regulação é essencial inclusive para assegurar que a troca não tenha impacto negativo
1931 no tratamento do paciente. Sobre a nomenclatura, também salientou que a falta de definição
1932 impossibilita identificar o medicamento utilizado pelo paciente e o impacto no tratamento.
1933 Conselheira **Christianne Maria Oliveira Costa** fez os seguintes questionamentos: qual a
1934 capacidade da FioCruz para receber essa demanda de produção de novo fármaco?; e Como
1935 fica a questão dos monoclonais? Também frisou que esse debate não deve ser feito com base
1936 no fator econômico porque envolve vida de pessoas. Conselheiro **Marco Aurelio Antas**
1937 **Torronteguy** saudou o CNS por pautar o tema e perguntou se a ANVISA pretende debater a
1938 regulação dos biológicos com os pacientes que utilizam essa medicação. Conselheiro **Carlos**
1939 **de Souza Andrade** também cumprimentou a Mesa por pautar o tema dos biológicos, mas
1940 avaliou que é preciso estudo e debate mais aprofundado, dada a importância deste tema, para
1941 definição de propostas concretas. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do
1942 CNS, salientou que o debate sobre intercambialidade está vinculado à proteção e à garantia do
1943 acesso e ao desenvolvimento científico e tecnológico. Lembrou, inclusive, que no próximo mês
1944 será realizada a 1ª CNVS, que irá debater vigilância em saúde – direitos, conquistas e defesa
1945 de um SUS público e de qualidade e lugar da vigilância em saúde – saberes, práticas,
1946 processo de trabalho e tecnologias na vigilância em saúde. Por outro lado, entendendo a
1947 importância de aprofundar o debate a partir de demandas específicas, propôs que a
1948 CICTAF/CNS e a CIASPP/CNS iniciem agenda de debates sobre o tema, envolvendo a
1949 sociedade, usuários, pesquisadores, a fim de levantar subsídios inclusive para discussão
1950 (problematização) da temática na 16ª Conferência Nacional de Saúde em 2019. **Retorno da**
1951 **mesa.** A gerente/ANVISA, **Daniela Marreco Cerqueira**, comentou aspectos das falas dos
1952 conselheiros, destacando, inicialmente, que a Nota Técnica da ANVISA de 2016 é pontual e
1953 visou responder questionamento de empresa específica sobre produto determinado. Sendo
1954 assim, a Agência posicionou-se pela primeira vez sobre intercambialidade de biológicos e
1955 biossimilares em 2017, por meio da Nota de Esclarecimento nº 3. A respeito da nomenclatura,
1956 informou que a OMS estabeleceu guia para diferenciação de nomenclatura de produtos
1957 biossimilares, mas decidiu não trabalhar com essa questão no momento por conta da
1958 complexidade. Portanto, os Estados Unidos (FDA) é o único país a estabelecer nomenclatura
1959 diferenciada para os produtos biossimilares. Avaliou que esse tema precisa ser discutido,
1960 inclusive para tratar da rastreabilidade e farmacovigilância. Todavia, lembrou que todos os
1961 medicamentos biológicos possuem nome comercial e também permitem a diferenciação. Além
1962 disso, salientou que a diferenciação, neste caso, pode gerar reserva de mercado. Disse que o
1963 Brasil não deve se balizar na posição do FDA sobre biológicos e biossimilares porque o
1964 sistema de saúde americano é diferente do brasileiro e pode resultar em negação de acesso a
1965 esses medicamentos. Destacou que várias agências do mundo entendem que o profissional de
1966 saúde deve ser o responsável por definir a intercambialidade. Ressaltou que a Agência precisa
1967 definir regulamentação dos produtos biossimilares, todavia, esse é um debate que demanda
1968 tempo para ser aprofundado, dada a complexidade, inclusive para não viabilizar o uso desses
1969 produtos que possuem qualidade, segurança e eficácia. Concordou que é preciso ter cuidado,
1970 por exemplo, em relação aos medicamentos oncológicos a fim de não permitir a
1971 intercambialidade se o paciente estiver respondendo positivamente ao tratamento. Pontuou
1972 também como desafio a Lei de Licitação que determina ao Ministério da Saúde a compra do

1973 medicamento de menor preço. De todo modo, frisou que não é papel da Agência classificar os
1974 medicamentos intercambiáveis por conta do impacto que teria nas políticas de saúde. Sobre a
1975 nanotecnologia, disse que a ANVISA dispõe de GT que está debatendo o tema e elaborando
1976 proposta de regulamentação. Também disse que a Agência está organizando debates para
1977 tratar de temas como biossimilaridade e lembrou que as regulamentações da Agência passam
1978 por consulta pública para receber contribuições da sociedade. Por fim, concordou que é preciso
1979 revisar a RDC que estabelece as regras de rotulagem de medicamentos para o MS e já existe
1980 grupo, composto por ANVISA e MS, que está trabalhando na revisão da norma para melhor
1981 diferenciação de produtos. O representante da AMB, **Valdair Pinto**, iniciou destacando que a
1982 classe médica apoia os biossimilares e espera que maior participação desses produtos no
1983 mercado. Lembrou, inclusive, que a única diferença entre um produto biossimilar e o produto
1984 de referência é o custo. Salientou que a classe apoia essa medida que reduz custos, mas
1985 entende que é necessário seguir pré-requisitos: aprovação dos biossimilares segundo norma
1986 regulatória consistente; e médico deve ter a opção de definir o medicamento a ser prescrito
1987 para os pacientes. Também disse que é preciso ter clara a diferença entre intercambialidade e
1988 substituição. Esta é uma prerrogativa de quem tem o poder e a autoridade de substituir um
1989 medicamento por outro, essencialmente prerrogativa médica (é necessário cuidado com
1990 substituição por profissional não médico e também com a alternância). A intercambialidade, por
1991 outro lado, é uma definição, dois ou mais produtos farmacêuticos podem ou não ser
1992 intercambiáveis; ou seja, o médico pode definir para um paciente e não para uma comunidade.
1993 Na sua visão, não cabe ao Ministério da Saúde definir os medicamentos intercambiáveis e
1994 citou o “mau” exemplo da compra da asparaginase. Solicitou que a ANVISA considerasse a
1995 possibilidade de debater o tema para que agentes econômicos não exerça essa prerrogativa e
1996 a intercambialidade não adotada somente na lógica da redução de custos. Em relação à
1997 farmacovigilância, destacou que medicamentos biológicos e suas cópias requerem farmaco
1998 mais atenciosa. Finalizando, fez questão de reiterar que a categoria médica apoia o uso de
1999 biossimilares e torce para que tenha maior participação no mercado, com redução de custos e
2000 uso responsável. O Vice-Presidente de Produção e Inovação em Saúde da Fiocruz, **Marco**
2001 **Krieger**, explicou que a transferência de tecnologia para o infliximabe foi com a detentora da
2002 tecnologia original (Jansen), assim, as moléculas são iguais. Sobre os biossimilares, disse que
2003 é preciso definir o que são essas moléculas. Ressaltou que o biossimilar é a molécula
2004 exatamente igual que foi produzida, em uma tentativa de cópia do modelo original, com dois
2005 caminhos para que funcionem: estudos clínicos; e melhoria da capacidade de observar
2006 modificações nas moléculas. Salientou que a preocupação da Fiocruz é garantir acesso da
2007 população, absorvendo tecnologia e barateando custo, em um compromisso com a saúde
2008 pública do Brasil e global. Nessa linha, ressaltou que é preciso investir nas plantas e nas
2009 parcerias e tornar mais eficiente a transferência do conhecimento gerado nos laboratórios para
2010 a população. O Presidente do CNS ponderou que o debate aponta a dimensão do desafio para
2011 o controle social neste tema e a grande contribuição que este órgão Colegiado pode trazer no
2012 debate da assistência farmacêutica. Feitas essas considerações, passou aos
2013 encaminhamentos. **Deliberação: como resultado do debate, o Plenário aprovou, com três**
2014 **abstenções, os seguintes encaminhamentos: 1) que as Comissões de Ciência,**
2015 **Tecnologia e Assistência Farmacêutica (CICTAF) e de Atenção à Saúde das Pessoas**
2016 **com Patologias (CIASPP) iniciem agenda de debates sobre o tema, envolvendo a**
2017 **sociedade, usuários, pesquisadores, a fim de levantar subsídios inclusive para**
2018 **discussão (problematização) da temática na 16ª Conferência Nacional de Saúde em 2019.**
2019 **Nesse sentido, foi sugerida a realização de atividades conjuntas em espaços**
