



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

Aos cinco e seis dias do mês de outubro de dois mil e dezessete, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde “Omilton Visconde”, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar, Brasília-DF, realizou-se a Ducentésima Nonagésima Oitava 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 **Francisca Rego Oliveira Araújo**, da Mesa Diretora do CNS. Estabelecido o quórum, às 9h05, o Presidente do CNS procedeu à abertura dos trabalhos, cumprimentando os presentes e os internautas que acompanhavam a reunião em tempo real. Inicialmente, o Pleno fez um minuto de silêncio pelo aniversário de promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, em 5 de outubro de 1988, e o conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** estendeu a homenagem ao Estado do Tocantins, oficializado na mesma data, e também ao Ministério Público e ao município do Tocantins. Em seguida, o Presidente do CNS apresentou os objetivos da reunião: **1) Apreciar e aprovar os informes e as indicações. 2) Assistir, apreciar e debater acerca da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência no SUS. 3) Apreciar os itens do Radar. 4) Assistir, debater e deliberar sobre as lições do acidente na Boate Kiss. 5) Apreciar e deliberar sobre os pareceres da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho – CIRHRT/CNS. 6) Apreciar e deliberar sobre as demandas da Comissão Intersetorial de Orçamento e financiamento – COFIN/CNS. 7) Avaliar, debater e deliberar sobre a 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres – 2ª CNSMu. 8) Promover o debate acerca da Política Nacional de Atenção Básica. 9) Acompanhar, refletir e rever possíveis encaminhamentos da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde – 1ª CNVS. 10) Apreciar e deliberar sobre encaminhamentos das Comissões Intersetoriais.** Na sequência, apresentou a pauta da reunião. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DA PAUTA DA 298ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS** - Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, fez a leitura da pauta da reunião e informou que possivelmente seria necessária readequação porque o Ministro de Estado da Saúde dispôs-se a participar da reunião para tratar sobre a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB. Conselheira **Carolina Abad** frisou a importância da participação de representantes das entidades que compõem no CNS na mobilização em favor da Ação Direta de Inconstitucionalidade – ADI nº. 5.595, que solicita a anulação da Emenda Constitucional 86/2015, responsável por cortes de investimentos em saúde, no dia 19 de outubro de 2017. A respeito da atividade, o Presidente do CNS informou que seria realizada reunião naquele dia, às 19h, para definir os detalhes. **Deliberação: a pauta da 298ª Reunião Ordinária do CNS foi aprovada.** Em virtude do intervalo menor entre a 297ª e 298ª RO, não foi possível apreciar a ata da 297ª Reunião Ordinária na 298ª RO. O texto será enviado com antecedência aos conselheiros para aprovação na próxima reunião do Conselho. **ITEM 2 – EXPEDIENTE - Justificativas de ausências** – Justificaram previamente ausência: conselheiro **André Luiz de Oliveira**; conselheiro **Carlos de Souza Andrade**; conselheiro **João Paulo dos Santos Reis Neto**; conselheiro **Antônio Carlos Figueiredo Nardi**; conselheira **Lorena Baía Alencar**; conselheiro **Marcos Franco**; e conselheira **Sônia Aparecida Pinheiro Pereira**. **Apresentação de Coordenadores de Plenária Nacional de Conselhos de Saúde** – estiveram presentes à reunião: **Tibério Guimarães** – AL; e **Jacildo de Siqueira** – MT. O Presidente também registrou a presença de representantes dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS na reunião e abriu a palavra à presidente da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde - CONACS, **Ilda Angélica**, para manifestação. Na sua fala, a Presidente da CONACS explicou que, no dia nacional dos Agentes Comunitários de Saúde - ACS e de Combate às Endemias - ACE, 4 de outubro, foram realizadas atividades na Câmara dos Deputados, em Brasília.

53 Na ocasião, os agentes pediram a revogação da Portaria do MS nº. 2437, que regulamenta
54 Nova Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, pactuada em agosto de 2017. Disse que
55 a manifestação dos trabalhadores faz parte da Semana de Mobilização Nacional dos ACS e
56 ACE, com a realização de diversas atividades em Brasília nos dias 3, 4 e 5 de outubro. Além
57 disso, destacou que os agentes reivindicam a aprovação da PEC 22/11, que fixa regras para
58 o pagamento dos ACS e do PL 6.437/16, que dispõe sobre as atribuições das profissões
59 do ACS e do ACE. Frisou que a Confederação apoia o movimento do CNS que solicita a
60 suspensão imediata da Portaria que regulamenta a nova PNAB e conclamou outras
61 entidades a participar desse movimento. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**,
62 Presidente do CNS, agradeceu o apoio da representação dos ACS e ACE ao movimento do
63 Conselho e frisou que o CNS deve apoiar a luta desses agentes, que são a porta de entrada
64 no SUS, principalmente neste momento de ameaça ao Sistema e seu esse modelo de
65 atenção. **INFORMES** – Coordenação: conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, da Mesa
66 Diretora do CNS. 1) Conselheira **Sueli Terezinha Goi Barrios** fez os seguintes informes: a)
67 Projeto VER-SUS – inscrições abertas para submissão de projetos de vivências VER-SUS
68 Brasil 2017-2018. Data: de 22 de setembro a 10 de outubro de 2017. A Associação Brasileira
69 da Rede Unida é responsável pela Secretaria Executiva do Projeto VER-SUS/Brasil, em
70 parceria com Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS. O VER-
71 SUS já ocorreu em 21 estados e no Distrito Federal, envolvendo mais de 450 municípios e 10
72 mil participantes, entre viventes e facilitadores. Abertas as inscrições também para seminários
73 do VER-SUS. Data: até 31 de outubro. b) 13º Congresso Internacional da Rede Unida. Tema
74 central “Faz escuro, mas cantamos: redes em reexistência nos encontros das águas”, tema
75 inspirado na poesia de Tiago de Melo. Local: Manaus/AM. Data: 30 de maio a 2 de junho de
76 2018. Um dos eixos é a participação social e os interessados poderão inscrever trabalho até 30
77 de outubro de 2017. Expectativa: 5 mil congressistas. Em nome da coordenação da Rede
78 Unida, colocou a estrutura do Congresso à disposição para realizar a reunião do CNS no
79 evento e incluir atividades do Conselho na programação. 2) Conselheira **Francisca Rêgo**
80 **Oliveira Araújo** informou o Pleno que, no dia 30 de setembro de 2017, foi realizado processo
81 eleitoral da Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia - ABENFISIO com eleição da nova
82 coordenação nacional para o triênio 2017/2020 (o novo coordenador nacional é o professor
83 **Tarcísio Fulgêncio Alves da Silva**). 3) Conselheira **Shirley Marshal Morales**, presidente da
84 Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE, fez um informe sobre a Ação Ordinária do
85 Conselho Federal de Medicina contra a União Federal, visando a suspensão dos efeitos da
86 Portaria MS nº 2.488/2011, precisamente acerca da atuação do profissional enfermeiro no que
87 tange à solicitação de exames complementares. Disse que essa iniciativa causará prejuízos
88 aos usuários e solicitou que o CNS aprovasse moção de repúdio. O texto seria apreciado
89 posteriormente fora do item dos informes. Neste ponto, a mesa interrompeu os informes para
90 iniciar o item 3 Radar, dada a presença dos convidados e o avançado da hora. **ITEM 3 –**
91 **RADAR - Outubro Rosa e Planos de Saúde Acessíveis - Outubro Rosa. Planos de Saúde**
92 **Acessíveis.** Coordenação: conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS.
93 **Outubro Rosa - Apresentação:** **Jimeny P. B. Santos**, representante da Coordenação Geral de
94 Atenção Especializada – CGAE/DAET/SAS/MS; e conselheira **Carolina Abad**, representante da
95 FEMAMA. A primeira expositora foi a conselheira **Carolina Abad**, representante da
96 FEMAMA, que falou sobre a Campanha Nacional Outubro Rosa da FEMAMA voltada ao
97 empoderamento de pacientes. Começou explicando que a FEMAMA é uma federação
98 nacional, que congrega setenta ONGs de dezoito Estados e o Distrito Federal, visando diminuir
99 a mortalidade por câncer de mama no Brasil e aumentar o acesso a diagnóstico e tratamento
100 do câncer de mama para a população. Explicou que a Campanha Nacional Outubro Rosa da
101 FEMAMA 2017 visa estimular pacientes com câncer a atitude de se envolver ativamente com o
102 próprio diagnóstico e tratamento, exigindo o melhor para si. Explicou que cerca de 960 mil
103 novos casos de câncer serão diagnosticados no Brasil, sendo 60 mil de mama. Segundo
104 explicou, esse tipo de câncer, com diagnóstico precoce e início de tratamento com rapidez, tem
105 cura, evitando a morte da paciente. Como encaminhamento, solicitou o apoio das entidades à
106 campanha da Federação de envio de mensagens ao Presidente da Câmara de Deputados
107 solicitando que os direitos sejam garantidos com urgência (preencher o formulário em
108 www.pacientesnocontrole.org.br e clicar em “Enviar Pedido” para se juntar à mobilização).
109 Entre os projetos que precisam avançar, destacou dois que contribuem para diagnóstico
110 precoce e tratamento rápido: PL 3.752/12 - determina o prazo máximo de 30 dias para
111 conclusão do diagnóstico de câncer no SUS; e PL 8470/17 - dispõem sobre a adoção do
112 registro compulsório do câncer. No que diz respeito ao diagnóstico, explicou que o câncer é

113 uma doença evolutiva que tem melhores prognósticos de tratamento quando detectada nos
114 estágios iniciais, por este motivo, o diagnóstico precoce é determinante na melhora dos
115 desfechos. Acrescentou que Brasil, 60,5% das pacientes descobre o câncer em estágio
116 avançado, causando sérios prejuízos às mulheres, podendo levar à morte. Sobre o tempo entre
117 o diagnóstico e o início do tratamento do tumor, frisou que os tratamentos oncológicos
118 promovidos pelo SUS não têm sido realizados no tempo devido. Detalhou, por exemplo, o
119 estágio do diagnóstico das pacientes com câncer de mama: 40% no estágio II IV; e 11% no
120 estágio IV. Para o câncer de mama, o comparativo com o Reino Unido deixa evidente que o
121 Brasil tem muita oportunidade de aprimorar o tempo de espera para o início do tratamento. Em
122 mais de 98% dos casos, o Reino Unido iniciou o tratamento em até 30 dias, enquanto no Brasil,
123 apenas 33% dos pacientes foram tratados neste intervalo de tempo. Por fim, reiterou o pedido
124 de que as entidades participem da campanha e solicitou que as mulheres façam o exame a fim
125 de salvar vidas. A representante da CGAE/DAET/SAS/MS, **Jimeny P. B. Santos**, começou
126 explicando que, ao tratar do câncer de mama, é preciso olhar várias questões – sistemas de
127 informação, orientação sob o cuidado, organização da rede. Nessa linha, explicou que o INCA
128 aponta as estimativas de câncer no país e, no caso do câncer de mama, a expectativa é de 58
129 mil para 2016. Além disso, as taxas de mortalidade das cinco localizações primárias mais
130 frequentes são elevadas. Sobre o rastreamento do câncer de mama, disse que os serviços de
131 saúde precisam ficar atentos para a população feminina, de 50 a 69 anos, especificamente na
132 atenção básica, a fim de garantir acesso ao exame. Na linha do diagnóstico, explicou que são
133 4.898 mamógrafos no Brasil, 43% são de uso do SUS, dentro do preconizado, todavia, a
134 utilização não é adequada. Na análise sobre quantitativo de exames realizados/quantitativo de
135 mamógrafos SUS por Estado, explicou que, segundo Nota Técnica disponibilizada pelo INCA,
136 em 2012, o parâmetro utilizado para calcular a capacidade de produção de um mamógrafo
137 simples é: 32 exames/dia x 22 dias úteis/mês x 12 meses x 80% da capacidade de produção,
138 sendo 6.758 mamografias/ano. Todavia, os dados mostram que há grande quantidade de
139 equipamentos, mas que não são utilizados em sua totalidade por fatores diversos. Na análise
140 do quantitativo de exames realizados/quantitativo de mamógrafos SUS por Estado,
141 Pernambuco e Bahia são os Estados que mais utilizam mamógrafos (mais de dois mil exames
142 em 2015, 2016 e 2017). Sobre a produção de exames mamográficos por Estado, explicou que
143 a Coordenação faz estimativa da população feminina que necessita de exame e monitora a
144 quantidade dos exames realizados. Nesse caso, os dados mostram baixa produção de exames
145 de mamografias por conta de barreiras de acesso. Por fim, ressaltou que a mortalidade do
146 câncer de mama ainda é elevada e faz-se necessário esforço conjunto para enfrentar essa
147 questão. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, lembrou que o
148 objetivo do Radar é evidenciar preocupações e definir estratégias de enfrentamento dos
149 problemas. Com essas palavras, passou ao próximo tema do Radar. **Planos de Saúde**
150 **Acessíveis - Apresentação: Lígia Bahia**, Pesquisadora e Professora da Universidade do Rio
151 de Janeiro – URJ; e conselheira **Shirley Marshal**, coordenadora adjunta da Comissão
152 Intersetorial de Saúde Suplementar - CISS/CNS. Antes de abrir a palavra às expositoras, o
153 Presidente do CNS informou que a direção da Agência Nacional de Saúde Suplementar,
154 convidada a participar do debate, justificou que não poderia comparecer por conta de
155 compromissos e não foi indicado outro representante da Agência para estar presente. A
156 coordenadora adjunta da CISS/CNS, conselheira **Shirley Marshal**, fez uma fala inicial sobre o
157 tema, reforçando a preocupação da CISS com a proposta de planos acessíveis de saúde e
158 lamentando a aprovação, pelo GT do MS/ANS, do relatório descritivo sobre a proposta.
159 Destacou que, no debate deste tema, é preciso entender a concepção da proposta de planos
160 acessíveis de interromper/comprometer a rede de atenção primária. Encerrou dizendo que,
161 após a explanação da professora Lígia Bahia, apresentaria as recomendações da Comissão a
162 respeito do tema. A pesquisadora e professora da URJ, **Lígia Bahia**, iniciou pontuando que o
163 contexto atual é pouco democrático e republicano, com desmonte das políticas públicas. Além
164 disso, é preciso levar em conta o contexto particular em relação ao setor privado da saúde,
165 porque há suspeita de “compra” da lei do capital estrangeiro. Frisou que nesse cenário
166 preocupante a Comissão Especial da Câmara dos Deputados propôs a votação, em regime
167 urgência, de nova lei de planos de saúde. No seu ponto de vista, essa iniciativa é preocupante
168 porque a comissão constitui-se de deputados que tradicionalmente não se preocupam com o
169 setor saúde e as audiências públicas sobre o tema contaram com a presença de empresários.
170 Seguindo, explicou que a proposta de plano acessível, ao contrário das definições anteriores
171 (“planos baratos” e “plano popular”), custa caro e não é popular porque o povo brasileiro está
172 ausente desse processo de discussão. Além disso, é antiacessível porque restringe acesso aos

173 serviços. No seu modo de ver, denominações mais precisas para a proposta seriam: Plano
174 com Cobertura Reduzida ou Plano Semi-Privado/Semi-Público. Feita essa contextualização,
175 detalhou a proposta da Comissão Especial: revogação da Lei 9.656/98 - novo marco legal,
176 extinção de mais de 140 PLs, segmentação; redução do Rol de Procedimentos, planos
177 regionalizados e oferta existente; reajuste após 60 anos e mudança no Estatuto do Idoso com o
178 argumento: "diluição" de reajustes aplicados antes dos 60; diminuição do valor do
179 ressarcimento ao SUS; redução de multas; e tratamento especial a UNIMEDS e Autogestões.
180 No caso do SUS, destacou que a situação é crítica, agravada por medidas de retrocessos,
181 como a Emenda Constitucional - EC 95, com sucateamento de estruturas físicas e pessoal
182 desmotivado e pouco comprometido. Nessa lógica, reafirma-se a ideia de que saúde não é
183 direito, mas sim favor. De outro lado, pontuou que a situação dos planos e seguros de saúde é
184 ruim tendo em vista restrição de coberturas, aumento de preços e a rede privada de saúde nem
185 sempre é adequada. Nesse cenário, alertou, no caso de aprovação da proposta de plano
186 acessível, a saúde não será vista como direito, mas sim como acesso racionado a
187 determinados procedimentos ofertados. Continuando, fez uma breve análise dos interesses e
188 agendas relacionadas ao tema. Para os empresários do setor saúde, interessa a venda de
189 plano popular diante do desemprego no país e porque possuem interesse nas clínicas
190 populares e nas farmácias com atividades assistenciais. No caso dos sindicatos de
191 trabalhadores, disse que aderiram aos planos de saúde e não têm se envolvido tanto no tema;
192 esse segmento apoia o SUS na retórica, mas defende planos privados de saúde. No caso dos
193 trabalhadores da saúde, destacou que também precisam mobilizar-se, considerando, inclusive,
194 as contradições: reivindicação por melhores condições de trabalho, de um lado, e redução da
195 jornada, do outro. Em relação ao governo, estranhou que o Ministro de Estado da Saúde
196 defende mais planos privados de saúde no Brasil. Disse que a agenda mostra a dificuldade de
197 mobilizar-se e posicionar-se acerca da proposta. Salientou que nem todas as empresas
198 concordavam com a proposta e frisou que é preciso conhecer as contradições e aliar-se para
199 debater. Apresentou casos reais para demonstrar que em 2014, 2015 e 2016, os reajustes das
200 empresas repassados aos beneficiários foram maiores que o reajuste definido pela ANS. A fim
201 de suscitar a reflexão do Pleno, colocou as seguintes questões: Quem poderá pagar pelos
202 planos "baratos"?; O que é "barato", considerando a renda *per capita*?; e Que cobertura terá?
203 Frisou que o faturamento das empresas aumentou muito mais que os outros indicadores -
204 número de clientes, inflação - e afirmou que não procede o discurso que as empresas estejam
205 falindo. Assim, não se justifica proposta de mudança nessa área. Para finalizar, solicitou que o
206 CNS apoie o manifesto contra as propostas de alteração na Lei de Planos de Saúde. Além
207 disso, defendeu a saúde como bem de relevância pública, a adoção da racionalidade dos
208 contratos públicos para qualquer contrato, a "descaptura" da ANS (dois diretores nomeados por
209 coalisão política que visa interesses particulares e não públicos) e o início de debate no sentido
210 de garantir planos de saúde como concessões. Nesse momento, o Presidente do CNS
211 anunciou e agradeceu a presença do Deputado Federal **Hiran Gonçalves** (PP/RR), presidente
212 da Comissão Especial de Planos de Saúde, no debate. A seguir, franqueou a palavra ao
213 parlamentar para considerações acerca do tema. O deputado iniciou a sua fala agradecendo o
214 espaço para manifestação e cumprimentando a professora Lígia Bahia, além dos demais
215 integrantes da mesa. Explicou que a Comissão Especial sobre Planos de Saúde tem debatido
216 o tema em profundidade, ouvindo vários segmentos – usuários, prestadores, profissionais de
217 saúde - e o relator ainda não conclui seu relatório. Destacou, por exemplo, que a Comissão
218 tem debatido com cuidado os altos reajustes nos planos de saúde de usuários que completam
219 60 anos e está em debate proposta de reajuste escalonado, de 5 em 5 anos, de 60 a 80 anos.
220 Sobre rol de procedimentos, a proposta é que o usuário negocie com a operadora a inclusão
221 de inovações tecnológicas ou não. No mais, detalhou que a nova proposta prevê que
222 operadoras promovam campanhas periódicas de promoção à saúde, prevenção de riscos e
223 doenças, inclusive em epidemias. Frisou que nesse debate é preciso lembrar que o SUS é
224 patrimônio do povo brasileiro e planos privados de saúde são parte da economia privada.
225 Explicou ainda que o projeto original possui 146 projetos anexos e tramita em regime de
226 urgência, porque um dos projetos anexos, do deputado Everton Rocha, que trata da garantia
227 de humanização do vírus da Zika nos planos privados de saúde, tramita em caráter de
228 urgência. Disse que o relator se propôs a apresentar o relatório à Comissão no início de
229 novembro de 2017 e, após debate, será votada a proposição final. Por fim, dispôs-se a ser o
230 interlocutor dos usuários para diálogo com o relator no sentido de chegar a projeto de lei que
231 seja o mais adequado possível e conte com interesses de usuários, médicos, prestadores.
232 Saudou os ACS e ACE presentes à reunião e informou que, em reunião de trabalho, foi

233 proposta composição de comissão para analisar a Portaria da nova Política de Atenção Básica
234 – PNAB e debater temas controversos. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente
235 do CNS, destacou a importância da democracia e do diálogo e elogiou a iniciativa do
236 Congresso Nacional de apresentar projeto de decreto legislativo para debate da PNAB. Ainda
237 sobre essa Política, frisou que o Conselho apostava na democracia e no diálogo, mas não abrirá
238 mão da prerrogativa de expressar suas posições e deliberar. A respeito da nova lei de planos
239 de saúde, disse que o CNS apresentaria recomendação à Comissão Especial para retirada do
240 PL do regime de urgência, inclusive para assegurar debate mais aprofundado. Também
241 informou que a Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar, em reunião, debateu o decreto
242 da ANS e apresentará encaminhamentos. Agradeceu a presença do deputado por entender
243 que aponta para abertura do diálogo e ressaltou que as contradições precisam ser mediadas e
244 os conflitos administrados. Em seguida, saudou o Ministro de Estado da Saúde e concedeu-lhe
245 a palavra para tratar da revisão da Política Nacional de Atenção Básica – PNAB. Também
246 convidou para compor a mesa conselheira **Maria da Conceição Silva**, integrante do GT do
247 CNS que debate a PNAB – GT/AB do CNS. O Ministro de Estado da Saúde, **Ricardo José**
248 **Magalhães Barros**, iniciou a sua fala cumprimentando os integrantes da mesa e os demais
249 presentes à reunião. Explicou que recebeu a visita do relator da Comissão Especial sobre
250 Planos de Saúde, deputado **Rogério Marinho**, e recomendou ao parlamentar que se
251 dedicasse a resolver problemas relativos a planos privados de saúde, entre eles, reajuste dos
252 planos individuais; Estatuto do Idoso – reajuste de preços aos usuários que completam 60
253 anos; resarcimento ao SUS; e multas aplicadas às operadoras. Sobre os planos acessíveis,
254 disse que é preciso ter clareza que o SUS é direito de todos os cidadãos brasileiros. Todavia,
255 diante da capacidade limitada do Estado em arrecadar impostos e atender demandas, as
256 pessoas que possuem planos privados de saúde (47 milhões) contribuem para aliviar a
257 pressão sob os brasileiros que dependem exclusivamente do SUS (150 milhões). Feitas essas
258 considerações iniciais, passou a discorrer sobre a nova PNAB, esclarecendo que foi pactuada
259 na Comissão Intergestores Tripartite – CIT, submetida à consulta pública e repactuada na CIT,
260 com alterações. Na lógica da ampliação do diálogo sobre o tema, informou que receberá a
261 representação das ACSs e parlamentares no dia anterior e seria realizada outra reunião na
262 próxima quarta-feira, na Câmara dos Deputados, com a deputada Josi Nunes, além de
263 representação do CONASS, CONASEMS, MS e ACS, para debater o tema e identificar as
264 alterações que poderão ser acatadas. Acrescentou que eventuais alterações precisariam ser
265 acordadas com as três esferas – União, Estados e Municípios. Detalhando a Política Nacional
266 de Atenção Básica, explicou que 750 mil profissionais de saúde garantem o atendimento nas
267 42.488 Unidades Básicas de Saúde em todo país e, em 2016, foram 196,3 milhões de
268 consultas realizadas nas UBS. Além disso, o investimento é crescente na atenção básica e, para
269 2017, a previsão é R\$ 19,1 bilhões. Disse que em 2016 foram registradas 125,7 milhões
270 de consultas no E-SUS ABS e o quantitativo é 67.925 médicos em atuação. A média mensal de
271 consultas por médico é de 168/mês, quando o esperado seria de 384/mês. Assim, a produção
272 registrada foi 43,8% do previsto. Nesse contexto, apontou o descumprimento da carga horária
273 como um dos principais motivos para baixa produtividade. Afirmou que o aperfeiçoamento da
274 PNAB contribuirá para o alcance de 80% da resolutividade da atenção básica. Detalhou que a
275 revisão fortalecerá a Política, tornando-a mais resolutiva e possibilitará a informatização de
276 serviços para melhoria da informação coletada e garantirá composição de profissionais, carga
277 horária e redistribuição de habitantes por equipes. Neste ponto, destacou que até o final de
278 2018 todos os municípios deverão estar informatizados (computadores, *tablet*, conectividade,
279 qualificação das pessoas para utilização das pessoas, biometria de usuários e funcionários).
280 Também falou sobre a consulta pública para receber sugestões para melhoria da PNAB,
281 disponibilizada desde o dia 28 de julho e encerrada, destacando que foram mais de 6 mil
282 propostas recebidas. Recordou ainda que a revisão da PNAB foi recomendada pela 15ª
283 Conferência Nacional de Saúde, em 2015, com definição do prazo de dois anos para essa
284 tarefa. Fez questão de clarificar que a Estratégia Saúde da Família não será substituída,
285 portanto, não há substituição dos agentes comunitários de saúde, mas sim qualificação
286 profissional de ACS e ACE para que possam fazer atendimento integral. Lembrou, nos termos
287 da lei aprovada no Senado Federal, que as novas tarefas e habilidades do agente comunitário
288 somente serão efetivadas após a qualificação e devida autorização legal. Acrescentou que
289 novas propostas possibilitarão mais resolutividade aos serviços existentes. A primeira é a
290 integração com outras áreas, como a vigilância em saúde, com compartilhamento das ações
291 dos agentes comunitários de saúde e de endemia com atendimento integral nas visitas
292 domiciliares. Além disso, frisou que a proposta possibilita o reconhecimento de outros modelos

293 de equipe de atenção básica que melhor se adequam a realidade local. Assim, o gestor terá
294 mais liberdade para definir a composição dos profissionais para suas equipes (a consulta
295 pública traz contribuições para esses modelos). Na prática, o financiamento do SUS para as
296 equipes será ampliado. Além disso, aumentará o número de equipes que poderão receber
297 suporte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e atenção básica. Com a revisão da Política
298 Nacional, esclareceu, os núcleos de apoio passarão a dar suporte a outras modalidades de
299 equipe de atenção básica, e não somente às equipes de Saúde da Família. Além desses
300 avanços, disse que a nova Política prevê a indicação de gerente das unidades básicas de
301 saúde. Atualmente, o profissional de enfermagem tem se responsabilizado pelas ações de
302 gerenciamento nas UBS. A proposta possibilitará que os enfermeiros possam se dedicar mais
303 às ações de assistência, ampliando o acesso aos cidadãos. Caso o gerente seja um
304 enfermeiro, a Unidade básica de Saúde deverá possuir outro na equipe. Disse que outro
305 avanço da nova proposta é assegurar o atendimento de usuário em mais de uma unidade
306 básica de saúde. Hoje o atendimento é realizado na unidade mais próxima da casa do usuário.
307 A proposta trará a possibilidade de o usuário ser atendido em uma unidade de sua escolha,
308 seja perto da sua casa, do trabalho ou em outra localidade para o atendimento continuado.
309 Acrescentou que a PNAB traz a obrigatoriedade do uso do Prontuário Eletrônico nas UBS e
310 adequa-se às novas tecnologias para melhoria da informação e atendimento. Nessa linha,
311 agentes receberão tablets ou smartphones para inserção de dados e a informação será
312 cadastrada na hora, evitando risco de perdas de fichas e atraso no lançamento de dados.
313 Também explicou que todas as unidades básicas de saúde deverão oferecer um conjunto
314 essencial de ações e serviços. Hoje, cada Unidade Básica de Saúde possui serviços
315 diferenciados, deixando de oferecer alguns essenciais para a população. Com a revisão da
316 Política, todas as UBS deverão oferecer serviços fundamentais como: consultas de pré-natal,
317 acompanhamento de hipertensos e diabéticos, pequenos procedimentos cirúrgicos, vacinação,
318 entre outros. Seguindo, fez um destaque aos recursos economizados na gestão que garantem
319 a continuidade do atendimento ao cidadão. Detalhou que R\$ 4 bilhões serão investidos em
320 novos serviços de saúde, sendo R\$ 1 bilhão para custeio/ano de novos serviços da Atenção
321 Básica e R\$ 1 bilhão para investimento. Citou, por exemplo, que foram credenciados 12.138
322 novos Agentes Comunitários de Saúde, 2.299 novas Equipes de Saúde Bucal, 3.103 novas
323 Equipes de Saúde da Família, 113 novas Equipes de Saúde Prisional, 882 novos Núcleos de
324 Apoio à Saúde da Família, 34 novos Consultórios na Rua. Também foram adquiridos mais
325 equipamentos para a saúde bucal, 10 mil equipamentos odontológicos com Raio-X e 17 novas
326 Unidades Odontológicas móveis. Além disso, foram investidos recursos na compra de veículos
327 para fortalecer o atendimento aos usuários do SUS: 1.500 ambulâncias do SAMU 192; 1.000
328 vans para transporte sanitário eletivo; e 6.500 ambulâncias brancas. Acrescentou que 57% da
329 frota será renovada e, ao todo, serão 2.249 novas ambulâncias. Por fim, disse que o diálogo
330 acerca desse tema estava aberto, inclusive com a categoria dos ACS e registrou a presença do
331 diretor do Departamento de Atenção Básica – DAB/SAS/MS, **João Salame Neto**, e do
332 Coordenador Geral de Acompanhamento e Avaliação – CGAA/DAB/MS, **Allan Nuno**, que
333 poderiam contribuir no debate. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS,
334 solicitou ao Ministro de Estado da Saúde que permanecesse na reunião para ouvir as
335 manifestações do Pleno. Afora essa questão, manifestou o interesse do CNS em participar da
336 reunião, na Câmara dos Deputados, que irá tratar da PNAB. Conselheira **Maria da Conceição**
337 **Silva**, integrante do GT/AB do CNS, cumprimentou os presentes e, no contexto de discussão
338 da PNAB, registrou que a posição do CNS é ampliação do debate sobre a PNAB para os
339 conselhos municipais e estaduais de saúde e para entidades e movimentos sociais; revogação da
340 Portaria nº. 2.436, de 21 de setembro de 2017; manutenção da PNAB 2011; acatamento da
341 Recomendação do CNS nº. 35; e disponibilização dos resultados da consulta pública, realizada pela
342 CIT, para apreciação da população, de áreas técnicas de saúde, de entidades, da academia,
343 levando em consideração a discussão do modelo de atenção à saúde, inclusão do território, que
344 contemple as mudanças tão necessárias à atenção e cuidados à saúde de brasileiras e brasileiros.
345 A presidente da CONACS, **Ilda Angélica**, reiterou o compromisso da categoria dos ACS em
346 discutir a PNAB com os formuladores da nova proposta - MS, CONASS, CONASEMS – e frisou
347 que a intenção é sustar os efeitos da Portaria nº. 2.436/2017. Salientou que a nova proposta
348 representa retrocesso para o SUS e para a saúde do povo brasileiro e os ACS, agentes que
349 estão na ponta do Sistema, precisam participar da discussão. Agradeceu ao Ministro de Estado
350 da Saúde e ao Deputado **Hiran Gonçalves** pela abertura do diálogo e disse acreditar que
351 haverá modificações, porque a PNAB é agressiva a todos os profissionais de saúde do país.
352 Neste momento, o Ministro de Estado da Saúde retirou-se do Plenário para participar de
353 coletiva de imprensa e de reunião com governador do Estado do Piauí e conselheiros

354 manifestaram-se no sentido de frisar a importância da presença dele no debate. O Presidente
355 do CNS explicou que apelara ao Ministro da Saúde para que permanecesse, mas não foi
356 possível por conta da agenda dele. Todavia, lembrou a prerrogativa do Congresso Nacional de
357 decidir sobre o tema (PDC) e a autoridade política do CNS para tomar decisões, independente
358 da presença do Ministro de Estado da Saúde. Frisou que naquele debate três temáticas do
359 Radar dialogavam entre si - planos acessíveis, PNAB e respeito à democracia e seria possível
360 aprofundar o debate delas. Por fim, registrou que o diretor do DAB/SAS/MS, **João**
361 **Salame Neto**, responderia na condição de representante do Ministério da Saúde na mesa.
362 **Manifestações.** Com a palavra, conselheiro **Wilen Heil e Silva** aproveitou a oportunidade para
363 perguntar ao deputado **Hiran Gonçalves** se ele mantinha a sua posição sobre o projeto de lei
364 de regulamentação da acupuntura (procedimento exclusivamente médico) e lembrou que o
365 CNS defende a regulamentação multiprofissional dessa prática. Deputado **Hiran Gonçalves**
366 explicou que, na condição de relator do projeto de lei do deputado Celso Russomano, já
367 apresentara o relatório na CCJ e defendeu que a acupuntura é uma especialidade médica.
368 Todavia, após discussão da matéria, retirou o seu relatório para aprofundar o debate e chegar
369 a consenso. Explicou, inclusive, que a formação de acupunturistas não-médicos é feita de
370 forma disforme e, muitas vezes, não garante profissionais preparados para atender a
371 sociedade (há cursos, por exemplo, com duração de quatro meses). De todo modo, dispôs-se
372 a debater a matéria com o conselheiro Wilen Heil em outra oportunidade. Por fim, desculpou-se
373 por não poder permanecer durante toda a discussão, porque participaria de debate de GT com
374 a finalidade de definir estratégias para otimizar atuação do corpo de bombeiros e SAMU em
375 resgates. Conselheiro **Moyses Longuinho Toniolo de Souza** interveio para propor moção de
376 repúdio ao Ministro de Estado da Saúde que fez uma fala irreal e não permaneceu para o
377 debate pra ouvir a posição do Pleno, como já ocorreu em outros momentos. Frisou que o CNS,
378 junto com movimentos importantes, lutará contra a PNAB que prejudica os trabalhadores da
379 saúde, principalmente os agentes comunitários. Conselheira **Shirley Marshal Diaz Morales**,
380 integrante do GT/AB do CNS, iniciou a sua fala afirmando não ter compreendido o motivo do
381 debate da PNAB naquele momento, uma vez que o tema estava pautado para o segundo dia
382 de reunião. Afirmou que há um desmonte articulado da atenção básica e defendeu a revogação
383 imediata da Portaria da PNAB. Frisou que a ausência reiterada do Ministro de Estado da Saúde
384 nos debates do Plenário é uma afronta ao CNS e, no mais, a apresentação feita por ele não
385 trata dos nós críticos da proposta. Defendeu que a agenda de diálogo seja aberta de acordo
386 com o entendimento do Conselho, considerando que a nova PNAB não representa a realidade
387 de quem recebe e pratica a assistência. Por fim, frisou que profissionais de saúde são
388 defensores do SUS e não de planos corporativos de saúde Conselheira **Carolina Abad** disse
389 que, segundo o deputado **Hiran Gonçalves**, o PL n°. 7.419 possui vários projetos apensados
390 e, por conta de um deles, a Comissão Especial sobre Planos de Saúde solicitou a votação em
391 regime urgência. Sendo assim, sugeriu que o CNS solicite ao Presidente da Comissão Especial
392 que o referido PL tramite separadamente dos apensos, sem urgência de votação. Além disso,
393 em alusão à fala do Ministro de Estado da Saúde, frisou que os serviços prestados pelo SUS
394 não são gratuitos, pois são custeados pelos cidadãos, por meio de impostos e contribuições
395 pagas. Conselheira **Francisca Valda da Silva**, diante da amplitude de temas tratados no
396 Radar, ateve-se ao Outubro Rosa. Explicou que participantes das Conferências de Saúde das
397 Mulheres defenderam o cumprimento das políticas existentes e apresentaram propostas para
398 avançar nessa pauta. Citou, por exemplo, a defesa do PL dos 30 dias, registro compulsório e a
399 discordância com a proposta de planos de saúde acessíveis. Dirigindo-se ao Ministro e aos
400 demais representantes do Ministério da Saúde afirmou que o controle social não é uma
401 burocracia representativa, mas sim uma democracia viva e o Conselho possui a competência
402 legal de formular políticas públicas. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** também
403 registrou repúdio à ausência do Ministro da Saúde no debate e perguntou ao diretor do
404 DAB/SAS/MS o que foi feito com as contribuições da consulta pública sobre a PNAB. No seu
405 ponto de vista, era esperada a adoção de medidas para enfraquecer o SUS e fortalecer a
406 iniciativa privada, considerando que empresas de planos de saúde financiaram a maioria das
407 campanhas dos atuais deputados e senadores. Conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**
408 solicitou a atenção dos representantes do MS para os seguintes pontos da PNAB: o modelo de
409 atenção contemplado na nova proposta não é o que a sociedade necessita, nem o que o CNS
410 defende; e impossibilidade de manter ações estratégicas com profissionais temporários.
411 Também destacou que para atingir 80% de resolutividade na atenção básica é preciso garantir
412 a assistência multiprofissional. No mais, frisou que o setor privado está sendo colocado não
413 apenas como complementar ao SUS, contrariando, inclusive, preceito constitucional. Por fim,

414 ressaltou que a necessidade de saúde da população deve ser definida por indicadores e não
415 por gestores. **Benedito Alexandre**, CES/AL, afirmou que o SUS está literalmente entregue ao
416 capital internacional e a nova PNAB agrava essa situação. Nesse sentido, disse que é preciso
417 unir forças para derrubar a proposta, inclusive, sugeriu medidas mais drásticas como a
418 ocupação do Ministério da Saúde até a revogação da Política. Conselheiro **João Rodrigues**
419 **Filho** informou que a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS entrará
420 com ação no Supremo Tribunal de Justiça contra a Portaria da PNAB e entidades e
421 movimentos poderão ser *amicus curie* para fortalecer a ação. Além disso, convidou todos a
422 participar de atividade com 22 Confederações, no dia 26 de outubro, em Buenos
423 Aires/Argentina, para debater a situação do trabalhador brasileiro. Conselheiro **Wilen Heil** e
424 **Silva** salientou que a Portaria da PNAB descumpre vários dispositivos legais como a LC nº. 14
425 e a Lei nº. 2.148 e deve ser revogada. A propósito do financiamento, destacou que a Portaria
426 204/2007 já apresenta saída para resolver a questão. Frisou que as reformas adotadas pelo
427 governo são “contrarreformas”, pois trazem retrocessos e não avanços. No seu entendimento,
428 é preciso adotar ação política, na linha do diálogo, visando à revogação da Portaria, mas, caso
429 não ocorra, deve-se entrar com ação judicial contra essa regulamentação. Conselheira **Ivone**
430 **Martini de Oliveira** referiu-se à fala do deputado em relação à prática da acupuntura para
431 esclarecer que é uma norma infralegal (Resolução do Conselho Federal de Medicina) que
432 define a acupuntura como especialidade médica e que as demais profissões da saúde também
433 dispõem de resolução autorizando profissionais inscritos a realizar essa prática. **Edna**
434 **Rodrigues**, Conselho Municipal de Saúde – CMS de Itamaraju, dos problemas trazidos pela
435 nova PNAB, destacou a precarização dos trabalhadores públicos, principalmente na área da
436 saúde. Além disso, denunciou que o Presidente do CMS de Itamaraju é o Secretário de Saúde
437 e os conselheiros são convocados para reunião quando é necessário quórum para votação.
438 Conselheiro **Moyses Longuinho Toniolo de Souza**, entre as questões debatidas naquela
439 pauta, falou sobre a proposta de planos de saúde acessíveis, destacando que viola também o
440 Código de Defesa do Consumidor. Sobre a PNAB, destacou a proposta de definir gerente das
441 unidades básicas de saúde para perguntar como resolver situações de “pequenos” poderes
442 estabelecidos por questões diversas como ato médico. Perguntou, inclusive, como definir as
443 responsabilidades que deveriam ser compartilhadas entre toda a equipe multiprofissional.
444 Também manifestou preocupação com a fala do Ministro da Saúde apontando que a atenção
445 básica cuidará das pessoas com deficiência quando nem as unidades de especialidades dão
446 conta da atenção a esse segmento. Conselheiro **Cláudio Ferreira do Nascimento**
447 acompanhou a proposta de aprovar nota de repúdio à ausência do Ministro da Saúde no
448 debate, inclusive para reafirmar a importância do CNS como instância de participação e
449 mobilização social e popular. Salientou, inclusive, que as medidas anunciadas pelo Ministro
450 não possuem relação com a realidade e servem para enganar o conjunto da população usuária
451 do SUS. Na sua análise, a proposta de planos populares e a revisão da PNAB são políticas de
452 ajuste fiscal e contrarreforma, do Ministério da Saúde e do governo federal como um todo, com
453 o objetivo de cortar pessoal (ACS e ACE serão os mais penalizados), demitir trabalhadores,
454 reduzir recursos para políticas sociais, especialmente da saúde. Conselheiro **Giovanny Kley**
455 **Silva Trindade** rebateu a afirmação do Ministro da Saúde que plano privado de saúde contribui
456 para “desafogar” o SUS e avaliou que o Sistema precisa de gestão qualificada, mais
457 investimento e planejamento das ações. Conselheiro **Wanderley Gomes da Silva** concordou
458 que a proposta de planos acessíveis e a revisão da PNAB são estratégias articuladas para
459 desmontar a atenção básica e do setor público e levar os serviços para a responsabilidade do
460 setor privado. No seu entendimento, trata-se do fortalecimento/avanço do mercado no setor
461 saúde em detrimento do setor público, configurando-se em afronto à PNAB. Também avaliou
462 que a proposta dos planos acessíveis não é popular, nem acessível, e vai de encontro à Lei nº.
463 9.656/98, que regula os planos privados no Brasil. Também disse que, segundo informação do
464 Ministro da Saúde, será realizada reunião para apresentação, pelo Instituto Coalisão Saúde
465 (formado por empresas privadas que atuam na saúde), de uma proposta de modelo de atenção
466 para o país. Ou seja, mais uma iniciativa articulada a serviço do mercado em detrimento do
467 setor público. Por fim, conclamou o CNS a posicionar-se contra o PL nº. 7.419/06, que dispõe
468 sobre a revisão da lei da regulação. Conselheiro **Breno de Figueiredo Monteiro**,
469 representante da Confederação Nacional de Saúde – CNC no CNS, solicitou Questão de
470 Ordem para discordar da fala do conselheiro Wanderley Gomes e esclarecer que a intenção do
471 Instituto, do qual a CNC faz parte, não é prejudicar o SUS, nem enfraquecer a atenção básica.
472 Ao contrário, foi criado para reunir representantes de planos do mercado, indústrias,
473 operadoras, conselhos profissionais para debater caminhos de interesse conjunto. Conselheira