2020 **estratégicos como Fórum Social Mundial, 8º Simpósio de Assistência Farmacêutica,**
2021 **Congresso da ABRASCO, Seminários da Fiocruz e ANVISA. Também foram sugeridos**
2022 **temas relevantes a serem discutidos: acesso a medicamentos (concepção de insumo**
2023 **garantidor de direito), marco regulatório, resistência bacteriana, desabastecimento; 2)**
2024 **que seja avaliada a possibilidade de criar grupo de trabalho do CNS, envolvendo**
2025 **ANVISA, SCTIE e DLOG, para discutir estratégias de compras de medicamentos devido**
2026 **às especificidades dessa matéria; e 3) que seja realizada atividade autogestionada no**
2027 **Fórum Social Mundial para debate sobre combate à resistência bacteriana. ITEM 9 –**
2028 **COMISSÃO INTERSETORIAL DE FINANCIAMENTO E ORÇAMENTO – COFIN -**
2029 **Coordenação: conselheiro Ronald Ferreira dos Santos, Presidente do CNS; e conselheiro**
2030 **Wanderley Gomes, coordenador da COFIN/CNS. Apresentação: Francisco Funcia, consultor**
2031 **da COFIN/CNS. Iniciando, o coordenador da COFIN pontou os temas que seriam tratados:**
2032 **análise preliminar e sintética das planilhas de execução orçamentária e financeira recebidas da**

2033 SPO/MS (dez2017-fechado-23/01/2018); Portaria n°. 3.992, de 28 de dezembro de 2017, que
2034 trata do financiamento e da transferência dos recursos federais para as ações e os serviços
2035 públicos de saúde; e Emenda Constituição n°. 95/2016. O assessor técnico da COFIN,
2036 **Francisco Funcia**, passou à apresentação da análise preliminar e sintética das planilhas de
2037 execução orçamentária e financeira recebidas da SPO/MS (de dezembro de 2017-fechado a 23
2038 de janeiro de 2018). Primeiro, mostrou tabela com a execução em 2017, Ações e Serviços
2039 Públicos em Saúde: total empenhado: R\$115,259 bilhões; liquidado: R\$ 101,6 bilhões; pago:
2040 R\$ 101,134 bilhões; e Restos a Pagar - RP – R\$ 14,125 bi (recorde histórico – crescimento de
2041 81,4%. A COFIN irá debater os motivos com a área técnica do MS). Acrescentou que o MS
2042 liquidou e pagou valor menor que a variação da inflação, ou seja, houve queda nos valores
2043 pagos e liquidados. Por outro lado, o MS empenhou 8% a mais em 2017 em comparação a
2044 2016, mas esse percentual não pôde ser liquidado porque a área econômica restringiu
2045 financeiramente a liquidação desses empenhos. Também manifestou preocupação com o nível
2046 de RP muito acima de 7% dos anos anteriores (passou para 12%) e a maior parte desses
2047 classificados como “não processados”, ou seja, Restos de despesas não liquidadas. Explicou
2048 que a preocupação refere-se ao risco de não execução por conta do teto da EC n°. 95. Disse
2049 que nessa primeira análise o cenário é muito difícil e na próxima reunião da COFIN serão
2050 analisados grupos de despesas e elaborado painel de comparação. Em termos consolidados,
2051 disse que o nível de liquidação de Outros Custeios e Capital - OCC foi considerado regular.
2052 **Manifestações.** O Presidente do CNS solicitou que a COFIN avalie o impacto do
2053 empenhamento das emendas parlamentares, inclusive no aumento dos Restos a Pagar.
2054 Conselheiro **Moysés Toniolo** agradeceu a apresentação e perguntou como será feita a
2055 avaliação das prestações de contas a partir da publicação da Portaria 3.992/17. Também
2056 manifestou preocupação com a queda nos gastos em saúde no final de 2017 e solicitou
2057 atenção da COFIN. Conselheiro **José Eri de Medeiros** solicitou à COFIN que avalie a situação
2058 dos Restos a Pagar e o impacto no custeio dos repasses mensais para Estados e Municípios.
2059 Conselheiro **Cláudio Ferreira do Nascimento** lembrou que, nos termos da EC n°. 95, o ano de
2060 2017 será parâmetro para definir o montante que poderá ser gasto nos próximos 19 anos.
2061 Sendo assim, perguntou qual o impacto da execução de 2017 nos próximos anos. Recordou
2062 ainda que o governo está trabalhando com déficit orçamentário de R\$ 159 bilhões e foi
2063 divulgado que esse valor foi de R\$ 124 bi. Sendo assim, perguntou ao consultor da COFIN se o
2064 governo está usando uma forma de economia de recursos orçamentários para garantir
2065 superávit de recurso e direcionar ao sistema da dívida pública. Conselheiro **Geordeci Menezes**
2066 **de Souza** destacou que, segundo divulgado em reportagem veiculada naquela manhã, o
2067 investimento do MS em 2017 foi menor em comparação ao montante dos últimos anos, assim,
2068 solicitou maiores informações sobre esse investimento. Além disso, pontuou que, segundo
2069 essa reportagem, o baixo investimento em 2017 é decorrente da gestão de Estados e
2070 Municípios. Conselheiro **Giovanny Kley Silva Trindade** reiterou a importância de fazer análise
2071 do impacto das emendas parlamentares inclusive na saúde. Conselheiro **Luiz Aníbal Vieira**
2072 **Machado** salientou que os conselhos municipais de saúde não têm conhecimento do montante
2073 destinado aos municípios para custeio e investimento, o que dificulta a fiscalização da
2074 execução dos recursos. Além disso, lamentou a não aplicação de recursos repassados aos
2075 municípios, quando muitos usuários morrem por falta de atendimento. **Retorno da mesa.** O
2076 assessor técnico da COFIN/CNS começou destacando que desde 2017 a COFIN vem
2077 destacando a execução das emendas parlamentares, inclusive pelo percentual que
2078 representam no orçamento do MS. Citou, por exemplo, que as emendas representaram, no ano
2079 anterior, representaram 6% do gasto do MS. Sobre os Restos a Pagar, disse que a maior parte
2080 refere-se a emendas parlamentares, mas também a despesas que compõem recursos
2081 transferidos a estados e municípios, portanto, com impacto no financiamento das ações e
2082 serviços públicos estaduais e municipais. Disse que será necessário acompanhar a execução
2083 financeira dos Restos a Pagar de orçamentos anteriores que foram empenhados, cuja
2084 execução financeira ocorrerá nos anos seguintes. Salientou que o parâmetro para calcular o
2085 piso e o teto da saúde será o valor correspondente aos 15% da RCL de 2017 corrigido pela
2086 variação da inflação. Assim, para o pagamento de Restos a Pagar da saúde, a área econômica
2087 terá que retirar recurso de algum outro ministério. Com isso, haverá uma disputa entre os
2088 ministérios e não mais solidariedade. Nessa lógica, esclareceu que a redução do déficit
2089 primário não é um grande anúncio, porque se trata de déficit. Acrescentou que essa redução
2090 ocorreu por conta da “contabilidade criativa” (mecanismos para aumentar receitas que não são
2091 regulares). No seu ponto de vista, a intenção é sobrar recursos para pagar juros da dívida.
2092 Sobre a reportagem, disse que apontou redução nos investimentos em capital e a justificativa

2093 do governo foi “R\$ 6 bilhões comprometidos (“empenho”). Todavia, os recursos foram
2094 empenhados, mas não liquidados e pagos. Todavia, os exemplos dados pela reportagem
2095 refere-se a custeio, o que causou confusão. Sobre a responsabilidade da não execução, disse
2096 que merece debate mais aprofundado, uma vez que o financiamento é tripartite. Respondidos
2097 esses pontos, passou a tratar sobre a Portaria n°. 3.992/17. Esclareceu que o entendimento de
2098 que a Portaria acabou com os blocos de financiamento não procede e pode gerar problema.
2099 Esclareceu que a Portaria define dois blocos – custeio e capital – para a transferência
2100 financeira dos recursos para estados e municípios. Conforme essa norma, o gestor deverá
2101 cumprir orçamentariamente a classificação da despesa de acordo com o que recebeu. Além
2102 disso, apesar de não estar escrito, a Portaria deixa claro que não basta comprovar o
2103 orçamentário. Acrescentou que a Portaria define ainda que, ao final do exercício, é preciso
2104 demonstrar que foi cumprido o conjunto das metas pactuadas na CIT ou em outros atos
2105 emanados do SUS. Em síntese, disse que a Portaria permite a flexibilização do fluxo de caixa,
2106 mas ao final do exercício é preciso comprovar que foi cumprido o pactuado. Avaliou que essa
2107 norma demanda maior controle interno do gestor municipal e também dificulta o controle por
2108 parte dos CES e CMS. Nesse sentido, frisou ser fundamental que os conselhos estaduais e
2109 municipais requeiram dos gestores das suas respectivas esferas que, no mínimo a cada
2110 relatório de prestação de contas quadrimestral, informem o cumprimento das metas pactuadas.
2111 Além disso, lembrou que a Lei n°. 141 estabelece que os conselhos de saúde deverão ser
2112 informados sobre o montante de custeio que o MS irá transferir a estados e municípios. Nesse
2113 sentido, propôs que o CNS solicite ao MS as informações sobre os valores a serem
2114 transferidos como custeio e capital para estados e municípios. **Manifestações.** Conselheiro
2115 **José Eri de Medeiros** explicou que no município de São Leopoldo são realizadas audiências
2116 públicas a cada quatro meses e todo mês é levado ao conselho municipal o relatório de gestão
2117 que detalha os repasses financeiros do governo estadual e federal. Além disso, reiterou a
2118 proposta do CONASEMS de elaborar plano de aplicação para que os recursos financeiros que
2119 estão nos fundos dos municípios relativos a 2017 sejam utilizados nas prioridades municipais e
2120 não devolvidos ao governo federal. Conselheiro **Antônio Lacerda Souto** solicitou maiores
2121 esclarecimentos sobre os valores a serem considerados para definição do orçamento de 2018.
2122 Conselheiro **Moysés Toniolo** disse que os conselhos estaduais e municipais de saúde
2123 deverão ser alertados sobre a necessidade de acompanhar a movimentação dos repasses
2124 para os fundos de saúde e fazer comparação com a PAS. Perguntou como os gestores
2125 poderão pactuar novas metas se o investimento será o definido no Plano Plurianual e na PAS.
2126 Além disso, solicitou ao MS que apresente levantamento do repasse mensal da União para
2127 estados e municípios nas linhas de custeio e investimento. Conselheiro **Geordeci Menezes de**
2128 **Souza** sugeriu a aprovação de resolução do CNS solicitando às três esferas de gestão que
2129 apresentem de forma periódica aos conselhos de saúde as planilhas dos recursos repassados
2130 pelo Ministério da Saúde, a fim de possibilitar o processo de acompanhamento da
2131 movimentação/execução dos recursos do Fundo. Conselheiro **Fernando Pigatto** salientou que
2132 mudanças têm sido implementadas sem debate prévio e aprovação do Conselho, contrariando
2133 a legislação e isso não deve continuar a ocorrer. Nas suas palavras, os gestores devem unir-se
2134 à luta a favor a ADI contra a EC 95, a fim de não permitir que a situação piore ainda mais.
2135 Conselheiro **José Eri de Medeiros** colocou o entendimento que o pacto federativo impõe um
2136 governo centralizado, sem controle e não permite a participação da sociedade. Destacou, por
2137 exemplo, que do total da produção do país apenas 17% chega à sociedade. Nessa linha, disse
2138 que levará o tema do pacto federativo e da centralização dos governos para ser tratado no GT
2139 que irá elaborar documento para plataforma dos candidatos para eleições de 2018. Também
2140 destacou que é preciso debater o orçamento da União – federal, estadual e municipal –
2141 priorizando os municípios a fim de assegurar maior controle. Além disso, informou que o
2142 CONASEMS solicitou esclarecimentos ao MS sobre a questão dos blocos. Sobre a Portaria,
2143 disse que a nova forma de repasse possibilitará aos municípios maior flexibilidade na aplicação
2144 de recursos, de acordo com a necessidade da população, sendo necessário maior controle dos
2145 conselhos. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, pontuou que a
2146 Portaria 3.992 aponta três elementos centrais – Conselho de Saúde, Plano de Saúde e Fundo
2147 Nacional de Saúde – e é preciso definir mecanismo para articulá-los. Nesse sentido, propôs a
2148 aprovação de resolução do CNS estabelecendo os ritos mínimos, a serem seguidos pelos
2149 Conselhos de Saúde, para o processo de acompanhamento da movimentação/execução dos
2150 recursos do Fundo Nacional de Saúde, repassados pelo Ministério da Saúde, destinados a
2151 despesas com ações e serviços públicos de saúde, à luz da Portaria MS n°. 3.992/17. **Retorno**
2152 **da mesa.** O consultor da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, comentou as falas dos conselheiros,

2153 explicando, inicialmente, que somente será liquidado em 2018 o que for possível dentro do teto
2154 à luz do que se decidir pagar de Restos a Pagar. Ressaltou ainda que, diante da nova Portaria,
2155 além das metas estabelecidas na PAS, os conselhos estaduais e municipais deverão verificar
2156 se foi ofertado como serviços à população o que foi pactuado para o montante de recursos
2157 recebidos da União. Disse que concordava com a proposta de flexibilização financeira no uso
2158 dos recursos transferidos, mas não com a questão orçamentária por entender que
2159 determinadas políticas precisam de indução para ganhar concretude que ultrapassam a
2160 fronteira geográfica de município e estado. Inclusive, lembrou que a Lei criou as CIT para
2161 pactuar com as três esferas de governo as políticas integradas que receberão recursos
2162 federais. No caso da política de saúde, disse que o plano nacional de saúde não deve ser a
2163 soma dos planos de saúde municipais e estaduais. Concordou que é preciso debater o pacto
2164 federativo, todavia, ponderou que a dívida pública é um fator limitador para rever esse pacto.
2165 Por fim, ratificou a proposta de estabelecer mecanismos para que os Conselhos de Saúde
2166 realizem o acompanhamento da movimentação/execução dos recursos do Fundo Nacional de
2167 Saúde. Conselheiro **José Eri de Medeiros** discordou da colocação do consultor da
2168 COFIN/CNS e avaliou que o MS deve elaborar plano com as linhas gerais de ações a serem
2169 desenvolvidas no país, mas a definição da prioridade deve ser local. O Presidente do CNS
2170 sugeriu remeter à COFIN/CNS a elaboração da resolução conforme sugerido. Lembrou que foi
2171 divulgada nota nas redes sociais alertando para o papel dos conselhos diante da nova Portaria,
2172 todavia considerou importante produzir novo documento. **Deliberação: o Plenário decidiu**
2173 **delegar à COFIN/CNS a elaboração de minuta de resolução do CNS estabelecendo os**
2174 **ritos mínimos, a serem seguidos pelos Conselhos de Saúde, para o processo de**
2175 **acompanhamento da movimentação/execução dos recursos do Fundo Nacional de**
2176 **Saúde, repassados pelo Ministério da Saúde, destinados a despesas com ações e**
2177 **serviços públicos de saúde, à luz da Portaria MS nº. 3.992/17.** Além disso, o coordenador
2178 da COFIN propôs que qualquer modificação no Sistema de Apoio à Construção do Relatório de
2179 Gestão - SARGSUS seja debatida no CNS, antes da definição. **Informe sobre atividades da**
2180 **Plataforma Brasileira de Direitos Humanos Econômicos, Sociais, Culturais e Ambientais**
2181 **- DhESCA Brasil contra a EC nº. 95/2016 - Apresentação: Darci Frigo,** vice-presidente do
2182 conselho Nacional dos Direitos Humanos e coordenador da Plataforma DhESCA Brasil.
2183 Iniciando, o Presidente do CNS explicou que a intenção é tomar conhecimento dos debates da
2184 Plataforma e somar esforços em prol da revogação da EC nº. 95/2016. O coordenador da
2185 Plataforma DhESCA Brasil explicou que a Rede da Plataforma DhESCA Brasil, que congrega
2186 cerca de 40 movimentos sociais que atuam no campo dos direitos humanos, decidiu enfrentar
2187 o impacto da política econômica de austeridade, adotadas pelo governo e o reflexo nos direitos
2188 humanos. Nesse sentido, a Plataforma DHESCA convidou um grupo de ex-relatores Nacionais
2189 de Direitos Humanos (Relatoria de Direitos Humanos) para realizar missões nos territórios
2190 visando investigar os impactos da política econômica de austeridade adotada pelo governo
2191 brasileiro a partir de 2014, na violação dos direitos humanos econômicos, sociais, culturais e
2192 ambientais da população e no acirramento das desigualdades no país, em especial, às
2193 desigualdades de gênero, raça, campo/cidade, geracionais e entre regiões. Destacou que as
2194 missões ocorreram entre julho e setembro nos seguintes territórios: em São Paulo, com o foco
2195 na situação da população em situação de rua e daquela que vive em ocupações de moradia;
2196 no Rio de Janeiro, sobre o aumento exponencial da violência nas favelas cariocas; em
2197 Pernambuco, sobre a realidade das famílias atingidas pela tríplice epidemia (dengue,
2198 chikungunya e zika); no interior de Goiás, sobre a situação de comunidades impactadas pelo
2199 desmonte da política nacional de agricultura familiar e de reforma agrária. Além disso, foi
2200 realizada uma missão com as lideranças indígenas de todo o país sobre o fechamento de
2201 postos da Funai (Fundação Nacional do Índio) em vários estados brasileiros. Disse que, além
2202 de contribuir com o diagnóstico da situação, a Missão resultou em um conjunto de
2203 recomendações ao Estado brasileiro, apresentadas em relatório. Destacou que as
2204 recomendações apontam para a revogação de todas as medidas que estabeleceram
2205 austeridade nas políticas sociais e desconstruíram direitos humanos, tendo como prioridade a
2206 EC nº. 95/2016. Disse que, após o lançamento do relatório da missão no Congresso Nacional,
2207 foi iniciado processo de construção de campanha e a participação do CNS é fundamental.