474 **Maria da Conceição Silva**, antes de abrir a palavra aos convidados para considerações,
475 informou que, no dia seguinte, seria feita apresentação sobre o resultado síntese da consulta
476 pública para aprimoramento da Política Nacional de Atenção Básica. **Retorno da mesa.** A
477 pesquisadora e professora da URJ, **Lígia Bahia**, agradeceu o convite para participar do debate
478 e frisou que é preciso conhecer e enfrentar elementos novos da conjuntura, combater a
479 coalisão “anti saúde” e estreitar diálogo com o Supremo Tribunal Federal, com argumentos
480 claros. Também discordou da afirmação que planos de saúde desoneram o SUS, justificando
481 que hoje há mais beneficiários de planos privados de saúde em comparação a cinco anos antes,
482 todavia, o SUS não dispõe de mais recursos. Além disso, pontuou que é necessário buscar
483 aliados nessa luta como entidades de defesa do consumidor, movimento estudantil. No seu
484 entendimento, a PNAB e a nova lei de planos de saúde não devem ser votadas nesse
485 momento, uma vez que não se deve realizar mudanças profundas em uma conjuntura tão
486 desfavorável para democracia. Ressaltou que é preciso ter acesso ao relatório que será
487 apresentado à Comissão Especial de Planos de Saúde e também trazer a mídia para o lado
488 dos que defendem os direitos dos usuários. Por fim, agradeceu o apoio do Conselho nessa
489 luta. Na sequência, o diretor do DAB/SAS/MS, **João Salame Neto**, comentou aspectos das
490 falas dos conselheiros acerca da PNAB destacando que: é interesse do DAB fortalecer o
491 financiamento da atenção básica e apoio do CNS nesse sentido é importante; o DAB discorda
492 da afirmação que a nova PNAB foi instituída para desmontar a atenção básica, mesmo porque
493 os técnicos do Departamento responsáveis pela formulação são militantes históricos da luta
494 dos movimentos sociais; o GT/AB do CNS e o DAB/MS podem reunir-se para explicitar as
495 divergências e debatê-las; a equipe técnica do DAB/MS está debatendo o decreto legislativo,
496 inclusive para subsidiar o Ministro da Saúde e será realizada reunião com CONASS e
497 CONASEMS para tratar dos quatro itens polêmicos da Política; a consulta pública foi realizada
498 no período de 28 de julho a 10 de agosto de 2017, foram 6.281 contribuições e 20 dias de
499 análise das sugestões e sistematização (no total, 50 técnicos trabalharam na sistematização e
500 72% das contribuições foram incorporadas); relatório sobre a consulta pública foi
501 disponibilizado ao CNS; a rigor, não houve retrocesso sobre a equipe de saúde bucal na nova
502 Política; e o gerente da unidade básica de saúde será responsável pelas ações de
503 gerenciamento nas UBS e contribuirá para o cumprimento da carga horária necessária para
504 atender a sociedade. Disse que levará as considerações do Pleno do CNS ao Ministro da
505 Saúde e solicitou espaço para que o Departamento apresente as suas atividades,
506 planejamento e programas para debate mais concreto. Na sequência, o Presidente do CNS
507 procedeu aos encaminhamentos, mas, primeiro, recuperou que o CNS vem debatendo o tema
508 da atenção básica e apresentando proposições, inclusive para garantir maior resolutividade
509 para este nível de atenção. Salientou que o CNS não tem sido ouvido e em nenhum momento
510 se indispôs ao diálogo. Ao contrário, tem buscado estreitar o debate com todos os poderes da
511 república. Inclusive, no dia seguinte, o Pleno iria aprofundar o debate da PNAB. Também
512 solicitou que o DAB se aproprie dos debates do Conselho e respeite a autoridade delegada por
513 lei ao CNS, considerando inclusive as divergências nesse processo. Feitas essas
514 considerações, sintetizou os encaminhamentos oriundos do debate e o Pleno fez alguns
515 adendos. **Deliberação: como resultado final, o Pleno decidiu: reconhecer e apoiar a**
516 **aprovação do Projeto de Decreto Legislativo nº 786/2017; recomendar ao MS a**
517 **revogação da Portaria nº 2. 436/2017; recomendar ao Presidente da Comissão Especial**
518 **sobre Planos de Saúde, Deputado Federal Hiran Gonçalves (PP/RR), a retirada do pedido**
519 **de urgência de votação do Projeto de Lei nº 7.419/2006 e apensos e ampliar o debate do**
520 **tema (o texto da recomendação seria apresentado no segundo dia de reunião).** Além
521 **disso, o Pleno reiterou a solicitação às entidades integrantes do CNS que participem**
522 **como amicus curie da ADI 5.239/2015, proposta pela Confederação Nacional e**
523 **Trabalhadores Universitários e Federação Nacional de Farmacêuticos.** O diretor do
524 DAB/SAS/MS, **João Salame Neto**, reiterou que o Departamento está à disposição para
525 debater consensos e eventuais dissensos e colocou o compromisso de informar o Conselho
526 sobre a formulação de políticas voltadas ao fortalecimento da atenção básica. Conselheira
527 **Shirley Marshal Diaz Morales** explicou que a Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar
528 do CNS debateu, na sua última reunião, o PL 7.419/2016 e o PL 308/2015 e a inserção do
529 setor privado na saúde e destacou que é preciso organizar debate no CNS sobre modelo de
530 atenção. Afora essa questão, disse que as entidades que compõem o CNS poderiam entrar
531 com representação no Conselho Nacional do Ministério Público contra o relatório dos planos de
532 saúde acessíveis. O Presidente do CNS interveio na sequência e concordou que é preciso
533 aprofundar o debate sobre modelo de gestão, com prorrogação do GT/AB do CNS. Também

534 disse que o texto com as recomendações aprovadas pelo Pleno seria apreciado no segundo
535 dia de reunião. Definido esse ponto, a mesa encerrou a manhã do primeiro dia de reunião. O
536 item 4 da pauta - Apresentação da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência no
537 SUS, previsto para a manhã do primeiro dia de reunião, foi adiado para a próxima reunião
538 porque o item 3 avançou além do horário previsto. Retomando, a mesa foi composta para o
539 item 5 da pauta. **ITEM 5 – LIÇÕES DO ACIDENTE NA BOATE KISS** - Apresentação: **Adriana**
540 **de Castro Rodrigues Krum**, Grupo Gestor do Cuidado da Boate Kiss; **Bernadete dos Santos**
541 **Pereira**, Grupo Gestor do Cuidado da Boate Kiss; **Sérgio Silva**, Presidente da Associação de
542 Familiares de Vítimas e Sobreviventes da Tragédia de Santa Maria - AVTSM; conselheira **Soeli**
543 **Terezinha Guerra**, Grupo Gestor do Cuidado da Boate Kiss. Coordenação: conselheiro
544 **Arilson da Silva Cardoso**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Sueli Terezinha Goi**
545 **Barrios**, integrante do Grupo de Cuidado. Iniciando, conselheiro **Arilson da Silva Cardoso**, da
546 Mesa Diretora do CNS, explicou que, na época do acidente, presidia o CONASEMS do Rio
547 Grande do Sul e era Secretário da Saúde do Município de São Lourenço do Sul e, diante do
548 ocorrido, enviou equipe de saúde do município para dar suporte no local. Deu destaque à
549 gravidade da tragédia e frisou a necessidade de tomar medidas de prevenção para que
550 situações como essa não ocorram novamente, além de responsabilizar os culpados e definir
551 estrutura para assegurar atendimento mais rápido e melhor nessas situações. O Presidente da
552 AVTSM, **Sérgio Silva** foi o primeiro expositor e iniciou a sua fala agradecendo o Conselho, em
553 nome do Presidente Ronald Ferreira dos Santos, pelo espaço para tratar do tema. Fez uma
554 exposição geral para compreender a gravidade da tragédia da Boate Kiss, que ocorreu em 27
555 de janeiro de 2013, no município de Santa Maria/RS. Detalhou que foram 242 jovens
556 universitários mortos, com envolvimento de 75 cidades (Rio de Janeiro, São Paulo, Santa
557 Catarina e Rio Grande do Sul) e dois países (Brasil e Paraguai) e 620 sobreviventes que
558 necessitam de assistência social psicológica, tratamento para doenças respiratórias e de
559 queimadas (afetados diretamente). Além dessas, outras pessoas foram afetadas,
560 indiretamente, por conta da inalação da fumaça – profissionais de saúde, bombeiros. Recordou
561 que, na época do acidente, foi firmado Termo de Compromisso entre União, governo estadual
562 e municipal para acolher as vítimas por cinco anos (encerramento em janeiro de 2018).
563 Todavia, a continuidade do cuidado às vítimas faz-se necessária devido ao número de pessoas
564 que ainda recorrem às medicações caras e necessitam de apoio psicossocial. Desse modo,
565 disse que o Grupo Gestor de Cuidados às vítimas da Boate Kiss, de Santa Maria/RS, decidiu
566 recorrer ao controle social para que recomende que o Termo de Compromisso, firmado à
567 época do desastre, seja renovado em 2018. Explicou que 28 pessoas foram indiciadas no
568 processo da Boate Kiss, mas o Ministério Público do Rio Grande do Sul retirou 24,
569 permanecendo apenas quatro (dois músicos e dois donos da boate). Diante disso, explicou
570 que ele e outros três pais que perderam filhos na tragédia questionaram a autonomia do MP do
571 RS em tomar essa decisão e, por isso, estão sendo processados pelo MP/RS. A representante
572 do Grupo Gestor do Cuidado da Boate Kiss, **Soeli Terezinha Guerra**, segunda expositora,
573 também agradeceu a oportunidade de falar sobre o SUS que deu certo em um momento de
574 desastre tão grave. Iniciou com fotos para mostrar o cenário do desastre e o espaço da boate
575 Kiss (que não atendia a legislação prevista para circulação de espaços públicos - única porta
576 de entrada e saída; sem janelas; sem portas de fuga). Também apresentou números da
577 tragédia: 263 vítimas no local; 577 pacientes atendidos na rede local (primeiras horas); 84
578 pacientes colocados em ventilação mecânica (primeiras seis horas) e, desse total, 59 pacientes
579 removidos para hospitais da rede; 98% dos pacientes submetidos à ventilação mecânica
580 sobreviveram; e 242 mortos. Explicou que, após três horas do desastre, foi instalado Gabinete
581 de Crise composto por defesa Civil e representantes legais e instituições de saúde;
582 potencializada com a chegada da Força Nacional do SUS e Médicos sem Fronteiras. Dos 242
583 vítimas fatais, 136 faleceram no local (profissionais de diversas áreas). Em relação ao
584 atendimento emergencial, destacou a atuação do Hospital Universitário de Santa Maria –
585 HUSM e do Hospital de Caridade Astrogildo de Azevedo. Como ações, na época, foram
586 organizadas equipes com cadastro de voluntários - identificação por categoria profissional;
587 formação de grupos multiprofissionais; distribuição dos grupos de trabalho nos pavilhões de
588 atendimento; e setor de urgência e emergência em saúde. Acrescentou que se formou uma
589 rede de solidariedade e foi colocado em prática o atendimento multiprofissional. As estruturas
590 foram definidas e originaram-se as estruturas de apoio psicossocial, acompanhamento e
591 reconhecimento corpos, equipe para preparo do corpo. Também fez um destaque ao trabalho
592 dos voluntários da Força Nacional do SUS oferecendo alimentação e acolhimento aos parentes
593 das vítimas, além de retaguarda importante (com disponibilidade de leitos). Apresentado o

594 cenário, detalhou o Termo de Cooperação Técnica explicando que tem por finalidade
595 estabelecer cooperação entre os entes signatários com vistas à realização dos procedimentos
596 técnicos e operacionais para continuidade da atenção à Saúde das vítimas, de familiares e de
597 profissionais envolvidos no incêndio ocorrido, em 27 de janeiro 2013, na Boate Kiss, Município
598 de Santa Maria (RS), envolvendo vigilância à saúde, atenção básica, especializada e
599 psicossocial. No que se refere às pactuações firmadas no Termo, destacou: MS – responsável
600 pelo acompanhamento e repasse de recursos pactuados; SES/RS – responsável pelo
601 apoio/assistência, interlocução com os municípios, agendamento de consultas, vigilância em
602 saúde e assistência farmacêutica; SMS/Santa Maria – atenção psicossocial, apoio, atenção
603 básica, entre outros; HUSM – estrutura de equipe ambulatorial e hospitalar, acompanhamento
604 CIAVA/ambulatorial, urgência e emergência e internação. Continuando, falou sobre a terceira
605 fase do desastre, acompanhamento longitudinal com: acolhimento a todos os expostos a
606 fumaça tóxica através de estrutura ambulatorial; acompanhamento e seguimento; busca ativa
607 de todos os pacientes expostos; atendimento ambulatorial pelas especialidades de referência;
608 Ministério da Saúde - formulário de cadastramento no sítio eletrônico do próprio ministério ou
609 pelo telefone 136; e identificação, contato e agendamento dos envolvidos para
610 acompanhamento. Salientou que a partir dessas iniciativas forma-se a Rede de Cuidado: Rede
611 de Atenção Psicossocial - Acolhe Saúde; construção apoio psicossocial - torna-se real a
612 criação de uma referência para o cuidado psicossocial aos sobreviventes, familiares,
613 trabalhadores e para a cidade de Santa Maria; e Núcleo de Atenção Psicossocial Santa Maria
614 2013. Apresentou dados do serviço Acolhe Saúde (atenção básica): 2013: 6.408 atendimentos;
615 2014: 2.225 atendimentos; 2015: 2.794 atendimentos; 2016: 2.320 atendimentos; e 2017: 1.425
616 atendimentos (até agosto). Disse que o CEREST também participou ativamente com:
617 atendimento a 53 trabalhadores envolvidos no desastre, nas áreas de clínica médica,
618 fisioterapia, psicologia e exames; vigilância em saúde do trabalhador: coleta de materiais no
619 local para exame de toxinas, orientações à justiça, entre outros; orientações e
620 encaminhamentos sobre direitos trabalhistas e previdenciários para sobreviventes e familiares,
621 bem como aos sindicatos; e participação das atividades desenvolvidas pelo grupo Gestor do
622 Cuidado. Falou ainda sobre o Centro Integrado de Atenção às Vítimas de Acidentes – CIAVA
623 que funciona no Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM e conta com equipe
624 multiprofissional, além de abordagem multi e interdisciplinar, visando à atenção integral das
625 vítimas diretas e indiretas do incêndio. Além do enfoque assistencial dispensado às vítimas, o
626 Centro busca, em uma segunda etapa, reunir um conjunto de informações e dados com a
627 finalidade de fomentar pesquisas na área e produzir conhecimento para o SUS e promover
628 capacitação de profissionais. Disse ainda que foram realizados dois mutirões com atendimento
629 de 405 indivíduos e as áreas com maiores demandas são pneumologia e fisioterapia. Destacou
630 que foram 15.585 atendimentos no CIAVA até junho de 2017 e o Centro teve grande produção
631 científica. Falou ainda sobre a dimensão social do desastre, destacando: usuários cadastrados
632 na planilha Google drive compartilhada: 328 policiais militares; 251 profissionais de saúde que
633 trabalharam no atendimento às vítimas; 1.472 entre sobreviventes, familiares e comunidade em
634 geral que acessou algum serviço em decorrência do desastre. Além disso: em
635 acompanhamento no HUSM (2017): 403; atendimentos/consultas (até junho de 2017): 15.585;
636 voluntários inscritos na FNS: 12.869; e busca ativa em 2017: 400. Falou ainda sobre o Grupo
637 Gestor do Cuidado às Vítimas da KISS, explicando que foram 83 reuniões no período de 2013
638 a 2017, tendo como principais deliberações e encaminhamentos: organização dos mutirões de
639 atendimento às vítimas - Centro Integrado de Atendimento às Vítimas de Acidentes (CIAVA);
640 definição dos fluxos de referência entre serviços; Acolhe Saúde, CIAVA, CEREST;
641 agendamentos e busca ativa das vítimas diretas e indiretas do desastre; participação na
642 criação e revisão dos protocolos assistenciais; elaboração de material informativo sobre o
643 acesso aos serviços, e importância do cuidado; desenvolvimento de ações interinstitucionais e
644 intersetoriais, entre associação de vítimas, gestores e prestadores de serviço de Santa Maria,
645 Região e Estado para organização do cuidado longitudinal; elaboração de ferramenta digital
646 para integração de serviços; criação de um *link* vinculado ao site da AVTSM com informações
647 sobre os serviços de saúde disponíveis para o cuidado; disponibilização de ouvidoria para as
648 demandas da boate Kiss em parceria com o Município de Santa Maria; organização de
649 seminários e mostras para planejamento, avaliação e organização das demandas de cuidado
650 das vítimas; mobilização das instituições que tiveram servidores envolvidos no desastre, como:
651 saúde, segurança, transporte, funerárias, policiais civis, militares, para a necessidade de
652 acompanhamento da saúde desses trabalhadores; participação de audiências públicas
653 municipais e estaduais com foco principal na assistência farmacêutica; articulação dos serviços

para elaboração de protocolos clínicos; recomendação ao município de Santa Maria para elaboração do plano de enfrentamento de desastres e catástrofes do município. Pontuou ainda os desafios do Grupo Gestor: garantia de profissionais e recursos financeiros para a continuidade dos serviços e pesquisas; desenvolvimento de ações intersetoriais de promoção e prevenção envolvendo a comunidade; busca ativa, localização e vinculação dos sobreviventes aos serviços de saúde do local onde residem; repactuação do termo de compromisso com os signatários, redefinindo as responsabilidades de cada ente, com a participação do grupo gestor do cuidado; mobilização das equipes de saúde dos municípios onde residem os sobreviventes do desastre para atendimento da especificidade do cuidado destes usuários; validação dos novos protocolos clínicos com a incorporação de medicamentos necessários e não disponíveis na RENAME (ex.: medicamentos de saúde mental, pneumologia, antídoto para material tóxico, dentre outros); mobilizar os gestores para implantação e/ou implementação da política nacional de enfrentamento de desastres e eventos de massa; e solicitar a estruturação definitiva, em Santa Maria, da rede de cuidados ampliada para vítimas de todo tipo de acidentes e desastres. Concluindo, apresentou as lições aprendidas: despertar da solidariedade da população municipal, nacional e mundial; capacidade do setor público de possibilitar e articular os serviços, nas situações de emergência; capacidade do cuidado multidisciplinar e interdisciplinar; comprometimento individual dos trabalhadores – voluntários; capacidade dos profissionais de ser criativo, inventivos e intuitivos, durante e pós-desastre; potência de construir conhecimento a partir das experiências vivenciadas; incorporação de grupo gestor como instância do controle social para organização e referência do processo de trabalho; a relação com a mídia; importância do cuidado com o ser humano no momento do luto (afeto, escuta, acolhimento, ombro amigo); compreensão do lugar do outro – empatia (sofrimento e dor do outro); importância de ser referência, compartilhar o aprendizado/conhecimento construído durante o processo; utilização das tecnologias de teleconferência médicas, enfermagem, fisioterapia, pneumologia para troca de informações técnicas de cuidado; luto coletivo da Cidade (*Somos todos pais KISS*). Acrescentou que o Acolhe Saúde compartilhou sua experiência em diversas situações, com equipes de municípios do RS e estados em situações traumáticas como: tragédia do ônibus escolar de Borborema (SP) em outubro de 2014; enchente no município de Itaqui/RS, em julho de 2014; tragédia da barragem de Mariana (MG) em novembro de 2015; atendimento aos atingidos pela enchente na cidade de Santa Maria em 2015; e desastre aéreo da associação chapecoense de futebol – 2016. Citou ainda o Livro “A integração do cuidado diante do incêndio na Boate Kiss. Testemunhos e reflexões. – 2016”. Por fim, pontuou que o Grupo Gestor do Cuidado às vítimas da Boate Kiss agradece a oportunidade de compartilhar com o Pleno do CNS um pouco da história da maior tragédia da Cidade de Santa Maria, do RS e do país. Concluídas as apresentações, foi aberta a palavra ao Plenário para considerações. Nas manifestações, os conselheiros frisaram a gravidade e a extensão da tragédia de Santa Maria, sem precedentes no país manifestaram solidariedade aos familiares das vítimas e apoio às pessoas afetadas que necessitam de atendimento. Foi feito elogio especial aos profissionais envolvidos na atenção às vítimas e ao trabalho dos voluntários no momento da tragédia. Nas palavras dos conselheiros, as ações de saúde vão além do SUS, pois representam lição de vida, de solidariedade, de cumplicidade e de ações articuladas. Além disso, foi unânime, nas falas, o apoio à renovação do Termo de Compromisso firmado em 2013, para dar assegurar continuidade do cuidado às vítimas. Conselheira **Suely Barrios**, que acompanha a pauta e também faz parte do grupo gestor de cuidado, salientou que a tragédia afetou o município de Santa Maria como um todo e não apenas aqueles que perderam filhos e outros parentes. Destacou a grande potencialidade das instituições públicas e do SUS em dar resposta em momentos de tamanha dificuldade e gravidade e frisou que a continuidade desse trabalho em rede, de forma solidária e articulada, é essencial para dar respostas às necessidades das pessoas. Também destacou a importância de garantir medicamentos para as pessoas afetadas e realizar busca ativa para acompanhamento e cuidado. Dito isso, procedeu à leitura de minuta de recomendação, para deliberação do Pleno. O texto é o seguinte: “Recomendação nº 000, de 6 de outubro de 2017. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Ducentésima Nonagésima Oitava Reunião Ordinária, realizada nos dias 5 e 6 de outubro de 2017, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e considerando que no dia 27 de janeiro de 2013 a cidade de Santa Maria sofreu um desastre com o incêndio em uma boate, ocasionando a morte de

714 242 jovens adultos, além de deixar mais de 800 vítimas diretas e inúmeras vítimas indiretas;
715 considerando que, emergencialmente, organizou-se uma Rede de Assistência a Saúde, por
716 meio de recursos do setor público e privado, disponíveis a nível local, regional e estadual,
717 contando com a participação da força nacional do SUS, bem como das instituições de ensino,
718 militares e milhares de voluntários da sociedade civil; considerando que o desastre causou
719 grande impacto na população em geral, levando a uma intensa mobilização, que objetivava
720 contribuir para minimizar os efeitos do desastre, acolhendo os familiares e sobreviventes da
721 tragédia; considerando que foi estruturado, na fase emergencial, um serviço para dar apoio
722 psicossocial aos sobreviventes e familiares das vítimas, sob a responsabilidade do município
723 de Santa Maria; considerando que, na oportunidade, foi criado um Gabinete de Crise,
724 coordenado pelo Ministério da Saúde e Defesa Civil para agilizar as demandas que se faziam
725 necessárias para o atendimento às vítimas, bem como para dar suporte técnico aos
726 profissionais que cuidavam das vítimas, por meio de teleconferência com organismos nacionais
727 e internacionais, para que as intervenções fossem efetivas; considerando que, após a fase
728 emergencial, identificou-se a necessidade do cuidado longitudinal às vítimas e todos os
729 envolvidos nesse desastre, e para tanto foi celebrado em 22 de fevereiro de 2013, o Termo de
730 Compromisso entre Ministério da Saúde, Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul,
731 Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, as Secretarias de Saúde e de Gestão e
732 Modernização Administrativa de Santa Maria e Universidade Federal de Santa Maria,
733 envolvendo ações de vigilância em saúde, atenção básica, especializada e psicossocial, com
734 duração de cinco anos podendo ser prorrogável, pelo mesmo período; considerando que o
735 cuidado especializado foi implantado, emergencialmente, contando com a infraestrutura,
736 recursos materiais e de pessoal do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e Centro de
737 Ciência da Saúde - CCS/UFSM, que rapidamente organizou um Centro de Atendimento às
738 Vítimas de Acidentes - CIAVA/HUSM; considerando a criação do Grupo Gestor do Cuidado às
739 Vítimas da Boate Kiss, composto pela 4^a Coordenadoria Regional de Saúde (SES),
740 CIAVA/HUSM, "Acolhe Saúde", da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria - SMS/SM,
741 Conselho Municipal de Saúde de Santa Maria (CMS/SM), Associação de Vítimas e
742 Sobrevidentes da Tragédia de Santa Maria - AVTSM, Centro de Referência em Saúde do
743 Trabalhador - CEREST/SM e Gestão da Secretaria Municipal de Saúde, dada a importância e a
744 necessidade de integrar e organizar ações entre diferentes esferas governamentais;
745 considerando que foram realizados dois mutirões no CIAVA com participação de profissionais
746 dos Hospitais de Porto Alegre e Equipe do Hospital Universitário de Santa Maria, onde foram
747 avaliadas mais de 600 pessoas e encaminhadas para o cuidado, conforme necessidades:
748 atendimento psicossocial no "Acolhe Saúde", Trabalhadores no Centro Regional de Saúde do
749 Trabalhador, e brigada militar e atendimentos especializados, no CIAVA; considerando que o
750 CIAVA tem se constituído como um serviço de referência para atendimento às vítimas de
751 acidentes, não só decorrentes do desastre da boate Kiss, mas a todo e qualquer desastre, e
752 que para sua manutenção e expansão, necessita ampliar o espaço físico, contratar
753 profissionais exclusivos para o serviço; provimento de recursos para fomento de pesquisas, e
754 para a continuidade da assistência; considerando que o atendimento psicossocial realizado
755 pelo "Acolhe Saúde", tem sido fundamental no processo de cuidado às vítimas do desastre e
756 seus familiares tendo como desafio estar inserido na rede de atenção psicossocial do
757 município; considerando a necessidade de incorporação de novos medicamentos na política
758 estadual de assistência farmacêutica, aos protocolos pactuados na CIB em 2013, decorrente
759 da reavaliação dos especialistas com vistas ao atendimento das novas necessidades das
760 vítimas do desastre, em especial nas áreas de pneumologia e psiquiatria; considerando a
761 dificuldade de acesso das vítimas e familiares a medicamentos de responsabilidade do sistema
762 público, levando a associação das Vítimas a buscar ajuda junto a rede privada de farmácias
763 para que tratamentos não fossem descontinuados, o que vem acontecendo há mais de um
764 ano; considerando que os impactos clínicos e psicossociais a médio e longo prazo, decorrentes
765 da atuação dos trabalhadores e voluntários por ocasião do desastre, são ainda desconhecidos;
766 e considerando que os cuidados aos sobreviventes, familiares e trabalhadores da Boate Kiss
767 não pode ser interrompido e que passados cinco anos, novas demandas de cuidado surgiram.
768 Recomenda: Ao Ministério da Saúde; À Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul; À
769 Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre; às Secretarias de Saúde e de Gestão e
770 Modernização Administrativa de Santa Maria e à Universidade Federal de Santa Maria que
771 renovem o Termo de Compromisso firmado em 2013, por igual período de cinco anos, e que,
772 em conjunto com o Grupo Gestor do Cuidado às Vítimas da Boate Kiss, reavaliem o
773 documento e repactuem as responsabilidades de cada ente, adequando-o às necessidades de