2208 Explicou que seria realizada reunião no dia seguinte para debater ações de revogação das
2209 medidas de construção de direitos e conclamou todos os agentes que militam no campo da
2210 defesa dos direitos humanos para engajarem-se nessa campanha. O Presidente do CNS
2211 explicou que o Conselho também elegeu a revogação da EC nº. 95/2016 como centralidade
2212 das ações e iniciou processo de coleta de assinatura para abaixo-assinado contra a Emenda

2213 Constitucional nº 95/2016. Além disso, destacou que o Conselho pode somar esforço às
2214 iniciativas contra a política de austeridade adotada pelo governo. Feito o informe, foi aberta a
2215 palavra ao Plenário. Nas colocações, foi ressaltada a necessidade de apoiar a campanha
2216 contra as medidas de austeridade adotadas pelo governo e de fortalecer a articulação
2217 intersetorial na defesa de direitos já conquistados. O vice-presidente do Conselho Nacional dos
2218 Direitos Humanos e coordenador da Plataforma DhESCA Brasil, **Darci Frigo**, frisou que é
2219 preciso aprofundar o diálogo interconselhos e ampliar a capacidade de ação de política para
2220 enfrentar as iniciativas que violam direitos. Informou, por fim, que foi disponibilizado vídeo para
2221 estimular o debate do tema. Definido esse ponto, a mesa encerrou a manhã do segundo dia de
2222 reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros e conselheiras: *Titulares* – **Antônio**
2223 **César Silva Mallet**, Ministério da Saúde; **Antonio Pitol**, Pastoral da Saúde Nacional; **Carlos**
2224 **de Souza Andrade**, Confederação Nacional do Comércio – CNC; **Carmen Lucia Luiz**, União
2225 Brasileira de Mulheres – UBM; **Cláudio Ferreira do Nascimento**, Federação Interestadual dos
2226 Odontologistas – FIO; **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação Nacional das
2227 Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA; **Cleuza Maria Faustino do Nascimento**,
2228 Federação Nacional dos Sindicatos dos Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e
2229 Assistência Social – FENASPS; **Dylson Ramos Bessa Júnior**, Organização Nacional de
2230 Entidades de Deficientes Físicos – ONEDEF; **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**, Associação
2231 Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO; **Geordeci M. Souza**, Central Única dos
2232 Trabalhadores; **Giovanny Kley Silva Trindade**, Associação Nacional de Pós-Graduandos –
2233 ANPG; **Heliana Neves Hemeterio dos Santos**, Associação Brasileira de Lésbicas, Gays,
2234 Bissexuais, Travestis e Transexuais – ABGLT; **Jani Betânia Souza Capiberibe**, Associação
2235 Brasileira de Autismo – ABRA; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João Rodrigues Filho**,
2236 Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; **Antônio Lacerda Souto**,
2237 Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG, **Lorena Baía de**
2238 **Oliveira Alencar**, Conselho Federal de Farmácia - CFF; **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova
2239 Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Moysés Toniolo de Souza**, Articulação Nacional
2240 de Luta Contra a Aids – ANAIDS; **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas
2241 (CFN); **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria – CNI; **Neilton**
2242 **Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina
2243 Veterinária (CFMV); **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul –
2244 ARPINSUL; **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos – Fenafar;
2245 **Wanderley Gomes da Silva**, Confederação Nacional das Associações de Moradores –
2246 CONAM; e **Zaíra Tronco Salerno**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN). *Suplentes* –
2247 **Albervan Reginaldo Sena**, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia – ABRALE; **Ana**
2248 **Lúcia da Silva Marçal Paduello**, Associação Brasileira Superando o Lúpus; **Antonio de**
2249 **Souza Amaral**, Associação Brasileira de Ostomizados – ABRASO; **Clarice Baldotto**,
2250 Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB); **Christianne Maria de Oliveira Costa**,
2251 Federação Brasileira de Hemofilia – FBH; **Denise Torreão Corrêa da Silva**, Conselho Federal
2252 de Fonoaudiologia – CFFa; **Dulcilene Silva Tiné**, Confederação Nacional de Saúde – CNS;
2253 **Eliane Maria Nogueira de Paiva Cunha**, Sindicato dos Servidores do Sistema Nacional de
2254 Auditoria do Sistema Único de Saúde – UNASUS; **Fernando Zasso Pigatto**, Confederação
2255 Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Francisco Cláudio de Souza Melo**,
2256 Federação Interestadual dos Farmacêuticos – FEIFAR; **Geraldo Adão Santos**, Confederação
2257 Brasileira de Aposentados, Pensionistas e Idosos – COBAP; **Gilene José dos Santos**,
2258 Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical – Sindnapi;
2259 **Heleno Rodrigues Corrêa Filho**; Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES; **José Eri**
2260 **Osório de Medeiros**, Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS;
2261 **Jupiara Gonçalves de Castro**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos
2262 Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil – FASUBRA; **Karla**
2263 **Larica Wanderley**, Ministério da Saúde; **Lenise Aparecida Martins Garcia**, Conferência
2264 Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Marco Aurelio Antas Torronteguy**, Movimento dos
2265 Portadores de Esclerose Múltipla – MOPEM; **Maria das Graças Silva Gervásio**, Conferência
2266 Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira**, Associação
2267 Brasileira de Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Sarlene Moreira da Silva**, Coordenação
2268 das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira – COIAB; **Sérgio Diego de França**,
2269 Organização Nacional de Cegos do Brasil – ONCB; **Simone Maria Leite Batista**, Articulação
2270 Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS; e **Shirley**
2271 **Marshal Diaz Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE. Retomando, a mesa foi
2272 composta para o item 10 da pauta. **ITEM 10 – 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE -**

2273 **16ª CNS. 1ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – 1ª CNVS. VII**
2274 **FÓRUM SOCIAL MUNDIAL DA SAÚDE E DA SEGURIDADE SOCIAL - *Composição da***
2275 *mesa: conselheira Sônia Brito; conselheiro Fernando Pigatto, coordenador adjunto da 1ª*
2276 *CNVS. 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE - 16ª CNS - Iniciando, o Presidente do*
2277 *CNS recuperou que na última Reunião Ordinária do CNS o Pleno aprovou minuta de resolução*
2278 *com o tema e as etapas preparatórias da 16ª CNS e remeteu para a 301ª RO a aprovação da*
2279 *data de realização da Conferência. Sendo assim, submeteu à apreciação do Pleno a proposta*
2280 *de realização da 16ª CNS (=8ª+8) em julho de 2019, em Brasília/Distrito Federal, bem como a*
2281 *inclusão do XXXIV Congresso Nacional do CONASEMS, que será realizado entre os dias 15 a*
2282 *17 de agosto de 2018, em João Pessoa/PB, como uma atividade no conjunto de ações da*
2283 *etapa preparatória. Deliberação: Deliberação: aprovada, por unanimidade, a data de*
2284 *realização da etapa nacional da 16ª Conferência Nacional de Saúde: julho de 2019. O*
2285 *texto da resolução será elaborado pela assessoria técnica do CNS e contemplará a*
2286 *inclusão do Congresso do CONASEMS como uma atividade no conjunto de ações da*
2287 *etapa preparatória da Conferência. Informe sobre a 1ª Conferência Nacional de*
2288 *Vigilância em Saúde – 1ª CNVS – atividade integrante das etapas preparatórias da 16ª CNS -*
2289 *Apresentação: conselheira Sônia Brito; e conselheiro Fernando Pigatto, coordenador adjunto*
2290 *da 1ª CNVS. Conselheira Sônia Brito, Secretária Substituta de Vigilância em Saúde –*
2291 *SVS/MS, informou que a empresa responsável pela realização da Conferência já havia sido*
2292 *contratada e o local definido (Centro de Eventos da Ascade, em Brasília), assegurando a*
2293 *realização na data definida (27 de fevereiro a 2 de março de 2018), resultado do esforço e*
2294 *trabalho conjunto da SVS, ANVISA e CNS. Agradeceu Conselheiro Fernando Pigatto,*
2295 *coordenador adjunto da 1ª CNVS, relatou que a Comissão Organizadora reuniu-se com as*
2296 *demais comissões da 1ª CNVS no final de dezembro de 2017 e, entre outros aspectos, avaliou*
2297 *os efeitos do processo de adiamento da Conferência. Lembrou que o caderno de propostas*
2298 *fora disponibilizado aos delegados, o que permitirá debate mais aprofundado das propostas na*
2299 *Conferência. Além disso, foi feito contado com os responsáveis pelas delegações, conselhos*
2300 *estaduais, delegados, convidados e palestrantes para confirmar a presença na Conferência*
2301 *considerando a nova data. Disse que não houve modificação na programação já aprovada e*
2302 *todas as delegações estaduais foram confirmadas. Também avaliou como positiva a iniciativa*
2303 *de incluir a 1ª CNVS como etapa preparatória da 16ª Conferência Nacional de Saúde. Disse*
2304 *ainda que será realizada atividade na Câmara dos Deputados, no dia 20 de fevereiro, como*
2305 *processo que antecede a 1ª CNVS, para tratar de dois temas: febre amarela e violência no*
2306 *trânsito. Fórum Social Mundial 2018 - parte integrante das etapas preparatórias da 16ª CNS.*
2307 *Lema "Resistir é criar. Resistir para transformar". Atividade integrante das etapas preparatórias*
2308 *da 16ª Conferência Nacional de Saúde. VII Fórum Social Mundial da Saúde e da Seguridade*
2309 *Social, de 10 a 12 de março de 2018 - Apresentação: conselheiro Geordeci Menezes de*
2310 *Souza; e Armando de Negri, do Comitê do FSM. Conselheiro Geordeci Menezes de Souza*
2311 *informou que as atividades do FSM 2018 seriam realizadas de 13 a 17 de março de 2018, na*
2312 *Universidade Federal da Bahia (Campus Ondina e Federação), com os seguintes eixos*
2313 *temáticos: 1) Comunicação e Mídias Livres; 2) Culturas de Resistências; 3) Democracias; 4)*
2314 *Direitos Humanos; 5) Feminismo e Luta das Mulheres; 6) Justiça Social e Ambiental; 7) LGBT;*
2315 *8) Lutas Anticoloniais; 9) Migrações; 10) Mundo do Trabalho; 11) Outra Economia; 12) Terra e*
2316 *Territórios; 13) Vidas Negras Importam. Informou que estavam previstas atividades de*
2317 *convergência e autogestionadas. Atividades de Convergências possuem características*
2318 *específicas, que acontecerão preferencialmente no período da manhã. Deverão promover o*
2319 *diálogo entre diferentes lutas em torno de causas comuns. O intuito é favorecer a construção*
2320 *de convergências e ampliar a potência das resistências. A orientação é que sejam realizadas*
2321 *por uma articulação de organizações e movimentos que englobem pelo menos três lutas ou*
2322 *causas, com participação de lideranças de pelo menos 3 países. Estas atividades poderão*
2323 *produzir propostas de incidência pós-FSM. Neste caso, deverão ser levadas para a Reunião de*
2324 *Relatorias e, posteriormente, para a Assembleia Mundial dos Povos, Movimentos e Territórios*
2325 *em Resistências e/ou para a Ágora dos Futuros. As Atividades autogestionadas devem*
2326 *dialogar com um ou mais temas do FSM 2018, sendo realizadas sob inteira responsabilidade*
2327 *de seus proponentes. Trata-se de oficinas, seminários, conferências, debates, apresentações*
2328 *culturais, rodas de diálogos, etc. Essas atividades poderão ser organizadas de maneira a*
2329 *produzirem propostas de incidência pós-FSM, na perspectiva de fortalecerem resistências.*
2330 *Explicou que o CNS realizará duas atividades de convergências com os temas "Democracia e*
2331 *Saúde como Direito" e "Consolidação do Financiamento do SUS" e a proposta é que sejam*
2332 *organizadas pela Mesa Diretora. As atividades autogestionadas serão sobre os oito temas*

2333 definidos na Resolução CNS nº 568/2017 (I. Saúde das Pessoas com Deficiência; II.
2334 Assistência Farmacêutica e Ciência e Tecnologia; III. Saúde Bucal; IV. Saúde do Trabalhador e
2335 da Trabalhadora; V. Saúde Mental; VI. Saúde da População Negra; VII. Recursos Humanos e
2336 Relações de Trabalho; e VIII. Orçamento e financiamento). Essas atividades autogestionadas
2337 devem ser organizadas pelas Comissões Intersetoriais que possuem interface com os temas,
2338 buscando integrar outros atores relacionados e envolvê-los na 16ª Conferência Nacional de
2339 Saúde. As coordenações das Comissões Intersetoriais devem enviar proposta de atividades
2340 até dia 7 de fevereiro, para que a Mesa Diretora possa apreciá-las na sua reunião nos dias 8
2341 e 9. **Armando de Negri**, do Comitê do FSM, falou sobre o VII Fórum Social Mundial da Saúde
2342 e da Seguridade Social, que será realizado de 10 a 12 de março de 2018, antecedendo o
2343 Fórum Social Mundial, no Campus Ondina da Universidade Federal da Bahia, em Salvador,
2344 com os temas: Direito ao desenvolvimento - Definição de uma estratégia para uma abordagem
2345 crítica à agenda do desenvolvimento sustentável, os Objetivos do Desenvolvimento
2346 Sustentável – ODS; Seguridade social ampliada - Debate sobre a natureza das proteções
2347 sociais e da própria Seguridade Social; e Estratégias de mobilização social e educação política
2348 - Estratégias de democratização para a garantia de direitos. A experiência do Controle Social.
2349 Solicitou ao CNS a indicação de um representante para cada um dos painéis centrais dos três
2350 dias, a fim de dar visibilidade ao CNS e fortalecer a luta em favor do SUS. Na sequência, os
2351 conselheiros esclareceram as dúvidas sobre a participação novos eventos. **Deliberação: o**
2352 **Plenário definiu, neste ponto, os seguintes aspectos sobre a participação do CNS no**
2353 **Fórum Social Mundial 2018: o CNS realizará duas atividades de convergências com os**
2354 **temas "Democracia e Saúde como Direito" e "Consolidação do Financiamento do SUS",**
2355 **que serão organizadas pela Mesa Diretora. Também poderão ser realizadas atividades**
2356 **autogestionadas nos oito temas definidos na Resolução CNS nº 568/2017 (I. Saúde das**
2357 **Pessoas com Deficiência; II. Assistência Farmacêutica e Ciência e Tecnologia; III. Saúde**
2358 **Bucal; IV. Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; V. Saúde Mental; VI. Saúde da**
2359 **População Negra; VII. Recursos Humanos e Relações de Trabalho; e VIII. Orçamento e**
2360 **financiamento). Essas atividades autogestionadas devem ser organizadas pelas**
2361 **Comissões Intersetoriais que possuem interface com os temas, buscando integrar**
2362 **outros atores relacionados e envolvê-los na 16ª Conferência Nacional de Saúde. As**
2363 **coordenações das Comissões Intersetoriais devem enviar proposta de atividades até dia**
2364 **7 de fevereiro, para que a Mesa Diretora possa apreciá-las na sua reunião nos dias 8 e**
2365 **9/2. No dia 20 de fevereiro, prazo final para inscrição dos participantes e das atividades,**
2366 **a Mesa Diretora se reunirá com as coordenações das Comissões Intersetoriais para**
2367 **alinhar a participação do CNS no FSM 2018.** Além disso, será remetida à Mesa Diretora do
2368 CNS a solicitação de realizar reunião da CIPPSPICS/SUS durante o Congresso Internacional
2369 de PICS, de 12 a 15 de março de 2018, no Rio de Janeiro (na oportunidade, será tratada a
2370 realização da 16ª CNS). **ITEM 11 - COMISSÕES INTERSETORIAIS DO CNS - Coordenação:**
2371 **conselheiro Geordecí Menezes de Souza**, da Mesa Diretora do CNS; e **Ana Carolina**,
2372 **Secretaria Executiva do CNS. 1) Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o**
2373 **Controle Social do SUS - CIEPCSS - Relatório das oficinas do Projeto de Formação para o**
2374 **Controle Social do SUS – do CNS em parceria com o CEAPs – O representante do CEAPs,**
2375 **Valdevir Both**, apresentou balanço preliminar das oficinas do Projeto de Formação para o
2376 **Controle Social do SUS, realizadas pelo CNS em parceria com o CEAPs. Começou lembrando**
2377 **o cronograma de implementação do Projeto: Fase 1: Organização - de outubro de 2016 a maio**
2378 **de 2017; Fase 2 : Elaboração e Oficinas Piloto - de junho de 2017 a julho de 2017; Fase 3 –**
2379 **Oficinas - de agosto de 2016 a abril de 2018; e Fase 4 – Finalização - de maio a junho de 2018.**