774 cuidado atuais e vindouras de todas as vítimas da boate Kiss e de outros desastres que
775 possam ocorrer.” **Deliberação: o Pleno do CNS aprovou, por unanimidade e aclamação, a**
776 **recomendação de renovação do Termo de Compromisso firmado em 2013.** O Presidente
777 da AVTSM, **Sérgio Silva**, agradeceu as falas dos conselheiros e solicitou apoio à campanha
778 para construção de memorial no local onde aconteceu a tragédia. A representante do Grupo
779 Gestor do Cuidado da Boate Kiss, **Soeli Terezinha Guerra**, explicou que os protocolos de
780 atendimento do hospital universitário já foram publicados e que, nos três primeiros meses, os
781 docentes dos departamentos do hospital universitários ajudaram no atendimento das vítimas –
782 fono, fisio, pneumologista. Agradeceu o Estado Brasileiro pela garantia do suporte de
783 retaguarda necessário ao enfrentamento da situação e reiterou o compromisso com as
784 pessoas afetadas pela tragédia. Finalizando, foi entregue ao coordenador da mesa exemplar
785 do livro “A integração do cuidado diante do incêndio na boate kiss: testemunhos e reflexões”,
786 dos autores Gilson Mafacioli, Manoela Fonseca Lüdtke, Maria Luiza Leal Pacheco, Mirela
787 Massia Sanfelice, Volnei Antonio Dassoler (Orgs.). Definido esse ponto, foi feita inversão de
788 pauta para debate do item 7. **ITEM 7 – 1ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM**
789 **SAÚDE – 1ª CNVS** - **Apresentação:** conselheiro **Fernando Pigatto**, coordenador adjunto da 1ª
790 CNVS. **Coordenação:** conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, da Mesa Diretora do CNS.
791 Neste ponto de pauta, conselheiro **Fernando Pigatto**, coordenador adjunto da 1ª CNVS,
792 informou o Pleno sobre o processo preparatório da Conferência e apresentou questões para
793 deliberação. Disse que a comissão organizadora e a comissão executiva da 1ª CNVS, reunidas
794 nos dias 3 e 4 de outubro de 2017, entre outros aspectos, identificaram que todos os Estados
795 marcaram conferências, apesar da dificuldade em relação a prazo. Além desse ponto, deu
796 destaque às seguintes questões: orientações aos estados; 92 conselheiros nacionais inscritos;
797 relatório das conferências livres fará parte do relatório final da conferência; destinadas 75
798 vagas para participantes de conferências livres; fichas de pré-inscrição por e-mail;
799 programação disponibilizada; inovações na comunicação; e manual de cobertura comunicativa
800 disponibilizado no site da Conferência. Sobre os Grupos de Trabalho, apresentou a proposta
801 da comissão organizada da 1ª CNVS de delegar aos segmentos do Conselho a indicação de
802 delegados nacionais (conselheiros) para coordenar e secretariar os dezesseis grupos de
803 trabalho. No mais, informou que a comissão está elaborando a lista de convidados da
804 Conferência e a sugestão é a indicação dos nomes até 20 de outubro de 2017. Como
805 encaminhamento, propôs que o Pleno delegue à Mesa Diretora do CNS a aprovação *ad*
806 *referendum* da lista de convidados da Conferência, na próxima reunião, dia 27 de outubro,
807 possibilitando o envio do convite com antecedência aos indicados. Também disse que a lista
808 de palestrantes está em construção e aproveitou para agradecer a SVS pelo apoio na
809 preparação da Conferência. Por fim, informou o Pleno sobre o calendário de reunião das
810 Comissões da Conferência no mês de outubro: Dia 9 – comissão de formulação e relatoria; 30
811 – comissão de mobilização e comunicação; e 31 – comissão executiva. A comissão
812 organizadora se reunirá nos dias 21 e 22 de novembro para definições finais. Concluída a
813 apresentação, o Pleno fez breves considerações, contemplando as seguintes questões:
814 participação do conselheiro Moysés Toniolo na macroconferência das Regiões Norte e Sul e
815 entrega de assinaturas para o abaixo-assinado contra a EC nº. 25; sugestão de estender o
816 prazo para realização das conferências livres - até início de novembro; proposta de convidar
817 representante do grupo gestor de Santa Maria para participar da Conferência; a composição
818 dos grupos da 1ª CNVS deve ser paritária; é preciso acompanhar os debates das conferências
819 estaduais para fortalecer o debate sobre vigilância e seu importante papel. O coordenador da
820 Conferência comentou, de forma geral, as questões colocadas pelos conselheiros, explicando,
821 inicialmente que as conferências livres foram prorrogadas até 28 de outubro. Além disso, para
822 composição, os GT devem seguir o critério da paridade, por segmento e por gênero. Após
823 esses esclarecimentos, a mesa procedeu à votação das propostas que demandam
824 deliberação. **Deliberação: o Pleno do CNS aprovou, por unanimidade: 1) o prazo para**
825 **indicação dos nomes dos convidados da 1ª CNVS – até 20 de outubro de 2017; 2) a**
826 **delegação à Mesa Diretora do CNS de aprovação *ad referendum* da lista de convidados**
827 **da Conferência, na próxima reunião que ocorrerá no dia 27 de outubro; e 3) a proposta**
828 **da comissão organizada da 1ª CNVS de delegar aos segmentos do Conselho a indicação**
829 **de delegados nacionais (conselheiros) para coordenar e secretariar os dezesseis grupos**
830 **de trabalho (32 pessoas – dezesseis representantes dos usuários, oito de trabalhadores**
831 **e oito de gestores/prestadores de serviço, respeitando a paridade de gênero).** A
832 **indicação deverá ser encaminhada por e-mail até a próxima reunião do CNS.** Em Plenário,
833 foram apresentados os nomes dos seguintes conselheiros e conselheiras do segmento dos

usuários que se dispuseram a coordenar os grupos: **Moysés Toniolo; Jani Capiberibe; Antônio Pitol; Elgiane de Fatima Lago; Luiz Aníbal Vieira Machado; Antônio Lacerda Souto; e Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello**. Devido o adiantado da hora, acordou-se que os informes e indicações seriam retomados no início do segundo dia de reunião. **ITEM 6 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS E RELAÇÕES DE TRABALHO – CIRHRT** - Apresentação: conselheiro **Douglas Vinícius Reis Pereira**, coordenador adjunto da CIRHRT/CNS. Coordenação: conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando, o coordenador adjunto da CIRHRT/CNS, conselheiro **Douglas Vinícius Reis Pereira**, apresentou análise geral dos 56 processos avaliados pela CIRHRT, com destaque para os seguintes dados: do total, 9% de cursos de universidades públicas; maioria de faculdades; distribuição por curso, na ordem: Psicologia, Enfermagem, Odontologia e Medicina; maioria dos cursos em instituição privada, maior parte autorização (66%), em municípios com IDH alto (74,5%), principalmente em capitais; maioria dos cursos em instituições com pontuação 3; relatório da avaliação do INEP – maioria dos cursos com conceito 4; maioria sem Comitê de ética (55%); e dos 56 processos, dois não serão analisados, um por conta do IGC 2 e outro por ser de licenciatura. Por fim, apresentou as principais justificativas e recomendações para os cursos. *Justificativas*: não há indicativos claros sobre a articulação de instituição de ensino com a gestão local do SUS no que se refere ao envolvimento desta na construção do PCC do curso – 15; não há descrição do modo de inserção dos estudantes, desde o início do curso, junto à comunidade e na rede de serviços instalada, de forma a evidenciar a integração ensino-serviço-gestão-comunidade – 14; não há menção sobre a capacidade de atendimento e disposição dos estudantes, física e numericamente, nos cenários de prática – 13; a proposta não apresenta relevância social e não contribui para a superação dos desequilíbrios entre a distribuição de vagas no país, considerando-se a oferta já existente para o curso na região – 11; não há demonstração clara de compromisso do curso com a produção de conhecimentos direcionados para as necessidades da população e para o desenvolvimento tecnológico da região – 9; não há demonstração clara de compromissos com a oferta de especializações e residências em saúde, de acordo com as necessidades do SUS, articulando e integrando a graduação à formação em serviço – 9; não há demonstração clara de compromissos com a educação permanente e continuada dos docentes e profissionais dos serviços de saúde que recebem os estudantes nos cenários de prática - 9. Também apresentou um conjunto de *recomendações*, entre elas: apresentar estratégias de inserção dos estudantes, desde o início do curso, junto à comunidade e na rede de serviços instalada, evidenciando a integração ensino-serviço-gestão-comunidade; incluir a participação de estudantes no Núcleo Docente Estruturante; Criar/ampliar estratégias que favoreçam o diálogo entre docentes, estudantes e controle social do SUS, em especial, com os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. O Presidente do CNS informou que a Mesa Diretora do CNS reuniu-se com a coordenação da CIRHRT e definiu fluxo de estratégias para ampliar a capacidade de respostas e efetividade do trabalho da Comissão. Assim, a partir dos dados dos formulários, as informações serão divulgadas para que os conselhos de saúde cobrem das instituições o conjunto dos critérios não atendidos. Inclusive, comunicou que será desenvolvido, em parceria com a FIOCRUZ, sistema que possibilitará selecionar os dados do MEC e fornecer informações de forma efetiva para tomada de decisão do CNS e para o monitoramento/acompanhamento dos processos. Salientou que o Pleno como um todo deve acompanhar o esforço em garantir instrumentos para que o CNS cumpra a sua atribuição de ordenação da formação de recursos humanos (tarefa do Colegiado do Conselho e não da CIRHRT). Feita essa consideração, o coordenador adjunto da CIRHRT procedeu à apresentação dos pareceres. *Satisfatórios* – dois pareceres. **1) 201602396 - Universidade de Santa Cruz do Sul. Rio Grande do Sul. Santa Cruz do Sul. Psicologia. Autorização.** **2) 201503428 - Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões. Rio Grande do Sul. Erechim. Enfermagem. Renovação de reconhecimento.** **Deliberação: aprovados, por unanimidade, os dois pareceres satisfatórios elaborados pela CIRHRT.** *Satisfatórios com recomendações* - 35 pareceres. **1) 201413073 - Centro Universitário Anhanguera de São Paulo – Unidade Pirituba. São Paulo. São Paulo. Psicologia. Autorização. Satisfatório com recomendações.** **2) 201500647- Faculdade de Quatro Marcos. Mato Grosso. São José dos Quatro Marcos. Odontologia. Autorização. Satisfatório com recomendações.** **3) 201502057- Faculdade Joaquim Nabuco. Pernambuco. Recife. Psicologia. Autorização. Satisfatório com recomendações.** **4) 201504966 - Faculdade Anhanguera Jaraguá do Sul – FATEJA. Santa Catarina. Jaraguá do Sul. Psicologia. Autorização. Satisfatório com recomendações.** **5) 201505135- Faculdade Ubaense Ozanam Coelho – FAGOC. Minas Gerais. Ubá. Odontologia.**

894 Autorização. Satisfatório com recomendações. **6)** 201505673 - Faculdade Maurício de Nassau
895 de Parnaíba /FMN. Parnaíba/Uninassau de Parnaíba. Piauí. Parnaíba. Odontologia.
896 Autorização. Satisfatório com recomendações. **7)** 201600854 - Centro Universitário Newton
897 Paiva – Newton Paiva. Minas Gerais. Belo Horizonte. Psicologia. Autorização. Satisfatório com
898 recomendações. **8)** 201601488 - Instituto Superior e Centro Educacional Luterano Bom Jesus –
899 IELUSC. Santa Catarina. Joinville. Psicologia. Autorização. Satisfatório com recomendações. **9)**
900 201601674 - Faculdade Ruy Barbosa – FRBA. Bahia. Salvador. Psicologia. Autorização.
901 Satisfatório com recomendações. **10)** 201601848 - Faculdade Pitágoras de Maceió. Alagoas.
902 Maceió. Enfermagem. Autorização. Satisfatório com recomendações. **11)** 201601937-
903 Faculdade de Minas BH. Minas Gerais. Belo Horizonte. Odontologia. Autorização. Satisfatório
904 com recomendações. **12)** 201602070 - Faculdade de Ciências Humanas, Exatas e da Saúde
905 do Piauí – FAHESP. Piauí. Parnaíba. Odontologia. Autorização. Satisfatório com
906 recomendações. **13)** 201602344 - Faculdades Integradas de Aracruz (FAACZ). Espírito Santo.
907 Aracruz. Enfermagem. Autorização. Satisfatório com recomendações. **14)** 201602432 -
908 Faculdade de Educação de Porto Velho. Rondonia. Porto Velho. Odontologia. Autorização.
909 Satisfatório com recomendações. **15)** 201603211 - Faculdade Santo Agostinho. Piauí.
910 Teresina. Odontologia. Autorização. Satisfatório com recomendações. **16)** 201603523 - Instituto
911 de Ensino Superior de Rio Verde. Goiás. Rio Verde. Odontologia. Autorização. Satisfatório com
912 recomendações. **17)** 201603633 - Faculdade Galileu (FG). São Paulo. Botucatu. Enfermagem.
913 Autorização. Satisfatório com recomendações. **18)** 201603778 - Faculdade São Luís de França
914 (FSLF). Sergipe. Aracaju. Enfermagem. Autorização. Satisfatório com recomendações. **19)**
915 201606972 - Universidade Pitágoras UNOPAR. Paraná. Londrina. Enfermagem. Autorização.
916 Satisfatório com recomendações. **20)** 201502684 - Faculdade Ibiapaba . Ceará. Tianguá.
917 Psicologia. Autorização vinculada ao credenciamento. Satisfatório com recomendações. **21)**
918 201415070 - Universidade Federal de Viçosa. Minas Gerais. Viçosa. Medicina.
919 Reconhecimento. Satisfatório com recomendações. **22)** 201417956- Universidade Federal do
920 Cariri. Ceará. Barbalha. Medicina. Reconhecimento. Satisfatório com recomendações. **23)**
921 201506302 - Faculdade UNIGRAN Capital. Mato Grosso do Sul. Campo Grande. Psicologia.
922 Reconhecimento. Satisfatório com recomendações. **24)** 201506704 - Universidade Salgado de
923 Oliveira – UNIVERSO. Goiás. Goiânia. Psicologia. Reconhecimento. Satisfatório com
924 recomendações. **25)** 201507402 - Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUC- PR.
925 Paraná. Londrina. Psicologia. Reconhecimento. Satisfatório com recomendações. **26)**
926 201604259 - FACULDADE METROPOLITANA DA GRANDE FORTALEZA. Ceará. Fortaleza.
927 Odontologia. Reconhecimento. Satisfatório com recomendações. **27)** 201604294 - Centro
928 Universitário Ritter dos Reis. Rio Grande do Sul. Porto Alegre. Psicologia. Reconhecimento.
929 Satisfatório com recomendações. **28)** 201604655- Universidade Federal do Ceará. Ceará.
930 Sobral. Medicina. Reconhecimento. Satisfatório com recomendações. **29)** 201608200 -
931 Faculdade Vale do Cricaré – FVC. Espírito Santo. São Mateus. Enfermagem. Reconhecimento.
932 Satisfatório com recomendações. **30)** 201609570 - Centro Universitário Christus. Ceará.
933 Fortaleza. Enfermagem. Reconhecimento. Satisfatório com recomendações. **31)** 201610264 -
934 Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB. Bahia. Santo Antônio de Jesus.
935 Medicina. Reconhecimento. Satisfatório com recomendações. **32)** 201200300 - Universidade
936 Federal da Grande Dourados. Mato Grosso do Sul. Dourados. Medicina. Renovação de
937 reconhecimento. Satisfatório com recomendações. **33)** 201409229 - Universidade do Extremo
938 Sul Catarinense – UNESC. Santa Catarina. Criciúma. Medicina. Renovação de
939 reconhecimento. Satisfatório com recomendações. **34)** 201417658 - Escola de Medicina Souza
940 Marques da Fundação Técnico-Eduacional Souza Marques. Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.
941 Medicina. Renovação de reconhecimento. Satisfatório com recomendações. **35)** 201503374 -
942 Centro Universitário Tiradentes (FITS). Alagoas. Maceió. Enfermagem. Renovação de
943 reconhecimento. Satisfatório com recomendações. Não havendo manifestações, a mesa
944 submeteu os pareceres à votação. **Deliberação: aprovados, por unanimidade, os 35**
945 **pareceres satisfatórios com recomendações.** Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** frisou
946 que os conselhos de saúde locais devem acompanhar os cursos das instituições nas suas
947 respectivas esferas. Conselheiro **Antônio Pitol** perguntou como é feito o monitoramento da
948 implementação das recomendações do CNS. O coordenador adjunto da CIRHRT/CNS
949 respondeu que o parecer do CNS é consultivo e, às vezes, não é considerado na definição pelo
950 MEC. Por essa razão, têm sido definidas estratégias para fortalecer as recomendações do
951 Conselho. Nessa perspectiva, lembrou que o Pleno decidiu dar publicidade aos pareceres
952 aprovados e dialogar com o controle social local para que cobrem das instituições o
953 cumprimento das recomendações. O Presidente do CNS salientou que é preciso utilizar as