2380 **Explicou que foram realizadas trinta oficinas do total de 68, com 2.009 PARTICIPANTES e**
2381 **quinze Estados contemplados. Disse que mais trinta oficinas estão agendadas, no período de**
2382 **fevereiro a abril, sendo oito Estados atingidos (23 no total). Salientou que são 4.675**
2383 **participantes inscritos, contemplando oficinas realizadas e a realizar, sendo 30% representação**
2384 **de lideranças e 70% de conselheiros. Acrescentou que foram 1.200/semana à Plataforma do**
2385 **Projeto. Na avaliação preliminar das oficinas já realizadas, destacou os seguintes aspectos: a**
2386 **expectativa de participação inicial está se confirmando (alta demanda por formação); e a**
2387 **metodologia e conteúdo têm tido uma avaliação positiva pelos participantes. Além disso, as**
2388 **oficinas têm sido espaço de mobilização em prol do direito humano à saúde, de divulgação do**
2389 **controle social e da agenda do CNS e espaço de geração de compromisso com a multiplicação**
2390 **pelos participantes (materiais educativos cumprem papel fundamental). Concluída a**
2391 **apresentação, foi aberta a palavra ao Plenário e foram levantados os seguintes aspectos: a**
2392 **Comissão avaliar custo/benefício do Projeto; é preciso conhecer a dificuldade dos Estados em**

2393 realizar as capacitações; e é necessário definir estratégia para garantir que todos os Estados
2394 agendem a oficina de capacitação. O representante do CEAPs, **Valdevir Both**, em relação às
2395 falas, destacou que: o agente dificultador das oficinas é o tempo disponível para abordar os
2396 temas propostos; e pode ser feito diálogo com os CES para incentivar a realização das
2397 oficinas. 2) Nota pública em apoio a pesquisador da FIOCRUZ em Fortaleza que está proibido
2398 de utilizar a palavra agrotóxico – minuta elaborada pelo conselheiro Heleno **Rodrigues Corrêa**
2399 **Filho**, em nome do CEBES e da ABRASCO. No documento, o CNS manifesta-se a respeito do
2400 ocorrido com o pesquisador Fernando Carneiro, autor de inúmeras publicações de referência
2401 no campo de estudos sobre agrotóxicos, responsável pela apresentação do relatório, que já foi
2402 alvo de inúmeras críticas e constrangimentos e que, em 18 de novembro de 2017, foi notificado
2403 por meio de interpelação judicial o questionando e solicitando esclarecimentos sobre os dados
2404 apresentados, que foram produzidos pelo SUS e divulgados pela FioCruz Ceará. Entre vários
2405 pedidos da ação contra o referido pesquisador, destaca-se que deve evitar o uso da palavra
2406 “veneno” como sinônimo de agrotóxico, devendo chamá-los de “defensivos agrícolas”,
2407 exigência que fere a própria legislação nacional. No documento, o CNS externa repúdio às
2408 ações que visam censurar pesquisadores, violar o direito a informação e desqualificar os dados
2409 gerados pelo SUS referentes à problemática dos agrotóxicos. Conselheiro **Geordeci Menezes**
2410 **de Souza** explicou que a proposta é transformar a nota em moção de repúdio. Conselheiro
2411 **Haroldo de Carvalho Pontes**, sem entrar no mérito do documento, registrou sua abstenção na
2412 votação porque o texto não foi disponibilizado com antecedência para análise mais
2413 aprofundada. Considerando a fala do conselheiro Haroldo Pontes, conselheiro **Nelson**
2414 **Mussolini** levantou a possibilidade de apreciar o texto na próxima reunião do CNS,
2415 assegurando tempo maior para avaliação. Conselheira **Jupiara Gonçalves de Castro**, por
2416 outro lado, sugeriu a aprovação da moção de repúdio nos termos sugeridos e a elaboração de
2417 recomendação acerca do tema para ser apresentada na próxima reunião do CNS. Na tentativa
2418 de buscar consenso, conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** fez leitura de minuta de moção
2419 de repúdio elaborada pela assessoria técnica do CNS a partir da nota técnica apresentada pelo
2420 conselheiro Heleno Rodrigues Corrêa Filho. O texto é o seguinte: “Moção de repúdio nº. 000,
2421 de 31 de janeiro de 2018. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), na sua
2422 Trecentésima Primeira Reunião Ordinária, realizada nos dias 30 e 31 de janeiro de 2018, no
2423 uso de suas atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº
2424 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012;
2425 pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, cumprindo as disposições da Constituição da
2426 República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando a
2427 Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CF/1988), que determina, em seu Art.
2428 196, que a promoção da saúde, bem como sua proteção e recuperação deve ser garantida
2429 pelo Estado, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença
2430 e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde;
2431 considerando as diretrizes do SUS, em especial o da equidade, que a todo momento são
2432 invisibilizadas, afetando assim a vida e a saúde das pessoas; considerando os dados
2433 consolidados no “Relatório Nacional de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a
2434 Agrotóxicos”, apresentados em audiência pública realizada pelo Ministério Público do Ceará,
2435 em Fortaleza, para debater os agrotóxicos e seus efeitos sobre a saúde e o ambiente;
2436 considerando que o pesquisador Fernando Carneiro, autor de inúmeras publicações de
2437 referência no campo de estudos sobre agrotóxicos, responsável pela apresentação do relatório,
2438 já foi alvo de inúmeras críticas e constrangimentos e que, em 18 de novembro de 2017, o
2439 mesmo foi notificado por meio de interpelação judicial o questionando e solicitando
2440 esclarecimentos sobre os dados apresentados, que foram produzidos pelo SUS e divulgados
2441 pela FioCruz Ceará; considerando que, entre vários pedidos da ação contra o referido
2442 pesquisador, destaca-se que o mesmo deve evitar o uso da palavra “veneno” como sinônimo
2443 de agrotóxico, devendo chamá-los de “defensivos agrícolas”, exigência que fere a própria
2444 legislação nacional; considerando as preocupações que os movimentos sociais tem
2445 demonstrado quanto à tentativa de censura e de intimidação à lideranças sociais e
2446 trabalhadores da saúde, o que amplia os riscos institucionais do próprio SUS e da democracia;
2447 considerando que a comunicação em saúde é um direito da população e um dever do Estado,
2448 por meio de suas instituições públicas de saúde; considerando que o CNS, em atenção às
2449 suas competências legais e atribuições regimentais, em defesa da saúde pública da população
2450 brasileira e do bem-estar dos trabalhadores e das trabalhadoras da saúde; considerando a
2451 necessidade de informar a população sobre os impactos socioambientais gerados pelos
2452 agrotóxicos, já que a defesa do direito à saúde e à cidadania são garantias

2453 constitucionais. Vem a público: externar repúdio às ações que visam censurar pesquisadores,
2454 violar o direito a informação e desqualificar os dados gerados pelo SUS referentes à
2455 problemática dos agrotóxicos.” Não havendo posições contrárias, colocou em votação a
2456 minuta. **Deliberação: aprovada, com quatro abstenções, a moção de repúdio do CNS às**
2457 **ações que visam censurar pesquisadores, violar o direito a informação e desqualificar os**
2458 **dados gerados pelo SUS referentes à problemática dos agrotóxicos.” Na próxima**
2459 **reunião, será apresentada recomendação acerca do tema. Não foi indicado responsável**
2460 **pela elaboração do texto. 3) Grupo de Trabalho sobre Portarias – Conselheiro Geordeci**
2461 **Menezes de Souza** informou que foi definido calendário de reuniões do GT e foi sugerida a
2462 realização de consulta virtual pública sobre as portarias consolidadas. A intenção é apresentar
2463 o relatório do GT no mês de agosto de 2018. **Deliberação: aprovada, por unanimidade, a**
2464 **proposta de consulta virtual pública sobre as portarias consolidadas. 4) Comissão**
2465 **Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – CISTT - homologação da**
2466 **composição da Câmara Técnica e demais itens trazidos pela comissão. No processo, o CNS**
2467 **recebeu cinquenta inscrições (dez de CERESTS Estaduais, doze de CISTs Estaduais e dez da**
2468 **academia), mas apenas 31 atenderam as exigências estabelecidas no edital. Além disso, a**
2469 **CISTT/CNS propôs, além dos nomes selecionados, a sugestão de cadastro de reserva - com**
2470 **até mais 2 inscritos por categoria com ordem de chamada, no caso de desistência, sendo:**
2471 **CERESTs Estaduais por ordem de chamada = 1. Ana Flora - Rondônia na região Norte e 2.**
2472 **Regina Pinheiro - Santa Catarina na região Sul; dois escolhidos como CR das CISTTs**
2473 **Estaduais por ordem de chamada = 1. Antônio de Pádua - Minas Gerais na região Sudeste, e**
2474 **2. José Teles - Ceará na região Nordeste; dois escolhidos como CR das CISTTs Municipais por**
2475 **ordem de chamada = 1. Edvaldo Alves - Petrolina/PE na região Nordeste, e 2. Maria Angélica**
2476 **de Souza - Rio de Janeiro/RJ na região Sudeste; e os dois escolhidos como CR da**
2477 **Comunidade Acadêmica por ordem de chamada = 1. Maria Juliana Moura da UFBA, e 2.**
2478 **Fátima Sueli Ribeiro da UERJ. A primeira reunião da CT ocorreria nos dias 8 e 9 de março de**
2479 **2018. Deliberação: o Plenário aprovou, com uma abstenção: a composição da Câmara**
2480 **Técnica da CISTT/CNS, constituída por vinte integrantes, de acordo com critérios**
2481 **estabelecidos na Chamada nº 002/2017, publicada na data de 27 de outubro de 2017 no**
2482 **sítio eletrônico oficial do CNS: a) CERESTs Estaduais (5): 1. Cláudia Castro - Distrito**
2483 **Federal (Centro Oeste); 2. Eliseu Freitas - Paraná (Sul); 3. Letícia Coelho - Bahia**
2484 **(Nordeste); 4. Magna Leite - Tocantins (Norte); e 5. Simone Oliveira - São Paulo**
2485 **(Sudeste). b) CISTTs Estaduais (3): 1. José de Alcântara - Rio Grande do Norte**
2486 **(Nordeste); 2. Maria Marusa - Espírito Santo (Sudeste); e 3. Rosália Matos - Goiás (Centro**
2487 **Oeste). c) CISTTs Municipais (3): 1. Adriana Skamvetsakis - Santa Cruz do Sul/RS (Sul);**
2488 **2. Juraciara Fonseca - São João da Boa Vista/SP (Sudeste); e 3. Márcia Lazarino -**
2489 **Betim/MG (Sudeste). d) comunidade acadêmica (3): 1. Professora Doutora Elisabeth Dias**
2490 **- Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); 2. Professora Doutora Jandira Maciel -**
2491 **Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); e 3. Professora Doutora Maria Cristina**
2492 **Strauz - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ/CESTH/RJ). e) CISTT Nacional (3): 1. Aníbal**
2493 **Machado - Nova Central Sindical de Trabalhadores (NCST); 2. Elgiane Lago - Central dos**
2494 **Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB); e 3. Ruth Cavalcante - Associação**
2495 **Brasileira de Nutrição (ASBRAN). f) SVS/MS (3): 1. Karla Bâeta – CGST/DSAST/SVS/MS;**
2496 **2. Élem Sampaio – CGST/DSAST/SVS/MS; e 3. Flávia Ferreira – CGST/DSAST/SVS/MS.**
2497 **Além disso, o Plenário aprovou a indicação do conselheiro Geordeci Souza,**
2498 **coordenador da CISTT Nacional, para exercer presidência *ad hoc* da CT/CISTT/CNS, na**
2499 **condição de membro permanente; e a proposta de cadastro de reserva para a Câmara**
2500 **Técnica. 5) Grupo de Trabalho “Atenção Básica” - minuta de Resolução que cria a Câmara**
2501 **Técnica - CT da Atenção Básica. Objetivo: discutir a efetivação da Política Nacional de Atenção**
2502 **Básica no Brasil e sua interface com o modelo de atenção à saúde focada na promoção,**
2503 **prevenção e proteção da saúde, no intuito de propor as alterações necessárias na política, bem**
2504 **como as estratégias para que o Controle Social desenvolva de forma permanente buscando**
2505 **garantir a atenção básica como a principal estratégia de inclusão social e de garantia de**
2506 **acesso a assistência à saúde nas condições e direitos previstos na Constituição Federal de**
2507 **1988. O texto é o seguinte: “Resolução nº xxx, de xx de janeiro de 2018. O Plenário do**
2508 **Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Nonagésima Sétima Reunião Ordinária,**
2509 **realizada nos dias 14 e 15 de setembro de 2017, e no uso de suas competências regimentais e**
2510 **atribuições conferidas pela Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei no 8.142, de 28**
2511 **de dezembro de 1990; pelo Decreto no 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as**
2512 **disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira**

2513 correlata; e considerando as deliberações da 15ª Conferência Nacional de Saúde, que
2514 reafirmam a importância da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), sendo fundamental
2515 para a estruturação do Sistema Único de Saúde no país; considerando que há mais de 20 anos
2516 o Brasil tem priorizado e investido no desenvolvimento e expansão da Estratégia de Saúde da
2517 Família como modelo prioritário da atenção básica no Brasil atendendo, em 2017, mais de 120
2518 milhões de brasileiros e brasileiras, alcançando resultados na melhoria dos indicadores de
2519 saúde da população, conforme apontam estudos nacionais e internacionais; considerando a
2520 Resolução nº 554 de 15 de setembro de 2017 que aprovou as diretrizes para estruturação e
2521 funcionamento dos Conselhos de Saúde a serem aplicadas em conjunto com o previsto na
2522 Resolução CNS nº 453/2012/]; considerando a Recomendação nº 35 de 11 de outubro de 2017
2523 que recomendou, dentre outras, à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) que não deliberasse
2524 pela revisão da PNAB enquanto este amplo processo de debate estiver em desenvolvimento;
2525 considerando a Recomendação CNS nº51 de 6 de outubro de 2017 que recomendou à
2526 Comissão Intergestores Tripartite (CIT) a revogação da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro
2527 de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de
2528 diretrizes para organização da Atenção Básica no âmbito do SUS até a conclusão do processo
2529 de debate democrático da revisão da PNAB; considerando que a Recomendação CNS nº60 de 10
2530 de novembro de 2017 ao Presidente da Câmara de Deputados e ao Presidente do Senado:
2531 Que, nos limites das respectivas competências legais e regimentais, coloquem em regime de
2532 urgência de votação a tramitação dos Projetos de Decretos Legislativos PDC – 786/2017 e
2533 outros; do PDC – 193/2017 e do PDC – 198/2017, os quais pedem a suspensão da Portaria nº
2534 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica;
2535 considerando a necessidade de monitoramento permanente da efetivação da Política Nacional
2536 de Atenção Básica nos moldes das diretrizes apontadas no Plano Nacional de Saúde e nas
2537 deliberações do Pleno do CNS, buscando sempre a garantia dos princípios da integralidade e
2538 intersetorialidade nas três esferas de governo. Resolve: Art. 1º Criar a Câmara Técnica (CT) da
2539 Atenção Básica, com o objetivo discutir a efetivação da Política Nacional de Atenção Básica no
2540 Brasil e sua interface com o modelo de atenção à saúde focada na promoção, prevenção e
2541 proteção da saúde, no intuito de propor as alterações necessárias na política, bem como as
2542 estratégias para que o Controle Social desenvolva de forma permanente buscando garantir a
2543 atenção básica como a principal estratégia de inclusão social e de garantia de acesso a
2544 assistência à saúde nas condições e direitos previstos na Constituição Federal de 1988. Art. 2º
2545 A CT de que trata o Art. 1º desta Resolução terá, entre outras atribuições, a função de elaborar
2546 modelo de monitoramento das diretrizes apontadas no PNS para a atenção básica a ser
2547 apreciado e encaminhado ao Pleno do CNS, observadas as recomendações e resoluções
2548 deste conselho, no intuito de subsidiar também as ações dos Conselhos Estaduais e
2549 Municipais. Art. 3º A CT será composta por até 20 integrantes. §1º A CT prevista nesta
2550 Resolução será coordenada pela Mesa Diretora do CNS. §2º A participação na CT não
2551 representa vínculo administrativo ou trabalhista, considerando-se serviço gratuito de relevância
2552 pública. Art. 4º Os integrantes da CT se reunirão periodicamente, de acordo com o calendário
2553 de reuniões ordinárias a ser definido na primeira reunião da CT e aprovado pelo Pleno do CNS.