954 decisões do CNS como ferramentas de ação política e os pareceres do Conselho devem ser
955 vistos nessa perspectiva. Seguindo, o coordenador adjunto da CIRHRT apresentou os
956 dezessete pareceres insatisfatórios. **1)** 201409648 - Faculdade UNINABUCO Janga.
957 Pernambuco. Paulista. Psicologia. Autorização. Parecer: insatisfatório. **2)** 201409659 -
958 Faculdade UNINASSAU Lauro de Freitas. Bahia. Lauro de Freitas. Psicologia. Autorização.
959 Parecer: insatisfatório. **3)** 201504936 - Faculdade Anhanguera de Passo Fundo. Rio Grande do
960 Sul. Passo Fundo. Psicologia. Autorização. Parecer: insatisfatório. **4)** 201505590 - Centro
961 Universitário Maurício de Nassau de Macéio. Alagoas. Maceió. Psicologia. Autorização.
962 Parecer: insatisfatório. **5)** 201506748 - Universidade Universus Veritas Guarulhos – UnG. São
963 Paulo. Guarulhos. Psicologia. Autorização. Parecer: insatisfatório. **6)** 201600723 - Faculdade
964 Regional Brasileira – Parnaíba. Piauí. Parnaíba. Odontologia. Autorização. Parecer:
965 insatisfatório. **7)** 201600813 - Faculdade de Gestão e Negócios De Salvador. Bahia. Salvador.
966 Odontologia. Autorização. Parecer: insatisfatório. **8)** 201601801 - FACULDADE UNINASSAU
967 JABOATÃO DOS GUARARAPES. Pernambuco. Jaboatão dos Guararapes. Enfermagem.
968 Autorização. Parecer: insatisfatório. **9)** 201602792 - Faculdade de Ciências Sociais e Agrárias
969 de Itapeva – FAIT. São Paulo. Itapeva. Odontologia. Autorização. Parecer: insatisfatório. **10)**
970 201603182 - Faculdade Católica Paulista. São Paulo. Marília. Psicologia. Autorização. Parecer:
971 insatisfatório. **11)** 201606609 - Faculdade Anhanguera de Passo Fundo. Rio Grande do Sul.
972 Passo Fundo. Enfermagem. Autorização. Parecer: insatisfatório. **12)** 201606986 - Faculdade de
973 Marília (FAMAR). São Paulo. Marília. Enfermagem. Autorização. Parecer: insatisfatório. **13)**
974 201607198 - Faculdade Pio Décimo (FPD). Sergipe. Aracaju. Enfermagem. Autorização.
975 Parecer: insatisfatório. **14)** 201608174 - Faculdade Doctum da Serra. Espírito Santo. Serra.
976 Odontologia. Autorização. Parecer: insatisfatório. **15)** 201608216 - Faculdade Eniac (ENIAC).
977 São Paulo. Guarulhos. Enfermagem. Autorização. Parecer: insatisfatório. **16)** 201608914 -
978 Faculdade SOCIESC de Curitiba – SOCIESC. Paraná. Curitiba. Enfermagem. Autorização.
979 Parecer: insatisfatório. **17)** 201603072 - Faculdade Supremo Redentor – FACSUR. Maranhão.
980 Pinheiro. Enfermagem. Autorização vinculada ao credenciamento. Parecer: insatisfatório. Não
981 havendo manifestações, a mesa colocou em apreciação os dezessete pareceres **Deliberação: aprovados, por unanimidade, os dezessete pareceres insatisfatórios.** A seguir, apresentou
982 os dois processos a serem devolvidos ao MEC, um por se tratar de licenciatura e outro por
983 apresentar IGC “2”. **1)** 201413303 - Faculdade Guilherme Guimbala – FGG. Santa Catarina.
984 Joinville. Psicologia. Autorização. Licenciatura. **2)** 201607647 - Faculdade de Medicina Estácio
985 de Juazeiro do Norte - Estácio FMJ. Ceará. Juazeiro do Norte. Enfermagem. Reconhecimento.
986 IGC = 2 (SINAES). Conselheira **Francisca Valda da Silva** explicou que o parecer do CNS,
987 apesar de consultivo, foi decisivo para fundamentação da posição de outros órgãos como MEC
988 e Supremo Tribunal Federal. No seu ponto de vista, é importante trabalhar em articulação com
989 os conselhos das demais esferas e com outras instituições como Fórum de Graduação da
990 ANDIFIS, Associação Brasileira das Universidades Estaduais - ABRAEN. Nessa lógica, sugeriu
991 que o Conselho organize debate no congresso da Rede Unida sobre avaliação de cursos. Por
992 fim, avaliou que é preciso definir ação política para que o MEC considere os pareceres do CNS
993 na definição de abertura, reconhecimento e renovação de cursos. Conselheiro **Antônio**
994 **Lacerda Souto** salientou que, ao analisar a reforma do ensino médio, observam-se vários
995 retrocessos e ponderou que é preciso estabelecer interlocução com outras instituições e
996 informar as deliberações do CNS ao Fórum Popular de Educação. Conselheira **Sueli**
997 **Terezinha Goi Barrios** ratificou a proposta de debater o tema no congresso da Rede Unida e
998 sugeriu que a reunião do Conselho faça parte da programação da atividade. Seguindo, o
999 coordenador adjunto da CIRHRT apresentou a minuta de resolução com proposta de
1000 composição da Câmara Técnica da CIRHRT. Explicou que foram contempladas as entidades
1001 que enviaram indicações no prazo (as três que indicaram fora do prazo não foram
1002 contempladas). O texto da resolução é o seguinte: “Resolução nº 000, de 6 de outubro de
1003 2017. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Ducentésima Nonagésima
1004 Oitava Reunião Ordinária, realizada nos dias 5 e 6 de outubro de 2017, e no uso de suas
1005 competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de
1006 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de
1007 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da
1008 legislação brasileira correlata; e considerando o Art. 200 da Constituição Federal de 1988, que
1009 dispõe sobre a competência do Sistema Único de Saúde (SUS) na ordenação da formação de
1010 recursos humanos na área da saúde; considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990,
1011 que prevê a criação de comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao CNS,
1012 integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da
1013

1014 sociedade civil, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde,
1015 cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS; considerando a Lei nº
1016 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação
1017 nacional; considerando o Decreto nº 8.754, de 10 de maio de 2016, que dispõe sobre o
1018 exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições de educação
1019 superior e cursos superiores de graduação e sequenciais no sistema federal de ensino;
1020 considerando a Portaria Normativa MEC nº 40, de 12 de dezembro de 2007, que institui o e-
1021 MEC, sistema eletrônico de fluxo de trabalho e gerenciamento de informações relativas aos
1022 processos de regulação da educação superior no sistema federal de educação; considerando a
1023 Resolução CNS nº 287, de 08 de outubro de 1998, que relaciona as categorias profissionais de
1024 saúde de nível superior para fins de atuação do CNS; considerando a competência conferida
1025 ao Pleno do colegiado para a qualquer tempo, criar, modificar, suspender temporariamente as
1026 atividades e extinguir as Câmaras Técnicas (CT), como previsto na Resolução CNS nº 407, de
1027 12 de setembro de 2008 (Art. 7º, §3º e no Art. 11, V, com redação dada pela Resolução CNS nº
1028 548, de 9 de junho de 2017); considerando as normativas relativas às CTs dispostas no Art. 53-
1029 A da Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de 2008, com redação dada pela Resolução
1030 CNS nº 548, de 9 de junho de 2017; considerando a Resolução CNS nº 513, de 06 de maio de
1031 2016, que alterou o Art. 52 da Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de 2008, que trata do
1032 funcionamento das Comissões Intersetoriais do CNS; considerando a Resolução CNS nº 350,
1033 de 09 de junho de 2005, que aprova, entre outros, os critérios de regulação da abertura e
1034 reconhecimento de novos cursos da área da saúde; considerando a Resolução CNS nº 515, de
1035 07 de outubro de 2016, que manifesta o posicionamento contrário do CNS quanto à
1036 autorização de todo e qualquer curso de graduação da área da saúde, ministrado totalmente na
1037 modalidade Educação a Distância (EaD), bem como as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)
1038 da área de saúde sejam objeto de discussão e deliberação do CNS de forma sistematizada,
1039 dentro de um espaço de tempo adequado para permitir a participação, no debate, das
1040 organizações de todas as profissões regulamentadas e das entidades e movimentos sociais
1041 que atuam no controle social; considerando as propostas e diretrizes da 15ª Conferência
1042 Nacional de Saúde, aprovadas por meio da Resolução CNS nº 507, de 16 de março de 2016,
1043 em especial as enumeradas no Eixo 3 - Valorização do Trabalho e da Educação em Saúde; e
1044 considerando a Resolução CNS nº 528, de 08 de julho de 2016, que aprova a reestruturação
1045 da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT/CNS), para
1046 o exercício do mandato de 2016 a 2018, com a composição de 19 (dezenove) membros
1047 titulares e 17 (dezessete) membros suplentes. Resolve: aprovar as entidades abaixo listadas, e
1048 suas respectivas indicações, para composição da Câmara Técnica da Comissão Intersetorial
1049 de Recursos Humanos e Relações de Trabalho do Conselho Nacional de Saúde
1050 (CT/CIRHRT/CNS), constituída por 15 (quinze) integrantes, de acordo com critérios
1051 estabelecidos na Chamada nº 001/2017: 1) Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); 2)
1052 Conselho Federal de Enfermagem (COFEn); 3) Associação Brasileira de Ensino de Psicologia
1053 (ABEP); 4) Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); 5) Sociedade Brasileira de
1054 Fonoaudiologia (SBFa); 6) Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
1055 (ABEPSS); 7) Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO); 8) Associação
1056 Brasileira de Ensino da Educação Física para a Saúde (ABENEFS); 9) Associação Brasileira
1057 de Educação Farmacêutica (ABEF); 10) Conselho Federal de Biomedicina (CFBM); 11)
1058 Associação Brasileira de Educação em Nutrição (ABENUT); 12) Federação Nacional dos
1059 Nutricionistas (FNN); 13) Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO); 14) Associação
1060 Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO); 15) Conselho Federal de Odontologia (CFO).
1061 Conselheiro **Wilen Heil e Silva** informou que indicou o COFFITO para compor a Câmara assim
1062 que foi aberto prazo para indicação. O coordenador adjunto da CIRHRT informou que a
1063 indicação do COFFITO chegara naquele dia. Conselheira **Francisca Régo Oliveira Araújo**
1064 explicou que a Comissão não recebeu a indicação do COFFITO, mas sim a demanda de
1065 inclusão de representante da Medicina Veterinária. Disse que a conselheira Oriana Bezerra
1066 solicitou a redefinição da composição porque foram contempladas duas entidades da mesma
1067 profissão. Conselheira **Maria Angélica Zollin de Almeida** explicou que a FENAMEV não
1068 recebeu demanda para indicação de representação. Conselheiro **Wilen Heil e Silva** disse que
1069 verificou e a sua demanda retornou e caiu no spam. Sendo assim, manteve o pleito da sua
1070 entidade. O coordenador adjunto da CIRHRT consultou o Pleno sobre o encaminhamento a
1071 adotar nesse caso. Conselheiro **Wilen Heil e Silva** ressaltou que houve problema técnico,
1072 portanto, solicitou a apreciação dos pleitos das entidades. Conselheira **Maria Laura Carvalho**
1073 **Bicca** também defendeu a redefinição da composição porque muitas das entidades

1074 contempladas não possuíam assento no CNS. A fim de resolver o impasse, o Presidente do
1075 CNS sugeriu a aprovação da composição, conforme definido na minuta, e a inclusão das
1076 entidades que pleitearam como suplentes, para não prejudicar o trabalho da Câmara.
1077 Conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**, como encaminhamento, sugeriu aprovar a
1078 composição e definir posteriormente a situação das entidades que encaminharam e-mail fora
1079 do prazo. Todavia, não houve concordância com a proposta. A seguir, houve outras
1080 intervenções que evoluíram para duas propostas distintas: 1) Aprovar os 15 nomes indicados
1081 no prazo e incluir as três como suplentes (COFFITO, CONFEF (Educação Física), CFF, com
1082 compromisso de chamar todas as entidades, mas com financiamento da vinda das 15
1083 indicadas no prazo estabelecido. As que tiverem disponibilidade poderão participar. 2) Das 18
1084 entidades que apresentaram pleito, Pleno defina 15; três ficariam como suplentes. Conselheiro
1085 **Wilen Heil e Silva** explicou que não recebeu a composição sugerida para a CT, mas havia
1086 consenso sobre a proposta número um, considerando que as três entidades suplentes seriam
1087 chamadas a participar do debate. Diante dessa fala, a mesa colocou em votação a minuta de
1088 resolução com os acréscimos feitos em Plenário. **Deliberação: aprovada, com uma**
1089 **abstenção, a minuta de resolução apresentada pela Comissão que relaciona as**
1090 **entidades e suas respectivas indicações para a Câmara Técnica da CIRHRT.** Na
1091 **composição, foram contempladas as quinze entidades que enviaram indicações no**
1092 **prazo estabelecido no Edital de Chamada nº 001/2017 (até 31 de agosto de 2017).** Na
1093 **resolução será feito acréscimo definindo que as indicações enviadas fora de prazo serão**
1094 **consideradas como “coletivo suplente”, de acordo com o item 4.2 do Edital de Chamada**
1095 **nº 001/2017. Neste caso, o Conselho Federal de Farmácia - CFF, o Conselho Federal de**
1096 **Educação Física - CONFEF e o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional -**
1097 **COFFITO, que enviaram indicações fora de prazo, serão convidados a participar, como**
1098 **suplentes, de todas as reuniões da CT/CIRHRT, tendo suas despesas com passagens e**
1099 **diárias financiadas pelas respectivas entidades, pois o CNS poderá financiar apenas os**
1100 **quinze indicados no prazo estabelecido. O Pleno aprovou ainda a realização da oficina**
1101 **de trabalho da CT/CIRHRT que será realizada em 8 de novembro de 2017.** Seguindo, o
1102 Pleno apreciou a proposta de substituição do ex-conselheiro Dalmare Anderson Sá (ANPG)
1103 pelo conselheiro Douglas Vinícius Reis Pereira (DENEM), como membro do Grupo de
1104 Trabalho/Residência Multiprofissional (GT/RM). **Deliberação: aprovada, a partir do referendo**
1105 **do Fórum de Usuários, a substituição do ex-conselheiro Dalmare Anderson Sá (ANPG)**
1106 **pelo conselheiro Douglas Vinícius Reis Pereira (DENEM), como membro do Grupo de**
1107 **Trabalho/Residência Multiprofissional (GT/RM).** Seguindo, a mesa colocou em discussão a
1108 vaga do CNS na Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS.
1109 Conselheira **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira** apresentou a proposta do FENTAS: o CNS
1110 deve ser uma instância recursal, portanto, não deve compor a CNRMS, mas participar desse
1111 espaço como convidado permanente. Como contraproposta, o Presidente do CNS defendeu a
1112 participação do CNS como integrante da Comissão, mantendo o seu papel recursal. Reiterou,
1113 inclusive, que o GT não substitui o papel da Comissão. Conselheira **Francisca Rêgo Oliveira**
1114 **Araújo** pontuou que havia acordo sobre a participação do Conselho na Comissão e o Pleno
1115 deveria definir a forma de participação: integrante ou convidado. Nas intervenções que se
1116 seguiram não houve consenso sobre a forma de participação do CNS. Como proposta
1117 alternativa, foi sugerido que o CNS integrasse a Comissão e o formato de participação fosse
1118 discutido posteriormente, retornando a ideia de “consenso progressivo”. **Deliberação: a partir**
1119 **do referendo dos fóruns dos usuários e de trabalhadores, aprovada a indicação da**
1120 **conselheira Priscilla Viegas Barreto de Oliveira (ABRATO), como titular e conselheiro**
1121 **Douglas Vinícius Reis Pereira (DENEM), como suplente, para ocupar a vaga do CNS na**
1122 **Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS, uma vez que**
1123 **são membros do GT/RM do CNS. O formato de participação será discutido na próxima**
1124 **reunião do CNS, retornando a discussão do “consenso progressivo”, uma vez que a**
1125 **Portaria Interministerial ainda não foi publicada e nem houve solicitação de indicações,**
1126 **ainda, para o CNS.** Com esse encaminhamento, a mesa encerrou o primeiro dia de reunião,
1127 às 19:47. Estiveram presentes os seguintes conselheiros e conselheiras: **Titulares – Antônio**
1128 **Muniz da Silva**, Organização Nacional dos Cegos do Brasil – ONCB; **Antonio Pitol**, Pastoral
1129 da Saúde Nacional; **Antônio Vital**, Pastoral da Saúde; **Arilson da Silva Cardoso**, Conselho
1130 Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS; **Breno de Figueiredo Monteiro**,
1131 Confederação Nacional de Saúde – CNS; **Carmen Lucia Luiz**, União Brasileira de Mulheres –
1132 UBM; **Carlos de Souza Andrade**, Confederação Nacional do Comércio – CNC; **Cláudio**
1133 **Ferreira do Nascimento**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Dylson Ramos**

1134 **Bessa Junior**, Organização Nacional de Entidades de Deficientes Físicos – ONEDEF;
1135 **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira
1136 (COIAB); **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Ensino em
1137 Fisioterapia – ABENFISIO; **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem –
1138 ABEn; **Geordeci M. Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **Giovanny Kley Silva Trindade**,
1139 Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG; **Heliana Neves Hemeterio dos Santos**,
1140 Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – ABGLT;
1141 **Henrique Sartori de Almeida Prado**, Ministério da Educação – MEC; **Jani Betânia Souza**
1142 **Capiberibe**, Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical;
1143 **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS;
1144 **Antônio Lacerda Souto**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura –
1145 CONTAG; **Carolina Abad**, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde
1146 da Mama – FEMAMA; **Luiz Alberto Catanoce**, Sindicato Nacional dos Aposentados,
1147 Pensionistas e Idosos da Força Sindical – SINDNAPI; **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova
1148 Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional
1149 dos Assistentes Sociais (FENAS); **Moysés Toniolo de Souza**, Articulação Nacional de Luta
1150 Contra a Aids – ANAIDS; **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN);
1151 **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação
1152 Nacional da Indústria (CNI); **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul –
1153 ARPINSUL; **Ricardo José Magalhães Barros**, Ministério da Saúde - MS; **Ronald Ferreira dos**
1154 **Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos – Fenafar; **Wanderley Gomes da Silva**,
1155 Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; e **Wilen Heil e Silva**,
1156 Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). **Suplentes** – **Alexandre**
1157 **Frederico de Marca**, Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo
1158 (CNC); **Analice Dantas Santos**, Conselho Federal de Serviço Social – CFESS; **Ana Lúcia da**
1159 **Silva Marçal Paduello**, Associação Brasileira Superando o Lúpus; **Clarice Baldotto**,
1160 Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB); **Douglas Vinicius Reis Pereira**, Direção
1161 Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM; **Eliane Maria Nogueira de Paiva**
1162 **Cunha**, Sindicato dos Servidores do Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde
1163 – UNASUS; **Elgiane de Fatima Machado Lago**, Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras
1164 do Brasil – CTB; **Fernando Zasso Pigatto**, Confederação Nacional das Associações de
1165 Moradores – CONAM; **Gilene José dos Santos**, Sindicato Nacional dos Aposentados,
1166 Pensionistas' e Idosos da Força Sindical – Sindnapi; **Heleno Rodrigues Corrêa Filho**, Centro
1167 Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES; **Ivone Martini de Oliveira**, Conselho Federal de
1168 Enfermagem – COFEN; **Joana Batista Oliveira Lopes**, Federação Nacional dos
1169 Odontologistas - FNO; **João Bosco Cavalcanti Chaves**, Federação Nacional dos
1170 Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais – FENAFITO; **Jorge Alves de Almeida Venâncio**,
1171 Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB; **Lenir Santos**, Federação Brasileira das
1172 Associações de Síndrome de Down – FBASD; **Lenise Aparecida Martins Garcia**, Conferência
1173 Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Luciana Rodriguez Teixeira de Carvalho**, União
1174 Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS; **Maria Angélica Zollin de**
1175 **Almeida**, Federação Nacional dos Médicos Veterinários – FENAMEV; **Maria da Conceição**
1176 **Silva**, União de Negros pela Igualdade; **Maria Leitão Bessa**, Associação Brasileira de
1177 Alzheimer – ABRAZ; **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira**, Associação Brasileira de
1178 Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Rafaela Bezerra Fernandes**, Associação Brasileira de
1179 Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS; **Simone Maria Leite Batista**, Articulação
1180 Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS; **Shirley**
1181 **Marshal Diaz Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE; e **Sueli Terezinha Goi**
1182 **Barrios**, Associação Brasileira da Rede Unida – REDE UNIDA. Iniciando o segundo dia de
1183 reunião, a mesa foi composta para apresentação dos informes e indicações. **1)** Conselheiro
1184 **Moysés Toniolo** fez os seguintes informes: **a)** A Federação Nacional de Associações e
1185 Entidades de Diabetes - FENAD denuncia a falta de insumos para diabetes e solicita
1186 providências a respeito. **b)** Fórum da ONGs AIDS de São Paulo – será entregue documento
1187 sobre a fabricação de penicilina bensatina; e foi enviada carta sobre pronunciamento do
1188 Judiciário acerca da cirurgia de reversão de mudança de sexo. **2)** Conselheira **Simone Leite**
1189 informou o Pleno sobre: **a)** Curso do EdpopSUS voltado a educadores – FIOCRUZ e MS. Edital
1190 aberto para cinco estados; e **b)** sua participação no Congresso DST/Aids; e em evento em
1191 Maceió – espaço de divulgação das práticas integrativas. **3)** Conselheiro **Wilen Heil e Silva**
1192 informou o Pleno sobre a realização do I Seminário de Medicinas Tradicionais, Práticas
1193 Integrativas e Complementares em Saúde, dia 26 de outubro de 2017, no Auditório Nereu

1194 Ramos, Câmara dos Deputados. **4)** Conselheira **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira** informou
1195 o Pleno sobre: **4.1)** Participação no 15º Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional com
1196 elaboração de moções: **a)** Moção de repúdio aos desmontes das Políticas Públicas da Saúde;
1197 **b)** Moção de apoio à abertura de cursos de terapia ocupacional direcionada ao Ministério da
1198 Educação e aos reitores das Universidades Públicas Federais, Estaduais e Municipais; e **c)**
1199 Moção de repúdio ao retrocesso nas políticas públicas sociais e de saúde, em especial, à
1200 Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, baseada nos princípios da Reforma
1201 Psiquiátrica, da Luta Antimanicomial e da Redução de Danos; **4.2)** Solicitação de produção e
1202 publicação de documento que aborde as especificidades das mulheres com deficiência pela
1203 Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência – CIASPD/CNS. A
1204 CGSPCD está trabalhando na elaboração da Diretriz de Atenção à Saúde da Mulher com
1205 Deficiência e Mobilidade Reduzida, que é uma diretriz de atenção destinada aos profissionais
1206 de saúde da rede SUS. O objetivo é definir parâmetros para garantir o acesso qualificado à
1207 atenção integral, de acordo com padrões estabelecidos por evidências científicas e experiência
1208 de profissionais qualificados que atuam na área, visando a segurança do usuário e a
1209 integralidade da atenção à mulher com deficiência e mobilidade reduzida. A previsão é que a
1210 Diretriz seja submetida à consulta pública no início do mês de novembro e publicada em janeiro
1211 de 2018. Nesse momento, será oportuna a participação da sociedade, inclusive da
1212 CIASPD/CNS; e **4.3)** Apresentação ao Pleno de recomendação à Secretaria Especial dos
1213 Direitos da Pessoa com Deficiência para que agilize a conclusão das definições dos
1214 instrumentos de avaliação do Cadastro Unificado de Inclusão de Pessoas com Deficiência cujo
1215 prazo expira em janeiro de 2018 (texto apreciado no último item da reunião). **5)** Conselheiro
1216 **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, fez um informe sobre as
1217 discussões/pactuações da 9ª reunião da Comissão Intergestores Tripartite, realizada no dia 28
1218 de setembro de 2017: a) Consolidação das Normas do SUS (SUS Legis) – SE/MS. b) Minuta
1219 de Portaria que estabelece recursos a serem transferidos do Fundo de Ações Estratégicas e
1220 Compensação - FAEC para o Teto Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar
1221 de Média e Alta Complexidade – MAC dos Estados, Distrito Federal e Municípios – SAS/MS. c)
1222 Minuta de Resolução que aprova o II Plano Operativo (2017-2019) da Política Nacional de
1223 Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais LGBT no âmbito do
1224 Sistema Único de Saúde (SUS) – SGEP/MS. d) Minuta de Resolução que aprova o II Plano
1225 Operativo (2017-2019) da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da
1226 Floresta e das Águas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) – SGEP/MS. e) Minuta de
1227 Portaria que institui, para o ano de 2017, no âmbito do Componente de Vigilância Sanitária do
1228 Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde, repasse financeiro destinado à organização e
1229 fortalecimento do processo de descentralização das ações de Vigilância Sanitária – ANVISA. f)
1230 Minuta de Portaria que institui, para o ano de 2017, o repasse financeiro, referente ao Piso
1231 Variável de Vigilância Sanitária – PVVISA, destinado aos Estados e Municípios para
1232 fortalecimento das ações de Vigilância Sanitária relacionadas ao controle do risco sanitário nos
1233 estabelecimentos de Sangue, Tecidos e Células (STC) – ANVISA. Neste ponto, conselheiro
1234 **Nelson Mussolini** sugeriu a composição de Grupo de Trabalho para o acompanhamento e a
1235 consolidação de Portarias do Ministério da Saúde. A proposta seria apreciada posteriormente,
1236 uma vez que no ponto de informes não há deliberação. **6)** Conselheira **Maria Leitão Bessa**
1237 informou e convidou o CNS para o 1º Seminário Internacional sobre Alzheimer, de 9 a 11 de
1238 novembro 2017, em Brasília-DF. **7)** Conselheiro **Geordecí Menezes de Souza** Informou o
1239 Pleno sobre as Resoluções do CNS pendentes de homologação, a saber: nº. 511/16; nº.
1240 534/16; nº. 543/17; nº. 544/17; nº. 551/17; nº. 554/17; nº. 555/17; nº. 556/17; nº. 557/17; e nº.
1241 558/17. Além disso, neste ponto, foi solicitado informe sobre a publicação da Carta dos Direitos
1242 dos Usuários da Saúde, cuja atualização foi aprovada pelo Pleno do CNS em agosto de 2017.
1243 Seria feito informe no item das comissões do CNS. **Indicações - 1)** Comissão Intersetorial de
1244 Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica – CICTAF - indicação de coordenação adjunta:
1245 um representante do segmento dos usuários, em virtude da substituição do Conselheiro
1246 Dalmare Anderson, representante da Associação Nacional de Pós Graduandos – ANPG, na
1247 composição do CNS. **Indicação:** conselheira **Lenise Aparecida Garcia**. **2)** Grupo de Trabalho
1248 para tratar sobre gestão da informação – aprovado na 297ª Reunião Ordinária do CNS. **a)** Três
1249 representantes do segmento dos usuários – conselheira **Carmem Lúcia Luiz**; conselheira **Jani**
1250 **Capiberibe**; e conselheiro **Antônio Muniz**; **b)** Um representante do segmento dos profissionais
1251 de saúde – conselheira **Eliane Maria Cunha**; e **c)** Um representante do segmento dos
1252 gestores/prestadores de serviço – a indicar. **3)** Grupo de Trabalho para tratar sobre os
1253 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável – aprovado na 297ª Reunião Ordinária do CNS. **a)**

1254 Três representantes do segmento dos usuários – conselheira **Heliana Neves Hemeterio dos**
1255 **Santos**; conselheira **Carmem Lúcia Luiz**; e conselheira **Maria das Graças Gervásio**; b) Um
1256 representante do segmento dos profissionais de saúde – conselheira **Maria Laura Carvalho**
1257 **Bicca**; e c) Um representante do segmento dos gestores/prestadores de serviço – conselheiro
1258 **José Eri de Medeiros**. 4) Curso de Capacitação para conselheiros municipais de saúde. Data:
1259 25 de outubro de 2017. Local: Cachoeira do Sul/RS. *Indicação*: conselheiro **Wanderley Gomes**
1260 **da Silva**; e conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**. 5) Audiência Pública "Nova Política Nacional
1261 de Atenção Básica – PNAB no contexto da saúde de Porto Alegre". Data: 26 de outubro de
1262 2017. Horário: 18h. Local: Porto Alegre/RJ. *Indicação*: conselheira **Sueli Terezinha Goi**
1263 **Barrios**. 6) 1º Encontro de Pacientes e Blogueiros de Diabetes. Data: 28 e 29 de outubro de
1264 2017. Local: São Paulo/SP. *Indicação*: conselheiro **Luiz Carlos Medeiros de Paula**. 7) Conferência Conexão Respeito. Data: 7 e 8 de novembro de 2017. Local: Rio de Janeiro/RJ. *Indicação*: conselheira **Heliana Hemetério dos Santos**. 8) Evento proponente de criação de um núcleo de atuação e resistência em Peruíbe. Data: 22 e 23 de novembro de 2017. Local: Peruíbe/SP. *Indicação*: conselheira **Simone Maria Leite Barbosa**. 9) 7º Encontro da Rede Nacional Lailai Apejo "Saúde da População Negra e AIDS". Data: 10 a 12 de novembro de 2017. Local: Curitiba/PR. *Indicação*: conselheira **Maria da Conceição Silva**. Deliberação geral: aprovadas, em bloco, por unanimidade, as indicações. ITEM 8 – POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA – PNAB - Apresentação: **João Salame Neto**, Diretor do Departamento de Atenção Básica – DAB/SAS/MS; **Marcelo Pedras**, técnico do Departamento de Atenção Básica – DAB/MS; conselheira **Shirley Marshal Diaz Morales**, GT/AB do CNS; e conselheira **Maria da Conceição Silva**, GT/AB do CNS. Coordenação: conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**, da Mesa Diretora do CNS. O técnico do DAB/MS, **Marcelo Pedras**, apresentou o resultado síntese da Consulta Pública para aprimoramento da Política Nacional de Atenção Básica, focando a sua explanação nos seguintes pontos: objetivo geral; consolidado das propostas recebidas; metodologia de análise e categorização; e Relatório síntese. Explicou que o objetivo geral da consulta pública, definido na Resolução da CIT nº. 21, de 27 de julho de 2017, publicada no DOU no dia 31 de julho, foi receber contribuições para aprimorar a PNAB. O período da consulta pública foi de 28 de julho até 10 de agosto. Disse que foram 6.281 contribuições recebidas, distribuídas da seguinte forma: trabalhador - 3.779; usuário – 1.700; gestor - 556; Pesquisador – 217; Outros – 19; e Conselhos – 10. Detalhou que as 6.281 contribuições transformaram-se em 8.901 proposições, convertidas em 1.086 enunciados sínteses que corresponde a 1.421 páginas. Foram recebidos 192 arquivos anexos, que correspondem a mais 480 páginas. Acrescentou que 50 técnicos do DAB trabalharam na sistematização, por aproximadamente 20 dias. Seguindo, falou sobre a metodologia de análise e categorização, detalhando os procedimentos utilizados para organização das contribuições enviadas à Consulta Pública da PNAB com vistas a disponibilizá-las, de forma mais prática e compreensível, para o trabalho no GT da CIT. Detalhou os procedimentos utilizados: padronização de todas as informações recebidas; leitura e sistematização em dez categorias e 54 subcategorias; produção de enunciados síntese e contagem das recorrências de assuntos; e elaboração do "relatório de contribuições" da consulta pública. Sobre a sistematização em categorias e subcategorias, disse que foram sistematizadas da seguinte forma: dez macro categorias de análise; e 54 subcategorias de análise vinculadas as macro categorias. Listou as categorias de análise com número: 1) Modelo de Atenção Básica (1.476 propostas = 288 páginas); 2) Financiamento (487 propostas = 122 páginas); 3) Composição e arranjo das equipes (2.707 propostas = 395 páginas); 4) Atribuições dos profissionais (84 propostas = 30 páginas); 5) Processo de trabalho (247 propostas = 45 páginas); 6) Infraestrutura (105 propostas = 29 páginas); 7) Gestão (578 propostas = 125 páginas); 8) Programas (84 propostas = 32 páginas); 9) Posicionamento PNAB (2.644 propostas = 328 páginas); 10) Não se aplica ao debate relativo à revisão (489 proposta = 25 páginas). Seguindo, apresentou exemplo de subcategorias de análise – (54): categoria: Composição e arranjo das equipes. Subcategorias: Agentes Comunitários de Saúde; Equipe de Saúde da Família; Equipes de Atenção Básica; Equipe de Saúde Bucal; Equipe de Consultório na Rua; Equipes Ribeirinha e Fluvial; Núcleo de Apoio à Saúde da Família; Referência a outras equipes (Fronteiras, Quilombola, Assentado, Rural); Inclusão de profissionais, sem especificar o tipo de equipe; e Carga horária, sem especificar o tipo de equipe. Sobre a validação e análise da versão final das propostas e do relatório de contribuições, explicou que a metodologia foi aprovada pelo GT da CIT no dia 15 de agosto de 2017. Detalhou que todas as propostas sintetizadas foram integralmente lidas e avaliadas quanto a: pertinência com a PNAB - Propostas que apontavam modificações mais profundas ou relacionadas a outros âmbitos do Sistema Único de Saúde,

que fugiam ao que a PNAB poderia normatizar, foram classificadas como “*não se aplica*”; conteúdo semelhante ao que já estava descrito na minuta que foi submetida à Consulta Pública, foram classificadas como “*já contemplada*”; conteúdo propositivo - Propostas que manifestavam opiniões ou julgamentos acerca da PNAB, sem explicitar o que de fato poderia alterar, foram classificadas como “*opinião*”. Já aquelas que apresentavam alterações ao sentido do texto da minuta (explícitas ou não explícitas) foram analisadas e deliberadas como “*acatada*”, quando houve acordo entre os entes presentes no GT sobre as alterações propostas, ou “*não acatada*”, na ausência de acordo. Explicou que o relatório de contribuições da consulta pública terá a seguinte composição: apresentação – histórico da consulta; nota metodológica; Síntese das propostas por categorias e subcategorias; todas as propostas no formato original; e considerações finais. Por fim, mostrou modelo - 159 Enunciados-sínteses - Modelos de Atenção Básica Princípios e Diretrizes da Estratégia de Saúde da Família, a fim de ilustrar como ficaria no formato final. Conselheira **Shirley Marshal Diaz Morales**, do GT/AB do CNS, destacou que o GT solicitou ao MS, por meio do DAB, a apresentação do resultado da consulta pública, porque materiais muitas vezes não são encaminhados oficialmente ao Grupo. Salientou que o CNS precisa entender como foi o processo de acatamento das contribuições quando o trabalho de compilação/sistematização das propostas da consulta pública ainda não terminou. Além disso, frisou que não houve participação social completa e a consulta pública foi feita à revelia do que foi solicitado pelo CNS. No mais, disse que o prazo de duração da consulta pública foi insuficiente para garantir a efetiva participação social. Reiterou ainda que o GT não tinha conhecimento do resultado da consulta pública, inclusive do que foi acatado ou não. Disse que o GT aprofundará o debate sobre o resultado das contribuições, mas já se observa que a Portaria publicada ainda traz problemas na essência da discussão da atenção básica no país - financiamento, relações de trabalho, ações programáticas, outras políticas paralelas à atenção básica. Frisou que é preciso discutir questões importantes e reiterou que as políticas devem considerar a visão dos usuários e dos trabalhadores para ter sucesso. Diante do cenário, pontuou os seguintes encaminhamentos do GT: realizar reunião ampliada do GT, na FIOCRUZ/Rio de Janeiro, para trabalhar o material disponibilizado, a Portaria e as justificativas (no caso dessa última, aguarda a disponibilização do DAB); reafirmar o posicionamento do CNS de revogação da Portaria nº 2. 436, de 21 de setembro de 2017 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e consequentemente a manutenção da PNAB 2011, até o esgotamento do debate; apresentar, na próxima reunião do CNS, análise descritiva do produto recebido e o Pleno definirá agenda política e de diálogo com a sociedade; e enviar ofício do CNS ao DAB solicitando o banco de dados. Conselheira **Maria da Conceição Silva**, do GT/AB do CNS, acrescentou que o CNS não foi envolvido no debate de revisão da PNAB e reforçou a solicitação à CIT de acatamento da Recomendação do CNS nº 035. Também reiterou a solicitação de que sejam disponibilizadas informações sobre a PNAB para que o CNS avalie e contribua. Chamou a atenção para o modelo de saúde que está sendo construído voltado para um processo de assistencialismo, sem acesso a informações em saúde, em um momento político crítico. Finalizou reiterando que é preciso trabalhar na lógica do diálogo, com respeito e consideração à posição do CNS. O Diretor do DAB/SAS/MS, **João Salame Neto**, esclareceu que, na reunião com o GT, o DAB entregou o consolidado das propostas acatadas ou não. Disse que o Departamento está preparando relatório de resposta/justificativa individual de acatamento ou não de cada uma das contribuições apresentadas na consulta pública e compromete-se a entregar esse documento antes da próxima reunião do GT. Acrescentou que, das contribuições, 28% não foi acatado. Destacou ainda que o trabalho foi realizado no prazo definido em resolução da CIT. Ressaltou que é preciso continuar o debate sobre o lócus para definição das políticas – município, território, nacional? – e, inclusive, há divergências entre os secretários de saúde. Concordou que é preciso garantir interação entre a formulação teórica da política e a realidade nos municípios. Explicou que, ao assumir o DAB, há menos de dois meses, o processo já estava na fase final (preparação de relatórios). No seu ponto de vista, é necessário encontrar mecanismo para estabelecer diálogo entre gestores, usuários e trabalhadores e debater as divergências. Também salientou que não se deve desconsiderar o grave problema de natureza financeira e avaliou que o problema maior nos municípios é o pagamento dos médicos. Nesse contexto, disse que é preciso debater o Programa mais Médicos que, na sua avaliação, representou avanço para implantação da Estratégia Saúde da Família. No mais, pontuou que cerca de 30% do orçamento do DAB é destinado ao pagamento dos ACS e se houver aumento do piso, chegará a 40%. Todavia, disse que não é contra o aumento do piso, mas entende que é preciso debater como se dará o financiamento. Destacou que questões relativas ao funcionamento do Sistema precisam ser debatidas para além de

1374 posições políticas ideológicas e frisou que o DAB irá trabalhar para contribuir na construção
1375 dessa política. Pontuou, basicamente, duas questões polêmicas – ACS (número mínimo,
1376 território); e financiamento das equipes de atenção básica. Por fim, colocou o DAB à disposição
1377 para participar da próxima reunião do GT, que será realizada no Rio de Janeiro, inclusive com
1378 distribuição das justificativas. Manifestações. Conselheira **Carmen Lúcia Luiz** interveio para
1379 destacar que o governo deve cumprir as suas atribuições segundo as determinações da
1380 Constituição Federal e, nessa perspectiva, citou o art. 198 da Constituição Federal, para
1381 destacar a importância do princípio da participação da comunidade. Conselheiro **Moysés**
1382 **Toniolo de Souza** lembrou que, dois dias após a consulta pública, o Ministro de Estado da
1383 Saúde concedeu entrevista coletiva anunciando a nova PNAB. Também questionou a consulta
1384 pública por entender que as sugestões não foram contempladas e questionou o discurso
1385 falacioso de planejamento ascendente para justificar a revisão da Política e salientou que as
1386 modificações não são apenas metodológicas, porque irá refletir, por exemplo, nas questões
1387 relativas a rateio. Conselheira **Joana Batista Oliveira Lopes** cumprimentou o GT do CNS pelo
1388 trabalho e defendeu a revogação da Portaria por entende que representa um retrocesso.
1389 Defendeu a equipe de saúde bucal como obrigatória (não opcional) na equipe de saúde da
1390 família, bem como equipe multiprofissional a fim de garantir cuidado integral à população.
1391 Conselheiro **Luiz Aníbal Vieira Machado** denunciou a morte de usuários do SUS por falta de
1392 repasse de recursos para custear procedimentos e cobrou resposta do governo. Frisou a
1393 importância do agente comunitário de saúde na equipe de saúde da família, especialmente na
1394 prevenção. Conselheiro **Cláudio Ferreira do Nascimento** iniciou a sua fala pontuando a
1395 decisão política do MS, junto com CONASS e CONASEMS, desde o início, de aprovar a
1396 revisão da PNAB, independente da posição do CNS. Identificou, a partir das falas dos
1397 representantes do governo, inclusive do diretor do DAB, o entendimento de que o
1398 financiamento é o centro da Política, todavia, a revisão da PNAB não garante financiamento
1399 para questões que o controle social considera essencial – ESF, fortalecimento da atenção
1400 básica. Pontuou, ainda, que a inclusão de questões na PNAB de forma imprecisa significa
1401 desregulamentar. Salientou que, para continuar o debate, é preciso revogar a PNAB pelo risco
1402 que representa para os trabalhadores da saúde. Além disso, é preciso definir agenda de
1403 debate do Pleno do CNS, assegurando a participação da sociedade na revisão da PNAB.
1404 Conselheira **Francisca Valda da Silva** recuperou o debate sobre a importância da prevenção e
1405 o papel estratégico da saúde família nesse processo. Destacou que a Portaria rompe com o
1406 princípio constitucional do “acesso universal”, contemplando a lógica da cobertura universal
1407 (ideia de pacote de serviços). Falou também sobre a questão do financiamento e perguntou,
1408 inclusive, que programas serão afetados pelo contingenciamento. Por fim, manifestou apoio à
1409 revogação da Portaria por conta dos prejuízos que causa. Conselheira **Simone Maria Leite**
1410 **Batista**, inicialmente, cumprimentou o Grupo pelo trabalho e Salientou que a proposta traz
1411 prejuízos aos usuários porque não garantem o princípio do acesso universal, com prioridade na
1412 prevenção. No seu ponto de vista, cabe ao Conselho rejeitar a proposta e descentralizar a
1413 informação a fim de buscar mais aliados contra essa nova proposta de governo. Conselheiro
1414 **Wilen Heil e Silva** avaliou que se vive momento de banalização e desconstrução de avanços e
1415 direitos já conquistados. Lembrou, inclusive, que 80% da população aprova a Estratégia de
1416 Saúde da Família, assim, lamentou que o governo aprove proposta que desconstrói essa
1417 iniciativa. Defendeu, inclusive, que os políticos utilizem os serviços públicos – saúde,
1418 educação, segurança, esporte – e o cumprimento das deliberações das conferências,
1419 adotando, inclusive, os dispositivos necessários para isso. Conselheiro **Ronald Ferreira dos**
1420 **Santos**, Presidente do CNS, em relação às decisões e processos adotados no país, frisou que
1421 “nada é por acaso, tudo é conspiração” e clarificou que o objetivo do Pleno do CNS é estruturar
1422 o contratado na Constituição Federal. Nessa linha, o CNS tem definido ações buscando
1423 diálogo, mas é preciso ação política com o Judiciário, Legislativo e as bases. Disse que está
1424 marcada reunião com o Ministro da Saúde para tratar as divergências, mas, como
1425 encaminhamentos, conclamou as entidades que compõem o CNS a se mobilizarem para
1426 participar da audiência na CSS, na quarta feira e propôs a aprovação de moção de
1427 reconhecimento e apoio à aprovação do Projeto de Decreto Legislativo nº 786/2017.
1428 Conselheiro **Heleno Rodrigues Corrêa Filho** também defendeu a revogação da Portaria que
1429 modifica o modelo de assistência e atenção básica à saúde e que atropela a construção do
1430 SUS, de mais de 20 anos, feita em um ambiente bem mais democrático que o de hoje. Avaliou
1431 que, para justificar a proposta, adota-se cenário de chantagem financeira e política do governo
1432 federal sob os gestores municipais e estaduais com o argumento de falta de financiamento.
1433 Além disso, disse que o processo não respeitou o princípio da participação social, assegurando

1434 a participação dos conselhos de saúde. Conselheiro **Antônio Lacerda Souto** ponderou que
1435 determinadas políticas, dada a importância para o desenvolvimento nacional, precisam ser
1436 tratadas com cuidado como a educação e a saúde. Também chamou a atenção para a
1437 importância da participação social, de forma qualificada, e, no caso da consulta pública, não a
1438 considerou participativa. Também destacou que, utilizando o discurso da eficiência econômica,
1439 escolas do campo estão sendo fechadas, o que trará sérios prejuízos para o futuro. Também
1440 frisou que não haverá desenvolvimento no campo e nos pequenos municípios sem política de
1441 saúde e de educação. Como encaminhamento, reiterou a proposta de revogar a Portaria e
1442 ampliar a participação popular de forma qualificada. Conselheiro **Arilson da Silva Cardoso**
1443 iniciou a sua fala esclarecendo que o CONASEMS possui grupo técnico que discute a PNAB e
1444 que, inclusive, indicou dois nomes para participar do GT/AB do CNS. Na condição de
1445 representante do CONASEMS no CNS, defendeu a revisão da PNAB, inclusive por se tratar de
1446 uma das deliberações da 15ª Conferência Nacional de Saúde. Avaliou que o CNS precisa
1447 debater permanentemente a atenção básica, independente da decisão final e, nessa
1448 perspectiva, defendeu a constituição de espaço do CNS para debater a PNAB, que é a porta
1449 de entrada do SUS. Aproveitou, inclusive, para esclarecer que a nova PNAB determina a
1450 Estratégia da Saúde da Família como prioritária e contempla as diretrizes do SUS. Por fim,
1451 disse que a PNAB deve ser atualizada periodicamente, mas não se deve continuar com
1452 discurso que afasta usuários e trabalhadores da gestão. Conselheiro **Neilton Araújo de**
1453 **Oliveira** salientou que essa não é a primeira nem a última dificuldade a ser enfrentada na
1454 construção do SUS. Inclusive, fez referência à fala da professora Lígia Bahia sobre a suspeita
1455 de compra da medida provisória que estabeleceu a participação do capital estrangeiro na área
1456 da saúde para esclarecer que não se trata de uma questão desse governo. Salientou a
1457 importância do envolvimento das entidades que compõem o CNS no debate de políticas, de
1458 formulação e de enfretamento, lembrando que a luta do controle social ocorre no dia a dia.
1459 Reiterou que a revisão da PNAB é uma deliberação da 15ª Conferência e o debate desse tema
1460 possibilitaria maior conhecimento da atenção básica e contribuição das diferentes realidades,
1461 fortalecimento do controle social e exercício do planejamento ascendente. Salientou que todos
1462 devem fazer uma leitura cuidadosa da Política, para conhecê-la melhor e também ratificou a
1463 proposta de formar grupo para debater a atenção básica. No seu ponto de vista, é difícil
1464 revogar a PNAB, mas entende que é possível negociar alguns pontos da Política. Assim, disse
1465 que o CNS deve contribuir no debate marcado para a próxima quarta-feira, entendendo tratar-
1466 se de um momento de síntese. Por fim, disse que não há incompatibilidade entre CNS e CIT,
1467 uma vez que são instâncias distintas. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** reconheceu
1468 publicamente o empenho das conselheiras Shirley Marshal Diaz Morales e Maria da Conceição
1469 Silva no debate deste tema e mostrou-se animada com a fala do novo diretor do DAB que
1470 aponta para o diálogo. Todavia, para conversar, é preciso revogar a Portaria, publicada à
1471 revelia do CNS. Destacou que o Conselho deseja, de fato, rever a PNAB, conforme publicada.
1472 Por fim, disse compreender a limitação de recursos, portanto, é preciso buscar mais recursos.
1473 Conselheira **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira** iniciou a sua fala avocando os princípios da
1474 democracia e da soberania e citando a participação da comunidade no planejamento das
1475 políticas públicas (art. 198 da CF). Considerando a possibilidade de diálogo, também defendeu
1476 a revogação a Portaria para debate. **Retorno da mesa.** Conselheira **Maria da Conceição**
1477 **Silva**, GT/AB do CNS, diante das falas, reiterou os encaminhamentos do GT/AB do CNS:
1478 acatamento da Recomendação do CNS nº. 35, porque o debate precisa ser ampliado com as
1479 bases e o controle social; manutenção da PNAB 2011; e revogação da Portaria nº. 2436/2017.
1480 Conselheira **Shirley Marshal Diaz Morales**, GT/AB do CNS, questionou aspectos da Portaria
1481 destacando que: os valores terão como base “um” valor que será repassado (quais critérios
1482 serão considerados?); situação da cobertura não fica clara porque não há definição de
1483 território; atribuições dos profissionais da atenção básica foram definidas sem dialogar com os
1484 profissionais e desconsiderando as leis de exercício profissional; a vigilância em saúde, a
1485 prevenção e a prevenção em saúde não são demonstradas. Disse que esses pontos levam o
1486 CNS a entender, tecnicamente, que a Portaria apresenta problemas e o GT defende a
1487 revogação da Portaria para iniciar o diálogo. O diretor do DAB/MS, **João Salame Neto**, em
1488 relação às questões que emergiram das intervenções, pontuou que: a consulta pública
1489 considerou o preceito constituição e o debate é se foi suficientemente ampla; o DAB enviará o
1490 relatório de resposta/justificativa individual de acatamento ou não de cada uma das
1491 contribuições apresentadas na consulta pública; o debate político no Brasil é diferente de
1492 outros momentos e interfere nas discussões gerais; o maior problema para manutenção da
1493 ESF, sobretudo nos municípios do Norte e Nordeste, é o pagamento do salário do médico, pois

1494 o salário do ACS, na maior parte, é pago pelo governo federal; é preciso debater mecanismos
1495 para impedir que as equipes da ESF migrem para equipe de atenção básica; não é razoável
1496 definir que o município deve pagar sozinho enquanto não consegue implementar equipe de
1497 ESF; a intenção é ampliar e não restringir as ações, mas é preciso garantir financiamento; o
1498 SUS é um modelo de sistema bem visto por boa parte do mundo, mas há problemas na
1499 aplicação; o aumento dos indigentes transcende a política de saúde e relaciona-se com as
1500 políticas econômicas (aumento do desemprego); é preciso debater a questão dos blocos de
1501 financiamento porque há recurso parado em contas de prefeituras; é preciso debater o
1502 problema da corrupção da classe política; nota técnica do DAB, que está em conclusão, irá
1503 tratar do aumento da taxação de refrigerantes como parte de iniciativa de combate à obesidade
1504 infantil; a consulta deve ser valorizada, mesmo com suas dificuldades, uma vez que recebeu
1505 mais de 8 mil contribuições; prefeitos e secretários de saúde pressionam o Ministério da Saúde
1506 por conta da dificuldade de execução das políticas em virtude da falta de recursos; não se deve
1507 partidarizar o debate para avançar; em que pese as divergências, o Ministro de Estado da
1508 Saúde conseguiu credenciar, em julho de 2017, número significativo de ACS de ESF; o DAB
1509 está realizando trabalho para sensibilizar os deputados sobre a importância de garantir mais
1510 recursos para a saúde, especificamente para atenção básica. Afora essas questões, colocou o
1511 entendimento que a revogação da portaria não deve ser uma bandeira de luta. Se for
1512 demonstrado que a portaria está prejudicando a atenção básica, não vê por que não revogar.
1513 Lembrou, inclusive, o debate marcado na Comissão de Seguridade Social, para a próxima
1514 quarta-feira, para debater a Portaria. Por fim, disse que o DAB está à disposição do CNS para
1515 o diálogo, inclusive participará da reunião na FIOCRUZ. Assegurou ainda que o CNS será
1516 comunicado sobre o debate de políticas com impacto na atenção básica. O técnico do
1517 DAB/MS, **Marcelo Pedras**, fez os seguintes acréscimos: a direção dada para equipe de
1518 atenção básica é a mesma dada pela equipe de saúde da família, mas não foi definida
1519 propositalmente a questão do financiamento, portanto, será necessária normatização posterior;
1520 equipe de saúde bucal, assim como na PNAB anterior, não é obrigatória, por conta do
1521 financiamento, portanto, deve ser um pleito de luta; e o NASF contempla diversas categorias
1522 profissionais. O Presidente do CNS disse que disponibilizará ao diretor do DAB, para
1523 conhecimento, os documentos que resgatam o debate no CNS sobre atenção básica. O diretor
1524 do DAB/MS sugeriu a definição de pauta de debate do GT com o DAB. Após essas falas, a
1525 coordenadora da mesa, conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**, procedeu aos
1526 encaminhamentos. Primeiro, agradeceu o GT pelo trabalho e o DAB pelos esclarecimentos.
1527 Também pontuou as seguintes questões a serem observadas no debate pelo Grupo e pelo
1528 Departamento: nem todos os profissionais de saúde estão inseridos na atenção básica, porque
1529 os NASF não consegue garantir a assistência que a sociedade necessita; cuidado da
1530 necessidade de saúde das pessoas, considerando as especificidades – povos vulneráveis,
1531 pessoas com deficiência. Conselheiro **Moyses Toniolo** interveio para propor como
1532 encaminhamentos: que sejam contempladas na revisão da PNAB as deliberações da 15ª
1533 Conferência Nacional de Saúde relativas à atenção básica e as proposições do GT/AB do
1534 CNS. A seguir, a mesa sintetizou os encaminhamentos oriundos do debate: debate
1535 permanente deste tema, avaliando posteriormente a criação de espaço para discussão -
1536 Comissão, Câmara; recomendação ao MS de revogação da Portaria nº 2. 436, de 21 de
1537 setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão
1538 de diretrizes para organização da Atenção Básica no âmbito do SUS até a conclusão do
1539 processo de debate da revisão da PNAB; moção de reconhecimento e apoio à aprovação do
1540 Projeto de Decreto Legislativo nº 786/2017. Além dessas propostas, o Presidente do CNS
1541 apresentou como encaminhamento: recomendar às entidades que compõem o CNS que se
1542 manifestem em apoio à aprovação do Projeto de Decreto Legislativo nº 786/2017; e incluir a
1543 representação dos Agentes Comunitários de Saúde como convidado permanente do GT/AB do
1544 CNS, como forma de reconhecimento político do CNS sobre a importante atuação da categoria
1545 nessa pauta. Antes da votação dos encaminhamentos, conselheiro **Nelcy Ferreira da Silva**
1546 sugeriu que a CIAN possa contribuir com o debate relativo à taxação de bebidas. O diretor do
1547 DAB colocou-se à disposição para marcar reunião e tratar do tema. Dito isso, agradeceu a
1548 oportunidade e despediu-se do Pleno do Conselho. Na sequência, a coordenadora da mesa
1549 colocou em votação, em separado, os encaminhamentos. **1) Moção de reconhecimento e apoio**
1550 à aprovação do Projeto de Decreto Legislativo nº 786/2017, indispensável para a garantia de
1551 uma atenção básica com maior resolutividade e que garanta a universalidade do acesso à
1552 saúde da população. As entidades que compõem o CNS também devem se manifestar em
1553 apoio a esta iniciativa. **Deliberação: aprovada, com quatro abstenções, a moção de**

1554 **reconhecimento e apoio. 2) Recomendar ao MS a revogação da Portaria nº 2. 436, de 21 de**
1555 **setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão**
1556 **de diretrizes para organização da Atenção Básica no âmbito do SUS até a conclusão do**
1557 **processo de debate da revisão da PNAB. Deliberação: aprovada a proposta de**
1558 **recomendação, com três votos contrários e uma abstenção. 3) Debate permanente deste**
1559 **tema, avaliando posteriormente a criação de espaço para discussão - Comissão, Câmara.**
1560 **Deliberação: aprovado, por unanimidade. 4) Incluir a representação dos Agentes**
1561 **Comunitários de Saúde como convidado permanente do GT/AB do CNS. Como**
1562 **contraproposta, conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**, apesar de reconhecer e apoiar o**
1563 **protagonismo dos ACS, sugeriu que o GT/AB do CNS decida por convidar a representação dos**
1564 **Agentes Comunitários de Saúde ou outras categorias que considere importante para o debate.**
1565 **Em que pese as considerações, não foi possível chegar a consenso sobre as propostas. Sendo**
1566 **assim, a coordenadora da mesa colocou em votação as duas propostas de encaminhamento:**
1567 **1) Aprovar a participação dos ACS no GT do CNS como convidado permanente, com direito a**
1568 **voz. 2) Remeter ao GT/AB do CNS a decisão de convidar a representação dos Agentes**
1569 **Comunitários de Saúde ou outras categorias que o Grupo considere importante para debate. A**
1570 **proposta 1 recebeu quatro votos. A proposta 2 recebeu a maioria dos votos. Duas**
1571 **abstenções. Deliberação: definido, por maioria, que o GT/AB do CNS decidirá por**
1572 **convidar a representação dos Agentes Comunitários de Saúde ou outras categorias que**
1573 **o Grupo considere importante para debate. Por fim, a coordenação da mesa colocou em**
1574 **votação a prorrogação do prazo de funcionamento do GT/AB do CNS. Deliberação:**
1575 **aprovada, por maioria, a prorrogação do prazo de funcionamento do GT/AB do CNS.**
1576 **Com essa definição, a mesa encerrou o debate e suspendeu para o almoço.**
1577 **Recomeçando, a mesa foi recomposta para o debate do item 10 da pauta. ITEM 10 –**
1578 **FORMAÇÃO E MOBILIZAÇÃO PARA O CONTROLE SOCIAL NO SUS - Apresentação:**
1579 **Eliane Cruz, coordenadora adjunta do Projeto Conselho Presente. Coordenação: conselheiro**
1580 **Ronald Ferreira dos Santos, Presidente do CNS. A coordenadora adjunta do Projeto**
1581 **Conselho Presente, **Eliane Cruz**, apresentou a proposta de semana da saúde 2018 iniciando**
1582 **pelos objetivos: valorizar o Sistema Único de Saúde como política pública inclusiva e de**
1583 **qualidade; mobilizar os conselhos de saúde e setores da sociedade para a Defesa do SUS; e**
1584 **apoiar a ADI nº. 5.658 que combate o congelamento de gastos públicos imposto pela EC nº.**
1585 **95. Nessa linha, disse que foram definidas as seguintes ações: definir tema da Semana da**
1586 **Saúde; realizar a Semana em formato de Campanha em Defesa do SUS; e elaborar**
1587 **programação interativa e articulada entre setores da sociedade para fortalecimento das**
1588 **políticas de saúde. Como proposta de programação, apresentou: 2 de abril – Mobilizadores.**
1589 **Profissionais de Saúde. Ação: atividades em locais de trabalho dialogando com a sociedade**
1590 **sobre o trabalho em saúde e os serviços de saúde. 3 de abril – Mobilizadores: CESs e CMSs.**
1591 **Ação: levar o conselho de saúde para espaços públicos com tribunas populares de discussão**
1592 **sobre a saúde. (Conselho na Praça). 4 de abril. Mobilizadores: parlamentares da saúde. Ação:**
1593 **realização de audiências públicas/ pronunciamentos, etc. 4 de abril. Mobilizadores: CNS e**
1594 **dirigentes de entidades nacionais. Ação: entrega de 3.000.000 de assinaturas no Supremo**
1595 **Tribunal Federal contra a EC nº. 95. 5 de abril. Mobilizador: academia. Ação: atividades nas**
1596 **universidades/incluir no calendário acadêmico aulas públicas, seminários, etc. 6 de abril.**
1597 **Mobilizador: artistas da saúde. Ações: shows, saraus, etc. 7 e 8 de abril. Mobilizador: religiões.**
1598 **Ação: realizar atividades durante missas, cultos, etc. Deliberação: não havendo posições**
1599 **contrárias, a proposta foi aprovada por unanimidade. Na sequência, conselheira **Maria da****
1600 **Conceição Silva** fez um informe sobre o projeto de formação para o controle social no SUS,
1601 **coordenado pela CIEPSUS, explicando que houve mais de 1900 inscrições. Repassou o**
1602 **calendário das oficinas de formação e destacou que doze Estados ainda não agendaram suas**
1603 **oficinas. Deliberação: o Plenário decidiu recomendar aos conselheiros e às conselheiras**
1604 **nacionais que contribuam, em seus estados de origem, na mobilização para participação**
1605 **de conselheiros municipais e estaduais nas oficinas já agendadas e promovam**
1606 **articulação com os Conselhos Estaduais para marcação das oficinas onde ainda não**
1607 **foram agendadas. ITEM 9 – 2ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DAS MULHERES –**
1608 **2ª CNSMu - Apresentação: conselheira **Carmem Lúcia Luiz**, coordenadora da 2ª CNSMu; e**
1609 **conselheira **Francisca Valda da Silva**. Coordenação: conselheira **Francisca Rêgo Oliveira****
1610 ****Araújo**, da Mesa Diretora do CNS. A coordenadora da 2ª CNSMu foi a primeira a avaliar a**
1611 **Conferência, realizada em agosto de 2017. Iniciou destacando que a Conferência reuniu na**
1612 **etapa nacional, realizada em Brasília, 1.800 participantes, sendo 1.261 delegadas**
1613 **representantes de todos os estados da federação e o processo de mobilização envolveu mais**

1614 de 70 mil mulheres que participaram das etapas municipais, macrorregionais, livres, estaduais
1615 e nacional. Na sua avaliação, a Conferência deu visibilidade à diversidade e à pluralidade do
1616 segmento de mulheres invisibilizados e sem voz. Além disso, afirmou que os desdobramentos
1617 da Conferência serão estratégicos para a efetivação da integralidade da saúde das mulheres,
1618 assim, as propostas construídas precisam ser trabalhadas nos estados e municípios para que
1619 sejam efetivadas, de modo a assegurar mais integralidade e equidade para a saúde das
1620 mulheres. Lembrou ainda que na Conferência seis experiências diferentes de projetos do
1621 "Laboratório de Inovação" receberam menção honrosa do CNS e da Organização Pan-
1622 americana de Saúde - OPAS. As experiências são: o Ambulatório Trans, em Lagarto (SE), que
1623 acolhe a população transexual de forma humanizada com atendimento médico e psicossocial;
1624 o projeto Passo a Pássaro, em Teresina (PI), com atendimento e oficinas em saúde às
1625 mulheres privadas de liberdade da Penitenciária Feminina de Teresina. Além desses, o projeto
1626 Barriguda, em Macaíba (RN), que realiza pré-natal na comunidade quilombola Capoeiras; o
1627 projeto Práticas de Cuidado em Saúde com Trabalhadoras do Sexo, com acolhimento a esse
1628 segmento, em Fortaleza (CE); o projeto TransformaDor, realizado pela Universidade Federal do
1629 Pará (UFPA), atende mulheres grávidas para que elas não sofram violência obstétrica e
1630 tenham liberdade sobre seus corpos e seus partos; e o projeto Mulheres da AP 2.2, realizado
1631 em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e Universidade Estadual do Rio de Janeiro
1632 (UERJ). Disse que foi distribuída versão preliminar do Relatório Final da 2^a CNSMu,
1633 contemplando propostas aprovadas; propostas duplicadas ou contempladas em outra; e
1634 propostas eliminadas nos GT (a proposta do eixo 1, nº. 30 é idêntica à proposta nº. 54 do eixo
1635 3 e portanto será condensada). Por fim, disse que a CISMU/CNS, na reunião de dezembro de
1636 2017, iniciaria a avaliação das propostas aprovadas na 2^a CNSMu e definiria agenda de
1637 trabalho. Conselheira **Francisca Valda**, relatora da 2^a CNSMu, também fez uma avaliação
1638 positiva da Conferência, destacando que o trabalho foi realizado com garra e determinação. No
1639 seu ponto de vista, a mobilização foi a marca da Conferência e o desafio agora é dar
1640 continuidade a esse processo, a fim de garantir aplicabilidade das definições. Explicou que,
1641 além o relatório final da Conferência, contemplando as propostas aprovadas e moções, a
1642 proposta é elaborar livro relatando o processo de processo de construção da 2^a CNSMu.
1643 Finalizando, a coordenadora da 2^a CNSMu retomou a palavra para agradecer a equipe de
1644 comunicação do CNS, pela divulgação da Conferência; o Canal Saúde, pelo apoio; e a equipe
1645 técnica do Conselho, pelo trabalho. Além disso, fez agradecimento ao apoio (financeiro, técnico
1646 e de conteúdo) do CNS, da Mesa Diretora e da Coordenação de Saúde da Mulher/MS à
1647 Conferência. Por fim, apresentou as seguintes propostas de encaminhamento: publicar as
1648 propostas, diretrizes e moções aprovadas pelas delegadas e pelos delegados na 2^a
1649 Conferência Nacional de Saúde das Mulheres, com vistas a garantir-lhes ampla publicidade
1650 (minuta de resolução); elaborar documento relatando o processo de construção da 2^a CNSMu;
1651 realizar esforço conjunto do CNS para formação de comissões de saúde das mulheres nos
1652 conselhos de saúde das capitais (elaborar cartilha para detalhar como constituir essas
1653 comissões); e incluir na CISMU como convidadas permanentes uma representação de
1654 mulheres com deficiência e uma de mulheres transexuais. A seguir, foi aberta a palavra ao
1655 Plenário e nas intervenções foram pontuadas as seguintes questões: elogios à 2^a CNSMu, com
1656 destaque para a diversidade de segmentos de mulheres presentes à etapa nacional; a
1657 Conferência foi um espaço de diversidade de pautas em defesa da saúde pública e de
1658 qualidade; destaque para a participação de mulheres com deficiência na Conferência (76
1659 mulheres no total) e o tema será debatido no 3º Encontro Brasileiro de Mulheres Cegas, que
1660 será realizado no mês de dezembro, em Salvador; agradecimento ao espaço concedido na
1661 Conferência para realização de práticas integrativas; é preciso definir estratégia para monitorar
1662 a aplicação das propostas aprovadas na Conferência; faz-se necessário dar conhecimento dos
1663 debates e das deliberações da 2^a CNSMu aos vários segmentos; e saudação à equipe de
1664 organização da Conferência e destaque à matéria da Revista Rads sobre a 2^a CNSMu. Feitas
1665 essas considerações, a mesa procedeu aos encaminhamentos. **Deliberação: o Pleno**
1666 **aprovou, por unanimidade, resolução que publica as propostas, diretrizes e moções**
1667 **aprovadas pelas delegadas e pelos delegados na 2^a Conferência Nacional de Saúde das**
1668 **Mulheres, com vistas a garantir-lhes ampla publicidade.** Além disso, foram aprovadas
1669 **também por unanimidade, as seguintes propostas: 1) elaborar livro sobre a 2^a CNSMu; e**
1670 **2) envidar esforços do CNS para criação de comissões de saúde das mulheres nos**
1671 **conselhos de saúde das capitais.** Para isso, a CISMU irá elaborar cartilha detalhando
1672 **como constituir essas Comissões.** Além disso, o Plenário, de acordo com decisão
1673 anterior, decidiu não votar a proposta de definir convidadas permanentes para CISMU,

1674 entendendo que a Comissão pode convidar representação que julgar necessária. ITEM
1675 11 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE FINANCIAMENTO E ORÇAMENTO – COFIN -
1676 Apresentação: **Francisco Funcia**, assessor técnico da COFIN/CNS; e conselheiro **Wanderley**
1677 **Gomes da Silva**, coordenador da COFIN/CNS. Coordenação: conselheiro **Ronald Ferreira**
1678 **dos Santos**, Presidente do CNS. Inicialmente, neste ponto de pauta, o coordenador da
1679 COFIN/CNS, conselheiro **Wanderley Gomes da Silva**, fez um informe sobre a oficina da
1680 Região Sul, realizada nos dia 28 e 29 de setembro de 2017, que encerra o ciclo de oficinas
1681 regionais previstas. Na sequência, o assessor técnico da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**,
1682 apresentou a análise preliminar ao Relatório de Prestação de Contas Quadrimestral (RQPC) 2º
1683 Quadrimestre de 2017 - Execução Orçamentária e Financeira (de janeiro a agosto de 2017) do
1684 Ministério da Saúde, com base nas planilhas de execução orçamentária recebidas em
1685 setembro/2017. Sobre a execução orçamentária e financeira do MS -
1686 agosto/2017, destacou os seguintes dados: ASPS: empenhado: R\$ 83 bilhões; liquidado:
1687 R\$ 65 bilhões; pagos: R\$ 64 bilhões; redução de dotação de APS: menos R\$ 1,2 bilhão; OCC –
1688 redução de dotação: menos R\$ 500 milhões; Pessoal Ativo – redução de dotação: menos
1689 R\$ 700 milhões; total geral do Ministério da Saúde: acréscimo de R\$ 366 milhões. A partir da
1690 análise, as conclusões foram as seguintes: houve redução no valor das dotações ASPS (OCC
1691 E PESSOAL); e houve acréscimo no valor total (ASPS e não ASPS) das dotações. Portanto,
1692 houve tanto um remanejamento de recursos orçamentários das dotações ASPS para dotações
1693 não ASPS, como houve um incremento de recursos orçamentários nas dotações não ASPS
1694 além desse remanejamento. Nessa linha, perguntou quais foram as despesas que ganharam e
1695 perderam recursos nessas alterações e por que essas alterações não aparecem nas planilhas
1696 por unidade orçamentária. Na análise do nível de empenhamento da despesa, destacou: nível
1697 de empenhamento adequado – total e OCC (ASPS); Pessoal – nível preocupante; até o
1698 momento, 78% liquidado do empenhado; nível de empenhamento de janeiro a agosto de 2017
1699 é melhor que o do mesmo período de 2016 (adequado); nível de liquidação de janeiro a agosto
1700 de 2017 é semelhante ao mesmo período de 2016 (regular); e ASPS - níveis de empenho e
1701 liquidação semelhantes entre os períodos comparados (ago/jul-2017), exceto liquidação
1702 pessoal, que passou de adequado para regular. Em relação às unidades orçamentárias, fez os
1703 seguintes destaques: **a)** Fundo Nacional de Saúde – regular em termos de liquidação
1704 (janeiro a agosto de 2017) – *itens adequados*: Farmácias Populares; Saúde Indígena; Média e
1705 Alta Complexidade – MAC; Publicidade de Utilidade Pública; Pioneiras Sociais; Auxílios ao
1706 Servidor; Programa de Sangue e Hemoderivados; Sentença Judicial (custeio); Programa
1707 Saúde da Família; Piso de Atenção Básica – PAB/Fixo; *regular*: Farmácia Popular, Programa
1708 de Prevenção DST/AIDS, Atenção à Saúde Bucal, Vacina e Vacinação; *inadequados*: INCA,
1709 Hospitais Próprios, Programa Sangue e Hemoderivados, SAMU, entre outros; Inaceitáveis –
1710 Farmácia Básica – PAB; Vigilância Sanitária – PAB; Aquisição e distribuição de medicamentos
1711 DST/AIDS; Manutenção de Unidades Operacionais; PROESF; Reestruturação de Hospitais
1712 Universitários; Outros Programas; Reaparelhamento de Unidades do SUS; Fomento à
1713 Pesquisa em Ciência e Tecnologia; Emendas do Fundo Nacional de Saúde; Atenção à Saúde
1714 da Mulher, Criança e Adolescente; Combate a Carências Nutricionais; outros programas; REUF
1715 (TCU definiu que não pode ser classificado como ASPS e o entendimento do CNS é diferente
1716 deste); **b)** Agência Nacional de Vigilância Sanitária – destaque para Vigilância Sanitária de
1717 Produtos e Serviços – inaceitável; **c)** FUNASA – destaque para inaceitáveis: Manutenção
1718 Administrativa, Saneamento, Demais Ações, Emendas, PAC; **d)** FIOCRUZ – inaceitável
1719 liquidação e maior parte dos empenhos: Outros Programas, Farmácias Populares,
1720 Modernização de Unidades de Pesquisa; Vacina e Vacinação; Farmácias Populares; Emendas;
1721 **e)** Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS – inaceitáveis: Outros Programas e
1722 Assistência Suplementar à Saúde; **f)** Grupo Hospitalar Conceição – Atenção Hospitalar da
1723 Unidade inaceitável empenho e liquidação. Também apresentou quadro com a execução
1724 orçamentária e financeira do MS, de janeiro a agosto de 2017, empenho acima de R\$ 500
1725 milhões = 95%, destacando: liquidação adequada: MAC, PSF, PAB Fixo, Farmácias
1726 Populares, Saúde Indígena; Medicamentos excepcionais e Vacina e Vacinação – inadequado e
1727 regular, respectivamente; e Programa de Sangue e Hemoderivados – nível de empenho
1728 elevado; Aquisição e Distribuição de Medicamentos para DST/AIDS, Farmácia Básica – PAB:
1729 inaceitável; Hospitais Próprios e SAMU – inadequados. Também apresentou painel de
1730 acompanhamento (a partir do 1º quadrimestre/2016) que demonstra o comportamento dos
1731 itens de despesas: nível de liquidação da despesa adequado – destaque para Saúde Indígena
1732 e Farmácias Populares; nível de liquidação da despesa regular, inadequado e intolerável –
1733 INCA, Hospitais Próprios, Programa Sangue e Hemoderivados, SAMU, Incentivo Financeiro –

1734 Vigilância em Saúde, Qualificação Profissional do SUS; e nível de liquidação da despesa
1735 inaceitável – Manutenção de Unidades Operacionais, PROESF, REUF, Ações de Vigilância
1736 Epidemiológica, Aquisição e Distribuição de Medicamentos Estratégicos, DATASUS,
1737 Reaparelhamento das Unidades do SUS, Emendas, Fomento à Pesquisa, Ciência e
1738 Tecnologia, Atenção à Saúde da Mulher, Adolescente e Crianças e Combate às Carências
1739 Nutricionais. Sobre as emendas parlamentares, explicou que do total, foi empenhado o total de
1740 R\$ 2,8 bilhões e liquidados R\$ 859 milhões até agosto de 2017. Apresentou dados sobre
1741 ASPS: pago total até 31/08/2017 = R\$ 71,642 bilhões; pago total até 31/08/2016 = R\$ 61,012
1742 bilhões; pago RP até 01/09/2017 = R\$ 5,751 bilhões; pago RP até 31/08/2016 = R\$ 6,878
1743 bilhões; pago geral até 31/08/2017 e 01/09/2017 = R\$ 77,4 bilhões; pago geral até 31/08/2016
1744 = R\$ 67,9 bilhões. Observação variação OCC < variação total: pago OCC até 31/08/2017 =
1745 R\$ 58,354 bilhões; e pago OCC até 31/08/2016 = R\$ 55,090 bilhões. Salientou ainda que o ano
1746 de 2017 é base para aplicação do cálculo em saúde, portanto, o que não for pago neste ano
1747 acarretará na diminuição de recursos nos próximos 20 anos. Frisou que é preciso garantir, no
1748 mínimo, que seja pago 15% da receita corrente líquida em 2017 mais as compensações de
1749 R\$ 1,2 Bilhão (ou seja, R\$ 114 bi mais R\$ 12, bi). Por fim, disse que será feita consulta ao
1750 Ministério da Saúde para esclarecimentos ao CNS previamente à indicação de medidas
1751 corretivas nos termos da LC 141: **1)** Solicitar informação dos valores orçamentários
1752 disponibilizados para cada item de despesa da planilha de execução orçamentária e financeira
1753 no formato “COFIN/CNS” a partir dos limites estabelecidos pela área econômica por meio do
1754 (s) Decreto (s) presidenciais; **2)** Solicitar esclarecimentos do MS para todos os itens
1755 classificados com níveis inadequados, intoleráveis e inaceitáveis. Observação: o
1756 esclarecimento deve abranger também as consequências negativas para os serviços prestados
1757 à população decorrentes dessa baixa execução orçamentária e/ou financeira; **3)** Solicitar ao
1758 Ministério da Saúde a avaliação da possibilidade de atendimento das emendas parlamentares
1759 (individuais ou não) até o final de 2017 (projeção de empennado, liquidado e pago), bem como
1760 em relação à redução dos valores da dotação atualizada em relação ao apresentado após a
1761 aprovação da LOA 2017 (superior a R\$ 10 bilhões); **4)** Solicitar esclarecimentos do MS para
1762 todos os itens classificados com nível preocupante, uma vez que, para esses casos, a despesa
1763 projetada anualizada com base na execução do período janeiro-agosto é maior que o valor da
1764 dotação atualizada; **5)** Solicitar esclarecimentos sobre os restos a pagar, considerando os
1765 baixos níveis de pagamento observado no período: quanto é a previsão de pagamento até
1766 31/12/2017? Qual é a previsão de cancelamento dos restos a pagar até 31/12/2017? Quais
1767 ações de saúde cujas despesas estão inscritas em restos a pagar não serão realizadas até o
1768 final de 2017 (ações orçamentárias)? Aberta a palavra ao Plenário, foram pontuadas as
1769 seguintes questões: é preciso avaliar a execução financeira com os impactos nas políticas
1770 sociais; o CNS precisa exercer o seu papel de controle, fiscalização e formulação, integrando,
1771 inclusive, as informações recebidas e a materialização nas políticas; é preciso divulgar as
1772 informações sobre a execução orçamentária para que as entidades possam definir estratégia
1773 de ação; a Mesa Diretora do CNS está trabalhando para ampliar a assessoria do CNS e
1774 contribuir com o trabalho das comissões; qual a origem das emendas parlamentares
1775 destinadas aos hospitais?; liquidação e empenho do GHC –; qual o gasto das instituições
1776 diretas ligadas ao MS?; CNS precisa visitar as unidades das Pioneiras Sociais em Brasília
1777 inclusive para verificar a competência significativa em relação aos demais serviços de Brasília;
1778 a EC nº. 95 não afeta apenas o setor saúde, mas diversas políticas (cortes nos orçamentos dos
1779 Ministérios das Cidades, da Integração Nacional, da Ciência e Tecnologia e da Educação que
1780 terão impactos nas ações e serviços de saúde); o que envolve as compensações em termos de
1781 Restos a Pagar e outros valores? Em relação às questões que emergiram das intervenções, o
1782 assessor técnico da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, pontuou que: é essencial avaliar a
1783 execução financeira e mostrar as consequências da baixa execução orçamentária; os recursos
1784 de emendas parlamentares saem do orçamento; no relatório de Prestação de Contas
1785 Quadrimestral (que será tratado na próxima reunião do CNS) contemplará tabela sobre ofertas
1786 e serviços hospitalares e será feita tabela sobre evolução dos atendimentos; a EC nº 95 atinge
1787 todas as políticas sociais; os Restos a Pagar cancelados em 2016 devem ser compensados em
1788 2017; e na próxima reunião do CNS, será apresentada projeção do valor que precisa ser gasto
1789 até 31 de dezembro de 2017 para não ter perda em 2018. Feitos esses esclarecimentos, a
1790 mesa procedeu aos encaminhamentos. **Deliberação: como encaminhamento final do**
1791 **debate, o Plenário encomendou à COFIN/CNS a elaboração de nota técnica destacando**
1792 **os riscos da baixa execução orçamentária do Ministério da Saúde para o orçamento da**
1793 **sáude de 2018. Foi definido ainda que as apresentações da COFIN serão enviadas aos**

1794 **conselheiros e conselheiras junto com o Resumo Executivo da 298^a RO do CNS. ITEM**
1795 **12 – COMISSÕES INTERSETORIAIS DO CNS - Coordenação: conselheiro Geordeci**
1796 **Menezes de Souza, da Mesa Diretora do CNS. 1) Comissão Intersetorial de Atenção a**
1797 **Saúde das Pessoas com Deficiência – CIASPD – apreciação de duas minutias de**
1798 **recomendações.** A primeira recomenda ao Ministério da Educação (MEC), que introduza o
1799 ensino da Língua Brasileira de Sinais, na grade curricular dos primeiros anos do Ensino
1800 Fundamental, assegurando desta forma processos de inclusão entre a comunidade ouvinte e a
1801 comunidade formada por pessoas surdas. A segunda recomenda à Secretaria Nacional de
1802 Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência - SNPD, vinculada ao Ministério dos Direitos
1803 Humanos, que conclua, com agilidade, a definição dos instrumentos de avaliação do cadastro
1804 unificado de inclusão de pessoas com deficiência, tendo em vista que o prazo para tanto expira
1805 em janeiro de 2018. **Deliberação: aprovadas, por unanimidade, as duas minutias de**
1806 **recomendação apresentadas pela CIASPD.** Também foi informado que o Coordenador-Geral
1807 de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/MS, **Quirino Cordeiro Júnior**, foi convidado a
1808 participar da última reunião da CIASPD, mas recusou o convite justificando que não possuía
1809 relação com a pauta e também não indicou representante. Diante da situação, a Secretaria
1810 Executiva do CNS enviará ofício ao diretor do DAB comunicando o fato. Foi sugerida, ainda, a
1811 elaboração de moção de repúdio sobre o ocorrido, a ser apreciada pelo Pleno. **2) Comissão**
1812 **Intersetorial de Saúde Indígena – CISI – apreciação de duas minutias de recomendações.**
1813 A primeira recomenda à Fundação Nacional do Índio que: 1. Fortaleça a Coordenação
1814 Regional do Alto Rio Negro para atender, no tempo necessário as demandas dos povos
1815 indígenas que vivem na região; e 2. Crie uma Coordenação Técnica Local para acompanhar a
1816 situação dos indígenas de recente contato, no caso os Hup'dah e Yuhupdeh, bem como os
1817 Yanomami, com sua implantação a ser acompanhada pela Comissão Intersetorial de Saúde
1818 Indígena do CNS - CISI/CNS. A segunda recomenda ao Ministério de Desenvolvimento Social
1819 que: 1. Articule ação conjunta com o Estado do Amazonas e o município de São Gabriel da
1820 Cachoeira/AM, no sentido de atuarem na situação de extrema vulnerabilidade em que se
1821 encontram os indígenas, especialmente, os Hup'dah e Yuhupdeh de recente contato, que ficam
1822 acampados à beira do Rio Negro em busca de acesso aos programas sociais; e 2. Apresente
1823 alternativas para o pagamento dos benefícios sociais aos indígenas da região Alto Rio Negro,
1824 em prazo diferenciado para o saque do Programa Bolsa Família e aposentadoria. **Deliberação:**
1825 **aprovadas, por unanimidade, as minutias de recomendações.** **3) Comissão Intersetorial**
1826 **de Saúde Suplementar – CISS.** Reunião realizada no dia 3 de outubro de 2017 – apreciação
1827 de minuta de recomendação. No documento, o CNS recomenda à Agência Nacional de Saúde
1828 Suplementar que suspenda imediatamente o trâmite do relatório descritivo do GT de Planos
1829 Acessíveis, refutando na totalidade os seus termos. **Deliberação: aprovada, por**
1830 **unanimidade, a minuta de recomendação.** **4) Moção Repúdio** – sugerida pela conselheira
1831 **Shirley Marshall.** O texto é o seguinte: Moção de repúdio nº000 de 6 de outubro de 2017.
1832 Considerando que o Conselho Federal de Medicina – CFM ingressou com Ação Ordinária
1833 contra a União Federal, buscando via Liminar a Suspensão dos Efeitos da Portaria n.
1834 2488/2011 do Ministério da Saúde, mais precisamente em relação a atuação do profissional
1835 Enfermeiro, no que tange a *solicitação de exames complementares*. Sendo deferido o pedido
1836 pelo Exmo. Sr. RENATO C. BORELLI Juiz Federal Substituto da 20^a Vara/DF; Considerando
1837 que na decisão judicial foi levado em consideração o Decreto n. 50.387 de 1961, sendo certo
1838 que não é esta a Legislação aplicável, sendo este superado pela atual Legislação (7498/86) e
1839 Decreto Regulamentador em vigor (94.406/87). As funções do Profissional Enfermeiro, além de
1840 estar descrita na Legislação e Decreto Regulamentador aplicável, também está normatizado
1841 pelo Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, conforme dispõe a Resolução COFEN n.
1842 195/97: (...) Considerando que para a prescrição de medicamentos em programa de saúde
1843 pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde, o Enfermeiro necessita solicitar exame
1844 de rotina e complementares para uma efetiva assistência ao paciente sem risco para o mesmo;
1845 **RESOLVE:** Art. 1º – O Enfermeiro pode solicitar exames de rotina e complementares quando
1846 no exercício de suas atividades profissionais; considerando que a Portaria MS 2488/2011 foi
1847 revogada em 21 de setembro de 2017 pela Portaria MS 2436/2017, sendo esta ainda tema de
1848 debate nesta instância deliberativa de Controle Social. Entretanto há que se frisar que ambas
1849 as portarias que tratam da Política Nacional de Atenção Básica incluem nas atribuições dos
1850 enfermeiros a prescrição de exames de rotina e complementares de acordo com os protocolos
1851 já existentes nas políticas e ações programáticas de saúde já existentes no bojo das
1852 legislações vigentes; Considerando que o enfermeiro desempenha importante papel na
1853 promoção em saúde e prevenção de diversas patologias. Sendo a realização de prescrição de

1854 exames de rotina e complementares parte inerente dessas atividades. Uma vez que norteiam o
1855 diagnóstico e prescrição de enfermagem no âmbito da atenção primária integral e de
1856 qualidade; Considerando que as ações de prevenção e promoção em saúde perpassam por
1857 modalidades de rastreamento que incluem exames de rotina e complementares que permitem
1858 o diagnóstico precoce que auxiliam no combate a problemas de saúde transcedentes e de
1859 grande magnitude em nosso país como doenças infecciosas (AIDS, Hepatites Virais, Sífilis,
1860 Hanseníase, Tuberculose, entre outras), não infecciosas (maioria das formas de câncer, entre
1861 outros) e crônicas não-infecciosas (Hipertensão arterial, Diabetes, entre outros); Considerando
1862 que nem todas as equipes de saúde do país possuem o profissional médico para realizar
1863 prescrições de exames de rastreamento que norteiam as principais estratégias de promoção e
1864 prevenção de saúde seja no pré-natal ou campanhas de combate ao Câncer, AIDS, Hepatites
1865 Virais, Sífilis, Tuberculose, Hanseníase, entre outros. Repúdio: repudia a Ação Civil Pública
1866 movida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) quanto à suspensão parcial da portaria MS
1867 2488/2011 no que diz respeito a *permissão ao enfermeiro requisitar exames*, bem como à
1868 decisão judicial de acatar o pedido do CFM.” **Deliberação: aprovada, por unanimidade, a**
1869 **moção de repúdio.** **6) Apreciação de recomendação decorrente do debate do Item 3 –**
1870 **Radar – planos acessíveis.** O mérito foi aprovado no dia anterior. O texto recomenda: Ao
1871 Presidente da Comissão Especial sobre Planos de Saúde, Sr. Deputado Federal Hiran
1872 Gonçalves (PP/RR) que: 1. Retire o pedido de urgência de votação do Projeto de Lei nº
1873 7.419/2006 e apensos; 2. Amplie o debate por meio de novas Audiências Públicas,
1874 interrompendo o favorecimento explícito às empresas de planos de saúde, concedendo espaço
1875 democraticamente igual para o Conselho Nacional de Saúde, Entidades da Sociedade Civil,
1876 Instituições de Defesa do Consumidor e Órgãos Governamentais, na discussão dos trabalhos
1877 da Comissão. À Comissão Especial de Ética da Câmara dos Deputados que: posicione-se
1878 sobre o processo de tramitação e conteúdo dos trabalhos da Comissão Especial; e Aos
1879 Parlamentares do Congresso Nacional que: não permitam que projetos como esse, que visam
1880 a retirada de direitos e a destruição das garantias constitucionais continuem sendo aprovados
1881 em nosso país, tendo em vista que o vergonhoso e irresponsável desmonte do Estado Social
1882 trará mais prejuízos para a população brasileira e rupturas civilizatórias irreconciliáveis com os
1883 verdadeiros defensores da cidadania. **Deliberação: aprovada, por unanimidade, a**
1884 **recomendação.** **7) Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora –**
1885 **CISTT – apreciação da chamada para composição da câmara técnica da CISTT/CNS.**
1886 **Objeto:** Esta Chamada tem o propósito de identificar, criteriosamente, Comissões Intersetoriais
1887 de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTTs) nos níveis estaduais e municipais, bem
1888 como os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs) no nível estadual e
1889 membros da Comunidade Acadêmica que possam integrar a referida **Câmara Técnica (CT) da**
1890 **CISTT/CNS.** **3.2. Composição:** Conforme dispõe o Art. 3º da Resolução CNS nº 555/2017: “A
1891 CT será composta por 5 (cinco) representantes de CERESTs estaduais, sendo 1 (um) por
1892 região; 3 (três) representantes das CISTTs estaduais; 3 (três) representantes das CISTTs
1893 municipais; representação da CISTT nacional; da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e
1894 da comunidade acadêmica, podendo chegar até 20 integrantes”. **3.3. Perfil requerido:** Para
1895 compor a CT/CISTT/CNS, pretende-se selecionar integrantes que apresentem um perfil de
1896 competências coerente com as atividades desenvolvidas no âmbito da referida Comissão. O
1897 prazo para as indicações das instituições que poderão compor a CT/CISTT/CNS, a partir de
1898 Ofício-Circular emitido pela Secretaria Executiva/CNS, será até o dia **10 de Novembro de**
1899 **2017.** **4.3.** As indicações devem ser enviadas, via Ofício, para o e-mail
1900 **cisttcns@saude.gov.br**, inserindo no assunto da mensagem “Indicação para CT/CISTT/CNS”.
1901 **Deliberação: aprovada, por unanimidade, a chamada para composição da câmara técnica**
1902 **da CISTT/CNS.** **7) Comissão Intersetorial de Saúde Bucal – CISB -** reunião realizada nos
1903 dias 28 e 29 de setembro de 2017. **Encaminhamento:** pautar os encaminhamentos da
1904 reunião, para deliberação, na próxima reunião do CNS. **Encaminhamento geral:** as
1905 pendências das comissões, que não foram apresentadas em virtude do adiantado da
1906 hora, serão remetidas para a próxima reunião do CNS. **ENCERRAMENTO** – Nada mais
1907 havendo a tratar, deu-se por encerrada a 298ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes
1908 os seguintes conselheiros e conselheiras: **Titulares** – **Antônio Lacerda Souto**, Confederação
1909 Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG, **Antônio Muniz da Silva**, Organização
1910 Nacional dos Cegos do Brasil – ONCB; **Antonio Pitol**, Pastoral da Saúde Nacional; **Antônio**
1911 **Vital**, Pastoral da Saúde; **Breno de Figueiredo Monteiro**, Confederação Nacional de Saúde –
1912 CNS; **Carmen Lucia Luiz**, União Brasileira de Mulheres – UBM; **Carolina Abad**, Federação
1913 Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama – FEMAMA; **Cláudio**

1914 **Ferreira do Nascimento**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Dylson Ramos**
1915 **Bessa Junior**, Organização Nacional de Entidades de Deficientes Físicos – ONEDEF;
1916 **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO; **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; **Geordecí M. Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **Giovanny Kley Silva Trindade**, Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG; **Heliana Neves Hemeterio dos Santos**, Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – ABGLT; **Jani Betânia Souza Capiberibe**, Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; **Luiz Alberto Catanoce**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical – SINDNAPI; **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Moysés Toniolo de Souza**, Articulação Nacional de Luta Contra a Aids – ANAIDS; **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul – ARPINSUL; **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos – Fenafar; **Wanderley Gomes da Silva**, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Wilen Heil e Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). *Suplentes* – **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello**, Associação Brasileira Superando o Lúpus; **Clarice Baldotto**, Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB); **Douglas Vinicius Reis Pereira**, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM; **Eliane Maria Nogueira de Paiva Cunha**, Sindicato dos Servidores do Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde – UNASUS; **Elgiane de Fátima Machado Lago**, Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil – CTB; **Helena Rodrigues Corrêa Filho**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES; **Joana Batista Oliveira Lopes**, Federação Nacional dos Odontologistas - FNO; **Karla Larica Wanderley**, Ministério da Saúde; **Laura Davison Mangilli Toni**, Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia – SBFa; **Lenise Aparecida Martins Garcia**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Maria Angélica Zollin de Almeida**, Federação Nacional dos Médicos Veterinários – FENAMEV; **Maria Leitão Bessa**, Associação Brasileira de Alzheimer – ABRAZ; **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira**, Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Rafaela Bezerra Fernandes**, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS; **Simone Maria Leite Batista**, Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS; **Shirley Marshal Diaz Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE; e **Sueli Terezinha Goi Barrios**, Associação Brasileira da Rede Unida – REDE UNIDA.