2554 Art. 6º Os casos omissos serão encaminhados pela Mesa Diretora e resolvidos, em última
2555 instância, pelo Pleno do CNS.” **Deliberação: após ponderações, o Pleno aprovou o mérito
2556 da resolução e definiu que os considerandos serão reelaborados na próxima reunião da
2557 Mesa Diretora do CNS (retirar os considerandos com alusão temporal e redigir texto na
2558 forma afirmativa). Os conselheiros poderão enviar contribuições para construção do
2559 texto. 6)** Grupo de Trabalho “Objetivos do Desenvolvimento Sustentável” - minuta de
2560 Resolução que reafirma o papel estratégico da agenda 2030 para o desenvolvimento
2561 sustentável. O texto é o seguinte: “Resolução n.º 000, de 31 de janeiro de 2018. O Plenário do
2562 Conselho Nacional de Saúde, em sua Trecentésima Primeira Reunião Ordinária, realizada nos
2563 dias 30 e 31 de janeiro de 2018, no uso de suas competências regimentais e atribuições
2564 conferidas pela Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei n.º 8.142, de 28 de
2565 dezembro de 1990; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições
2566 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata;
2567 e considerando os resultados e a Declaração final da Conferência das Nações Unidas sobre
2568 Desenvolvimento Sustentável “Rio +20”, ocorrida o Rio de Janeiro em junho de 2012;
2569 considerando a resolução da Organização das Nações Unidas – ONU “Transformando Nosso
2570 Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável”, composta por 17 objetivos de
2571 desenvolvimento sustentável – ODS e 169 metas, da qual Brasil signatário para a implantação
2572 da agenda; considerando que os ODS sucederam ao ciclo dos Objetivos de Desenvolvimento

2573 do Milênio – ODM (2000 a 2015), que a partir do cumprimento das metas tornou o Brasil
2574 referência mundial e um dos principais interlocutores na fase de negociação dos ODS, na
2575 ONU; considerando que o protagonismo internacional do Brasil nos ODS proporcionou ao país
2576 assento no Grupo de Alto Nível da ONU, que acompanha a implementação mundial da Agenda
2577 2030. Resolve: 1) Reafirmar o papel estratégico da agenda 2030 para o desenvolvimento
2578 sustentável, devendo o Brasil ter, novamente, papel destacado em virtude de suas ações para
2579 o cumprimento das metas; e 2) Apontar o papel do controle social enquanto instrumento
2580 fundamental para o acompanhamento e efetivação dos objetivos de desenvolvimento
2581 sustentável. **Deliberação: após ponderações, o Plenário decidiu não aprovar o texto na**
2582 **reunião. O GT deverá reelaborar a minuta, reiterando a importância do tema e**
2583 **reafirmando o compromisso do CNS com a divulgação e efetivação dos Objetivos. O**
2584 **texto será remetido ao CNS para aprovação. 7)** Comissão Intersetorial de Promoção,
2585 Proteção à Saúde e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – CIPPSPICS –
2586 informe - Conselheira **Simone Maria Leite Batista** apresentou os seguintes informes da
2587 Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS: **a)**
2588 Informes sobre a aprovação da carta de intenções no I Congresso Nacional de Práticas
2589 Integrativas e Complementares de Saúde e III Encontro Nordeste de PICS, ocorrido em
2590 Natal, de 12 a 14 de outubro de 2017. Organizado pela Rede PICS com apoio do Ministério da
2591 Saúde, CNS, UFRN, ANEPS, entre outras. **b)** Convite ao CNS para participação no Congresso
2592 Internacional de PICS, previsto para de 12 a 15 de março de 2018, no Rio de Janeiro. Os
2593 interessados poderão inscrever trabalho. Não houve deliberação. **8)** Comissão Intersetorial de
2594 Alimentação e Nutrição – CIAN/CNS – Conselheira **Zaira Tronco Salerno** informou que a
2595 CGAN/MS, atendendo à solicitação da CIAN, ofertará curso de formação na atenção básica
2596 para os profissionais de saúde sobre protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da doença
2597 celíaca, com vistas a estimular o diagnóstico precoce da doença. Esse curso será
2598 disponibilizado na Plataforma AVASUS, com previsão de início para o segundo semestre de
2599 2018. Também reiterou o pedido de realização de estudo no CNS acerca de tributação de
2600 bebidas açucaradas. Por fim, disse que o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor - IDEC
2601 iniciou movimento para coleta de assinatura virtual em apoio ao processo de mudança da
2602 rotulagem de alimentos e, na condição de coordenadora da CIAN/CNS, participará da
2603 solenidade de entrega das assinaturas à ANVISA. **9)** Comissão Intersetorial de Recursos
2604 Humanos e Relações de Trabalho – CIRHRT/CNS – Conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira**
2605 **Pinheiro** apresentou os seguintes informes da Comissão: participação da CIRHRT na segunda
2606 oficina de programação do XIII Congresso Internacional da Rede Unida (mais de 3.400
2607 trabalhos enviados) e indicação de temas para debate; audiência com a Procuradoria do DF
2608 que tratou da Recomendação nº. 38/2107 – manifestação favorável ao parecer do CNS; e
2609 parecer favorável da CONJUR/MS ao CNS e contrário ao parecer da CONJUR/MEC. A
2610 CONJUR/MS solicitou ao MEC revisão do posicionamento, se manter, sugere o
2611 encaminhamento à CGU para manifestação. Além desses informes, conselheira **Cleoneide**
2612 **Paulo Oliveira Pinheiro** manifestou interesse em participar da construção da agenda debates,
2613 a serem promovidos pelas Comissões de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica -
2614 CICTAF e de Atenção à Saúde das Pessoas com Patologias - CIASPP, para tratar inclusive de
2615 rotulagem de medicamentos, particularmente dos que contém glúten e não possuem
2616 especificação no rótulo. Também lembrou que existe teste rápido para diagnóstico da doença
2617 celíaca e destacou a importância de teste piloto. Além disso, destacou a importância de
2618 debater a possibilidade de protótipo para a quebra do glúten (como é feito com os produtos
2619 sem lactose). Por fim, manifestou satisfação com o curso de formação na atenção básica para
2620 os profissionais de saúde sobre protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da doença celíaca,
2621 por entender que irá contribuir para o diagnóstico precoce da doença. Conselheiro **Luiz Aníbal**
2622 **Vieira Machado** solicitou que a Mesa Diretora do CNS promova debate sobre a situação do
2623 CES/RN e aponte solução para o conflito. O tema será remetido à Mesa Diretora, para definir
2624 encaminhamentos para situação dos conselhos de saúde. Conselheiro **Giovanny Kley Silva**
2625 **Trindade** denunciou que a Secretaria de Saúde publicou edital de chamamento para seleção
2626 de organização Social para atuar na saúde do Estado, apesar de ter sido constituída comissão
2627 para debater essa contratação. Conselheira **Jani Capiberibe** fez uso da palavra para
2628 comunicar que a ABRA, entidade que representa no CNS, indicou nova representante para o
2629 Conselho. Sendo assim, despediu-se de todos, agradecendo a convivência e o aprendizado.
2630 **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, conselheiro **Geordecí Menezes de Souza**,
2631 da Mesa Diretora do CNS, encerrou os trabalhos da 301ª Reunião Ordinária do CNS.
2632 Estiveram presentes os seguintes conselheiros no período da tarde do segundo dia de reunião:

2633 *Titulares* – **Antonio Pitol**, Pastoral da Saúde Nacional; **Carmen Lucia Luiz**, União Brasileira
2634 de Mulheres – UBM; **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação Nacional das
2635 Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA; **Dylson Ramos Bessa Júnior**,
2636 Organização Nacional de Entidades de Deficientes Físicos – ONEDEF; **Francisca Rêgo**
2637 **Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO; **Giovanny**
2638 **Kley Silva Trindade**, Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG; **Jani Betânia Souza**
2639 **Capiberibe**, Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **João Rodrigues Filho**, Confederação
2640 Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; **Antônio Lacerda Souto**, Confederação
2641 Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG, **Lorena Baía de Oliveira Alencar**,
2642 Conselho Federal de Farmácia - CFF; **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de
2643 Trabalhadores – NCST; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes
2644 Sociais – FENAS; **Moysés Toniolo de Souza**, Articulação Nacional de Luta Contra a Aids –
2645 ANAIDS; **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV); e
2646 **Wanderley Gomes da Silva**, Confederação Nacional das Associações de Moradores –
2647 CONAM. *Suplentes* – **Albervan Reginaldo Sena**, Associação Brasileira de Linfoma e
2648 Leucemia – ABRALE; **Analice Dantas Santos**, Conselho Federal de Serviço Social – CFESS;
2649 **Clarice Baldotto**, Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB); **Christianne Maria de**
2650 **Oliveira Costa**, Federação Brasileira de Hemofilia – FBH; **Eliane Maria Nogueira de Paiva**
2651 **Cunha**, Sindicato dos Servidores do Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde
2652 – UNASUS; **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; **Ivone**
2653 **Martini de Oliveira**, Conselho Federal de Enfermagem – COFEN; **Jupiara Gonçalves de**
2654 **Castro**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos Administrativos em Instituições
2655 de Ensino Superior Públicas do Brasil – FASUBRA; **Lenise Aparecida Martins Garcia**,
2656 Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Marco Aurelio Antas Torronteguy**,
2657 Movimento dos Portadores de Esclerose Múltipla – MOPEM; **Maria das Graças Silva**
2658 **Gervásio**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Sérgio Diego de França**,
2659 Organização Nacional de Cegos do Brasil – ONCB; **Simone Maria Leite Batista**, Articulação
2660 Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS; e **Shirley**
2661 **Marshal Diaz Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE.